

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Kemenkes RI, 2019a). Tenaga kesehatan merupakan profesional kesehatan dengan berbagai keterampilan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berfokus pada kesehatan pasien (Frenk *et al.*, 2010). Dalam menghadapi permasalahan kesehatan pasien yang begitu kompleks saat ini, profesional kesehatan dituntut untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang prima dan berkualitas (Crozier, Moore *and* Kite, 2012). Penanganan permasalahan kesehatan memerlukan pendekatan yang komprehensif dan bersifat kolaborasi diantara profesional kesehatan.

Angka kematian ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Rate* (MMR) merupakan indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan ibu pada suatu wilayah. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan, dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2006).

Menurut Kemenkes RI (2014) faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu, secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu adalah faktor yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas seperti perdarahan, pre eklampsia atau eklampsia, infeksi, persalinan macet dan abortus. Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah faktor yang memperberat keadaan ibu hamil seperti empat terlalu (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan dan terlalu dekat jarak kelahiran), maupun yang mempersulit proses penanganan kedaruratan kehamilan, persalinan dan nifas seperti tiga terlambat (terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat dalam penanganan kegawatdaruratan). Faktor lain yang berpengaruh adalah ibu hamil yang menderita penyakit menular seperti Malaria, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), Tuberkulosis, Sifilis, penyakit tidak menular seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus, jantung, gangguan jiwa, maupun yang mengalami kekurangan gizi.

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator *Sustainable Development Goals* (SDGs) dimana salah satu outputnya adalah mengurangi AKI hingga 70 per 100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2030. Jumlah AKI di Indonesia berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 menghasilkan angka 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup AKI di Indonesia (Badan Pusat Statistik, 2016). Menurut *Roadmap* SDGs Indonesia menyatakan bahwa angka kematian di Indonesia masih tinggi penyebab utama

tingginya angka kematian ibu beragam dari mulai faktor pelayanan fasilitas kesehatan hingga faktor sosial ekonomi (Kementerian PPN & Bappenas, 2020). AKI merupakan *cross cutting issues* yang perlu penanganan kerjasama dan sinergi diantara disiplin ilmu dan lintas sektor.

Provinsi yang memiliki jumlah AKI terbesar di Indonesia salah satunya adalah Provinsi Jawa Timur. *Trend* capaian jumlah AKI di Provinsi Jawa Timur selama 3 tahun terakhir mengalami penurunan yang tidak signifikan namun jumlah AKI secara absolut masih sangat besar seperti yang terlihat pada Tabel 1.1 dibawah ini:

Tabel 1.1 *Trend* Jumlah AKI per 100.000 Kelahiran Hidup di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018

No	Uraian	Tahun 2016	Tahun 2017	Tahun 2018
1	Jumlah kematian ibu	534	529	522
2	Kelahiran hidup (KH)	586.814	575.485	570.819
3	AKI per 100.000 KH	91,00	91,92	91,45
4	Target AKI Renstra Provinsi Jawa Timur	97,25 per 100.000 KH	97,20 per 100.000 KH	97,15 per 100.000 KH

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018; RPJMD Provinsi Jawa Timur Tahun 2014-2019

Salah satu daerah penyumbang jumlah AKI terbesar kedua di Provinsi Jawa Timur adalah Kota Surabaya dengan jumlah kematian ibu pada tahun 2018 sebesar 31 orang dari 42.474 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2019). Berikut ini adalah *trend* jumlah AKI tahun 2016-2018 di Kota Surabaya dapat dilihat pada Tabel 1.2 sebagai berikut:

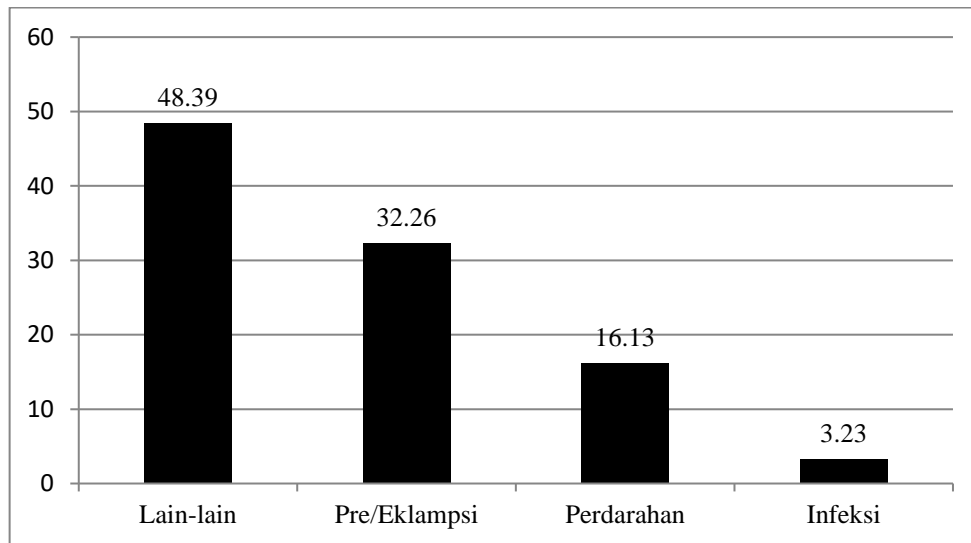
Tabel 1.2 *Trend* Jumlah AKI per 100.000 Kelahiran Hidup di Kota Surabaya Tahun 2016-2018

