



BUKU AJAR

IMPLEMENTASI PENDEKATAN INTERPROFESIONAL EDUCATION- COLLABORATIVE PRACTICE (IPE-CP) DALAM PEMBELAJARAN: TEORI DAN PRAKTEK

**MUCHSIN RIVIWANTO
EVINO SUGRIARTA
RENIDAYATI
GUSNEDI
RINA HASNIYANTI
WIDDEFRITA**

BUKU AJAR
IMPLEMENTASI PENDEKATAN INTERPROFESIONAL
EDUCATION-COLLABORATIVE PRACTICE (IPE-CP)
DALAM PEMBELAJARAN: TEORI DAN PRAKTEK

MUCHSIN RIVIWANTO
EVINO SUGRIARTA
RENIDAYATI
GUSNEDI
RINA HASNIYANTI
WIDDEFRITA



GETPRESS INDONESIA

BUKU AJAR
IMPLEMENTASI PENDEKATAN INTERPROFESIONAL EDUCATION-COLLABORATIVE
PRACTICE (IPE-CP) DALAM PEMBELAJARAN TEORI DAN PRAKTEK

Penulis : Muchsin Riviwanto

Evino Sugriarta

Renidayati

Gusnedi

Rina Hasniyanti

Widdefrita

ISBN : 978-623-125-503-7

Editor : Dr. Aidil Onasis, SKM, M.Kes

Penyunting : Mila Sari, S.Si

Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

PENERBIT GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah Padang Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id

email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Desember 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan kemudahan sehingga Tim penyusun dapat menyelesaikan buku implementasi pendekatan Interprofesional Education-Collaborative Practice (IPE-CP) dalam pembelajaran teori dan praktek

Tujuan dari penyusunan buku ini adalah memudahkan para dosen dan mahasiswa di lingkungan perguruan tinggi kesehatan untuk dapat melaksanakan capaian pembelajaran Interprofessional Education (IPE) pada mata kuliah yang ditentukan. Sehingga dengan IPE dapat menyiapkan lulusan yang unggul dengan kemampuan berkolaborasi dan berkomunikasi antar profesi kesehatan dengan baik. Keberhasilan penyusunan modul ini ini tentunya didukung oleh berbagai pihak yang meliputi Pimpinan perguruan tinggi kesehatan , dosen Penanggung jawab mata kuliah IPE dan Mahasiswa serta Pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Untuk itu, Tim penyusun mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan baik secara moril ataupun material sehingga Rancangan dan modul ini berhasil disusun. Rancangan dan modul yang ada di hadapan pembaca ini tentu tidak luput dari kekurangan. Selalu ada celah untuk perbaikan. Sehingga, kritik, saran serta masukan dari pembaca sangat terbuka dan sangat diharapkan sehingga Rancangan pembelajaran IPE CP ini bisa semakin baik dan lengkap.

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR TABEL.....	v
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang	1
B. Kebijakan dan Dasar Hukum	2
C. Kompetensi Interprofessional Education (IPE)	3
BAB II RANCANGAN PEMBELAJARAN IPE	5
A. Metode Pembelajaran.....	5
B. Materi Pembelajaran IPE-CP	5
C. Beban Pembelajaran IPE	5
D. Evaluasi Pembelajaran IPE	7
E. Sarana Prasarana IPE-CP.....	7
F. Kompetensi Dosen/ Fasilitator IPE.....	7
BAB III KONSEP DASAR PENDIDIKAN ANTAR PROFESI	16
A. Konsep Pendidikan Antar Profesi.....	16
B. Tujuan Dan Kompetensi IPE.....	18
C. Keuntungan.....	19
D. Langkah-Langkah.....	20
BAB IV ETIKA PROFESI	21
A. Konsep Etika.....	21
B. Mengenal Kode Etik Berbagai Profesi Kesehatan di Indonesia	21
C. Menghormati Keragaman Budaya Pemberi dan Penerima Layanan Kesehatan	35
D. Permasalahan Etika Profesi Kesehatan	36
E. Dilema etik dan pengambilan keputusan.	38
F. Penerapan kode etik profesi dalam kerjasama tim kesehatan	43
G. Menerapkan nilai-nilai kejujuran dan integritas tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan	47
H. Profesional dan professionalism pemberi layanan kesehatan	51
I. Etika hubungan tim profesi.....	56

J. Pemecahan Masalah Kesehatan Berdasarkan Etika	62
BAB IV PERAN DAN TANGGUNGJAWAB INTERPROFESIONAL	63
BAB V KEPEMIMPINAN ORGANISASI DAN TIM IPE.....	65
A. Kepemimpinan organisasi.....	65
B. Iklim dan Budaya	65
C. IKLIM ORGANISASI	70
D. Fungsi Kepemimpinan	72
E. Hambatan kepemimpinan organisasi.....	73
F. Personal power	75
BAB VI MEMBANGUN TEAMWORK DALAM KOLABORASI PROFESI	77
A. Teori Teamwork.....	77
B. Karakteristik kelompok dan Tim.....	77
C. Tahap pembentukan tim	79
D. Dinamika kelompok	80
E. Manajemen konflik.....	81
F. Optimalisasi Peran dan fungsi kerja tim.....	83
G. Teknik diskusi yang efektif dalam tim.....	84
BAB VII KOMUNIKASI INTERPROFESI	88
A. Definisi Komunikasi Interprofesi	88
B. Manfaat komunikasi interprofesi	89
C. Faktor yang mempengaruhi komunikasi interprofesi	89
D. Hambatan Komunikasi Interprofesi.....	90
E. Teknik Komunikasi efektif Interprofesi.....	91
F. Upaya meningkatkan kemampuan komunikasi interprofesi.....	91
BAB VII PEMECAHAN MASALAH DENGAN PENDEKATAN ADIME	94
A. Konsep ADIME.....	94
B. <i>Problem Solving Cycle</i> dengan Pendekatan ADIME	95
BAB VI PENGEMBANGAN SKENARIO KASUS KOMUNITAS.....	101
A. Latar Belakang.....	101
B. Pengembangan Skenario Kasus Komunitas Pada Pembelajaran IPE-CP	102
C. Penutup.....	109
DAFTAR PUSTAKA.....	110
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Model IPE-CP PKL Terpadu	95
--	----

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Capaian Pembelajaran mata kuliah IPE-CP	6
Tabel 2. Rancangan Pembelajaran <i>IPE-CP</i> Prodi D3	8
Tabel 3. Contoh Kebutuhan data untuk <i>Community assessment</i>	95
Tabel 4. Contoh Rumusan masalah (diagnosis) Kejadian atau risiko terjadinya stunting.....	99
Tabel 5. Contoh Kasus atau Pemicu Komunitas.....	104
Tabel 6. Skenario/Pemicu.....	105

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Pendidikan merupakan kunci untuk mengembangkan dan mengubah metode-metode serta kualitas dari pelayanan kesehatan. Interprofessional Education (IPE) merupakan salah satu konsep pendidikan yang disampaikan WHO (World Health Organization) sebagai pendidikan yang terintegrasi untuk peningkatan kemampuan berkolaborasi. Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) menyebutkan bahwa IPE terjadi ketika dua atau lebih profesi kesehatan belajar bersama, saling belajar dari profesi kesehatan yang lainnya, dan berusaha mempelajari peran masing-masing profesi kesehatan untuk meningkatkan kemampuan kolaborasi dan kualitas pelayanan kesehatan yang prima (Dreier-wolfgramm et al., 2016).

Pendidikan Interprofesional digunakan untuk menyiapkan mahasiswa profesi kesehatan untuk bekerja dan berkomunikasi secara efektif dalam tim dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan serta keselamatan selama melakukan pelayanan kesehatan. IPE bertujuan untuk menghasilkan profesi kesehatan dengan pengetahuan, sikap dan ketrampilan yang sesuai dengan praktik kolaborasi interprofessional (Claramita et al., 2019). Menurut hasil survei WHO pada 42 Negara, implementasi IPE pada rancangan pendidikan berhasil mempengaruhi kolaborasi mahasiswa berbagai profesi kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan secara bersama-sama dengan profesi kesehatan lain dan tetap memerankan diri sesuai dengan profesi kesehatan masing-masing. Keberhasilan ini merupakan langkah yang baik untuk diterapkan dalam perawatan klien yang sebenarnya sehingga klien mendapatkan pelayanan optimal sesuai dengan masalah kesehatannya, mencapai kepuasan yang tinggi. Keberhasilan ini mendorong berbagai negara mengembangkan Interprofessional practice dan education (Dreier-wolfgramm et al., 2016).

Implementasi IPE di tahap awal pendidikan dianggap memiliki kelebihan karena identitas profesi belum terbentuk sempurna sehingga pengalaman belajar bersama akan menumbuhkan sikap saling menghargai dan rasa kesetaraan antarprofesi. Sebaliknya, implementasi IPE di tahap akhir pendidikan memiliki kelebihan dalam hal kejelasan peran dan tanggung jawab masing-masing profesi yang dibutuhkan dalam sebuah tim yang fungsional. Terdapat empat aspek kompetensi utama yang ingin dicapai dalam IPE, yaitu nilai/etika, peran/tanggung jawab profesi, komunikasi, dan kerja tim. Untuk mencapai kompetensi-kompetensi tersebut, berbagai metode pembelajaran dapat digunakan, sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan di masing-masing institusi. Namun demikian, institusi pendidikan kesehatan yang ada di Indonesia tidak semuanya mampu untuk mengimplementasikan IPE di dalam rancangannya. Kendala terkait tenaga pengajar, sarana dan prasarana, serta pembiayaan dan jadwal belajar yang berbeda di antara program studi adalah beberapa contoh tantangan implementasi IPE. Karena itu, perlu adanya pengenalan metode dan model pembelajaran interprofesi yang mampu dilaksanakan dalam setting ekstrakurikuler dengan memanfaatkan jejaring organisasi mahasiswa dan profesional muda.

Rancangan pembelajaran IPE merupakan rencana tertulis yang disusun guna memperlancar proses belajar-mengajar. Hal ini sesuai dengan rumusan pengertian rancangan yang tertera dalam Undang-undang No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional: "Rancangan adalah seperangkat rencana dan pengaturan mengenai tujuan, isi dan bahan pelajaran serta cara yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan kegiatan Pembelajaran untuk mencapai tujuan pendidikan tertentu". Disamping itu dalam persiapan rancangan IPE diperlukan adanya modul untuk pedoman mahasiswa dalam belajar mandiri mempersiapkan pembelajaran yang akan dilaksanakan..

B. Kebijakan dan Dasar Hukum

1. Kebijakan

Kebijakan penyelenggaraan *IPE-CP* di Poltekkes Kemenkes mengacu kepada Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia alinea ke-empat Pembukaan UUD Negara RI dan Pasal 28 C pasal 1 (perubahan kedua, 2002), dan peraturan perundangan lainnya yang mengatur tentang Pendidikan Tinggi.

Poltekkes Kemenkes menyusun kebijakan penyelenggaraan pembelajaran *Interprofessional Education (IPE)* melalui kebijakan Direktur dalam penyelenggaraan pembelajaran, rencana strategis, dan operasional dengan memperhatikan dasar hukum yang ada. Kebijakan tersebut harus dapat diakses oleh sivitas akademika dan pemangku kepentingan, serta dapat dijadikan pedoman bagi program studi dalam melaksanakan program pembelajaran.

2. Dasar Hukum

- a. Undang-Undang RI Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
- b. Undang-Undang RI Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
- c. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
- d. Peraturan Pemerintah RI Nomor 4 Tahun 2014 tentang penyelenggaraan Perguruan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
- e. Permendikbud Nomor 109 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaran Pendidikan Jarak Jauh Pada Pendidikan Tinggi;
- f. Permendikbud Nomor 87 tahun 2014 tentang Akreditasi Program Studi dan Organisasi Pendidikan Tinggi;
- g. Permendikbudristek Nomor 53 tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan tinggi
- h. Permenristekdikti Nomor 3 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
- i. Surat Keputusan Kemendikbud Nomor 355/E/O/2012 tanggal 10 Oktober 2012 tentang Alih Bina Penyelenggaraan Program Studi pada Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan dari Kementerian Kesehatan kepada Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.

C. Kompetensi Interprofessional Education (IPE)

Kompetensi Interprofessional Education (IPE) merupakan praktik kolaborasi antara dua atau lebih profesi kesehatan yang saling mempelajari peran masing-masing profesi kesehatan dan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kolaborasi dan kualitas pelayanan Kesehatan. Implementasi Mata kuliah IPE di bidang kesehatan dilaksanakan kepada mahasiswa Poltekkes kemenkes bertujuan untuk menanamkan kompetensi-kompetensi IPE sejak dini dengan retensi bertahap, sehingga ketika mahasiswa berada di lapangan diharapkan dapat mengutamakan keselamatan pasien,

klien dan masyarakat dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bersama profesi kesehatan yang lain. Kelompok kompetensi yang ingin dicapai dalam pembelajaran Mata Kuliah IPE adalah kemandirian mahasiswa, kemampuan bekerjasama, pemahaman antar profesi, saling menghargai dan komunikasi efektif. Implementasi Mata Kuliah IPE dalam rancangan Poltekkes kemenkes memiliki tiga fokus , yaitu :

- a. Pertama, peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan sikap mahasiswa dalam praktik kolaborasi antar profesi kesehatan.
- b. Kedua, berfokus pada pembelajaran tentang bagaimana menciptakan kolaborasi yang efektif dalam sebuah tim.
- c. Ketiga, menciptakan kerjasama yang efektif untuk meningkatkan kualitas pelayanan terhadap pasien.

Kompetensi yang diharapkan dimiliki oleh mahasiswa dengan metode pembelajaran IPE adalah kemampuan untuk mengembangkan kompetensi yang diperlukan untuk berkolaborasi. yaitu:

- a. Memahami peran, tanggung jawab dan kompetensi profesi lain dengan jelas,
- b. Bekerja dengan profesi lain untuk memecahkan konflik dalam memutuskan perawatan dan pengobatan pasien,
- c. Bekerja dengan profesi lain untuk mengkaji, merencanakan, dan memantau perawatan pasien,
- d. Mengtoleransi perbedaan kesalahpahaman dan kekurangan profesi lain,
- e. Memfasilitasi pertemuan interprofesional
- f. Memasuki hubungan saling tergantung dengan profesi kesehatan lain.

BAB II

RANCANGAN PEMBELAJARAN IPE

A. Metode Pembelajaran

Metode Pembelajaran IPE-CP Poltekkes Kemenkes dapat meningkatkan keterampilan komunikasi dan bekerja sama dalam tim yang merupakan kompetensi utama dalam praktik kolaborasi antar profesi kesehatan. Metode pembelajaran yang dapat dilakukan dalam IPE adalah tutorial *small group discussion/problem based learning*, praktikum/simulasi, interaktif di kelas, kerja lapangan / *community based learning*.

B. Materi Pembelajaran IPE-CP

Materi pembelajaran IPE-CP merupakan salah satu faktor penting yang akan menentukan keberhasilan pembelajaran IPE. Topik pembelajaran pada IPE yang direkomendasikan yakni mengenai peran, tanggung jawab dan profesionalisme. Ilmu komunikasi kesehatan menjadi topik yang menarik untuk dibahas dalam IPE agar mahasiswa dapat terlatih untuk menggunakan pola komunikasi yang baik dan efektif kepada pasien, sejawat dan profesi kesehatan lainnya.

C. Beban Pembelajaran IPE

Pembelajaran IPE=CP Poltekkes Kemenkes memiliki peran dan tanggung jawab untuk memberikan pendidikan bagi mahasiswa kesehatan dengan kompetensi layanan berbasis tim. Hal tersebut akan mempengaruhi output dalam pembelajaran IPE=CP tersebut. Untuk implementasi pembelajaran teori akan dilaksanakan pada semester dan praktek pada semester akhir setiap tahun akademik.

Tabel 1. Capaian Pembelajaran mata kuliah IPE-CP

NO	SUB CP MK (SEBAGAI KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN)	BAHAN KAJIAN MATERI PEMBELAJARAN	WAKTU
1	Mhs mampu menganalisis , menilai dan mempersepsikan Konsep dasar Interprofesional Education (IPE)	1. Definisi IPE 2. Tujuan IPE 3. Elemen kolaborasi 4. Model-model kolaborasi 5. Kompetensi kolaborasi 6. Hubungan Sosial, Pemahaman terhadap orang lain. dan Hubungan antar manusia.	T=100'
2	Mhs mampu menganalisis mengelola dan menyesuaikan proses komunikasi efektif pada kolaborasi antar profesi	1. Definisi komunikasi efektif 2. Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi efektif 3. Teknik dasar komunikasi efektif 4. Metode komunikasi	T=100'
3	Mahasiswa memapu menganalisis mengelola dan menyesuaikan kepemimpinan organisasi sesuai karakteristik	1. Kepemimpinan organisasi 2. Iklim dan budaya organisasi 3. Fungsi kepemimpinan 4. Hambatan kepemimpinan organisasi 5. Personal power 6. Pencatatan dan pelaporan terintegrasi antar profesi	T=100'
4	Mahasiswa mampu menganalisis dan melakukan pengelolaan team dan team work secara tepat	1. Teori pembentukan tim 2. Karakteristik kelompok 3. Tahap pembentukan tim 4. Dinamika kelompok 5. Manajemen konflik 6. Optimalisasi fungsi kerja tim 7. Teknik diskusi yang efektif dalam tim 8. Hak dan kewajiban dalam tim kolaborasi	T=100'
5	Mhs mampu menganalisis dan menerapkan etika dan profesionalisme profesi secara tepat	1. Undang-undang Praktek Kedokteran 2. Undang-undang nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan 3. Undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan 4. Undang-undang nomor 26 tahun 2013 tentang Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi 5. Permasalahan dasar etika kesehatan 6. Peran organisasi profesi dalam profesi 7. Etika hubungan tim profesi 8. Menunjukkan standar perilaku, etika dan kualitas dalam memberikan pelayanan berbasis tim 9. Mengelola dilema etik tertentu pada pasien/klien yang menerima pelayanan berbasis kolaborasi interprofessional 10. Mempertahankan kompetensi spesifik profesinya dalam lingkup praktik yang relevan	T=100'
6	Pemecahan masalah kesehatan dengan pendekatan Skenario IPE		T=100'

D. Evaluasi Pembelajaran IPE

Evaluasi Pembelajaran Mata Kuliah IPE=CP meliputi : capaian kompetensi, kemampuan komunikasi dan kemampuan bekerja tim. Indikator keberhasilan IPE menurut mahasiswa maupun dosen adalah tercapainya kompetensi mahasiswa baik itu kompetensi mandiri profesi maupun kompetensi kolaboratif, terdapat standar pelaksanaan program dan evaluasi program, evaluasi yang jelas dan terukur, terciptanya pembelajaran terintegrasi, dan keterlibatan mahasiswa dalam evaluasi program. Penilaian hasil dari pengalaman pembelajaran IPE dapat dilihat melalui pemahaman tentang sikap berkolaborasi dan peran masing-masing profesi, sehingga dapat dilakukan penilaian persepsi pasien dan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan tim pelayanan kesehatan IPE_CP. Keberhasilan pembelajaran IPE dapat dinilai melalui respon masyarakat yang menilai bagaimana persepsi mereka terhadap kolaborasi pelayanan kesehatan tersebut.

E. Sarana Prasarana IPE-CP

Sarana Prasarana IPE mempengaruhi keberhasilan pembelajaran mata kuliah IPE-CP. Sarana prasarana yang diperlukan dalam IPE adalah ruang tutorial, ruang kelas, LCD, dan flipchart dan internet.

F. Kompetensi Dosen/ Fasilitator IPE

Kompetensi Dosen/ Fasilitator IPE-CP Tujuan akhir pada pembelajaran IPE-CP adalah mengharapkan mahasiswa mampu mengembangkan kompetensi yang diperlukan untuk berkolaborasi. Bagi dosen, kompetensi IPE-CP untuk mengajarkan dan memfasilitasi kelompok pembelajaran interprofessional mutlak diperlukan. Dosen yang ideal dalam pelaksanaan IPE yang paling banyak dikemukakan baik dosen maupun mahasiswa adalah

- Mampu menggali kemampuan mahasiswa
- Pernah mengikuti pelatihan IPE
- Mampu mengarahkan pada trigger
- dosen yang memahami IPE.

Tabel 2. Rancangan Pembelajaran IPE-CP Prodi D3

	Domain	pokok bahasan	Sub pokok bahasan	Durasi	Metode pembelajar an	Media pembelajar an	Penilaian Keterlibat an
1	Konsep dasar IPE dan IPC	Konsep dasar Interprofesio nal	1. Pengertian IPE	2 x50'	Tutorial /ceramah	PPT dan kasus	Uniprofesio nal
			2. Tujuan IPE				
			3. Domain IPE				
			4. Paradigma patient center care				
2	Konsep dasar IPE dan IPC	Konsep dasar Interprofesio nal	1. Pengertian kolaborasi	2 x170'	Ceramah, Diskusi, PBL, Case studi	PPT dan kasus	Uniprofesio nal
			2. Model-model kolaborasi				
			3. Kompetensi kolaborasi				
3	Konsep dasar IPE dan IPC	Hubungan antar manusia	4. Hubungan Sosial, Pemahaman terhadap orang lain dan Hubungan antar manusia	2 x170'	Ceramah, Diskusi, PBL, Case studi	PPT dan kasus	Uniprofesio nal
4	Komunikasi Efektif interpersonal	Komunikasi interpersona l	1. Pengertian dan tujuan komunikasi efektif antar profesi	2 x50'	Tutorial /ceramah	PPT dan kasus	Uniprofesio nal
			2. Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi efektif antar profesi				
5	Komunikasi Efektif interpersonal	Komunikasi interprofesio nal	1. Teknik dasar komunikasi efektif antar profesi	2 x170'	Ceramah, Diskusi, PBL, Case studi	PPT dan kasus	Uniprofesio nal
			2. Metode komunikasi efektif antar profesi				
6	Kepemimpi nan organisasi	kepemimpin an organisasi dalam interprofesio nal	1. Kepemimpinan organisasi antar profesi	2 x50'	Tutorial /ceramah	PPT dan kasus	Uniprofesio nal
			2. Iklim dan budaya organisasi antar profesi				
			3. Fungsi kepemimpinan antar profesi				
			4. Hambatan kepemimpinan organisasi antar profesi				
			5. Personal power				
7	Etika Profesi	Dasar organisasi Profesi	1. Undang-undang Praktek Kedokteran	2 x50'	Tutorial /ceramah	PPT dan kasus	Uniprofesio nal

	Domain	pokok bahasan	Sub pokok bahasan	Durasi	Metode pembelajar	Media pembelajar	Penilaian Keterlibatan
			2. Undang-undang nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan				
			3. Undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan				
			4. Undang-undang nomor 26 tahun 2013 tentang Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi				
			5. Permasalahan dasar etika kesehatan				
			6. Peran organisasi profesi dalam profesi				
8	Etika Profesi	Etika kesehatan antar profesi	1. Etika hubungan tim profesi	Tutorial /ceramah	Tutorial /ceramah	PPT dan kasus	Uniprofesional
			2. Menunjukkan standar perilaku, etika dan kualitas dalam memberikan pelayanan berbasis tim				
			3. Mengelola dilema etik tertentu pada pasien/klien yang menerima pelayanan berbasis kolaborasi interprofesional				
			4. Mempertahankan kompetensi spesifik profesinya dalam lingkup praktik yang relevan				
9	Team work	Konsep dasar Team work dalam interprofesional	1. Teori pembentukan tim	2 x50'	Tutorial /ceramah	PPT dan kasus	Uniprofesional
			2. Karakteristik kelompok				
			3. Tahap pembentukan tim				
			4. Hak dan kewajiban dalam tim kolaborasi				
10	Team work	Manajemen konflik	1. Manajemen konflik	2 x50'	Tutorial /ceramah	PPT dan kasus	Uniprofesional
			2. Optimalisasi fungsi kerja tim				
11	Team work	Teknik Diskusi	1. Teknik diskusi yang efektif dalam tim	2 x170'	Ceramah, Diskusi, PBL, Case studi	PPT dan kasus	Uniprofesional
			2. Dinamika kelompok				
12	Patient Centered care	Penyelesaian kasus	Penyelesaian kasus kesehatan berbasis pasien dan komunitas	2x170'	PKL	Scenario	Uniprofesional
13	Patient Centered care	Perencanaan dan pemberian pelayanan	Perencanaan dan Pemberian pelayanan pasien/klien/keluarga/komunitas antar profesi	2x170'	PKL	Scenario	Uniprofesional

	Domain	pokok bahasan	Sub pokok bahasan	Durasi	Metode pembelajaran	Media pembelajaran	Penilaian Keterlibatan
14	Patient Centered care	partisipasi dan kerjasama	Partisipasi dan keterlibatan pasien/klien dan keluarga, atau perwakilan komunitas dalam pelayanan kesehatan.	2x170'	PKL	Scenario	Uniprofesional
		jam teori dan Praktek		T=14 x 50'			
				P=14 x 170'			

A. Deskripsi Singkat

Mahasiswa Poltekkes dituntut untuk memiliki kemampuan melakukan praktik antarprofesi di tatanan nyata. Kemampuan praktik pendidikan antarprofesi diwujudkan dengan implementasi langsung pada pembelajaran antarprofesi yang melibatkan peserta didik dari beberapa profesi yang berbeda di tatanan nyata sehingga mampu berkontribusi dalam pencapaian pelayanan kesehatan yang bermutu melalui pendidikan antarprofesi di berbagai Institusi pelayanan kesehatan. Untuk mewujudkan kemampuan tersebut diperlukan suatu tuntunan dalam bentuk pembuatan modul yang komprehensif, meliputi peningkatan pengetahuan secara keilmuan (kognitif) tentang konsep dasar Kolaborasi Antarprofesi, serta dapat mengaplikasikan pengetahuan tersebut dalam bentuk praktek lapangan kerja terpadu (PKL-T) Poltekkes Kemenkes.

Kolaborasi adalah hubungan kerja diantara tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan Kesehatan kepada masyarakat yaitu pasien atau klien dengan pendekatan siklus pemecahan masalah rangkaian kegiatan melalui diskusi melalui identifikasi masalah, perumusan masalah, penrencanaan dan intervensi, monitoring dan evaluasi terhadap Tema ataupun Topik yang ditemukan.

Proses Kolaborasi ini menuntut kemampuan individu dalam pelayanan dalam konsultasi berupa komunikasi sesuai tanggung jawab profesi sesuai kompetensi . Apapun bentuk dan tempatnya, kolaborasi meliputi pertukaran pandangan atau ide yang memberikan perspektif kepada seluruh kolaborator. Kolaborasi tidak bisa terbentuk dengan sendirinya dalam sebuah organisasi. Maka dari itu Dibutuhkan faktor-faktor tertentu untuk memunculkannya. Walaupun pada kenyataanyamasih sangat sulit dan merupakan tantangan tersendiri untuk Karena setiap profesi dalam sebuah tim

memiliki standar dan budaya profesional tersendiri. Kolaborasi yang efektif mencakup penerapan strategi dimana setiap profesi yang berbeda budayanya berkerjasama dalam satu tim untuk mencapai tujuan yang sama dalam menerapkan kolaborasi pelayanan

B. Capaian pembelajaran

Mahasiswa mampu menjelaskan, memilih dan menganalisis untuk mempersepsikan konsep dasar kolaborasi antar profesi

1. Tujuan Pembelajaran

a. Tujuan Umum

Mampu menjelaskan, memilih dan menganalisis untuk mempersepsikan Konsep dasar Kolaborasi Antar profesi

b. Tujuan Khusus

- 1) Mahasiswa dapat menjelaskan dan mempersepsikan konsep dasar Kolaborasi antar profesi dengan baik dan benar
- 2) Mahasiswa dapat menjelaskan defenisi Konsep Dasar Kolaborasi
- 3) Mahasiswa dapat menguraikan Alasan atau Latar Belakang Adanya Kolaborasi
- 4) Mahasiswa mampu menjelaskan Hakikat Kolaborasi
- 5) Mahasiswa dapat menguraikan Pentingnya Kolaborasi
- 6) Mahasiswa mampu mempersepsikan Manfaat Berkolaborasi
- 7) Mahasiswa mampu memilih Bentuk Dan Tempat Kolaborasi
- 8) Mahasiswa dapat menerapkan Nilai – nilai Kolaborasi

C. Pokok Bahasan Dan Subpokok Bahasan

1. Konsep Dasar Kolaborasi
2. Alasan atau Latar Belakang Adanya Kolaborasi
3. Hakikat Kolaborasi
4. Pentingnya kolaborasi
5. Manfaat kolaborasi
6. Bentuk dan Tempat Kolaborasi.
7. Nilai – nilai Kolaborasi

a. Bahan Belajar

- Literasi Pembelajaran Kolaborasi
- Audio Visual Konsep Dasar Pembelajaran Kolaborasi
- Pemicu dari laporan kasus dasar kolaborasi antar profesi.

b. Metode Pembelajaran

- o Ice breaking activity
- o Pemutaran Video dan diskusi refleksi
- o Presentasi hasil diskusi pada pertemuan I
- o Role play/permainan peran (Project-based learning)
- o Diskusi kelompok besar
- o Refleksi

c. Rincian kegiatan

Waktu	Kegiatan
10 menit	Pembukaan dan ice breaking activity
15 menit	Pemutaran video dan diskusi refleksi
30 menit	Presentasi hasil diskusi pada pertemuan I
15 menit	Role play/permainan peran (project-based learning)
20 menit	Diskusi kelompok besar
10 menit	Refleksi

a. Ice breaking activity

Judul	Merangkai rantai profesi
Tujuan kegiatan	Mengembangkan kebersamaan dalam tim melalui kegiatan “chain game”
Bahan yang dibutuhkan	Keras origami 8 warna, gunting, staples kecil
Cara bermain chain game	1. Peserta/mahasiswa diberikan paket yang berisi kertas origami, gunting, dan staples 2. Langkah 1: Seorang mahasiswa akan ditunjuk untuk membuat rantai satu warna dari kertas origami selama 5 menit. Setelah 5 menit, hitung berapa rangkaian rantai yang terbentuk. Mahasiswa yang lain hanya mengamati dan tidak boleh membantu\ 3. Langkah 2: Enam (6) orang mahasiswa diminta untuk membuat rantai 4 warna dari kertas origami dengan HANYA MENGGUNAKAN TANGAN KANAN selama 5 menit. Setelah 5 menit, hitung berapa rangkaian rantai yang terbentuk. Mahasiswa yang

	lain hanya mengamati dan tidak boleh membantu 4. Langkah 3: Seluruh mahasiswa dalam kelompok diminta <i>untuk membuat rantai 8 warna dari kertas origami</i> dengan KEDUA BELAH TANGAN selama 5 menit. Setelah 5 menit, hitung berapa rangkaian rantai yang terbantuk
Diskusi refleksi	Setelah kegiatan selesai, fasilitator meminta mahasiswa untuk menyampaikan: 1. Makna permainan tersebut 2. Kesulitan dalam melakukan permainan tersebut 3. Kemudahan dalam melakukan permainan tersebut. 4. Fasilitator, khusus, meminta mahasiswa yang melakukan Langkah 1 dan Langkah 2 pengalamannya dibandingkan dengan Langkah 3

b. Pemutaran film atau video

Interprofessional Clinical Learning Unit

Durasi: 2 menit 52 detik. Sumber

: <https://www.youtube.com/watch?v=8XOTX0V9NDQ>

Video ini menunjukkan masalah yang muncul pada praktik sehari-hari akibat kurangnya kerjasama tim

Just A Routine Operation

Durasi: 13 menit 55 detik.

