

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Rumah Sakit

2.1.1 *Pengertian Rumah Sakit*

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 mengatakan bahwa Rumah Sakit merupakan institusi yang menyediakan pelayanan kesehatan secara perorangan dengan menyelenggarakan pelayanan gawat darurat, rawat inap serta rawat jalan. Sedangkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 menyatakan bahwa rumah sakit adalah sarana pelayanan kesehatan tempat berkumpulnya orang sakit maupun sehat yang dapat mengakibatkan infeksi nosokomial yang memungkinkan juga terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan fungsi tubuh.

Upaya kesehatan di selenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitative) yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (Huber, 2017).

2.1.2 *Klasifikasi Rumah Sakit*

Rumah sakit dapat di klasifikasikan berdasarkan kriteria (Siregar dan Lia, 2004) sebagai berikut :

1. Berdasarkan kepemilikan

- a. Rumah sakit umum pemerintah

Rumah sakit umum pemerintah adalah rumah sakit yang dibiayai, diselenggarakan dan diawasi oleh pemerintah baik pemerintah pusat (Departemen Kesehatan). Pemerintah Daerah, ABRI, Departemen Pertahanan dan Keamanan maupun Badan Umum Milik Negara (BUMN). Rumah sakit ini bersifat non profit. Rumah sakit umum pemerintah dapat di klasifikasikan pada unsur pelayanan, ketenagaan fisik dan peralatan. Rumah sakit kelas A, Rumah sakit kelas B, Rumah sakit kelas C dan Rumah sakit kelas D.

- b. Rumah sakit swasta

Rumah sakit yang dimiliki dan diselenggarakan oleh Yayasan, organisasi keagamaan atau badan hukum lain dan dapat juga bekerja sama dengan institusi Pendidikan. Rumah sakit ini bertanggung jawab terhadap penyantun dana dan umumnya tidak memungut pajak kepada pelanggan mereka. Rumah sakit ini dapat bersifat profit dan non profit. Berdasarkan Keputusan Menteri Republik Indonesia No. 806/Menkes/SK/XII/1987, Klasifikasi Rumah sakit umum swasta yaitu Rumah sakit umum swasta pratama, madya dan purba.

2. Berdasarkan bentuk pelayanan

a. Rumah sakit umum

Rumah sakit yang melayani semua bentuk pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuannya. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit bersifat dasar, spesialisik dan sub spesialisik.

b. Rumah sakit khusus

Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis pelayannya tertentu seperti rumah sakit kaker, rumah sakit kusta, rumah sakit paru, rumah sakit mata. dll

3. Berdasarkan lama tinggal di Rumah Sakit

a. Rumah sakit untuk perawatan jangka pendek

Rumah sakit ini melayani pasien dengan penyakit-penyakit kambuhan yang dapat dirawat dalam periode waktu relative pendek, misalnya rumah sakit yang menyediakan pelayanan spesialis.

b. Rumah sakit untuk perawatan jangka Panjang

Rumah sakit ini melayani pasien dengan penyakit-penyakit kronik yang harus berobat secara tetap dan dalam jangka waktu yang Panjang, misalnya rumah sakit rehabilitasi dan rumah sakit jiwa.

4. Berdasarkan hubungan dengan Lembaga Pendidikan

a. Rumah sakit pendidikan, yaitu rumah sakit yang tidak menyelenggarakan program latihan untuk berbagai profesi.

b. Rumah sakit non pendidikan, yaitu rumah sakit yang tidak menyelenggarakan program latihan untuk berbagai profesi dan tidak memiliki hubungan kerjasama dengan universitas.

5. Berdasarkan status akreditasi

Terdiri atas rumah sakit yang telah diakreditasi dan rumah sakit yang belum terakreditasi. Rumah sakit yang sudah terakreditasi adalah rumah sakit telah diakui formal oleh badan sertifikat, yang menyatakan bahwa suatu rumah sakit telah memenuhi persyaratan untuk melakukan kegiatan tertentu.