No	Uraian	Tahun 2016	Tahun 2017	Tahun 2018
1	Jumlah kematian ibu	37	34	31
2	Kelahiran hidup (KH)	43.164	42.822	42.474
3	AKI per 100.000 KH	85,72	79,40	72,99
4	Target AKI Renstra Provinsi Jawa Timur	85,72 per 100.000 KH	84,07 per 100.000 KH	82,40 per 100.000 KH

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2016-2018

Berdasarkan Tabel 1.2 dapat diperoleh informasi bahwa jumlah kematian ibu di Kota Surabaya pada tahun 2018 mencapai 72,99 per 100.000 kelahiran hidup dan terlihat bahwa *trend* jumlah AKI cenderung menurun pada dua tahun terakhir, namun jumlah AKI secara absolut masih tinggi. Berdasarkan dari kondisi saat ini, potensi untuk mencapai target SDGs untuk menurunkan jumlah AKI adalah *off track*, artinya diperlukan kerja keras untuk mencapainya (Kemenkes RI, 2019b).

Kematian ibu di Kota Surabaya disebabkan oleh perdarahan, pre eklampsia atau eklampsia, infeksi, dan lain-lain. Kematian ini disebabkan karena adanya komplikasi selama kehamilan, saat persalinan, dan 42 hari setelah melahirkan. Penyebab kematian ibu oleh karena penyebab lain-lain cenderung meningkat dalam setahun terakhir di Kota Surabaya. Proporsi penyebab terjadinya kematian ibu tahun 2018 dapat dilihat pada Gambar 1.1 sebagai berikut:



Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2018

Gambar 1.1 Proporsi Penyebab Kematian Ibu di Kota Surabaya Tahun 2018

Berdasarkan Gambar 1.1 didapatkan informasi bahwa penyebab tertinggi kematian ibu pada tahun 2018 adalah karena penyebab lain-lain sebesar 48,39%, pre eklamsia atau eklamsia sebesar 32,26%, perdarahan sebesar 16,13%, dan infeksi sebesar 3,23%, upaya menurunkan kematian ibu karena perdarahan dan preeklampsia atau eklampsia terus dilakukan dan waspada pada penyebab lain-lain (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2019). Deteksi dini serta penanganan yang tepat adanya komplikasi selama kehamilan diharapkan dapat menurunkan angka morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas (angka kematian) ibu. Apabila komplikasi ini tidak tertangani dengan baik, maka dapat memperburuk keadaan dan menyebabkan kematian ibu.

Untuk mengatasi permasalahan kematian ibu karena komplikasi kehamilan salah satu solusi inovatif dan transformasi sistem kesehatan yang menjanjikan adalah dengan penerapan praktik kolaborasi interprofesional (Reeves, Goldman and Oandasan, 2007). Praktik kolaboratif interprofesional adalah pelayanan

kesehatan yang dilakukan oleh banyak tenaga kesehatan dari berbeda latar belakang profesional memberikan layanan komprehensif yang bekerja dengan pasien, keluarganya, tenaga kesehatan lainnya dan komunitas atau masyarakat untuk memberikan kualitas terbaik pada seluruh rangkaian perawatan kesehatan (WHO, 2010). Peningkatan praktik kolaborasi interprofesional diantara profesional kesehatan dikembangkan dengan prinsip *patient centered care* (EL Sayed and Sleem, 2011).

Menurut Oandasan dan Lemieux-Charles (2005) salah satu jenis kolaborasi tim profesional kesehatan di pelayanan kesehatan adalah melalui pelayanan *integrated antenatal care* yaitu pelayanan komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil. Tujuan pelayanan *integrated antenatal care* adalah untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas (Kemenkes RI, 2014). Pelayanan *antenatal care* yang komprehensif dan berkualitas dapat berdampak terhadap pengelolaan pencegahan komplikasi kehamilan yang lebih baik sehingga menjamin kelahiran bayi yang sehat.

Praktik kolaborasi interprofesional antara dokter, bidan, dan profesional kesehatan lainnya dalam pelayanan kesehatan ibu hamil dalam pelayanan *antenatal care* di perawatan primer atau Puskesmas seringkali tidak dapat berjalan dengan baik karena seringkali mengalami konflik. *Medical error* atau kesalahan medis dan munculnya konflik di antara profesional kesehatan seringkali dikaitkan dengan kegagalan komunikasi dan kurangnya kerjasama tim (Rensa *et al.*, 2017).

Komunikasi yang efektif adalah kemampuan menyampaikan pesan dan informasi dengan baik, menjadi pendengar yang baik dan memiliki keterampilan berkomunikasi dengan baik melalui berbagai media. Komunikasi yang efektif antar profesional kesehatan selain berkomunikasi secara verbal dapat diperoleh melalui hasil pencatatan pelayanan ANC Terpadu (*integrated antenatal care*) pada status rekam medik pasien yang terintegrasi (Kemenkes RI, 2014).

Pendokumentasian merupakan bukti pelayanan kesehatan yang berupa pencatatan, pelaporan dan penyimpanan kegiatan dalam pengelolaan perawatan pasien (Klehr *et al.*, 2009). Untuk meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesional kesehatan, digunakan catatan perkembangan pasien terintegrasi pada status rekam medis pasien (Ridar *et al.*, 2018). Pencatatan hasil pemeriksaan merupakan bagian dari standar pelayanan ANC Terpadu (*integrated antenatal care*) yang berkualitas, setiap kali pemeriksaan profesional kesehatan wajib mencatat hasilnya pada rekam medis, kartu ibu dan buku kesehatan ibu dan anak (KIA) (Kemenkes RI, 2014).

Berdasarkan permasalahan tersebut maka peneliti melakukan studi pendahuluan terhadap pelayanan ANC Terpadu (*integrated antenatal care*) di 5 Puskesmas Kota Surabaya dengan melihat 30 catatan perawatan atau rekam medis ibu hamil. Hasil studi pendahuluan dapat dilihat pada Tabel 1.3 seperti berikut ini:

Tabel 1.3 Kelengkapan Pencatatan Hasil Pelayanan pada Rekam Medis Pasien di 5 Puskesmas Kota Surabaya Tahun 2019 Berdasarkan Standar Pelayanan ANC Terpadu (*Integrated Antenatal Care*) 10T

No	Standar Pelayanan <i>Integrated Antenatal Care</i> (10T)	Profesional Kesehatan yang Melakukan Pemeriksaan	Jumlah Rekam Medis yang Diperiksa	Ada Pencatatan Hasil Pelayanan		Tidak Ada Pencatatan Hasil Pelayanan	
				n	%	n	%
1	Pengukuran berat badan dan tinggi badan	Bidan	30	30	100	0	0
2	Pengukuran tekanan darah	Bidan	30	30	100	0	0
3	Pengukuran nilai status gizi (pengukuran lingkaran atas atau LiLA)	Bidan	30	20	66,7	10	33,3
		Ahli gizi	30	20	66,7	10	33,3
4	Pengukuran tinggi fundus uteri	Bidan	30	30	100	0	0
5	Menentukan presentasi janin dan menghitung denyut jantung janin (DJJ)	Bidan	30	30	30	0	0
6	Melakukan skrining status imunisasi Tetanus dan pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan	Bidan	30	15	50	15	50
7	Pemberian tablet tambah darah (tablet besi)	Petugas Farmasi atau Apoteker	30	30	100	0	0
8	Pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus)	Analisis laboratorium	30	30	100	0	0
9	Penatalaksanaan atau penanganan kasus	Dokter umum (PJKIA)	30	30	100	0	0
		Dokter gigi	30	20	66,7	10	33,3
		Bidan	30	25	83,3	5	16,7
		Ahli gizi	30	15	50	15	50
		Petugas Farmasi atau Apoteker	30	10	33,3	20	66,7
		Psikolog	30	15	50	15	50
10	Melakukan temu wicara (konseling)	Dokter umum (PJKIA)	30	20	66,7	10	33,3
		Dokter gigi	30	15	50	15	50
		Bidan	30	30	100	0	0
		Ahli gizi	30	12	40	18	60
		Petugas Farmasi atau Apoteker	30	15	50	15	50
		Psikolog	30	20	66,7	10	33,3
Total Persentase					73,33		26,67

Sumber: Data Primer Studi Pendahuluan pada Rekam Medis di 5 Puskesmas Kota Surabaya

Berdasarkan Tabel 1.3 didapatkan informasi bahwa sebesar 26,67% ibu hamil dari total yang melakukan ANC Terpadu tidak mendapatkan pelayanan ANC Terpadu (*integrated antenatal care*). Komunikasi yang efektif pada pelaksanaan pelayanan ANC Terpadu di Puskesmas Kota Surabaya masih belum diterapkan secara optimal oleh tenaga kesehatan, hal ini dapat terlihat pada Tabel 1.3 bahwa pencatatan hasil pemeriksaan yang merupakan bagian dari standar kualitas pelayanan ANC Terpadu (*integrated antenatal care*) belum lengkap dicatat oleh profesional kesehatan yang terlibat dalam pelayanan ANC Terpadu di Puskesmas.

Studi pendahuluan juga dilakukan dengan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) pada 7 profesional kesehatan yang terlibat dalam pelayanan ANC Terpadu (*integrated antenatal care*) di 5 Puskesmas Kota Surabaya. Beberapa permasalahan yang diperoleh dari hasil wawancara tersebut adalah:

“Pemeriksaan ANC Terpadu bersamaan dengan pemeriksaan poli umum sehingga pasien tidak mau menunggu terlalu lama untuk pemeriksaan ANC Terpadu.” (dokter umum)

“Kerjasama kurang berjalan baik antara bidan praktik mandiri (BPM) dengan Puskesmas, sehingga pasien yang datang ANC di BPM tidak semuanya dianjurkan melakukan ANC Terpadu di Puskesmas.” (bidan)

“Keterbatasan tenaga dari unit lain seperti ahli gizi yang hanya 1 orang sehingga apabila petugas ada dinas luar atau tugas di luar gedung pada saat pelaksanaan pelayanan ANC Terpadu, pasien tidak terlayani pada hari itu.” (ahli gizi)

“Belum adanya komunikasi yang efektif tentang kesepakatan kesiapan diri di ruangan unit masing-masing pada hari pelayanan ANC Terpadu sehingga jika ada kepentingan kedinasan petugas tidak ada di tempat.” (bidan)

“Terdapat kekosongan bahan baku pemeriksaan dari dinas terkait.”
(analisis laboratorium)

“Belum adanya pelatihan ANC Terpadu bagi profesi yang terlibat hanya sosialisasi pada tahun 2012 oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya dimana pada waktu itu yang hadir hanya bidan koordinator dari tiap Puskesmas.” (bidan)

“Belum adanya evaluasi tentang pelaksanaan pelayanan ANC Terpadu dari dinas kesehatan dan tidak adanya surat keputusan atau penugasan bagi profesi kesehatan yang terlibat dalam pelayanan ANC Terpadu dari pimpinan Puskesmas yang ada hanya surat edaran tentang pelaksanaan ANC Terpadu di Puskesmas dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya, dokumen Standar Operasional Prosedur (SOP) dan alur pelayanan ANC Terpadu dari internal Puskesmas.” (bidan)

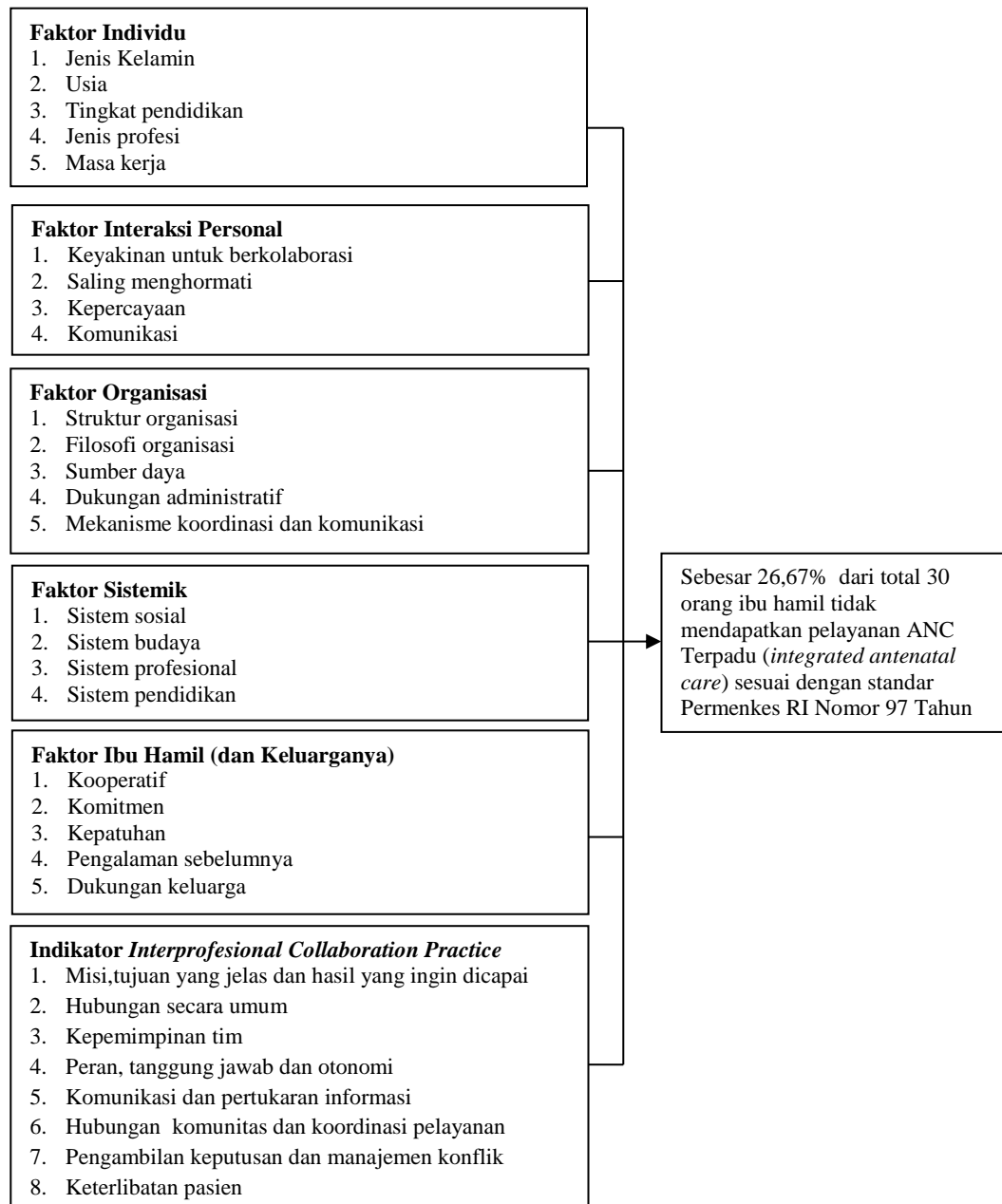
“Terkadang pasien tidak langsung datang konseling jika tidak datang bersama petugas dikarenakan masih ada anggapan jika datang ke psikolog dikaitkan dengan masalah kelainan kejiwaan.” (psikolog)

Informasi yang diperoleh dari 7 profesional kesehatan yang terlibat dalam pelayanan ANC Terpadu (*integrated antenatal care*) dan melihat kelengkapan pencatatan hasil pelayanan ANC Terpadu (*integrated antenatal care*) melalui rekam medis pasien di 5 Puskesmas mengindikasikan bahwa pelaksanaan praktik kolaborasi interprofesional dalam pelayanan ANC Terpadu (*integrated antenatal care*) di Puskesmas masih belum dilaksanakan secara optimal.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini adalah sebesar 26,67% dari total 30 orang ibu hamil tidak mendapatkan pelayanan ANC Terpadu (*integrated antenatal care*) sesuai dengan standar Permenkes RI Nomor 97 Tahun 2014.

1.2 Kajian Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dipaparkan kemudian dilakukan proses identifikasi kemungkinan penyebab terjadinya masalah seperti yang terdapat dalam Gambar 1.2 sebagai berikut:



Gambar 1.2 Kajian Masalah Penelitian

Pada Gambar 1.2 dijelaskan bahwa faktor yang diduga mempengaruhi pelaksanaan praktik kolaborasi interprofesional dalam pelayanan *integrated antenatal care* di Puskesmas yang masih belum optimal adalah sebagai berikut:

1. Faktor individu

Setiap individu memiliki karakteristik yang menentukan perilaku pada individu. Karakter individu tenaga kesehatan dalam pelayanan *integrated antenatal care* meliputi:

- a. Jenis kelamin

Jenis kelamin dapat diartikan ciri atau sifat jasmani atau rohani yang membedakan wanita dan pria. Jenis kelamin memunculkan sejumlah perbedaan dalam beberapa aspek seperti dalam segi biologis, sosiologi, dan psikologi.

- b. Usia

Menurut Nursalam (2003), usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Usia berpengaruh terhadap perilaku individu termasuk kemampuan dalam bekerja dan juga memberi respon stimulus yang diberikan individu lainnya.

- c. Tingkat pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan (Poerwadarminta, 2007). Makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya pendidikan yang

kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai yang baru diperkenalkan (Mubarak *and* Chayatin, 2006).

d. Jenis profesi

Jenis profesi kesehatan yang dapat terlibat dalam pelaksanaan pelayanan *integrated antenatal care* antara lain dokter, dokter gigi, bidan, ahli gizi, petugas farmasi atau apoteker, laboratorium, dan psikolog. Setiap jenis profesi memiliki peran yang berbeda dan berdampak pada pelaksanaan praktik kolaborasi interprofesional.

e. Masa kerja

Masa kerja merupakan pengalaman individu yang akan menentukan pertumbuhan dalam pekerjaan dan jabatan (Harsiwi, 2003). Pengalaman selama masa kerja tertentu akan mempengaruhi perilaku petugas dalam pelaksanaan praktik kolaborasi interprofesional. Relevansi masa kerja berhubungan dengan senioritas dalam segala jenis pekerjaan.

2. Faktor interaksi personal (*interactional determinants*)

Menurut San Martín-Rodríguez *et al.* (2005) faktor interaksi personal adalah hubungan interpersonal antara anggota tim dalam pelayanan *integrated antenatal care* yang terdiri dari:

a. Kemauan atau keyakinan untuk berkolaborasi (*willingness to collaborate*)

Kesediaan tenaga kesehatan untuk bekerja sama secara kolaborasi dengan profesi lainnya tergantung pada faktor seperti pendidikan profesi, pengalaman sebelumnya dalam situasi yang sama dan kematangan pribadi.

b. Saling menghormati (*mutual respect*)

Saling menghormati menyiratkan pengetahuan dan pengakuan akan kontribusi dari berbagai profesi lain dalam tim, saling melengkapi dan memiliki saling ketergantungan (interdependensi). Kurangnya pemahaman, penghormatan atau penghargaan atas kontribusi profesi lain merupakan hambatan yang sangat nyata ada dalam praktik kolaborasi interprofesional.

c. Kepercayaan (*trust*)

Membangun kepercayaan membutuhkan waktu, usaha, kesabaran dan pengalaman positif sebelumnya. Kepercayaan pada kemampuan diri sendiri dalam perannya sebagai seorang profesional dan kepercayaan terhadap profesi lain sangat penting dalam proses praktik kolaborasi interprofesional.

d. Komunikasi (*communication*)

Keterampilan komunikasi tenaga kesehatan memainkan peran penting dalam pengembangan hubungan kolaborasi diantara anggota tim. Komunikasi yang efektif meliputi komunikasi yang terbuka, mau mendengar, saling memberi pengetahuan diantara tenaga kesehatan dan mau berbagi informasi klinis untuk peningkatan proses pelayanan kesehatan.

3. Faktor organisasi (*organizational determinants*)

Praktik kolaborasi interprofesional membutuhkan dukungan pengaturan organisasi. Menurut San Martín-Rodríguez *et al.* (2005) atribut praktik kolaborasi interprofesional di dalam organisasi meliputi:

a. Struktur organisasi (*organization structure*)

Keberhasilan praktik kolaborasi interprofesional dalam pelayanan kesehatan membutuhkan pergeseran dari struktur hierarkis tradisional menuju struktur yang lebih horizontal. Struktur yang lebih horizontal menekankan pentingnya kerja sama tim dan dukungan pengambilan keputusan bersama, sehingga mendorong praktik kolaborasi interprofesional.

b. Filosofi organisasi (*organization's philosophy*)

Filosofi organisasi adalah bagaimana sebuah keteraturan dapat terwujud dalam suatu organisasi yang terdiri dari kumpulan individu yang berbeda profesi dan karakteristik sehingga dapat terjadi sebuah sinergi yang baik untuk mencapai suatu tujuan bersama. Filosofi organisasi sangat diperlukan dalam praktik kolaborasi interprofesional, seperti filosofi yang menghargai partisipasi, keadilan, kebebasan berekspresi dan saling ketergantungan atau interdependensi.

c. Sumber daya (*resource*)

Sumber daya adalah unsur masukan dari organisasi yaitu semua hal yang dibutuhkan untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan antara lain tenaga, dana, sarana dan prasarana.

d. Dukungan administratif (*administrative support*)

Salah satu bentuk dukungan administratif adalah kemampuan pimpinan organisasi untuk mendorong praktik kolaborasi interprofesional, memotivasi tenaga kesehatan untuk melakukan praktik kolaborasi interprofesional, menetapkan dan mengkomunikasikan tujuan dan harapan yang jelas, memfasilitasi penerapannya, dan mampu menciptakan pengaturan organisasi yang mendorong praktik kolaborasi interprofesional.

e. Mekanisme koordinasi (*coordination mechanisms*) dan komunikasi

Praktik kolaborasi interprofesional dapat terlaksana dengan baik jika tersedianya standar, kebijakan, dan panduan bagi tenaga kesehatan, dokumentasi terpadu dan terstandarisasi, serta adanya sesi, forum atau pertemuan formal yang melibatkan semua anggota tim. Formalisasi aturan dan prosedur memegang peranan kunci dalam peningkatan praktik kolaborasi interprofesional.

4. Faktor sistemik (*systemic determinants*)

Menurut San Martín-Rodríguez *et al.* (2005) faktor sistemik adalah elemen di luar organisasi yaitu:

a. Sistem sosial (*social system*)

Kesetaraan diantara tenaga kesehatan merupakan salah satu ciri dasar dari praktik kolaborasi interprofesional, ketika ada perbedaan kekuatan berdasarkan *stereotip* gender dan status sosial yang berbeda diantara tenaga kesehatan maka akan menghambat dan menghalangi pencapaian tujuan bersama dalam praktik kolaborasi interprofesional.

b. Sistem budaya (*cultural system*)

Sistem budaya adalah seperangkat nilai dasar yang membentuk tingkah laku dan sikap seseorang. Perbedaan budaya yang ada diantara tenaga kesehatan dapat memainkan peran penentu dalam cara berpikir dan persepsinya bekerja dalam praktik kolaborasi interprofesional.

c. Sistem profesional (*professional system*)

Proses profesionalisme memiliki karakteristik pencapaian dominasi, otonomi dan kontrol, daripada kolegialitas dan kepercayaan. Oleh karena itu, dalam praktik kolaborasi interprofesional perlu adanya saling mengakui dan menghormati setiap tenaga kesehatan yang berkontribusi dalam pelayanan kesehatan dan bekerja saling ketergantungan (interdependensi) dalam batasan lingkup praktik profesinya dengan berbagi nilai untuk mencapai tujuan bersama.

d. Sistem pendidikan (*educational system*)

Sistem pendidikan adalah kunci utama untuk mempromosikan nilai praktik kolaborasi untuk tenaga kesehatan di masa yang akan datang. Secara tradisional, pendidikan profesi mensosialisasikan identifikasi profesi berada dalam batas profesinya, sehingga pengetahuan tenaga kesehatan sangat terbatas dan hanya sedikit mengetahui tentang praktik, keahlian, tanggung jawab, keterampilan, nilai dan perspektif teoretis dalam disiplin ilmu lain.

5. Faktor ibu hamil (dan keluarga)

Faktor pasien dan keluarga juga turut bersama praktik kolaborasi interprofesional dapat mempengaruhi kualitas pelayanan *integrated antenatal care*. Faktor tersebut antara lain:

a. Kooperatif

Sikap kooperatif ibu hamil dan keluarga dapat tercermin dalam beberapa hal diantaranya adalah: menerima pendapat dari tenaga kesehatan pemberi layanan kesehatan, mau melakukan hal yang dianjurkan, serta berani bertanya jika belum mengerti.

b. Komitmen

Komitmen ibu hamil dan keluarga sebagai bagian dari integrasi praktik kolaborasi adalah mau atau bersedia menerima maksud dan tujuan serta nilai manfaat dari pelayanan kesehatan yang diberikan, dan berupaya serta memiliki hasrat yang kuat untuk tetap bertahan dan mengikuti tahapan pelayanan *integrated antenatal care* di Puskesmas.

c. Kepatuhan

Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien atau ibu hamil sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan. Kepatuhan sangat diperlukan untuk mencapai keberhasilan sebuah terapi pada ibu hamil yang mengikuti ketentuan kesehatan profesional.

d. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman diartikan sebagai sesuatu yang pernah dialami (dijalani, dirasa, ditanggung). Lewat pengalaman seseorang belajar untuk

memperbaiki kesalahan dengan mengubah pemikiran, sikap, dan tindakan untuk menjadi lebih baik lagi. Pengalaman sebelumnya akan mempengaruhi ibu hamil dalam keaktifan melakukan perawatan *antenatal*.

e. Dukungan keluarga

Banyak faktor yang dapat menyebabkan ibu hamil memanfaatkan pelayanan *antenatal*, salah satunya karena faktor psikologis, di mana dukungan moral dari suami memiliki andil yang besar. Keluarga yang memberikan dukungan pada istri dalam pemeriksaan kehamilan, akan lebih banyak memanfaatkan pelayanan *antenatal*, hal ini bahwa ibu yang memiliki dukungan sosial akan lebih mau dan bersemangat untuk memanfaatkan pelayanan *antenatal*.

6. Indikator praktik kolaborasi interprofesional

Menurut Schroder *et al.* (2011) tingkat kolaborasi dalam praktik kolaborasi interprofesional dapat diidentifikasi dan diukur dalam beberapa dimensi yaitu:

a. Misi, tujuan yang jelas dan hasil yang ingin dicapai (*mission, meaningful purpose, goals*)

Misi dan tujuan praktik kolaborasi interprofesional yang telah ditetapkan oleh pemerintah dan organisasi harus menjadi prioritas bagi setiap tenaga kesehatan dalam tim pelayanan kesehatan. Setiap tenaga kesehatan harus dapat memiliki visi dan misi yang sama dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan kepuasan bagi pasien.

b. Hubungan secara umum (*general relationships*)

Hubungan secara umum ini meliputi hubungan interaksi personal diantara profesi kesehatan yang berbeda yaitu adanya saling kepercayaan dan saling menghormati.

c. Kepemimpinan tim (*team leadership*)