Sumber: <http://www.youtube.com/watch?v=JzlvgtPl0f4>

Video menampilkan penuturan seorang pilot yang kehilangan isterinya pada sebuah operasi sinus rutin, akibat kurangnya kerja sama di antara tim kesehatan yang bertugas. Sang pilot kemudian menjelaskan bagaimana ia dan tim yang bekerja di bidang penerbangan mencegah terjadinya kecelakaan pesawat, agar dapat menjadi pembelajaran bersama.

Interprofessional Competency: Collaboration

Durasi: 2 menit 20 detik.

Sumber: http://www.youtube.com/watch?v=a5VW_k43C3I

Video ini menunjukkan masalah yang muncul pada praktik sehari-hari akibat kurangnya kolaborasi antara tim kesehatan, dan bagaimana penerapan kolaborasi dapat menyelesaikan masalah tersebut.

Setelah pemutaran video, peserta diajak berdiskusi dengan beberapa pertanyaan pemicu, antara lain:

1. Setelah melihat video-video tadi, apa pendapat Anda?
2. Apa yang Anda pelajari dari video-video tadi?
3. Apakah masalah-masalah yang ada di video pernah Anda temui dalam praktik atau pendidikan sehari-hari, atau pernah dengar dari kerabat Anda?
4. Apakah kolaborasi yang ada di video pernah Anda temui dalam praktik atau pendidikan sehari-hari, atau Anda pernah dengar dari kerabat Anda?
5. Apakah kolaborasi interprofesi mungkin dilakukan di Indonesia? Mengapa?
6. Apakah kolaborasi interprofesi menguntungkan bagi pasien? Mengapa?
7. Apakah kolaborasi interprofesi menguntungkan bagi tenaga kesehatan? Mengapa?
8. Apakah kolaborasi interprofesi terlalu merepotkan dan memakan waktu? Bagaimana solusinya?
9. Apa syarat agar kolaborasi seperti yang ada pada video dapat terlaksana dengan baik?
10. Mengapa pendidikan interprofesi perlu?

c. Diskusi Kelompok (DK)

- 1) Peserta dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil .
- 2) Pembentukan tim diatur oleh fasilitator, dan peserta akan dibagi secara acak dari berbagai jurusan

- 3) Pembagian tim dan penjelasan mekanisme akan dipimpin oleh seorang moderator. Setiap tim akan mempelajari sebuah kasus kompleks dan mereka dituntut untuk menyiapkan rencana kerja dari kasus tersebut.
- 4) Mahasiswa akan mempresentasikan rencana kerja yang telah mereka susun kepada peserta lain.
- 5) Setiap tim memiliki waktu presentasi masing-masing 10 menit. Setelah semua tim selesai presentasi, umpan balik diberikan oleh seorang fasilitator.
- 6) Diskusi kelompok yang dilakukan menggunakan langkah Branda yaitu :
 - (a) Identifikasi masalah yang terdapat pada pemicu. Istilah yang tidak jelas diklarifikasi.
 - (b) Analisis masalah, yaitu dengan membuat peta konsep (concept map) yang dapat menguraikan kemungkinan faktor penyebabnya
 - (c) Penyusunan pertanyaan yang berkaitan dengan tiap faktor penyebab yang memerlukan penjelasan, yang dilanjutkan dengan membuat hipotesis yang sesuai
 - (d) Menetapkan ilmu pengetahuan yang diperlukan untuk menjawab tiap pertanyaan.
 - (e) Menjawab pertanyaan yang sudah dapat dijawab langsung berdasarkan pengetahuan yang sudah dimiliki.
 - (e) Untuk pertanyaan yang belum diketahui jawabannya, dilakukan identifikasi sumber pembelajaran yang sesuai.

BAB III KONSEP DASAR PENDIDIKAN ANTAR PROFESI

A. Konsep Pendidikan Antar Profesi

Sistem kesehatan dan sistem pendidikan tidak bisa berdiri sendiri, sistem pendidikan memberikan input pada sistem kesehatan sebagai pengguna lulusan. kualitas tenaga kesehatan yang dihasilkan akan mempengaruhi baik tidaknya pelayanan kesehatan. Sebaliknya sistem pendidikan dipengaruhi oleh sistem kesehatan misalnya kurikulum akan sangat dipengaruhi oleh kebutuhan kesehatan masyarakat saat ini. Kompetensi lulusan juga harus disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan dan kebijakan dibidang kesehatan saat ini. Untuk mencapai hal tersebut diperlukan dukungan pada sistem pendidikan yang mengimplementasikan pendidikan antar profesi tenaga kesehatan.

Kolaborasi antar profesi menjadi salah satu kompetensi bagi nakes agar dapat melakukan pelayanan kesehatan secara efektif dan efisien. Poltekkes Kemenkes mengembangkan pendidikan antar profesi atau Interprofesional Education (IPE) sebagai upaya dalam menyediakan lulusan yang mampu bekerja secara kolaborasi atau Interprofessional Collaboration (IPC). Interprofesi colaborasi practice (IPC) merupakan upaya pelayanan kesehatan yang diberikan secara bersama oleh beberapa profesi yang terfokus pada pasien. Sistem pelayanan kolaborasi dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, memperpendek masa rawat bahkan penurunan risiko kegagalan pelayanan kesehatan.

Pendidikan menjadi awal perubahan sistem pelayanan kesehatan praktik kolaborasi. Poltekkes Kemenkes dalam mengembangkan IPE sebagai bagian dari program pengembangan pendidikan.

Dalam perwujudan seluruh masyarakat memiliki akses untuk kebutuhan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif secara efektif dan efisien dari sasaran pembangunan kesehatan yaitu:

1. Meningkatnya status kesehatan gizi ibu dan anak
2. Meningkatnya pengendalian penyakit

3. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan
4. Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui KIS dan kualitas pengelolaan SJSN kesehatan
5. Terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin
6. Meningkatnya responsivitas sistem kesehatan

Perkembangan penyakit dan tuntutan konsumen terhadap sistem pelayanan kesehatan, mengharuskan perubahan paradigma pelayanan di RS. Dibutuhkan sistem pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas untuk itu diperlukan suatu sistem komunikasi dan informasi yang baik. Salah satu upaya yang dilakukan adalah perlunya suatu pelayanan kesehatan kolaborasi antar profesi. Dalam mewujudkan kolaborasi antara tenaga kesehatan dengan memperkenalkan praktik kolaborasi mulai dari pendidikan. Institusi pendidikan kesehatan perlu memahami kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan menyiapkan lulusan yang memenuhi karakter kolaborasi antar profesi.

Pelaksanaan pendidikan antar profesi atau yang lebih sering dikenal dengan IPE (*Interprofesional Education*) sudah menjadi kebutuhan institusi untuk membekali mahasiswa sebagai tenaga kesehatan profesional dan mampu berdaya saing global. IPE diperlukan untuk mencetak profesional kesehatan yang mampu berkolaborasi efektif dan bekerja sama yang baik dengan berbagai profesi Kesehatan. WHO (2012).

IPE adalah pendidikan yang terjadi pada dua atau lebih profesi yang belajar tentang, dari dan satu sama lain untuk mewujudkan kolaborasi kesehatan dan peningkatan kualitas pelayanan. Secara etimologi, *collaborative* berasal dari kata *co* dan *labor* yang mengandung makna sebagai penyatuan tenaga atau peningkatan kemampuan yang dimanfaatkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan atau yang telah disepakati bersama. Selanjutnya, kata kolaborasi sering kali digunakan untuk menjelaskan proses penyelesaian pekerjaan yang bersifat lintas batas, lintas sektor, lintas hubungan (O'Leary, 2010), ataupun lintas organisasi bahkan lintas negara sekalipun.

Secara lebih spesifik, kolaborasi merupakan kerja sama yang intensif untuk menanggulangi permasalahan kedua pihak secara bersamaan. risiko, pemenuhan

kebutuhan sumber daya, serta tanggung jawab dan balas jasa yang diharapkan oleh masing-masing anggota kelompok. , kolaborasi juga meliputi adanya keterlibatan dan proses pelibatan bersama bagi semua partisipan untuk menanggulangi masalah yang mereka hadapi. Dengan demikian, konsep kolaborasi itu juga berimplikasi terhadap terciptanya sikap saling percaya satu sama lain dalam segala situasi, waktu, kesempatan, serta upaya dan dedikasinya. Pada hakikatnya, kolaborasi itu merupakan pola hubungan yang rumit dan kompleks dengan berbagai konsekuensi yang timbul, baik konsekuensi yang bersifat materiel maupun yang bersifat imateriel. Oleh sebab itu, agar kolaborasi yang dibentuk dapat diselenggarakan secara optimal dan bisa berhasil dengan baik, sebelum agreement tentang kolaborasi itu dibuat, ada prasyarat umum yang terlebih dahulu harus ada kesepakatan dengan penuh kesadaran dan rendah hati agar mereka bisa saling berbagi antarpihak, tanpa ada pihak-pihak tertentu yang merasa terpaksa dan tertekan.

B. Tujuan Dan Kompetensi IPE

Tujuan pendidikan antar profesi adalah untuk mempersiapkan mahasiswa sebagai calon profesi tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan karakter kolaboratif positif antar profesi kesehatan untuk melakukan pelayanan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Terbentuk karakter kemampuan kolaboratif positif antar profesi kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan secara individu, keluarga, kelompok atau masyarakat. Kompetensi yang menjadi harapan atas IPE adalah kompetensi kolaborasi yaitu

1. Memahami peran dan tanggung jawab kompetensi profesi lain dengan jelas
2. Bekerja dengan profesi lain untuk memecahkan konflik dalam memutuskan perawatan dan pengobatan pasien
3. Kerja dengan profesi lain untuk mengkaji, merencanakan, dan memantau perawatan pasien
4. Menoleransi perbedaan, kesalahpahaman dan kekurangan profesi lain memfasilitasi pertemuan interprofesional dan memasuki hubungan saling tergantung dengan profesi kesehatan lain.

C. Keuntungan

Kontribusi berbagai disiplin ilmu ternyata memberi dampak positif dalam penyelesaian berbagai masalah kesehatan. *Collaborative practice* dapat meningkatkan 1) keterjangkauan serta koordinasi layanan kesehatan, 2) penggunaan sumber daya klinis spesifik yang sesuai, 3) outcome kesehatan bagi penyakit kronis, dan 4) pelayanan serta keselamatan pasien. Di samping itu, *collaborative practice* dapat menurunkan 1) total komplikasi yang dialami pasien, 2) jangka waktu rawat inap, 3) ketegangan dan konflik di antara pemberi layanan, 4) biaya rumah sakit, 5) rata-rata clinical error, dan 6) rata-rata jumlah kematian pasien.

Untuk menghasilkan kemampuan kolaborasi profesi maka penerapan pendidikan antar profesi harus diawali dari masa pendidikan profesi kesehatan pada semua tahapan pendidikan. *Interprofessional education* (IPE) harus menjadi bagian dari partisipasi dosen dan mahasiswa terhadap sistem pendidikan tinggi ilmu kesehatan. Dosen dan mahasiswa merupakan elemen penting dalam IPE serta modal awal untuk terjadinya *collaborative practice* di suatu negara. Oleh karena itu, sebagai sesuatu hal yang baru, IPE haruslah pertama-tama dipahami konsep dan manfaatnya oleh para dosen yang mengajar mahasiswa agar termotivasi untuk mewujudkan IPE dalam proses pendidikannya. Secara umum IPE mengandung beberapa elemen berikut, yang setidaknya harus dimiliki agar konsep pembelajaran ini dapat dilaksanakan dalam pendidikan profesi kesehatan di Indonesia yaitu kolaborasi, komunikasi yang saling menghormati, refleksi, penerapan pengetahuan dan keterampilan, dan pengalaman dalam tim interprofesional.

Konsep inilah yang seharusnya ditanamkan oleh dosen kepada mahasiswa sejak awal proses pendidikan. Untuk mampu terlibat dalam IPE dalam pendidikan kesehatan di Indonesia, dosen setidaknya memahami elemen-elemen yang diperlukan dalam pelaksanaan IPE sehingga mampu membekali dirinya dengan elemen-elemen tersebut. Formulasi dalam mendemonstrasikan seperti apakah pendidikan, yang mengarahkan pada praktik interprofessional tidak hanya sebagai tempat potensial untuk meredakan stress tapi juga meningkatkan pelayanan pasien. Pelayanan kesehatan dengan pembelajaran IPE memberikan hasil yang pelayanan komprehensif, kesinambungan perawatan, komunikasi tim – pasien, dan kolaborasi tim.

D. Langkah-Langkah

Langkah-langkah pelaksanaan pendidikan antar profesi yang dilaksanakan oleh berbagai Institusi pendidikan yang telah menerapkan IPE sangat bervariasi. Secara umum langkah-langkah penerapan IPE dapat mengacu pada permodelan untuk mendesain suatu kegiatan dalam mencapai tujuan. Berikut model penerapan yang diterapkan adalah:

1. Pengkajian
2. Perancangan
3. Realisasi
4. Tes atau evaluasi
5. Implementasi

Pengkajian dimaksudkan untuk mencari gambaran fakta sebagai dasar penerapan suatu pembelajaran baru dari penerapan IPE, ini dapat berupa identifikasi persepsi public terkait obyek. Perancangan ditujukan untuk merancang suatu proyek penerapan IPE dalam pewujudan tujuan Institusi. Realisasi dapat berupa uji coba rancangan yang telah dibuat. Evaluasi ditujukan untuk menilai efektifitas, untung-ruginya, kelemahan-kelebihan rancangan yang diterapkan. Dan tahapan Implementasi adalah penerapan baku dari model yang dikembangkan

BAB IV

ETIKA PROFESI

A. Konsep Etika

Materi ini mengembangkan kemampuan mahasiswa untuk dapat bekerja dengan individu dari profesi lain untuk menjaga iklim saling menghormati nilai-nilai bersama dalam memberikan layanan kesehatan. Dalam materi ini dibahas Kode Etik Berbagai Profesi Kesehatan di Indonesia, menghormati keragaman budaya pemberi dan penerima layanan kesehatan, berbagai issue dalam penerapan etika profesi kesehatan, Dilema etik dan pengambilan keputusan, penerapan kode etik profesi dalam kerjasama tim kesehatan, menerapkan nilai-nilai kejujuran dan integritas tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan, profesional dan professionalism pemberi layanan kesehatan, perilaku bekerja tim pemberi pelayanan kesehatan serta ttika hubungan tim profesi.

B. Mengenal Kode Etik Berbagai Profesi Kesehatan di Indonesia

Setiap profesi pasti ada kode etiknya dan yang menentukan kode etik tersebut adalah profesi itu sendiri. Sebagai profesi kita sebaiknya mengenal juga kode etik profesi kesehatan lainnya, karna tenaga kesehatan bekerja dalam satu tim. Dilingkungan Poltekkes Kemenkes ada berbagai profesi kesehatan yang sudah memiliki kode etik profesinya. Profesi tersebut adalah Perawat, bidan, Sanitarian, ahli gizi, terapist gigi dan promotor kesehatan. dll Berikut diperkenalkan kode etik dari masing masing profesi tersebut.

1. Kode Etik Keperawatan Indonesia

Kode etik Adalah pernyataan standar profesional yang digunakan sebagai pedoman perilaku dan menjadi kerangka kerja untuk membuat keputusan. Aturan yang berlaku untuk seorang perawat Indonesia dalam melaksanakan tugas/fungsi perawat adalah kode etik perawat nasional Indonesia, dimana seorang perawat selalu berpegang teguh terhadap kode etik sehingga kejadian pelanggaran etik dapat dihindarkan. Kode etik keperawatan Indonesia

1) Perawat dan Klien

- a) Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warnakulit, umur, jeniskelamin, aliran politik dan agama yang dianutserta kedudukan sosial.
- b) Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama klien.
- c) Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan.
- d) Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang dikehendaki sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

2) Perawat dan praktek

- a) Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi dibidang keperawatan melalui belajar terus-menerus.
- b) Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional yang menerapkan pengetahuan serta ketrampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.
- c) Perawat dalam membuat keputusan didasarkan pada informasi yang akurat dan mempertimbangkan kemampuan sertakualifikasi seseorang bilamelakukan konsultasi, menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain.
- d) Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan selalu menunjukkan perilaku professional.

3) Perawat dan masyarakat

Perawat mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan dalam memenuhi kebutuhan dan kesehatan masyarakat

4) Perawat dan teman sejawat

- a) Perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya, dan dalam memelihara

keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

- b) Perawat bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.

5) Perawat dan Profesi

- a) Perawat mempunyai peran utama dalam menentukan standar pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkannya dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan.
- b) Perawat berperan aktif dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan

Perawat berpartisipasi aktif dalam upaya profesi untuk membangun dan memelihara kondisi kerja yang kondusif demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi

2. Kode Etik Bidan Indonesia

1) Kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat

- a) Setiap bidan senantiasa menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah jabatannya dalam melaksanakan tugas pengabdianya.
- b) Setiap bidan dalam menjalankan tugas profesinya menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan yang utuh dan memelihara citra bidan.
- c) Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa berpedoman pada peran tugas dan tanggung jawab sesuai dengan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.
- d) Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya mendahulukan kepentingan klien. menghormati hak klien, dan menghormati nilai – nilai yang berlaku di masyarakat.
- e) Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa mendahulukan kepentingan klien, keluarga dan masyarakat dengan identitas yang sama sesuai dengan kebutuhan berdasarkan kemampuan yang dimilikinya.
- f) Setiap bidan senantiasa menciptakan suasana yang serasi dalam hubungan

pelaksanaan tugasnya, dengan mendorong partisipasi masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya secara optimal.

2) Kewajiban Terhadap Tugasnya

- a) Setiap bidan senantiasa memberikan pelayanan paripurna terhadap klien, keluarga dan masyarakat sesuai dengan kemampuan profesinyang dimilikinya berdasarkan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.
- b) Setiap bidan berhak memberikan pertolongan dan mempunyai kewenangan dalam mengambil keputusan mengadakan konsultasi danatau rujukan
- c) Setiap bidan harus menjamin kerahasiaan keterangan yang dapat dan atau dipercayakan kepadanya, kecuali bila diminta oleh pengadilan atau diperlukan sehubungan kepentingan klien.

3) Kewajiban bidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lainnya

- a) Setiap bidan harus menjalin hubungan dengan teman sejawatnya untuk suasana kerja yang serasi
- b) Setiap bidan dalam melaksanakan tugasnya harus saling menghormati baik terhadap sejawatnya maupun tenaga kesehatan lainnya.

4) Kewajiban bidan terhadap profesinya

- a) Setiap bidan harus menjaga nama baik dan menjunjung tinggi citra profesinya dengan menampilkan kepribadian yang tinggi dan memberikan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat
- b) Setiap harus senantiasa mengembangkan diri dan meningkatkan kemampuan profesinya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
- c) Setiap bidan senantiasa berperan serta dalam kegiatan penelitian dan kegiatan sejenisnya yang dapat meniingkatkan mutu dan citra profesinya

5) Kewajiban bidan terhadap diri sendiri

- a) Setiap bidan harus memelihara kesehatannya agar dalam melaksanakan tugas profesinya dengan baik
- b) Setiap bidan harus berusaha secara terus-menerus untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi

- 6) Kewajiban bidan terhadap pemerintah nusa, bangsa dan tanah air
 - a) Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya, senantiasa melaksanakan ketentuan-ketentuan pemerintah dalam bidang kesehatan, khususnya dalam pelayanan KIA / KB dan kesehatan keluarga dan masyarakat
 - b) Setiap bidan melalui profesinya berpartisipasi dan menyumbangkan pemikirannya kepada pemerintahan untuk meningkatkan mutu jangkauan pelayanan kesehatan terutama pelayanan KIA / KB dan kesehatan keluarga.

3. Kode Etik Sanitarian / Ahli Kesehatan Lingkungan

1) Kewajiban Umum

- a) Seorang sanitarian harus menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan profesi sanitasi dengan sebaik-baiknya.
- b) Seorang sanitarian harus senantiasa berupaya melaksanakan profesi sesuai dengan standar profesi yang tertinggi
- c) Dalam melakukan pekerjaan atau praktek profesi sanitasi, seorang sanitarian tidak boleh dipengaruhi sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi.
- d) Seorang sanitarian harus menghindarkan diri dari perbuatan yang bersifat memuji diri sendiri.
- e) Seorang sanitarian senantiasa berjati-hati dalam menerapkan setiap penemuan teknik atau cara baru yang belum teruji kehandalannya dan hal-hal yang dapat menimbulkan keresahan masyarakat.
- f) Seorang hanya memberi saran atau rekomendasi yang telag melalui suatu proses analisis secara komprehensif.
- g) Seorang sanitarian dalam menjalankan profesinya, harus memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya dengan menjunjung tinggi kesehatan dan keselamatan manusia serta kelestarian lingkungan.
- h) Seorang sanitarian harus bersikap jujur dalam berhubungan dengan klien atau masyarakat dan teman seprofesinya, dan berupaya untuk

mengingatkan teman seprofesinya yang dia ketahui memiliki kekurangan dalam karakter atau kompetensi, atau yang melakukan penipuan atau kebohongan dalam menangani masalah klien atau masyarakat.

- i) Seorang sanitarian harus menghormati hak-hak klien atau masyarakat, hak hak teman seprofesi, dan hak tenaga kesehatan lainnya dan harus menjaga kepercayaan klien atau masyarakat.
 - j) Dalam melakukan pekerjaannya seorang sanitarian harus memperhatikan kepentingan masyarakat dan memperhatikan seluruh aspek kesehatan lingkungan secara menyeluruh, baik fisik, biologi maupun social, serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdian masyarakat yang sebenar-benarnya.
 - k) Seorang sanitarian dalam bekerja sama dengan pejabat di bidang kesehatan dan bidang lainnya serta masyarakat, harus saling menghormati.
- 2) Kewajiban Sanitarian Terhadap Klien/Masyarakat
- a) Seorang sanitarian wajib bersikap tulus, ikhlas dan mempergunakan segala ilmu dan keterampilannya untuk kepentingan penyelesaian masalah klien atau masyarakat. Dalam hal ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau penyelesaian masalah, maka ia wajib berkonsultasi, bekerjasama dan atau merujuk pekerjaan tersebut kepada sanitarian lain yang mempunyai keahlian dalam penyelesaian masalah tersebut.
 - b) Seorang sanitarian wajib melaksanakan profesi secara bertanggung jawab.
 - c) Seorang sanitarian wajib melakukan penyelesaian masalah sanitasi secara tuntas dan keseluruhan.
 - d) Seorang sanitarian wajib memberikan informasi kepada kliennya atas pelayanan yang diberikannya
 - e) Seorang sanitarian wajib mendapatkan perlindungan atas praktek pemberian pelayanan.

3) Kewajiban Sanitarian Terhadap Teman Seprofesi

- a) Seorang sanitarian memperlakukan teman seprofesinya sebagai bagian dari penyelesaian masalah.
- b) Seorang sanitarian tidak boleh saling mengambil alih pekerjaan dari teman seprofesi, kecuali dengan persetujuan atau berdasarkan prosedur yang ada.

4) Kewajiban Sanitarian Terhadap Diri Sendiri

- a) Seorang sanitarian harus memperhatikan dan mempraktekan hidup bersih dan sehat supaya dapat bekerja dengan baik.
- b) Seorang sanitarian harus senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan lingkungan, kesehatan dan bidangbidang lain yang terkait.

4. Kode Etik Ahli Gizi

1) Kewajiban Umum

- a) Ahli gizi berperan meningkatkan keadaan gizi dan kesehatan serta berperan dalam meningkatkan kecerdasan dan kesejahteraan rakyat.
- b) Ahli gizi berkewajiban menjunjung tinggi nama baik profesi dengan menunjukkan sikap, perilaku, dan budi luhur serta tidak mementingkan diri sendiri.
- c) Ahli gizi berkewajiban senantiasa menjalankan profesinya menurut standar profesi yang telah ditetapkan.
- d) Ahli gizi berkewajiban senantiasa menjalankan profesinya bersikap jujur, tulus dan adil.
- e) Ahli gizi berkewajiban menjalankan profesinya berdasarkan prinsip keilmuan, informasi terkini, dan dalam menginterpretasikan informasi hendaknya obyektif tanpa membedakan individu dan dapat menunjukkan sumber rujukan yang benar.
- f) Ahli gizi berkewajiban senantiasa mengenal dan memahami keterbatasannya sehingga dapat bekerja sama dengan pihak lain atau membuat rujukan bila diperlukan.
- g) Ahli gizi dalam melakukan profesinya mengutamakan kepentingan masyarakat dan berkewajiban senantiasa berusaha menjadi pendidik dan pengabdian masyarakat yang sebenarnya.

- h) Ahli gizi dalam bekerja sama dengan para profesional lain di bidang kesehatan maupun lainnya berkewajiban senantiasa memelihara pengertian yang sebaik-baiknya.

2) Kewajiban Terhadap Klien

- a) Ahli gizi berkewajiban sepanjang waktu senantiasa berusaha memelihara dan meningkatkan status gizi klien baik dalam lingkup institusi pelayanan gizi atau di masyarakat umum.
- b) Ahli gizi berkewajiban senantiasa menjaga kerahasiaan klien atau masyarakat yang dilayani baik pada saat klien masih atau sudah tidak dalam pelayanannya, bahkan juga setelah klien meninggal dunia kecuali bila diperlukan untuk keperluan kesaksian hukum.
- c) Ahli gizi dalam menjalankan profesinya senantiasa menghormati dan menghargai kebutuhan untuk setiap klien yang dilayani dan peka terhadap perbedaan budaya, dan tidak melakukan diskriminasi dalam hal suku, agama, ras, status social, jenis kelamin, usia dan tidak menunjukkan pelecehan social. Ahli gizi berkewajiban senantiasa memberikan pelayanan prima, cepat, dan akurat.
- d) Ahli gizi berkewajiban memberikan informasi kepada klien dengan tepat dan jelas, sehingga memungkinkan klien mengerti dan mau memutuskan sendiri berdasarkan informasi tersebut.
- e) Ahli gizi dalam melakukan tugasnya, apabila mengalami keraguan dalam memberikan pelayanan berkewajiban senantiasa berkonsultasi dan merujuk kepada ahli gizi lain yang mempunyai keahlian.

3) Kewajiban Terhadap Masyarakat

- a) Ahli gizi berkewajiban melindungi masyarakat umum khususnya tentang penyalahgunaan pelayanan, informasi yang salah dan praktik yang tidak etis berkaitan dengan gizi, pangan termasuk makanan dan terapi gizi/diet. Ahli gizi hendaknya senantiasa memberikan pelayanannya sesuai dengan informasi faktual, akurat dan dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya.

- b) Ahli gizi senantiasa melakukan kegiatan pengawasan pangan dan gizi sehingga dapat mencegah masalah gizi di masyarakat.
 - c) Ahli gizi berkewajiban senantiasa peka terhadap status gizi masyarakat untuk mencegah terjadinya masalah gizi dan meningkatkan status gizi masyarakat.
 - d) Ahli gizi berkewajiban memberi contoh hidup sehat dengan pola makan dan aktivitas yang seimbang sesuai dengan nilai praktik gizi individu yang baik.
 - e) Dalam bekerja sama dengan profesional lain di masyarakat, Ahli gizi berkewajiban hendaknya senantiasa berusaha memberikan dorongan, dukungan, inisiatif, dan bantuan lain dengan sungguh-sungguh demi tercapainya status gizi dan kesehatan optimal di masyarakat.
 - f) Ahli gizi dalam mempromosikan atau mengesahkan produk makanan tertentu berkewajiban senantiasa tidak dengan cara yang salah atau, menyebabkan salah interpretasi atau menyesatkan masyarakat.
- 4) Kewajiban Terhadap Teman Seprofesi dan Mitra Kerja
- a) Ahli gizi bekerja melakukan promosi gizi, memelihara dan meningkatkan status gizi masyarakat secara optimal, berkewajiban senantiasa bekerja sama dan menghargai berbagai disiplin ilmu sebagai mitra kerja di masyarakat.
 - b) Ahli gizi berkewajiban senantiasa memelihara hubungan persahabatan yang harmonis dengan semua organisasi atau disiplin ilmu/profesional yang terkait dalam upaya meningkatkan status gizi, kesehatan, kecerdasan dan kesejahteraan rakyat.
 - c) Ahli gizi berkewajiban selalu menyebarluaskan ilmu pengetahuan dan ketrampilan terbaru kepada sesama profesi dan mitra kerja.
- 5) Kewajiban Terhadap Profesi dan Diri Sendiri
- a) Ahli gizi berkewajiban mentaati, melindungi dan menjunjung tinggi ketentuan yang dicanangkan oleh profesi.
 - b) Ahli gizi berkewajiban senantiasa memajukan dan memperkaya pengetahuan dan keahlian yang diperlukan dalam menjalankan

profesinya sesuai perkembangan ilmu dan teknologi terkini serta peka terhadap perubahan lingkungan.