2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan UU Nomor 44 tahun 2009, menyatakan bahwa tugas rumah sakit yaitu menyediakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Sedangkan fungsi rumah sakit yaitu :

1. Penyediaan pelayanan pada pengobatan dan pemulihan kesehatan berdasarkan standar yang telah ditetapkan pada pelayanan rumah sakit.
2. Peningkatan dan pemeliharaan kesehatan individu secara paripurna pada tingkat kedua dan ketiga yang sesuai dengan kebutuhan kesehatannya.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

4. Pelaksanaan *research*, pengembangan dan penapisan pada teknologi kesehatan dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan sesuai dengan etik ilmu pengetahuan pada bidang kesehatan. Rumah sakit menurut Aditama (Triwi, 2012) setidaknya terdapat 5 fungsi sebagai berikut:
 - a. Menyediakan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutiknya.
 - b. Memiliki pelayanan rawat jalan
 - c. Melakukan pendidikan dan pelatihan
 - d. Melakukan penelitian dibidang keperawatan dan kesehatan
 - e. Melaksanakan program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya

2.1.4 Pelayanan Rumah Sakit

Pelayanan penderita yang langsung di rumah sakit terdiri atas pelayanan medis, pelayanan farmasi, dan pelayanan keperawatan. Pelayanan penderita melibatkan pemeriksaan dan diagnosa, pengobatan penyakit atau luka, pencegahan, rehabilitasi, perawatan dan pemulihan kesehatan (Siregar, 2011).

1. Pelayanan tenaga medis
2. Pelayanan tenaga para medis
3. Lingkungan fisik ruang perawatan
4. Pelayanan penunjang medis
5. Pelayanan administrasi keuangan

2.2 Perawat

2.2.1 Pengertian Perawat

Menurut UU RI No 38 Tahun 2014 tentang keperawatan disebutkan bahwa perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik didalam negeri maupun luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Perawat merupakan sumber daya terbesar di rumah sakit. Sekitar 40 % tenaga keperawatan memengaruhi kinerja maupun pelayanan kesehatan di sebuah rumah sakit. Keperawatan yang merupakan komponen garis terdepan dalam memberikan pelayanan kesehatan sangat menentukan baik buruknya cita suatu rumah sakit dalam hal peningkatan kualitas terhadap manajemen perawatan pasien (Anggarawati & Sari, 2016).

2.2.2 Kesiapan Perawat

Kesiapan perawat merupakan hal yang sangat krusial dalam fase tanggap bagi penanganan pasien. Kesiapan perawat dalam hal ini dijadikan sebagai *first responder* dalam memberikan pelayanan bagi pasien (Diah Ayu L, et al 2017). Kesiapan adalah kondisi seseorang atau individu yang membuatnya siap memberikan respons atau jawaban atau tindakan yang akan dilakukan terhadap suatu situasi yang dibutuhkan. Penyesuaiana suatu ssat akan berpengaruh untuk memberikan suatu respons (Slameto, 2010). Persiapan seorang perawat untuk melakukan proses kolaborasi interprofesional itu sendiri dapat membantu mengurangi masalah *patient safety*, meningkatkan kesembuhan bagi pasien dan mengurangi beban kerja bagi tenaga kesehatan profesional (Lestari, Y et al 2017).

2.2.3 Faktor – Faktor yang memengaruhi Kesiapan Perawat

Menurut (Utami, L. et.al. 2016) berdasarkan data primer dari penelitiannya Kesiapan praktik kolaboratif interprofesional ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed) * Correlation is significant at the 0.05 level (2tailed) merumuskan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi kesiapan perawat dalam proses ICP meliputi :

1. Variabel Dependen

a. Jenis kelamin

Jenis kelamin atau sering dikenal sebagai gender adalah perbedaan bentuk, sifat dan fungsi biologis yang menentukan laki-laki atau perempuan.

b. Usia

Usia satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda baik benda hidup maupun benda mati.

c. Pendidikan

Pendidikan adalah pembelajaran, pengetahuan, keterampilan dan kebiasaan sekelompok orang yang diturunkan dari suatu generasi ke generasi berikutnya.

d. Lama Kerja

Lama kerja adalah jangka waktu atau lamanya seseorang bekerja pada suatu instansi, kantor dan sebagainya.

e. Tempat Dinas

Tempat dinas adalah lapangan baik terbuka maupun tertutup, bergerak maupun menetap dimana terdapat tenaga kerja atau sering dimasuki orang untuk bertugas atau bekerja sesuai keperluan atau usaha setiap kepentingan orang.

2. Faktor Eksternal

a. Faktor pertimbangan sosial dan interpersonal

Faktor pertimbangan sosial dan interpersonal ini berkaitan dengan reaksi sikap dan kepribadian dalam pengambilan keputusan dan batas kewenangan dalam menjalankan bisnis. Selain itu karakter personal memengaruhi keberhasilan dalam pengambilan keputusan.

b. Faktor organisasional dan institusional

Faktor organisasional adalah keahlian dasar seorang kepegawaian yang memengaruhi suatu proses kegiatan pada institusi dan memengaruhi komitmen dalam bekerja.

