

Praktik Tim dan Kerjasama Tim Antar Profesional Pemberi Asuhan dalam Implementasi *Interprofessional Collaboration* di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh

Sri Wahyuni, Nova Dian Lestari, Nurjannah, Dedy Syahrizal

Master Program of Public Health, Medicine Faculty of Syiah Kuala University, Indonesia

Email: dedyshahrizal@unsyiah.ac.id

Abstract. Introduction: Interprofessional Collaboration (IPC) is a form of cooperation between health workers conducted collaboratively to ensure optimal and sustainable patient care. Professional Caregivers with different professions and sciences are required to contribute individually as well as in teams. This research aims to find out the description of team and teamwork between professional caregivers in the implementation of Interprofessional Collaboration at Meuraxa Hospital, Banda Aceh.

Method: This research is qualitative research with phenomenological approach using in-depth interview method and Focus Group Discussion (FGD). Data is recorded, transcribed and then analyzed using thematic analysis. Informants of this study as many as 12 PPA consisting of doctors in charge of patients, nurses, pharmacists, and dietitians. The research was conducted at Meuraxa Hospital in Banda Aceh during June-July 2020.

Result: Team and teamwork interprofessionally at Meuraxa Hospital hasn't been effective. Joint visit activities involving four professions have never been conducted. The quantity of pharmacist and dietitian needed in conducting collaboration isn't enough. Nurses in accordance with clinical competence in carrying out collaboration hasn't been appropriate. Professional caregivers has not understood the concept of IPC, so the dominance of teamwork is carried out by doctor-nurse profession.

Discussion: Hospitals must conduct staff evaluated to provide adequate human resources in quantity as well as in quality and distribution of human resources according to the needs of collaboration. Socialization about the regulation and implementation of Interprofessional Collaboration needs to be done periodically so that professional caregivers could be understand the concept of IPC well.

Keywords: Team and Teamwork, Professional Caregivers, Interprofessional Collaboration.

Abstrak. Pendahuluan: Praktik *Interprofessional Collaboration* (IPC) merupakan bentuk kerjasama antar tenaga kesehatan yang dilakukan secara kolaboratif untuk memastikan asuhan pasien berjalan secara optimal dan berkesinambungan. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dengan profesi dan keilmuan yang berbeda dituntut untuk bisa berkontribusi secara individu maupun dalam tim. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran praktik tim dan kerjasama tim antar PPA dalam implementasi *Interprofessional Collaboration* di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi menggunakan metode *in-depth interview* dan *Focus Group Discussion* (FGD). Data direkam, ditranskripsi kemudian dianalisis menggunakan analisis tematik. Informan penelitian ini sebanyak 12 orang PPA yang terdiri dari Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), perawat, apoteker, dan dietisien. Penelitian dilakukan di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh selama bulan Juni-Juli tahun 2020.

Hasil: Hasil penelitian menggambarkan bahwa tim dan kerjasama tim secara interprofessional di RSUD Meuraxa belum efektif. Kegiatan *visite* bersama yang melibatkan keempat profesi belum pernah dilakukan. Profesi apoteker dan dietisien yang dibutuhkan dalam melakukan kolaborasi tidak cukup dari segi kuantitas. Perawat sesuai kompetensi klinis dalam melaksanakan kolaborasi belum sesuai. PPA belum memahami konsep IPC dengan baik sehingga dominansi kerjasama tim dilakukan oleh profesi dokter-perawat.

Diskusi: Rumah Sakit harus melakukan tela'ah staf untuk menyediakan dan mendistribusikan PPA yang cukup secara kuantitas maupun kualitas sesuai kebutuhan kolaborasi. Sosialisasi tentang regulasi dan pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* perlu dilakukan secara berkala agar PPA memahami konsep IPC dengan baik.

Kata Kunci: Tim dan Kerjasama Tim, Profesional Pemberi Asuhan, *Interprofessional Collaboration*

Pendahuluan

Interprofessional Collaboration (IPC) terjadi ketika beberapa petugas kesehatan dari berbagai latar belakang profesi bekerja bersama dengan pasien, keluarga, profesional lain dan masyarakat untuk memberikan kualitas pelayanan yang baik (World Health Organization, 2010). IPC merupakan suatu proses membangun dan memelihara hubungan

kerjasama yang efektif antara akademisi, praktisi dan pasien/keluarga/masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal, dengan adanya rasa hormat, kepercayaan, pembagian peran dalam pengambilan keputusan dan kerjasama (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

