

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Interprofessional Education (IPE)

Definisi *Interprofessional Education (IPE)*

Menurut *The Center for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE, 1997), IPE adalah dua atau lebih profesi belajar dengan, dari, dan tentang satu sama lain untuk meningkatkan kolaborasi dan kualitas pelayanan. Sebuah rekomendasi dari WHO (2010) yang bertema “*Framework For Action On Interprofessional Education & Collaborative Practice*” menjelaskan bahwa IPE merupakan strategi pembelajaran inovatif yang menekankan pada kerjasama dan kolaborasi interprofesi dalam melakukan proses perawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pasien. Lebih jauh WHO (2010) menjelaskan bahwa kerjasama interprofesi merupakan kemampuan yang harus selalu dipelajari dan dilatih melalui IPE. Kemampuan kerjasama interprofesi yang baik dapat dilihat dari kemampuan mahasiswa untuk menjadi *team leader* dan mampu mengatasi hambatan dalam kerjasama interprofesi.

Topik dan konten yang dapat dipelajari dalam IPE meliputi epidemiologi, promosi kesehatan, keterampilan klinis, pengambilan keputusan klinik, rencana perawatan, analisis kritis, etik, komunikasi, *patient safety* dan lain-lain. Dengan pengalaman pembelajaran IPE ini mahasiswa akan dapat saling bertukar pengalaman tentang pengetahuan, keterampilan terkait peran dan tugas masing-masing profesi dalam menangani pasien sehingga akan muncul sikap saling

menghargai antar profesi yang nantinya akan meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien.

Tujuan *Interprofessional Education* (IPE)

Tujuan IPE adalah untuk melatih mahasiswa untuk lebih mengenal peran profesi kesehatan yang lain, sehingga diharapkan mahasiswa akan mampu untuk berkolaborasi dengan baik saat proses perawatan pasien. Proses perawatan pasien secara *interprofessional* akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan meningkatkan kepuasan pasien. Menurut *The Canadian Interprofessional Health Collaborative* (2009), praktek kolaborasi terjadi ketika penyelenggara pelayanan kesehatan bekerja dengan orang yang berasal dari profesinya sendiri, luar profesinya sendiri, dan dengan pasien atau klien serta keluarganya.

WHO (2010) juga menekankan pentingnya penerapan kurikulum IPE dalam meningkatkan hasil perawatan pasien. IPE merupakan langkah yang sangat penting untuk dapat menciptakan kolaborasi yang efektif antar tenaga kesehatan profesional sehingga dapat meningkatkan hasil perawatan pasien.

Menurut Cooper (2001) dalam Fauziah (2010), tujuan pelaksanaan IPE antara lain meningkatkan pemahaman interdisipliner dan meningkatkan kerjasama, membina kerjasama yang kompeten, membuat penggunaan sumberdaya yang efektif dan efisien, meningkatkan kualitas perawatan pasien yang komprehensif. ACCP (2009) menyebutkan bahwa hasil yang diharapkan dari sebuah pembelajaran IPE antara lain, reaksi, modifikasi sikap dan persepsi, tambahan pengetahuan dan keterampilan, perubahan sikap, perubahan dalam sebuah praktek berorganisasi, serta manfaat untuk pasien.

IPE di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan (FKIK) Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY)

Sejak Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengidentifikasi bahwa IPE merupakan komponen penting dalam pelayanan kesehatan primer pada tahun 1978, berbagai universitas di seluruh dunia mulai mengembangkan IPE dalam kurikulum pendidikan mereka. Salah satu universitas yang telah menerapkan pembelajaran IPE adalah Griffith University dan Queensland University di Australia, kemudian pada tahun 2013 salah satu universitas di Indonesia juga mulai menerapkan pembelajaran ini secara formal yaitu di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan (FKIK) Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY) dan dilaksanakan di AMC Yogyakarta. IPE di FKIK UMY diikuti oleh mahasiswa dari empat program studi, yaitu mahasiswa pendidikan dokter, pendidikan dokter gigi dan ilmu keperawatan tahap profesi yang sedang menjalani stase kedokteran keluarga/kedokteran komunitas dan sudah melewati 4 stase besar, beserta mahasiswa program studi farmasi yang sedang menempuh S-1 Farmasi. Mahasiswa farmasi yang diikutsertakan dalam proses pembelajaran IPE masih dalam tahap S-1 karena di FKIK UMY saat ini belum ada program studi profesi untuk farmasi, sehingga untuk melengkapi semua mahasiswa kesehatan tetap ada dalam proses pembelajaran IPE ini mahasiswa S-1 farmasi tetap diikutsertakan. Kegiatan IPE dilakukan secara berkelompok yang dimana 1 kelompok terdiri dari 10-12 orang.