3. Faktor Intenal

a. Faktor perilaku

Perilaku merupakan cerminan dari watak atau sikap seseorang dalam melakukan sesuatu. Perilaku dalam ilmu sosial disebut *personality trait* dengan berbagai istilah yang terkait, yaitu : *self-efficacy*, *self-esteem*, ambisius dan *sociability* (M. Taufiq, 2015).

b. Faktor Intrapersonal

Intrapersonal merupakan kesadaran terhadap perilaku, kepercayaan atau sikap dari orang lain. Pengaruh interpersonal ini meliputi norma, dukungan sosial, role mode yang didapatkan dari keluarga, kelompok dan penyedia layanan kesehatan (Lestari, 2017).

c. Faktor Intelektual

Intelektual merupakan kecakapan untuk berpikir, mengamati atau mengerti secara kecakapan untuk menghargai perbedaan kedudukan dan pendapat yang dimiliki setiap individu (David, 2015).

2.2.4 Peran Perawat

Peran perawat menurut Budiono dan Pertani (2015) merupakan sebuah tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukannya dalam sistem, dimana dapat dipengaruhi oleh personal atau keadaan sosial baik dari diri perawat itu sendiri maupun dari lingkungan perawat yang bersifat konstan. Adapun peran perawat sebagai berikut :

1. Pemberi asuhan keperawatan, dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberi pelayanan keperawatan dari yang sederhana sampai kompleks.
2. Advokat pasien, dengan menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi khusus dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien untuk mempertahankan atau melindungi hak-hak pasien.

3. Pendidik / *educator*, dengan cara mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan Pendidikan kesehatan.
4. Koordinator, dengan cara mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah, serta sesuai kebutuhan klien.
5. Kolaborator, peran ini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain, berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.
6. Konsultan, perawat sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperluan yang tepat diberikan.
7. Peneliti, perawat mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang istematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

2.2.5 Fungsi Perawat

Fungsi perawat adalah salahsatu kegiatan yang dilakukan sesuai perannya. Adapun fungsinya dibagi meliputi fungsi independent, fungsi dependen dan fungsi interdependen (Budiono dan Pertani, 2015).

1. Fungsi Independen

Fungsi independen yaitu tindakan perawat yang tidak memerlukan perintah dokter. Tindakan bersifat mandiri sesuai dengan keilmuannya serta tanggung jawab terhadap klien akibat yang timbul dari tindakan yang diambil. Beberapa contoh tindakan perawat dalam menjalankan fungsi independen yaitu membantu pasien memenuhi kebutuhan dasarnya, mengkaji riwayat kesehatan pasien dan keluarga serta dapat melakukan pemeriksaan fisik untuk menentukan status kesehatan pasien dan keluarga.

2. Fungsi Dependen

Fungsi dependen yaitu perawat membantu dokter, memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus yang menjadi wewenang dokter dan seharusnya dilakukan oleh dokter, sehingga setiap kegagalan tindakan medis menjadi tanggung jawab dokter itu sendiri. Contoh tindakan perawat dalam menjalankan fungsi dependen misalnya pemberian obat kepada pasien dan melakukan tindakan menyuntik.

3. Fungsi Interdependen

Fungsi interdependen yaitu tindakan perawat berdasarkan pada kerjasama dengan tim perawatan dan tim kesehatan. Fungsi interdependen ini dapat terlihat ketika perawat bersama tenaga kesehatan lainnya berkolaborasi mengupayakan kesembuhan pasien. Contohnya untuk menangani pasien ibu hamil dengan menderita

diabetes, perawat bersama ahli gizi dan dokter kandungan berkolaborasi membuat rencana asuhan keperawatan untuk menentukan gizi yang baik bagi ibu dan janinnya, serta bersama dokter kandungan berkolaborasi untuk meningkatkan perkembangan janin.

2.2.6 Tugas dan Tanggung Jawab Perawat

Menurut Budiono dan Pertami (2015) tugas dan tanggung jawab yang dimiliki seorang perawat, meliputi :

1. Menyampaikan perhatian dan rasa hormat kepada klien (*sincere interest*)
2. Jika perawat terpaksa menunda pelayanan maka perawat bersedia memberikan pelayanan dengan ramah kepada kliennya (*explanation about the delay*)
3. Menunjukkan kepada klien sikap menghargai (*respect*) yang ditunjukkan dengan perilaku perawat. Misalnya mengucapkan salam, tersenyum, membungkuk, bersalaman dan sebagainya.
4. Berbicara dengan klien yang berorientasi pada perasaan klien (*subject the patient desires*) bukan pada kepentingan atau keinginan perawat.
5. Tidak mendiskusikan klien lain di depan pasien dengan maksud menghina (*derogatory*).
6. Menerima sikap kritis klien dan mencoba memahami klien dalam sudut pandang klien (*see the patient point of view*).

