

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

Rumah sakit menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010: “Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat”.

Penyedia layanan kesehatan menekankan perlunya lingkungan yang mencakup praktik kolaboratif dan memungkinkan untuk mengembangkan kompetensi kolaboratif. Ini termasuk menyediakan waktu, sumber daya dan dorongan untuk terlibat dalam praktik kolaborasi dan juga pengaturan yang jelas harapan. Kemampuan untuk bekerja dengan profesional dari disiplin lain untuk memberikan kolaboratif, berpusat pada pasien perawatan dianggap sebagai elemen penting dari praktik profesional yang memerlukan seperangkat kompetensi tertentu. Memahami dan menghargai peran dan tanggung jawab profesional dan berkomunikasi secara efektif muncul sebagai dua kompetensi inti yang dirasakan untuk berpusat pada pasien praktek kolaboratif.(Care *et al.* 2009)

Di Amerika Serikat, Institute of Medicine telah menyatakan bahwa keterampilan baru atau peningkatannya adalah dibutuhkan profesional

kesehatan agar mereka dapat berfungsi dalam perubahan perawatan kesehatan lingkungan (Institute of Medicine, 2001). Untuk melakukannya, mereka mengutip satu keterampilan seperti kemampuan untuk bekerja dalam tim interprofessional. Di Kanada ada rekomendasi (College of Family Physicians of Canada, 2000) agar profesional kesehatan didorong dan didukung untuk bergabung dengan keluarga jaringan kesehatan, tempat dokter keluarga “bekerja sama dengan perawatan kesehatan lainnya profesional untuk memberikan perawatan terkoordinasi yang mudah diakses kepada pasien mereka perawatan jam kerja dimungkinkan oleh kombinasi pengaturan on-call dan telepon layanan kesehatan” (Government of Ontario, 2004).(Care 2005)

1. Kolaborasi Interprofesi

Dalam pelayanan kesehatan, tim dapat terdiri atas satu disiplin atau lebih, karena kebutuhan pasien di layanan kesehatan melintasi disiplin atau fungsi institusi yang berbeda, tim klinis interdisiplin harus dirancang untuk memastikan pemberian asuhan yang aman, efektif dan tepat waktu.

Kolaborasi mendorong pembelajaran yang terus menerus dalam memberikan perawatan yang baik, dan dapat membantu perencanaan ulang proses perawatan yang baik.

Dalam praktik kolaboratif, anggota tim individu menganggap peran khusus profesi. Namun sebagai tim, mereka mengidentifikasi dan menganalisis masalah, menentukan tujuan dan memikul tanggung jawab bersama untuk tindakan dan intervensi untuk mencapai tujuan (Counsell et al., 1999). Tujuan itu dikembangkan harus sesuai dengan prioritas dan nilai masing-masing anggota tim (Liedtka & Whitten, 1998). Untuk berinteraksi bermakna satu sama lain dan dengan pasien dan / atau keluarga, anggota tim harus terbiasa dengan keahlian dan fungsi peran orang lain (Falk, 1977). Mengingat kurangnya pendidikan umum dan pengalaman interprofessional (Reese & Sontag, 2001), ini merupakan tantangan nyata bagi tim berlatih. Anggota tim interprofessional memiliki bidang-bidang kompetensi yang saling tumpang tindih dan harus berbagi berbagai tingkat tanggungjawab. (Hall 2005)

Menurut Norsen et al., 1995, keterampilan kolaboratif berikut sangat penting untuk kerja sama tim yang efektif:

- a. Kerjasama: Mengakui dan menghormati pendapat dan pandangan lain selama ini menjaga kesediaan untuk memeriksa dan mengubah kepercayaan pribadi dan perspektif.
- b. Ketegasan: Mendukung sudut pandang seseorang dengan percaya diri.

- c. Tanggung Jawab: Menerima dan berbagi tanggung jawab, dan berpartisipasi dalam kelompok pengambilan keputusan dan perencanaan.
- d. Komunikasi: Berbagi informasi penting dan bertukar gagasan secara efektif dan diskusi.
- e. Otonomi: Mampu bekerja mandiri.
- f. Koordinasi: Pengorganisasian tugas dan tugas kelompok yang efisien.(Hall 2005)

Konsep kolaborasi melalui lima konsep dasar : *sharing*, *partnership*, *power*, *interdependency* dan *process*. Proses kolaboratif dikembangkan dengan dua tujuan yaitu untuk melayani kebutuhan pasien dan untuk melayani kebutuhan profesional. Dengan demikian ada dua kunci unsur kolaborasi adalah pemberian tindakan kolektif yang membahas kompleksitas kebutuhan pasien dan membangun tim yang mengintegrasikan perspektif masing masing profesional dimana anggota tim saling percaya dan menghormati (D'Amour & Ferrada-Videla 2005).

Strategi untuk meningkatkan kedisiplinan tim:

- a. Membentuk team dan pemimpin yang baik
- b. Antusiasme menumbuhkan komitmen dari anggota tim
- c. Memberikan akses yang mudah bagi tim

- d. Memberikan motivasi kepada tim
- e. Memberikan dukungan kepada tim
- f. Membuat tujuan bersama
- g. Memberikan peran yang jelas
- h. Membuat komunikasi yang baik antar tim (Weaver 2008)

Konsep perawatan berbasis tim memiliki tiga atribut inti yaitu kolaborasi interprofesional, pendekatan terpusat pada pasien, dan proses perawatan terpadu. Hal ini dilakukan melalui pemahaman peran dan tanggung jawab anggota tim lain, iklim saling menghormati, dan dukungan organisasi. Konsekuensi perawatan berbasis tim diidentifikasi dengan tiga aspek yaitu; pasien, professional kesehatan dan organisasi kesehatan (Baik 2016).