Sesuai dengan yang tercantum pada modul IPE di AMC, alur pelaksanaan IPE di AMC yang diikuti oleh mahasiswa yaitu sebagai berikut :

1) BST, tujuan dari BST adalah :

- a) Mengajarkan keterampilan klinis (keterampilan klinik dasar maupun prosedural)
- b) Mengamati pencapaian keterampilan klinis dengan memberikan *feedback*

Hal- hal yang dapat diajarkan dari kegiatan BST adalah :

- a) Kemampuan wawancara medis
- b) Kemampuan pemeriksaan fisik dan keterampilan prosedural
- c) Keputusan klinik
- d) Kemampuan konseling dan kualitas humanistik/profesionalisme
- e) Keterampilan klinik prosedural
- f) Kompetensi klinis keseluruhan

2) Tutorial Klinik

Kegiatan ini berupa pembelajaran berbasis kasus nyata yang ditemui di klinik. Tutorial klinik difasilitasi oleh 1 orang dosen pembimbing klinik IPE.

3) Presentasi Kasus

Tujuan dari kegiatan ini adalah mahasiswa IPE mampu melaporkan kasus klinik secara lengkap berikut langkah – langkahnya secara bertahap dan lengkap. Presentasi kasus difasilitasi oleh perwakilan dosen pembimbing masing – masing program studi. Langkah – langkah yang dilakukan dalam presentasi kasus adalah :

- a) Pemeriksaan klinis

- b) Pengisian rekam medis lengkap
 - c) Pembahasan, yang dilengkapi dengan teori dan data *Evidence Based Medicine* (EBM)
 - d) Presentasi dengan menggunakan power point.
- 4) Refleksi Kasus
- Refleksi kasus meliputi proses pengungkapan kembali atas observasi, analisis dan evaluasi dari pengalaman klinik yang didapat peserta. Refleksi kasus dilakukan 1 kali setiap mahasiswa dan dipresentasikan kepada 1 dosen pembimbing klinik IPE.
- 5) Tes Sumatif
- Tes sumatif merupakan tes tulis yang diberikan kepada mahasiswa IPE untuk mengevaluasi proses pembelajaran mengenai IPE. Tes tulis ini berisikan sekitar 30 soal yang harus dikerjakan oleh setiap mahasiswa IPE.

B. Asri Medical Center (AMC)

Asri Medical Center didirikan berdasarkan SK BPH UMY. Ijin Pendirian Asri Medical Center atas nama UMY sebagai induk organisasi. Dengan demikian status AMC secara hukum mengikuti Universitas Muhammadiyah Yogyakarta sebagai sebuah Badan Hukum Pendidikan. AMC berada di tengah kota Yogyakarta yaitu di Jl. HOS Cokroaminoto No.17 Yogyakarta.

AMC menghadirkan pelayanan pemeliharaan kesehatan, kebugaran, dan kecantikan secara total melalui pelayanan dari center-center yang terpadu dan

holistik. Center-center yang dimiliki oleh AMC meliputi : *Diabetic Center, Rheumatic and Pain Center, Eye Center, Anti Aging and Skin Center* dan *Dental Aesthetics Center*. Support medik lainnya : Poliklinik DSM (Dana Sehat Muhammadiyah), Pusat pelayanan dokter spesialis, Apotek, Pusat Pelayanan Laboratorium dan Diagnostik Pramita Utama, dan Laboratorium Pathologi Anatomi.