Menurut Undang- Undang Republik Indonesia tentang Keperawatan menyebutkan dalam melaksanakan praktik keperawatan, perawat bertugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, penyuluh dan konselor bagi klien, pengelola pelayanan keperawatan, peneliti keperawatan, pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu. Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan dan masyarakat perawat berwenang sebagai berikut, diantaranya : melakukan pengkajian keperawatan secara holistik, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, mengevaluasi hasil tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi, memberikan konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter, melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling, melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas tersedia, melakukan pengkajian keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat, menetapkan permasalahan keperawatan kesehatan masyarakat, membantu penemuan kasus penyakit, merencanakan tindakan keperawatan kesehatan masyarakat, melaksanakan tindakan keperawatan kesehatan masyarakat, melakukan rujukan kasus, mengevaluasi hasil tindakan keperawatan kesehatan masyarakat, melaksanakan advokasi dalam perawatan

kesehatan masyarakat, melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat, menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat, mengelola kasus dan melakukan penatalaksanaan keperawatan komplementer dan alternatif.

2.2.7 Indikator Kolaborasi Perawat

Menurut Siegler dan Whitney (Utami, L. 2016) terdapat 4 indikator dalam pelaksanaan praktik kolaborasi antara perawat dengan dokter diantaranya, yaitu :

1. Kontrol kekuasaan

Berbagi kontrol kekuasaan bersama dapat terbina apabila dokter maupun perawat mendapat kesempatan sama untuk mendiskusikan pasien tertentu. Karena kemungkinan jika hal tersebut tidak ada mungkin saja akan ada informasi yang terlewat saat memberikan perawatan pada pasien.

2. Lingkungan praktik

Lingkungan praktik disini menunjukkan suatu kegiatan dan tanggung jawab masing-masing pihak. Walaupun perawat dan dokter memiliki bidang praktik yang terpisah sesuai dengan peraturan dari negara yang bersangkutan tetapi ada tugas-tugas tertentu yang harus dibina bersama.

3. Kepentingan bersama

Para teoritis menjabarkan kepentingan bersama secara operasional menggunakan istilah tingkat ketegasan masing-masing (usaha untuk

memuaskan kepentingan sendiri) dan faktor kerjasama (usaha untuk memuaskan kepentingan pihak lain).

4. Tujuan bersama

Meskipun pada saat tertentu tujuan dapat tumpang tindih dengan lingkungan praktik (seperti diagnosa penyakit atau gangguan tubuh, tetapi tujuan tersebut sifatnya lebih terorientasi pada pasien dan dapat membantu menentukan bidang tanggung jawab yang erat kaitannya dengan prognosis pasien. Contoh tujuan yang menjadi sepenuhnya tujuan dari perawat yaitu misalnya memelihara integritas kulit dan pengaturan pola eliminasi. Kemudian contoh dari sebuah tanggung jawab yang sepenuhnya dipegang oleh dokter yaitu misalnya penentuan waktu kapan pasien diperbolehkan pulang dari rumah sakit. Contoh dari tujuan bersama yang dilakukan perawat maupun dokter salah satunya adalah pencegahan dan penyebaran infeksi silang pada pasien dan tenaga kesehatan.

2.3 Konsep *Interpersonal Practice Collaborative (ICP)*

2.3.1 Pengertian *Interpersonal Practice Collaborative*

Interprofessional Collaborative Practice merupakan suatu bentuk kerjasama antar profesi kesehatan dari latar belakang profesi yang berbeda dengan pasien dan keluarga pasien untuk memberikan kualitas pelayanan terbaik (Utami et al, 2016). Praktik kolaborasi interprofesi ini belum secara maksimal dilakukan oleh semua tenaga kesehatan termasuk perawat. Belum terlaksananya praktik kolaborasi secara maksimal dikarenakan terdapat

berbagai hambatan dalam pelaksanaannya. Berbagai hambatan dalam praktik kolaborasi yaitu yaitu penilaian profesi kesehatan berdasarkan persepsi mereka masing – masing, komunikasi atau penggunaan bahasa yang tidak konsisten, pengetahuan akan peran dari profesi yang lainnya, pendidikan yang rendah, kurang kepercayaan masyarakat dan dokter terhadap perawat, kurangnya rasa *respect* yaitu saling menghargai antar profesi tenaga kesehatan (*World Health Organization*, 2013).