- c) Ahli gizi harus menunjukkan sikap percaya diri, berpengetahuan luas, dan berani mengemukakan pendapat serta senantiasa menunjukkan kerendahan hati dan mau menerima pendapat orang lain yang benar.
- d) Ahli gizi dalam menjalankan profesinya berkewajiban untuk tidak boleh dipengaruhi oleh kepentingan pribadi termasuk menerima uang selain imbalan yang layak sesuai jasanya, meskipun dengan pengetahuan klien/masyarakat (tempat dimana ahli gizi diperkerjakan).
- e) Ahli gizi berkewajiban tidak melakukan perbuatan yang melawan hukum, dan memaksa orang lain untuk melawan hukum.
- f) Ahli gizi berkewajiban memelihara kesehatan dan keadaan gizinya agar dapat bekerja dengan baik.
- g) Ahli gizi berkewajiban melayani masyarakat umum tanpa memandang keuntungan perorangan atau kebesaran seseorang.
- h) Ahli gizi berkewajiban selalu menjaga nama baik profesi dan mengharumkan organisasi profesi

5. Kode Etik Perawat Gigi

1) Kewajiban umum

- a) Setiap perawat gigi Indonesia harus senantiasa menjalankan Profesinya secara optimal
- b) Setiap perawat gigi Indonesia wajib menjunjung tinggi norma-norma hidup yang luhur
- c) Dalam menjalankan profesi, setiap perawat gigi Indonesia tidak dibenarkan melakukan perbuatan yang bertentangan dengan kode etik
- d) Setiap perawat gigi Indonesia harus memberikan keterangan atau pendapat yang dapat dipertanggungjawabkan
- e) Setiap perawat gigi Indonesia agar menjalin kerjasama yang baik dengan tenaga kesehatan lainnya
- f) Setiap perawat gigi Indonesia wajib bertindak sebagai motivator dan pendidik masyarakat

- g) Setiap perawat gigi Indonesia wajib berupaya meningkatkan kesehatan gigi dan mulut masyarakat dalam bidang promotif, preventif dan kuratif sederhana

2) Kewajiban terhadap masyarakat

- a) Dalam menjalankan profesinya, setiap perawat gigi Indonesia wajib memberikan pelayanan yang sebaik mungkin kepada Individu dan masyarakat tanpa membedakan budaya, etnik, kepercayaan dan status ekonominya
- b) Dalam hal ketidakmampuan dan diluar kewenangan perawat gigi Indonesia berkewajiban merujuk kasus yang ditemukan kepada tenaga kesehatan yang lebih ahli
- c) Setiap perawat gigi Indonesia wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui tentang kliennya
- d) Setiap perawat gigi Indonesia wajib meberikan pertolongan darurat dalam batas-batas kemampuan sebagai suatu tugas, perikemanusiaan kecuali pada waktu itu dan orang lain yang lebih mampu memberikan pertolongan.
- e) Setiap perawat gigi Indonesia wajib memberikan pelayanan kepada pasien dengan sikap ramah, ikhlas sehingga pasien merasa tenang dan aman

3) Kewajiban terhadap teman sejawat

- a) Setiap perawat gigi Indonesia harus meperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan
- b) Setiap perawat gigi Indonesia harus berpartisipasi dalam mengembangkan profesi baik secara menyeluruh, kelompok dan individu
- c) Setiap perawat gigi Indonesia harus menjaga kerahasiaan teman sejawat secara professional

4) Kewajiban terhadap diri sendiri

- a) Setiap perawat gigi Indonesia wajib mempertahankan dan meningkatkan martabat dirinya, berpikirkritis dan analitis, bersikap kreatif, inisiatif dan cermat
- b) Setiap perawat gigi Indonesia wajib mengikuti secara aktif perkembangan ilmupengetahuan dan teknologi

- c) Setiap perawat gigi Indonesia harus menjadi panutan didalam penampilan dan kebersihan personal
- d) Setiap perawat gigi Indonesia harus berperilaku sopan, penuh dedikasi dan bertanggungjawab
- e) Setiap perawat gigi Indonesia harus memelihara kesehatannya supaya dapat bekerja dengan baik.

b. Kode Etik Promotor Dan Pendidik Kesehatan

1) Kewajiban Umum

- a) Menjunjung tinggi, menghayati, dan mengamalkan etika profesi Promotor dan Pendidik Kesehatan dan jujur tentang kualifikasi dan keterbatasan keahlian mereka.
- b) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Promotor dan Pendidik Kesehatan lebih mementingkan kepentingan umum dari pada kepentingan pribadi.
- c) Menggunakan pendekatan kemitraan dengan mengutamakan prinsip kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan.
- d) Tidak boleh membedakan masyarakat atas pertimbangan keyakinan, agama, suku, golongan, sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya.
- e) Harus sejalan dengan profesi atau keahliannya.

2) Kewajiban Terhadap Masyarakat

- a) Selalu berorientasi kepada masyarakat
- b) Harus terus terang, ikhlas dan jujur dan melibatkan klien mereka secara aktif
- c) Menggunakan pendekatan yang menyeluruh secara multi disiplin dengan mengutamakan upaya preventif dan promotif.
- d) Harus berdasarkan fakta melalui penelitian atau kajian ilmiah.
- e) Harus sesuai prosedur dan langkah-langkah yang profesional.
- f) Harus bertanggung jawab dalam upaya melindungi, memelihara, dan meningkatkan kesehatan masyarakat.
- g) Harus melihat antisipasi kedepan, baik menyangkut masalah kesehatan maupun masalah bukan kesehatan.
- h) Promotor dan Pendidik Kesehatan menegaskan etik egaliter dan kesehatan adalah hak dasar manusia.

3) Kewajiban Terhadap Sesama Profesi

- a) Harus mempertahankan standar tinggi perilaku profesional seperti yang direkomendasikan oleh Kode Etik dan mendorong kolega promotor dan Pendidik Kesehatan untuk berbuat serupa.
- b) Promotor dan Pendidik Kesehatan tidak boleh mengkritik kolega dalam situasi dimana ada kemungkinan konflik minat. Harus memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan.
- c) Setiap Promotor dan Pendidik Kesehatan tidak boleh mengambil alih tugas teman sejawatnya tanpa persetujuan teman sejawat yang bersangkutan.
- d) Setiap Promotor dan Pendidik Kesehatan wajib bekerjasama dengan teman sejawatnya dalam melakukan tugas dan fungsinya.

4) Kewajiban Terhadap Profesi Lain

- a) Harus bekerjasama, saling menghormati dengan profesi lain, tanpa dipengaruhi oleh pertimbangan-pertimbangan keyakinan, agama, suku, golongan, sosial, ekonomi, politik dan sebagainya.
- b) Harus bertindak melalui saluran yang tepat melawan perilaku tidak etis oleh setiap anggota profesi lainnya.
- c) Bekerja bersama-sama profesi lain, hendaknya berpegang pada pendekatan kemitraan dengan mengutamakan prinsip kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan.

5) Kewajiban Terhadap Profesinya

- a) Promotor dan Pendidik Kesehatan hendaknya bersikap proaktif dalam mengatasi masalah kesehatan dan hendaknya senantiasa memelihara dan meningkatkan profesi promosi kesehatan.
- b) Untuk melindungi kepercayaan dalam profesi, Promotor dan Pendidik Kesehatan harus menghindari strategi dan metode yang secara jelas ada pelanggaran dari moral yang diterima dan standar legal.
- c) Promotor dan Pendidik Kesehatan dalam menerapkan strategi dan metode harus tidak memberikan beban perubahan pada populasi sasaran tetapi harus melibatkan kelompok yang tepat lainnya untuk secara aktif melakukan perubahan yang efektif.

- d) Hasil/dampak potensial, baik positif maupun negatif, yang dapat dihasilkan dari strategi yang diusulkan harus dikomunikasikan kepada semua individu yang tepat yang akan diintervensi.
 - e) Ketika Promotor dan Pendidik Kesehatan berperan serta dalam aksi berkaitan dengan kontrak (sewa), promosi, atau kenaikan pangkat, mereka harus menjamin bahwa tidak ada praktek pengecualian terhadap individu berdasarkan sex, ras atau etnik, atau atribut non-profesional lainnya.
 - f) Promotor dan Pendidik Kesehatan harus melindungi dan meningkatkan integritas profesi melalui diskusi yang bertanggung jawab dan kritik terhadap profesi.
 - g) Promotor dan Pendidik Kesehatan hendaknya selalu berkomunikasi, membagi pengalaman dan saling membantu diantara sesama profesi promosi kesehatan.
- 6) Kewajiban Terhadap Diri Sendiri
- a) Promotor dan Pendidik Kesehatan harus memelihara kesehatannya agar dapat melaksanakan tugas profesinya dengan baik.
 - b) Promotor dan Pendidik Kesehatan harus menjadi panutan dalam menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.
 - c) Promotor dan Pendidik Kesehatan hendaknya menghindari komitmen yang saling bersaing, situasi konflik minat, persetujuan rahasia, dan dukungan terhadap produk.
 - d) Promotor dan Pendidik Kesehatan harus bertanggung jawab untuk reputasi yang baik disiplin mereka. Kejujuran personal dan profesional dan integritas adalah kualitas esensial dari seorang Promotor dan Pendidik Kesehatan.
 - e) Promotor dan Pendidik Kesehatan harus senantiasa berusaha untuk mengembangkan dirinya dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Promotor dan Pendidik Kesehatan harus mempertahankan kompetensi mereka pada tingkat yang paling tinggi melalui belajar dan pelatihan yang berkelanjutan, misalnya:
 - i. Keanggotaan aktif dalam organisasi profesi.

- ii. Mengkaji ulang jurnal-jurnal profesional, teknis, maupun biasa.
- iii. Peninjauan awal produk baru dan material media.
- iv. Penciptaan dan pendistribusian program baru dan material termasuk publikasi makalah profesi dan biasa.
- v. Keterlibatan dalam isu-isu ekonomi dan legislatif berhubungan dengan kesehatan masyarakat.

C. Menghormati Keragaman Budaya Pemberi dan Penerima Layanan Kesehatan

1. Budaya Pemberi Layanan kesehatan dalam dalam praktik kolaborasi dan pendidikan interprofesi di tatanan pelayanan kesehatan ⁽²⁾

Manusia sebagai makhluk sosial memiliki keterkaitan yang erat dengan budaya. Dalam kehidupan sehari-hari manusia berinteraksi menjunjung dan mematuhi norma-norma yang berlaku dalam dalam keluarga, kelompok dan masyarakat. Setiap profesi kesehatan dalam tim praktik kolaborasi dan pendidikan interprofesi di tatanan pelayanan kesehatan memiliki budaya yang berbeda yang meliputi nilai, keyakinan, sikap, adat istiadat dan perilaku.

Budaya profesional berkembang seiring dengan berkembangnya berbagai profesi, yang mencerminkan sejarah faktor, serta kelas sosial dan masalah gender. Pengalaman pendidikan dan proses sosialisasi yang terjadi pada setiap profesional kesehatan memperkuat nilai-nilai umum, pemecahan masalah pendekatan dan bahasa dengan keunikan masing-masing profesi. Budaya profesional ini berkontribusi pada tantangan kerja tim interprofesional yang efektif. Wawasan ke dalam faktor pendidikan sistemik dan pribadi yang berkontribusi pada budaya profesi dapat membantu memandu pengembangan metodologi pendidikan yang inovatif untuk meningkatkan praktik kolaboratif interprofesional. Budaya ini diteruskan ke orang baru di profesi.

2. Budaya Penerima Layanan kesehatan dalam praktik kolaborasi dan pendidikan interprofesi di tatanan pelayanan kesehatan

Tim praktik kolaborasi yang kompeten secara budaya menyesuaikan intervensi kesehatan dengan kebutuhan dan preferensi budaya (keyakinan, nilai, dan praktik etnis dan agama) dari sasaran penerima layanan kesehatan yang beragam. Indonesia dengan keragaman suku, budaya dan agama lebih membutuhkan sistem dan penyedia layanan kesehatan yang dapat mencerminkan dan merespons basis sasaran yang heterogen.

Mengetahui bagaimana melayani sasaran penerima layanan kesehatan dalam praktik kolaborasi dan pendidikan interprofesi di tatanan pelayanan kesehatan dengan nilai-nilai yang berbeda, keyakinan kesehatan, dan perspektif alternatif tentang kesehatan dan kesejahteraan adalah suatu keharusan.

Praktik kolaborasi dan pendidikan interprofesi di tatanan pelayanan kesehatan menjadi metode praktis dan efektif dalam mengenali dan menangani kebutuhan khusus dari budaya yang berbeda. Profesional Kesehatan akan diberitahu tentang pertimbangan budaya serta bagaimana mempromosikan komunikasi lintas budaya yang efektif.

Program ini menyediakan metode praktis dan efektif untuk mengenali dan menangani kebutuhan khusus dari budaya yang berbeda. Ada peluang luar biasa untuk meningkatkan layanan kesehatan dengan merangkul keragaman. Ini dimulai dengan anggota tim kesehatan itu sendiri. Penerima layanan sering lebih suka diasuh oleh profesional yang latar belakang dan nilai-nilainya yang sama dengan mereka sendiri, namun tim layanan kesehatan sering kali tidak terlihat seperti atau berbagi pengalaman yang sama dengan komunitas tempat mereka melayani. Ini adalah masalah besar, tetapi jalur menuju karir di bidang perawatan kesehatan perlu digalakkan untuk menciptakan tenaga kerja yang lebih beragam dan dinamis. Merangkul keragaman melalui pasien ke anggota yang berbeda dari tim kesehatan itu sendiri. Setiap anggota membawa latar belakangnya sendiri, dalam hal keterampilan klinis dan pelatihan, tetapi setiap rekan tim juga memiliki sesuatu untuk disumbangkan dalam hal kesadaran dan pengalaman budaya. Keterampilan dan pengetahuan ini harus disebutkan selama penugasan peran dan tanggung jawab klinis untuk meningkatkan apa yang telah menjadi perawatan medis standar dengan respons budaya yang dapat meningkatkan hasil.

D. Permasalahan Etika Profesi Kesehatan

Perkembangan di bidang Kesehatan mulai mengalami kemajuan yang pesat baik dalam teknologi dan Tenaga Kesehatan itu sendiri. Namun, hal ini sering juga dibicarakan

karena mulai timbulnya permasalahan etik dalam bidang kesehatan baik dalam kedokteran,

Keperawatan, Kebidanan, Kesehatan lingkungan, ahli gizi, Kesehatan Masyarakat, Kesehatan gigi, promotor kesehatan dan berbagai profesi kesehatan lainnya. Tenaga kesehatan yang bekerja sebagai tim kadang dihadapi dengan berbagai permasalahan baik

dengan sesama profesi kesehatan, dengan pasien / klien, keluarga, masyarakat dan internal profesi itu sendiri. Untuk meminimalkan berbagai permasalahan tersebut perlu pemahaman dan penegakkan kode etik untuk pencegahan dan penyelesaian permasalahan tersebut agar tidak terjadi.

Kode etik membantu meningkatkan kepercayaan publik terhadap integritas sebuah profesi dan melindungi klien. Dalam hubungan dan tanggung jawab profesi kesehatan yang profesional kepada klien dan kesejahteraan mereka. Selanjutnya mencakup penegakan dalam kepercayaan dan komunikasi kepada masyarakat.

Tanggung jawab profesi kesehatan yakni memberikan perhatian penuh terhadap masyarakat dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat. misalnya mendengarkan dengan seksama apa yang disampaikan klien. Selain itu profesi kesehatan harus menjaga kerahasiaan klien yang hal itu merupakan privasi dan sumber kepercayaan klien. Tenaga kesehatan membuktikan keahlian dalam komunikasi dengan memberikan informasi tentang kualifikasi, misalnya memberi info tentang hasil yang dicapai dalam pelayanan kesehatan.

Kode etik profesi kesehatan merupakan landasan moral dan pedoman tingkah laku profesional yang dijunjung tinggi, diamalkan dan diamankan oleh setiap anggota profesi. Kode etik profesi tenaga kesehatan wajib dipatuhi dan diamalkan oleh pengurus dan anggota organisasi tingkat nasional, propinsi, dan kabupaten/kota. Dalam hal untuk menjunjung dan menegakkan sebuah kode etik profesi kesehatan, seorang tenaga kesehatan perlu mengikuti pendidikan tenaga kesehatan sesuai profesinya masing masing. Tenaga kesehatan harus mengerti dan paham akan kode etik itu sendiri. Apalagi seorang yang sudah menjadi profesional tentunya sudah mengetahui lebih mendalam tentang kode etik itu sendiri. Untuk menegakkan kode etik tenaga kesehatan bisa dilakukan dengan memberika sanksi berupa teguran, baik lisan maupun tulisan, mengucilkan pelanggar dari kelompok profesi atau memberlakukan tindakan hukum dengan sanksi keras.

E. Dilema etik dan pengambilan keputusan.

a. Pengertian Dilema Etik

Dilema etik merupakan suatu masalah yang sulit dimana tidak ada alternatif yang memuaskan atau suatu situasi dimana alternatif yang memuaskan dan tidak memuaskan sebanding. Dalam dilema etik tidak ada yang benar atau salah. Untuk membuat keputusan yang etis seseorang harus tergantung pada pemikiran yang rasional dan bukan emosional (Thomson & Thomson, 1985). Kerangka pemecahan dilema etik pada dasarnya menggunakan kerangka proses keperawatan/ pemecahan masalah secara *scientific*. Masalah etik yang terjadi selama pelayanan harus diselesaikan dengan pendekatan pengambilan keputusan etik.

Dilema etika muncul setiap hari dalam praktik klinis dan mungkin sulit untuk menemukan solusi atau kompromi yang baik yang menghormati semua sudut pandang, nilai, dan tugas setiap orang dan/atau institusi yang terlibat. Mereka dapat hadir dalam banyak cara, misalnya: interpersonal antara pasien dan terapis intra-pribadi dengan perjuangan internal inter-profesional dalam tim interdisipliner atau institusi tempat kita bekerja dengan organisasi, intra-organisasi atau bahkan dalam menangani topik hangat di bidang kesehatan atau sosial-politik.

b. Pengertian Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan merupakan proses pemilihan satu alternatif dari beberapa alternatif untuk pemecahan masalah. Pengambilan keputusan sangat erat hubungannya dengan seluruh kegiatan organisasi. Meliputi seluruh fungsi manajemen dalam organisasi. Lembaga-lembaga pendidikan juga tidak akan lepas dari proses pengambilan keputusan.

Semakin banyak informasi-informasi yang dikumpulkan dan dianalisis secara rinci, maka semakin banyak pertimbangan yang bisa dipakai sehingga akan menghasilkan keputusan yang baik. Contohnya seseorang yang akan membeli handphone. Ia akan membandingkan antara merek satu dengan merek yang lainnya, membandingkan harganya, membandingkan kualitasnya, serta modelnya. Dan untuk mengambil keputusan mungkin ia akan memerlukan waktu beberapa jam, bahkan beberapa hari sebelum menjatuhkan keputusan.

Sehingga memang pengambilan keputusan adalah melakukan penilaian dan menjatuhkan pilihan. Keputusan ini diambil setelah melalui beberapa perhitungan dan pertimbangan alternatif. Sebelum pilihan dijatuhkan, ada beberapa tahap yang mungkin akan dilalui oleh pembuat keputusan. Tahapan tersebut bisa saja meliputi identifikasi masalah utama, menyusun alternatif yang akan dipilih, dan sampai pada pengambilan keputusan terbaik dalam organisasi tersebut.

Proses pengambilan keputusan secara rasional dan ilmiah pada dasarnya meliputi beberapa hal, yaitu pemahaman dan perumusan masalah, pengumpulan dan analisa data yang relevan, pengembangan alternatif-alternatif, pemilihan alternatif terbaik, implementasi keputusan, dan evaluasi hasil keputusan.

Kegiatan pengambilan keputusan yang cepat dan tepat merupakan bagian dari kegiatan administrasi yang dimaksudkan agar permasalahan yang akan menghambat roda organisasi dapat segera terpecahkan dan terselesaikan. Sehingga suatu organisasi dapat berjalan secara efisien dan efektif dalam rangka mencapai suatu tujuan organisasi.

Pengambilan keputusan dapat dianggap sebagai suatu hasil dari proses yang membawa pada pemilihan suatu jalur tindakan diantara beberapa alternatif yang tersedia. Setiap proses pengambilan keputusan selalu menghasilkan satu pilihan. Keputusan dibuat berguna untuk mencapai tujuan tertentu.

Untuk pengambilan keputusan klinis etis yang baik, praktisi kesehatan harus memanfaatkan pengetahuan yang baik tentang etika dasar yang mencakup pemahaman tentang dasar yang mendasari prinsip-prinsip etika seperti menghormati otonomi dan keadilan, serta pengetahuan reflektif tentang pengaruh keyakinan pribadi seseorang dan nilai-nilai yang mungkin digunakan dalam proses pengambilan keputusan. tim interprofessional dengan anggota disiplin perawatan kesehatan lainnya sangat penting dalam pendidikan profesional kesehatan saat ini dan menjadi bagian dari standar akreditasi untuk sebagian besar program pendidikan profesi perawatan kesehatan, banyak fakultas profesi perawatan kesehatan belum mulai memasukkan itu ke dalam rancangan.

c. Dasar-Dasar Pengambilan Keputusan

Secara umum jenis pengambilan keputusan dapat dikategorikan dalam dua bentuk, yakni :

1) Keputusan terprogram

Tindakan menjatuhkan pilihan yang berlangsung berulang kali dan diambil secara rutin dalam organisasi. Keputusan terprogram biasanya menyangkut pemecahan masalah-masalah yang sifatnya teknis serta tidak memerlukan pengarahan dari tingkat manajemen yang lebih tinggi.

2) Keputusan tidak terprogram

muncul sebagai akibat dari suatu situasi di mana ada suatu kemendesakan untuk segera mengambil tindakan dan memecahkan masalah yang timbul. Biasanya keputusan ini bersifat repetitif, tidak terstruktur dan sukar mengenali bentuk, hakekat dan dampaknya.

Pengambilan keputusan sangat dibutuhkan dalam mengimplementasikan fungsi dasar manajemen. Seorang pemimpin tidak akan dapat menjalankan fungsi-fungsi manajemen (planning, organizing, actuating, dan controlling), tanpa pengambilan keputusan. Menurut George Terry (dalam Hasan, 2002:12-13) dasar-dasar pengambilan keputusan adalah :

1) Intuisi

Intuisi merupakan pengambilan keputusan berdasarkan perasaan subjektif dari pengambil keputusan. Sehingga sangat dipengaruhi oleh sugesti dan faktor kejiwaan.

2) Rasional

Rasional ialah pengambilan keputusan yang bersifat obyektif, logis, transparan, dan konsisten karena berhubungan dengan tingkat pengetahuan seseorang.

3) Fakta

Pengambilan keputusan yang berdasarkan fakta ialah didasarkan pada kenyataan objektif yang terjadi sehingga keputusan yang diambil dapat lebih sehat, solid, dan baik.

4) Wewenang

Pengambilan keputusan ini didasarkan pada wewenang dari manajer yang memiliki kedudukan lebih tinggi dari bawahannya.

5) Pengalaman

Pengambilan keputusan yang didasarkan pada pengalaman seorang manajer.

d. Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan ialah sebagai berikut :

1) Kedudukan

Dalam rangka pengambilan keputusan, posisi / kedudukan seseorang dapat dilihat dalam hal letak posisi. Dalam hal ini apakah sebagai pembuat keputusan, penentu keputusan, atau staf.

2) Masalah

Masalah atau problem adalah apa yang menjadi penghalang untuk tercapainya tujuan yang merupakan penyimpangan daripada apa yang diharapkan, direncanakan, atau dikehendaki dan harus diselesaikan.

3) Situasi

Situasi adalah keseluruhan faktor-faktor dalam keadaan, yang berkaitan satu sama lain, dan yang secara bersama-sama memancarkan pengaruh terhadap kita, beserta apa yang hendak kita perbuat.

4) Kondisi

Kondisi adalah keseluruhan dari faktor-faktor yang secara bersama-sama menentukan daya gerak, daya berbuat atau kemampuan kita.

5) Tujuan

Tujuan yang hendak dicapai, baik tujuan perorangan, tujuan unit (kesatuan), tujuan organisasi, maupun tujuan usaha pada umumnya telah ditentukan. Tujuan yang ditentukan merupakan tujuan antara subyektif atau obyektif.

e. Proses Pengambilan Keputusan dalam Organisasi

Dalam arti mendasar sebenarnya pengambilan keputusan sudah mengandung arti adanya pemecahan masalah. Setiap keputusan digunakan untuk memecahkan ataupun mengurangi masalah dalam sebuah organisasi. Dalam pemecahan masalah ada beberapa langkah maupun proses pengambilan keputusan dalam organisasi, yaitu :

1) Mengidentifikasi masalah

Masalah-masalah dalam organisasi biasanya cukup banyak, terkadang bercampur dengan berbagai masalah lain sehingga terlihat sulit dan seolah-olah tidak dapat terselesaikan. Untuk berbagai masalah yang muncul, perlu

adanya uraian masalah sehingga jelas masalah-masalah yang akan dikaji dan jelas batas-batasnya.

2) Merumuskan Masalah

Seorang pemimpin harus tanggap dan sensitif terhadap masalah yang muncul dalam organisasinya. Langkah ini merupakan yang paling kritis dalam pengambilan keputusan karena jelas atau tidaknya rumusan masalah akan mempengaruhi pemahaman anggota organisasi dalam proses pengambilan keputusan.

3) Menentukan Alternatif

Untuk langkah ini perlu diingat faktor yang menyebabkan timbulnya masalah dan hal yang berkenaan dengan hadirnya masalah yang akan dipecahkan. Dari beberapa alternatif yang ada, harus dipilih satu alternatif yang paling tepat untuk dijadikan keputusan. Pemilihan alternatif harus mempertimbangkan ketersediaan sumber daya, keefektifan alternatif dalam memecahkan persoalan, kemampuan alternatif untuk mencapai tujuan dan sasaran, dan daya saing alternatif pada masa yang akan datang.

4) Mengidentifikasi Konsekuensi dari Pengambilan Keputusan Setiap Alternatif

Antisipatif terhadap akibat dari pemilihan alternatif ini barangkali merupakan aspek yang paling menyulitkan dalam pemecahan masalah. Dalam hal ini banyak faktor yang harus dipertimbangkan. Setiap langkah pengambilan keputusan tentu mengandung akibat. Misalnya seorang kepala sekolah harus mempertimbangkan hasil keputusan yang akan diambil, dengan mengambil keputusan pengadaan peralatan-peralatan sekolah untuk keperluan sekolah. Apakah dengan peralatan tersebut nantinya bisa mendukung kesuksesan belajar yang maksimal atau tidak.

5) Memilih Alternatif Yang Baik

Apabila sudah dipertimbangkan mengenai antisipasi terhadap akibat yang mungkin timbul disebabkan karena pengambilan alternatif yang diajukan, seorang pemimpin organisasi sebaiknya selalu membuat pertimbangan untuk dijadikan sebagai pemecah masalah. Bila orang yang menentukan pilihan ini tidak sendirian dan jumlah alternatif yang diajukan banyak dan memusingkan, maka dalam hal ini harus diadakan penentuan berdasarkan skala prioritas sebuah lembaga atau organisasi.

6) Evaluasi

Setelah alternatif dilaksanakan, bukan berarti proses pengambilan keputusan telah selesai. Pelaksanaan alternatif harus terus diamati apakah sesuai dengan apa yang diharapkan atau tidak. Bila langkah-langkah pelaksanaan telah dilakukan dengan benar tetapi hasil yang dicapai tidak maksimal, maka sudah waktunya untuk mempertimbangkan kembali pemilihan alternatif lainnya.

F. Penerapan kode etik profesi dalam kerjasama tim kesehatan

Nilai-nilai interprofesional dan etika terkait berpusat pada pasien dengan orientasi komunitas/populasi, dan mencerminkan komitmen bersama untuk menciptakan sistem perawatan yang lebih aman, lebih efisien, dan lebih efektif. Setiap profesi memiliki kompetensi inti yang berfokus pada perawatan yang berpusat pada pasien, dan nilai dan etika interprofesional dibangun di atasnya. Nilai-nilai interprofesional harus “menguatkan hubungan antar profesi, hubungan bersama dengan pasien, kualitas pertukaran lintas-profesional, dan pertimbangan etika interprofesional dalam memberikan perawatan kesehatan dan dalam merumuskan kebijakan, program, dan layanan kesehatan masyarakat”.

Nilai-nilai profesional tradisional, etika, dan kode dapat dieksplorasi mengenai tempat mereka dalam praktik kolaboratif interprofesional, dan sejauh mana ini perlu dipikirkan kembali dan dibayangkan ulang mengenai praktik kolaboratif interprofesional. Kerahasiaan hubungan praktisi-pasien dalam pemberian perawatan berbasis tim adalah contoh umum yang menggambarkan elemen domain ini.

Nilai dan etika direpresentasikan dalam berbagai cara dalam kerangka kompetensi interprofessional, di mana nilai-nilai diintegrasikan ke dalam kompetensi lain sebagai dimensi sikap/nilai kompetensi tersebut, seperti kompetensi Quality, and Safety Education in Nursing (QSEN) dalam keperawatan (Cronenwett et al., 2007, 2009), dan Kerangka Kompetensi Interprofessional Nasional (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010); atau sebagai kompetensi tersendiri seperti dalam Rancangan Pendidikan Interprofessional University of Toronto (University of Toronto, 2008).