AMC juga menyediakan layanan dan fasilitas untuk proses pembelajaran IPE bagi mahasiswa FKIK UMY sebagai salah satu kurikulum perkuliahannya. AMC menyediakan ruangan IPE, ruang *Bed Site Teaching* (BST), dan ruang tutorial untuk pelaksanaan kegiatan IPE. Pasien yang disediakan adalah pasien riil dan pasien simulasi sesuai dengan modul yang berjalan yaitu modul terhadap Diabetes Mellitus, HIV/AIDS, Stroke, Osteo Arthritis, Tuberkulosis, Drug abuse, Trauma, Malaria, Abortus dan Gondok. Pasien yang riil untuk saat ini adalah pasien penderita Diabetes Mellitus, HIV/AIDS, Drug abuse, Stroke, Osteo Arthritis, dan Tuberkulosis, Selain dari penyakit tersebut hanya pasien simulasi. Jadi, di penelitian ini penulis hanya akan meneliti kualitas hidup dari pasien-pasien riil yang disediakan pada proses pembelajaran IPE ini.

C. Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan (*ambulatory services*) adalah salah satu bentuk dari pelayanan kesehatan. Secara sederhana menurut Feste (1989) dalam Azwar (1996), yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap, tidak

hanya yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit atau klinik tetapi juga yang diselenggarakan di rumah pasien serta di rumah perawatan (*nursing homes*).

Prosedur penerimaan pasien pasien rawat jalan dapat disesuaikan dengan sistem yang dianut oleh masing-masing rumah sakit. Prosedur penerimaan pasien rawat jalan adalah sebagai berikut:

1. Pasien baru

Setiap pasien baru diterima di Tempat Penerimaan Pasien (TPP) akan diwawancarai oleh petugas guna mendapatkan informasi mengenai data identitas sosial pasien yang harus diisikan pada formulir Ringkasan Riwayat Klinik. Setiap pasien baru akan memperoleh nomor pasien yang akan digunakan sebagai kartu pengenal (kartu berobat), yang harus dibawa pada setiap kunjungan berikutnya ke rumah sakit yang sama, baik pasien berobat jalan maupun sebagai pasien rawat inap. Pada rumah sakit yang telah menggunakan sistem komputerisasi identitas sosial pasien dengan nomor rekam medis pasien baru harus disimpan untuk dijadikan *database* pasien, sehingga sewaktu – waktu pasien berobat kembali ke rumah sakit maka data pasien tersebut mudah ditemukan dengan cepat. Ringkasan riwayat klinik juga dipakai sebagai dasar pembuatan Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) dan data diatas pula disimpan sebagai *database* bagi rumah sakit yang menggunakan sistem komputerisasi. Proses pendaftaran, pasien baru dipersilahkan menunggu dipoliklinik yang dituju dan petugas rekam medis mempersiapkan berkas rekam medisnya lalu dikirim ke poliklinik tujuan pasien. Semua berkas rekam medis poliklinik yang telah selesai berobat harus kembali ke instalasi

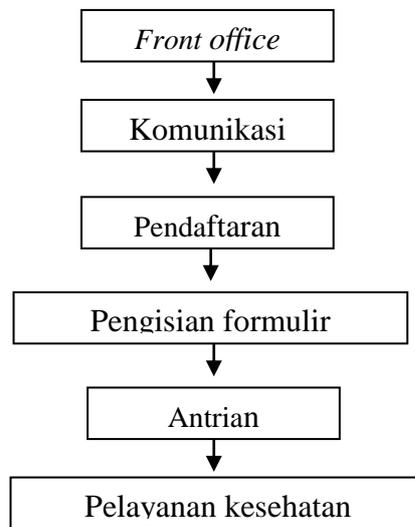
Rekam Medis, kecuali pasien yang harus dirawat, rekam medisnya akan dikirim ke ruang perawatan.

2. Pasien Lama

Untuk pasien lama atau pasien yang pernah datang berobat sebelumnya ke rumah sakit, maka pasien mendatangi tempat pendaftaran pasien lama atau ke tempat penerimaan pasien yang telah yang telah ditentukan. Pasien lama ini dapat dibedakan:

- a. Pasien yang datang dengan perjanjian.
- b. Pasien yang datang tidak dengan perjanjian (atas kemauan sendiri)