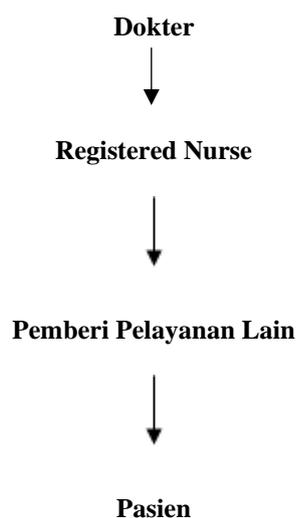
Sikap perawat terhadap kolaborasi interprofesi adalah suatu kecenderungan atau keyakinan untuk mendukung maupun tidak mendukung kolaborasi interprofesi yang dipengaruhi oleh pandangan dan pengetahuan perawat terhadap kolaborasi. Sedangkan perilaku kolaborasi adalah interaksi antara tenaga kesehatan yang bekerjasama sebagai mitra dan setara sebagai suatu tim dengan saling mengakui kompetensi dan kontribusi masing-masing, saling menghormati dan menghargai, saling menaruh kepercayaan satu dengan yang lain dalam mencapai tujuan. Kerangka aksi untuk pendidikan interprofesi dan praktik kolaborasi (*Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*) mengidentifikasi mekanisme yang membentuk kesuksesan kerja sama tim kolaborasi dan menguraikan serangkaian tindakan yang dapat diterapkan dalam sistem kesehatan setempat. Kolaborasi interprofesi merupakan strategi yang efektif dan efisien untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan hasil kesehatan pasien dengan semakin beragamnya profesi di bidang kesehatan dan semakin kompleksnya permasalahan pasien (WHO, 2010).

2.3.2 Model *Interprofesional Practice Collaborative*

Menurut Sieglar dan Withney, 2000 (Utami, L. 2016) mengungkapkan terdapat 3 model dalam kolaborasi yaitu :

1. Model Praktik Hirarkis

Model praktik hirarkis ini menekankan komunikasi satu arah, dimana kontak terbatas antar pasien dan dokter. Dokter merupakan tokoh yang dominan dalam pelayanan kesehatan pada pasien.

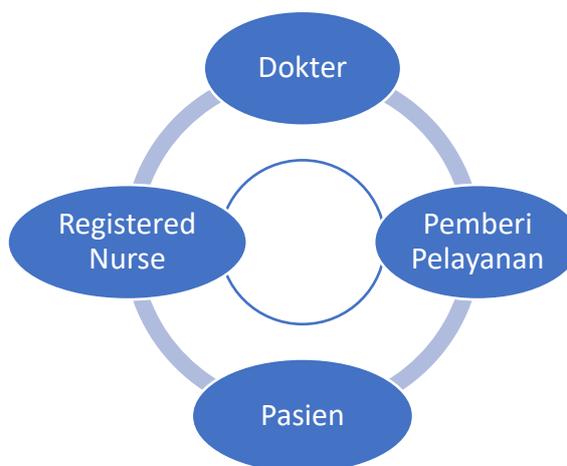


Gambar 2.1 Model Praktik Hirarkis

Sieglar dan Withney, 2000 (dalam Utami et al, 2016)

2. Model Praktik Kolaboratif Tipe I

Model praktik kolaboratif tipe I ini menemukan komunikasi dua arah, tetapi tetap menempatkan dokter pada posisi utama dan membatasi hubungan antara dokter dan pasien.

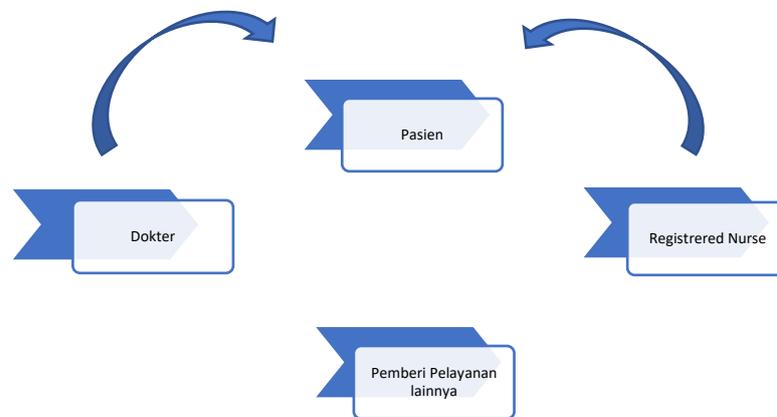


Gambar 2.2 Model Praktik Kolaboratif Tipe I

Sieglar dan Withney, 2000 (dalam Utami et al, 2016)

3. Model Praktik Kolaboratif Tipe II

Pada model praktik tipe II ini lebih berpusat pada pasien dan semua pemberi pelayanan kesehatan harus saling bekerjasama dengan pasien. Kolaborasi yang dilakukan oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya semuanya harus tetap berorientasi kepada pasien. Model ini menggambarkan lingkaran yang menekan kontinuitas, kondisi timbal balik satu dengan yang lain. Sehingga tidak ada satu pemberi layanan kesehatan yang mendominasi secara terus menerus.