Setiap profesi kesehatan memiliki persyaratan pendidikan dan akreditasi seputar profesionalisme, yang memberikan peluang integrasi kurikuler kompetensi interprofesional yang terkait dengan nilai dan etika (University of Minnesota, Academic Health Center, Office of Education, 2009).

Penting bagi mahasiswa profesi kesehatan untuk mengenali peran dan tanggung jawab profesional kesehatan lainnya sejak dini dalam pendidikan mereka. Saat siswa belajar bagaimana memberikan perawatan klinis, mereka akan memiliki kesempatan untuk bekerja dalam tim. Sama pentingnya, adalah apresiasi peran nilai-nilai dan etika interprofessional dalam memberikan perawatan kolaboratif berpusat pada pasien yang aman, efisien, dan efektif. Pada akhirnya, pasien kami akan mendapat manfaat dari perawatan yang diberikan oleh profesional kesehatan yang siap untuk berlatih dalam tim perawatan kesehatan kolaboratif.

Langkah awal dalam mempelajari nilai dan etika interprofesional adalah terlebih dahulu mengenal kode etik profesi sendiri. Kode etik adalah “pernyataan yang mencakup seperangkat aturan berdasarkan nilai dan standar perilaku yang diharapkan dipatuhi oleh praktisi suatu profesi” (Kode Etik, n.d.). Ini juga telah didefinisikan sebagai “seperangkat prinsip perilaku dalam suatu organisasi yang memandu pengambilan keputusan dan perilaku” (Hukum & Definisi Hukum Kode Etik, n.d.). Kode etik berfungsi sebagai pedoman untuk membuat pilihan etis dan mencerminkan nilai-nilai profesi.

Mungkin berguna untuk meluangkan waktu sekarang untuk meninjau Ketentuan dan Terminologi Etika sebagai elemen dasar untuk pemahaman lebih lanjut tentang Kode Etik profesional. Prinsip-prinsip etika ini berfungsi sebagai panduan bagi para profesional kesehatan mengenai semua aspek perawatan pasien dan kerja tim. Dengan maksud untuk mengatasi masalah etika dalam perawatan pasien, penting bagi mahasiswa dan profesional profesi kesehatan untuk mengembangkan keterampilan untuk terlibat dalam diskusi yang saling menghormati dengan mahasiswa dan profesional profesi kesehatan lainnya, dari profesi yang sama dan berbeda. Sementara ada pengakuan oleh badan-badan profesional mengenai tanggung jawab moral profesional perawatan kesehatan untuk bertindak secara kolaboratif, ada kekurangan informasi dalam literatur tentang masalah etika yang dihadapi ketika sekelompok penyedia layanan kesehatan berinteraksi satu sama lain (Clark, Cott, & Drinka, 2007). Di luar pemahaman tentang profesinya sendiri dan bagaimana profesi lain berfungsi, profesional perawatan kesehatan perlu memahami bagaimana pasien dilihat oleh

profesi lain, dan kekuatan dan keterbatasan masing-masing profesi untuk mempraktikkan kerja tim. Clark, Cott, & Drinka (2007) menyatakan:

Akan ada perbedaan pendapat antara penyedia dan disiplin. Efisiensi kerja tim berkaitan dengan membangun metode berkelanjutan untuk menangkap kekuatan ketidaksepakatan ini, dan menggunakan kekuatan ini untuk meningkatkan efektivitas perawatan. Selanjutnya, tujuan dan aturan organisasi perlu mendukung upaya tim untuk mencapai efisiensi dan efektivitas ini. Untuk mendekati tingkat perawatan ini, perlu untuk mengatasi masalah etika yang melekat dalam cara anggota tim berinteraksi satu sama lain dan tanggung jawab mereka untuk mendefinisikan, mengembangkan, dan memelihara efisiensi dan efektivitas tim.

Perawatan pasien yang lebih baik adalah tujuan akhir dari kerja tim yang efektif, dan ini biasanya melibatkan pertimbangan prinsip-prinsip etika kebaikan, non-maleficence, menghormati otonomi, dan keadilan (Beauchamp & Childress, 1994). Etika perawatan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor termasuk faktor interpersonal, kewajiban profesional, masalah organisasi, dan kendala hukum (Melia, 2001). Clark, Cott, & Drinka (2007) mengandaikan Kerangka Etika Interprofessional untuk memahami dimensi etika kerja tim interprofessional yang mencakup tiga tingkatan: individu, tim, dan organisasi. Faktor-faktor yang diidentifikasi dalam kerangka ini adalah: 1) Prinsip: Pedoman umum untuk perilaku, 2) Struktur: Bentuk pengetahuan dan pola perilaku yang mapan, dan 3) Proses: Aspek prosedural dari " bagaimana sesuatu dilakukan ".

Prinsip. Setiap penyedia layanan kesehatan harus dipandu oleh norma, prinsip, dan tanggung jawab yang mencerminkan latar belakang pribadi dan pendidikan profesional mereka. Di tingkat tim, anggota tim yang berbeda masih mempertahankan pedoman pribadi dan profesional mereka untuk perilaku, dan bersama dengan ini adalah harapan berbasis tim baru yang kadang-kadang dapat menjadi sumber konflik dengan ajaran mereka sendiri atau profesi mereka (Carney, 2006). Prinsip umum yang mengatur hubungan interpersonal dalam pengaturan perawatan kesehatan adalah rasa hormat, mengatakan kebenaran, kebaikan, dan keadilan. Anggota tim memiliki tanggung jawab untuk mempromosikan prinsip-prinsip ini dalam hubungan mereka satu sama lain. Tim berbagi "kewajiban untuk mengatasi masalah komunikasi dan untuk secara konstruktif menghadapi konflik yang mengganggu kemampuan tim untuk bekerja secara efektif dalam memecahkan masalah klinis yang kompleks" (Clark, Cott, & Drinka,

2007, hlm. 595). Selanjutnya, bagian dari tugas ini termasuk mengembangkan saling pengertian dan integrasi perbedaan nilai antara disiplin kesehatan (Clark, 2006; Drinka & Clark, 2000). Prinsip-prinsip etika yang mengatur organisasi perawatan kesehatan mungkin serupa dengan prinsip-prinsip yang mengatur perilaku individu. Tanggung jawab ini melibatkan penyediaan perawatan berkualitas di organisasi dalam lingkungan yang penuh kasih dan hormat (Clark, Cott, & Drinka (2007).

Struktur. Individu disosialisasikan dengan tradisi dan harapan untuk pemikiran dan perilaku ketika mereka memasuki profesi perawatan kesehatan, dan kode etik profesional memperkuat perilaku yang diharapkan ini bagi para praktisi. Dengan meningkatnya pengalaman dalam kolaborasi, penyedia layanan kesehatan harus mengembangkan rasa loyalitas terhadap praktik bersama, dan anggota memiliki tanggung jawab untuk mempromosikan dan melindungi tim dari tantangan yang mungkin muncul dari dalam tim atau di luar tim. Di tingkat organisasi, ada tanggung jawab untuk menyediakan sumber daya yang cukup bagi tim perawatan kesehatan untuk mencapai misi mereka; mendukung pengembangan dan pemeliharaan tim (Clark, Cott, & Drinka, 2007)

Proses adalah tindakan yang terjadi dalam setiap struktur yang disebutkan di atas. Anggota tim harus menggunakan komunikasi yang hormat satu sama lain, dan mendiskusikan kontroversi dan masalah dengan penyedia yang sesuai dalam tim. Anggota baru harus berasimilasi ke dalam proses yang diharapkan yang mengatur bagaimana tim bekerja sama. Komunikasi terbuka mengenai nilai-nilai berbeda yang diperoleh dalam proses sosialisasi profesional yang berbeda diperlukan dalam kerja tim, terutama dengan situasi kompleks di mana konflik antara prinsip-prinsip etika menyebabkan dilema moral (Clark, 1995, 1997; Irvine, Kerridge, McPhee, & Freeman, 2002). Moody (1988) mengaitkan bahwa "etika komunikatif" berdasarkan musyawarah dan negosiasi mengarah pada peningkatan komunikasi, klarifikasi, dan pembangunan konsensus "dalam situasi kompleks yang dapat terjadi dalam tim. Di tingkat organisasi, dukungan untuk pengembangan dan fungsi tim dapat melibatkan penyediaan fasilitator eksternal yang berpengalaman untuk membantu tim dan kepemimpinannya mengembangkan proses komunikasi dan eksplorasi masalah etika. Fasilitator juga dapat menengahi konflik tim yang tidak dapat diselesaikan oleh tim (Clark, Cott, & Drinka, 2007).

G. Menerapkan nilai-nilai kejujuran dan integritas tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan

a. Pengertian Nilai

Nilai merupakan sesuatu yang baik, sesuatu yang menarik, sesuatu yang dicari, sesuatu yang menyenangkan, sesuatu yang disukai, sesuatu yang diinginkan.

Nilai mempunyai tiga ciri, yaitu:

- 1) berkaitan dengan subjek,
- 2) tampil dalam suatu nilai yang praktis karena subjek ingin membuat sesuatu,
- 3) nilai menyangkut pada sifat yang ditambah oleh subjek pada sifat yang dimiliki objek.

b. Penyerapan/ Pembentukan Nilai

Menurut Kaelan (2002) bahwa nilai itu pada hakekatnya adalah sifat atau kualitas yang melekat pada suatu objek, bukan objek itu sendiri. Sesuatu itu mengandung nilai artinya ada sifat atau kualitas yang melekat pada sesuatu itu. Dengan demikian maka nilai itu adalah suatu kenyataan yang tersembunyi dibalik kenyataan-kenyataan lain. Adany nilai karena adanya kenyataan-kenyataan lain sebagai pembawa nilai. Menilai berarti menimbang, yaitu suatu kegiatan manusia untuk menghubungkan sesuatu dengan sesuatu yang lain, kemudian selanjutnya diambil keputusan. Keputusan itu merupakan keputusan nilai yang dapat menyatakan berguna atau tidak berguna, benar atau tidak benar, baik atau tidak baik, indah atau tidak indah. Keputusan nilai yang dilakukan oleh subjek penilaian berhubungan dengan unsur-unsur yang ada pada manusia sebagai penilai, yaitu unsur-unsur jasmani, akal, rasa, karsa (kehendak), dan kepercayaan. Sesuatu dikatakan bernilai apabila sesuatu itu berharga, benar, indah, baik, dan sebagainya.

Didalam nilai itu sendiri terkandung cita-cita, harapan-harapan, dambaan-dambaandan keharusan. Apabila membicarakan tentang nilai, maka sebenarnya membicarakan tentang hal yang ideal dan tentang hal yang merupakan cita-cita, harapan, dambaan, dan keharusan. Berbicara tentang nilai berarti berbicara tentang *das Sollen*, bukan *das Sein*. Nilai termasuk di dalam bidang makna normatif, dan termasuk di dalam dunia ideal dan bukan dunia

real. Meskipun demikian, diantara keduanya, antara *das Sollen* dan *das Sein* antara dunia ideal dengan dunia real harus saling berhubungan atau saling terkait secara erat. Artinya bahwa *das Sollen* itu harus menjelma dan menjadi *das Sein*, yang ideal harus menjadi real, yang bermakna normatif harus direalisasikan dalam perbuatan sehari-hari yang merupakan fakta.

c. Nilai Personal dan Nilai Luhur Profesi

1) Menurut T. Raka Joni (1980) adalah sebagai berikut:

- a) Menguasai visi yang mendasari keterampilan
- b) Mempunyai wawasan filosofi
- c) Mempunyai pertimbangan yang rasional
- d) Memiliki sifat yang positif serta mengembangkan mutu kerja.

2) Menurut CV. Good adalah:

- a) Memerlukan persiapan dan pendidikan khusus bagi pelaku
- b) Memiliki kecakapan profesional sesuai persyaratan yang telah dibakukan (organisasi profesi, pemerintah)
- c) Mendapat pengakuan dari masyarakat dan pemerintah

3) Menurut Scein.EH, sebagai berikut:

- a) Terkait dengan pekerjaan seumur hidup
- b) Mempunyai motivasi yang kuat atau panggilan sebagai landasan pemilihan karirnya dan mempunyai komitmen seumur hidup.
- c) Memiliki kelompok ilmu pengetahuan dan keterampilan khusus melalui pendidikan dan pelatihan.
- d) Mengambil keputusan demi kliennya, berdasarkan aplikasi prinsip-prinsip dan teori.
- e) Berorientasi pada pelayanan menggunakan keahlian demi kebutuhan klien.
- f) Pelayanan yang diberikan kepada klien berdasarkan kebutuhan objektif klien.
- g) Lebih mengetahui apa yang baik untuk klien mempunyai otonomi dalam mempertahankan tindakannya.
- h) Membentuk perkumpulan profesi peraturan untuk profesi.
- i) Mempunyai kekuatan status dalam bidang keahliannya, pengetahuan mereka dianggap khusus.

d. Kebijakan dan Nilai-Nilai

Klarifikasi nilai (*values*) merupakan suatu proses dimana seseorang dapat mengerti sistem nilai-nilai yang melekat pada dirinya sendiri. Seseorang menemukan sistem perilakunya sendiri melalui perasaan dan analisa yang dipilihnya dan muncul alternatif-alternatif, apakah pilihan-pilihan ini yang sudah dianalisis secara rasional atau merupakan hasil dari suatu kondisi sebelumnya. Ada tiga fase dalam klarifikasi nilai-nilai yang perlu dipahami.

1) Pilihan

- a) Kebebasan memilih kepercayaan serta menghargai keunikan setiap individu.
- b) Perbedaan dalam kenyataan hidup selalu ada, asuhan yang diberikan bukan hanya karena martabat seseorang tetapi hendaknya perlakuan yang diberikan mempertimbangkan sebagaimana kita ingin diperlakukan.
- c) Keyakinan terhadap penghormatan terhadap martabat seseorang akan merupakan konsekuensi terbaik bagi semua masyarakat.

2) Penghargaan

- a) Merasa bangga dan bahagia dengan pilihan sendiri (anda akan merasa senang bila mengetahui asuhan yang anda berikan dihargai klien serta sejawat, supervisor memberikan pujian atas keterampilan hubungan interpersonal yang terjadi.
- b) Dapat mempertahankan nilai-nilai tersebut bila ada seseorang yang tidak bersedia memperhatikan martabat manusia sebagaimana mestinya.

3) Tindakan

- a) Gabungan nilai-nilai tersebut kedalam kehidupan atau pekerjaan sehari-hari.
- b) Upayakan selalu konsisten untuk menghargai martabat manusia dalam kehidupan pribadi dan profesional, sehingga menimbulkan rasa sensitif atas tindakan yang dilakukan. Semakin disadari nilai-nilai profesional maka semakin timbul nilai-nilai moral yang dilakukan serta selalu konsisten untuk mempertahankannya.

e. Pertimbangan Nilai-Nilai

Tenaga kesehatan harus memiliki komitmen yang tinggi untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas berdasarkan standar perilaku etis. Pengetahuan tentang perilaku etis dimulai dari pendidikan dan berlanjut pada forum atau kegiatan ilmiah baik formal maupun non formal dengan teman, sejawat, profesi lain, maupun masyarakat. Salah satu perilaku etis dalam membantu memecahkan masalah klien tenaga kesehatan dapat melakukan dua pendekatan, yaitu:

1) Pendekatan berdasarkan prinsip

Sering dilakukan dalam etika kedokteran atau kesehatan untuk menawarkan bimbingan tindakan khusus. Beauchamp Childress menyatakan ada empat pendekatan prinsip dalam etika kesehatan:

- a) Tindakan sebaiknya mengarah sebagai penghargaan terhadap kapasitas otonomi setiap orang.
- b) Menghindarkan berbuat suatu kesalahan.
- c) Dengan murah hati memberikan sesuatu yang bermanfaat dengan segala konsekuensinya.
- d) Keadilan menjelaskan tentang manfaat dan risiko yang dihadapi. Dilemma etik muncul ketika ketaatan terhadap prinsip menimbulkan penyebab konflik dalam bertindak.

2) Pendekatan berdasarkan asuhan

Tenaga kesehatan memandang *care* atau asuhan sebagai dasar dan kewajiban moral. Hubungan tenaga kesehatan dengan klien merupakan pusat pendekatan berdasarkan asuhan, dimana memberikan perhatian khusus kepada klien. Perspektif asuhan memberikan arahan dengan cara bagaimana tenaga kesehatan dapat berbagi waktu untuk duduk bersamaklien atau sejawat, merupakan suatu kebahagiaan bila didasari etika. Perspektif asuhan meliputi:

- a) Berpusat pada hubungan interpersonal dalam asuhan.
- b) Meningkatkan penghormatan dan penghargaan terhadap martabat klien sebagai manusia.
- c) Mau mendengarkan dan mengolah saran-saran dari orang lain sebagai dasar yang mengarahkan pada tanggungjawab profesional.

- d) Mengingat kembali arti tanggungjawab moral yang meliputi kebajikan seperti kebaikan, kepedulian, empati, perasaan kasih sayang menerima kenyataan.
- f. Integritas
- Poin –poin yang perlu diperhatikan dalam integritas adalah :
- 1) Integritas adalah suatu elemen karakter yang mendasari timbulnya pengakuan profesional. Integritas merupakan kualitas yang melandasi kepercayaan publik dan merupakan patokan (benchmark) bagi anggota dalam menguji semua keputusan yang diambilnya.
 - 2) Integritas mengharuskan seorang anggota untuk, antara lain, bersikap jujur dan berterus terang tanpa harus mengorbankan rahasia penerima jasa. Pelayanan dan kepercayaan publik tidak boleh dikalahkan oleh keuntungan pribadi. Integritas dapat menerima kesalahan yang tidak disengaja dan perbedaan pendapat yang jujur, tetapi tidak dapat menerima kecurangan atau peniadaan prinsip.
 - 3) Integritas diukur dalam bentuk apa yang benar dan adil. Dalam hal tidak terdapat aturan, standar, panduan khusus atau dalam menghadapi pendapat yang bertentangan, anggota harus menguji keputusan atau perbuatannya dengan bertanya apakah anggota telah melakukan apa yang seorang berintegritas akan lakukan dan apakah anggota telah menjaga integritas dirinya. Integritas mengharuskan anggota untuk menaati baik bentuk maupun jiwa standar teknis dan etika.
 - 4) Integritas juga mengharuskan anggota untuk mengikuti prinsip obyektivitas dan kehati-hatian profesional.

H. Profesional dan professionalism pemberi layanan kesehatan

a. Pengertian professional

Profesionalisme merupakan sikap dari seorang profesional. Artinya sebuah term yang menjelaskan bahwa setiap pekerjaan hendaklah dikerjakan oleh seseorang yang mempunyai keahlian dalam bidangnya atau profesinya. Menurut Supriadi, penggunaan istilah profesionalisme menunjuk pada derajat penampilan seseorang sebagai profesional atau penampilan suatu pekerjaan sebagai suatu profesi, ada yang profesionalismenya tinggi, sedang dan rendah. Profesionalisme

juga mengacu kepada sikap dan komitmen anggota profesi untuk bekerja berdasarkan standar yang tinggi dan kode etik profesinya.

Profesionalisme adalah suatu paham yang menginginkan dilakukan kegiatan tertentu dalam masyarakat, berbekal keahlian dan berdasar rasa terpanggil serta ikrar menerima panggilan tersebut dengan semangat pengabdian, selalu siap memberikan pertolongan kepada sesama yang kesulitan di tengah gelapnya kehidupan (*Wignjosoebroto*, 1999).

b. Ciri profesionalisme

- 1) Profesionalisme menghendaki sifat mengejar kesempurnaan hasil (perfect result), sehingga kita di tuntut untuk selalu mencari peningkatan mutu.
- 2) Profesionalisme memerlukan kesungguhan dan ketelitian kerja yang hanya dapat diperoleh melalui pengalaman dan kebiasaan.
- 3) Profesionalisme menuntut ketekunan dan ketabahan, yaitu sifat tidak mudah puas atau putus asa sampai hasil tercapai.
- 4) Profesionalisme memerlukan integritas tinggi yang tidak tergoyahkan oleh “keadaan terpaksa” atau godaan iman seperti harta dan kenikmatan hidup.
- 5) Profesionalisme memerlukan adanya kebulatan fikiran dan perbuatan, sehingga terjaga efektivitas kerja yang tinggi.

c. Syarat Pekerjaan Profesional

- 1) Pekerjaan tersebut adalah untuk melayani orang banyak (umum)
- 2) Bagi yang ingin terlibat dalam profesi dimaksud, harus melalui pendidikan atau pelatihan yang cukup lama dan berkelanjutan
- 3) Adanya kode etik dan standar yang ditaati berlakunya di dalam organisasi tersebut
- 4) Menjadi anggota dalam organisasi profesi dan selalu mengikuti pertemuan ilmiah yang diselenggarakan oleh organisasi profesi tersebut
- 5) Mempunyai media/publikasi yang bertujuan untuk meningkatkan keahlian dan ketrampilan anggotanya
- 6) Kewajiban menempuh ujian untuk menguji pengetahuan bagi yang ingin menjadi anggota
- 7) Adanya suatu badan tersendiri yang diberi wewenang oleh pemerintah untuk mengeluarkan sertifikat.

d. Profesi dan Profesionalisme

Suatu profesi biasanya terikat dengan kode etik profesi , asosiasi profesi, serta proses sertifikasi dan lisensi yang khusus untuk bidang profesi tersebut.

1) Kode etik

organisasi profesi biasanya memiliki kode etik bagi para anggotanya dan prosedur pendisiplinan bagi mereka yang melanggar aturan. Hal ini digunakan untuk menghindari terjadinya penyimpangan kode etik sehingga menurunkan kehormatan profesi itu sendiri. Dalam kaitannya dengan pendidikan keguruan, ada program studi yang memberikan mata kuliah profesi kependidikan yang menyangkut tentang etika profesi keguruan

2) *Asosiasi profesi*

Profesi biasanya memiliki badan yang diorganisasi oleh para anggotanya, yang dimaksudkan untuk meningkatkan status para anggotanya. Organisasi profesi tersebut biasanya memiliki persyaratan khusus untuk menjadi anggotanya.

3) *Lisensi:*

Profesi menetapkan syarat pendaftaran dan proses sertifikasi sehingga hanya mereka yang memiliki lisensi bisa dianggap bisa dipercaya. Kebanyakan profesi yang berlisensi ini merupakan profesi vital yang berhubungan dengan kepentingan masyarakat luas, seperti dokter, apoteker, pengacara, termasuk sertifikasi pada tenaga pengajaran.

e. ciri atau sifat yang selalu melekat pada profesi

- 1) Kerja seorang profesional yang beritikad untuk merealisasikan kebijakan demi tegaknya kehormatan profesi yang digeluti, dan oleh karenanya tidak terlalu mementingkan atau mengharapkan imbalan upah materiil.
- 2) Kerja seorang professional berlandaskan oleh kemahiran teknis yang berkualitas tinggi yang dicapai melalui proses pendidikan dan/atau pelatihan yang panjang, eksklusif dan berat.
- 3) Kerja seorang profesional yang diukur dengan kualitas teknis dan kualitas moral harus menundukkan diri pada sebuah mekanisme control berupa kode etik yang dikembangkan dan disepakati bersama didalam sebuah organisasi profesi.

f. Perilaku Profesional

Setiap anggota harus berperilaku yang konsisten dengan reputasi profesi yang baik dan menjauhi tindakan yang dapat mendiskreditkan profesi. Kewajiban untuk menjauhi tingkah laku yang dapat mendiskreditkan profesi harus dipenuhi oleh anggota sebagai perwujudan tanggung-jawabnya kepada penerima jasa, pihak ketiga, anggota yang lain, staf, pemberi kerja dan masyarakat umum.

g. Perilaku bekerja tim pemberi pelayanan kesehatan

Dalam kesehariannya, setiap manusia memiliki kebutuhan dan tujuan yang berbeda antar satu sama lain. Hal ini menyebabkan adanya beragam karakteristik yang secara pasti juga akan memiliki kemampuan yang tinggi jika diwujudkan dalam suatu kebutuhan dan tujuan bersama. Setelah mereka menjadi bagian dari kepentingan dan tujuan kelompok tersebut, akan terbentuklah perilaku kelompok untuk kebersamaan.

1) Pengertian Perilaku Tim dan Klasifikasi Kelompok

Aktivitas yang dilaksanakan oleh lebih dari satu orang yang saling berhubungan, mempengaruhi dan bergantung satu sama lain untuk mencapai kinerja positif jangka panjang dan perkembangan diri disebut dengan perilaku kelompok. Anggota kelompok organisasi harus termotivasi untuk bergabung, melihat kelompok sebagai wadah interaksi, berpartisipasi langsung dalam kegiatan-kegiatan kelompok dan menyetujui kesepakatan dan ketidaksepakatan melalui berbagi interaksi.

Sebuah kelompok terdiri atas kelompok formal dan kelompok informal. Kelompok formal ditetapkan oleh struktur organisasi seperti presiden dan menteri, ketua DPR dan anggota komisi.

Kelompok informal merupakan kelompok yang didefinisikan sebagai tanggapan terhadap kepentingan akan kontak sosial baik ada tidaknya struktur dan formal atau tidak ditetapkan secara organisasi. Kelompok merupakan bagian kehidupan individu dan organisasi dimana mereka akan terus terlibat dalam proses kelompok yang ditemui dalam suatu organisasi.

Ciri-ciri sebuah kelompok antara lain memiliki lebih dari satu anggota, saling berkomunikasi, memiliki tujuan yang sama dan menganggap dirinya sebagai anggota sebuah kelompok.

2) Dasar-Dasar Perilaku

Kelompok Dasar-dasar perilaku kelompok terdiri dari: kondisi eksternal pada kelompok, sumber daya anggota, sumber kelompok, proses kelompok, tugas-tugas kelompok, kinerja dan kepuasan, teori psikologi.

1) Kondisi eksternal pada kelompok

- a) Strategi organisasi: Tujuan organisasi dan usahanya untuk mencapai tujuan tersebut.
- b) Struktur otoritas: Penetapan otoritas yang berbeda setiap anggota organisasi.
- c) Peraturan formal: ketentuan mengenai aturan, prosedur, kebijakan, dan ragam lain dari peraturan induk membakukan perilaku karyawan.
- d) Sumber daya organisasional: Sumber daya finansial, waktu, bahan mentah, serta alat-alat yang diserahkan oleh organisasi pada kelompok.
- e) Proses seleksi perilaku para personil: Semua persyaratan yang harus dipenuhi calon pegawai dalam proses seleksi yang akan menentukan posisi mereka.
- f) Evaluasi kinerja dan sistem ganjaran: Evaluasi terhadap hasil pekerjaan yang telah diselesaikan oleh anggota kelompok yang kemudian diberikan sistem ganjaran terhadap hasil evaluasi yang diperoleh.
- g) Budaya organisasi: merupakan standar untuk karyawan mengenai perilaku yang dapat diterima dengan baik dan yang tidak dapat diterima.

2) Sumber daya anggota

Kemampuan dan karakteristik kepribadian merupakan sumber daya yang sangat diperlukan eksistensinya pada setiap individu.

- a) Kemampuan
- b) Korelasi antara kecerdasan intelektual dengan relevansi pekerjaan terhadap prestasi kelompok.

3) Karakteristik kepribadian

Ada hubungan antara karakteristik kepribadian yang positif dalam budaya terhadap produktivitas, semangat, dan kekohesifan kelompok.

4) Teori psikologi

The Collaborative Classroom. Kerjasama dilaksanakan oleh lebih dari satu orang dalam mencapai suatu tujuan. Terdapat dua komponen yaitu

kerjasama dan saling ketergantungan yang positif. Semua anggota kelompok harus melihat dirinya sebagai bagian dari kelompok tersebut yang didasarkan pada kepercayaan, sehingga akan terciptalah kekompakan dalam kelompok.

I. Etika hubungan tim profesi

a. Pengertian Etika

Dalam pergaulan hidup bermasyarakat, bernegara hingga pergaulan hidup tingkat internasional di perlukan suatu system yang mengatur bagaimana seharusnya manusia bergaul. Sistem pengaturan pergaulan tersebut menjadi saling menghormati dan dikenal dengan sebutan sopan santun, tata krama, protokoler dan lain-lain. Maksud pedoman pergaulan tidak lain untuk menjaga kepentingan masing-masing yang terlibat agar mereka senang, tenang, tentram, terlindung tanpa merugikan kepentingannya serta terjamin agar perbuatannya yang tengah dijalankan sesuai dengan adat kebiasaan yang berlaku dan tidak bertentangan dengan hak-hak asasi umumnya. Hal itulah yang mendasari tumbuh kembangnya etika di masyarakat kita.

Menurut para ahli maka etika tidak lain adalah aturan prilaku, adat kebiasaan manusia dalam pergaulan antara sesamanya dan menegaskan mana yang benar dan mana yang buruk. Etika memberi manusia orientasi bagaimana ia menjalani hidupnya melalui rangkaian tindakan sehari-hari. Itu berarti etika membantu manusia untuk mengambil sikap dan bertindak secara tepat dalam menjalani hidup ini. Etika pada akhirnya membantu kita untuk mengambil keputusan tentang tindakan apa yang perlu kita lakukan dan yang perlu kita pahami bersama bahwa etika ini dapat diterapkan dalam segala aspek atau sisi kehidupan kita, dengan demikian etika ini dapat dibagi menjadi beberapa bagian sesuai dengan aspek atau sisi kehidupan manusianya.

b. Jenis Etika

Ada dua macam etika yang harus kita pahami bersama dalam menentukan baik dan buruknya prilaku manusia :

1) Etika Deskriptif,

Etika yang berusaha menyorong secara kritis dan rasional sikap dan prilaku manusia dan apa yang dikejar oleh manusia dalam hidup ini sebagai sesuatu yang bernilai. Etika deskriptif memberikan fakta sebagai

dasar untuk mengambil keputusan tentang perilaku atau sikap yang mau diambil.