Perawatan berpusat pada pasien didefinisikan sebagai perawatan yang menginformasikan dan melibatkan pasien dalam keputusan medis, pembuatan dan pengelolaan diri, mengkoordinasikan dan mengintegrasikan perawatan medis, menyediakan kenyamanan fisik dan dukungan emosional, memahami konsep pasien tentang sakit dan kepercayaan budaya mereka, dan mengerti dan menerapkan prinsip penyakit pencegahan dan perubahan perilaku yang sesuai dengan populasi yang beragam.(Maizes et al. 2009)

Pada tahun 1994, Augusta Medical Center, Fishersville, Virginia, membuka fasilitas barunya dan membuat rancangan ulang system pemberian perawatan pasiennya. Proyek rancangan ulang berisi “model asuhan mendatang”, yang merupakan system pemberian perawatan yang berfokus pada pasien yang memfokuskan pada proses peningkatan kualitas yang kontinu. “Model perawatan berfokus pada pasien” berdasarkan pada asumsi berikut :

- a. Dari segi pemberian layanan akan mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan layanan pasien
- b. Pasien akan dikelompokkan menurut sumber yang diperlukan
- c. Layanan beresiko rendah dan bervolume tinggi akan mengalami desentralisasi
- d. Untuk semua layanan pasien, staff professional akan dibantu oleh pengembang tidak berlisensi, multi disiplin, terlatih, yang akan menyebabkan peningkatan efektifitas biaya dan efisiensi.
- e. Komunikasi dan kolaborasi perawat-dokter merupakan hal yang penting untuk asuhan yang tepat, pemanfaatan sumber dan pencegahan masalah pasien. (Buku ajar manajemen pelayanan kesehatan buchbinder B.S dan Shanks H.N)

Komunikasi efektif antara dokter dengan pasien merupakan sebuah hubungan dokter dengan pasien yang berlangsung secara

efektif dan efisien, dan mempunyai tujuan utama penyampaian atau pemberian informasi dengan jelas dalam rangka membangun kerja sama tim antara dokter dengan pasien. Komunikasi dapat dilakukan dengan cara verbal dan non-verbal. Pasien akan memperoleh pemahaman terhadap kondisi kesehatannya, peluang dan kendalanya, sehingga dokter dapat berkoordinasi bersama pasien mencari cara untuk mengatasi permasalahannya.

Dengan meningkatnya pemahaman mengerti harapan, kecemasan, kebutuhan dan kepentingan pasien, maka *patient centered communication style* memerlukan waktu lebih cepat daripada komunikasi yang berdasarkan kepentingan dokter dalam menegakkan diagnosis pasien (*doctor centered communication Style*). (Manual komunikasi efektif dokter-pasien, 2009, h.6)

Menurut mitchell et al.,2012 pasien, keluarga, dan pemberi asuhan dimasukkan sebagai tim merupakan factor penting dari perawatan berbasis tim, hal ini dikarenakan partisipasi mereka di tim kesehatan memainkan peran penting dalam mengembangkan tujuan bersama untuk perawatan pasien. (Baik 2016)

Perawatan berbasis tim dapat membantu menurunkan penggunaan obat, tingkat kematian, morbiditas, lama rawat inap, perawatan ulang, biaya medis, serta meningkatkan manajemen diri,

pemberdayaan pasien, meningkatkan kepuasan pasien dan kualitas hidup pasien. (Baik 2016)

Penelitian menunjukkan bahwa *Patient Centered Care* menyebabkan kepuasan pasien meningkat, memperbaiki status kesehatan, dan mengurangi pemanfaatan perawatan. Levinson menemukan tingkat malpraktek yang lebih rendah pada perawatan primer para dokter yang mempraktikkan prinsip *Patient Centered Care*. (Maizes *et al.* 2009)

Di rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan pasien terdapat 4 profesi tenaga kesehatan yang sangat berperan penting, yaitu tenaga klinis, perawat, tenaga farmasi dan tenaga gizi. Peran dari profesi kesehatan tersebut adalah *medical care-nursing care-pharmaceutical care-nutrition care*. Pada era BPJS/SJSN peran 4 profesi tenaga kesehatan tentunya sangat diperlukan supaya pelayanan kepada pasien menjadi lebih optimal, efektif dan efisien. Dengan adanya tim kolaborasi interprofesi yang terdiri dari dokter, perawat, bidan, apoteker dan tenaga gizi saling bekerja sama dengan memberikan informasi dan mempunyai tujuan yang sama yaitu kesembuhan pasien.

Pelayanan kesehatan Rumah sakit mempunyai tujuan utama yaitu pelayanan pasien, dimana ketersediaan pelayanan di rumah sakit

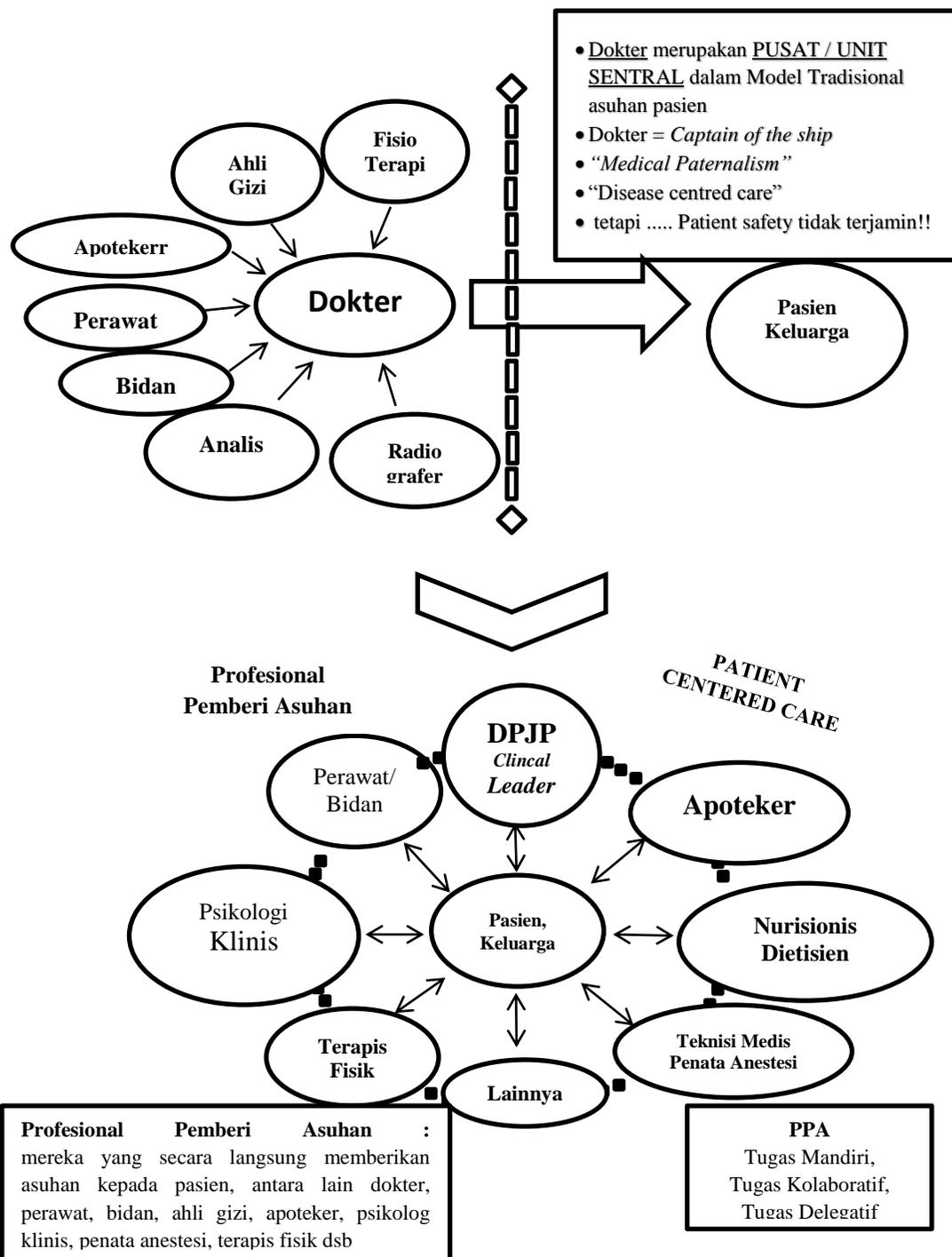
untuk mendukung dan merespon terhadap setiap kebutuhan pasien yang unik, sangat diperlukan perencanaan dan koordinasi dengan baik.