Baik pasien dengan perjanjian maupun pasien yang datang atas kemauan sendiri, setelah membeli karcis, baru akan mendapat pelayanan di TPP (tempat pendaftaran pasien). Pasien perjanjian langsung menuju poliklinik yang dituju karena rekam medisnya telah disiapkan oleh petugas. Untuk pasien yang datang atas kemauan sendiri/bukan pasien perjanjian, harus menunggu sementara rekam medisnya dimintakan oleh petugas TPP ke Instalasi Rekam Medis. Setelah berkas rekam medisnya ditemukan maka berkas Rekam Medis tersebut dikirim ke poliklinik oleh petugas, selanjutnya pasien akan mendapat pelayanan kesehatan di poliklinik (DepKes, 2006). Adapun prosedur penerimaan pasien rawat jalan di AMC adalah sebagai berikut :



Gambar 1. Prosedur penerimaan pasien rawat jalan AMC

D. Kualitas Hidup

1. Definisi Kualitas Hidup

Menurut Schipper yang dikutip oleh Ware (1992), mengemukakan kualitas hidup sebagai kemampuan fungsional akibat penyakit dan pengobatan yang diberikan menurut pandangan atau perasaan pasien. Menurut Donald yang dikutip oleh Haan (1993), kualitas hidup berbeda dengan status fungsional, dalam hal kualitas hidup mencakup evaluasi subyektif tentang dampak dari penyakit dan pengobatannya dalam hubungannya dengan tujuan, nilai dan pengharapan seseorang, sedangkan status fungsional memberikan suatu penilaian obyektif dari kemampuan fisik dan emosional pasien. WHO (1997) mendefinisikan secara umum *Quality of Life as individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns*. Artinya, kualitas hidup sebagai persepsi individu dari posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan

sistem nilai dimana mereka hidup, yang berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan perhatian.

Penelitian yang dilakukan oleh Bowling (2005), mendeskripsikan kualitas hidup yang positif ditentukan bahwa mereka memiliki pandangan psikologis yang positif, memiliki kesejahteraan emosional, memiliki kesehatan fisik dan mental yang baik, memiliki kemampuan fisik untuk melakukan hal-hal yang ingin dilakukan, memiliki hubungan yang baik dengan teman dan keluarga, berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan rekreasi, tinggal dalam lingkungan yang aman dengan fasilitas yang baik, memiliki cukup uang dan mandiri.

2. Dimensi – Dimensi Kualitas Hidup

Menurut WHOQOL group Lopez dan Sayder (2004) dalam Sekarwiri (2008), kualitas hidup terdiri dari enam dimensi yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan dan keadaan spiritual. Kemudian WHOQOL dibuat lagi menjadi instrument WHOQOL – BREF dimana dimensi tersebut diubah menjadi empat dimensi yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan yang digunakan sebagai alat pengukuran kualitas hidup yang berisi 26 item pertanyaan. Berikut ini adalah penjelasan dari masing-masing dimensi, yaitu :

a. Kesehatan fisik

Menurut Nofitri (2009), dalam hal ini dimensi kesehatan fisik yaitu aktivitas sehari-hari, ketergantungan obat-obatan dan bantuan medis, energi dan

kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas kerja.

b. Kesejahteraan psikologis

Menurut Sekarwiri (2008), dimensi kesejahteraan psikologis yaitu *bodily* dan *appearance*, perasaan negatif, perasaan positif, *self-esteem*, berfikir, belajar, memori, dan konsentrasi. Kemudian aspek lingkungan yang meliputi sumber finansial, *freedom*, *physical safety* dan *security*, perawatan kesehatan dan *social care* lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan keterampilan, partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan serta lingkungan fisik dan transportasi.

c. Hubungan sosial

Dimensi hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial dan aktivitas sosial. Relasi personal merupakan hubungan individu dengan orang lain. Dukungan sosial yaitu menggambarkan adanya bantuan yang didapatkan oleh individu yang berasal dari lingkungan sekitarnya (Nofitri, 2009).

d. Hubungan dengan lingkungan

Aspek lingkungan meliputi sumber finansial, *freedom*, *physical safety* dan *security*, perawatan kesehatan dan *social care* lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan keterampilan, partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan serta lingkungan fisik dan transportasi (Sekarwiri, 2008).