PPA merupakan tim interdisiplin dengan koordinasi interprofesional dimana PPA diposisikan bekerja sebagai sebuah tim yang mengelilingi pasien, dengan tugas mandiri, kolaborasi maupun tugas delegatif. Dalam hal ini PPA dituntut memiliki kompetensi profesi dan kompetensi kolaborasi interprofesional yang memadai. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai *team leader* berperan untuk menyusun kerangka asuhan, melakukan koordinasi, kolaborasi, sintesis, interpretasi, review, dan mengintegrasikan asuhan pasien (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

Selain meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien melalui kemudahan akses, koordinasi pelayanan dan penggunaan sumber daya manusia yang tepat, praktik kolaborasi multidisiplin juga berpotensi dalam upaya menurunkan komplikasi, lama rawatan, konflik antar pemberi layanan, kesalahan terapi bahkan angka kematian (World Health Organization, 2010). Sebuah studi *Focus Group Discussion* tentang faktor-faktor yang berkontribusi dalam pelaksanaan IPC di Indonesia, hambatan terlaksananya IPC di pusat layanan kesehatan terkait dengan budaya organisasi, pengaturan *teamwork*, pengaturan desain ruang serta komunikasi dan koordinasi (Setiadi, et al., 2017)

Memberikan pelayanan kolaborasi secara interprofesional dibutuhkan 4 (empat) kompetensi dasar, yaitu kompetensi nilai dan etik, wewenang dan tanggung jawab, komunikasi interprofesional dan tim/kerjasama tim. IPC tidak akan berjalan seperti yang seharusnya jika salah satu dari keempat kompetensi ini tidak berjalan dengan baik (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh merupakan rumah sakit rujukan regional tipe B terakreditasi KARS sejak tahun 2016 yang terus berupaya meningkatkan mutu dan kualitas pelayanannya. Regulasi tentang praktik *interprofesional collaboration* telah diatur dalam “Pedoman Pelayanan Pasien RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2019”. Tetapi dari hasil observasi peneliti, kegiatan ini belum dilaksanakan secara optimal. Belum tampak kegiatan berbagi peran, keilmuan dan wewenang profesi tertentu untuk melakukan pengambilan keputusan terhadap asuhan pasien secara bersama-sama. Pengambilan keputusan masih didominasi oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). PPA lainnya yang terlibat dalam asuhan lebih cenderung hanya menjalankan dan mengikuti instruksi DPJP. Tidak tampak peran dan kontribusi yang diharapkan dalam pelaksanaan kolaborasi.

Observasi peneliti melalui CPPT dan juga melalui wawancara dengan beberapa kepala ruangan diketahui bahwa 100% profesi farmasi di RSUD Meuraxa selama tahun 2019 belum pernah menuliskan hasil asuhannya dalam CPPT. Artinya tenaga farmasi belum melakukan asuhan pasien secara individu, apalagi secara kolaborasi. Kepala profesi apoteker mengatakan bahwa apoteker yang ada saat ini, belum melaksanakan asuhan secara mandiri apalagi secara kolaborasi.

Bekerja secara *interprofesional collaboration* tidak akan terwujud jika PPA tidak melaksanakan asuhan secara individu dan juga secara bersama-sama. Fenomena ini yang menarik untuk diteliti, bagaimana gambaran keberadaan tim dan praktik kerjasama tim antar PPA yang terjadi di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh, sehingga terciptanya mekanisme budaya kerja yang profesional sesuai konsep *interprofessional collaboration*.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran praktik tim dan kerjasama tim antar PPA dalam implementasi *Interprofessional Collaboration* di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh.

Metode penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pemilihan metode kualitatif ini karena peneliti ingin mengeksplorasi permasalahan dengan cara mendapatkan fenomena-fenomena yang terjadi dalam praktik tim dan kerjasama tim yang dianggap memiliki kontribusi terhadap rendahnya implementasi IPC di RSUD Meuraxa.

Penelitian ini dilakukan di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh selama bulan Juni-Juli tahun 2020. Informan pada penelitian ini adalah PPA yang terdiri dari DPJP, Perawat, Apoteker, dan Dietisien. Dengan kriteria informan (1) DPJP, memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di RSUD Meuraxa, telah menandatangani Rincian Kewenangan Klinis (RKK), sudah bekerja > 2 tahun di RSUD Meuraxa, bersedia menjadi informan. (2) Perawat PK III, IV dan V, memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di RSUD Meuraxa, telah menandatangani Rincian Kewenangan Klinis (RKK), sudah bekerja > 2 tahun di RSUD Meuraxa, bersedia menjadi informan. (3) Apoteker yang memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di RSUD Meuraxa, telah menandatangani Rincian Kewenangan Klinis (RKK), sudah bekerja > 2 tahun di RSUD Meuraxa, bersedia menjadi informan. (4) Dietisien, memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di RSUD Meuraxa, telah menandatangani Rincian Kewenangan Klinis (RKK), sudah bekerja > 2 tahun di RSUD Meuraxa, bersedia menjadi informan.