Gambar 2.3 Model Praktik Kolaboratif Tipe II
Siegler dan Withney, 2000 (dalam Utami et al, 2016)

Pola-pola diatas tersebut memperlihatkan perbedaan antara gabungan multi disiplin dan antar disiplin. Setiap kelompok yang terdiri dari pemberi pelayanan dengan lebih dari satu jenis disiplin disebut multi disiplin. Istilah natar disiplin dicadangkan untuk praktik dengan interaksi kolaborasi antar anggota berbagai disiplin, namun hanya kedua model yang terakhir yang dapat dianggap antar disiplin (Ladyane Cahya Utami, 2018).

2.3.3 Syarat- Syarat Kolaborasi

Menurut Siegler dan Whietney (1994) terdapat 3 kriteria yang harus dipenuhi sebagai syarat terlaksananya kolaborasi, yaitu :

1. Melibatkan beberapa tenaga ahli atau multiprofesi dengan bidang keahlian yang berbeda yang dapat bekerjasama timbal balik secara mulus.

2. Anggota kelompok harus bersikap tegas dan mau bekerjasama.
3. Kelompok harus memberikan pelayanan yang keunikannya dihasilkan dari kombinasi pandangan dan keahlian yang diberikan oleh setiap anggota tersebut.

2.3.4 Faktor – Faktor yang memengaruhi *Interprofesional Collaborative Practice*

Weaver, 2008 (Widyastuti, 2018) mengungkapkan bahwa faktor yang memengaruhi pelaksanaan kerjasama interprofesi yaitu diantaranya, meliputi :

1. Faktor anteseden (*antecedents*)

a. Pertimbangan sosial dan intrapersonal

Dasar dari pertimbangan sosial ini berawal dari kesadaran seseorang bahwa harus membentuk suatu kelompok agar dapat bekerja secara efektif dan efisien. Anggota tim harus memiliki tipe kepribadian yang baik dan sikap untuk bekerjasama yang baik.

b. Lingkungan fisik

Lingkungan kerja dan kedekatan diantara anggota tim dapat memfasilitasi atau bahkan menghambat terjadinya kolaborasi.

Lingkungan kerja yang baik harus mendukung anggota tim mendiskusikan beberapa ide dalam menyelesaikan masalah yang terjadi.

c. Faktor Organisasional

Institusi atau kelembagaan sangat berperan dalam mengurangi hambatan dalam kolaborasi lintas profesi. Kebijakan yang dibuat oleh institusi tersebut harus dapat mendorong terciptanya kerjasama antar profesi kesehatan.

2. Proses

a. Faktor perilaku

Perilaku kerjasama antar profesi kesehatan merupakan kunci mengatasi hambatan dalam proses kolaborasi. Perilaku kerjasama memiliki tujuan untuk meredakan ketegangan antara profesi kesehatan, selain itu untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi biaya perawatan pasien.

b. Faktor Interpersonal

Dalam hubungan interpersonal harus terdapat peran yang jelas. Dimana setiap profesi harus mengetahui peran profesi yang lain, sehingga dapat berbagi peran sesuai kompetensi masing-masing profesi.

c. Faktor Intelektual

Institusi pendidikan profesi kesehatan memegang peranan sangat penting dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kolaborasi interprofesi. Kolaborasi dapat berjalan dengan baik apabila setiap profesi kesehatan memiliki tingkat pengetahuan dan keterampilan yang setara.

3. *Outcome and Opportunity*

a. Upaya meningkatkan kerjasama interprofesi

Diperlukan adanya kurikulum yang dapat melatih mahasiswa tenaga kesehatan untuk berkolaborasi sejak jenjang pendidikan agar mereka terbiasa dengan profesi lain sampai dijenjang masa kerja sebagai pemberi pelayanan pada pasiennya (CFHC-IPE, 2014).

b. Penerapan kerjasama interprofesi

Dalam penerapan kerjasama interprofesi ini, anggota tim dapat saja mengalami konflik. Oleh karena itu dibutuhkan pemahaman tentang perawatan yang berfokus pada komunikasi dan sikap yang mengacu pada keselamatan pasien dan merupakan prioritas utama.