Beberapa aktivitas yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang merupakan sifat dasar bagi pelayanan kepada pasien antara lain :

- a. Membuat rencana dalam pemberian asuhan kepada setiap pasien
- b. Melakukan pemantauan untuk memperoleh hasil asuhan pasien
- c. Melakukan asuhan pasien sesuai dengan kondisi pasien
- d. Menyelesaikan asuhan pasien dengan tepat
- e. Melakukan rencana tindak lanjut asuhan pasien.

Peran yang jelas dari masing-masing tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan pasien dimana proses dalam memberikan asuhan pasien sangat dinamis dan banyak tenaga kesehatan yang terlibat dari berbagai unit kerja dan pelayanan. Dengan adanya koordinasi dan aktivitas yang terintegrasi asuhan pasien menjadi tujuan proses asuhan pasien menjadi lebih efisien, penggunaan sumber daya manusia yang lebih efektif , dan kemungkinan hasil asuhan pasien menjadi lebih baik.(Standar akreditasi Rumah Sakit, 2011).

a. Model Tradisional



Gambar 2.1. Model Patient Centered Care (KARS, 2016)

Tenaga profesional pemberi asuhan menjadi berkembang bukan hanya dokter dan keperawatan tetapi menjadi dokter, keperawatan, gizi, apoteker dan lain-lainnya menyesuaikan kebutuhan asuhan pasien. Perubahan paradigma baru asuhan berpusat pada pasien dapat dilihat dalam gambar 2.1.

2. Peran dan tanggung jawab dokter penanggung jawab pelayanan

Adalah dokter yang bertanggung jawab sepenuhnya atas pengelolaan asuhan medis seorang pasien, sesuai dengan kewenangan klinis dokter atau dokter gigi tersebut dan sesuai penyakit pasien, dengan melakukan asuhan medis secara lengkap kepada satu pasien dengan satu patologi/penyakit, selama perawatan di rumah sakit, baik pada pelayanan rawat inap atau rawat jalan. Asuhan medis lengkap artinya melakukan assesmen medis sampai dengan implementasi rencana serta tindak lanjutnya sesuai kebutuhan pasien.

DPJP utama adalah dokter koordinator yang memimpin proses pengelolaan asuhan medis bagi pasien yang harus dirawat bersama oleh lebih dari 1 orang dokter. Bila pasien dikelola oleh dua atau lebih dokter, maka selama perawatan pasien diberikan asuhan medis tsb secara terintegrasi atau secara tim dipimpin oleh seorang DPJP utama.

DPJP utama mempunyai peran sebagai koordinator proses pemberian asuhan medis sesuai dengan kebutuhan pasien, dengan

tugas memberikan asuhan medis secara komprehensif terpadu dan efektif, keselamatan pasien, komunikasi efektif, membangun kerjasama dan mencegah adanya duplikasi dalam memberikan asuhan pasien.

DPJP tambahan adalah seorang dokter ikut serta memberikan asuhan medis pada seorang pasien, yang oleh karena kompleksitas penyakitnya memerlukan perawatan bersama oleh lebih dari satu orang dokter. Pasien yang mempunyai lebih dari satu penyakit diberikan asuhan secara tim dan terintegrasi oleh lebih dari satu DPJP sesuai kewenangan klinisnya.

Pemberian asuhan kepada pasien dilakukan dengan pola pelayanan berfokus pada pasien (*patient centered care*) dengan menunjuk DPJP sebagai tim leader atau ketua dari tim yang terdiri dari tenaga profesional pemberi asuhan pasien/ staff klinis sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang terdiri dari dokter, perawat, bidan, apoteker, tenaga gizi, dan tenaga fisioterapi dan sebagainya.

Kebijakan yang dibuat oleh rumah sakit antara lain :

- a. Penunjukan salah satu dokter untuk menjadi DPJP oleh staf medis fungsional.
- b. Membuat rencana pelayanan oleh DPJP

- c. Dalam kolaborasi yang terintegrasi, ketua tim harus memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan, atau prosedur untuk pasien secara jelas termasuk kemungkinan terjadi kejadian yang tidak diinginkan.

Hak dan Kewajiban DPJP :

Hak DPJP :

- a. Mengelola asuhan medis seorang pasien secara mandiri dan otonom, yang mengacu pada standar pelayanan medis rumah sakit, secara komprehensif mulai dari diagnose, terapi, tindak lanjut sampai rehabilitasi.
- b. Melakukan konsultasi dengan disiplin lain yang dianggap perlu untuk meminta pendapat atau perawatan bersama demi kesembuhan pasien.

Kewajiban DPJP :

- a. Membuat perencanaan pelayanan pasien yang dicatat didalam rekam medis yang memuat semua rencana asuhan medis yang akan diberikan, termasuk konsultasi penyakit, rehabilitasi dll
- b. Memberikan penjelasan secara rinci terhadap pasien serta keluarganya tentang rencana terapi dan hasil dari pelayanan baik

tentang pemberian obat, prosedur maupun tingkat keberhasilan pelayanan.

- c. Memberikan edukasi kepada pasien tentang kewajibannya terhadap dokter dan rumah sakit, yang dicatat dalam berkas rekam medis.
- d. Memberikan kesempatan kepada pasien atau keluarganya untuk bertanya atas hal hal yang tidak/belum dimengerti.

3. Peran dan tanggung jawab perawat dan bidan

Mutu pelayanan prima di rumah sakit merupakan indikator keberhasilan rumah sakit didalam memberikan pelayanan. Salah satu faktor yang paling menentukan adalah sumber daya manusia. Dokter, perawat, bidan serta tenaga penunjang lainnya merupakan sumber daya manusia yang berperan serta dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Diantara tenaga tersebut, tenaga perawat dan bidan menempati urutan jumlah terbanyak (40%). (Standar tenaga keperawatan di Rumah sakit, 2005 h.1)

Menurut UU no 36 th 2014 pasal 1 yang dimaksud tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Menurut UU no 36 th 2016 pasal 11 tenaga kesehatan yang dimaksud adalah kelompok tenaga keperawatan terdiri atas berbagai macam perawat. Sedangkan tenaga kesehatan yang dimaksud dalam kelompok tenaga kebidanan adalah bidan.