2) Etika Normatif

Etika yang berusaha menetapkan berbagai sikap dan pola perilaku ideal yang seharusnya dimiliki oleh manusia dalam hidup ini sebagai sesuatu yang bernilai. Etika normatif memberi penilaian sekaligus memberi norma sebagai dasar dan kerangka tindakan yang akan diputuskan.

c. Tim Profesi

Keterampilan kerjasama tim adalah campuran interaktif, interpersonal, pemecahan masalah dan keterampilan komunikasi yang diperlukan oleh sekelompok orang yang bekerja pada tugas bersama, di peran yang saling melengkapi, menuju tujuan bersama yang hasilnya lebih besar dari orang-orang yang bekerja secara independen.

Kerjasama antara profesi kesehatan adalah satu usaha untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Seperti halnya pendapat Hind (2003) yang menyebutkan bahwa kolaborasi adalah satu usaha peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Kerjasama tim merupakan kompetensi dasar untuk kolaborasi interprofessional yang sukses menurut kerangka kompetensi interprofessional yang dikembangkan IPEC. Kerjasama berlaku dalam latar apapun di mana profesi kesehatan berinteraksi untuk tujuan bersama dalam memberikan asuhan kepada individu, keluarga, atau masyarakat. Kerjasama tim melibatkan asuhan berpusat pada klien; koordinasi perawatan pasien dengan profesi kesehatan lainnya sehingga kesenjangan dan kesalahan dapat dihindari; dan berkolaborasi dengan orang lain melalui *problem solving* dan pengambilan keputusan bersama, terutama dalam ketidakpastian. Proses ini mencerminkan tingkat saling ketergantungan yang tertanam dalam tim, di unit kecil seperti unit rumah sakit, dan atau di antara organisasi dan masyarakat. Belajar untuk bekerja dalam tim menyaratkan menjadi bagian dari sistem yang kecil dan kompleks yang diselenggarakan untuk berbagi asuhan kepada individu, keluarga, atau masyarakat. Keterlibatan sebagai anggota tim berdasarkan nilai keahlian profesional menunjukkan bahwa seseorang bisa berkontribusi pada hasil asuhan dalam situasi tertentu. Memahami bagaimana proses perkembangan tim dapat mempengaruhi anggota tim, fungsi tim secara

keseluruhan, dan hasil asuhan berbasis tim yang merupakan bagian penting dari anggota tim yang efektif.

d. Tahap perkembangan tim

Hal yang sangat mendasar dalam mewujudkan keutuhan sebuah tim agar dapat berkinerja dan berdaya guna adalah dengan melakukan perancangan tim yang baik. Pentingnya perancangan tim yang baik diuraikan Tuckman (2000) dengan membagi ke dalam 4 (empat) tahap perkembangan, yaitu:

1) *Forming* (pembentukan)

Tahapan di mana para anggota setuju untuk bergabung dalam suatu tim. Karena kelompok baru dibentuk maka setiap orang membawa nilai-nilai, pendapat dan cara kerja sendiri-sendiri. Konflik sangat jarang terjadi, setiap orang masih sungkan, malu-malu, bahkan seringkali ada anggota yang merasa gugup. Kelompok cenderung belum dapat memilih pemimpin (kecuali tim yang sudah dipilih ketua kelompoknya terlebih dahulu).

2) *Storming* (merebut hati),

Tahapan di mana kekacauan mulai timbul di dalam tim. Pemimpin yang telah dipilih seringkali dipertanyakan kemampuannya dan anggota kelompok tidak ragu-ragu untuk mengganti pemimpin yang dinilai tidak mampu. Terjadi pertentangan karena masalah-masalah pribadi, semua bersikeras dengan pendapat masing-masing. Komunikasi yang terjadi sangat sedikit karena masing-masing orang tidak mau lagi menjadi pendengar.

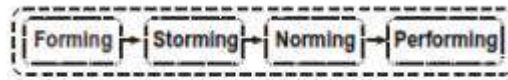
3) *Norming* (pengaturan norma)

Tahapan di mana individu-individu dan subgroup yang ada dalam tim mulai merasakan keuntungan bekerja bersama dan berjuang untuk menghindari team tersebut dari kehancuran (bubar). Karena semangat kerjasama sudah mulai timbul, setiap anggota mulai merasa bebas untuk mengungkapkan perasaan dan pendapatnya kepada seluruh anggota tim.

4) *Performing* (melaksanakan),

Tahapan merupakan titik kulminasi di mana team sudah berhasil membangun sistem yang memungkinkannya untuk dapat bekerja secara

produktif dan efisien. Pada tahap ini keberhasilan tim akan terlihat dari prestasi yang ditunjukkan.



Gambar 1. Tahapan Perkembangan Tim (Tuckman, 2000).

Tahapan perkembangan tim menurut Tuckman tersebut dapat dilalui dan dibentuk dengan berdasarkan waktu. Tahapan *forming* menuju ke tahap *storming* akan memerlukan waktu, orang akan membutuhkan waktu untuk mengenal orang lain sebelum menyadari adanya perbedaan-perbedaan di antara mereka. Bila mereka telah menyadari adanya perbedaan tersebut anggota tim tersebut juga memerlukan waktu untuk mengatasinya, begitu pula seterusnya menuju tahapan selanjutnya. Hal ini tentu saja membutuhkan waktu yang cukup lama untuk dapat membuat suatu tim menjadi lebih kohesif atau dengan kata lain menjadi lebih solid dan kompak.

e. Lima komponen utama Tim efektif

Keterampilan seseorang dalam kerjasama tim dapat dipengaruhi berbagai macam faktor, diantaranya adalah: kecerdasan emosional, kecerdasan intelegensia, kepribadian, keterampilan komunikasi, hubungan interpersonal dan kemampuan beradaptasi/fleksibilitas.

Tim yang efektif dapat dilihat berdasarkan lima komponen utama sebagai berikut:

- 1) Task effectiveness, adalah sejauh mana tim ini berhasil mencapai tujuan yang terkait tugastugasnya.
- 2) Team member well-being, kesejahteraan yang dimaksud mengacu pada faktor-faktor seperti kesehatan mental (misalnya, bebas stres), serta pertumbuhan dan perkembangan anggota tim.
- 3) Team viability, adalah kemungkinan bahwa tim akan terus bekerja sama dan berfungsi secara efektif.
- 4) Team Innovation, adalah sejauh mana tim mengembangkan dan mengimplementasikan ide-ide baru dan meningkatkan proses, produk dan prosedur.

- 5) Inter-team cooperation, adalah efektivitas tim dalam bekerja dengan tim lain dalam organisasi dengan bekerja untuk memberikan produk atau jasa.

f. Kompetensi dalam mendukung Interprofesional

Para praktisi perlu memahami beberapa prinsip dinamika kerja tim dan proses kerja kelompok agar kolaborasi interprofesi dapat efektif. Untuk mendukung kolaborasi interprofesional, pembelajar / praktisi mampu :

- 1) Memahami proses pengembangan tim
- 2) Mengembangkan berbagai prinsip kerjasama yang menghargai nilai-nilai etis yang dianut oleh anggota kelompok.
- 3) Memfasilitasi diskusi secara efektif dan berinteraksi serta berpartisipasi dengan anggota tim dan menghargai seluruh anggota tim.
- 4) Berpartisipasi dan menghargai seluruh anggota yang berpartisipasi secara berkolaborasi dalam pengambilan keputusan
- 5) Melakukan refleksi secara berkala terhadap posisi dan fungsi mereka terhadap tim mahasiswa, praktisi dan pasien/klien/keluarga
- 6) Menciptakan dan menjaga secara efektif dan lingkungan hubungan kerja yang sehat dengan mahasiswa / praktisi, pasien / klien dan keluarga baik dalam atau di luar tim yang telah ditentukan.
- 7) Menghargai kode etik dalam tim, termasuk di dalamnya kerahasiaan, alokasi sumber daya dan profesionalisme.

Hubungan kerja yang nyaman dan efektif serta saling menghargai dengan dapat mengikutsertakan pasien / klien / keluarga merupakan karakteristik interprofesi dari praktik kolaborasi. Kolaborasi membutuhkan kepercayaan, rasa saling menghargai, komunikasi yang terbuka dan dapat mendengarkan pendapat yang lain. Ini semua merupakan karakteristik hubungan kooperatif. Para mahasiswa / praktisioner dapat membagikan informasi yang dibutuhkan untuk melakukan koordinasi mengenai pelayanan dengan profesi lain dan pasien/ klien, keluarga dan komunitas untuk mencegah jarak, redudansi, kesalahan yang dapat memengaruhi baik efektivitas dan efisiensi dari pelayanan kesehatan. Situasi yang kompleks membutuhkan diskusi mengenai perencanaan pelayanan, penyelesaian masalah dan pengambil keputusan untuk hasil yang terbaik.

Pada situasi tertentu, praktik kolaboratif dibentuk melalui tim interprofesi yang formal, membutuhkan pemahaman dari dinamika pembentukan tim, atau praktik pada system mikro, membutuhkan kesadaran mengenai bagaimana memengaruhi organisasi dengan praktik kolaborasi. Mahasiswa / praktisi membutuhkan refleksi berkala mengenai efektifitas dalam bekerja bersama dan memenuhi kebutuhan dari pasien / klien / keluarga. Kesadaran dan komitmen terhadap pelaksanaan kolaborasi interprofesi merupakan dasar yang diperlukan untuk memberikan pelayanan yang terbaik dan merupakan dasar untuk bekerjasama secara berkolaborasi.

Secara khusus kerjasama interprofesi dan asuhan berbasis tim dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Menjelaskan proses pengembangan melalui peran dan praktik tim yang efektif.
- 2) Mengembangkan consensus mengenai prinsip-prinsip etis untuk membimbing semua aspek asuhan klien dan kinerja tim.
- 3) Melibatkan profesi kesehatan yang lainnya sesuai dengan situasi perawatan khusus yang berpusat pada pasien saat proses pemecahan masalah.
- 4) Mengintegrasikan pengetahuan dan pengalaman profesi lain untuk asuhan yang spesifik.
- 5) Menerapkan praktik kepemimpinan yang mendukung praktik kolaboratif dan kinerja tim yang efektif.
- 6) Melibatkan diri dan orang lain untuk mengelola perbedaan pendapat secara konstruktif tentang nilai – nilai, peran, tujuan dan tindakan, yang timbul antara profesional kesehatan dengan klien dan keluarga.
- 7) Berbagi akuntabilitas dengan profesi lain, klien dan masyarakat untuk hasil yang relevan untuk asuhan dan pencegahan terhadap masalah kesehatan.
- 8) Merenungkan kinerja individu dan tim serta perbaikan kinerja tim.
- 9) Menggunakan strategi perbaikan proses untuk meningkatkan efektivitas kerja interprofesional dan asuhan berbasis tim.
- 10) Menggunakan bukti yang tersedia untuk menginformasikan kerjasama tim yang efektif dan perawatan berbasis tim.
- 11) Melakukan pengaturan secara efektif pada tim dan peran anggota tim yang berbeda.

J. PEMECAHAN MASALAH KESEHATAN BERDASARKAN ETIKA

Kasus I

Seorang ibu 2 jam setelah melahirkan di RS mengeluh pusing dan mata berkunang-kunang. Ibu nampak lemas, TD: 150/100 mmHg, N: 86x/menit, kontraksi uterus baik, perdarahan normal.

Kasus II

Seorang pasangan suami istri datang ke RS mengeluh batuk dan demam sejak 2 hari yang lalu. Pasangan tersebut riwayat bepergian ke luar kota 7 hari yang lalu pada masa covid-19, istri sedang hamil 3 bulan. Hasil pemeriksaan rapid menunjukkan hasil reaktif pada pasangan tersebut.

Kasus III

Seorang perempuan, umur 60 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan luka di kaki kanan yang tidak sembuh sejak 3 minggu yang lalu. Riwayat kaki luka karena tidak sengaja menginjak kerikil tajam di halaman rumah, namun setelah diberi obat merah dan ditutup plester, luka tidak sembuh bahkan muncul bengkak dan kemerahan di sekitar luka dan mulai berbau. Akibatnya, pasien sulit untuk berjalan dan melakukan kegiatan sehari-hari.

Pertanyaan Kasus:

1. Apakah masalah dan diagnosis pasien/klien pada kasus 1/2/3 berdasarkan profesi anda?
2. Bagaimana rencana tatalaksana asuhan pada pasien/klien dari sudut pandang masing-masing profesi?
3. Siapa saja profesi yang perlu dilibatkan pada tatalaksana kasus?
4. Apakah terdapat tumpang tindih peran antara anggota tim Anda dalam tatalaksana kasus?
5. Bagaimana rencana kolaborasi di dalam tim Anda dalam penatalaksanaan asuhan secara optimal pada kasus?
6. Bagaimana bentuk pendekatan yang perlu dilakukan terhadap keluarga pasien/klien?

BAB IV

PERAN DAN TANGGUNGJAWAB INTERPROFESIONAL

IPE dipandang sebagai langkah penting berikutnya dalam mempersiapkan tenaga kesehatan yang “siap praktik kolaboratif” yang telah belajar bagaimana bekerja secara kompeten dalam tim interprofessional. Praktik kolaboratif semacam ini hanya terjadi ketika banyak profesional kesehatan bekerja sama dengan pasien, keluarga, pengasuh, dan masyarakat untuk memberikan perawatan dengan kualitas terbaik (Barr & Coyle, 2013; Sanko et al., 2020). Waktu dan tempat terbaik untuk memberikan paparan kepada profesi kesehatan lain bukanlah saat pekerjaan dalam profesi tersebut dimulai, melainkan IPE harus menjadi bagian integral dari kurikulum setiap program profesi perawatan kesehatan. IPE menjadi harapan program profesi kesehatan. Standar akreditasi khusus IPE berlaku untuk disiplin ilmu sebagai berikut: kedokteran gigi, ilmu kedokteran, keperawatan, okupasi, terapis, farmasi, terapi fisik, studi asisten dokter, dan kesehatan masyarakat (Greer et al., 2014).

Individu yang memasuki lingkungan perawatan kesehatan akan bersinergi dengan berbagai profesional kesehatan dari berbagai disiplin ilmu, seperti: dokter, perawat, terapis okupasi, terapis fisik, pekerja sosial, teknisi laboratorium, apoteker, terapis pernapasan, ahli gizi, atau dokter gigi, serta kesehatan masyarakat. Tanpa koordinasi dan perencanaan oleh anggota tim kesehatan maka akan berdampak terhadap keselamatan pasien (College of Nursing The Oklahoma Health Sciences Center, 2016).

Untuk alasan ini, sangat penting bagi profesional kesehatan untuk bekerja sama dan memahami kontribusi yang dapat diberikan oleh setiap anggota tim untuk merawat pasien. Setiap disiplin ilmu membawa pengetahuan dan keterampilan khusus kepada masing-masing anggota tim. Bekerja secara tim dapat memberikan layanan serta perawatan yang efektif kepada pasien. Dalam IPE semua anggota tim memiliki tanggung jawab yang sama walaupun berbeda disiplin ilmu. Tanggung jawab anggota tim IPE adalah bersikap kooperatif, berpartisipasi dalam tugas yang

ada, menjalankan fungsi tim yang efektif, dan menghormati kontribusi orang lain. Namun, ada beberapa fungsi khusus yang unik untuk disiplin ilmu tertentu, yaitu (Peeters & Wryobeck, 2018; Sanko et al., 2020). 1. Dokter, perawat, asisten dokter, apoteker: Dokter, perawat, atau asisten dokter harus memastikan bahwa masalah medis/diagnostik yang tepat sehingga tepat pengambilan keputusan dalam tindakan medis. Kelompok ini juga membuat keputusan tentang obat yang akan sering dipesan dengan masukan dari apoteker

BAB V

KEPEMIMPINAN ORGANISASI DAN TIM IPE

A. Kepemimpinan organisasi

Beragam kepemimpinan yang dibuat oleh setiap pemimpin di dunia ini. Cara dan pandangan mengenai suatu permasalahan menjadi daya dari kepemimpinan seseorang. Maka tidak bisa dielakkan lagi kalau menjadi seorang pemimpin memiliki tanggung jawab dan peran yang sangat berat. Tetapi itu semua bisa diatasi bila ia memiliki cara dan strategi yang baik dan sesuai dengan kondisinya.

Pemimpin adalah orang yang tugasnya memimpin, sedang kepemimpinan adalah bakat dan atau sifat yang harus dimiliki seorang pemimpin. Maka kepemimpinan adalah kekuasaan untuk memengaruhi seseorang, baik dalam mengerjakan sesuatu atau tidak mengerjakan sesuatu. kepemimpinan merupakan usaha untuk memengaruhi orang dengan memberikan motivasi dan arahan agar bekerja sama dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama. Pemimpin (leader) adalah seorang pemimpin yang mempunyai sifat-sifat kepemimpinan personality atau authority (berwibawa). Ia disegani dan berwibawa terhadap bawahan atau pengikutnya karena kecakapan dan kemampuan serta didukung perilakunya yang baik. Pemimpin (leader) dapat memimpin organisasi formal maupun informal, dan menjadi panutan bagi bawahan (pengikut) nya. Tugas seorang pemimpin dalam sebuah organisasi adalah membawa anggota organisasi untuk bekerja bersama sesuai dengan tanggung jawabnya masing-masing dan membawa organisasi ke arah pencapaian tujuan yang diharapkan

B. Iklim dan Budaya

1. Budaya

Istilah budaya berasal dari bahasa Latin yaitu *colere* yang berarti mengolah, mengerjakan, terutama mengolah tanah atau bertani. Kemudian dalam bahasa Inggris menjadi *culture*.

Menurut Edgar H. Schein dalam Umam (2010) berpendapat bahwa “budaya adalah suatu pola asumsi dasar yang diciptakan, ditemukan, atau dikembangkan oleh kelompok tertentu sebagai pembelajaran untuk mengatasi masalah adaptasi eksternal dan integrasi internal yang resmi dan terlaksana dengan baik”. Oleh karena itu, budaya diajarkan (diwariskan) kepada anggota-anggota baru sebagai cara yang tepat memahami, memikirkan, dan merasakan terkait masalah-masalah tersebut.

Dengan demikian, budaya dapat didefinisikan sebagai keseluruhan pengetahuan manusia sebagai makhluk sosial yang digunakannya untuk memahami dan menginterpretasikan lingkungan dan pengalamannya serta menjadi landasan bagi tingkah lakunya. Suatu kebudayaan merupakan milik bersama anggota suatu masyarakat atau suatu golongan sosial, yang penyebarannya kepada anggota-anggotanya dan pewarisan kepada generasi berikutnya dilakukan melalui proses belajar dan dengan menggunakan simbol-simbol yang terwujud dalam bentuk yang terucapkan maupun yang tidak.

2. Organisasi

Organisasi merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan manusia. Setiap manusia hidup dalam sebuah organisasi. Organisasi didefinisikan beragam oleh para ahli. Variasi definisi ini didasarkan pada sudut pandang dan waktu ahli ketika mendefinisikan.

Terdapat kesepakatan luas bahwa budaya organisasi merujuk pada sistem pengertian bersama yang dipegang oleh anggota-anggota suatu organisasi yang membedakan organisasi tersebut dengan organisasi lainnya (Robbins, 2005;485). Sistem pengertian bersama ini dalam pengamatan yang lebih seksama merupakan serangkaian karakter penting yang menjadi nilai bagi suatu organisasi.

Budaya organisasi mengacu pada norma perilaku, asumsi, dan keyakinan dari suatu organisasi, sementara dalam iklim organisasi mengacu pada persepsi orang-orang dalam organisasi yang merefleksikan norma-norma, asumsi-asumsi dan keyakinan (Owens, 1991). Sedangkan Sonhadji dalam Soetopo (2010) mengatakan bahwa budaya organisasi adalah proses sosialisasi anggota organisasi untuk mengembangkan persepsi, nilai dan keyakinan terhadap organisasi untuk mengembangkan persepsi, nilai, dan keyakinan terhadap organisasi. Sementara Soetopo (2010) mengatakan bahwa budaya organisasi berkenaan dengan

keyakinan, asumsi, nilai, norma-norma perilaku, ideology, sikap, kebiasaan dan harapan-harapan yang dimiliki oleh organisasi (dalam hal ini termasuk organisasi universitas swasta).

3. Komponen-Komponen Budaya Organisasi

Robbins dalam Soetopo (2010) mengemukakan tujuh karakteristik budaya organisasi yaitu :

- a. Otonomi individu yaitu kadar kebebasan, tanggung jawab dan kesempatan individu untuk berinisiatif dalam organisasi
- b. Struktur yaitu kadar peraturan dan ketetapan yang digunakan untuk mengontrol perilaku pegawai
- c. Dukungan yaitu kadar bantuan dan keramahan manajer kepada pegawai
- d. Identitas yaitu kadar kenalnya anggota terhadap organisasinya secara keseluruhan, terutama informasi kelompok kerja dan keahlian profesionalnya
- e. Hadiah performansi yaitu kadar alokasi hadiah yang didasarkan pada kriteria performansi pegawai
- f. Toleransi konflik yaitu kadar konflik dalam hubungan antar sejawat dan kemauan untuk jujur dan terbuka terhadap perbedaan
- g. Toleransi resiko yaitu kadar dorongan terhadap pegawai untuk agresif, inovatif dan berani menanggung resiko.

4. Fungsi Budaya Organisasi

Soetopo (2010) mengemukakan bahwa fungsi budaya organisasi bergayut dengan fungsi eksternal dan fungsi internal. Fungsi eksternal budaya organisasi adalah melakukan adaptasi terhadap lingkungan diluar organisasi, sementara fungsi internal berkaitan dengan integrasi berbagai sumber daya yang ada didalamnya termasuk sumber daya manusia. Jadi secara eksternal budaya organisasi akan selalu beradaptasi dengan budaya-budaya yang ada diluar organisasi, begitu seterusnya sehingga budaya organisasi tetap akan selalu ada penyesuaian-penyesuaian.

Sementara Robbins (2005) mengemukakan tentang fungsi budaya dalam organisasi menjadi lima fungsi yaitu :

- a. Budaya memiliki suatu peran batas-batas tertentu yaitu budaya menciptakan perbedaan antara satu organisasi dengan organisasi lainnya.

- b. Budaya menyampaikan rasa identitas kepada anggota-anggota organisasi
- c. Budaya mempermudah penerusan komitmen hingga mencapai batasan yang lebih luas, melebihi batasan ketertarikan individu
- d. Budaya mendorong stabilitas sistem sosial. Budaya merupakan suatu ikatan sosial yang membantu mengikat kebersamaan organisasi dengan menyediakan standar-standar yang sesuai mengenai apa yang harus dikatakan dan dilakukan karyawan
- e. Budaya sebagai pembentuk rasa dan mekanisme pengendalian yang memberikan panduan dan bentuk perilaku serta sikap karyawan.

Dalam organisasi, seringkali terjadi perbandingan antara budaya yang kuat dan budaya yang lemah. Alasan ini seringkali memiliki dampak yang lebih besar terhadap sikap karyawan dan lebih tertuju langsung untuk mengurangi keluar masuknya karyawan. Dalam hal ini, Robbins menjelaskan bahwa budaya yang kuat selalu ditandai oleh nilai-nilai inti organisasi yang dipegang kukuh dan disepakati secara luas. Semakin banyak anggota organisasi yang menerima nilai-nilai inti dan semakin besar komitmen mereka terhadap nilai-nilai tersebut, maka budaya tersebut akan semakin kuat. Sejalan dengan definisi ini, suatu budaya yang kuat jelas sekali memiliki pengaruh yang besar dalam sikap anggota organisasi dibandingkan dengan budaya yang lemah.

5. Karakteristik Budaya Organisasi

O'Reilly dan Jehn dalam Soetopo (2010) mengemukakan tujuh karakteristik utama yang menjadi inti dari suatu organisasi, yaitu :

- a. *Innovation and risk taking*, yaitu derajat sejauh mana pekerja didorong untuk inovatif dan berani mengambil resiko
- b. *Attention to detail*, yaitu derajat sejauh mana para pekerja diharapkan menunjukkan presisi, analisis, dan perhatian pada detail-detail
- c. *Outcome orientation*, yaitu sejauh mana pimpinan berfokus pada hasil, bukan pada teknis dari proses yang dipakai untuk menjadi hasil
- d. *People orientation*, yaitu sejauh mana keputusan manajemen memperhitungkan efek hasil-hasil pada orang dalam fungsi budaya organisasi menjadi inti dari suatu budaya organisasi.

- e. *Team orientation*, yaitu sejauh mana kegiatan kerja diorganisasikan atas dasar tim kerja daripada individu.
- f. *Aggressiveness*, yaitu sejauhmana orang-orang dalam organisasi bersifat agresif dan kompetitif
- g. *Stability*, yaitu sejauh mana aktifitas organisasi menekankan pemeliharaan status quo sebagai kontras dari pertumbuhan.



6. Klasifikasi Budaya Organisasi

Dalam mempelajari budaya organisasi, terdapat empat pendekatan menurut Robert dan Hunt dalam Soetopo (2010). Keempat pendekatan itu antara lain : (1) beberapa sarjana memandangnya sebagai asumsi bersama, keyakinan dan nilai-nilai dalam organisasi dan kelompok kerja, (2) kelompok kedua tertarik dengan mitos, cerita, dan bahasa sebagai manifestasi budaya, (3) memandang tata cara dan seremonial sebagai manifestasi budaya, dan (4) mempelajari interaksi antar anggota dan symbol-simbol. Sedangkan Schein membaginya kedalam tiga dimensi budaya yaitu : (1) *artefak dan kreasi* berupa teknologi, seni, pola perilaku yang dapat dilihat dan didengar. Terlihat oleh mata tetapi sering tidak dapat diartikan dan diuraikan, (2) *nilai*, dapat diuji dalam lingkungan fisik, dapat diuji hanya oleh konsensus social. Tingkat yang lebih tinggi mengenai kesadaran, (3) *asumsi dasar*, yaitu mengenai hubungan manusia-lingkungan, hakikat dasar manusia, hakikat hubungan manusia.

7. Menciptakan dan Mempertahankan Budaya

Suatu budaya dalam organisasi tidak muncul begitu saja. Bila sudah terbentuk mantap, budaya tidak akan menghilang begitu saja. Kekuatan apa yang mempengaruhi pembentukan suatu budaya? Apa yang akan mengukuhkan dan mempertahankan kekuatan tersebut bila kekuatan tersebut sudah berada pada

posisinya. Untuk dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan ini, kita dapat melihat dari konsep tentang bagaimana suatu budaya berawal.

Kebiasaan, tradisi, dan cara-cara umum dalam mengerjakan sesuatu yang sudah ada dalam suatu organisasi berkaitan erat dengan apa yang telah dilakukan sebelumnya dan dengan tingkat keberhasilan organisasi tersebut dengan upaya-upayanya. Dengan demikian sumber utama budaya organisasi tersebut adalah para pendirinya (Robbins, 2005; 492)

C. IKLIM ORGANISASI

Owens (1991) menyatakan bahwa “*organizational climate is the study of perceptions that individual have of various aspect of the environment in the organization*”. Dengan demikian pengkajian iklim organisasi dapat dilakukan dengan menggali data dari persepsi individu yang ada dalam organisasi. Taguiri dan Litwin dalam Soetopo (2010) mengartikan iklim organisasi adalah suatu kualitas lingkungan internal organisasi yang dialami oleh anggotanya, mempengaruhi prilakunya dan dapat dideskripsikan dengan nilai-nilai karakteristik organisasi. Dengan penegrtian ini, Miner (1998) menyarikan aspek-aspek definisi iklim organisasi sebagai berikut :

1. Iklim organisasi berkaitan dengan unit yang besar yang mengandung cirri karakteristik tertentu.
2. Iklim organisasi lebih mendiskripsikan suatu unit organisasi daripada menilainya.
3. Iklim organisasi berasal dari praktik organisasi, dan
4. Iklim organiasasi mempengaruhi prilaku dan sikap aggota organisasi.

Dalam kaitannya dengan iklim organisasi, Steers dalam Soetopo (2010) menyatakan bahwa iklim organisasi dapat dilihat dari dua sisi pandang yaitu (1) iklim organisasi dilihat dari persepsi para anggota terhadap organisasinya, (2) iklim organisasi dilihat dari hubungan antara kegiatan-kegiatan organisasi dan perilaku manajemennya.

1. Klasifikasi Iklim Organisasi

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Halpin (1971) yang menggunakan *Organizational Climate Description Quesionare (OCDC)*, terdapat enam klasifikasi iklim organiasi yaitu :

- a. *Open Climate* yang menggambarkan tentang situasi dimana anggota organisasi merasa senang untuk bekerja, saling kerjasama serta adanya keterbukaan.

- b. *Outonomous Climate* yaitu situasi dimana adanya kebebasan, adanya peluang kreatif, sehingga para anggota memiliki peluang untuk memuaskan kebutuhan-kebutuhan mereka.
- c. *The Controlled Climate* yang ditandai adanya penekanan atas prestasi dalam mewujudkan kepuasan kebutuhan social, setiap orang bekerja keras serta kurangnya hubungan antar sesama anggota
- d. *The Familiar Climate* yaitu adanya rasa kesejawatan tinggi antara pimpinan dan anggota
- e. *The Paternal Climate* yang bercirikan adanya pengontrolan pimpinan terhadap anggota, dan
- f. *The Closed Climate* yang ditandai suatu situasi rendahnya kepuasan dan prestasi tugas serta kebutuhan social para anggota, pimpinan sangat tertutup terhadap para anggotanya.

Halpin sebagaimana dikutip Soetopo (2010) membagi komponen iklim organisasi berdasarkan karakteristik kelompok sebagai berikut :

- a. *Disengagement* atau ketidakikutsertaan, yaitu suatu kadar dimana staf atau bawahan cenderung tidak terlibat dan tidak *commite* terhadap pencapaian tujuan organisasi.
- b. *Hindrance* atau halangan, yaitu mengacu pada perasaan para staf bahwa pimpinan membebani mereka dengan tugas yang memberatkan pekerjaan mereka.
- c. *Esprit* atau semangat, yaitu mengacu pada semangat kerja karena terpenuhinya kebutuhan social dan rasa punya prestasi dalam pekerjaan.
- d. *Intimacy* atau keintiman, yaitu kadar kekohesifan antar staf dalam organisasi.

Sedangkan berdasarkan kategori perilaku pemimpin sebagai berikut :

- a. *Aloofness* atau keberjarakan, yaitu menggambarkan kadar perilaku pemimpin yang formal dan impersonal yang menunjukkan jarak social dengan staf.
- b. *Production Emphasis* atau penekanan pada hasil yaitu mengacu pada perilaku pemimpin agar staf bekerja keras, misalnya dengan pengawasan ketat, direktif dan menuntut hasil maksimal.

- c. *Thrust* atau rasa yakin, yaitu mengacu pada kadar perilaku pemimpin yang ditandai kerja kerasnya agar dicontoh oleh staf.
- d. *Consideration* atau perhatian, yaitu mengacu pada kadar perilaku pemimpin dengan memperlakukan staf secara manusiawi sesuai dengan martabatnya (Owens, 1991; Halpin, 1971)

D. Fungsi Kepemimpinan

Fungsi kepemimpinan berhubungan langsung dengan situasi sosial dalam kehidupan kelompok/organisasi masing-masing yang mengisyaratkan bahwa setiap pemimpin berada di dalam dan bukan di luar situasi itu. Fungsi kepemimpinan merupakan gejala sosial karena harus diwujudkan dalam interaksi antar individu di dalam situasi sosial suatu kelompok atau organisasi. Fungsi kepemimpinan memiliki dua dimensi, yaitu: pertama, dimensi yang berkenaan dengan tingkat kemampuan mengarahkan (*direction*) dalam tindakan atau aktivitas pemimpin. Kedua, dimensi yang berkenaan dengan tingkat dukungan (*support*) atau keterlibatan orang-orang yang dipimpin dalam melaksanakan tugas-tugas pokok kelompok atau organisasi.

Fungsi kepemimpinan dapat dibedakan dalam lima fungsi pokok,10 yaitu:

- a. Fungsi Instruksi

Fungsi ini bersifat komunikasi satu arah. Pemimpin sebagai komunikator merupakan pihak yang menentukan apa, bagaimana, bilamana, dan dimana perintah itu dikerjakan agar keputusan dapat dilaksanakan secara efektif.

- b. Fungsi Konsultasi

Fungsi ini bersifat komunikasi dua arah. Pada tahap pertama dalam usaha menetapkan keputusan, pemimpin kerap kali memerlukan bahan pertimbangan yang mengharuskannya berkonsultasi dengan orang-orang yang dipimpinnya yang dinilai mempunyai berbagai bahan informasi yang diperlukan dalam menetapkan keputusan.

- c. Fungsi Partisipasi

Dalam menjalankan fungsi ini, pemimpin berusaha mengaktifkan orang-orang yang dipimpinnya, baik dalam keikutsertaan mengambil keputusan maupun dalam melaksanakannya.

d. Fungsi Delegasi

Fungsi delegasi dilaksanakan dengan memberikan pelimpahan wewenang membuat/menetapkan keputusan, baik melalui persetujuan maupun tanpa persetujuan dari pimpinan

e. Fungsi Pengendalian

Fungsi pengendalian bermaksud bahwa kepemimpinan yang sukses (efektif) mampu mengatur aktivitas anggotanya secara terarah dan dalam koordinasi yang efektif sehingga memungkinkan tercapainya tujuan bersama secara maksimal.

E. Hambatan kepemimpinan organisasi

Berdasarkan penelitian itu, maka terdapat 14 hambatan umum dalam organisasi dalam pendayagunaan pegawainya. Hambatan-hambatan tersebut adalah :

1. Tujuan yang tidak jelas – (Unclear Aims) Dimana alasan dalam pelaksanaan tugas tidak dijelaskan dengan baik sehingga pelaksana tidak mengetahui apa sebenarnya yang ingin dicapai.
2. Nilai-nilai yang tidak jelas – (Unclear Values) Dimana nilai-nilai organisasi tidak diketahui oleh anggota organisasi.
3. Filosofi manajemen yang tidak layak – (Inappropriate Management Philosophy) Dimana prinsip-prinsip manajemen yang mendasari pengambilan keputusan dan membentuk atmosfer kerja tidak berpijak pada kenyataan yang ada dan tidak berpihak pada kemanusiaan.
4. Kurangnya perencanaan dan pengembangan manajemen – (Lack of Succession Planning and Management Development) Dimana persiapan akan tujuan organisasi di masa depan tidak diantisipasi dan tidak direncanakan dengan matang.
5. Struktur organisasi yang membingungkan - (Confused Organizational Structure) Dimana orang-orang di dalam organisasi kurang terurus secara efektif dan efisien.
6. Kontrol yang tidak memadai – (Inadequate Control) Dimana keputusan yang buruk akan didapat karena informasi yang kurang tepat dan kurang ditangani oleh orang yang tepat pula.

7. Rekrutmen dan seleksi yang tidak tepat – (Inadequate Recruitment and Selection) Dimana orang-orang yang direkrut kurang memiliki pengetahuan, kepribadian, atau keterampilan yang sesuai dengan kebutuhan organisasi.
8. Imbalan yang tidak adil – (Unfair Rewards) Dimana orang-orang didalam organisasi tidak dihargai sepantasnya, atau sistem penggajian tidak berjalan dengan baik.
9. Training yang kurang – (Poor Training) Dimana orang-orang di dalam organisasi kurang dapat belajar secara efisien dalam mengerjakan tugasnya dan kurang dapat meningkatkan hasil kinerjanya.
10. Stagnasi personel – (Personnel Stagnation) Dimana orang-orang di dalam organisasi tidak mencerminkan sikap yang dapat mendorong keefektifan pengerjaan tugas dan pertumbuhan organisasi.
11. Komunikasi yang tidak berjalan lancar – (Inadequate Communication) Dimana visi organisasi tidak dimengerti, koordinasi antar anggota organisasi lemah, iklim organisasi rusak dan para pembuat keputusan kekurangan informasi.
12. Tim kerja yang tidak berjalan baik – (Poor Teamwork) Dimana orang-orang di dalam organisasi yang seharusnya dapat bekerja sama tidak dapat menjalankan perannya dalam kelompok dan menemui banyak hambatan dalam bekerja sama.
13. Motivasi rendah – (Low Motivation) Dimana orang-orang dalam organisasi kurang memiliki perhatian terhadap permasalahan organisasi dan kurang mengerahkan upayanya dalam mencapai tujuan organisasi.
14. Kreativitas rendah – (Low Creativity) Dimana ide-ide untuk pengembangan tidak dimanfaatkan secara tepat dan terjadi stagnasi dalam mengembangkan ide-ide baru.



Gambar 1. Hambatan Pemanfaatan Sumber Daya Manusia

F. Personal power

Apa sesungguhnya yang membuat orang-orang ini berhasil, sementara yang lain jatuh gagal?Sebetulnya tidak ada yang aneh dalam hal ini. Orang-orang ini memiliki kemampuan mengelola potensi yang ada dalam dirinya dan mengambil alih kendali hidup yang diarahkan untuk pencapaian sebuah tujuan. Dalam kata lain, mereka menguasai **personal power**.Kita semua memiliki kekuatan dalam diri kita yang tinggal menunggu perintah untuk dijalankan. Kekuatan ini berupa pikiran yang kita miliki, kata-kata yang diucapkan, dan tindakan yang kita ambil.Personal power adalah kemampuan mengelola pikiran, ucapan, dan tindakan yang membawa kebaikan bagi diri kita dan orang-orang sekitar.Personal power tidak bergantung pada latar belakang pendidikan atau posisi yang Anda pegang. Melainkan pada kesadaran untuk mengamati pikiran yang

ada di kepala Anda. Kata-kata yang diucapkan pun mewakili betul apa yang Anda yakini. Kemudian perilaku Anda mencerminkan apa yang Anda percaya sebagai kebaikan bagi diri dan sesama. Keselarasan antara pikiran, ucapan dan tindakan ini menjadi kunci dalam pengelolaan personal power.

BAB VI

MEMBANGUN TEAMWORK DALAM KOLABORASI PROFESI

A. Teori Teamwork

Menurut Robbins kerjasama tim adalah sinergi positif melalui usaha yang terkoordinasi. Usaha-usaha yang dilakukan anggota tim menghasilkan kinerja yang lebih tinggi dari pada masukan individual setiap anggota. Sedangkan menurut Heymann, *teamwork* adalah proses bagaimana individu bekerja bersama untuk mencapai tujuan. Hal yang sama diungkapkan oleh Harris & Harris (1996) bahwa tim memiliki tujuan bersama dimana anggota tim dapat mengembangkan secara efektif dan adanya hubungan timbal balik untuk mencapai tujuan tim. Johnson dan Johnson (1991) *team work* adalah kolaborasi individu untuk bekerjasama mencapai tujuan yang ditentukan, pendekatan multidimensional yang ditandai dengan serangkaian perilaku adaptif, kognisi dan sikap yang berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama.

Menurut Paris, Salas & Cannon-Bowers (2000) sekumpulan individu bersama-sama bukan suatu tim, *teamwork* merupakan gabungan dari pelaku beberapa individu, *team* merupakan gabungan dari *Knowledge, Skill dan Attitude* yang ditujukan untuk mendukung anggota tim dan pencapaian tujuan tim. *Teamwork* adalah seperangkat pengalaman, tindakan dan perasaan masing-masing anggota tim yang saling terkait yang dibutuhkan untuk proses koordinasi dan pencapaian tujuan tugas tim

B. Karakteristik kelompok dan Tim

“Kelompok” adalah sejumlah individu yang berkumpul berdasarkan persamaan ciri-ciri atau kepentingan. (Jerry Spiegel CT, 1997).

Karakteristik kelompok

- a. Anggota menganggap pengelompokan mereka semata-mata untuk kepentingan administratif. Individu bekerja secara mandiri, kadang-kadang berbeda tujuan dengan individu yang lainnya.
- b. Anggota cenderung memperhatikan dirinya sendiri karena tidak dilibatkan dalam penetapan sasaran, terkadang pendekatannya hanya sebagai tenaga bayaran.

- c. Anggota diperintah untuk mengerjakan pekerjaan, bukan diminta saran untuk mencapai sasaran terbaik.
- d. Anggota tidak percaya pada motif rekan-rekan kerjanya karena tidak memahami peran anggota lainnya, menyatakan pendapat atau menyampaikan kritik dianggap sebagai upaya memecah belah.
- e. Anggota kelompok sangat berhati-hati dalam menyampaikan pendapatnya karena kurang saling toleransi.
- f. Apabila menerima pelatihan yang memadai dalam penerapannya sangat dibatasi oleh pimpinan.
- g. Anggota berada dalam suatu konflik tanpa mengetahui sebab dan cara pemecahan masalahnya.
- h. Anggota tidak didorong untuk ikut ambil bagian dalam pengambilan keputusan

Sedangkan “Tim” adalah jenis khas kelompok kerja yang terorganisir dan dikelola secara berbeda dengan jenis kelompok kerja lainnya (Jerry Spiegel CT, 1997).

- a. Anggota menyadari ketergantungan di antara mereka dan memahami bahwa sasaran pribadi maupun tim paling baik dicapai dengan cara saling mendukung. Waktu akan sangat efektif karena masing-masing memahami dan tidak mencari keuntungan di atas anggota tim yang lain;
- b. Anggota tim ikut merasa memiliki pekerjaan dan organisasinya (*sense of belonging*) karena mereka memiliki komitmen terhadap sasaran yang akan dicapai;
- c. Anggota memiliki kontribusi terhadap keberhasilan organisasi.
- d. Anggota bekerja dalam suasana saling percaya dan didorong untuk mengungkapkan ide, pendapat, ketidaksetujuan serta mencetuskan perasaan secara terbuka, pertanyaan yang muncul akan disambut dengan baik.
- e. Anggota menjalankan komunikasi dengan tulus, mereka saling memahami sudut pandang masing-masing.
- f. Para anggota didorong untuk menambah keterampilan dan menerapkannya dalam tim, mereka menerima dukungan penuh dari tim.
- g. Mereka menyadari bahwa konflik dalam tim merupakan hal yang wajar, karena dengan konflik merupakan kesempatan untuk mengembangkan ide dan kreatifitas, apabila terjadi suatu konflik akan diselesaikan secara konstruktif.

- h. Anggota berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi tim, meskipun mereka menyadari bahwa keputusan tetap di tangan pemimpin apabila tim menemui jalan buntu, tujuannya adalah memperoleh hasil yang positif.

C. Tahap pembentukan tim

Menurut Bruce Tuckman, psikolog pembentukan sebuah tim akan selalu melewati lima tahapan agar dapat tumbuh, menghadapi tantangan, mengatasi masalah, mencari solusi, merencanakan kerja, dan menyampaikan hasilnya.

Lima tahapan itu adalah fase pembentukan (*forming*), curah pendapat (*storming*), tata tertib (*norming*), pelaksanaan (*performing*), dan pengistirahatan (*adjourning*). Teori yang disampaikan Tuckman pada 1965 ini mau tidak mau akan dilewati oleh suatu tim yang akan melakukan tugasnya.

a. Tahap Pembentukan Tim (*forming*)

Tim akan bertemu dan mempelajari tentang peluang dan tantangan, dan kemudian sepakat tentang tujuan (*goals*) dan mulai menghadapi tugas. Setiap anggota tim umumnya akan berlaku secara independen. Pada fase ini tugas utama fungsi adalah menyangkut orientasi. Para anggota berusaha mengarahkan pandangannya pada tugas dan juga rekan-rekannya dalam tim. Diskusi berputar di sekitar batasan-batasan dari tugas, bagaimana mendekatinya, dan hal-hal yang terkait. Untuk beranjak dari tahap ini ke tahap berikutnya, setiap anggota tim harus meninggalkan kenyamanan pada topik-topik yang biasa dan masuk ke dalam topik yang mungkin akan memiliki risiko konflik.

b. Tahap Penentuan Aspirasi(*storming*)

Pada tahap ini “ peserta menyatakan pendapat tentang karakter dan integritas dari anggota lain dan merasa dipaksa untuk menyuarakan pendapatnya jika mereka mendapati seseorang menghindari tanggung jawab atau berusaha melakukan dominasi. Kadang-kadang anggota tim mempertanyakan tindakan atau keputusan pimpinan ketika perjalanan yang terorganisir (*expedition*) itu tumbuh lebih keras”

Beberapa tim dapat melewati tahap *storming*, tetapi bagi tim yang tidak dapat melewatinya maka waktu, intensitas dan kerusakan “*storm*” dapat bervariasi. Toleransi dari setiap anggota dan perbedaan harus menjadi pokok perhatian. Tanpa toleransi dan kesabaran tim akan gagal.

Tahap ini dapat merusak tim dan menurunkan tingkat motivasi seandainya pun dapat dikendalikan. Namun perbedaan ini juga akan dapat membuat anggota lebih kuat, lebih banyak keahlian, dan dapat bekerja lebih efektif sebagai tim. Pimpinan tim harus lebih terbuka tetapi tetap harus mengarahkan dalam mengambil keputusan dan berperilaku profesional.

c. Tahap Penentuan Tata Tertib(*norming*)

Penyelesaian perbedaan dan pertengkaran pribadi dapat berakibat pada hubungan yang lebih akrab, dengan demikian semangat kerjasama akan timbul. Hal ini dapat terjadi ketika tim sadar akan adanya persaingan dan mereka memiliki tujuan yang sama. Pada fase atau tahap ini, semua anggota tim mengambil tanggungjawab dan memiliki ambisi untuk bekerja demi keberhasilan tujuan tim.

d. Tahap Pelaksanaan(*performing*)

“Dengan adanya tata tertib dan peraturan yang dikembangkan, anggota kelompok berkonsentrasi pada pencapaian tujuan bersama, seringkali dapat mencapai keberhasilan yang luar biasa.” Pada tahap ini, supervisor tim hampir selalu berpartisipasi. Tim akan membuat keputusan-keputusan yang diperlukan. Bahkan tim yang berkinerja paling bagus akan menengok kembali ke tahap awal dalam situasi yang meminta. Tim-tim yang dibentuk untuk jangka panjang akan selalu kembali ke siklus ini berkali-kali sesuai dengan perubahan lingkungan yang dihadapi. Misalnya, perubahan dalam hal kepemimpinan dapat membuat tim kembali ke fase *storming* karena pemimpin baru tidak setuju dengan tata tertib yang sudah disepakati dan adanya dinamika dari tim.

e. Tahap Penghentian Sementara(*adjourning*)

Pada tahun 1977, Tuckman bersama dengan Mary menambahkan tahap kelima dari empat tahap pembentukan tim, yakni penghentian sementara (*adjourning*), yang mencakup penyelesaian tugas dan mengistirahatkan tim, bisa sementara sifatnya kalau tim masih akan diperlukan lagi.

D. Dinamika kelompok

Dinamika kelompok adalah suatu kelompok yang terdiri dari dua atau lebih individu yang memiliki hubungan psikologis secara jelas antara anggota satu dengan yang lain dan berlangsung dalam situasi yang dialami. Dinamika kelompok berasal dari kata dinamika dan kelompok. Dinamika berarti interaksi atau interdependensi antara

kelompok satu dengan yang lain, sedangkan Kelompok adalah kumpulan individu yang saling berinteraksi dan mempunyai tujuan bersama.

Fungsi dari dinamika kelompok itu antara lain:

- a. Membentuk kerja sama saling menguntungkan dalam mengatasi persoalan hidup.
- b. Memudahkan pekerjaan.
- c. Mengatasi pekerjaan yang membutuhkan pemecahan masalah dan mengurangi beban pekerjaan yang terlalu besar sehingga selesai lebih cepat, efektif dan efisien. Salah satunya dengan membagi pekerjaan besar sesuai bagian kelompoknya masing-masing atau sesuai keahlian.
- d. Menciptakan iklim demokratis dalam kehidupan masyarakat dengan memungkinkan setiap individu memberikan masukan, berinteraksi, dan memiliki peran yang sama dalam masyarakat.

E. Manajemen konflik

Konflik adalah ketidaksesuaian, perselisihan, pertentangan, atau adanya posisi yang berseberangan antara satu pihak dengan pihak lainnya, baik antar individu maupun antar kelompok.

Terdapat empat konflik yaitu konflik vertikal, konflik horizontal, konflik garis-staf, konflik peranan.

- a. Konflik vertical : Konflik ini terjadi antara individu atau kelompok yang memiliki kedudukan yang berbeda dalam organisasi, misalnya konflik yang terjadi antara bawahan dan atasan.
- b. Konflik horizontal: Konflik ini terjadi antara individu atau kelompok yang memiliki kedudukan yang sama atau setingkat dalam organisasi. Misalnya konflik yang terjadi antara karyawan atau antar departemen yang setingkat.
- c. Konflik lini-staf: Konflik ini terjadi antara karyawan lini yang biasanya memegang posisi komando, dengan pejabat staf yang biasanya berfungsi sebagai penasehat dalam organisasi.
- d. Konflik peranan: Konflik ini terjadi karena seorang individu mengemban lebih dari satu peran yang saling bertentangan.

Manajemen Konflik merupakan langkah yang dapat digunakan individu atau kelompok untuk menghadapi pertentangan atau perselisihan yang terjadi di dalam kehidupan. Manajemen konflik menjadi suatu kajian yang penting untuk dipelajari dan dipahami dalam menyelesaikan potensi konflik atau konflik itu sendiri, sehingga menghasilkan kesamaan sudut pandang (*perception*) dan kepentingan (*interest*).

Tahapan Manajemen Konflik

- a. Pencegahan konflik: Tahapan ini adalah tahapan yang dilakukan dalam menata konflik sebelum terjadinya perselisihan atau ketidaksetujuan suatu pihak atas pihak lainnya. Tujuannya adalah untuk mencegah munculnya konflik yang keras antara satu pihak dengan lainnya.
- b. Penyelesaian konflik: Tahapan ini adalah tahapan yang dilakukan dalam menata konflik ketika pertentangan dan perselisihan telah terjadi. Tujuannya adalah untuk mengakhiri perselisihan, ketidaksetujuan, atau perilaku kekerasan melalui suatu persetujuan persamaan pendapat atau persetujuan untuk mengakhiri suatu kekerasan atau upaya untuk menciptakan perdamaian
- c. Pengelolaan konflik: Tahapan ini adalah tahapan yang dilakukan dalam menata konflik pada saat perselisihan atau pertentangan sulit untuk di damaiakan. Tujuannya untuk membatasi meluasnya pertentangan, serta menghindari penggunaan kekerasan dengan mendorong para pihak untuk berperilaku positif terhadap pihak lain.
- d. Resolusi konflik: Tahapan ini adalah tahapan yang dilakukan dalam menata konflik melalui upaya pencarian dan penanganan penyebab utama dari konflik yang terjadi. Tujuannya adalah guna membangun hubungan baru antar individu atau kelompok yang bertentangan, sehingga tercipta hubungan yang harmonis dan berkelanjutan antar pihak yang awalnya bersebrangan.
- e. Transformasi konflik: Tahapan ini adalah tahapan yang dilakukan dalam menatakonflik melalui perubahan-perubahan atas kekuatan-kekuatan yang ada di tiap-tiap kelompok. Tujuannya adalah untuk mengatasi sumber konflik, baik sosial maupun politik yang lebih luas dengan mengubah kekuatan negatif menjadi kekuatan positif.

Konflik dan kehidupan bermasyarakat memang sangat erat sehingga tidak dapat dipisahkan disebabkan keduanya itu sejajar atau sama. Contohnya karena perbedaan status, budaya, agama dan keterbatasan sumber daya itu adalah factor-faktor yang dapat menyebabkan konflik. Oleh sebab itu maka dibutuhkan strategi penyelesaian konflik.

Terdapat 5 strategi umum yang dapat menyelesaikan konflik yaitu ada penghindaran, akomodasi, kompetisi, kompromi dan kolaborasi.

- a. Penghindaran : Strategi ini dikenal dengan sebutan kura-kura, mengapa demikian karena liat saja kura-kura yang selalu menarik diri berlindung ditempurungnya ketika dihadapkan dalam suatu masalah. Strategi ini biasanya digunakan disituasi dimana akan terjadi kerusakan atau kerugian yang besar.
- b. Akomodasi : Strategi ini dikenal dengan sebutan gaya rusa deer style disini kepentingan pribadi menjadi tidak penting serta menjaga kerukunan. Strategi ini dilakukan dengan memberikan kepercayaan melakukan kerjasama atau membiarkan pihak lain menemukan langkah-langkah penyelesaian masalah.
- c. Kompetisi : Strategi ini dikenal dengan gaya ikan hiu shark stile dimana satu pihak dinilai memiliki banyak informasi dan berada dalam posisi yang lebih baik, walaupun strategi ini dapat menimbulkan konflik berikutnya namun tidak ada salahnya untuk di coba.
- d. Kompromi : Strategi ini dikenal dengan gaya rubah fox style strategi ini dilakukan dengan saling member dan menerima atau member dan menawarkan. Solusi konflik secara bersamaan dan menguntungkan bagi semua pihak.
- e. Kolaborasi atau Integrasi : Strategi "Owl Style" atau gaya burung hantu merujuk pada pendekatan kolaboratif dan integratif dalam menyelesaikan masalah atau mencapai tujuan bersama.

F. Optimalisasi Peran dan fungsi kerja tim

Optimalisasi adalah hasil yang dicapai sesuai dengan keinginan, jadi optimalisasi merupakan pencapaian hasil sesuai harapan secara efektif dan efisien. Optimalisasi berasal dari kata optimal yang berarti terbaik, tertinggi. Optimalisasi banyak juga diartikan sebagai ukuran dimana semua kebutuhan dapat dipenuhi dari kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan. Menurut Winardi (1996:363) optimalisasi adalah ukuran

yang menyebabkan tercapainya tujuan. Secara umum optimalisasi adalah pencarian nilai terbaik dari yang tersedia dari beberapa fungsi yang diberikan pada suatu konteks.

Pengertian Peranan Menurut Soerjono Soekanto (2009 : Peranan (role) merupakan proses dinamis kedudukan (status). Apabila seseorang melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya, dia menjalankan suatu peranan (Soekanto, 2009:212-213). Pengertian tentang peranan yang dikemukakan oleh Komarudin (1994:768) dapat didefinisikan sebagai berikut :

- a. Bagian dari tugas utama yang harus dilaksanakan seseorang dalam manajemen.
- b. Pola perilaku yang diharapkan dapat menyertai suatu usaha.
- c. Bagian atau fungsi seseorang dalam kelompok atau pranata.
- d. Fungsi yang diharapkan dari seseorang atau menjadi karakteristik yang adanya padanya.
- e. Fungsi setiap variabel dalam hubungan sebab akibat. Levinson dalam Soekanto (2009:213) mengatakan peranan mencakup tiga hal, antara lain:

Peranan meliputi norma-norma yang dihubungkan dengan posisi atau tempat seseorang dalam masyarakat. Peranan dalam arti ini merupakan rangkaian peraturan-peraturan yang membimbing seseorang dalam kehidupan bermasyarakat. Peranan merupakan suatu konsep tentang apa yang dapat dilakukan oleh individu dalam masyarakat sebagai organisasi. Peranan juga dapat dikatakan sebagai perilaku individu yang penting bagi struktur sosial masyarakat

G. Teknik diskusi yang efektif dalam tim

Terdapat beberapa pendapat tentang diskusi kelompok, yang pada intinya menekankan partisipasi dan interaksi semua anggota kelompok dalam diskusi tersebut. Morgan, *et al.* (1976) menyatakan bahwa diskusi kelompok yang ideal adalah partisipasinya sekelompok orang-orang dalam diskusi suatu subjek atau masalah yang memerlukan informasi atau tindakan lebih lanjut.

Sementara itu Kang & Song (1984) mendefinisikan diskusi kelompok sebagai pertemuan atau percakapan antara dua orang atau lebih yang membahas topik tertentu yang menjadi pusat perhatian bersama. Dalam diskusi kelompok, anggota kelompok

menunjuk moderator (pimpinan diskusi), menentukan tujuan, dan agenda yang harus ditaati.

Menurut Gulo (2002), diskusi kelompok merupakan strategi belajar mengajar yang tepat untuk meningkatkan kualitas interaksi antara peserta didik. Selanjutnya, ciri kelompok dinamis menurutnya adalah (1) ada interaksi antara anggota, (2) ada kepemimpinan, (3) ada tujuan yang akan dicapai, (4) ada norma yang diikuti, dan (5) melibatkan emosi.

Sejumlah teknik telah disediakan untuk mendorong partisipasi dan meningkatkan efektivitas diskusi kelompok. Setiap teknik telah dikembangkan dengan menganalisis situasi dan menggunakan secara efektif metode tambahan yang paling sesuai dengan situasi. Berikut ini akan dijelaskan sejumlah metode tambahan.

a. Dua Pimpinan (*Co-Leader*) Dalam Diskusi Kelompok

The Great Book Foundation mempopulerkan penggunaan dua pimpinan dalam diskusi kelompok. Penggunaan dua pimpinan dapat memperlancar diskusi dan mempermudah dalam mencakup keseluruhan subjek. Dua pimpinan dapat saling membantu jika diskusi berlarut-larut. Dua orang dapat berpikir lebih baik daripada satu orang, dan dua orang dapat menganalisis reaksi peserta lebih baik daripada satu orang.

Biasanya jika dua pimpinan digunakan, mereka duduk bersama-sama di ujung meja jika kelompok duduk di satu meja, atau mereka duduk bersama di salah satu sisi lingkaran jika kelompok duduk ditempat duduk yang diatur melingkar. Kedua orang itu harus membagi tanggung jawab mereka sebagai pimpinan sama besar. Sistem dua pimpinan bekerja dengan baik dalam kelompok kurang dari 20 atau 30 orang. Sistem ini kurang efektif untuk kelompok yang besar.

b. Kelompok *Huddle*

Praktik yang paling umum dalam menggunakan sistem huddle adalah ketika pimpinan memperkenalkan masalah atau isu, menjelaskannya jika perlu, kemudian memotivasi kelompok untuk memecahkan masalah tersebut. Pimpinan menyarankan agar satu orang dipilih dalam setiap kelompok untuk bertindak sebagai ketua, dan dalam waktu 10 atau 20 menit, tergantung pada masalahnya, mereka berdiskusi dan menghasilkan keputusan yang berkaitan dengan pemecahan masalah. Selama periode *huddle*, anggota kelompok bertukar

pengalaman, berbagi ide, mengecek pemecahan tentatif dan akhirnya sepakat terhadap pemecahan tentatif tersebut.

Setelah laporan singkat setiap kelompok selesai disampaikan, pimpinan dapat mendorong anggota kelompok *huddle* yang lain untuk mengajukan pertanyaan atau ia dapat menahan pertanyaan sampai seluruh kelompok *huddle* menyampaikan laporan mereka.

c. Kelompok *Buzz*

Teknik kelompok *buzz* sangat mirip dengan metode *huddle*. Kedua-duanya merupakan alat untuk membagi kelompok diskusi besar menjadi kelompok-kelompok kecil. Dua variasi teknik ini sering digunakan oleh pendidik dan ahli sosiologi (Morgan, *et al.*, 1976). Versi pertama, teknik yang paling sering digunakan adalah membagi kelompok asal menjadi kelompok *buzz* yang terdiri atas 10 sampai 15 orang. Jika anggota kelompok asal berjumlah 30 orang atau lebih. Sekretaris membuat catatan tentang ide-ide yang disarankan oleh anggota kelompok dan menyiapkan kesimpulan yang akan disampaikan kepada kelompok besar setelah diskusi kelompok *buzz* selesai. Biasanya sesi *buzz* memerlukan waktu 10-20 menit tergantung pada topik yang dibicarakan. Ketika pimpinan diskusi memanggil kelompok besar kembali, ia biasanya meminta sekretaris setiap kelompok *buzz* untuk melaporkan hasilnya sebelum membuka diskusi umum. Penggunaan kelompok *buzz* memerlukan pengaturan tempat duduk yang lebih lengkap daripada kelompok *huddle*, setiap kelompok *buzz* sebaiknya duduk dalam posisi melingkar.

d. Teknik Phillips 66

Teknik “diskusi 66” yang dikembangkan oleh J. Donald Phillips adalah salah satu variasi dari sistem *huddle* dan diterapkan untuk situasi kelompok yang tidak menentu ketika partisipasi yang demokratis diperlukan. Teknik ini dapat digunakan dalam kelompok kecil 10 sampai 20 orang atau dalam kelompok besar.