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Preedy and Watson (2010), faktor kualitas hidup antara lain :

a. Jenis kelamin

Setiap jenis kelamin memiliki peran sosial yang berbeda. Hal ini memungkinkan untuk mempengaruhi aspek kehidupannya yang selanjutnya juga mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

b. Pendidikan

Perbedaan tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan dan pemahaman seseorang tentang keadaan yang sedang di alami, pengetahuan terhadap penyakit penyakit yang sedang di derita dan pemahaman terhadap cara pengobatan penyakit. Pengobatan atau *treatment* ini mempengaruhi kualitas hidup pasien (Sarafino, 1990).

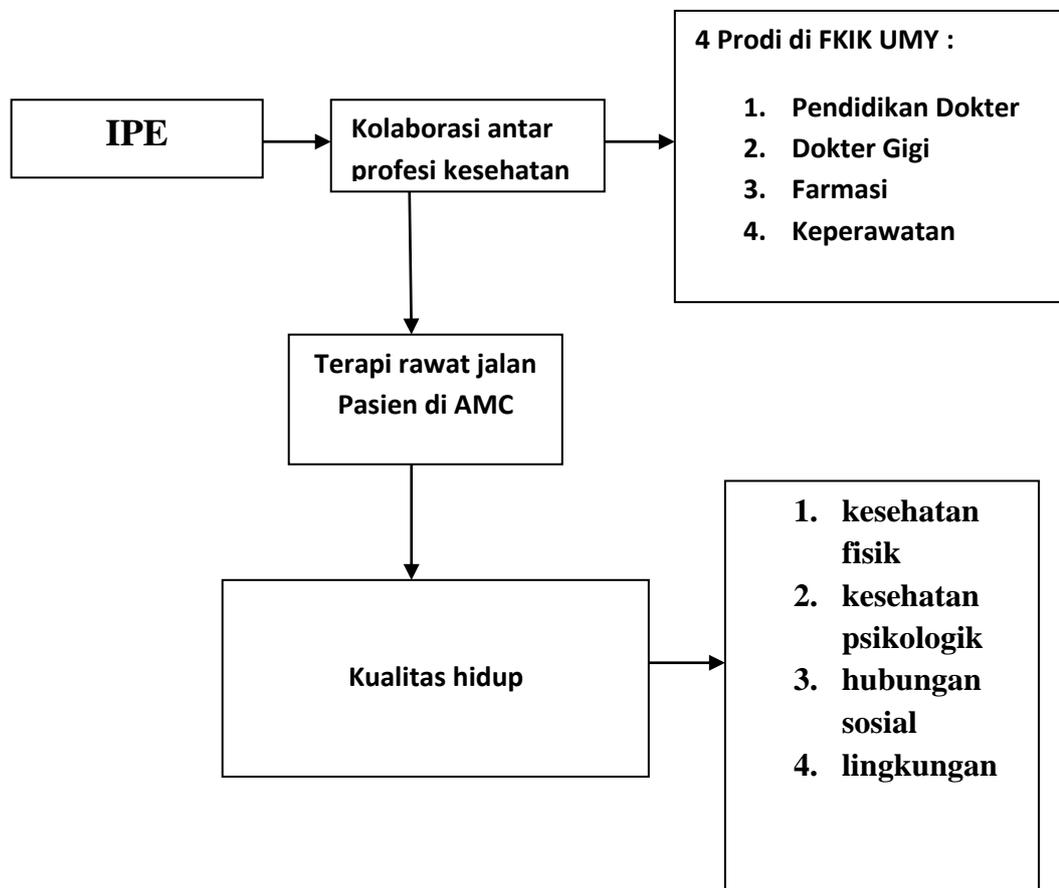
c. Perbedaan budaya Budaya

Merupakan salah satu indikator dari aspek persepsi individu yang mempengaruhi kualitas hidup (Preedy and Watson, 2010).

d. Usia penyakit

Usia penyakit adalah lamanya seseorang mengalami penderitaan akibat suatu penyakit. Status pengukuran kesehatan menyediakan metode standar penilaian pengaruh penyakit pada kehidupan sehari-hari, aktivitas dan kesejahteraan pada penderita kanker. Seseorang yang telah lama menderita suatu penyakit pasti akan berpengaruh pada kondisi fisik, psikologis dan sosialnya dalam kehidupannya sehari-hari.

E. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep