

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum RS SWASTA “X”**

##### **1. Sejarah Singkat RS SWASTA “X”**

Rumah Sakit Swasta “X” adalah rumah sakit swasta yang didirikan pada 5 Juli 1999. Pada awalnya Rumah Sakit Swasta “X” adalah sebuah Klinik Bersalin Swasta “X”. Saat pertama kali beroperasi, layanan yang ada meliputi poliklinik umum, poliklinik kesehatan ibu dan anak, poliklinik keluarga berencana.

Rumah Sakit Swasta “X” terletak di kawasan yang secara aksesibilitas sangat tinggi karena terletak di lokasi persimpangan menuju Bandung, Jakarta, Cilacap, Purwokerto dan Banyumas tepatnya Jl. Raya Klapagading Kulon RT 01 RW 14 Kecamatan Wangon Kabupaten Banyumas sehingga lokasi rumah sakit ini sangat mudah untuk dicapai dalam pelayanan terhadap kota Banyumas pada umumnya dan Eks Kawedanan Jatilawang pada khususnya dan kota-kota lain di sekitarnya.

Seiring perkembangan jaman dan jumlah kunjungan yang terus meningkat serta kebutuhan masyarakat Wangon pada khususnya dan masyarakat sekitarnya pada umumnya akan sarana dan prasarana serta pelayanan kesehatan yang terus meningkat maka status Klinik

Bersalin meningkat menjadi Rumah Sakit Ibu dan Anak Swasta “X” yang didirikan dan diresmikan pada tanggal 5 Juni 2005 oleh Yayasan Arrahman Arrahmanu Aryana. Dari tahun ke tahun, eksistensi rumah sakit Ibu dan Anak Swasta “X” semakin diakui dan menunjukkan perkembangan yang cukup meningkat, perlu adanya pengembangan rumah sakit sehingga lebih mampu melayani masyarakat dengan fasilitas pelayanan yang lebih banyak dan kompleks. Kemudian pada tanggal 26 Maret 2013 permohonan perubahan persetujuan prinsip dari Rumah Sakit Ibu dan Anak Swasta “X” menjadi Rumah Sakit Swasta “X” telah disetujui. Berdasarkan Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas pada tanggal 23 Februari 2015 atas Permohonan Ijin Mendirikan Rumah Sakit Swasta “X” telah di verifikasi dan telah memenuhi persyaratan sehingga turunlah Keputusan Kepala Badan Penanaman Modal dan Pelayanan Perizinan Kabupaten Banyumas Nomor 503/IMRS/001/BPMPP/ 2015 Tentang Izin Mendirikan Rumah Sakit pada tanggal 01 April 2015 di bawah naungan PT. Alzha Ar Rahman Aryana. Berdasarkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas Nomor 440/80/SK/IV/2015 tentang Izin Operasional tanggal 17 April 2015

memutuskan memberikan izin operasional Rumah Sakit Kelas D pada Rumah Sakit Swasta “X”.

## **2. Visi, Misi dan Motto RS Swasta “X”**

Visi Rumah Sakit Swasta “X” adalah “Rumah Sakit Islami Rujukan Utama, Profesional dan Terpercaya”. Dari Visi Rumah Sakit Swasta “X” dijabarkan ke dalam misi, sebagai berikut :

- a. Mewujudkan pelayanan yang ramah, santun dan berempati, serta peduli terhadap kondisi dan kebutuhan masyarakat.
- b. Melaksanakan kegiatan operasional secara efektif dan efisien, sehingga menghasilkan nilai tambah bagi seluruh stakeholders (pelanggan, pekerja, mitrakerja, pemilik dan masyarakat).
- c. Mengembangkan sumber daya manusia yang Berakhlak Islami dan Profesional melalui mekanisme pembelajaran berkesinambungan.
- d. Berpartisipasi dalam kegiatan kesehatan masyarakat melalui Program-Program Kesehatan Masyarakat yang berkesinambungan.
- e. Menyediakan Sarana dan Prasarana Pendukung yang sesuai dengan standar akreditasi dan perundangan-undangan yang berlaku.

Guna mewujudkan Visi dan Misi tersebut, Rumah Sakit Swasta “X” menerapkan MOTTO, yaitu “Melayani Penuh Kasih Sayang”

### **3. Pelayanan RS Swasta “X”**

Memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada semua pasien menjadi prioritas utama dalam setiap gerak langkah Rumah Sakit Swasta “X”. Penanganan kesehatan diberikan secara holistik dan efektif, selalu berusaha mewujudkan pelayanan yang terjangkau dengan tetap menjaga mutu pelayanan. SDM yang terus menerus dikembangkan dan diberdayakan dari sisi kompetensi dan diimbangi dengan fasilitas sarana dan prasarana serta penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi.

#### **a. Fasilitas Pelayanan**

Pelayanan medis di Rumah Sakit Swasta “X” adalah sebagai berikut :

- 1) Dokter Umum
- 2) Dokter Spesialis Penyakit Dalam
- 3) Dokter Spesialis Bedah Umum
- 4) Dokter Spesialis Anastesi
- 5) Dokter Spesialis Patologi Klinik
- 6) Dokter Spesialis THT

- 7) Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan
- 8) Dokter Spesialis Anak
- 9) Dokter Spesialis Radiologi
- 10) Dokter Spesialis Mata
- 11) Dokter Gigi

#### **b. Ruang Perawatan**

Ruang perawatan Rumah Sakit Swasta “X” terdiri dari Kelas VIP, Kelas I, II, III, Isolasi, Perinatologi dan HCU berjumlah 55 Tempat Tidur. Ruang rawat inap Mawaddah terdiri dari :

- VIP        1 kamar
- Kelas I    4 kamar
- Kelas II   8 kamar
- Kelas III  3 kamar.

#### **B. Hasil Penelitian**

Penelitian ini menggunakan kelompok medis dan paramedis di rumah sakit Swasta “X” yang melakukan kolaborasi interprofesi di ruang Mawaddah. Penelitian ini dilakukan dalam waktu 4 minggu periode 20 April sampai 20 Mei 2018. Informan dipilih secara *total sampling*, yaitu informan yang diambil adalah seluruh bidan/perawat, Dokter, apoteker dan ahli gizi yang ikut dalam pengelolaan pasien rawat inap di Mawaddah.

Peneliti mengambil diagnosis kandungan dan kebidanan dengan alasan lama rawat inap yang panjang, biaya medisnya tinggi dan *over treatment* dalam penggunaan obat. Dalam penelitian ini jumlah sampel pasien yang diambil untuk validasi dengan kepuasan pasien rawat inap di ruang rawat inap mawaddah selama periode penelitian dengan diagnosa kandungan dan kebidanan dengan tindakan *curetage*, persalinan dan *sectio caesaria* dengan lama rawat inap >4 hari, biaya medis rumah sakit lebih tinggi dari biaya klaim BPJS, *over treatment* dalam pemberian obat

Tabel 4. 1 Data Informan Penelitian

NO	Karakteristik Informan		Jumlah	Presentase
1	Jenis Kelamin	Laki-Laki	0	0%
		Perempuan	25	100%
2	Umur	21-30	17	68%
		31-40	8	32%
3	Pendidikan	SD	5	20%
		SMP	5	20%
		SMA	13	52%
		DIPLOMA	0	0%
		SARJANA	2	8%
4	Status	Pasien	25	100%
		Keluarga Pasien	0	0%
5	Lama Bekerja	0 – 1 tahun	1	7%
		1 – 2 tahun	3	25%
		2 – 3 tahun	2	17%
		3 -- 4 tahun	2	17%
		4 -- 5 tahun	2	17%
		>5 tahun	2	17%

Berikut ditampilkan hasil kuesioner kepuasan pasien selama periode penelitian:

Tabel 4. 2 Tingkat Kepuasan Layanan Rata-Rata Selama Proses Kolaborasi Interprofesi

No.	Indikator layanan	Rata-rata
	<b>Prosedur, Persyaratan administrasi dan pelayanan</b>	<b>3,68</b>
1	Kecepatan dan ketepatan proses penerimaan/ penanganan pasien	3.68
2	Jadwal pelayanan RS dijalankan sesuai dengan yang diinformasikan	3.68
3	Kemudahan prosedur persyaratan administrasi	3.84
4	Biaya pelayanan	3.64
5	Layanan gizi	3.56
6	Layanan obat	3.68
	<b>Performa Petugas</b>	<b>3,63</b>
7	Kecepatan dan ketanggapan dokter dalam penyelesaian kebutuhan pasien	3.72
8	Keterampilan dan kecekatan perawat/bidan dalam bekerja	3.60
9	Petugas memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti	3.60
10	Kesopanan dan keramahan petugas dalam melayani pasien	3.64
11	Jaminan keamanan pelayanan pasien	3.76
12	Penampilan dan kerapihan petugas dalam bekerja	3.48

Tabel 4. 3 Tingkat Kepuasan Rata-Rata Pasien Selama Proses Kolaborasi Interprofesi

No.	Responden	Rata-rata
1	R1	3.58
2	R2	3.33
3	R3	4.75
4	R4	3.33
5	R5	3.16
6	R6	3.58
7	R7	4.16
8	R8	4.66
9	R9	3.16
10	R10	4.00
11	R11	3.92
12	R12	3.83
13	R13	3.83
14	R14	3.42
15	R15	3.25
16	R16	3.58
17	R17	3.92
18	R18	3.58
19	R19	3.75
20	R20	2.92
21	R21	3.75
22	R22	3.67
23	R23	2.92
24	R24	3.83
25	R25	3.5

Berdasarkan tabel 4.2 Dengan indeks kepuasan dengan lima skala yaitu menggunakan skala Likert. Skala Likert adalah skala yang didasarkan pada penjumlahan sikap responden dalam merespon pernyataan berkaitan dengan indikator-indikator suatu konsep atau variabel yang sedang diukur. Dalam hal ini, responden diminta untuk menyatakan sangat puas (5), puas (4), cukup puas (3), kurang puas (2), sangat tidak puas (1) .