Menurut uu no 36 th 2014 pasal 62 ayat 1 menyebutkan bahwa tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik harus dilakukan sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada kompetensi yang dimilikinya. Kewenangan berdasarkan kompetensi adalah kewenangan tenaga kesehatan untuk melakukan pelayanan kesehatan secara mandiri sesuai dengan lingkup dan sesuai dengan tingkat kompetensinya, antara lain :

- a. Tenaga Apoteker memiliki kewenangan dalam melakukan pekerjaan kefarmasian;
- b. Tenaga Perawat memiliki kewenangan dalam melakukan asuhan keperawatan secara mandiri dan komprehensif selain itu juga melakukan tindakan kolaborasi keperawatan dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kualifikasinya; atau
- c. Tenaga Bidan memiliki kewenangan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Kolaborasi antara perawat, bidan dengan dokter yang masing masing profesi mengetahui dan melaksanakan batasan batasan kewenangan masing masing dan terjadi kerjasama yang baik tanpa salah satu mendominasi yang lain akan memberikan kepuasan bagi perawat atau dokter dalam bekerja. Kewenangan dokter dalam menjalankan praktek kedokteran adalah mewawancarai pasien, memeriksa fisik dan mental pasien, menentukan pemeriksaan penunjang, menegakkan diagnosis, menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien, melakukan tindakan kedokteran, menulis resep obat dan alat kesehatan, menerbitkan surat keterangan dokter, menyimpan obat dalam jumlah dan jenis yang diizinkan. Paradigma perawat atau bidan sekarang sebagai mitra dokter, dari segi keilmuan perawat harus mampu mengembangkan potensinya sehingga benar benar kompeten dalam bidang keperawatan.(Anggarawati, T., & Sari 2016).

4. Apoteker

Praktik apoteker di ruang rawat inap dilakukan dengan cara praktik langsung kepada pasien diruang rawat inap untuk mencapai hasil pemberian terapi obat yang lebih baik dan mengurangi kesalahan pemberian obat (*medication errors*). Praktik apoteker diruang rawat

inap harus sesuai dengan kemampuan dan kompetensi farmasi klinik yang dikuasai. (Pedoman Visite, 2011 h.5)

Selama ini pelayanan kefarmasian yang hanya berpusat kepada pengelolaan obat sebagai komoditi telah mengalami perubahan orientasinya kepada pasien (*pharmaceutical care*). Dirumah sakit peran apoteker diharapkan dapat memberikan pelayanan kefarmasian kepada pasien, dengan memberikan kepastian bahwa pengobatan pada pasien adalah pengobatan yang rasional. (Pedoman Visite,2011, h. 1)

Penggunaan antibiotik yang tidak perlu atau berlebihan di rumah sakit dapat menyebabkan berkembangnya resistensi dan multiple resisten sehingga bakteri tersebut akan menyebar dengan cara infeksi silang. Adanya hubungan antara penggunaan antibiotik yang tidak rasional dengan timbulnya resistensi bakteri penyebab infeksi nosokomial. Penggunaan antibiotik secara bijak dapat memperlambat resistensi, karena resistensi obat tidak bisa dihilangkan. Untuk itu perlu adanya kebijakan dan program pengendalian yang efektif dalam penggunaan antibiotik.

Dalam rangka mencegah munculnya resistensi mikroba dan menghemat penggunaan antibiotik, mengendalikan penggunaan antibiotik akan mengurangi biaya medis perawatan pasien,

mengurangi lama perawatan, meningkatkan kualitas pelayanan serta penghematan bagi rumah sakit. Dalam menggunakan antibiotik yang tidak tepat oleh pasien meliputi: ketidak patuhan pada regimen terapi dan pengobatan diri sendiri dengan antibiotik dapat memicu terjadinya resistensi. Dalam keadaan ini apoteker diharapkan mampu berperan aktif dalam memberikan informasi, konseling dan edukasi tentang penggunaan antibiotik dan efek sampingnya kepada pasien secara individual ataupun kepada masyarakat secara umum.

Peran apoteker sangat luas dalam memberikan pelayanan kefarmasian terkait dengan penggunaan antibiotik yang bijak dan pengendalian resistensi maka apoteker harus berperan secara aktif sebagai bagian dari tim kolaborasi pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Peran apoteker di rumah sakit :

a. Sebagai anggota tim pengendalian resistensi antibiotik meliputi :

Upaya mendorong penggunaan antibiotik secara bijak, berperan aktif dalam komite pencegahan dan pengendalian infeksi untuk menurunkan transmisi infeksi dan memberikan informasi dan edukasi tentang penyakit infeksi dan penggunaan antibiotik yang bijak kepada tenaga kesehatan, pasien dan masyarakat

- b. Sebagai panitia/komite farmasi terapi antara lain ; memilih antibiotik kemudian dimasukkan dalam pedoman penggunaan antibiotik, formularium dan yang diuji kepekaan, menganalisis hasil evaluasi penggunaan antibiotik secara kuantitatif maupun kualitatif, membuat kebijakan penggunaan antibiotik di rumah sakit. Selain itu juga melakukan analisis *cost effective*, *Drug Use Evaluation* (DUE), evaluasi kepatuhan terhadap pedoman penggunaan antibiotik maupun kebijakan terkait yang telah ditetapkan serta menganalisis dan mengevaluasi efek samping Obat (ESO)/Reaksi Obat yang Tidak Diinginkan (ROTD)
- c. Sebagai anggota komite pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah sakit meliputi;
- 1) Menetapkan kebijakan dan prosedur internal farmasi dalam penyiapan sediaan steril. Misalnya menetapkan kebijakan pencampuran dalam laminar *air flow cabinet* oleh tenaga yang terlatih.
 - 2) Menetapkan kebijakan penggunaan sediaan antibiotik steril sekali pakai (*single dose package*) dan penggunaan sediaan steril dosis ganda (*multiple does container*).
 - 3) Penandaan yang benar termasuk pencantuman tanggal dan jam kadaluwarsa serta kondisi penyimpanan sediaan antibiotik