Kepemimpinan tim dalam praktik kolaborasi interprofesional adalah dukungan pimpinan organisasi dalam menetapkan visi, menyiapkan energi, menanamkan rasa kebersamaan, mengoptimalkan potensi, serta menyadarkan setiap profesi untuk bersatu padu dan saling bekerjasama untuk menghasilkan kinerja terbaik.

d. Peran, tanggung jawab dan otonomi (*general role responsibilities, autonomy*)

Praktik kolaborasi interprofesional dilakukan oleh berbagai macam profesi kesehatan dengan menunjukkan peran dan kontribusinya dalam berkolaborasi. Pemahaman terhadap peran adalah tenaga kesehatan memahami peran dan tugas serta wewenangnya sesuai pengetahuan dan kompetensinya dalam pelaksanaan praktik kolaborasi interprofesional. Setiap tenaga kesehatan juga harus mengambil tanggung jawab sesuai dengan profesinya dalam penanganan terhadap pasien sedangkan otonomi mencakup kemandirian (*independent*) anggota tim dalam batas kompetensinya.

- e. Komunikasi dan pertukaran informasi (*communication and information exchange*)

Menurut Barr (2002) komunikasi dalam praktik kolaborasi interprofesional adalah komunikasi yang terjadi antara multidisiplin ilmu mengenai praktik keprofesian yang berkolaborasi guna meningkatkan kerjasama dalam pelayanan kesehatan. Komunikasi dalam praktik kolaborasi interprofesional adalah bentuk interaksi untuk bertukar pikiran, opini dan informasi yang melibatkan dua profesi atau lebih dalam upaya untuk menjalin praktik kolaborasi.

- f. Hubungan komunitas dan koordinasi pelayanan (*community linkages and coordination of care*)

Praktik kolaborasi interprofesional merupakan aktivitas yang bertujuan untuk memperkuat hubungan diantara profesi kesehatan yang berbeda. Agar hubungan komunitas berjalan efektif, tenaga kesehatan harus memiliki pemahaman yang jelas tentang perbedaan antara perannya sendiri dengan peran profesi yang lain serta mampu melakukan dengan tepat. Koordinasi yang efektif sangat penting untuk praktik kolaborasi interprofesional dimana akan terjalin komunikasi yang efektif diantara anggota tim dan saling ketergantungan pada hubungan kerja untuk mencapai tujuan bersama.

- g. Pengambilan keputusan dan manajemen konflik (*decision making and conflict management*)

Pengambilan keputusan bersama adalah suatu proses di mana semua pihak bekerja bersama dalam mengeksplorasi opsi dan merencanakan perawatan pasien dengan berkonsultasi satu sama lain antar profesi yang terlibat, serta adanya keterlibatan pasien dan anggota keluarga yang relevan. Ketika dalam pengambilan keputusan terjadi suatu konflik diantara profesi yang terlibat maka diperlukan manajemen konflik.

- h. Keterlibatan pasien (*patient involvement*)

Pasien secara integral adalah anggota tim yang penting. Partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan akan menambah kemungkinan suatu rencana menjadi efektif. Tercapainya tujuan kesehatan pasien yang optimal hanya dapat dicapai jika pasien sebagai pusat anggota tim.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan pada latar belakang dan batasan masalah, maka rumusan masalah penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Faktor apakah yang mempengaruhi pelaksanaan *interprofessional collaboration practice* dalam pelayanan *integrated antenatal care* di Puskesmas?
2. Bagaimanakah proses pelaksanaan *interprofessional collaboration practice* dalam pelayanan *integrated antenatal care* di Puskesmas?

3. Adakah pengaruh pelaksanaan *interprofessional collaboration practice* terhadap kualitas pelayanan *integrated antenatal care* di Puskesmas?
4. Adakah hambatan dalam pelaksanaan *interprofessional collaboration practice* dalam pelayanan *integrated antenatal care* di Puskesmas?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh pelaksanaan *interprofessional collaboration practice* terhadap kualitas pelayanan *integrated antenatal care* di Puskesmas.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

1. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *interprofessional collaboration practice* dalam pelayanan *integrated antenatal care* di Puskesmas.
2. Mengeksplorasi proses pelaksanaan *interprofessional collaboration practice* dalam pelayanan *integrated antenatal care* di Puskesmas.
3. Menganalisis pengaruh pelaksanaan *interprofessional collaboration practice* terhadap kualitas pelayanan *integrated antenatal care* di Puskesmas.
4. Mengidentifikasi hambatan dalam pelaksanaan *interprofessional collaboration practice* dalam pelayanan *integrated antenatal care* di Puskesmas.

1.5 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dan menjadi bahan masukan bagi pihak manajemen untuk menentukan strategi yang tepat, pemahaman diantara tenaga kesehatan mengenai pelaksanaan *interprofessional collaboration practice* dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan *integrated antenatal care* di Puskesmas.