Berdasarkan tabel 4.2 secara umum kepuasan pasien akan proses kolaborasi yang telah dijalankan oleh RS Swasta “X” sudah dalam kategori mendekati puas, karena untuk indikator prosedur, persyaratan administrasi dan pelayanan bernilai 3,68, sedangkan kepuasan pasien terkait performa petugas bernilai 3,63.

Hasil survey kepuasan pasien selama proses kolaborasi di ruang rawat inap Mawaddah menunjukkan bahwa indikator layanan gizi bernilai 3.56 karena untuk layanan gizi pasien sebagian besar tidak bertemu dengan ahli gizi, sehingga tidak mendapatkan edukasi tentang gizi. Indikator penampilan dan kerapian petugas dalam bekerja bernilai 3.48, hal ini dikarenakan petugas pada malam hari dan hari minggu belum menggunakan seragam.

Tingkat kepuasan indikator ketrampilan dan kecekatan perawat/bidan dalam bekerja serta petugas memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti bernilai 3,6. Hal ini dikarenakan ada petugas perawat dan bidan yang kurang cepat dalam melayani dan apoteker, ahli gizi tidak melakukan visit bersama dengan tim kolaborasi.

Berdasarkan tabel 4.3 tingkat kepuasan pasien selama periode penelitian dari 25 responden ternyata 23 mempunyai nilai diatas 3 artinya tingkat kepuasan pasien 92% setelah dilakukan praktek kolaborasi. Hal ini membuktikan bahwa tingkat kepuasan pasien meningkat dari 80%

sebelum dilakukan praktek kolaborasi menjadi 92% setelah praktek kolaborasi.

Data informan penelitian kualitatif selengkapnya disajikan dalam tabel di bawah ini:

Tabel 4. 4 Karakteristik Informan Penelitian

No	Karakteristik Informan	Jumlah	Persentase
1	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	1	9%
	Perempuan	11	91%
2	Umur		
	21 – 30 tahun	11	91%
	31 – 40 tahun	1	9%
3	Pendidikan		
	SD	0	0%
	SMP	0	0%
	SMA	0	0%
	Diploma	10	82%
	Sarjana	1	9%
	Pascasarjana	1	9%
4	Jabatan		
	Bidan	3	25%
	Perawat	4	33%
	Ahli Gizi	1	8%
	Apoteker	2	17%
	Dokter	2	17%
5	Lama Bekerja		
	0 – 1 tahun	1	7%
	1 – 2 tahun	3	25%
	2 – 3 tahun	2	17%
	3 – 4 tahun	2	17%
	4 – 5 tahun	2	17%
	> 5 tahun	2	17%

Hasil penelitian ini secara langsung didasarkan atas informasi yang disampaikan oleh 12 informan, yang merupakan tenaga kesehatan yang melakukan proses kolaborasi dalam pengelolaan pasien di ruang rawat inap Mawaddah RS Swasta “X”.

Tabel 4. 5 Hasil Wawancara Tenaga Kesehatan Dalam Kolaborasi Interprofesi

Makna	Kategorisasi makna	Makna final
Pemahaman praktek kolaborasi	Praktek kolaborasi	Praktek kolaborasi
Kelebihan kolaborasi adalah pelayanan menyeluruh, menekan biaya dan perbaikan pasien lebih cepat. Kelemahan membutuhkan banyak SDM		
Kelebihan kolaborasi adalah pelayanan menyeluruh, menekan biaya dan perbaikan pasien lebih cepat. Kelemahan membutuhkan banyak SDM		
Kelemahan ketidakcocokan antar profesi dan kelebihan hasil lebih cepat selesai dan sesuai spo		
Proses kolaborasi di RS masih belum maksimal		
Praktek kolaborasi belum sesuai pcc		
Kelebihan kolaborasi adalah lebih fokus dalam penanganan pasien		
Pemahaman Patient centered care		
Manfaat penerapan kolaborasi interprofesi penyembuhan lebih cepat dan menekan biaya	Manfaat kolaborasi	
Manfaat penerapan kolaborasi interprofesi pelayanan lebih efektif dan efisien		

Pemahaman peran dan tanggung jawab profesi	Peran dan tanggung jawab profesi	Kendala kolaborasi
Komunikasi kadang mengalami hambatan	Hambatan kolaborasi	
Pengetahuan manfaat dan kendala kolaborasi	Kendala kolaborasi	
Kendala kolaborasi dalam perbedaan pendapat	Kendala kolaborasi	
Kendala keterbatasan waktu antar profesi untuk melakukan kolaborasi profesi		
Kendala tulisan dokter tidak jelas dan data tidak lengkap		
CPPT Kendala SDM dan komunikasi		
Dampak penerapan kolaborasi bagi pasien penyembuhann lebih cepat pasien puas	Kepuasan pasien	Kepuasan pasien
Dampak penerapan kolaborasi bagi pasien adalah pasien memiliki hak dalam mengambil keputusan.		
Mengetahui peran SPO sebagai pedoman pelayanan	Peran standar prosedur operasional	Standar Operasional prosedur
Pemahaman CPPT sebagai catatan perkembangan pasien	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi	Catatan Perkembangan pasien terintegrasi
Penanganan pasien menggunakan dokter centered care	<i>Doctore centered care</i>	<i>Doctore centered care</i>
Manfaat clinical pathway sebagai kendali mutu dan biaya	Manfaat <i>Clinical Pathway</i>	<i>Clinical Pathway</i>
Manfaat <i>clinical pathway</i> menghindari over klaim BPJS		

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa dokter selaku Dokter Penanggung Jawab pelayanan dan sebagai dokter ruangan sudah memahami tentang kolaborasi interprofesi dan memahami peran dan tanggung jawabnya sebagai dokter dalam tim kolaborasi interprofesi. Selain itu dokter juga sudah memahami cara pengisian lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi, sehingga terjalin komunikasi yang baik melalui pencatatan rekam medik di lembar CPPT. Setiap profesi yang terlibat di dalam praktek kolaborasi harus memahami dengan baik kolaborasi tersebut. Salah satu informan secara eksplisit memahami makna kolaborasi, yaitu:

“Kolaborasi interprofesi adalah pelayanan yang melibatkan multidisiplin meliputi: DPJP, DU, perawat, apoteker dan gizi. Di dalamnya saya terlibat dan berperan memantau perkembangan kondisi pasien, mengedukasi rencana dan tindakan yang akan dilakukan. Saya berperan turut serta memantau perkembangan pasien dan juga mengedukasi pasien berperan serta dalam pengambilan keputusan” (Kode Data D1.P1)

Memperhatikan pernyataan informan di atas, terlihat bahwa peran sebagai dokter telah dilakukan dalam proses kolaborasi yang sudah menjadi kebijakan Rumah Sakit. Salah satu manfaat yang timbul dari proses kolaborasi interprofesi yaitu pelayanan yang diterima oleh pasien akan menyeluruh sebagaimana disampaikan oleh salah satu informan:

“Pelayanan menyeluruh, perkembangan pasien ke arah yang baik jadi lebih cepat, menekan biaya. Untuk kesembuhan pasien lebih

baik, penanganan pasien lebih baik menyeluruh karena melibatkan ahli gizi, apoteker dan lainnya. Kelebihannya pelayanan menyeluruh, perbaikan pasien cepat karena melibatkan berbagai multidisiplin, menekan biaya namun kelemahannya banyak tenaga kerja yang dibutuhkan”. (Kode Data D1.P9)

Respon pasien yang puas juga menjadi perhatian informan yang bertugas sebagai dokter jaga:

“Secara umum pasien sepertinya puas, karena sekarang pasien memiliki hak dalam mengambil keputusan untuk dirinya. Pasien lebih tahu penanganan yang diterima, pasien merasa sudah dimanusiakan, tenaga medis tidak menjadi orang yang serba tahu”. (Kode Data D1.P11)