2.3.5 Elemen - elemen Kolaborasi

Ladyane Cahya Utami (2018) menjelaskan ada 8 elemen dalam pelaksanaan kolaborasi yang efektif, meliputi :

1. Kerjasama

Kerjasama adalah suatu bentuk menghargai pendapat oranglain yang bersedia merubah kepercayaan secara individu dan mengutamakan kepentingan bersama diatas kepentingan pribadi.

2. Asertifitas

Asertifitas adalah suatu anggota tim menawarkan infirmasi atas dasar kemauan individu, menghargai pendekatan masing-masing

disiplin ilmu serta menjamin pendapat masing-masing individu benar-benar di dengar dan adanya konsensus bersama yang ingin dicapai.

3. Tanggung jawab

Setiap individu atau masing-masing profesi mempertanggung jawabkan keputusan dan tindakan yang telah dibuat, baik individu sebagai suatu profesi atau sebagai suatu tim dalam mengelola pasien.

4. Komunikasi

Setiap profesi atau anggota dalam tim diharuskan membagi informasi penting terkait perawatan pasien dan issue yang relevan untuk membuat keputusan klinis. Setiap individu secara terbuka mampu mengemukakan ide-ide dalam pengambilan keputusan dalam mengelola pasien.

5. Otonomi

Otonomi merupakan kemandirian (*independent*) anggota tim dalam batas kompetensi masing-masing profesi. Masing-masing profesi ini memiliki kebebasan dalam mengaplikasikan ilmu dalam mengelola pasien sesuai dengan kompetensi dan keilmuannya.

6. Koordinasi

Koordinasi diperlukan untuk efisiensi organisasi yang dibutuhkan dalam perawatan pasien, mengurangi dupliasi dan menjamin orang yang berkualifikasi dalam menyelesaikan permasalahan.

7. Tujuan umum

Kolaborasi didasarkan pada konsep tujuan umum, kontribusi praktisis profesional, kolegalitas, komunikasi dan praktek yang diinfokan kepada pasien.

8. *Mutual respect and trust*

Kepercayaan adalah konsep umum untuk semua kolaborasi, tanpa adanya rasa percaya maka tidak akan terwujud sebuah kerjasama, asertif menjadi ancaman, menghindar dari tanggung jawab, terganggunya komunikasi serta orientasi yang ditekankan dan dikoordinasikan tidak akan terlaksana.

2.3.6 Hambatan Pelaksanaan Praktik Kolaborasi Interprofesi

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2013) mengungkapkan hambatan dalam pelaksanaan kolaborasi meliputi :

1. Budaya profesi dan sterotip

Budaya profesi adalah suatu fungsi keyakinan, nilai kebiasaan dan perilaku. Budaya profesi diidentifikasi sebagai warisan sosial suatu tim dengan berbagai profesi berbeda terhadap kelompok profesi lainnya dan cenderung diturunkan dari generasi ke generasi.

2. Penggunaan bahasa yang berbeda dan tidak konsisten

Banyak istilah yang digunakan untuk menggambarkan kolaborasi interprofesional. Banyak sebagian orang yang belum paham mengenai perbedaan multidisiplin, transdisiplin dan interdisiplin dalam program profesi kesehatan.

3. Akreditasi dan kurikulum

Dibutuhkan pencapaian kolaborasi interprofesi dengan menerapkan kurikulum berbasis IPE (*Interprofesional Education*) di tingkat pendidikan.

4. Pengetahuan akan ruang lingkup profesi kesehatan yang lain

Setiap masing - masing profesi harus dapat memahami akan peran dan fungsi dari profesi kesehatan yang lain. Hal ini dimaksud agar tidak terjadi tumpang tindih peran dalam praktik kerjasama untuk mengelola pasien.

Martiningsih (2011) penyebab utama yang sering terjadi saat proses asuhan keperawatan meliputi :

1. *Medical error*

Medical error merupakan salah satu topik kesalahan dalam pemberian pelayanan kesehatan. Seperti pemberian obat, operasi, diagnosa, peralatan dan hasil labolatorium sekalipun dapat menjadi peluang terjadinya kesalahan medis.

2. *Nursing error*

Nursing error merupakan salah satu kesalahan dalam pemberian pelayanan keperawatan. Seperti : salah memberikan posisi nyaman dan tidak memberikan obat (5B).