- 4) Meningkatkan kepatuhan terhadap kewaspadaan baku (*standars precaution*) oleh tenaga kesehatan, pasien dan petugas lain yang terlibat dalam perawatan pasien.
 - 5) Kolaborasi dalam penyusunan pedoman penilaian risiko paparan, pengobatan dan pemantauan terhadap pasien dan tenaga kesehatan yang pernah kontak dengan pasien penyakit infeksi.
 - 6) Menyusun pedoman penggunaan antiseptik dan desinfektan.
 - 7) Menurunkan kejadian infeksi nosokomial dengan cara menjamin ketersediaan alat kesehatan sekali pakai, anti septik dan desinfektan.
- d. Peran pada penanganan pasien dengan penyakit infeksi adalah bekerja sama dengan ahli mikrobiologi untuk menjamin bahwa hasil kepekaan antibiotik dilaporkan tepat waktu dan ketepatan laboratorium mikrobiologi dalam melakukan interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium terkait penyakit infeksi dengan system pengelolaan yang efektif dan efisiensi, sehingga dapat menurunkan kesalahan yang mungkin terjadi dan kejadian yang tidak diharapkan akibat penggunaan antibiotik.

e. Peran dalam kegiatan edukasi

- 1) Menyelenggarakan seminar dan loka karya, penerbitan bulletin dan forum edukasi lain kepada tenaga kesehatan tentang : penggunaan antibiotik dan resistensinya, penggunaan antiseptik dan desinfektan, teknik aseptik dan prosedurnya serta metode sterilisasi.
- 2) Memberikan edukasi dan konseling pada pasien rawat inap, rawat jalan, perawatan dirumah (*home pharmacy care*) dan keluarga pasien/pelaku rawat (*care giver*) mengenai: kepatuhan dalam menggunakan antibiotik yang diresepkan, penyimpanan antibiotik, prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi (sebagai contoh:: pembuangan limbah medis).
- 3) Memberikan edukasi bagi masyarakat umum dalam meningkatkan kesadaran terhadap pengendalian penyebaran penyakit infeksi dengan cara mendorong penggunaan antibiotik yang bijak dan mempromosikan teknik cuci tangan yang benar.

Program edukasi seharusnya berisi evaluasi secara kritis, menilai obat baru dan memberikan edukasi penggunaan yang sesuai kepada staf rumah sakit, dokter dan tenaga kesehatan lain, serta

bertujuan untuk mengurangi persepan dan penggunaan antibiotik yang tidak bijak. Materi edukasi berupa regimen terapi yang *cost effective* dan memberikan informasi mengenai dampak persepan terhadap segi ekonomi dan ekologi bakteri. (Pedoman Pelayanan Kefarmasian, 2011)

Peran apoteker dalam praktik apoteker di ruang rawat bertujuan supaya pasien mendapatkan terapi sesuai rejimen (indikasi, bentuk sediaan, dosis, rute, frekuensi, waktu, durasi) secara efektif dengan resiko minimal (efek samping, *medication error*, biaya) (Standar pelayanan kefarmasian untuk terapi antibiotik, 2011).

Salah satu bentuk aktivitasnya praktik apoteker ruang rawat dengan visite untuk mewujudkan pelayanan kefarmasian yang berfokus pada pasien. Visite apoteker merupakan kegiatan kunjungan rutin yang dilakukan apoteker kepada pasien diruang rawat inap untuk mencapai hasil terapi (*Clinical outcome*) yang lebih baik. Kegiatan ini dapat dilakukan secara mandiri atau kolaborasi secara aktif dengan tim dokter dan profesi kesehatan lainnya dalam proses penetapan keputusan terkait terapi obat pasien. (Pedoman Visite,2011)

Di ruang rawat kolaborasi antara dokter-apoteker sering kali berinteraksi dengan perawat dan pasien serta keluarganya, sebaiknya apoteker yang tergabung dalam tim sudah memiliki kompetensi

farmasi klinik baik lulusan magister farmasi klinik maupun apoteker yang sudah memiliki pengalaman farmasi klinik diruang rawat inap. Kompetensi farmasi klinik seorang apoteker sangatlah diperlukan dan keberanian memberi masukan atau rekomendasi kepada para dokter dalam terapi obat berdasarkan *evidence based medicine* maupun *evidence based pharmacy*. Kolaborasi yang baik dapat dibangun dengan adanya komunikasi yang baik pula. Dokter atau tenaga klinis lain akan menghargai kompetensi farmasi klinik dan akan ber komitmen untuk berkolaborasi dengan apoteker dalam memberikan terapi kepada pasien.(Suharjono 2013).

5. Ahli Gizi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 374/MENKES/SK/III/2007 profesi gizi merupakan suatu pekerjaan di bidang gizi yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan (*body of knowledge*), kompetensi yang dimiliki diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, memiliki kode etik dan bersifat melayani masyarakat. Ahli gizi atau ahli madya gizi merupakan seorang yang telah menempuh dan menyelesaikan pendidikan akademik dalam bidang gizi sesuai aturan yang berlaku, mempunyai tugas, tanggung jawab dan wewenang secara penuh untuk melakukan

kegiatan fungsional dalam bidang pelayanan gizi, makanan dan dietetik dimasyarakat, individu atau rumah sakit.

Pelayanan gizi di rumah sakit merupakan salah satu upaya memperbaiki dan meningkatkan gizi pasien dalam rangka mencapai status kesehatan yang optimal dalam kondisi sakit. Untuk memenuhi kebutuhan gizi maka dilakukan perbaikan gizi meliputi upaya peningkatan status dan mutu gizi, pencegahan, penyembuhan dan atau pemulihan akibat gizi salah. Untuk memenuhi hal tersebut dibutuhkan tenaga gizi yang mampu menghadapi segala permasalahan gizi. Beberapa peran ahli gizi dirumah sakit antara lain sebagai petugas asuhan/pelayanan gizi klinik, gizi di rumah sakit, konsultan/ penyuluh gizi dan pelaku praktek gizi yang bekerja secara profesional dan etis.

Ahli gizi termasuk dalam tim kolaborasi interprofesi dimana pada pasien yang dinilai memiliki risiko gangguan gizi harus menerima terapi gizi, dalam proses kolaborasi tenaga gizi merencanakan, memberikan dan memantau terapi gizi, dimana respon pasien terhadap terapi gizi dipantau dan dicatat dalam rekam medisnya. Dokter dan professional pemberi asuhan lainnya bekerja sama untuk menganalisa dan mengintegrasikan pengkajian serta melakukan prioritas kebutuhan pasien yang paling mendesak.

Dalam melakukan kolaborasi interprofesi ahli gizi menentukan jenis diet makanan pasien dan interaksi makanan dengan obat yang diberikan. Selain itu ahli gizi melakukan assesmen nutrisi dan melakukan perencanaan terapi gizi serta melakukan konseling gizi. Proses asuhan pasien yang dilakukan adalah pertama dengan melakukan assesmen pasien meliputi informasi yang dikumpulkan, analisis informasis dan rencana asuhan. Kedua adalah pemberian pelayanan implementasi rencana dan monitoring, sehingga akan tercapai asuhan pasien terintegrasi.

6. Dokumen Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)

Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi adalah catatan untuk menilai kemajuan terhadap keefektifan dari asuhan medis, keperawatan, dietisien, apoteker dan professional pemberi asuhan lainnya yang diberikan dalam mengatasi masalah/diagnose medis, keperawatan dan nutrisi. Perkembangan masalah pasien/penyakit pasien secara spesifik ditulis dan ditanda tangani oleh dokter, perawat dan profesional pemberi asuhan lainnya dalam lembaran Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT). Pengisian CPPT dengan metode SOAP (Subject, Object, Assesment dan Planning) dimulai sebagai pelaksanaan hasil assessment awal, dan diakhiri pada saat

pasien pulang /meninggal (Dokumen Rekam Medis dalam konteks akreditasi Rumah Sakit versi 2012, 2016 h.37)

Lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi atau biasa disebut CPPT merupakan sarana komunikasi antar profesi kesehatan yang dapat memfasilitasi dan mencerminkan integrasi dan koordinasi perawatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Dalam lembar CPPT ini setiap professional pemberi asuhan yang tergabung dalam tim kolaborasi mencatat pengamatan, pengobatan, dan hasil diskusi dari tim keperawatan pasien dalam bentuk SOAP(IE) , sehingga akan terjalin komunikasi yang efektif yang bertujuan untuk mencegah dan pengulangan informasi, serta membantu perawat dalam manajemen waktunya.

Manfaat dari lembar CPPT adalah pasien mendapat pelayanan yang terkolaborasi dari semua profesi, sehingga perawatan lebih optimal, kepuasan pasien meningkat dan lebih efisien dari segi biaya dan waktu. Bagi professional pemberi asuhan lembar CPPT ini membuat perencanaan pasien lebih jelas dan terarah, rencana pemulangan pasien lebih jelas, formatnya lebih sederhana, beban kerja menulis kurang, lebih komunikatif, lebih kolaboratif, tindakan lebih jelas dan meminimalkan kejadian overlapping, pelayanan lebih berfokus pada pasien, berkelanjutan dan terintegrasi, sebagai alat

komunikasi dan bukti otentik. Bagi rumah sakit akan tercapai manfaat pelayanan prima, lebih hemat biaya, dan citra rumah sakit meningkat (Instalasi et al. 2014).

7. Standar Prosedur Operasional

Standar pelayanan rumah sakit merupakan pedoman dalam menyelenggarakan rumah sakit yang harus diikuti antara lain adalah standar prosedur operasional, standar pelayanan medis dan standar asuhan keperawatan. Standar Prosedur Operasional atau biasa disebut SPO merupakan suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang ditetapkan untuk menyelesaikan proses pekerjaan yang selalu rutin dilakukan. Dengan tujuan agar proses kerja rutin terlaksanakan dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku. Standar prosedur operasional memberikan langkah yang benar berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

8. *Clinical Pathway*

Rumah sakit merupakan institusi tempat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan tujuan penyembuhan penyakit, serta dalam melaksanakan fungsinya rumah sakit harus

meminimalkan risiko baik klinis maupun non klinis yang mungkin terjadi selama proses pelayanan kesehatan berlangsung sehingga terlaksananya pelayanan yang aman bagi pasien. Keselamatan pasien menjadi prioritas utama dalam semua bentuk kegiatan di Rumah sakit.

Dalam usaha mencapai pelayanan yang efektif, efisien dan aman bagi pasien diperlukan penyusunan panduan praktik klinis dan clinical pathway. Dengan demikian akan dapat meningkatkan mutu rumah sakit dan kendali biaya, serta memenuhi standar akreditasi rumah sakit versi 2012.

Clinical pathway memberikan rencana tata laksanakan hari demi hari dengan standar pelayanan yang dianggap sesuai. *Clinical pathway* merupakan alur klinis yang dibuat oleh multidisiplin terintegrasi pada kondisi klinis tertentu dikoordinasi oleh komite medik.

Clinical pathway merupakan salah satu piranti rumah sakit untuk melakukan kendali mutu dan kendali biaya dalam memberikan pelayanan di rumah sakit. Sistem pemberian asuhan berorientasi pada kepentingan pasien (*patient centered care*) adalah pelayanan terintegrasi berorientasi kepada pasien dan tidak didominasi oleh profesi tertentu.

Pelayanan dalam *clinical pathway* bersifat multi disiplin sehingga semua pihak yang terlibat dalam pelayanan dokter/dokter gigi, perawat, fisioterapis, dietisien, apoteker dan lain-lain dapat menggunakan format yang sama. Kelebihan format ini adalah perkembangan pasien dapat dimonitor setiap hari, baik intervensi maupun *outcomenya* (Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012, 2015).

B. Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 1 Ringkasan penelitian terdahulu

Nama peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dg penelitian yang akan dilakukan
Tuti Anggarawati (2013)	Kepentingan bersama perawat dokter dengan kualitas pelayanan keperawatan	Penelitian kuantitatif non eksperimental	Kualitas kolaborasi dengan melakukan control bersama, lingkup praktek, kepentingan bersamamempunyai hubungan dengan kualitas pelayanan keperawatan	Penelitian ini menganalisa pengaruh kolaborasi interprofesi terhadap lama tinggal rawat inap pasien, biaya medis dan penggunaan obat pada pasien
Pagela pascarella renta(2016)	Evaluasi pelaksanaan patient centered care di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta Unit 1	Mix method rancangan Cross sectional untuk kuantitatif dan studi kasus untuk kualitatif	Pelaksanaan Patient centered care belum berjalan maksimal dikarenakan kurangnya tenaga medis bagian tertentu dan keterbatasan waktu sehingga membutuhkan peran rumah sakit seperti monitor dan evaluasi, logistic dan sumber daya manusia.	Penelitian ini melihat sejauh mana peran dan tanggung jawab tim dalam kolaborasi interprofesi pada penanganan pasien rawat inap mawaddah
Yossi yulia (2016)	Analisis kolaborasi inter profesi tenaga kesehatan dalam	Kualitatif	Praktek kolaborasi terlaksana namun frekuensinya rendah	Penelitian ini melihat sejauh mana pengetahuan tentang SOP dan CP dalam kolaborasi interprofesi

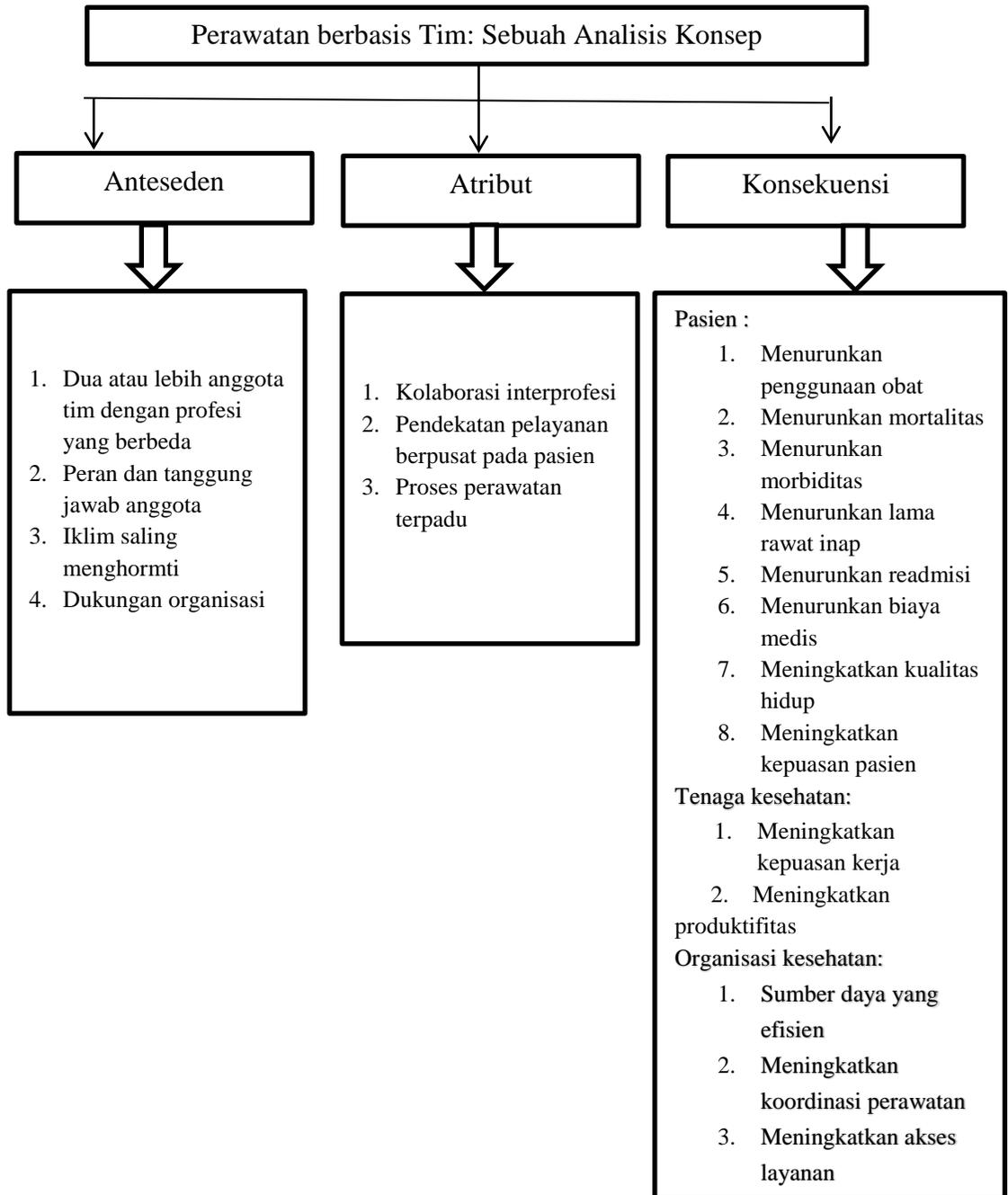
	penanganan pasien rawat inap HCU penyakit Dalam RSUP M Djamil Tahun 2016			
Scott Reeves, Simon Lewin (2004)	Kolaborasi antarprofesional di rumah sakit: strategi dan makna	Kualitatif	kolaborasi cenderung berbasis tugas, singkat dan formalistik. dokter memandang kolaborasi terutama sebagai kegiatan yang melibatkan pekerjaan dengan rekan medis mereka, sementara profesional lainnya melihatnya sebagai kegiatan interprofessional	Penelitian ini menganalisa pengaruh kolaborasi interprofesi terhadap lama tinggal rawat inap pasien, biaya medis dan penggunaan obat pada pasien
Loraine Busetto, Jörn Kiselev, Katrien Ger Luijkx, Elisabeth Steinhagen-Thiessen, dan Hubertus Johannes Maria Vrijhoe, 2017	Implementasi perawatan geriatri terpadu di rumah sakit Jerman: studi kasus pemahaman kapan dan mengapa hasil kemanfaatan tercapai	Kualitatif	Ketidakfleksibelan sistem penggantian sehubungan dengan jumlah sesi pengobatan yang diwajibkan berkontribusi terhadap penyalahgunaan layanan secara berlebihan, kurang dan salah. Kerja sama multidisipliner terhambat oleh beban kerja yang tinggi, yang menambah alur kerja.	Penelitian ini menganalisa pengaruh kolaborasi interprofesi terhadap lama tinggal rawat inap pasien, biaya medis dan penggunaan obat pada pasien

Dawon Baik (2016)	Perawatan Berbasis Tim: Analisis Konsep	Kualitatif	Perawatan berbasis tim dilakukan dengan memahami peran dan tanggung jawab anggota tim lainnya, iklim saling menghormati, dan dukungan organisasi	Penelitian ini menganalisa pengaruh kolaborasi interprofesi terhadap lama tinggal rawat inap pasien, biaya medis dan penggunaan obat pada pasien
Danielle D'amour, Marcela Ferrada-Videla, Leticia San, Martin Rodriguez, dan Marie-Dominique Beaulieu, 2005	Dasar konseptual untuk kolaborasi antarprofessional: Konsep inti dan kerangka teoritis	Kualitatif	Kolaborasi perlu dipahami tidak hanya sebagai usaha profesional, tapi juga sebagai proses manusia. Profesional tidak akan berkolaborasi jika usaha tersebut hanya didasarkan pada anggapan bahwa hal itu akan baik untuk klien	Penelitian ini menganalisa pengaruh kolaborasi interprofesi terhadap lama tinggal rawat inap pasien, biaya medis dan penggunaan obat pada pasien
Wei Liu, Marie Gerdtz and Elizabeth Manias (2016)	Menciptakan peluang untuk kolaborasi interdisipliner dan perawatan berpusat pada pasien: bagaimana perawat, dokter, apoteker dan pasien menggunakan strategi komunikasi saat mengelola obat di lingkungan rumah	Kualitatif	Penggunaan strategi komunikasi oleh perawat, dokter, apoteker dan pasien menciptakan kesempatan untuk meningkatkan kolaborasi interdisipliner dan pengelolaan obat yang berpusat pada pasien di lingkungan rumah sakit yang akut	Penelitian ini menganalisa pengaruh kolaborasi interprofesi terhadap lama tinggal rawat inap pasien, biaya medis dan penggunaan obat pada pasien

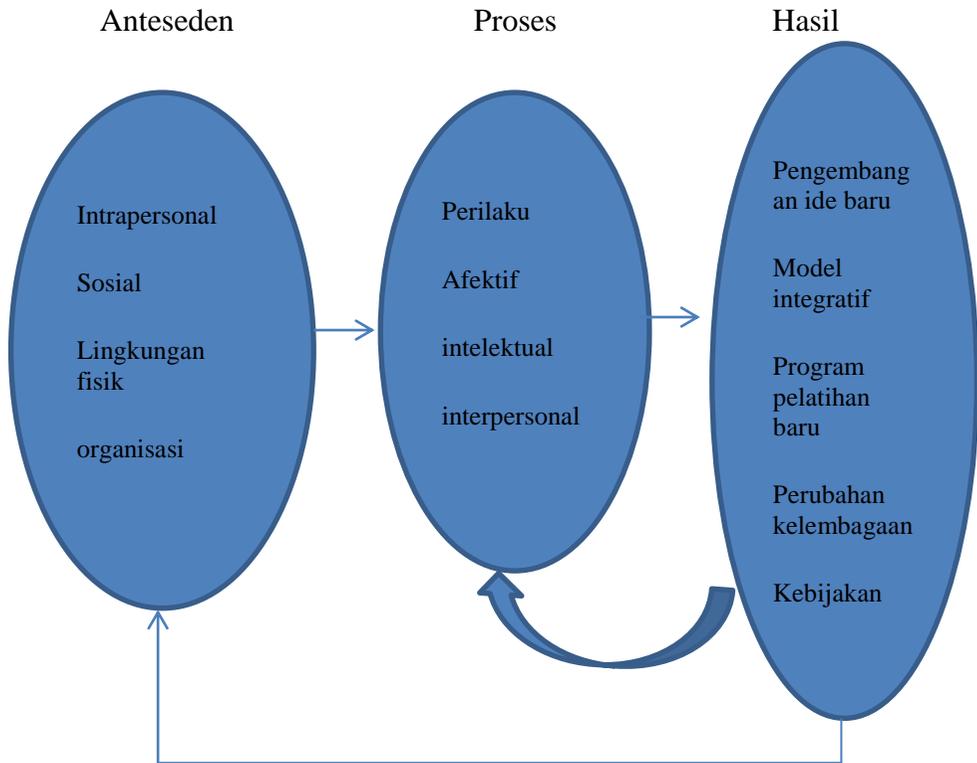
	sakit akut.			
Suharjono (2013)	Kolaborasi Apoteker Dan Dokter Dalam Penanganan Pasien Di Rumah Sakit	Kualitatif	Kolaborasi apoteker – dokter di rumah sakit untuk pelayanan penderita sudah mulai dilaksanakan di Indonesia oleh sebagian rumah sakit, namun perlu ditingkatkan agar kolaborasi ini merupakan suatu kebutuhan	Penelitian ini menganalisa pengaruh kolaborasi interprofesi terhadap lama tinggal rawat inap pasien, biaya medis dan penggunaan obat pada pasien
Tuti Anggarawati, Novita Wulan Sari (2016)	Kepentingan Bersama Perawat-Dokter Dengan Kualitas Pelayanan Keperawatan	Kuantitatif	Kualitas kolaborasi dengan melakukan kontrol bersama, lingkup praktek, kepentingan bersama dan tujuan bersama mempunyai hubungan dengan kualitas pelayanan keperawatan	Penelitian ini menganalisa pengaruh kolaborasi interprofesi terhadap lama tinggal rawat inap pasien, biaya medis dan penggunaan obat pada pasien

C. Landasan Teori

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan dua dasar teori yaitu :

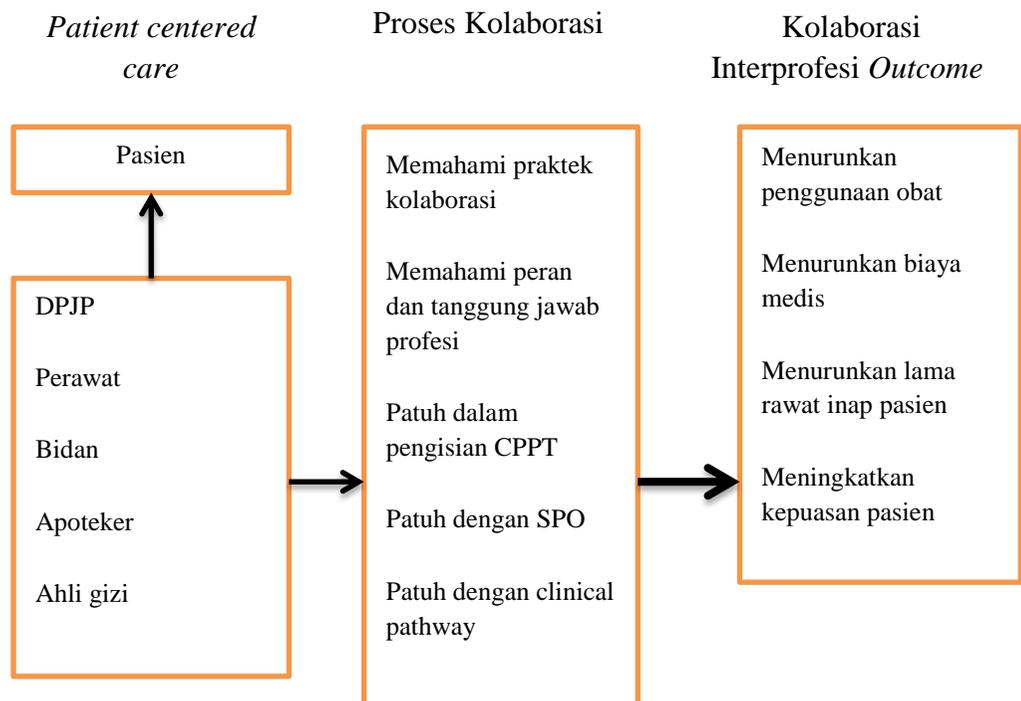


Gambar 2.2. *Team based care : A Concept Analysis*(Baik 2016)



Gambar 2.3. Enhancing Multiple disciplinary teamwork (Weaver 2008)

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.4. Kerangka Konsep Penelitian

E. Pertanyaan penelitian

Bagaimana efektivitas kolaborasi interprofesi tenaga kesehatan untuk meningkatkan pengelolaan pasien rawat inap Mawaddah di RS Swasta “X” tahun 2018 ?