Informan yang bertugas sebagai DPJP menyampaikan kendala dalam praktek kolaborasi bahwa:

“komunikasi kadang mengalami hambatan” (Kode Data D2.P7)

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan Manajemen layanan yang fokus ke dokter sebelum memberlakukan sistem kolaborasi juga diakui oleh salah satu informan :

“Sebelum kolaborasi, penanganan hanya dilakukan oleh dokter, kelemahan yaitu hanya berpusat pada dokter sehingga pelayanan tidak maksimal, namun ada juga kelebihannya yaitu tidak butuh koordinasi”. (Kode Data P1.P3)

Informasi yang disampaikan oleh informan di atas mengisyaratkan bahwasanya pasien lebih bersifat obyek, sedangkan dokter mempunyai peran yang lebih dominan sebagai subyek atau aktor utamanya. Semua layanan medis akan menunggu instruksi dari dokter, dan di sisi lain pasien juga tidak banyak diberi kebebasan

untuk memberikan masukan atas kondisi yang dialaminya sendiri. Model perawatan semacam ini dikenal dengan model tradisional asuhan pasien yang selama ini sudah berjalan adalah dokter merupakan pusat dari asuhan (*doctor centered*), sehingga ada 2 kubu yang menjadi perhatian di manajemen rumah sakit, yakni dokter dan pasien. Penanganan pasien yang dilaksanakan di RS Swasta “X” sekarang sudah berubah menjadi *Patient centered care* yaitu pasien menjadi pusat dari asuhan layanan.

Dengan model ini diharapkan pasien di RS Swasta “X” mampu semakin terlayani dengan baik. salah seorang informan yang bertugas di RS Swasta “X” yang telah lima tahun bertugas sebagai perawat menyatakan bahwa PCC lebih fokus ke pasien:

“*Patient centered care* yaitu pasien sebagai pusatnya, jadi penanganan/pelayanan harus memperhatikan pasien. Bila melakukan tindakan harus bekerja sama satu sama lain, untuk obat-obatan kita ke apoteker, bila gizi akan ke ahli gizi”. (Kode Data P1.P5)

Model layanan kepada pasien ini secara langsung menjadikan layanan akan lebih tertata dengan mengedepankan kebutuhan pasien. Hal ini ternyata dikombinasi oleh pihak RS dengan model kolaborasi, sehingga upaya yang dilakukan kepada pasien dapat dijalankan secara menyeluruh.



Komunikasi antar profesi merupakan kendala yang sering ditemui hal ini dikarenakan keterbatasan waktu dari masing masing profesi, sehingga komunikasi yang terjalin dialihkan melalui media telephon yang kemudian ditulis dilembar CPPT selanjutnya di baca ulang dan dilakukan verifikasi tanda tangan.

Ketersediaan SDM yang belum mampu dipenuhi secara kuantitas tidak hanya untuk apoteker saja, tetapi juga tenaga ahli gizi dan dokter spesialis, sebagaimana disampaikan oleh salah seorang informan:

“Di RS tenaganya belum memenuhi semua, ahli gizi baru satu, paling kolaborasi hanya pagi saja. Untuk dokter spesialis juga tidak selalu ada”. (Kode Data P1.P7)

Berdasarkan informasi dari beberapa informan di atas tampak bahwa kolaborasi interprofesi belum mampu dijalankan secara total, keberadaan tenaga medis yang masih terbatas jumlahnya menjadi persoalan utama, mengakibatkan komunikasi atau koordinasi diantara profesi yang terlibat dalam kolaborasi tidak efektif. Walaupun hal ini telah diupayakan melalui komunikasi via telepon yang juga belum mampu memberikan dukungan secara optimal. Salah satu informan melihat bahwa dengan terpenuhinya SDM medis maka proses kolaborasi akan berjalan sebagaimana mestinya:

“Kelemahannya pada SDM, karena SDM-nya kurang jadi belum mampu melakukan kolaborasi sepenuhnya, tapi bila pagi semua lengkap maka semuanya bisa jalan”. (Kode Data P2.P7)

Manfaat yang dirasakan pasien tiada lain merupakan akibat perubahan pusat pelayanan medis oleh tenaga medis dan para medis di RS. Semua profesi terlibat untuk memberikan layanan yang terbaik bagi pasien. Informan mengungkapkan perbedaan dari pendekatan kolaborasi dibandingkan pendekatan sebelumnya:

“Penanganan langsung ke pasien berbeda, karena pasien sebagai pusat jadi proses penanganan pasien lebih cepat dibandingkan yang dulu, juga ditangani oleh semua profesi, sehingga hasilnya lebih maksimal, juga sistem di rumah sakit lebih lengkap pelayanannya”. (Kode Data P3.P8)

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan profesi bidan di RS Swasta “X” sudah memahami tentang makna praktek kolaborasi dan *patient centered care*. Perubahan manajemen layanan yang memfungsikan peran semua elemen tenaga medis dan paramedis merupakan salah satu jawaban atas pelayanan yang selama ini dinilai kurang efektif. Pelayanan yang dimaksud diantaranya pelayanan yang mengesampingkan hak pasien dalam proses perawatannya. Dokter lebih banyak berperan dan menjadi fokusnya, dengan kata lain semua pihak mengikuti kata atau instruksi dokter. Semua pihak yang dimaksud dalam hal ini tidak hanya pasien, tetapi juga tenaga perawat, bidan, ahli gizi, apoteker dan sebagainya. Kondisi inilah

yang terjadi sebelum diberlakukan kolaborasi interprofesi, dimana dokter berperan atau memiliki status sebagai fokus untuk semua layanan di RS. Informasi dari salah satu informan dari kelompok bidan menjelaskan terkait manajemen layanan RS sebelum kolaborasi:

“Sebelum kolaborasi interprofesi, semua berfokus pada dokter, sebelumnya, kita yang menjadi fokus, dokter yang melayani sesuai keinginan dokter”. (Kode Data B3.P3)

Pemahaman *patient centered care* juga disampaikan oleh informan yang memiliki masa kerja di RS Swasta “X” sebagai bidan:

“*patient centered care* dengan berpusat pada pasien, kaitannya kerjasama antar profesi (saling kolaborasi). Memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien, dan pasien sebagai pusat pelayanan yang dilakukan RS, sehingga tenaga medis saling berkoordinasi”. (Kode Data B3.P5)

Koordinasi merupakan salah satu kata kunci yang disampaikan oleh informan di atas, yaitu koordinasi antara semua elemen yang terlibat dalam penanganan pasien, baik dokter, perawat, apoteker maupun ahli gizi dan tenaga lainnya. Berdasarkan hasil penelitian peran yang demikian belum mampu dijalankan oleh sebagian dari profesi yang terlibat, sehingga menimbulkan kendala dalam pelaksanaan kolaborasi sebagaimana disampaikan oleh informan selaku Bidan:

“Kendalanya dalam penerapan kolaborasi yaitu kurang komunikasi, karena dokternya via telepon, maka seringkali susah dihubungi ketika tidak di RS” (Kode Data B1.P7)

Rekan seprofesi yaitu informan yang lain menyampaikan hal yang sama:

“Dalam memberikan pelayanan terkadang tidak bisa saat itu juga karena harus berkoordinasi dengan profesi lain, koordinasinya harus intens, jika dokter sibuk” (Kode Data B3.P7)

Berdasarkan tabel 4.5 pemahaman praktek kolaborasi dengan pelayanan berfokus pada pasien memerlukan koordinasi yang memperhatikan efektivitasnya, sehingga layanan kepada pasien tetap terjaga sebagaimana tujuan semula yaitu meningkatkan kualitas hidup pasien sebagaimana dijelaskan oleh salah satu informan :

*“Patient centered care* yaitu pemberian pelayanan kesehatan yang berfokus pada pasien. Kaitannya dengan kolaborasi komunikasi efektif antar profesi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Berfokus pada pasien, maka kolaborasi difokuskan pada pasien untuk meningkatkan kualitas hidup pasien itu sendiri”. (Kode Data A1.P1)

Pelayanan yang berfokus pada pasien ini adalah sebagai asuhan yang menghormati dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai-nilai pribadi pasien, serta memastikan bahwa nilai-nilai pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis. Nilai-nilai pasien inilah yang juga diperhatikan ketika RS Swasta “X” melakukan kolaborasi interprofesi dengan basis pasien. Artinya semua komponen

tenaga medis dan paramedis diarahkan untuk kesuksesan perawatan bagi pasien.

Tujuan yang mulia ini dalam prakteknya belum dilaksanakan secara menyeluruh, masih banyak kendala yang dihadapi dalam penerapan kolaborasi di lokasi penelitian. Kolaborasi interprofesi secara sederhana dapat diartikan sebagai strategi yang diterapkan oleh RS Swasta “X” untuk mencapai kualitas hasil yang diinginkan secara efektif dan efisien dalam pelayanan kesehatan khususnya bagi pasien. Sistem ini sampai saat ini dinilai baik oleh sebagian besar informan, mengingat sistem ini mampu mengkombinasikan kemampuan profesi yang melayani pasien, yang tujuannya lebih baik bagi pasien dalam mencapai upaya penyembuhan dan memperbaiki kualitas hidup. Di dalam sebuah kolaborasi membutuhkan sebuah proses transfer ilmu pengetahuan yang dimiliki masing-masing profesi kesehatan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan permasalahan pasien.