Dalam menggunakan sistem ini kelompok besar diminta untuk membentuk kelompok kecil terdiri dari 6 orang dengan sedikit mungkin memindahkan tempat duduk. Jika tempat duduk tidak dapat dipindahkan seperti pada auditorium atau ruang kelas, kelompok 6 orang mudah dibentuk dengan membalikkan tiga orang yang duduk di baris depan dan berdiskusi langsung dengan tiga orang di belakang

mereka. Dengan mulai dari salah satu sisi ruangan, akan mudah membagi seluruh kelompok menjadi kelompok-kelompok diskusi dalam waktu singkat. Jika orang duduk di belakang bangku kelas, kelompok dapat dibentuk dengan meminta tiga orang pertama dari baris kedua membentuk satu kelompok dengan tiga orang yang duduk di hadapan mereka.

BAB VII

KOMUNIKASI INTERPROFESI

A. Definisi Komunikasi Interprofesi

Komunikasi atau *communication* menurut bahasa inggris adalah bertukar pikiran, opini, informasi melalui perkataan, tulisan ataupun tanda-tanda (Hornby et al, 2007). Komunikasi interprofesi adalah bentuk interaksi untuk bertukar pikiran, opini dan informasi yang melibatkan dua profesi atau lebih dalam upaya untuk menjalin kolaborasi interprofesi. Jenis komunikasi ini mempromosikan hubungan saling percaya dan saling menghormati antar profesi. Saling menghormati sangat penting untuk komunikasi interprofessional karena rasa hormat membantu menumbuhkan lingkungan yang positif untuk menetapkan tujuan bersama, membuat rencana kolaboratif, membuat keputusan, dan berbagi tanggung jawab. Komunikasi interprofesi yang efektif merupakan keterampilan penting yang dapat meningkatkan fungsi tim yang berkualitas tinggi dalam perawatan pasien dengan melibatkan beberapa disiplin ilmu seperti dokter, perawat, bidan, ahli gizi, dan tenaga kesehatan lain (HSERC, 2010).

Berikut ini adalah karakter dalam komunikasi antar profesi kesehatan yang kami temukan melalui serangkaian penelitian ilmiah bersama dengan profesi dokter, perawat, apoteker dan gizi kesehatan dan telah menandatangani validasi oleh pakar komunikasi dari Indonesia maupun Eropa (Claramita, et.al, 2012):

- 1) Mampu menghormati (*Respect*) tugas, peran dan tanggung jawab profesi kesehatan lain, yang dilandasi kesadaran/sikap masing-masing pihak bahwa setiap profesi kesehatan dibutuhkan untuk saling bekerjasama demi keselamatan pasien (*Patient-safety*) dan keselamatan petugas kesehatan (*Provider-safety*).
- 2) Membina hubungan komunikasi dengan prinsip kesetaraan antar profesi kesehatan.
- 3) Mampu untuk menjalin komunikasi dua arah yang efektif antar petugas kesehatanyang berbeda profesi dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- 4) Berinisiatif membahas kepentingan pasien bersama profesi kesehatan lain.
- 5) Pembahasan mengenai masalah pasien dengan tujuan keselamatan pasien bisa dilakukan antar individu ataupun antar kelompok profesi kesehatan yang berbeda.

- 6) Mampu menjaga etika saat menjalin hubungan kerja dengan profesi kesehatan yang lain.
- 7) Mampu membicarakan dengan profesi kesehatan yang lain mengenai proses pengobatan (termasuk alternatif/ tradisional)
- 8) Informasi yang bersifat komplimenter/ saling melengkapi: kemampuan untuk berbagi informasi yang appropriate dengan petugas kesehatan dari profesi yang berbeda (baik tertulis di medical record, verbal maupun non-verbal).
- 9) Paradigma saling membantu dan melengkapi tugas antar profesi kesehatan sesuai dengan tugas, peran dan fungsi profesi masing-masing.
- 10) Negosiasi merupakan kemampuan untuk mencapai persetujuan bersama antar profesi mengenai masalah kesehatan pasien.
- 11) Kolaborasi merupakan kemampuan bekerja sama dengan petugas kesehatan dari profesi yang lain dalam menyelesaikan masalah kesehatan pasien

B. Manfaat komunikasi interprofesi

Komunikasi interprofesi yang sehat menimbulkan terjadinya pemecahan masalah, berbagai ide, dan pengambilan keputusan bersama (Potter & Perry, 2005). Menurut Berridge (2010) komunikasi interprofesi sangat berpengaruh dalam meningkatkan keselamatan pasien, karena komunikasi interprofesi yang berjalan efektif akan menghindarkan tim kesehatan dari kesalahpahaman yang dapat menyebabkan *medical error*. Dengan kata lain komunikasi interprofesi yang baik dapat meningkatkan kesehatan pasien, mengurangi atau mencegah terjadinya kesalahan, mengurangi biaya perawatan, dan menciptakan hubungan yang baik antar profesi kesehatan. Bila komunikasi tidak efektif terjadi di antara profesi kesehatan, keselamatan pasien menjadi taruhannya.

C. Faktor yang mempengaruhi komunikasi interprofesi

Menurut Potter dan Perry (2005) keefektifan komunikasi interprofesi dipengaruhi oleh : 1) Persepsi yaitu suatu pandangan pribadi atas hal-hal yang telah terjadi. Persepsi terbentuk apa yang diharapkan dan pengalaman. Perbedaan persepsi antar profesi yang berinteraksi akan menimbulkan kendala dalam komunikasi; 2) Lingkungan yang nyaman membuat seseorang cenderung dapat berkomunikasi dengan

baik. Kebisingan dan kurangnya kebebasan seseorang dapat membuat kebingungan, ketegangan atau ketidaknyamanan; 3) Pengetahuan yaitu suatu wawasan akan suatu hal. Komunikasi interprofesi dapat menjadi sulit ketika lawan bicara kita memiliki tingkat pengetahuan yang berbeda. Keadaan seperti ini akan menimbulkan feedback negatif, yaitu pesan menjadi akan tidak jelas jika kata-kata yang digunakan tidak dikenal oleh pendengar.

D. Hambatan Komunikasi Interprofesi

Menurut O'Daniel dan Rosenstein (2008) terdapat hambatan yang sering terjadi dalam komunikasi interprofesi, yaitu:

- a) Nilai dan harapan pribadi
- b) Perbedaan kepribadian
- c) Hirarki

Hirarki didefinisikan sebagai “pengklasifikasian sekelompok orang menurut kemampuan atau status ekonomi, sosial, atau profesional” (Merriam-Webster, 2019). Definisi ini berlaku untuk unit dan profesi yang berbeda di sebagian besar organisasi perawatan kesehatan. Hubungan hierarkis, seperti perawat-dokter, perawat pemula-ke-senior, atau hubungan lain di seluruh organisasi di mana tingkat pendidikan, pengetahuan, atau status bervariasi.

- d) Perilaku mengganggu
- e) Budaya dan etnis
- f) Perbedaan generasi
- g) Jenis kelamin

Pria dan wanita berbeda dalam banyak hal dalam hal perilaku komunikasi verbal dan non-verbal. Yang dkk. (2016) menemukan bahwa pria cenderung berdiri lebih dekat dengan mereka yang berjenis kelamin sama dibandingkan dengan wanita. Artinya perempuan cenderung memberi ruang lebih kepada perempuan lain dibandingkan laki-laki. Pasien dan rekan kerja akan merasa canggung untuk memberitahu seseorang untuk mundur meskipun memiliki kesadaran bahwa ruang yang memadai sangat penting untuk transmisi pesan dari satu orang ke orang lain.

h) Sejarah persaingan antarprofesional dan intraprofesional

i) Perbedaan bahasa dan jargon

Subramaniam dkk. (2017) mendefinisikan jargon sebagai bahasa yang berfokus pada profesi atau kelompok tertentu. Jargon biasanya digunakan selama komunikasi oleh para profesional medis, dan mereka yang tidak akrab dengan istilah-istilah ini dikecualikan dari percakapan.

j) Perbedaan jadwal dan rutinitas profesional

k) Berbagai tingkat persiapan, kualifikasi, dan status

l) Perbedaan persyaratan, peraturan, dan norma pendidikan profesi

m) Ketakutan akan identitas profesional yang diencerkan

n) Perbedaan dalam akuntabilitas, pembayaran, dan penghargaan

o) Kekhawatiran tentang tanggung jawab klinis

p) Kompleksitas perawatan

q) Penekanan pada pengambilan keputusan yang cepat

E. Teknik Komunikasi efektif Interprofesi

Salah satu tools yang dapat digunakan dalam komunikasi interprofesi yaitu metode SBAR. Komunikasi efektif menggunakan komunikasi SBAR adalah kerangka yang mudah diingat.

- S (*situation*) mengandung komponen tentang identitas pasien, masalah saat ini, dan hasil [diagnosa medis](#).
- B (*background*) menggambarkan [riwayat penyakit](#) atau situasi yang mendukung masalah/situasi saat ini.
- A (*assessment*) merupakan kesimpulan masalah yang sedang terjadi pada pasien sebagai hasil analisa terhadap situation dan Background.
- R (*recommendation*) adalah rencana ataupun usulan yang akan dilakukan untuk mengenai permasalahan yang ada (Permanente 2011, p: 104).

F. Upaya meningkatkan kemampuan komunikasi interprofesi

Menurut Wagner (2011), IPE merupakan langkah yang penting untuk dilakukan karena melalui IPE, mahasiswa dapat melatih kemampuan komunikasi interprofesi pada situasi yang tidak membahayakan pasien tetapi tetap mencerminkan situasi yang

mendekati situasi nyata. Kebutuhan akan strategi pembelajaran untuk meningkatkan komunikasi interprofesi berkembang.

Oleh karena itu, pendidik diharapkan mampu mengembangkan metode dan strategi pembelajaran yang menggabungkan kemampuan komunikasi dan budaya pasien serta keterampilan teknis sejak tahap akademik (Mitchell, 2010). Wagner (2011) menjelaskan dalam penelitiannya yang berjudul "Developing Interprofessional Communication Skills" bahwa simulasi IPE sangat efektif dan diterima dengan baik sebagai inovasi dalam pembelajaran mahasiswa kesehatan. Simulasi tersebut merupakan langkah awal menuju pengembangan budaya yang menumbuhkan kerja sama tim interprofessional dalam perawatan kesehatan.

Selain itu, simulasi tersebut adalah cara untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui pengembangan kolaborasi interprofesi, karena memberikan kesempatan setiap kelompok untuk belajar berinteraksi dengan profesi yang lain. Selain itu mahasiswa juga lebih percaya diri untuk berkomunikasi dengan profesi yang lain ketika berkolaborasi dengan profesi yang lain karena mahasiswa sudah memiliki bekal pengalaman sebelumnya. Wagner (2011) menjelaskan dalam penelitiannya yang berjudul "Developing Interprofessional Communication Skills" bahwa simulasi IPE sangat efektif dan diterima dengan baik sebagai inovasi dalam pembelajaran mahasiswa kesehatan.

Simulasi tersebut merupakan langkah awal menuju pengembangan budaya yang menumbuhkan kerja sama tim interprofessional dalam perawatan kesehatan. Selain itu, simulasi tersebut adalah cara untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui pengembangan kolaborasi interprofesi, karena memberikan kesempatan setiap kelompok untuk belajar berinteraksi dengan profesi yang lain. Selain melalui simulasi IPE, pembelajaran IPE juga dapat menggunakan metode tutorial yang mengintegrasikan berbagai profesi kesehatan. Metode IPE melalui diskusi tutorial tersebut berpusat pada berbagai aspek peran profesi kesehatan dan komunikasi antara dokter, tenaga keperawatan serta pasien dalam setting manajemen perawatan. Mitchell (2010) menjelaskan dalam penelitiannya yang berjudul "*Innovation In Learning – An Interprofessional Approach To Improving Communication*" bahwa tutorial sangat efektif untuk memberikan kesadaran akan pentingnya kolaborasi tim interprofesi dalam perawatan pasien. Selain itu, diskusi yang terjadi selama tutorial dengan profesi yang

lain dapat melatih mahasiswa untuk mengembangkan kemampuan komunikasi interprofesi.

BAB VII

PEMECAHAN MASALAH DENGAN PENDEKATAN ADIME

A. Konsep ADIME

ADIME digunakan dalam pembuatan grafik untuk Ahli Diet yang bekerja di bidang terapi nutrisi medis. Ini adalah pendekatan sistematis dalam memformat dan mendokumentasikan untuk memastikan perawatan terbaik. Dokumentasi ADIME sering digunakan dalam pengaturan layanan kesehatan sebagai cara pembuatan bagan yang memberikan konsistensi di antara berbagai disiplin ilmu. ADIME adalah cara mengatur penilaian kasus penyakit secara ringkas dan terorganisir.

ADIME adalah singkatan dari: Penilaian, Diagnosis, Intervensi, Pemantauan dan Evaluasi.

Proses pembelajaran dibagi ke dalam dua tahapan yaitu tahap pembekalan dan praktik lapangan. Pada tahap pembekalan, mahasiswa dipaparkan terhadap konsep pembelajaran dan Kerjasama antarprofesi (IPE-CP) dan penerapannya dalam intervensi masalah kesehatan. Sesuai dengan tema PKLT-IPECP tahun 2023 terkait layanan primer dan stunting, maka pada kuliah pembekalan juga diberikan materi terkait konsep dasar masalah stunting, factor penyebab serta program intervensi yang bersifat spesifik (sektor kesehatan) serta program sensitive (melibatkan Kerjasama lintas sector untuk mengatasi factor penyebab tidak langsung kejadian stunting). Pemahaman terhadap **PSC** dan **ADIME** juga diberikan pada saat tahap pembekalan.

B. Problem Solving Cycle dengan Pendekatan ADIME



Gambar 1. Model IPE-CP PKL Terpadu

Uraian *problem solving cycle* dengan pendekatan ADIME adalah sebagai berikut:

1) *Community Assessment*

Community assessment merupakan kegiatan analisis situasi berdasarkan data-data terkait masalah kesehatan prioritas dan faktor penyebabnya pada level individu, keluarga dan komunitas. Data yang dibutuhkan dapat bersumber dari data sekunder Program Kesehatan dan data primer yang dikumpulkan langsung dari kelompok sasaran. Pada tahapan *Community assessment*, kelompok IPE-CP diharapkan dapat mengidentifikasi kebutuhan data yang diperlukan untuk menetapkan *community diagnosis* dan intervensi. Sesuai dengan tema PKLT-IPECP yang difokuskan pada layanan primer dan stunting, contoh kebutuhan data dapat dilihat seperti pada Tabel 1.

Tabel 3. Contoh Kebutuhan data untuk *Community assessment*

No	Level target	Sasaran	Data yang dikumpulkan
1	Individu	• ΣCalon pengantin/WUS yang merencanakan kehamilan • ΣIbu hamil (khususnya ibu hamil KEK, Anemia, Preeklamsia, restilainnya) • ΣIbu nifas • ΣIbu menyusui • ΣBayi 0-6 bulan • ΣBayi 6-11 bulan	• Karakteristik individu (umur, jenis kelamin, status gizi dan kesehatan, social ekonomi) • Faktor perilaku (d disesuaikan dengan data yang dibutuhkan inter-profesi)

No	Level target	Sasaran	Data yang dikumpulkan
		• ΣAnak 12-23 bulan • Anak 24-60 bulan • ΣBalita dalam kondisi sakit • ΣBalita underweight (BB/U kurang -2SD) • ΣBalita kurus/wasting (BB/TB< -2SD) • ΣBalita pendek (TB/U<-2SD)	• Akses terhadap layanan kesehatan (focus pada intervensi spesifik dan sensitive penanggulangan stunting)
2	Keluarga	• ΣKeluarga dengan anggota keluarga /individu bersiko penyakit infeksi (TB) dan penyakit tidak menular (DM), terutama yang berasal dari keluarga miskin, berpendidikan rendah, dan tinggal di lingkungan dengan sanitasi yang kurang layak	• Karakteristikkeluarga (sosial ekonomi, jumlah ART, sumberdaya yang dimiliki) • Prilaku bersiko dalam keluarga terkait determinan stunting (pola asuh) • Kualitas Lingkungan tempat tinggal
3	Komunitas	• Tim pendamping stunting tingkat jorong (Wali Jorong, Bidandesa, PKK, Kader posyandu Kader PM) • Posyandu • Kelas Ibu hamil, kelas ibu balita • PAUD • Dasat	Jenis dan potensi organisasi kemasyarakatan yang dapat mendukung program penanggulangan stunting

Data sekunder seperti karakteristik demografi, profil kesehatan, keadaan sosial ekonomi antara lain dapat diperoleh dari Dinas terkait, Puskesmas dan Pemerintahan Desa/Nagari/ dan perangkatnya. Data-data tersebut dapat digunakan untuk melakukan diagnosa di level komunitas atau masyarakat kelurahan di level RW. Selain data sekunder, setiapkelompok juga diharapkan untuk mengumpulkan data primer pada individu dan keluarga yang berisiko. Identifikasi keluarga yang berisiko mengalami masalah stunting dapat dilakukan berbasis data sekunder yang tersedia dan atau informasi dari puskesmas, serta pemerintahan kelurahan, juga masyarakat sekitar. Kegiatan dalam tahap assessment antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Identifikasi kelompok berisiko dari data sekunder (Penyakit TB paru, penyakit tidak menular, catin/WUS yang mengalami Kekurangan Energi Kronik, ibu

hamil berisiko tinggi, bayi dengan BBLR, bayi / balita dengan BB kurang, kurus atau pendek, balita dalam keadaan sakit). Data sekunder dapat diperoleh dari pengelola program gizi, bidan desa, atau data survei gizi dari aplikasi pencatatan pelaporan program gizi berbasis masyarakat (**e-PPGBM**).

- 2) Validasi data individu dan keluarga yang termasuk kelompok berisiko melalui Kunjungan Rumah (*home visit*) secara bersama sesuai profesi
- 3) Lakukan assessment (pengkajian) terhadap individu dan keluarga bersiko. Pastikan semua informasi atau data yang dibutuhkan sebagai basis intervensi diperoleh melalui proses assessment. Data dikumpulkan dengan instrument yang dirancang khusus untuk setiap kelompok sasaran dan mengakomodir kebutuhan data inter-profesi.
- 4) Brainstroming dalam tim IPE-CP membahas hasil assessment, membuat deskripsi karakteristik sasaran dan mendokumentasikan

Berdasarkan data sekunder dan data primer, kelompok IPE-CP bersama-sama dengan fasilitator diharapkan dapat mengidentifikasi:

- a. Semua individu dan keluarga yang berisiko mengalami masalah Stunting di tingkat Jorong
- b. Semua keluarga yang memiliki anggota rumah tangga yang tergolong kedalam kelompok rentan seperti ibu hamil, nifas, menyusui dan balita , penyakit TB paru dan PTM di tingkat jorong.
- c. Organisasi atau kelompok masyarakat yang berpotensi diberdayakan dan dapat berkontribusi dalam implementasi program penanggulangan stunting di tingkat jorong

2) Community Diagnosis

Community diagnosis bertujuan untuk menetapkan masalah/risiko terjadinya masalah dan prioritas factor yang berperan pada kejadian stunting, baik pada individu, keluarga maupun masyarakat. Diagnosis dirumuskan secara berkelompok berdasarkan data pada tahap assessment. Rumusan diagnosis dapat dibuat untuk level individu, keluarga atau masyarakat. Pada tahapan ini kelompok IPE-CP diharapkan dapat melakukan interaksi interprofesi sesuai :

- 1) Norma Nilai berkaitan Etika Profesi
- 2) Peran berkaitan wewenang dan tanggungjawab
- 3) Komunikasi berkaitan Interprofesi dan Interpersonal
- 4) Kerjasama tim yang solid

Dari tahapan diagnosis, diharapkan setiap kelompok mendapatkan rumusan masalah kesehatan prioritas pada level individu, keluarga dan masyarakat yang menjawab pertanyaan sebagai berikut:

- 1) Apa masalah kesehatan atau risiko masalah yang sedang atau akan dialami, atau berisiko akan terjadi? Contoh: Kejadian stunting pada anak usia di bawah dua tahun, Risiko bayi lahir dengan Panjang badan <48 cm; Risiko balita mengalami stunting
- 2) Apa tanda-tanda dari masalah tersebut ? (ditunjukkan dengan data-data tanda dan gejala). Tinggi atau Panjang badan bayi/balita kurang dari -2SD standar WHO; Bayi dengan BBLR; Bayi dengan BB tidak naik dari dua kali penimbangan; Balita mengalami sakit infeksi berulang; Balita dengan asupan zat gizi tidak memadai, Ibu dengan KEK; Ibu dengan tanda/gejala anemia; Ibu hamil resiko tinggi (hipertensi dan DM); dll
- 3) Apa faktor penyebab terjadinya masalah/ meningkatnya risiko untuk mengalami masalah? Contoh: Penyebab masalah terkait kejadian berbagai penyakit infeksi, pola asuh makan bayi dan anak (PMBA) tidak memadai; ketersediaan pangan keluarga yang kurang; pola asuh hygiene dan sanitasi yang kurang; akses pelayanan kesehatan yang kurang; kualitas lingkungan tempat tinggal yang tidak memenuhi persyaratan ; prilaku (pengetahuan dan keterampilan pemeliharaan kesehatan) yang masih kurang, dll

Untuk menjawab ketiga pertanyaan tersebut, diharapkan setiap mahasiswa dapat melakukan pendekatan perspektif profesi masing-masing, dan mengkomunikasikannya dengan mahasiswa dari profesi lain untuk mendapatkan satu gambaran masalah prioritas yang utuh dengan konsep interprofessional collaboration.

Pada akhir tahap diagnosis, diharapkan setiap tim dapat membuat satu rumusan masalah untuk setiap sasaran dengan format PROBLEM (P) – ETIOLOGI (E)– SIGN / SYMPTOMS (SS), seperti contoh pada table 2 berikut :

Tabel 4. Contoh Rumusan masalah (diagnosis) Kejadian atau risiko terjadinya stunting

Kelompok Sasaran	Contoh Rumusan Masalah
Catin/WUS berencana hamil	Risiko melahirkan anak dengan Panjang badan kurang dari 48 cm (P) terkait dengan status gizi calon ibu yang mengalami kurang energi kronis (E) yang ditunjukkan dengan Berat Badan ibu yang kurang (IMT<18.5), dan LILA <23.5 cm serta adanya tanda-tanda anemia (SS)
Ibu hamil	Risiko melahirkan anak dengan Panjang badan kurang dari 48 cm (P) berkaitan dengan rendahnya asupan energi dan protein, akses terhadap pelayanan kesehatan yang kurang dan perilaku yang tidak memadai, hipertensi dan DM (E), ditunjukkan dengan asupan energi dan protein <80% AKG; K1 dan K4 tidak terpenuhi; tidak mengonsumsi tablet Fe; pengetahuan dan sikap dalam perawatan kehamilan tidak memadai (SS)
Bayi 0-6 bulan	Risiko bayi mengalami stunting (P) berkaitan dengan kejadian BBLR dan pemberian ASI yang tidak memadai, penyakit infeksi (E) ditunjukkan dengan BBL <2500 g; dan tidak mendapatkan ASI secara eksklusif pada 6 bulan pertama (PP)
Anak 0-2 tahun	Risiko kejadian stunting pada anak (P) berkaitan dengan <i>growth flatering</i> (BB tidak naik dua kali penimbangan); kejadian diare berulang; pola asuh tidak memadai dan kualitas lingkungan yang jelek ((E) ditandai oleh BB tetap dalam dua kali penimbangan terakhir atau kenaikan berat badan minimal tidak tercapai; Buang air besar encer dan berulang; konsumsi bahan makanan sumber protein tidak memadai; hygiene sanitasi yang kurang, dll)

3) Intervensi

Setelah kelompok IPE-CP mendapatkan rumusan masalah stunting yang memerlukan intervensi inter-profesi, maka langkah berikutnya adalah tahapan intervensi pemecahan masalah. Kegiatan pada tahap intervensi adalah sebagai berikut:

- 1) Menyusun rencana intervensi (POA) dengan format yang disepakati; minimal mencakup masalah; kegiatan intervensi; tujuan; sasaran; proses kegiatan (persiapan, pelaksanaan); sumberdaya; mitra kerja; waktu dan tempat pelaksanaan; penanggung jawab. Pilihan kegiatan intervensi mengacu pada uraian program intervensi spesifik dan sensitive penanggulangan stunting.

- 2) Menyusun Ghant chart atau time table kegiatan
- 3) Menyusun indicator monitoring dan evaluasi pelaksanaan intervensi
- 4) Melakukan koordinasi dan komunikasi tentang rencana dan implementasi kegiatan dengan pihak terkait (tim pendamping stunting di tingkat desa/jorong, Kepala desa/kepala jorong, Bidan desa, Puskesmas, Penyuluh KB, dll)
- 5) Menyiapkan semua input yang dibutuhkan untuk kegiatan intervensi
- 6) Melaksanakan kegiatan intervensi (proses) sesuai rencana; melakukan koordinasi inter-profesi dan sektor lain yang terkait
- 7) Mengidentifikasi faktor pendorong dan penghambat keberhasilan intervensi
- 8) Membuat dokumentasi proses intervensi
- 9) Menyusun laporan kegiatan intervensi

4) Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan oleh setiap kelompok IPE-CP terhadap implementasi rencana yang sudah disepakati. Hal ini bertujuan agar mahasiswa dapat menilai tingkat keberhasilan kerja kelompok dengan melihat indikator input-proses-output dalam rangka implementasi IPE-CP. Setiap kelompok mahasiswa dituntut untuk dapat menetapkan indikator monitoring pada setiap langkah intervensi yang mencakup Community Assessment, Community Diagnosis dan Program intervensi, serta menggunakan indikator tersebut untuk melakukan movev, mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat serta memberikan feedback untuk upaya perbaikan.

Evaluasi dilakukan pada tahap akhir kegiatan dengan menilai output kegiatan secara keseluruhan dan presentase capaian dari target yang direncanakan. Hasil evaluasi kegiatan kemudian ditungkan dalam bentuk laporan kegiatan PKL-T secara keseluruhan.

BAB VI

PENGEMBANGAN SKENARIO KASUS KOMUNITAS

A. Latar Belakang

Untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan mahasiswa dalam proses pembelajaran, maka metode pembelajaran harus memberdayakan peserta didik yang dikenal dengan *student center learning (SCL)*. Peserta didik harus menjadi pusat perhatian, subjek pembelajaran sehingga dituntut untuk lebih aktif selama proses pembelajaran berlangsung. Sementara pendidik berperan sebagai fasilitator yang menyediakan berbagai sumber daya dan dukungan yang dibutuhkan oleh peserta didik. Pembelajaran yang bersifat kaku, instruktif dari pendidik berubah menjadi pembelajaran yang memberikan kesempatan pada peserta didik menyesuaikan dengan kemampuannya dan berperilaku langsung dalam belajarnya (Dikti, 2024).

Melalui pendekatan pembelajaran SCL, peserta didik mendapatkan kebebasan dan fasilitas untuk menggali sendiri ilmu pengetahuannya. Dengan begitu, peserta didik dapat memiliki pengetahuan yang mendalam (*deep learning*) dan mampu meningkatkan kualitas peserta didik. Selain itu saja, pendekatan pembelajaran yang berpusat pada peserta didik ini juga dapat membuat mereka lebih aktif berpartisipasi dalam kegiatan belajar, meningkatkan kemampuan berpikir kritis, mampu menganalisis, serta memecahkan masalah sendiri, serta mengembangkan kreativitas peserta didik.

Dalam pembelajaran Interprofessional Education dan Collaborative Practice (IPE-CP) Poltekkes Padang, pendekatan metode SCL yang digunakan adalah model pembelajaran kooperatif (*Cooperative Learning*). Adalah kegiatan pembelajaran dengan cara berkelompok untuk bekerja sama saling membantu mengkonstruksi konsep, menyelesaikan persoalan, atau inkuiri.

Metode *cooperative learning* dalam pembelajaran IPE-CP adalah cara menyajikan pembelajaran dengan belajar bersama berbentuk kelompok kecil yang terstruktur didalamnya peserta didik (sanitarian, bidan, perawat, nutrisisionis, promotor kesehatan, teknisi gigi dan mulut) melakukan aktivitas belajar saling membantu guna meningkatkan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotorik dalam memahami kasus

dan memecahkan masalah secara kolektif untuk mencapai tujuan yang sama sesuai dengan capaian pembelajaran yang telah ditetapkan.

Pada metode pembelajaran koperatif ini peserta didik dibagi dalam beberapa kelompok, agar kelompok ini kohesif (kompak, solid, dan partisipatif) maka jumlah anggota sekitar 4 – 5 orang, tetapi dalam kelompok pembelajaran IPE CP Poltekkes Padang setiap kelompok anggotanya 10 – 11 orang. Anggota kelompok heterogen karena berasal dari 6 profesi, memiliki kemampuan akademik yang berbeda, ada laki-laki dan perempuan. Domain IPE-CP adalah kerjasama, komunikasi, nilai dan etika profesi, serta peran dan tanggung jawab profesi. Agar keempat domain tersebut dapat tercapai sesuai dengan sasaran pembelajaran, maka salah satu model pembelajarannya adalah dengan *cooperative learning*.