3. Kejadian tidak diharapkan (KTD)

KTD merupakan kejadian atau situasi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera atau kematian (Departemen Kesehatan RI, 2008)

2.3.7 Pengukuran Praktik Kolaborasi Perawat

Alfonso Sollami, et al (2015) dalam penelitiannya *Nurse–physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores* mengungkapkan alat ukur yang bisa digunakan dalam *Interprofesional Collaborative Practice* meliputi :

1. CPS = *Collaboration Practice Scale*,
2. CSACDS = *Collaboration and Satisfaction About Care Decision Scale*,
3. ICU NPQ = *ICU NursePhysician Questionnaire*,
4. IHCT = *Interprofessional HealthCare Teams*,
5. JSAPN = *Jefferson Scale of Attitude towards Physician–Nurse Collaboration*,
6. NPCS = *Nurse–Physician Collaboration Scale* and
7. RIPLS = *Readiness for Interprofessional Learning Scale*.

2.4 Analisis Faktor – Faktor Yang Memengaruhi Kesiapan Perawat Dalam Proses *Interprofesional Collaborative Practice* Di Rumah Sakit

Perawat yang melakukan praktik keperawatan berperan sebagai pemberi pelayanan melalui kolaborasi interpersonal yang melibatkan model kolaborasi yang diambil secara mandiri maupun kolaborasi (Persatuan Perawat Nasional Indonesia).

Departemen kesehatan mendefinisikan perawat adalah seseorang yang memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dimana pelayanan tersebut berbentuk pelayanan biopsikososial dan spiritual yang ditujukan

kepada individu, keluarga dan masyarakat. Proses keperawatan merupakan metode suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Proses keperawatan ini juga merupakan pendekatan *problem solving* yang memerlukan ilmu, tehnik dan ketrampilan interpersonal serta ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien atau keluarga. (Nursalam, 2013)

Praktik kolaborasi interprofesi ini belum secara maksimal dilakukan oleh semua tenaga kesehatan termasuk perawat. Belum terlaksananya praktik kolaborasi secara maksimal dikarenakan terdapat berbagai hambatan dalam pelaksanaannya. berbagai hambatan dalam praktik kolaborasi meliputi penilaian profesi kesehatan berdasarkan persepsi mereka masing – masing, komunikasi atau penggunaan bahasa yang tidak konsisten, pengetahuan akan peran dari profesi yang lainnya, pendidikan yang masih rendah, kurang kepercayaan masyarakat dan dokter terhadap perawat, kurangnya rasa *respect* yaitu saling menghargai antar profesi perawat dengan tenaga Kesehatan lainnya (*World Health Organization*, 2013). Menurut (Utami, L. et al. 2016) berdasarkan data primer dari penelitiannya merumuskan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi kesiapan perawat dalam proses ICP meliputi : 1) Variabel dependen (Jenis kelamin, Usia, Pendidikan, Lama Kerja, Tempat Dinas) 2) Faktor Eksternal (Faktor Pertimbangan sosial dan Interpersonal, Faktor organisasional dan institusional) 3) Faktor Intenal (Faktor perilaku, Faktor Intrapersonal dan Faktor Intelektual). Dan berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Elifa Ihda Ramayanti, et al (2019) mengungkapkan kesiapan perawat merupakan

first responder dalam memberikan pelayanan bagi pasien. Jika persiapannya positif maka akan memberikan kepuasan pelayanan pada pasien. Jika persiapannya negative maka akan menimbulkan cedera dalam pelayanan yang diberikan. Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti akan menganalisis faktor - faktor yang memengaruhi kesiapan perawat dalam proses *Interprofesional Collaborative Pracice* di Rumah Sakit.

2.5 Kerangka Teori

Tabel 2.1

Kerangka Teori

Systematic Review : Analysis faktor – faktor yang memengaruhi kesiapan perawat dalam proses Interprofesional Collaborative Practice (ICP) di Rumah Sakit

Kesiapan Perawat adalah kondisi seorang perawat yang membuatnya siap memberikan respons atau jawaban atau tindakan yang akan dilakukan terhadap suatu situasi yang dibutuhkan. Penyesuaiana suatu ssat akan berpengaruh untuk memberikan suatu respons
(Slameto, 2010)

Faktor- faktor yang memengaruhi kesiapan perawat dalam proses ICP meliputi :

1. Variabel Dependen
 - a. Jenis kelamin
 - b. Usia
 - c. Pendidikan
 - d. Lama Kerja
 - e. Tempat Dinas
2. Faktor Eksternal
 - a. Faktor Pertimbangan Sosial dan Interpersonal
 - b. Faktor organisasional dan institusional
3. Faktor Intenal
 - a. Faktor perilaku
 - b. Faktor Intrapersonal
 - c. Faktor Intelektual

(Utami, L. et al. 2016)