Pendekatan *Doctor centered care* yang demikian saat ini dinilai banyak kelemahannya, sebagaimana yang disampaikan oleh informan, salah seorang apoteker di RS Swasta “X”:

“Dengan sistem sebelumnya yang berpusat pada dokter, kelemahannya masalah pengobatan belum maksimal. Pelayanan kepada pasien kurang optimal karena belum ada masukan antar

profesi dari bidang atau masing-masing ahlinya”. (Kode Data A1.P4)

Sebagaimana lazimnya tenaga kesehatan di RS lain yang bekerja sesuai jadwal kerja yang telah ditetapkan manajemen, sehingga aktivitas mereka di RS terbatas. Jam kerja yang terbatas ini menjadi persoalan sendiri ketika keberadaan SDM yang dibutuhkan tidak tersedia pada saat dibutuhkan sebagai akibat masih kurangnya tenaga medis yang dimaksud. Sebagai contoh keberadaan apoteker yang masih minim, sebagaimana disampaikan oleh informan sebagai salah satu apoteker:

“Kendala waktu yang memungkinkan peran antar profesi tidak dapat langsung tatap muka. Ada kendala, kalau farmasi di rawat inap, jika operan obat ke rawat inap, padahal di satu sisi dirinya ada di IGD jadi kadang tidak ketemuan” (Kode Data A2.P7)

Ketersediaan SDM yang belum memadai menjadi kelemahan utama, sehingga kolaborasi belum secara kontinu dilakukan, seperti yang disampaikan oleh salah satu informan:

“Yang sudah dilakukan visit bersama antar profesi dokter, perawat dan ahli gizi. Yang sudah jalan dokter dan ahli gizi, apotekernya belum maksimal karena belum siap dalam hal waktu, karena fokus ke rawat jalan”.(Kode Data A2.P7)

Penerapan *clinical pathways* merupakan sebuah pendekatan yang dapat digunakan dalam rasionalisasi biaya tanpa mengurangi mutu. Tujuan inilah yang hendak di capai oleh RS Swasta “X” dalam penerapan kolaborasi yang juga mengedepankan *clinical pathway*,

mengingat selama ini RS mengalami kerugian sebagai akibat tingginya biaya layanan, padahal di sisi lain, klaim yang diterima BPJS tidak sesuai dengan nominal yang harus ditanggung pihak RS, seperti yang dijelaskan oleh salah satu informan:

“Dalam hal obat, kolaborasi dalam *clinical pathway* dapat menghindari over klaim BPJS, khususnya dalam hal pengobatan. *Clinical pathway*, dari segi farmasi maka obat-obatannya sudah terstruktur sesuai clinicalnya sehingga tidak over terutama pasien BPJS”. (Kode Data A2.P14)

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa Pemahaman yang kurang lebih sama tentang praktek kolaborasi juga disampaikan oleh informan bahwasannya semua elemen medis dan paramedis yang ada di RS terlibat dalam proses kolaborasi:

“Kolaborasi profesi untuk pelayanan pasien yang dilakukan oleh dokter, perawat, ahli gizi dan farmasi. Suatu proses kita saling berkomunikasi untuk dapat memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien”.(Kode Data Z1.P1)

Dalam kolaborasi ini, tersirat adanya proses komunikasi yang harus dilakukan oleh semua pihak yang terlibat dalam penanganan pasien. Dengan kata lain salah satu kompetensi inti dalam melakukan praktek kolaborasi interprofesional adalah dengan melakukan komunikasi interprofesional dimana untuk melakukan kolaborasi dan kerja tim perawat harus mampu berkomunikasi secara efektif dengan tim kesehatan lainnya sehingga dapat mengintegrasikan perawatan yang aman dan efektif bagi pasien dan tenaga kesehatan lainnya.

Kepuasan yang dirasakan pasien di atas juga diakui oleh informan selaku ahli gizi, yaitu respon pasien selama ini tergolong baik atau puas:

“Respon pasien selama ini sangat baik, keluarga pasien dan pasien dapat mendapatkan informasi dari berbagai pihak tidak hanya dokter. Pasien dan keluarga merasa puas karena mendapat pelayanan yang maksimal”. (Kode Data Z1.P13)

Data informan penelitian kualitatif selengkapnya disajikan dalam tabel:

**Tabel 4. 6 Karakteristik Informan Penelitian**

No	Karakteristik Informan	Jumlah	Persentase	
1	Jenis Kelamin	Laki-laki	0	0%
		Perempuan	6	100%
2	Umur	21 – 30 tahun	4	67%
		31 – 40 tahun	2	33%
3	Pendidikan	SD	1	16%
		SMP	2	34%
		SMA	3	50%
		Diploma	0	0%
		Sarjana	0	0%
		Pascasarjana	0	0%
4	Status	Pasien	6	100%
		Keluarga pasien	0	0%



Tabel 4. 7 Hasil Wawancara pasien

Makna	Kategorisasi makna	Makna Final
Pelayanan kebidanan dan kandungan	Pelayanan Medis	1. Pelayanan medis 2. Pelayanan Tenaga Kesehatan 3. Kepuasan pasien 4. Fasilitas Rumah Sakit
Pelayanan Sesuai kebutuhan		
Pelayanan dokter baik	Pelayanan Tenaga medis	
Penjelasan dokter jelas		
Kesan dokter baik		
Perawat ramah	Pelayanan tenaga paramedic	
Perhatian dan penanganan perawat cepat		
Layanan bidan baik		
Edukasi oleh bidan		
Tidak tahu layanan gizi dan apoteker		
Kepuasan sesuai harapan	Kepuasan Pasien	
Layanan ramah		
Layanan RS dilengkapi	Fasilitas Rumah Sakit	

Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan bahwa kepuasan yang dirasakan pasien bukan suatu hal yang mudah dalam mewujudkannya, tetapi membutuhkan komitmen dari semua profesi, terutama dalam hal penyelenggaraan pelayanan. Pasien menyampaikan tentang kepuasan terhadap dokter, perawat dan bidan di RS Swasta “X” :

“ Perawat perhatian, kalau infus habis cepat diganti dan kalau deg degan karena panas cepat ditangani, suka dengan dokternya karena ramah, bidan menjelaskan dan dapat dipahami”. (Kode Data PS1.P5.P7.P9).

Ada beberapa layanan yang memang pasien menyatakan tidak tahu atau tidak pernah bertemu dengan apoteker maupun ahli gizi, hal ini disampaikan oleh salah satu informan:

“saya tidak ketemu dengan apoteker, aturan minum obat dijelaskan oleh perawat saat memberikan obat”(Kode Data PS3.P11.P13).

Informan yang lain menyatakan :

“saya tidak tahu dan tidak ketemu dengan ahli gizi, sehingga tidak tahu layanan gizi” (Kode Data PS 1.P10)

Terkait harapan informan dengan fasilitas RS Swasta “X” antara lain

“semoga layanan lebih baik dari sekarang, ruangan lebih luas dan diberi AC”(Kode Data PS2.p17).

“ Fasilitas dilengkapi, jadi pasien tidak dirujuk” (Kode Data PS 1.P17)

Dalam jangka pendek selama pasien merasakan masa perawatan di RS Swasta “X” maka pengalaman yang dilaluinya bersama tenaga profesi yang melayani dirinya menjadi gambaran pentingnya akan fokus perbaikan medis pasien. Meskipun pasien mungkin tidak dapat dengan tepat menilai kualitas dari layanan yang telah didapatkannya atau apakah proses perawatan telah dilakukan melalui prosedur yang aman, namun bila staf memberikan pelayanan dengan mengedepankan keselamatan dan kualitas yang baik yang merupakan dasar dari *patient-centered care* maka akan memberikan pengalaman positif pasien terhadap pelayanan di rumah sakit.