Pengumpulan data dilakukan dengan 2 tahap dengan teknik wawancara tidak terstruktur. Tahap pertama melalui *in-depth interview* sebanyak 12 kali dengan menggunakan panduan wawancara berupa garis-garis besar pertanyaan tentang implementasi IPC mengacu pada *framework* WHO untuk IPC, *core competency* IPC berdasarkan *Institute of Medicine* (IOM) dalam *Report of an Expert Panel*. Informasi direkam dan ditranskripsi. Pengumpulan data dilakukan sampai data saturasi. Kemudian data dianalisis dengan menggunakan teknik analisis tematik. Hasil analisis tahap I menjadi panduan pada pengumpulan data tahap II melalui *Focus Group Discussion* (FGD), dengan tujuan melakukan konfirmasi dan menggali informasi lebih dalam terhadap isu yang muncul dari hasil tahap I. Informan pada FGD yang dilakukan 1 kali adalah 4 orang informan pada *in-depth interview* yang mewakili masing-masing profesi DPJP, perawat, apoteker dan dietisien. Informan FGD dipilih berdasarkan informan yang memberikan informasi terbanyak dan memahami masalah dalam penelitian

Tabel 1. Karakteristik Informan

Umur	Kategori	Nilai
	Median	40 (30-45)
Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase(%)
Laki-Laki	0	0
Perempuan	12	100,0
Pendidikan	Frekuensi	Persentase(%)
Diploma	1	8,3
S-1	7	58,3
S-2	4	33,3
Status Perkawinan	Frekuensi	Persentase(%)
Kawin	10	83,3
Tidak Kawin	2	16,7
Profesi	Frekuensi	Persentase(%)
DPJP	3	25,0
Perawat	3	25,0
Dietisien	3	25,0
Apoteker	3	25,0
Masa Kerja	Frekuensi	Persentase(%)
< 5 tahun	3	25,0
5-10 tahun	1	8,3
>10 tahun	8	66,7
Pendapatan	Frekuensi	Persentase(%)
Sangat Tinggi (>3,5 juta)	8	66,7
Tinggi (2,5-3,5 juta)	4	33,3
Sedang (1,5-2,5 juta)	0	0

ini serta bersedia menjadi informan dalam kegiatan tersebut. Data yang didapat pada FGD dianalisis dengan teknik analisis tematik. Kemudian hasil analisis *in-depth interview* akan digabungkan dengan hasil analisis FGD dengan metode triangulasi sebagai kesimpulan penelitian.

Hasil

Karakteristik informan

Informan penelitian ini sebanyak 12 orang berusia antara 30-45 tahun. Jenis kelamin informan seluruhnya adalah perempuan, dengan jenjang pendidikan terbanyak adalah pendidikan sarjana S-1 (58,3%) dan sebagian besar informan sudah menikah (83,3%). Berdasarkan keprofesiannya, informan dengan profesi DPJP, perawat, apoteker dan dietisien masing-masing ada 3 orang (25%). Informan terbanyak mempunyai masa kerja di atas 10 tahun yaitu sebanyak 8 orang (66,7%). Pendapatan sebagian besar informan penelitian ini berdasarkan standar Badan Pusat Statistik (BPS) termasuk kategori sangat tinggi yaitu pendapatan > 3,5 juta per bulan sebanyak 8 orang (66,7%). (Tabel 1)

Rendah (<1,5 juta)	0	0
-----------------------	---	---

Sumber : Data Primer

Praktik Tim dan Kerjasama Tim PPA di RSUD Meuraxa

Peneliti memeriksa data secara berulang dan tema yang muncul sesuai pelaksanaan tim dan kerjasama tim secara interprofessional mengacu pada *framework* pelaksanaan IPC oleh WHO dan IOM pada *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel*. Hasil penelitian didapatkan 6 tema pada pelaksanaan tim dan kerjasama tim dalam IPC.

Tabel 2. Tema Pelaksanaan Tim dan Kerjasama Tim dalam IPC

Kode	Konten Tema
1.	Membangun tim, wewenang dan kurang efektifnya kerjasama tim karena keterbatasan sumber daya manusia (SDM) profesi tertentu dan waktu
2.	Keikutsertaan profesi kesehatan lainnya dalam berbagi penyelesaian masalah perawatan pasien pada situasi tertentu masih kurang
3.	Menggabungkan pengetahuan dan pengalaman profesi lain untuk memutuskan perawatan
4.	Adanya konsensus tentang panduan etik perawatan pasien dan kerjasama tim dari semua aspek dalam bentuk regulasi yang tidak berjalan sesuai harapan
5.	Menerapkan praktik kepemimpinan dalam mendukung praktik kolaborasi dan efektifitas tim
6.	Memberikan informasi yang efektif bagi tim kerja berdasarkan <i>evidence base</i>

Dari hasil analisis tema pada tehnik *in-depth interview*, peneliti hanya menemukan 2 tema yang masih membutuhkan konfirmasi dan menggali lebih dalam terhadap informasi yang diterima, yang peneliti anggap sangat berkontribusi dalam pelaksanaan IPC. Tema tersebut adalah tema 2 dan 4.

1. Membangun tim, wewenang dan kurang efektifnya kerjasama tim karena keterbatasan jumlah SDM dan waktu

Seluruh PPA merasa pembentukan tim dan kerjasama tim yang dilakukan selama ini masih kurang efektif karena keterbatasan SDM. Masing-masing PPA melakukan asuhan mandiri, tetapi pelaksanaan kolaborasi masih jarang. Pelaksanaan kerjasama tim dalam bentuk kolaborasi secara langsung sulit dilakukan karena keterbatasan SDM. SDM yang dimaksud adalah profesi apoteker dan dietisien. Profesi yang sering berinteraksi adalah dokter, perawat dan dietisien. Tidak pernah terlihat keempat profesi beriringan melakukan kunjungan pasien secara bersama-sama.

"Yang kita jalankan selama ini, kalau secara bersama itu... ada yang dijalankan secara bersama, ada juga dilakukan secara mandiri. Kalau dijalankan secara bersama itu kalau saat si penanggungjawab si dokter bersama-sama dengan perawat akan memberi asuhan. Kalau farmasi setelah adanya keluar asuhan maka keluar terapi, maka setelah keluar tadi, maka farmasi akan memberikan obatnya. Dan gizi juga setelah tau diagnosanya maka gizi juga akan menjalankannya. Jadi bisa jadi itu sekalian, bisa jadi gak sekalian"(09)

"Kami dokter yang selalu bertemu pasti dengan perawat kalau dengan apoteker dan dietisien biasanya dalam satu pasien cuma satu kali atau dua kali paling banyak"(11)

Informan juga mengemukakan adanya keterbatasan waktu profesi dokter turut menghambat kolaborasi yang diharapkan.

"Sebenarnya bukan cukup gak cukup. Kadang-kadang jadwal dokter juga. Kadang-kadang dokter, kita gak nyalahin ya. Kadang ada yang cepet. Cuman kalau dokter kan mungkin ada kesibukan juga di poli, kadang dah jam 12 ke pasien. Kadang ada juga yang di atas jam 12. Jadi kan kita kalau seandainya ada jadwal yang di sepakati jam segini jam segini. Jadi kita kan bisa maksudnya masih dalam batasannya. Karena kan kalau orang gizi, ngantarin diet makananya itu paling telat jam 11 sudah ada."(08)

2. Keikutsertaan profesi kesehatan lainnya dalam berbagi penyelesaian masalah perawatan pasien pada situasi tertentu masih kurang

Seluruh PPA mengatakan bahwa keikutsertaan profesi Apoteker dalam melakukan asuhan dan penyelesaian masalah pasien di ruangan bahkan dalam kondisi-kondisi tertentu pun hampir bisa dikatakan tidak ada. Apoteker sendiri pun mengakui hal tersebut. Ketidakhadiran mereka karena keterbatasan jumlah SDM dan tumpang tindih tanggung jawab yang diberikan kepada mereka. Selain tanggung jawab melakukan kefarmasian klinik, Apoteker juga mempunyai tanggung jawab manajerial. Sehingga membuat Apoteker tidak sempat untuk melakukan asuhan kefarmasian kliniknya. Seperti pernyataan Apoteker berikut ini:

"Paling yang biasa-biasa di ruangan hanya dokter, perawat, gizi yang mengisi status itu. Cuma karena akreditasi kemarin memberikan wewenang juga kepada apoteker, apoteker ada juga sebenarnya untuk diisi di status. Keterbatasan apoteker jadi kami tidak terjun ke lapangan tersebut. Mengingat ada pekerjaan lain seperti laporan penggunaan obat, itu juga ee apoteker yang mengerjakan. Jadi kalau untuk terjun ke.. untuk terjun ke ruangan selama ini belum ada di rumah sakit ini"(05)

Tetapi ada sebagian kecil informan yang mengatakan bahwa apoteker pernah melakukan asuhan meskipun jarang. Seperti yang dikatakan oleh informan 11 berikut:

"Kalau Apoteker susah, biasanya kolaborasinya jarang-jarang. Kalau memang sudah ada kendala dengan pemberian terapi obat pada pasien, biasanya memang harus kita hubungi sendiri"(11)

Perbedaan tersebut menarik bagi peneliti untuk melakukan konfirmasi dan menggali lebih melalui pelaksanaan FGD. Hasil FGD ditemukan bahwa mayoritas PPA menyampaikan bahwa keikutsertaan profesi kesehatan lain dalam berbagi penyelesaian masalah perawatan pasien pada situasi tertentu memang masih kurang. Hal ini mengkonfirmasi informasi pada *in depth interview* bahwa profesi

apoteker memang belum melakukan asuhan kefarmasian kliniknya baik secara mandiri maupun secara kolaborasi. Tergambar dari pernyataan berikut:

"Kalau 100% ya dua PPA hadir yakni DPJP dan suster. Kalau dengan dietisien mungkin ya 75%, tapi kalau dengan farmasi yaa 0%. Kalau keempat-empatnya sudah pasti 0%, karena 75% yang paling tinggi itu yakni 3 PPA yang hadir"(12)

3. Menggabungkan pengetahuan dan pengalaman profesi lain untuk memutuskan perawatan

Sebagian besar PPA menggambarkan sudah ada aktivitas menggabungkan pengetahuan dan pengalaman profesi lain untuk memutuskan perawatan. Informan menyatakan adanya kerjasama antar PPA sebagai tim dalam berbagi pengalaman dan keilmuan yang digabungkan menjadi suatu asuhan sesuai kebutuhan pasien. Baik itu saat bertemu dalam melakukan asuhan ataupun dalam pertemuan yang membahas kasus tertentu.

"Kerja kita tim. Seperti kami melakukan asuhan keperawatan, tapi gizinya dari mana kalau gak dari gizi. Kita kan gak bisa memasok gizinya. walaupun kita tau pasien butuh gizi ini. tapi kita gak tau sampai sedetil berapa kalori yang dibutuhkan, berapa kebutuhan vitaminnya. Gak bisa. Gitu juga dengan terapinya. dengan dokter."(09)

4. Adanya konsensus tentang panduan etik perawatan pasien dan kerjasama tim dari semua aspek dalam bentuk regulasi yang tidak berjalan sesuai harapan

Sebagian besar PPA mengatakan sudah adanya regulasi yang mengatur pelaksanaan kolaborasi dalam melakukan perawatan pasien meskipun pelaksanaannya belum berjalan sesuai regulasi yang telah ditetapkan tersebut. PPA tidak mengetahui secara detil apa isi regulasi tersebut. Belum pernah ada sosialisasi. Hal ini sesuai pernyataan dari informan berikut

"Tentang kebijakan untuk kolaborasi ini tahu, tapi persis detailnya kurang ngerti"(11)

Ada juga informan yang mengatakan tidak ada regulasi tersebut di rumah sakit. Tapi implementasi kolaborasi sendiri sudah berjalan. Hal tersebut disampaikan oleh informan berikut:

"Terus terang kalau di Rumah Sakit Meuraxa, kebijakan yang diatur secara turunan dari undang-undang yang sudah ada ditetapkan Permenkes ataupun dari Kementerian Kesehatan belum ada, tetapi secara implementasi dari masing-masing.. profesi kita sudah melakukan..."(03)

Perbedaan tersebut bagi peneliti perlu dilakukan konfirmasi lebih melalui pelaksanaan FGD untuk memastikan seluruh PPA mengetahui adanya regulasi tentang kerjasama tim yang disepakati dan disosialisasikan kepada PPA. Hasil FGD ditemukan bahwa hanya sebagian kecil PPA yang mengetahui adanya panduan perawatan pasien dan kerjasama tim dari semua aspek. Hanya saja tidak berjalan sesuai harapan karena kurangnya sosialisasi. Hal ini sesuai pernyataan berikut:

"Saya ada membaca di MKE 10. Tapi ya.. sosialisasinya ya kita tidak tahu kalau visit itu harus ada bersamaan, yang penting pesan tersampaikan"(12).

5. Menerapkan praktik kepemimpinan dalam mendukung praktik kolaborasi dan efektifitas tim

Menurut sebagian besar informan, pengambil keputusan dari keseluruhan asuhan yang diberikan kepada pasien adalah DPJP. Informan merasa bahwa walaupun berkolaborasi, profesi lain sifatnya lebih sebagai pendukung saja. Keputusan akhir tetap diberikan kepada DPJP.

"Waktu pasien datang, yang liat pertama kali perawat. Perawat ada diagnosa keperawatan. Diagnosa itu akan di follow up ke dokternya. Kemudian dokter juga ada diagnosa sendiri. Itu diagnosa awal. Kemudian ada pemeriksa pendukung, Tegaklah diagnosa. Baru disesuaikan untuk terapi termasuk diet nya. Untuk terapi diputuskan oleh dokter. Diet oleh dietisien. Yang mengambil keputusan akhirnya adalah DPJP"(06)

6. Memberikan informasi yang efektif bagi tim kerja berdasarkan evidence base

Penerapan pemberian informasi yang efektif kepada tim kerja yang didasarkan evidence base digambarkan oleh sebagian kecil informan. Informan tersebut menganggap bahwa dalam memberikan informasi, sesekali perlu menunjukkan literatur pendukung tentang asuhannya. Dietisien melakukan perubahan diet berdasarkan hasil monitoring yang disesuaikan dengan perkembangan yang terjadi sesuai keilmuannya. Pernyataan berikut yang mendukung gambaran tersebut adalah:

"Mungkin dengan memberitahu dengan baik-baik. mengingatkan bisa menyalahi kode etik. Kalau perlu menunjukkan peraturan atau literatur yang ada 'gak ada kakak bilang yang ini ini ini'. Misalnya kalau seperti terapi obat, kalau dokter tetap kekeuh misalnya dan bilang ada ilmu terbaru tanpa menunjukkan bukti literatur atau yang lain, ya kita mengalah. Yang penting sudah kita sampaikan"(06)

Pembahasan

Membangun dan mempertahankan kolaborasi tim kesehatan sangat diperlukan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan optimal. Konsep kolaborasi tim kesehatan itu sendiri merupakan konsep hubungan kerjasama yang kompleks dan membutuhkan pertukaran pengetahuan yang berorientasi pada pelayanan kesehatan untuk pasien di Rumah Sakit. *Interprofessional collaboration* adalah ketika beberapa petugas kesehatan dari berbagai latar belakang profesi bekerja bersama dengan pasien, keluarga, profesional lain dan masyarakat untuk memberikan kualitas pelayanan yang baik (World Health Organization, 2010).

Seluruh PPA di RSUD Meuraxa merasa bahwa kerjasama tim yang dilakukan selama ini masih kurang efektif karena minimnya keberadaan profesi apoteker dalam melakukan asuhan baik secara mandiri ataupun secara kolaborasi dengan PPA lainnya. Semua apoteker yang menjadi informan penelitian ini mengakui bahwa ketidakhadiran profesinya disebabkan karena kurangnya SDM dan tumpang tindih pekerjaan mereka secara klinis dan secara manajerial. Peran pihak manajemen dalam memberikan solusi terhadap masalah tersebut sangat penting. Peran pimpinan sebagai pembuat kebijakan dapat meningkatkan kerjasama yang lebih baik antara apoteker dengan PPA lainnya dalam melakukan asuhan. Dari hasil penelusuran literatur bahwa kualitas layanan yang baik tergantung pada profesional yang bekerja sama dalam tim interprofesional (Rokhmah & Anggorowati, 2017). Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit M. M. Dunda menunjukkan peningkatan hubungan dokter-apoteker di rumah sakit pada model kolaborasi 3 pihak, dimana Direktur adalah pihak yang memperkuat hubungan tersebut (Abdulkadir, 2017).

Keikutsertaan profesi apoteker dalam melakukan asuhan dan penyelesaian masalah pasien di ruangan bahkan dalam kondisi-kondisi tertentu pun hampir bisa dikatakan tidak ada. Kolaborasi tidak akan optimal jika ada satu saja bagian yang tidak ikut terlibat dalam asuhan yang diberikan. Sebab, praktik kolaborasi itu sendiri adalah sebuah proses kegiatan komunikasi dan pengambilan keputusan interprofesional dimana mereka bisa saling berbagi pengetahuan dan keterampilan masing-masing untuk melakukan asuhan terhadap pasien (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2012). Pelayanan Apoteker secara klinis erat kaitannya dengan pemberian sediaan farmasi kepada pasien dalam upaya memberi perawatan yang efektif, efisien dan aman terhadap pasien. Tidak semua profesi memahami keilmuan tersebut. Penelitian tentang Pengoptimalan peran apoteker dalam

pemantauan dan evaluasi insiden keselamatan pasien didapatkan bahwa integrasi kegiatan farmasi klinik dengan kegiatan keselamatan pasien diwujudkan melalui sistem pelaporan insiden, dampak klinik, rekomendasi pemecahan masalah, dan manajemen risiko (Kusharwanti, Dewi, & Setiawati, 2014). Pemberian informasi tentang penggunaan obat, efek samping dan interaksi obat juga akan mendukung keberhasilan suatu terapi. Penelitian Handayany (2019) menyatakan bahwa pemberian *pharmaceutical care* dalam hal ini konseling akan menjadi lebih baik (Handayany & Farida, 2019).

PPA lainnya di RSUD Meuraxa juga lebih sering melakukan asuhan secara mandiri. Keterbatasan waktu DPJP dan dietisien yang tidak bisa selalu ada di satu ruang perawatan, mengakibatkan sulitnya melakukan asuhan dalam satu waktu secara bersama-sama. Kerjasama yang terjadi cenderung berlangsung antar profesi. Dokter dan perawat menyadari bahwa mereka adalah peran kunci dalam melakukan asuhan. Oleh karena itu, interaksi dokter dan perawat adalah kolaborasi PPA yang paling kontinyu dan intensif. Penelitian yang dilakukan Utami (2016), dokter dan perawat menunjukkan sikap positif serta mempunyai interaksi dan nilai-nilai interprofesional yang tinggi pada hubungan kolaborasi. (Utami, Hapsari, & Widyandana, 2016).

Pengaturan waktu kunjungan pasien yang disepakati bersama, merupakan salah satu solusi agar terlaksananya kerjasama tim secara interprofesional di RSUD Meuraxa.

Tidak adanya *visite* bersama antar semua profesi di ruang rawat inap juga mengakibatkan pertukaran pengetahuan dan hubungan interpersonal antar profesi menjadi terbatas. Menurut (Zwarenstein, 2000), ronde bersama adalah kegiatan *visite* bersama antar profesi kesehatan dengan tujuan mengevaluasi pelayanan kesehatan yang telah dilakukan kepada pasien, hal ini dengan tujuan terciptanya transfer pengetahuan antar anggota profesi.

Kerjasama tim juga menjadi tidak ideal jika dilakukan oleh PPA yang tidak memiliki kompetensi dalam melakukan kolaborasi interprofesional. Komposisi perawat sesuai jenjang karir di ruang rawat inap RSUD Meuraxa tidak seimbang. Akibatnya seluruh perawat klinis dengan jenjang karir berapapun boleh melakukan asuhan secara kolaboratif, bahkan membuat perencanaan asuhan keperawatan. Menurut PMK No. 40 tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Perawat Klinis, perawat yang mempunyai kompetensi untuk melakukan *interprofessional collaboration* adalah perawat dengan jenjang karir PK III (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Kondisi seperti ini

menyebabkan kemampuan kolaboratif dan keilmuan antar profesi dalam tim menjadi tidak seimbang dimana perawat melakukan asuhan diluar kewenangannya. Hal ini juga disampaikan oleh Istirochah(2017) bahwa masih banyak perawat yang mengerjakan tugas diluar kewenangannya dimana Perawat Klinis I mengerjakan kewenangan Perawat Klinis II dan Perawat Klinis III, begitupun sebaliknya (Istirochah & Santoso, 2017).

Sebagian besar PPA mengatakan sudah adanya regulasi yang mengatur pelaksanaan kolaborasi dalam melakukan perawatan pasien. Hanya saja regulasi tersebut belum berjalan sesuai harapan. Sosialisasi mempunyai peran penting agar PPA dapat memahami dan mengimplementasikan regulasi di unit-unit layanan. Pelaksanaan sosialisasi yang tidak melibatkan keseluruhan profesi dan seluruh PPA menjadi tidak efektif karena pesan yang ingin disampaikan tidak diketahui oleh seluruh pemberi layanan. Hasil penelitian tentang optimalisasi peran dan fungsi kepala ruangan dalam pelaksanaan sosialisasi regulasi dan standar prosedur operasional keselamatan pasien menunjukkan bahwa pemahaman terhadap standar operasional prosedur akan mengubah perilaku seseorang kearah yang lebih baik, dan terdapat hubungan yang cukup kuat antara kualitas standar operasional prosedur dengan kinerja (Warashati, Novieastari, & Afriani, 2020).

Hampir semua PPA mengatakan bahwa DPJP adalah penanggung jawab utama pasien dan sebagai pengambil keputusan akhir dari asuhan yang akan diberikan. DPJP dianggap sebagai pemimpin dalam suatu asuhan yang diberikan pada seorang pasien. Keputusan yang diambil DPJP sebagai pemimpin tim seharusnya dengan mempertimbangkan pendapat dan rekomendasi dari PPA lain. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai *team leader* berperan untuk menyusun kerangka asuhan, melakukan koorodinasi, kolaborasi, sintesis, interpretasi, review, dan mengintegrasikan asuhan pasien (Komite Akreditasi Rumah Sakit, 2015).

Kesimpulan dan saran

Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa tim dan kerjasama tim secara interprofessional di RSUD Meuraxa belum efektif karena keikutsertaan profesi Apoteker dalam asuhan kolaborasi belum ada. Sehingga kegiatan *visite* bersama yang melibatkan keempat profesi belum pernah dilakukan. SDM profesi apoteker dan dietisien yang dibutuhkan dalam melakukan kolaborasi tidak cukup dari segi kuantitas dan kualitas kompetensi. Dominansi kerjasama tim dilakukan oleh profesi dokter-perawat.

Saran bagi Rumah Sakit, perlu adanya sosialisasi tentang pelaksanaan *interprofessional collaboration* secara umum agar PPA memahami konsep kolaborasi yang seharusnya. Sosialisasi regulasi dan pelatihan tentang pelaksanaan kerjasama tim secara IPC juga perlu dilakukan secara berkala. Manajerial RSUD Meuraxa juga harus membuat pola supervisi dan evaluasi terhadap pelaksanaan IPC. Peran pihak manajemen juga penting dalam mengatur SDM yang cukup bagi profesi apoteker dan dietisien untuk bisa melakukan asuhan klinis di ruang rawat inap. Demikian juga dengan pengaturan distribusi perawat sesuai kompetensi klinis yang sesuai untuk bisa melaksanakan kerjasama tim secara interprofesional. Sehingga kerjasama tim dari keempat profesi dapat berjalan dan memberikan asuhan terintegrasi yang optimal kepada pasien.

Daftar pustaka

1. Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. Vancouver, BC, Canada: Canadian Interprofessional Health Collaborative.
2. Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2012). *An Inventory of Quantitative Tools Measuring Interprofessional Education and Collaborative Practice Outcomes*. Canada: Canadian Interprofessional Collaboration Health Collaborative.
3. Handayani, G. N., & Farida. (2019). Peran Apoteker Dalam Pharmaceutical Care; Konseling Terhadap Tingkat Pengetahuan Pasien TBC Rawat Inap Bagian Infection Center RSUD dr. Wahidin Sudirohusodo. *Majalah Farmasetika*, 4(1), 39-45.
4. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice : Report of an expert panel*. Washington, D.C: Interprofessional Education Collaborative.
5. Istirochah, & Santoso, A. (2017). Gambaran Pelaksanaan Praktik Keperawatan Profesional Perawat Klinik III Berdasarkan Kewenangan Klinis di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal Program Studi Ilmu Keperawatan*, 1-8.
6. Kementerian Kesehatan RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan No.40 Tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Perawat Klinis. Indonesia.
7. Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit* (1 ed.). (P. H. Garna, Ed.) Jakarta Selatan, Indonesia: Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).
8. Komite Akreditasi Rumah Sakit. (2015). *Panduan Pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan Case Manager* (1 ed.). (Sutoto, Ed.) Jakarta, Indonesia: Komite Akreditasi Rumah Sakit.
9. Kusharwanti, W., Dewi, S. C., & Setiawati, M. K. (2014). Pengoptimalan Peran Apoteker dalam Pemantauan dan Evaluasi Insiden Keselamatan Pasien. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*, 3(3), 67-76.
10. Rokhmah, N. A., & Anggorowati. (2017). Komunikasi Efektif dalam Praktek Kolaborasi Interprofesi Sebagai Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan. *Journal of Health Studies*, 1(1), 65-71.
11. Setiadi, A., Wibowo, Y., Herawati, F., Irawati, S., Setiawan, E., Presley, B., et al. (2017). Factors Contributing to Interprofessional Collaboration in Indonesian Health Centres: A Focus Group Study. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 8, 69-74.
12. Utami, L., Hapsari, S., & Widyandana. (2016). Hubungan Antara Sikap dan Perilaku Kolaborasi dan Praktik Kolaborasi Interprofesional di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Rapih. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 1(2), 7-14.
13. C Warashati, D., Novieastari, E., & Afriani, T. (2020). Optimalisasi Peran dan Fungsi Kepala Ruang dalam Pelaksanaan Sosialisasi Regulasi dan Standar Prosedur Operasional Keselamatan Pasien. *Jurnal Keperawatan Komprehensif*, 6(2), 85-94.
14. World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva 27, Switzerland: World Health Organization Press/Health Professions Networks/ Nursing & Midwifery/ Human Resources for Health.
15. Zwarenstein, M. d. (2000). Interventions to Promote Collaboration between Nurses and Doctors. *Cochrane Database Systematic Reviews*.

