

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Satu dari tujuh belas tujuan yang dicanangkan PBB pada tahun 2015 melalui program *Sustainability Development Goals* (SDGs) adalah memastikan kehidupan yang sehat dan meningkatkannya untuk semua usia. Target dari tujuan ini adalah menurunkan AKI di dunia menjadi kurang dari 70/100.000 kelahiran hidup (KH). Target lainnya menurunkan AKB menjadi 12/1.000 KH serta menurunkan angka kematian balita menjadi 25/1.000 KH Asia pada tahun 2030 (Gustina, 2018; World Health Organization, 2019).

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian ibu yang terjadi pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan pengelolaannya serta tidak disebabkan oleh kecelakaan dalam setiap 100.000 KH (Girum & Wasie, 2017; Kemenkes RI, 2019). Angka ini menjadi indikator dalam menilai kondisi kesehatan ibu secara khusus dan kondisi kesehatan masyarakat pada umumnya. Hal ini karena AKI dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi, faktor sistem kesehatan dan penyakit yang muncul di masyarakat (Girum & Wasie, 2017).

Angka Kematian Bayi (AKB) menunjukkan banyaknya kematian bayi kurang dari satu tahun dari setiap 1000 KH pada tahun tertentu atau dapat dikatakan juga sebagai probabilitas bayi meninggal sebelum mencapai usia satu tahun yang dinyatakan dengan per 1000 KH. Angka kematian bayi merupakan indikator yang penting untuk mencerminkan keadaan derajat kesehatan di suatu masyarakat, karena bayi yang baru lahir sangat sensitif terhadap keadaan lingkungan tempat orang tua bayi tinggal dan sangat erat kaitannya dengan status sosial orang tua bayi (Profil Kesehatan Indonesia 2019; Kemenkes RI, 2020).

Kementerian Kesehatan pada tahun 2019 melaporkan AKI dari berbagai sumber. Sumber tersebut antara lain dari BPS (Badan Pusat Statistik) dan SDKI (Survei Demografi Keluarga Indonesia) 1991-2012 dan SUPAS (Survei Penduduk Antar Sensus) 2015 dan mendapatkan trend penurunan AKI yakni dari 390 (1991) menjadi 305 pada tahun 2015. Sekalipun terjadi penurunan, AKI di Indonesia pernah mencapai angka hingga 228 (2007). Selanjutnya, meningkat kembali sehingga tidak

dapat mencapai target 102 pada MDGs tahun 2015. Bahkan pada tahun tersebut AKI sebesar 3x lebih besar dari angka yang ditargetkan, yakni target 102/100.000 KH namun kenyataannya AKI sebanyak 305/100.000 KH (Kemenkes RI, 2020a). Angka ini bertahan hingga tahun 2020 (Kemenkes RI, 2020b; Permenkes RI, 2022). Secara nasional sesuai dengan surat edaran Kementerian Kesehatan No, HK. 02.02/DIII/548/2020 tentang peningkatan peran rumah sakit dalam rangka percepatan penurunan AKI dan AKB, dinyatakan bahwa AKI saat ini berkisar 305 per 100.000 KH dan AKB sebesar 24 per 1000 KH. Pemerintah menargetkan pada tahun 2024 AKI akan mencapai 183 per 100.000 KH dan AKB menjadi 16 per 1000 KH (Kemenkes RI, 2020b; Permenkes RI, 2022).

Sementara itu kejadian kematian ibu di Sumatera Barat pada tahun 2018 sebesar 113 per 100.000 KH (Din.Kes. Prov.Sumatera Barat, 2018). Penurunan AKI menjadi salah satu target dalam RPJMD Sumatera Barat 2016-2020 yaitu penurunan AKI menjadi 106 per 100.000 KH (Profil Sumatera Barat 2017). Dalam RPJMN 2015-2019, pemerintah menargetkan penurunan AKB dari 32 per 1.000 kelahiran menjadi 24 per 1.000 KH. (Profil Kesehatan Indonesia 2019; Kemenkes RI, 2020). Sementara itu angka kematian bayi diharapkan turun menjadi 24 per 1000 KH pada tahun 2019 (Profil Sumatera Barat 2017).

Salah satu program untuk menurunkan AKI dan AKB adalah program PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif). PONEK merupakan program pemerintah Indonesia yang merupakan layanan terhadap ibu hamil, bersalin dan nifas serta layanan terhadap neonatal bertujuan untuk menurunkan AKI dan AKB. Program ini mengacu kepada rekomendasi dari WHO dan telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 2008. Pada setiap 500.000 populasi harus ada empat fasilitas PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar) dan satu fasilitas PONEK/CEmONC (*Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal Care*). PONEK merupakan layanan emergensi dasar obstetri dan neonatus melalui persalinan per vaginam tanpa ada intervensi bedah namun memanfaatkan dengan penggunaan antibiotik, oksitosin, antikonvulsan dan terapi lainnya. Sedangkan PONEK meliputi semua layanan di PONEK dan menekankan pelayanan yang memerlukan tindakan bedah serta transfusi darah di rumah sakit (Depkes, 2008; Kementerian Kesehatan R.I, 2012; Prata, Passano, Sreenivas & Gerdt, 2010; Desai *et al.*, 2014).

Pada instrumen survei Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 1 tahun 2018, PONEK 24 jam termasuk sasaran pertama program nasional yakni penurunan AKI-AKB dan peningkatan kesehatan ibu dan anak. Untuk pelaksanaan kegiatan PONEK diperlukan adanya tim PONEK yang memiliki program kerja dan bukti pelaksanaan. Tim ini juga melakukan pelaporan dan analisis terhadap angka keterlambatan operasi seksio sesaria >30 menit); angka keterlambatan penyediaan darah (>60 menit) dan angka kematian ibu dan bayi (Kemenkes-KARS, 2018).

Walaupun PONEK sudah berjalan sejak 2005 di dunia dan sejak 2008 di Indonesia sesuai dengan aturan yang dikeluarkan oleh Depkes (Depkes, 2008; Kementerian Kesehatan RI, 2012), namun AKI dan AKB di Indonesia masih cenderung tinggi. Sejak tahun 2007 trend tersebut meningkat hingga 2020. Sementara pemerintah menetapkan target AKI tahun 2024 sebesar 183/100.000 KH dan 131/100.000 KH untuk target tahun 2030 atau akhir SDGs (Kemenkes RI, 2020a; Kemenkes RI, 2020b)(Permenkes RI, 2022).

Menurut Widyantari *et al.* (2019) dari hasil review sistematis yang mereka lakukan, PONEK telah dilaksanakan hampir di semua negara di dunia. PONEK dapat menurunkan AKI jika tersedia SDM dan sarana prasarana yang memadai. Tersedianya PONEK berkualitas akan menurunkan AKI (Djaja & Afifah, 2011; Widyantari & Sulistyarningsih, 2019), hal ini dibuktikan dengan penelitian di Sinegal dan Mali yang menurunkan 15% AKI setelah pelaksanaan PONEK selama dua tahun. Sementara itu di Tanzania, 75% wanita hamil dan 25% wanita melahirkan terselamatkan dengan layanan PONEK di negara tersebut. Selain itu, selama tiga tahun pelaksanaan PONEK terjadi peningkatan jumlah masyarakat yang memilih untuk melahirkan di fasilitas kesehatan yakni dari 30% menjadi 60% (Widyantari *et al.*, 2019).

Kualitas PONEK yang tidak bagus dikarenakan tidak tersedianya infrastruktur dan fasilitas yang cukup, obat-obatan, dan staf dalam perawatan ibu dan bayi akan meningkatkan komplikasi persalinan dan meningkatkan AKI (Faqir *et al.*, 2015; Yuke Widyantari *et al.*, 2019). Pengalaman di Adis Ababa, hambatan PONEK disebabkan sarana transportasi dan komunikasi yang tidak memadai, padatnya layanan di RS rujukan, tidak cukupnya pelatihan *pre* dan *in-service* serta tidak adanya dukungan supervisi (Austin *et al.*, 2015). Sementara itu di Afganistan, pemerintah Afganistan berupaya meningkatkan pendidikan perempuan dan

memprogram perempuan untuk berpendidikan sebagai tenaga kesehatan yang akan mengayomi ibu-ibu yang menjadi pasien PONEK (Faqir *et al.*, 2015). Pada penelitian di Burundi dan Uganda didapatkan bahwa hambatan PONEK muncul karena masalah pada SDM dan kegagalan sistem serta institusi (Chi *et al.*, 2015). Dari penelitian di Pakistan ditemukan bahwa kendala terbesar yang menghambat akses layanan ini adalah masalah kemiskinan, sosial budaya, agama dan diskriminasi etnik. Sementara itu perilaku tenaga kesehatan yang tidak menyenangkan membuat sebagian besar perempuan memilih untuk melahirkan di RS swasta (Ansari *et al.*, 2015). Dukungan dari spesialis sangat diperlukan pada layanan PONEK. Untuk mempertahankan para spesialis, di Bangladesh diberikan insentif finansial dan non finansial seperti pelatihan rutin dan promosi karir. Dari penelitian ini juga didapatkan perlu adanya bank darah yang tersentralisasi (Sikder *et al.*, 2015). Pada negara-negara sub-Sahara Afrika, berdasarkan kerangka *Three Delays*, Geleto *et al.* menyimpulkan bahwa hambatan yang muncul pada layanan di fasilitas kesehatan dikarenakan keterbatasan tenaga terlatih, keterbatasan fasilitas, manajemen yang buruk, biaya layanan, lamanya waktu tunggu, praktik rujukan yang buruk dan koordinasi antar staf yang juga buruk (Geleto, Chojenta, Musa, *et al.*, 2018; Haider *et al.*, 2019). Haider *et al.* juga mendapatkan adanya hambatan yang belum ditemukan peneliti lainnya. Hal tersebut adalah munculnya hambatan pada level interpersonal (lemahnya kerjasama tim, manajemen konflik, komunikasi dan distribusi kerja yang kurang tepat); level organisasi (budaya organisasi, isue penyebaran SDM, dan ketidakjelasan peran); dan pada level sistem (target manajemen, ketersediaan sumber daya, persyaratan tenaga kerja dan isue praktik ganda) (Haider *et al.*, 2019). Dari penjelasan di atas terlihat bahwa hambatan PONEK tidak hanya pada sarana prasarana, minimnya pelatihan dan keterbatasan jumlah serta ketrampilan SDM, namun juga bagaimana interaksi SDM yang terdapat di dalam tim tersebut atau kolaborasi di dalam tim PONEK. Yusrawati *et al.* mendapatkan bahwa pada rumah sakit tersier faktor yang paling menentukan keberhasilan PONEK adalah sikap dan motivasi individu, hal ini akan mempengaruhi bagaimana mereka akan berkolaborasi dengan staf lainnya untuk mencapai kualitas layanan yang lebih baik (Yusrawati *et al.*, 2024)

Sejak tahun 2011 di Indonesia, menurut Djaja & Afifah sudah mengingatkan bahwa untuk menurunkan AKI dan AKB melalui program PONEK dapat dicapai

dengan PONEK dan PONEK yang berkualitas. Pelayanan berkualitas sangat tergantung kepada situasi pada masing-masing daerah. Layanan berkualitas dapat dilakukan dengan penyediaan transportasi ke layanan kesehatan, dan tersedianya tenaga terlatih untuk menangani pasien-pasien pada PONEK dan PONEK (Djaja & Afifah, 2011). Kualitas juga dapat diukur dari tingkat kepuasan pasien misalnya pasien merasa puas jika waktu tunggu layanan berkurang terutama waktu tunggu operasi dan adanya komunikasi yang efektif dengan pasien (Kurniati *et al.*, 2017). Selain itu, kualitas dapat dicapai dengan pelatihan bagi tenaga kesehatan, memperbaiki komunikasi interpersonal dan konseling, meyakinkan ketersediaan obat dan bahan serta memperbaiki sistem manajemen (Kurniati *et al.*, 2017; Rosha *et al.*, 2019). Ketersediaan dana bagi RS menjadi tanggung jawab pemerintah pusat ataupun daerah, dan hal ini tidak masalah bagi RS di daerah-daerah, karena anggaran ini selalu diterima pada setiap tahun. Dana yang tersedia akan bermanfaat bagi RS untuk melengkapi fasilitas sesuai kebutuhan (Permatasari, Sidin, & Maidin, 2013).

Beberapa hambatan yang muncul pada pelaksanaan PONEK di Indonesia adalah lamanya respon tenaga kesehatan ataupun tenaga penunjang ketika kasus sudah sampai di RS. Terlambatnya respon yang diberikan karena ketidaksiapsiagaan tim medis, masalah administrasi, konfirmasi pemberian informasi dari RS rujukan dan lamanya proses pemindahan pasien dari ruang bersalin ke kamar perawatan (Tirtaningrum, Sriatmi & Suryoputro, 2018). Hal lain yang mungkin terjadi yakni kurangnya jumlah SDM dalam layanan PONEK dan masih adanya tenaga medis yang tidak memahami tupoksinya (Herdarwan *et al.*, 2017).

Rumah sakit di Indonesia telah melakukan usaha untuk mengurangi hambatan yang muncul. Andarini *et al.* di RS Kab.Sampang - Madura membuat *prototype* Basis Data PONEK untuk memperoleh informasi bagi tim PONEK dalam hal monitoring dan evaluasi kinerja PONEK. Basis data dibuat berdasarkan kebutuhan informasi pelayanan maternal dan neonatal (Andarini & Hargono, 2015). Carwoto melakukan pengembangan dan implementasi sistem informasi dan komunikasi antar jejaring rujukan fasilitas kesehatan di Jawa Tengah (Carwoto & Wijayanto, 2013). Sementara itu untuk membenahi jumlah SDM yang terbatas dan akan mengganggu proses rujukan pada PONEK, Wahyudi *et al.* 2014 menyarankan perlunya kebijakan dan prosedur untuk kerjasama dengan fasilitas kesehatan rujukan dan dokter konsultan kebidanan dan kandungan lain (Wahyudi & Nurfaidah, 2014).

Pedrana et al (2019) mencatat bahwa pada RS PONEK di enam propinsi ditemukan tidak adanya dokter dalam menangani komplikasi kehamilan walapun rata-rata terdaftar tujuh orang dokter spesialis kebidanan dan kandungan serta empat orang dokter umum di fasilitas kesehatan tersebut. Lebih dari 50% kasus perdarahan post partum dan pre-eklampsi/eklampsi tidak mendapatkan konsultasi dokter spesialis kebidanan dan kandungan. Jika terdapat konsultasi dengan dokter, kira-kira 70% menerima konsultasi melalui telpon atau SMS (Pedrana *et al.*, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Baharuddin *et al.* (2019) yang bertujuan untuk menentukan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu di RS. Penelitian ini didanai oleh USAID pada program EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*) guna mengevaluasi kesiapan fasilitas pada PONEK dan PONEK. Baharuddin *et al.* (2019) mendapatkan bahwa penyebab tersering kematian ibu di 11 RS di Indonesia disebabkan oleh faktor sumber daya manusia/tenaga kesehatan selain faktor penyediaan obat dan peralatan. Selanjutnya, Baharuddin *et al.* menekankan perlunya perhatian terhadap monitoring dan *clinical decision-making* yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Hal ini sangat dipengaruhi oleh ketersediaan dokter spesialis kebidanan dan kandungan serta dokter spesialis anestesi yang menjadi tantangan tersendiri di Indonesia (Baharuddin *et al.*, 2019). Dogba & Fournier juga berpendapat bahwa faktor utama penyebab terhambatnya layanan PONEK di negara berkembang adalah karena terbatasnya jumlah tenaga kesehatan (Dogba & Fournier, 2009).

Sumber daya manusia yang terlibat pada PONEK, yang dikenal dengan tim PONEK terdiri atas tenaga kesehatan esensial sesuai kompetensi yang diharapkan pada layanan ini, yakni dokter Spesialis Kebidanan & Kandungan, dokter Spesialis Anak, dokter di Unit Gawat Darurat, bidan dan perawat. Selain itu, juga diperlukan adanya tim PONEK ideal yang terdiri atas dokter spesialis anestesi, perawat anestesi, bidan pelaksana, perawat, petugas laboratorium (setingkat analis), petugas radiologi, pekarya kesehatan, petugas administrasi, konselor laktasi dan tenaga elektromedik (Depkes, 2008; Kementerian Kesehatan RI, 2012).

Tim PONEK terdiri atas berbagai profesi maka dibutuhkan kolaborasi diantara tenaga kesehatan yang terlibat di dalamnya. Kolaborasi ini akan mendorong terjalinnya kerjasama antar tenaga kesehatan, mengurangi lama dan biaya rawatan, menurunkan angka kesakitan dan angka kematian (Zwarenstein *et al.*, 2009; Gilbert

et al., 2010; Green & Johnson, 2015; Reeves *et al.*, 2017) sehingga indikator yang menjadi tolok ukur dalam PONEK yakni penurunan AKI dan AKB diharapkan dapat tercapai. Inilah yang menjadi alasan mengapa kolaborasi interprofesi perlu ditingkatkan dengan dukungan komunikasi, pembagian peran yang jelas, dan adanya respek terhadap tenaga kesehatan lain (Macdonald *et al.*, 2014).

Kolaborasi interprofesi telah diaplikasikan pada berbagai *setting* layanan kesehatan dari layanan primer, sekunder maupun layanan tersier. Kolaborasi interprofesi tersebut sudah dilakukan di beberapa negara seperti di Amerika, Eropa dan Australia (Jean *et al.*, 2016; Stetten *et al.*, 2018; Watkins *et al.*, 2017; Mulvale *et al.*, 2016; Warmelink *et al.*, 2017; Schadewaldt *et al.*, 2013; Tang *et al.*, 2013; Wilson *et al.*, 2016; Freytsis *et al.*, 2017; Lotshaw *et al.*, 2020; Phillippi *et al.*, 2019). Sebagian besar penelitian di atas melihat bagaimana kolaborasi interprofesi pada layanan ibu dan anak. Angelini *et al.* melakukan review sistematis terhadap unit triase obstetrik di rumah sakit, yakni unit yang biasa digunakan untuk pemeriksaan komplikasi kehamilan di tahap awal, pertengahan atau akhir dan kondisi emergensi obstetrik lainnya. Unit ini dapat dikatakan sebagai *gatekeeper* pemeriksaan awal komplikasi kehamilan. Mereka menyimpulkan dari 33 literatur yang dikaji bahwa terdapat sepuluh *best practices model* pada triase obstetrik, satu diantaranya adalah pengembangan kolaborasi interprofesi pada unit tersebut (Angelini & Howard, 2014).

Secara umum sistem kesehatan mendapatkan keuntungan dari penerapan kolaborasi interprofesi yang telah berhasil mengurangi biaya, seperti membentuk dan melaksanakan tim layanan kesehatan utama untuk pasien lanjut usia dengan penyakit kronis, mengurangi pengujian medis yang berlebihan dan juga akan mengurangi biaya terkait, menerapkan strategi multidisiplin dalam mengelola pasien dengan gagal jantung, dan menerapkan tim nutrisi parenteral total di lingkungan rumah sakit (WHO, 2010). WHO juga merekomendasikan dikarenakan setiap negara memiliki karakteristik yang berbeda dalam sistem kesehatan, strategi praktik kolaboratif harus disesuaikan dengan kebutuhan dan tantangan lokal. Pada beberapa negara, ini bisa berarti mendorong pendekatan perawatan yang berfokus pada kolaborasi dan tim untuk meningkatkan keselamatan pasien, optimalisasi penggunaan sumber daya kesehatan yang terbatas, mengalihkan perhatian dari layanan akut ke layanan primer, atau mempromosikan integrasi kerja yang lebih erat.

Sementara di negara lain, perhatian dapat lebih difokuskan pada manfaat dari segi sumber daya manusia, seperti meningkatkan kepuasan kerja petugas kesehatan atau memberikan kejelasan peran yang lebih besar bagi mereka saat berkolaborasi dalam tim (WHO, 2010).

Kolaborasi interprofesi memberikan banyak manfaat bagi layanan ibu-anak. Para bidan dan dokter menyatakan kolaborasi interprofesi yang dilakukan pada kamar bersalin akan memberikan layanan yang sangat baik (Raab *et al.*, 2013) dan memberikan pengalaman yang berkesan bagi pasien (Paul, Jordan, Duty, & Engstrom, 2013; Kaiser, Bartz, Neugebauer, Pietsch, & Pieper, 2018). Sebaliknya interaksi yang negatif akan menimbulkan ketegangan antar tenaga kesehatan dan akan memunculkan *adverse effect* (Hastie & Fahy, 2011).

Untuk mendapatkan kolaborasi interprofesi yang baik diperlukan adanya komunikasi yang efektif antara tenaga kesehatan. Komunikasi ini merupakan komunikasi yang jelas, langsung, eksplisit dan saling menghargai. Diharapkan dengan komunikasi seperti itu akan muncul rasa saling percaya dan menunjang keselamatan pasien. Untuk memperoleh komunikasi tersebut diperlukan kemampuan sebagai pendengar aktif, dukungan administrasi dan komitmen bersama untuk meninggalkan hirarki tradisional dan stereotipe profesional (Lyndon *et al.*, 2015). Selain itu, untuk dapat berkomunikasi dan berkolaborasi secara efektif memerlukan pengetahuan dan pemahaman tentang ketrampilan dan tanggung jawab anggota tim lainnya dan menghargai kontribusi masing-masing sehingga akan menghasilkan keselamatan pengobatan (Wilson *et al.*, 2016).

Menurut Lestari *et al.* dan Ridar *et al.* keterbatasan komunikasi antar profesi dapat di atasi dengan menggunakan metode Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) (Lestari *et al.*, 2017; Ridar *et al.*, 2018). CPPT ini merupakan catatan terintegrasi mengenai kondisi pasien yang dibuat secara tersistem sehingga semua PPA (Profesional Pemberi Asuhan) melakukan pencatatan pada dokumen yang sama. Hal ini telah menjadi bagian dari akreditasi pada RS sebagaimana tercantum dalam SNARS edisi 1. Bentuk instrumen lain yang digunakan dalam kolaborasi interprofesi adalah adanya Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya, Alur Klinis/*Clinical Pathway* terintegrasi, Algoritme, Protokol, Prosedur dan *Standing Order* (KARS, 2017).

Berdasarkan uraian di atas dapat diketahui bahwa kebijakan mutu layanan PONEK perlu ditindaklanjuti dengan pengembangan kolaborasi interprofesi dengan memaksimalkan penggunaan instrumen komunikasi interprofesi dengan harapan dapat menurunkan AKI dan AKB. Dari hasil studi yang didapatkan, penelitian kolaborasi interprofesi di Indonesia masih terbatas. Penelitian kolaborasi interprofesi terutama pada PONEK masih sedikit penulis temukan, misal pada penelitian yang dilakukan oleh Sulistyaningsih *et al.*, 2020 yang meninjau kolaborasi interprofesi pada PONEK dari sudut keselamatan pasien (Sulistyaningsih *et al.*, 2020). Penelitian Lestari *et al.* dan Ridar *et al.* yang melihat penggunaan CPPT pada layanan di RS (Lestari *et al.*, 2017; Ridar *et al.*, 2018). Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian kolaborasi interprofesi pada PONEK dan model pengembangan kolaborasi interprofesi yang dapat diaplikasikan di Rumah Sakit Pendidikan dengan tetap memperhatikan instrumen kolaborasi interprofesi yang sudah tersedia.

Menurut PP RI No.93 tahun 2015, rumah sakit pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi. Sumatera Barat mempunyai RS di tiap kota/kabupaten yakni kurang lebih 18 rumah sakit. Sebagian dari RS tersebut menjadi RS Pendidikan bagi tenaga kesehatan baik sebagai RS Pendidikan Utama maupun RS jejaring. Hampir semua RS tersebut mempunyai layanan PONEK. Hanya saja bagaimana layanan kolaborasi interprofesi pada layanan tersebut, masih belum diteliti.

Sehubungan dengan kondisi di atas peneliti tertarik untuk mendalami kondisi kolaborasi interprofesi pada PONEK yang dilaksanakan RS Pendidikan di Sumatera Barat. Oleh karena itu RS Pendidikan menjadi wadah mempersiapkan tenaga kesehatan termasuk mempersiapkan kemampuan praktik kolaborasi interprofesi. Harapannya dengan penelitian ini akan dihasilkan model pengembangan kolaborasi interprofesi. Model pengembangan ini mempunyai kelebihan dari kolaborasi interprofesi saat ini, karena mengidentifikasi kolaborasi interprofesi yang sedang berjalan pada PONEK, dan berdasarkan kondisi kontekstual rumah sakit pendidikan di Indonesia, khususnya Sumatera Barat. Model ini dibangun berdasarkan pengetahuan tentang kelemahan kebijakan mutu layanan yang diterapkan selama ini.

Pendekatan pada penelitian ini berupa pendekatan *research and development* (penelitian dan pengembangan) (Sugiyono, 2013) dengan menggunakan model ADDIE (*Analyze, Design, Development, Implementation, and Evaluation*). Model ADDIE merupakan suatu desain instruksional yang pada awalnya digunakan pada pengembangan metode pembelajaran (Branch, 2009; van Merriënboer, 2017; Hsu *et al.*, 2014;). Namun model ini bersifat fleksibel, artinya tidak hanya untuk program pembelajaran, model ini bisa diaplikasikan pada proyek instruksional desain lainnya seperti diadopsi pada pembelajaran berkelanjutan untuk tenaga kesehatan (Hsu *et al.*, 2014; Almomen *et al.*, 2016; Fitriadi *et al.*, 2021). Pada layanan dan sistem kesehatan, model ADDIE telah diaplikasikan pada layanan imunisasi (Wahyuni *et al.*, 2021), evaluasi pelatihan pengguna sistem informasi kesehatan (Guevarra *et al.*, 2020), pengembangan aplikasi pemilihan bahan pangan sehat (López *et al.*, 2017) dan pengembangan aplikasi pembeda makanan ringan yang sehat dan yang tidak sehat (Prapkree *et al.*, 2019) serta pada pengembangan model *moral hazard* provider jaminan kesehatan nasional pada RS (Syafrawati, 2018).

B. Masalah Penelitian

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, dapat dirumuskan masalah dalam penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana persepsi tenaga kesehatan terhadap faktor- faktor yang menunjang, menghambat dan performa yang diharapkan dalam mengimplementasikan kolaborasi interprofesi dari aspek kompetensi individu, mekanisme dukungan institusi, mekanisme lingkungan, dan mekanisme budaya kerja pada tim PONEK di RS Pendidikan?
2. Bagaimana pengembangan alat ukur untuk menilai implementasi kolaborasi interprofesi pada PONEK RS Pendidikan.
3. Bagaimana analisis persepsi responden tentang pengaruh kompetensi individu , mekanisme dukungan institusi, mekanisme lingkungan dan mekanisme budaya kerja terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam tim PONEK RS Pendidikan?
4. Bagaimana analisis persepsi responden tentang peran umur, jenis kelamin, latar belakang profesi dan lama kerja dalam memoderasi hubungan antara kompetensi individu dan implementasi kolaborasi interprofesi dalam tim PONEK di RS Pendidikan?

5. Bagaimana konstruksi model pengembangan kolaborasi interprofesi pada PONEK RS Pendidikan?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah mengembangkan model kolaborasi interprofesi pada PONEK RS Pendidikan.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengeksplorasi persepsi tenaga kesehatan terhadap faktor-faktor yang menunjang, menghambat dan performa yang diharapkan dalam mengimplementasikan kolaborasi interprofesi dari aspek kompetensi individu, mekanisme dukungan institusi, mekanisme lingkungan, dan mekanisme budaya kerja pada tim PONEK di RS Pendidikan.
2. Mengembangkan alat ukur untuk menilai implementasi kolaborasi interprofesi pada PONEK RS Pendidikan.
3. Menganalisis persepsi responden tentang pengaruh kompetensi individu, mekanisme dukungan institusi, mekanisme lingkungan dan mekanisme budaya kerja dalam implementasi kolaborasi interprofesi dalam tim PONEK RS Pendidikan.
4. Menganalisis persepsi responden tentang peran umur, jenis kelamin, latar belakang profesi dan lama kerja dalam memoderasi hubungan antara kompetensi individu dan implementasi kolaborasi interprofesi dalam tim PONEK di RS Pendidikan.
5. Mengkonstruksi model kolaborasi interprofesi pada PONEK RS Pendidikan.

3. Manfaat Penelitian

a) Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1. Mendapatkan gambaran tentang faktor pendukung dan penghambat implementasi kolaborasi interprofesi pada PONEK RS Pendidikan.

2. Diperolehnya konstruksi model yang dapat digunakan dalam implementasi kolaborasi interprofesi pada PONEK RS Pendidikan.
3. Diperolehnya model yang dapat digunakan dalam implementasi kolaborasi interprofesi pada PONEK RS Pendidikan.
4. Hasil kajian ini dapat dijadikan bahan informasi bagi penelitian selanjutnya guna memperkaya khasanah ilmu pengetahuan dan referensi penelitian.
5. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi pengembangan dan penerapan ilmu pengetahuan pada tim layanan kesehatan lainnya.

b) Manfaat Praktis

Manfaat praktis dari penelitian ini adalah mendesain model pengembangan yang dapat digunakan dalam meningkatkan kolaborasi tenaga kesehatan pada PONEK atau layanan kesehatan. Manfaat lain adalah untuk acuan pendidikan bagi institusi pendidikan profesi kesehatan.

c) Manfaat Bagi Pembuat Kebijakan

Hasil penelitian dapat menjadi acuan bagi pembuat kebijakan dalam menjaga mutu layanan kesehatan terutama dalam tim layanan kesehatan.

D. Potensi Kebaruan

Model pengembangan kolaborasi interprofesi PONEK RS Pendidikan di Indonesia dapat menjadi unsur kebaruan dari penelitian ini.

E. Karya Cipta

Adapun karya cipta yang akan dihasilkan melalui penelitian ini adalah berupa:

1. Jurnal bereputasi nasional dan internasional.
2. HAKI:
 1. Konstruksi model pengembangan kolaborasi interprofesi PONEK
 2. Modul pelatihan kolaborasi interprofesi pendidikan berkelanjutan bagi profesi kesehatan
 3. Modul pembelajaran kolaborasi interprofesi bagi mahasiswa profesi kesehatan