Observasi dokumen rekam medik rawat inap dilakukan pada tanggal 20 April 2018 – 20 Mei 2018 dengan menilai kelengkapan

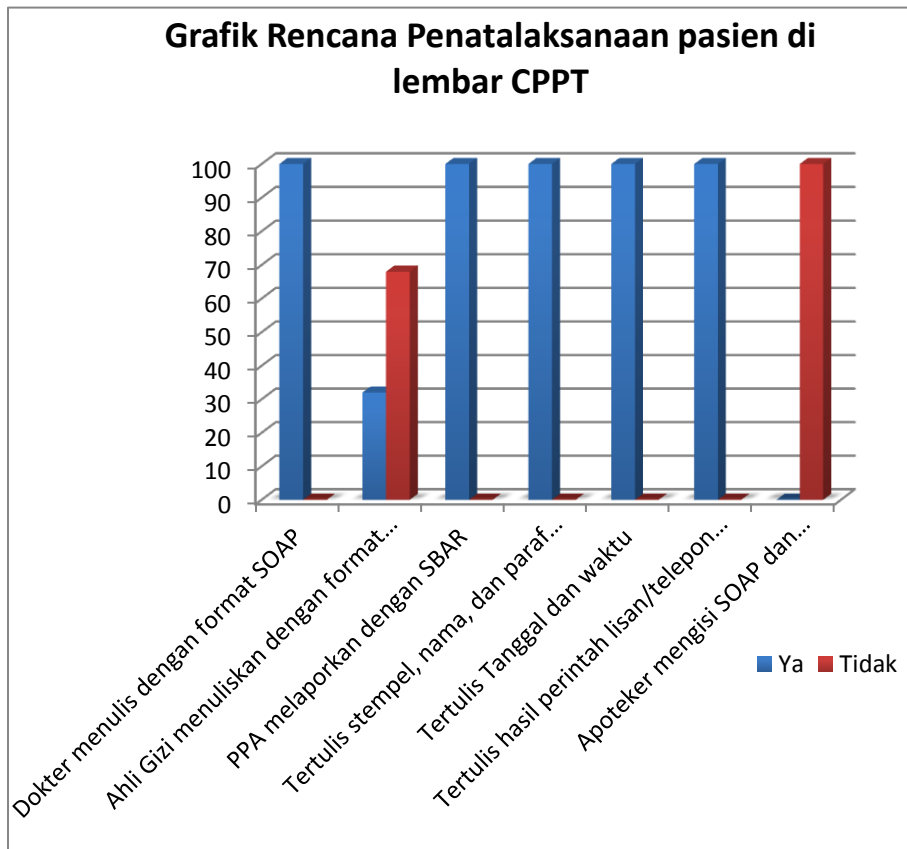
rekam medik dilembar CPPT, *Clinical Pathway*, Pedoman SPO dan Billing pasien menggunakan telaah telusur tertutup.

Tabel 4. 8 Rencana Penatalaksanaan Pasien dilembar CPPT

NO	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1	<b>Dokter menulis dengan format SOAP</b>			
	Ya	25	100	
	Tidak	0	0	
2	<b>Ahli Gizi menuliskan dengan format ADIME</b>			
	Ya	8	32	
	Tidak	17	68	
3	<b>PPA melaporkan dengan SBAR</b>			
	Ya	25	100	
	Tidak	0	0	
4	<b>Tertulis stempel, nama, dan paraf pada setiap akhir catatan</b>			
	Ya	25	100	
	Tidak	0	0	
5	<b>Tertulis Tanggal dan waktu</b>			
	Ya	25	100	
	Tidak	0	0	
6	<b>Tertulis hasil perintah lisan/telepon DPJP</b>			
	Ya	25	100	
	Tidak	0	0	
7	<b>Apoteker mengisi SOAP dan melaporkan melalui SBAR</b>			
	Ya	0	0	
	Tidak	0	100	

Keterangan : Ya = Lengkap 100%, Tidak = Kurang Lengkap <100 %

Grafik 4.1 Rencana Penatalaksanaan pasien di lembar CPPT



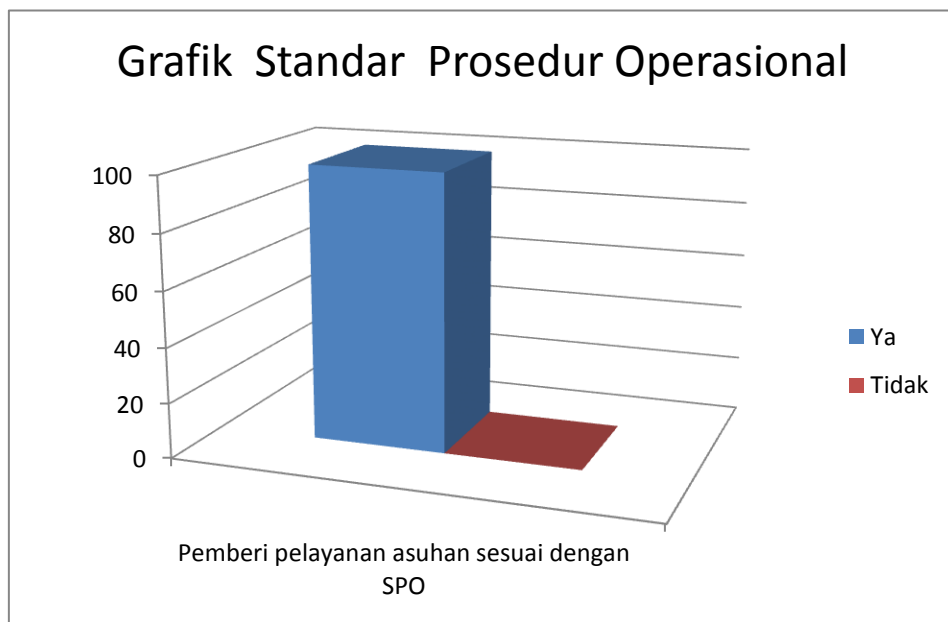
Komunikasi interprofesi yang dilakukan dalam praktek kolaborasi di ruang rawat inap Mawaddah dengan menggunakan lembar CPPT. Hal ini dikarenakan Apoteker, DPJP dan ahli gizi belum bisa melakukan visit secara bersama-sama. DPJP melakukan visit yang belum terjadual dengan pasti, hal ini karena sering ada operasi yang mendadak bersamaan dengan waktu visit pagi. Ahli gizi hanya 1 orang sehingga dalam melakukan kolaborasi akan mengikuti waktu yang ada, sedangkan Apoteker lebih banyak memberikan

pelayanan rawat jalan sehingga belum sempat untuk melaksanakan praktek kolaborasi.

Tabel 4. 9 Standar prosedur operasional

NO	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1	<b>Pemberi pelayanan asuhan sesuai dengan SPO</b>			
	Ya	25	100	
	Tidak	0	0	

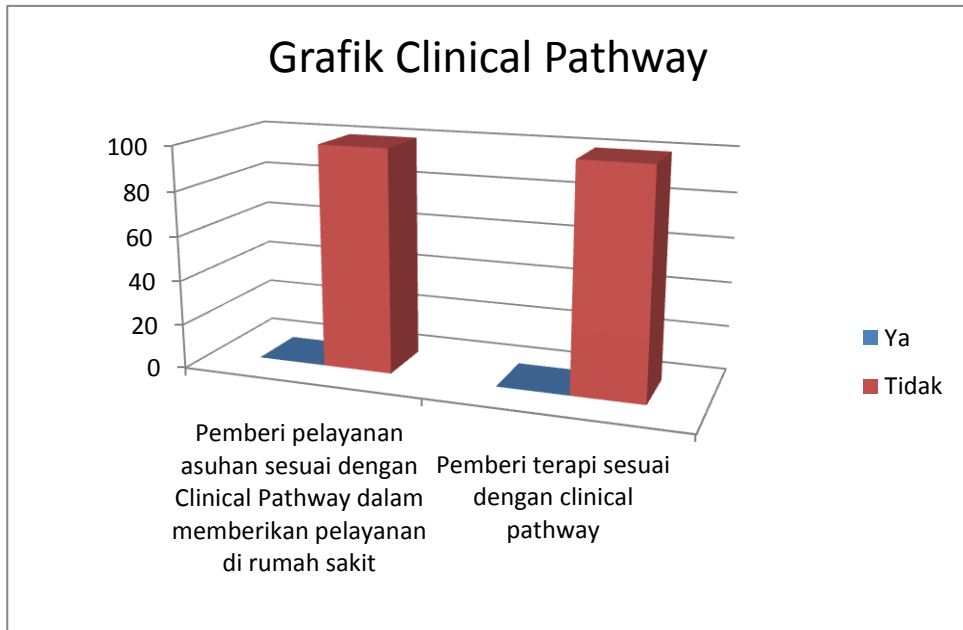
Keterangan : Ya = Lengkap 100%, Tidak = Kurang Lengkap <100 %



Grafik 4.2 Standar Prosedur Operasional

Tabel 4. 10 Clinical Pathway

NO	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1	<b>Pemberi pelayanan asuhan sesuai dengan Clinical Pathway dalam memberikan pelayanan di rumah sakit</b>			
	Ya	0	0	
	Tidak	25	100	
2	<b>Pemberi terapi sesuai dengan clinical pathway</b>			
	Ya	0	0	
	Tidak	25	100	



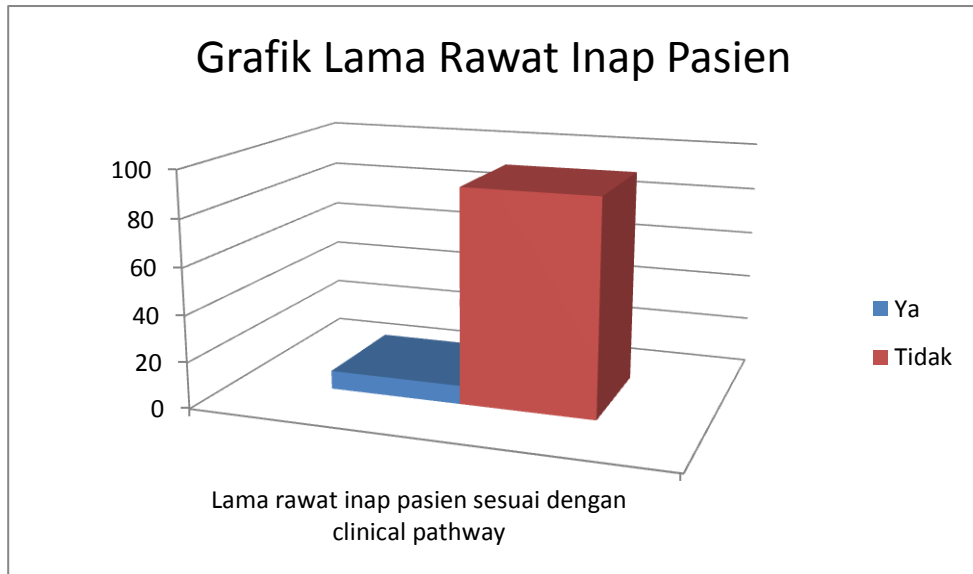
Keterangan : Ya = Lengkap 100%, Tidak = Kurang Lengkap <100 % ,

Grafik 4.3 Clinical Pathway

Tabel 4. 11 Lama Rawat Inap Pasien

NO	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1	Lama rawat inap pasien sesuai dengan clinical pathway			
	Ya	2	8	
	Tidak	23	92	

Keterangan : Ya = Sesuai, Tidak = Tidak Sesuai



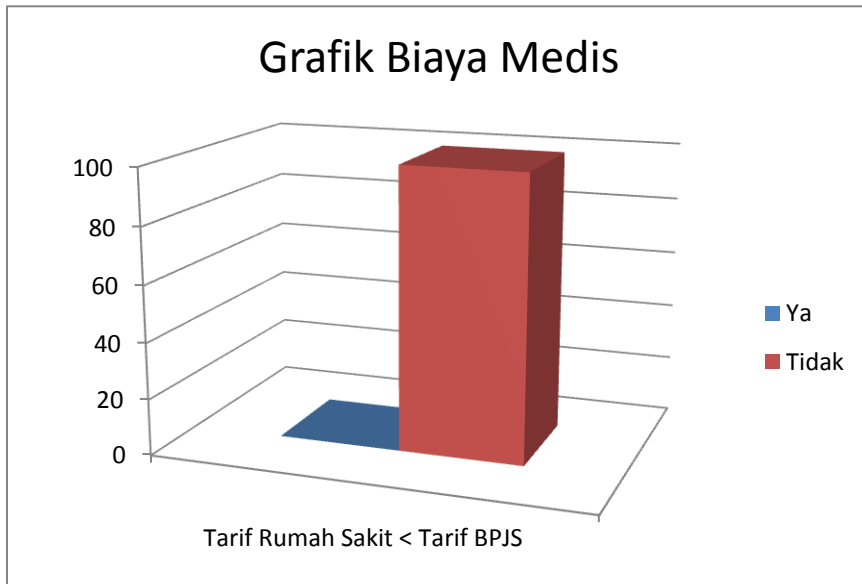
Grafik 4.4 Lama rawat inap pasien

Tabel 4. 12 Biaya Medis

NO	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1	<b>Tarif Rumah Sakit &lt; Tarif BPJS</b>			
	Ya	0	0	
	Tidak	25	100	

Keterangan : Ya = Tarif RS lebih kecil dari tarif BPJS

Tidak = Tarif RS Lebih Besar dari tarif BPJS



Grafik 4.5 Biaya medis

Apabila dilihat dari tabel 4.8 data prosentase kepatuhan dari tenaga kesehatan dalam mengisi lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi sebesar 100% berkaitan dengan Dokter menulis dengan format SOAP, PPA melaporkan dengan SBAR, Tertulis stempel, nama dan paraf pada setiap akhir catatan, tertulis tanggal dan waktu, serta tertulis hasil perintah lisan/telepon DPJP. Hal inilah yang menunjukkan bahwa dokter, perawat, serta bidan memahami dan mematuhi peran dan tanggung jawabnya sesuai profesi masing masing.

Prosentase kepatuhan ahli gizi dalam menuliskan dengan format ADIME dilembar CPPT sebesar 32 % hal ini menunjukkan adanya keterbatasan waktu yang harus dibagi antara melakukan visit pasien dengan kegiatan di bagian gizi RS Swasta “X”. Kepatuhan Apoteker



dalam mengisi SOAP dan melaporkan SBAR sebesar 0%, hal ini menunjukkan adanya keterbatasan jumlah apoteker dan tidak adanya kompetensi farmasi klinis di RS Swasta “X”.

Dari Tabel 4.9 menunjukkan bahwa Pemberi Pelayanan Asuhan khususnya DPJP sudah mencapai 100% sesuai dengan SPO pelayanan medis. Dalam hal ini DPJP dalam memberikan pelayanan tindakan *curettage*, persalinan dan *sectio caesaria* ke pasien sudah sesuai dengan standar prosedur operasional.

Berdasarkan tabel 4.10 kepatuhan pemberi pelayanan asuhan khususnya DPJP 100% tidak sesuai dengan *clinical pathway* dalam memberikan pelayanan di RS Swasta “X” dan pemberian terapi 100% tidak sesuai dengan *Clinical Pathway*. Menurut peneliti hal ini akan sangat mempengaruhi lamanya rawat inap dan tarif RS lebih tinggi daripada tarif BPJS, sehingga menyebabkan tingginya kerugian pembayaran pasien.

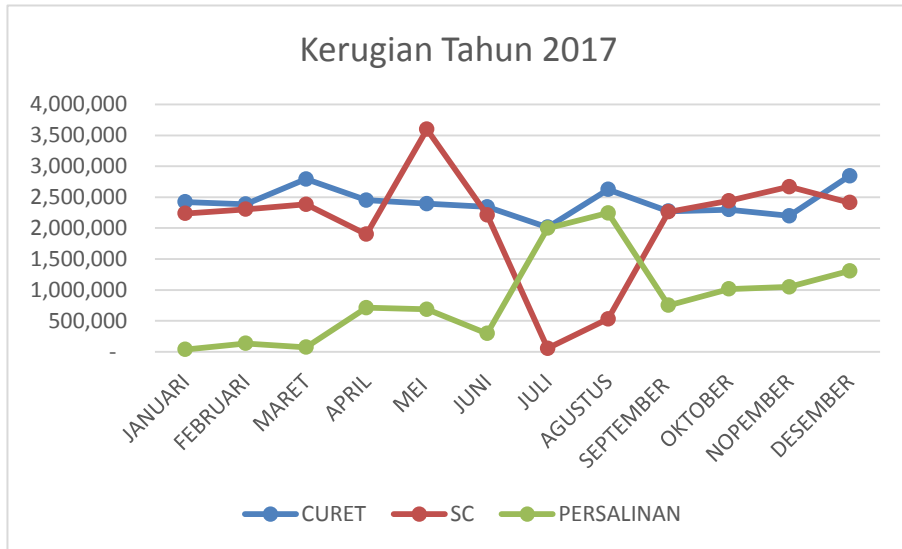
Berdasarkan tabel 4.10 menunjukkan dari 25 pasien yang dirawat inap diruang mawaddah hanya 2 pasien yang lama rawat inapnya sesuai dengan *clinical pathway*, artinya hanya 8% pasien yang rawat inapnya sesuai dengan *clinical pathway* dan 92% tidak sesuai dengan *clinical pathway*.

Berdasarkan tabel 4.11 menunjukkan bahwa tarif RS 100% lebih besar dari tarif BPJS yang diterima oleh RS Swasta “X”. Hal ini

menyebabkan kerugian yang terjadi dirumah sakit selama pelayanan BPJS sesuai dengan data keuangan RS, bahwa sebelum dan sesudah diberlakukannya kolaborasi interprofesi ternyata belum banyak mempengaruhi kondisi keuangan RS. Data selengkapnya dapat dilihat di bawah ini:

Tabel 4. 13 Kerugian RS Swasta “X” Tahun 2017

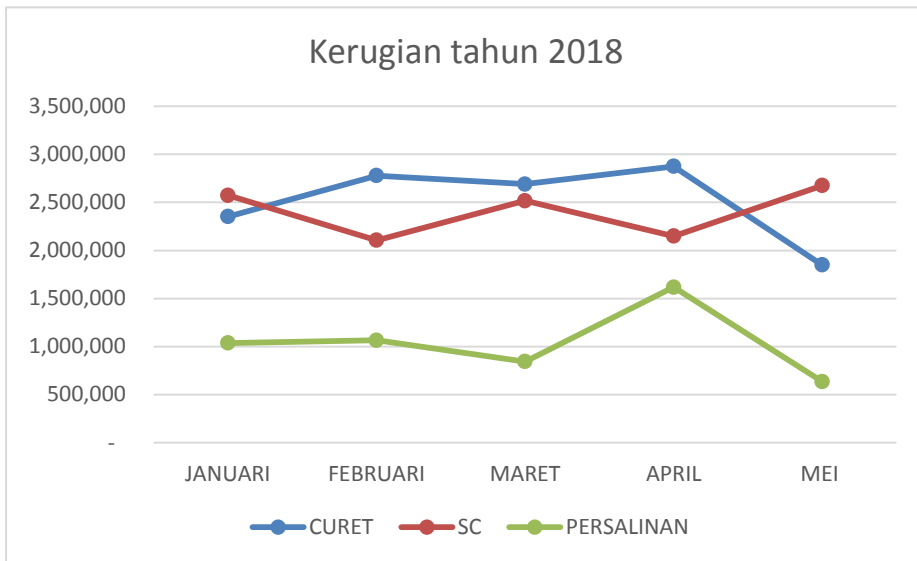
No	Bulan	Curet	Sc	Persalinan
1	Januari	2.423.233	2.237.363	35.430
2	Februari	2.386.317	2.303.712	133.692
3	Maret	2.792.015	2.382.942	73.758
4	April	2.452.568	1.899.228	711.003
5	Mei	2.395.259	3.596.824	686.470
6	Juni	2.342.830	2.212.081	294.205
7	Juli	2.014.152	53.335	1.999.140
8	Agustus	2.624.290	529.950	2.243.685
9	September	2.273.849	2.261.920	750.001
10	Oktober	2.299.019	2.440.379	1.015.343
11	Nopember	2.197.438	2.669.284	1.047.777
12	Desember	2.845.192	2.413.282	1.307.320
	Rata-rata	2,420,514	2,083,358	858,152



Gambar 4.1. Kerugian RS Swasta "X" Tahun 2017

Tabel 4. 14 Kerugian RS Swasta "X" Tahun 2018

No	Bulan	Curet	Sc	Persalinan
1	Januari	2,352,086	2,573,278	1,036,396
2	Februari	2,778,458	2,106,463	1,065,015
3	Maret	2,690,422	2,517,093	844,779
4	April	2,874,749	2,149,486	1,617,448
5	Mei	1,849,219	2,675,923	635,173
	Rata-rata	2,508,987	2,404,449	1,039,762



Gambar 4.2. Kerugian RS Swasta “X” Tahun 2018

Sumber Data : Casemix Rumah Sakit Swasta “X”

Memperhatikan tabel di atas terlihat bahwa belum adanya perubahan kerugian yang dialami oleh pihak RS sebelum dan sesudah pelaksanaan kolaborasi interprofesi. Hal ini menjadi kelemahan pihak RS, mengingat banyak hal yang belum siap ketika pelaksanaan kolaborasi interprofesi. Ketersediaan SDM yang belum memadai menjadi kelemahan utama, sehingga kolaborasi belum secara kontinyu dilakukan.

### C. Pembahasan

Praktek kolaborasi sebagai bagian upaya meningkatkan layanan kepada pasien, maka kolaborasi interprofesi yang dilakukan oleh rumah sakit hendaknya dipahami dengan baik oleh tenaga medis. Untuk hal ini sudah terjadi kesepahaman diantara tenaga medis yang ada di RS Swasta

“X”, yaitu sebagian besar telah memahami dengan baik makna kolaborasi interprofesi yang saat ini sudah diterapkan di tempat mereka bekerja.

Untuk itu diperlukan kemampuan kolaborasi yang baik dari semua anggota tim dan diperlukan kesepakatan tentang cara melakukan hubungan kolaborasi tersebut. Hasil penelitian ini mendukung kajian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Scott Reeves, Simon Lewin (2004) yaitu adanya pemahaman dari elemen yang terlibat dalam kolaborasi yaitu kolaborasi cenderung berbasis tugas, singkat dan formalistik

Pelayanan kesehatan di rumah sakit terdiri dari beberapa tim dengan disiplin ilmu yang berbeda-beda. Berdasarkan peran dan fungsi dari masing-masing disiplin ilmu akan terjalin hubungan profesional. Kolaborasi tenaga medis dari penelitian Tuti Anggarawati (2013) yaitu kualitas kolaborasi dengan melakukan control bersama, lingkup praktek, kepentingan bersama mempunyai hubungan dengan kualitas pelayanan keperawatan. Kondisi ini sama dengan penelitian di RS Swasta “X” yaitu penerapan kolaborasi bertujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien.

Hasil penelitian Danielle D’amour et al. (2005) mempunyai kesimpulan yang sama yaitu 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/pasien.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa pengelolaan pasien dengan menggunakan praktek kolaborasi dapat meningkatkan angka kepuasan pasien yaitu dari 80% sebelum dilakukan praktek kolaborasi menjadi 92% setelah dilakukan praktek kolaborasi.

Peneliti memberikan kuesioner kepuasan pasien kepada 25 responden dimana hasil dari penelitian tersebut dilakukan validasi dengan cara melakukan triangulasi secara kualitatif. Hasil dari penelitian ini menyatakan bahwa peningkatan kepuasan pasien juga diungkapkan dalam wawancara dengan responden.

Secara umum dipahami bahwa kerja dokter dalam pelayanan medis akan selalu berhubungan dengan profesi-profesi lain. hal ini menjadi bukti bahwa dalam proses kolaborasi interprofesi, keberadaan dokter juga mempunyai peran yang sama dengan peran tenaga medis lainnya seperti perawat, bidan. Membangun team work menjadi bagian yang tidak dapat dipisahkan dari efektivitas kolaborasi interprofesi. Namun akan sulit dijangkau bila proses kolaborasi ini sudah sejak awal mengalami masalah dari ketersediaan SDM seperti yang dialami oleh RS Swasta "X" dalam proses kolaborasi interprofesi.

Proses kolaborasi interprofesi yang saat ini masih belum sepenuhnya dijalankan di RS Swasta “X” berdampak pula dari tujuan yang hendak di capai. Untuk layanan kepada pasien secara langsung memang belum prima, dalam arti semua profesi belum dapat visit bersama-sama, tetapi sudah ada perkembangan, yaitu kali ini visit tidak hanya dokter semata, tetapi juga didampingi oleh profesi lainnya. Untuk tujuan yang belum dicapai semisal, angka kerugian akibat kelebihan biaya belum dapat ditekan semaksimal mungkin. Sampai saat ini RS masih mengalami kerugian tiap bulannya, dan bila hal ini terus berlangsung, maka tentu saja operasional RS akan berdampak pula.

Bila dilihat esensinya kolaborasi merupakan suatu pengakuan keahlian seseorang oleh orang lain di dalam maupun di luar profesi orang tersebut. Kalaborasi ini juga merupakan proses interpersonal dimana dua orang atau lebih membuat suatu komitmen untuk berinteraksi secara konstruktif untuk menyelesaikan masalah klien dan mencapai tujuan, target atau hasil yang ditetapkan. Kemampuan mewujudkan komitmen untuk berinteraksi secara konstruktif tergantung dari persamaan persepsi, tentang tujuan bersama, kompetensi klinik, dan kemampuan interpersonal, humor, kepercayaan, menghargai dan menghormati pengetahuan dan praktik keilmuan yang berbeda (Nurachmah, 2001). Karena itulah ketika proses kolaborasi interprofesi sudah berjalan, maka

banyak hal yang akan dirasakan oleh RS itu sendiri maupun pasien serta masyarakat luas.

Kualitas pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit cenderung dilihat atau dinilai oleh pasien atau masyarakat pengguna fasilitas kesehatan tersebut dari bentuk pelayanan yang diberikan oleh perawat dan dokter terutama di ruang rawat inap. Hal ini karena mereka lama berhubungan dengan rumah sakit dimulai berinteraksi pertama ke bagian poli atau UGD yang kemudian dilanjutkan di ruang perawatan untuk beberapa hari. Pasien merasa puas bila perawat dan dokter melakukan hubungan atau kerjasama yang baik atau berkualitas karena semakin berkualitas jasa yang diberikan maka kepuasan yang dirasakan oleh pasien semakin tinggi (Noor dan Anggorowati, 2017: 70). Secara umum, walaupun kolaborasi interprofesi belum dijalankan secara menyeluruh dan berkesinambungan. Hasil penelitian mempunyai kesamaan dengan penelitian Yossi yulia (2016) yaitu praktek kolaborasi terlaksana namun frekuensinya rendah. Namun dorongan untuk terus memperbaiki kualitas pelayanan, akhirnya sedikit banyak sudah mengalami perubahan pada proses layanan kepada pasien, diantaranya visit dokter yang saat ini sudah dilakukan bersama dengan beberapa tenaga medis lainnya pada suatu saat, dan juga adanya komunikasi antar tenaga medis walaupun tidak bersama-sama dalam kunjungan ke pasien.



Hal inilah yang menjadikan salah satu upaya ke arah yang lebih baik terus diupayakan oleh rumah sakit, terutamanya dalam mewujudkan kepuasan pasien.

Seperti yang telah disampaikan bahwa proses kolaborasi membutuhkan kerjasama dari berbagai tenaga medis yang ada di RS. Artinya pihak rumah sakit yang membuka layanan 24 jam, perlu mempertimbangkan ketersediaan SDM untuk semua kelompok medis. Kondisi inilah yang saat ini menjadi salah satu hambatan proses kolaborasi di RS Swasta "X", yaitu ketersediaan SDM terutama untuk dokter spesialis, apoteker dan juga ahli gizi tidak tersedia secara memadai. Hasil penelitian ini mempunyai kesamaan dengan penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Pagela pascarella (2016) yaitu 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.

Sikap tenaga medis terhadap kolaborasi interprofesi adalah suatu kecenderungan atau keyakinan untuk mendukung maupun tidak mendukung kolaborasi interprofesi yang dipengaruhi oleh pandangan dan pengetahuan dokter dan perawat terhadap kolaborasi. Sedangkan perilaku kolaborasi dokter dan perawat adalah interaksi antara dokter dan perawat

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.

Keterbatasan SDM di RS ini ternyata disiasati oleh profesi lainnya dengan memanfaatkan media komunikasi, yaitu bila salah satu profesi berhalangan, maka koordinasi dilakukan melalui telepon. Untuk kasus lain, bila salah satu profesi tidak bisa visit bersama-sama, maka untuk profesi yang tidak bisa ikut maka akan melakukan pembacaan CPPT. CPPT yang berfungsi untuk melakukan perekaman atas tindakan yang dilakukan oleh paramedis ternyata tidak dilakukan secara sempurna. Artinya dari beberapa paramedis, beberapa diantaranya tidak mengisi lembar CPPT.

Berdasarkan data di atas terlihat bahwa untuk dokter, perawat dan bidan secara kontinyu melakukan lembar CPPT tatkala kunjungan ke pasien. Namun demikian untuk ahli gizi kurang mempedulikan pengisian lembar CPPT, terlebih lagi apoteker yang tidak pernah mengisi CPPT. Hal ini tentu saja menjadi indikasi bahwa proses kolaborasi belum sepenuhnya dijalankan terutama oleh tenaga apoteker dan juga ahli gizi, mengingat mereka jarang sekali berkunjung menemani dokter tatkala pemeriksaan pasien. Lembar CPPT merupakan salah satu media

komunikasi diantara tenaga medis dalam proses efektivitas penanganan pasien. Tidak terisinya lembar CPPT oleh salah satu atau beberapa tenaga medis menjadikan komunikasi diantara mereka melalui media CPPT tidak berjalan sebagaimana mestinya.

Sementara peran pemahaman dan komunikasi yang efektif jelas muncul sebagai kompetensi yang dominan untuk praktek kolaboratif yang efektif akan meningkatkan kualitas (Noor dan Anggorowati, 2017: 68).

Hasil penelitian ini mempunyai kesamaan dengan penelitian Yulya Fazyanda dan Ardia Putra (2017) bahwa penerapan komunikasi yang efektif antar tenaga kesehatan dirasakan masih kurang, dalam segi komunikasi efektif masih terjadi mis komunikasi antara tenaga kesehatan, dikarenakan sistem pendokumentasian yang diterapkan oleh tenaga kesehatan masih kurang efektif, karena masih ada terapi yang seharusnya diberikan untuk pasien tetapi tidak tertulis di CPPT (catatan perkembangan pasien terintegrasi), sehingga menjadi sebuah dilema bagi perawat untuk memberikan terapi tersebut kepada pasien. Selanjutnya tenaga kerja yang ada masih kurang untuk memberikan Asuhan Keperawatan kepada pasien, sehingga didapatkan fenomena bahwa hubungan profesional yang terjalin antar tenaga kesehatan belum optimal.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan sistem kapitasi dan

untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan dengan sistem paket Indonesia Case Based Groups (INA-CBG's). Penerapan tarif paket INA-CBGs ini menuntut manajemen rumah sakit untuk mampu mengefisiensi biaya dan mengoptimalkan pengelolaan keuangan rumah sakit, serta melakukan kendali mutu, salah satunya dilakukan melalui *clinical pathways* (Yurni Dwi Astuti, Arlina Dewi, Merita Arini, 2017: 97-98).

*Clinical pathway* merupakan konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan, standar asuhan keperawatan, dan standar pelayanan tenaga kesehatan lainnya, yang berbasis bukti dengan hasil yang dapat diukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit *clinical pathway* merupakan rencana multidisiplin yang memerlukan praktik kolaborasi dengan pendekatan tim, melalui kegiatan *day to day*, berfokus pada pasien dengan kegiatan yang sistematis memasukkan standar *outcome* (Adisasmito W. (2008). *Clinical pathway* merupakan suatu alur pelayanan klinik sejak pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Populasi *clinical pathway* di Indonesia masih sangat terbatas. Penerapan *clinical pathways* merupakan sebuah pendekatan yang dapat digunakan dalam rasionalisasi biaya tanpa mengurangi mutu. Tujuan inilah yang hendak di capai oleh RS Swasta "X" dalam penerapan kolaborasi yang juga mengedepankan *clinical pathway*, mengingat selama

ini RS mengalami kerugian sebagai akibat tingginya biaya layanan, padahal di sisi lain, klaim yang diterima BPJS tidak sesuai dengan nominal yang harus ditanggung pihak RS.

Proses kolaborasi interprofesi yang saat ini masih belum sepenuhnya dijalankan di RS Swasta “X” berdampak pula dari tujuan yang hendak di capai. Untuk layanan kepada pasien secara langsung memang belum prima, dalam arti semua profesi belum dapat visit bersama-sama, tetapi sudah ada perkembangan, yaitu kali ini visit tidak hanya dokter semata, tetapi juga didampingi oleh profesi lainnya. Untuk tujuan yang belum dicapai semisal, angka kerugian akibat kelebihan biaya belum dapat ditekan semaksimal mungkin. Sampai saat ini RS masih mengalami kerugian tiap bulannya, dan bila hal ini terus berlangsung, maka tentu saja operasional RS akan berdampak pula.

Kolaborasi ini juga merupakan proses interpersonal dimana dua orang atau lebih membuat suatu komitmen untuk berinteraksi secara konstruktif untuk menyelesaikan masalah klien dan mencapai tujuan, target atau hasil yang ditetapkan. Kemampuan mewujudkan komitmen untuk berinteraksi secara konstruktif tergantung dari persamaan persepsi, tentang tujuan bersama, kompetensi klinik, dan kemampuan interpersonal, humor, kepercayaan, menghargai dan menghormati pengetahuan dan praktik keilmuan yang berbeda (Nurachmah, 2001).

Karena itulah ketika proses kolaborasi interprofesi sudah berjalan, maka banyak hal yang akan dirasakan oleh RS itu sendiri maupun pasien serta masyarakat luas.

Pasien merasa puas bila perawat dan dokter melakukan hubungan atau kerjasama yang baik atau berkualitas karena semakin berkualitas jasa yang diberikan maka kepuasan yang dirasakan oleh pasien semakin tinggi (Noor dan Anggorowati, 2017: 70). Secara umum, walaupun kolaborasi interprofesi belum dijalankan secara menyeluruh dan berkesinambungan. Hasil penelitian mempunyai kesamaan dengan penelitian Yossi yulia (2016) yaitu praktek kolaborasi terlaksana namun frekuensinya rendah. Namun dorongan untuk terus memperbaiki kualitas pelayanan, akhirnya sedikit banyak sudah mengalami perubahan pada proses layanan kepada pasien, diantaranya visit dokter yang saat ini sudah dilakukan bersama dengan beberapa tenaga medis lainnya pada suatu saat, dan juga adanya komunikasi antar tenaga medis walaupun tidak bersama-sama dalam kunjungan ke pasien. Beberapa strategi yang dapat dilakukan oleh rumah sakit adalah strategi jangka pendek yaitu pengaturan dimanajemen antara lain menambah SDM sesuai dengan kompetensinya, mengevaluasi tarif rumah sakit, serta melakukan audit secara berkesinambungan. Strategi jangka panjang yang perlu dilakukan adalah menyekolahkan dokter atau

apoteker dan ahli gizi sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan oleh rumah sakit.

Hal inilah yang menjadikan salah satu upaya ke arah yang lebih baik terus diupayakan oleh rumah sakit, terutamanya dalam mewujudkan kepuasan pasien dan menurunkan kerugian dalam memberikan dalam memberikan pelayanan tanpa mengurangi mutu pelayanan.