Fasilitator menyampaikan sasaran pembelajaran pada peserta didik, kemudian dilanjutkan dengan pemberian kasus pemicu pada peserta didik untuk diidentifikasi, menentukan masalah utama, *learning issue*, dan peta konsep sebagai landasan dalam menyusun langkah-langkah pemecahan masalah.

B. Pengembangan Skenario Kasus Komunitas Pada Pembelajaran IPE-CP

1. Pengertian Skenario

Skenario adalah rangkaian kronologis peristiwa yang terjadi pada suatu kasus, baik yang bersifat klinis maupun komunitas. Poltekkes Padang sebagai institusi pendidikan vokasi bidang kesehatan, lulusannya sebagai tenaga kesehatan sesuai dengan profesinya lebih dominan memberikan pelayanan kesehatan masyarakat/komunitas yang bersifat promotif dan preventif. Untuk memotivasi peserta didik dalam pembelajaran metode IPE-CP, agar terbentuk kerja sama tim, komunikasi yang baik antar profesi, saling menghargai, dan tanggung jawab profesi dalam mengatasi masalah kesehatan, maka dalam pembelajaran ini diberikan latihan pengembangan scenario pada peserta didik untuk kasus komunitas.

Fasilitator harus mampu menyiapkan skenario/pemicu/kasus yang baik untuk peserta didik. Skenario yang baik tersebut harus menarik, realistic, gejala tidak lengkap, singkat dengan istilah yang jelas, jangan banyak istilah yang belum dimengerti, dapat menstimulasi pembelajaran, mudah dipecahkan, dan sesuai

dengan sasaran pembelajaran. Dengan scenario/pemicu/kasus yang baik, akan dapat merangsang peserta didik untuk :

- a. Membuat keputusan berdasar fakta, informasi, logika, rasionalisasi
- b. Mencari kebenaran dan alasan dari semua keputusan yang dibuat
- c. Menentukan asumsi-asumsi yang diperlukan
- d. Mencari informasi-informasi yang relevan
- e. Menyusun langkah-langkah yang diperlukan untuk memecahkan masalah
- f. *Do something and make sense of it*

2. Langkah-langkah Pengembangan Skenario

Ada beberapa model pengembangan scenario/pemicu untuk pembelajaran IPE-CP. Langkah-langkah pengembangan scenario/pemicu untuk kasus komunitas/kesehatan masyarakat adalah :

- a. Merumuskan sasaran pembelajaran yang akan dicapai oleh peserta didik.
- b. Lingkup bahasan, berisi tentang konsep-konsep yang relevan dengan kasus/pemicu.
- c. Pengetahuan awal, fasilitator harus menggali pengetahuan awal peserta didik apabila diskusi tidak berjalan.
- d. Pemicu, berupa kasus komunitas/kesehatan masyarakat (sesuai dengan persyaratan).
- e. Kata-kata baru, adalah kata yang menurut anggota kelompok sebagai kata yang baru diketahuinya.
- f. Identifikasi fakta, yaitu menganalisis fakta dari pemicu yang dianggap menjadi masalah atau bagian dari masalah.
- g. Masalah utama, yaitu yang menjadi inti utama dari masalah dari pemicu.
- h. Rumusan masalah, yaitu kalimat bertanya yang dirumuskan dengan mengacu pada masalah utama dan data lain di pemicu.
- i. Data tambahan, peserta didik bisa menanyakan pada fasilitator
- j. Learning issue yang mungkin terjaring, yaitu kelompok membuat pertanyaan yang bertujuan untuk menjawab/menyelesaikan masalah pada pemicu. Fasilitator dapat mengarahkan peserta didik untuk dapat membuat list pertanyaan.

- k. Analisis masalah, yaitu kelompok diminta membuat diagram alur/peta konsep dari penyebab dan proses terjadinya masalah berdasarkan pengetahuan yang sudah dimiliki dan diskusi kelompok. Fasilitator dapat memberikan contoh dengan model yang lain apabila kelompok masih kesulitan memahaminya.
 - l. Hipotesis, yaitu dugaan sementara berdasarkan peta konsep, faktor apa saja yang menjadi penyebab terjadinya kasus.
 - m. Referensi, yaitu sumber bacaan yang menjadi rujukan mahasiswa dalam menganalisis kasus, penyebab masalah dan penyelesaian masalah.
 - n. Rencana penyelesaian masalah, yaitu upaya yang akan dilakukan peserta didik untuk menghilangkan semua faktor risiko yang sudah tertuang dalam peta konsep, menentukan sasaran, profesi yang bertanggung jawab (peran dari masing-masing profesi), dan pihak lain yang terkait. Upaya yang akan direncanakan/solusi dalam penanganan kasus dapat mempedomani kebijakan Kemenkes, program pada Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, puskesmas, dan lintas sektor yang bersifat promotif dan preventif.
3. Contoh Kasus/Pemicu

Sesuai dengan bidang studi yang ada pada Poltekkes, maka kasus/pemicu yang akan dibahas adalah kasus komunitas/kesehatan masyarakat. Berikut disajikan beberapa kasus/pemicu yang bisa dipakai dalam pembelajaran IPE-CP.

Tabel 5. Contoh Kasus atau Pemicu Komunitas

No	Kasus/Pemicu
1	Seorang mahasiswa sanitasi lingkungan melihat di belakang kampus, dekat gardu listrik banyak sampah menumpuk dan berserakan, sehingga menimbulkan bau busuk.
2	Mahasiswa peserta PKL Terpadu di jorong X, melihat ada beberapa anak balita yang mengalami stunting, masyarakat menganggap kondisi anak tersebut tidak bermasalah
3	Mahasiswa peserta PKL Terpadu di jorong Y, melihat pada pagi dan sore hari banyak masyarakat BAB di sungai yang melewati jorong tersebut. Sungai tersebut juga digunakan untuk mandi, mencuci pakaian, dan alat makan. Masyarakat sudah terbiasa dengan kebiasaan tersebut.
4	Pada jorong tempat mahasiswa melakukan PKL Terpadu, banyak

No	Kasus/Pemicu
	remaja, dewasa, dan lansia mengalami <i>over weight</i> bahkan obesitas, serta kebiasaan merokok yang tinggi. Semua itu dianggap suatu yang biasa dan tidak berpotensi menjadi masalah
5	Sekelompok murid SD sedang membeli jajanan pinggir jalan yang berada disekitar sekolahnya. Berbagai jenis makanan yang dijual, jalanan tersebut cukup padat dilewati kendaraan dan berdebu, air untuk mencuci alat makan tidak tersedia dengan cukup, penjamah tidak pakai sarung tangan.

4. Pengembangan Skenario

Sebagai bahan latihan, bisa kita gunakan salah satu kasus/pemicu yang ada untuk dibuatkan skenarionya.

Tabel 6. Skenario/Pemicu

Tahap	Diskusi Kelompok Antar Profesi
Penulis Skenario	Kelompok PKL Terpadu
Sasaran Pembelajaran	Mahasiswa mampu melakukan komunikasi, kerja sama antar profesi, memahami etika profesi, dan peran serta tanggung jawab antar profesi dalam penerapan perilaku hidup bersih dan sehat di jorong Y
Lingkup Bahasan	1. Konsep perilaku hidup bersih dan sehat 2. Faktor yang mempengaruhi perilaku 3. Faktor risiko penggunaan air yang tidak memenuhi syarat 4. Mekanisme penularan penyakit yang berhubungan dengan air diare, hepatitis, thypoid, kulit 5. Pemberdayaan masyarakat/KIE
Pengetahuan Awal	1. Pengetahuan PHBS 2. Perilaku hidup bersih dan sehat 3. Mekanisme penularanpenyakit melalui air 4. Pemberdayaan/KIE 5. Komunikasi antar profesi 6. Etika profesi
Pemicu/kasus	Mahasiswa peserta PKL Terpadu di jorong Y, melihat pada pagi dan sore hari banyak masyarakat BAB di sungai yang melewati jorong tersebut. Sungai tersebut juga digunakan untuk mandi, mencuci pakaian, dan alat makan. Masyarakat sudah terbiasa dengan kebiasaan tersebut.
Kata Baru	1. PHBS 2. Diare, Thypoid, Hepatitis, Kulit 3. Pemberdayaan/KIE

Tahap	Diskusi Kelompok Antar Profesi
Identifikasi Fakta	1. Perilaku masyarakat masih BAB di sungai 2. Masyarakat belum memiliki sarana jamban 3. Masyarakat belum memiliki sarana air bersih/minum 4. Air sungai menjadi tercemar oleh tinja manusia 5. Kualitas air menjadi tidak memenuhi syarat (bakteriologis) 6. Adanya gangguan estetika
Masalah Utama	Perilaku buang air besar (BAB) masyarakat yang masih sembarangan
Rumusan masalah	1. Mengapa masyarakat masih BAB di sungai 2. Mengapa masyarakat belum memiliki sara jamban/WC 3. Mengapa masyarakat belum menerapkan perilaku hidup sehat 4. Apakah puskesmas belum pernah memberikan edukasi/KIE tentang perilaku hidup sehat pada masyarakat
Data Tambahan	Tidak ada
Learning Issues Yang Mungkin Terjaring	1. Mengapa masyarakat BAB di sungai ? 2. Apakah masyarakat yang salah ? 3. Apakah tenaga kesehatan yang salah ? 4. Apa yang harus dilaksanakan masyarakat agar tidak BAB di sungai ? 5. Apa yang harus dilaksanakan oleh tenaga kesehatan agar masyarakat tidak BAB di sungai ? 6. Apakah di jorong tersebut belum ada kader kesehatan ? 7. Apakah sudah ada peranan lintas sektor (wali nagari, tokoh masyarakat) ? 8. Apakah sudah ada larangan tidak BAB di sungai ? 9. Bagaimana upaya agar masyarakat tidak BAB di sungai ?
Analisis Masalah	<pre> graph TD Persepsi --> Perilaku Pengetahuan --> Perilaku Tradisi --> Perilaku KaderKesehatan[Kader Kesehatan] --> Perilaku TokohMasyarakat[Tokoh Masyarakat] --> Perilaku TenagaKesehatan[Tenaga Kesehatan] --> Perilaku SaranaJamban[Sarana Jamban] --> Perilaku KIE[KIE] --> Perilaku Konseling --> Perilaku Perilaku --> MasyarakatBAB[Masyarakat BAB di sungai] </pre>

Tahap	Diskusi Kelompok Antar Profesi																
	↓ Kejadian penyakit pada masyarakat ↓ ↓ ↓ ↓ Diare Kulit Thypoid Hepatitis																
Hipotesis	Masyarakat akan dapat tertular penyakit kalau masih BAB di sungai																
Referensi Terkait	1. Sugriarta, Evino. Penyehatan Air. Padang : Get Press Indonesia. 2023. 2. Mundiatur. Pengelolaan Kesehatan Lingkungan. Yogyakarta : Gava Media. 2015 3. Noto Admodjo, Soekidjo. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineke Cipta. 2014 4. Sumantri, Arief. Kesehatan Lingkungan. Depok : Kencana. 2017 5. Candrawati, RD. Promosi Kesehatan dan Perubahan Perilaku.Jogyakarta : CV. Mine. 2023																
Rencana Penyelesaian Masalah	<table><tr><th>Rencana</th><th>Sasaran</th><th>Profesi</th><th>Profesi Lain</th></tr><tr><td>Edukasi tentang perilaku hidup bersih dan sehat</td><td>Kepala keluarga</td><td>Promkes</td><td>Sanitarian Perawat Bidan Perawat Gigi Nutrisionis</td></tr><tr><td>Edukasi tentang penyakit yang ditularkan oleh air</td><td>Masyarakat jorong</td><td>Perawat</td><td>Promkes Sanitarian Bidan Perawat Gigi Nutrisionis</td></tr><tr><td>Edukasi cara pembuatan jamban sehat</td><td>Kepala keluarga dan Karang Taruna</td><td>Sanitarian</td><td>Promkes Perawat Bidan Perawat Gigi</td></tr></table>	Rencana	Sasaran	Profesi	Profesi Lain	Edukasi tentang perilaku hidup bersih dan sehat	Kepala keluarga	Promkes	Sanitarian Perawat Bidan Perawat Gigi Nutrisionis	Edukasi tentang penyakit yang ditularkan oleh air	Masyarakat jorong	Perawat	Promkes Sanitarian Bidan Perawat Gigi Nutrisionis	Edukasi cara pembuatan jamban sehat	Kepala keluarga dan Karang Taruna	Sanitarian	Promkes Perawat Bidan Perawat Gigi
Rencana	Sasaran	Profesi	Profesi Lain														
Edukasi tentang perilaku hidup bersih dan sehat	Kepala keluarga	Promkes	Sanitarian Perawat Bidan Perawat Gigi Nutrisionis														
Edukasi tentang penyakit yang ditularkan oleh air	Masyarakat jorong	Perawat	Promkes Sanitarian Bidan Perawat Gigi Nutrisionis														
Edukasi cara pembuatan jamban sehat	Kepala keluarga dan Karang Taruna	Sanitarian	Promkes Perawat Bidan Perawat Gigi														

Tahap	Diskusi Kelompok Antar Profesi			
				Nutrisisionis
	Edukasi tentang kesehatan gigi dan mulut	Masyarakat jorong	Perawat gigi	Sanitarian Perawat Bidan Promkes Nutrisisionis
	Edukasi tentang asupan gizi pada anak menderita diare	Ibu rumah tangga	Nutrisisionis	Sanitarian Perawat Bidan Promkes Perawat Gigi
	Edukasi pentingnya pemeriksaan ANC	Ibu rumah tangga Pasangan usia subur	Bidan	Sanitarian Perawat Nutrisisionis Promkes Perawat Gigi

5. *Plan of Action* (POA)

Agar rencana penyelesaian masalah dapat dilaksanakan dengan baik, maka perlu dituangkan dalam bentuk *Plan of Action* (PoA) atau disebut juga Rencana Usulan Kegiatan (RUK). *Plan of Action* merupakan sebuah proses yang ditempuh untuk mencapai sasaran kegiatan. POA adalah rencana terperinci yang menguraikan tindakan yang diperlukan untuk mencapai satu atau lebih tujuan. Atau, dapat didefinisikan sebagai urutan langkah yang harus diambil, atau kegiatan yang harus dilakukan dengan baik, agar berhasil.

Unsur-unsur yang harus ada pada POA adalah tujuan, kegiatan/program, penanggung jawab, waktu, tempat, pelaksana, sasaran, target, anggaran, indikator keberhasilan, dan evaluasi.

C. Penutup

Dengan adanya skenario ini, diharapkan proses pembelajaran IPE-CP pada Poltekkes yang dikemas dalam bentuk PKL Terpadu, diharapkan mahasiswa mampu melakukan komunikasi yang baik antar profesi dalam kelompok yang terdiri dari enam profesi, melakukan kerja sama secara tim dalam kelompok, memahami etika profesi yang ada, dan memahami peran dan tanggung jawab antar ptofesi dalam pelayanan kesehatan (promotif dan preventif).

DAFTAR PUSTAKA

- Asmawati dan Amri. SR, 2011. Etika Profesi dan hukum kesehatan. Pustaka Refleksi.
- Badu. SQ, Djafri. N. 2017. Kepemimpinan dan perilaku organisasi. Ideas Publishing.
- Chang, Richard Y. Membangun Tim Yang Dinamis (Seri Panduan Praktis No. 8). Jakarta: PT Gramedia, 1999.
- Charles P. Vega, MD, and Amy Bernard, MS, BSN R-B. Understanding the Values and Ethics of Interprofessional Collaboration. C / CE Released [Internet]. 2016; Available from: <https://www.medscape.org/viewarticle/857826>
- Davis, John. Successful Team Building. Kristiadi (ed.). Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama, 1997.
- Hoy, K. Wayne & Miskel, G. Cecil (2005). *Educational Administration; Theory, Research, and Practice*. The McGraw-Hill Companies, Inc. New York
- <https://ipelab.commons.gc.cuny.edu/ipe-elearning-resources/>
- https://www.youtube.com/watch?v=XR_KCoRXwU4
- Newstrom, Jhon W. dan Edward E. Scannell. Games Trainers Play. New York: McGraw-Hill Inc., 1980.
- Owens, G. Roberts (1995). *Organizational Behavior in Education*. Allyn and Bacon A Simon & Schuster Company. Needham Heights.
- Pace, R.W & Faules, F.D (2002). *Komunikasi Organisasi; Strategi Meningkatkan Kinerja Perusahaan*. Bandung. Remaja Rosdakarya
- PPKMI. Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia [Internet]. 2015. Available from: <http://pppki.org/v1/#>
- Pranoto, Juni dan Wahyu Suprpti. Membangun Kerja Sama Tim. Bahan Ajar Diklat Prajabatan I dan II. Jakarta: Lembaga Administrasi RI, 2006
- Robbins, P. Stephen (2005). *Organizational Behavior; Eleventh Edition*. Pearson Education, Inc., Upper Saddle, River. New Jersey
- Robbins, Stephen P dan Timothy A. Judge. 2008. Perilaku Organisasi. diterjemahkan oleh: Diana Angelica ed.12. Jakarta: Salemba Empat.
- Soenarno, Adi. Decesion Making and Problem Solving Games. CV Andi Offset, 2007.
- Soenarno, Adi. Team Buiding. CV Andi Offset, 2006.
- Soetopo, Hendyat (2010). Sukses Melalui Kerja Sama TIM (Seri Panduan Praktis). Jakarta: PT Gramedia, Jakarta, 1999.
- Soetopo, Hendyat (2010). *Perilaku Organisasi; Teori dan Praktek di Bidang Pendidikan*. Bandung. Remaja Rosdakarya
- Wulandari.H, Dewi. SP, Purwara. BH. Penerapan interprofesional education (IPE) untuk meningkatkan kerjasama tim.

Lampiran 1. Simulasi Praktik metode pembelajaran IPE Diskusi berdasarkan Masalah IPE

SIMULASI PRAKTIK METODE PEMBELAJARAN IPE DISKUSI BERDASARKAN MASALAH IPE (MODIFIKASI PBL)

Menyelesaikan Masalah

Judul : Penyelesaian Masalah secara Berkelompok

Tujuan kegiatan: memperkenalkan mahasiswa tentang praktik pembelajaran interprofessional (IPE) dan salah satu model pembelajaran siswa aktif (SCL)

Sarana/Prasarana yang diperlukan:

- Lembar pemicu
- Kertas Flipchart
- Spidol
- Lakban

Kegiatan:

1. Setiap kelompok hanya menyelesaikan satu masalah pemicu (sesuai yang diterima oleh ketua kelompok dari panitia tersebut)
2. Fasilitator memandu diskusi sesuai dengan skenario yang diterima oleh kelompok
3. Diskusi dilakukan selama 45 menit.
4. Setelah diskusi selesai, maka dilakukan presentasi.
5. Melakukan refleksi yang dipandu oleh fasilitator setelah presentasi selesai.

Lampiran 2. Contoh Kunci Diskusi Kelompok SCL/Pbl Skenario

1.	Karyawan X, Laki-laki 22 tahun, pekerja pada pabrik meubel, mengalami kecelakaan akibat tertimpa balok dari bangunan pabrik. Karyawan X tidak mengenakan helm sebagai alat pelindung diri (APD) saat terjadi kecelakaan. Karyawan X sempat pingsan sejenak di tempat kejadian
----	---

Lampiran 3 Skenario Untuk Fasilitator

SKENARIO

UNTUK FASILITATOR

PEMICU 1.1

JUDUL : Kecelakaan Lalu Lintas

TAHAP I	DISKUSI KELOMPOK I	TUGAS FASILITATOR
PENULIS SKENARIO	Tim Poltekkes Kesehatan	
SASARAN PEMBELAJARAN	Memahami tindakan pertama yang dilakukan ketika mendapati kecelakaan kerja.	Fasilitator menyampaikan bahwa diskusi saat ini mencakup sasaran yang telah ditentukan
LINGKUP BAHASAN	1. Penanganan kedaruratan pertama 2. Langkah-langkah melaporkan pada kondisi kedaruratan	
PENGETAHUAN AWAL	1. Penanganan Kedaruratan pertama 2. Komunikasi 3. Etika 4. Prosedur pelaporan kondisi kedaruratan	Fasilitator harus menggali pengetahuan awal bila diskusi tidak berjalan. (Apabila tidak mampu menyebutkan pengetahuan awal, cukup di catat saja)
PEMICU	Karyawan X, Laki-laki 22 tahun, pekerja pada pabrik meubel, mengalami kecelakaan akibat tertimpa balok dari bangunan pabrik. Karyawan X tidak mengenakan helm saat terjadi kecelakaan. Karyawan X sempat pingsan sejenak di tempat kejadian.	

KATA BARU (KATA BARU adalah kata yang menurut anggota kelompok sebagai kata yang baru diketahuinya)	Meubel	
IDENTIFIKASI FAKTA (Identifikasi fakta adalah fakta-fakta dari pemicu yang dianggap menjadi masalah / atau bagian dari masalah)	1. Karyawan X, Laki-laki 22 tahun, pekerja pada pabrik meubel, 2. mengalami kecelakaan akibat tertimpa balok dari bangunan pabrik. 3. Karyawan X tidak mengenakan helm saat terjadi kecelakaan. 4. Karyawan X sempat pingsan sejenak di tempat kejadian	
MASALAH UTAMA (Yaitu yang menjadi INTI UTAMA dari masalah pada pemicu)	Pingsan	
RUMUSAN MASALAH (Yaitu kalimat bertanya yang dirumuskan dengan mengacu pada MASALAH UTAMA dan data lain di PEMICU)	Mengapa Karyawan X mengalami pingsan setelah mengalami kecelakaan kerja ?	
DATA TAMBAHAN (Dapat ditanyakan pada fasilitator)	(Tidak ada)	
LEARNING ISSUES YANG MUNGKIN TERJARING (Kelompok membuat pertanyaan-pertanyaan yang bertujuan untuk menjawab / menyelesaikan masalah pada Pemicu)	Profesi "X" 1. Mengapa Karyawan X pingsan? 2. Bagaimana terjadinya pingsan? 3. Apa fungsi helm? Profesi "Y" 4. Bagaimana fungsi helm mencegah/mengurangi trauma kepala? 5. Bagaimana pertolongan pertama ketika ada kecelakaan kerja? Profesi "X, Y"	Fasilitator mengarahkan mahasiswa untuk dapat membuat list pertanyaan seperti di samping dan meminta mahasiswa mencoba menjawab learning issue

	6. Bagaimana pertolongan pertama pada pasien pingsan? 7. Bagaimana proses terjadinya pingsan?	setelah selesai pembuatan LI
ANALISIS MASALAH (Yaitu kelompok diminta membuat diagram alur / peta konsep dari penyebab dan proses terjadinya masalah tersebut berdasarkan pengetahuan yang sudah dimiliki dan diskusi kelompok).	Lihat bawah <i>(Yakinkan peta konsep yang dibuat mahasiswa mencakup poin-poin dalam analisis masalah)</i> Karyawan X, Laki-laki 22 tahun, pekerja pada pabrik meubel, bangunan pabrik.  mengalami kecelakaan akibat tertimpa balok  Benturan / Trauma kenala → Tidak pakai helm  Pingsan	Fasilitator meminta kelompok membuat analisis masalah dalam bentuk peta konsep / diagram alur terjadinya masalah diatas. Fasilitator dapat memberikan contoh dengan model yang lain apabila kelompok masih kesulitan memahami
HIPOTESIS		
REFERENSI TERKAIT	Penanganan Kedaruratan Etika dan Komunikasi	
REFLEKSI	Pertanyaan untuk refleksi: 1. Apakah ada pengetahuan baru yang diperoleh? 2. Apakah ada pengetahuan yang sudah kamu miliki	

	dapat digunakan/bermanfaat dalam penyelesaian kasus ini? 3. Apakah ada informasi/ilmu yang tidak diketahui oleh kelompok 4. Apakah semua anggota tim memahami keilmuan atau profesi masing-masing? 5. Apakah ada tumpang tindih keilmuan / peran profesi ?	
--	--	--

Lampiran 4. Contoh pemicu diskusi

FORM DISKUSI KELOMPOK SCL/PBL

SKENARIO

1.	Karyawan X, Laki-laki 22 tahun, pekerja pada pabrik meubel, mengalami kecelakaan akibat tertimpa balok dari bangunan pabrik. Karyawan X tidak mengenakan helm saat terjadi kecelakaan. Karyawan X sempat pingsan sejenak di tempat kejadian
----	---

Lampiran 5. Skenario

SKENARIO

PEMICU 1.1

JUDUL : Kecelakaan kerja

TAHAP I	DISKUSI KELOMPOK I	TUGAS FASILITATOR
PENULIS SKENARIO		
SASARAN PEMBELAJARAN		Fasilitator menyampaikan bahwa diskusi saat ini mencakup sasaran yang telah ditentukan
LINGKUP BAHASAN		
PENGETAHUAN AWAL		Fasilitator harus menggali pengetahuan awal bila diskusi tidak berjalan. (Apabila tidak mampu menyebutkan pengetahuan awal, cukup di catat saja)
PEMICU	Karyawan X, Laki-laki 22 tahun, pekerja pada pabrik meubel, mengalami kecelakaan akibat tertimpa balok dari bangunan pabrik. Karyawan X tidak mengenakan helm saat terjadi kecelakaan. Karyawan X sempat pingsan sejenak di tempat kejadian	

KATA BARU (KATA BARU adalah kata yang menurut anggota kelompok sebagai kata yang baru diketahuinya)		
IDENTIFIKASI FAKTA (Identifikasi fakta adalah fakta-fakta dari pemicu yang dianggap menjadi masalah / atau bagian dari masalah)		
MASALAH UTAMA (Yaitu yang menjadi INTI UTAMA dari masalah pada pemicu)		
RUMUSAN MASALAH (Yaitu kalimat bertanya yang dirumuskan dengan mengacu pada MASALAH UTAMA dan data lain di PEMICU)		
DATA TAMBAHAN (Dapat ditanyakan pada fasilitator)		
LEARNING ISSUES YANG MUNGKIN TERJARING (Kelompok membuat pertanyaan-pertanyaan yang bertujuan untuk menjawab /menyelesaikan masalah pada		Fasilitator mengarahkan mahasiswa untuk dapat membuat list pertanyaan seperti di samping dan meminta mahasiswa mencoba menjawab learning issue setelah selesai

Pemicu)		pembuatan LI
ANALISIS MASALAH (Yaitu kelompok diminta membuat diagram alur / peta konsep dari penyebab dan proses terjadinya masalah tersebut berdasarkan pengetahuan yang sudah dimiliki dan diskusi kelompok).		Fasilitator meminta kelompok membuat analisis masalah dalam bentuk peta konsep / diagram alur terjadinya masalah diatas. Fasilitator dapat memberikan contoh dengan model yang lain apabila kelompok masih kesulitan memahami
HIPOTESIS		
REFERENSI TERKAIT		
REFLEKSI		

Skenario studi kasus 1

Kasus 1 (Kelompok 5901-5902) Ny. D (31 tahun), G2P1, datang ke Puskesmas pada tanggal 29 Maret 2014 untuk menjalani pemeriksaan kehamilan oleh dokter. Pemeriksaan kehamilan ini merupakan pemeriksaan kehamilan pertamanya di Puskesmas sejak kehamilan kedua ini. Hari pertama haid terakhir adalah 2 Desember 2013. Saat ini, Ny. D datang tanpa keluhan. Riwayat persalinan sebelumnya normal. Anak pertama laki-laki, saat ini berusia 3 tahun, lahir di klinik bidan dengan berat lahir 2600 gram. Tidak ada riwayat penyakit dahulu yang diketahui. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 130/80 mmHg, BB 47 kg, TB 152 cm, LILA 22 cm. Pada pemeriksaan mata, konjungtiva pucat. Pada pemeriksaan mulut, gusi terlihat merah dan sedikit bengkak, menurut pasien kadang berdarah bila sikat gigi. Pemeriksaan jantung, tidak ditemukan suara jantung abnormal. Pada pemeriksaan paru, ditemukan suara vesikuler di kedua lapang paru, tidak ada bunyi tambahan. Tidak ada pembengkakan ekstremitas. Dari hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan kadar Hb 10 g/dL, golongan darah A, gula darah sewaktu 120 mg/dL. Pemeriksaan USG tidak dilakukan karena alat tidak tersedia.

1. Apa masalah yang ditemukan dari pemeriksaan saat ini?
2. Bagaimana rencana tatalaksana pada pasien ini dari sudut pandang profesi masing-masing?
3. Bagaimana rencana kolaborasi tenaga kesehatan dalam asuhan kehamilan (antenatal care) dan peran masing-masing profesi? Serta bagaimana mekanisme koordinasi/komunikasi antar tenaga kesehatan?

4. Apa saja materi edukasi yang perlu diberikan kepada pasien dan keluarganya terkait dengan kasus tersebut

Skenario studi kasus 2

Nn. A berusia 19 tahun, belum menikah, datang ke Puskesmas dengan keluhan sering dismenorrhea hingga nyaris pingsan saat bekerja (kurang lebih sudah 3-4 bulan). Nn. A khawatir kondisi ini akan mempengaruhi kehamilannya kelak karena Nn. A akan melangsungkan pernikahan bulan depan dan berencana langsung menjalani program hamil. Pasien bekerja sebagai buruh di pabrik rokok dengan sistem kerja shift selama 6 hari/minggu. Pasien kadang mendapat shift pagi kadang shift sore sehingga pola makannya tidak teratur tergantung shift yang diterima. Jika mendapatkan shift pagi, maka pasien selalu mengonsumsi kopi hitam yang dibeli di kantin sebelum masuk kerja. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan BB 45 kg, TB 155cm, tekanan darah 110/70, LILA 23cm. Pasien menarche usia 11 tahun.

1. Apa masalah yang ditemukan dari pemeriksaan saat ini? ^[1]_{SEP}
2. Bagaimana rencana tatalaksana pada pasien ini dari sudut pandang profesi masing-masing?
3. Identifikasikan apa saja yang perlu dikolaborasikan dalam merawat pasien pada kasus tersebut dan bagaimana mekanisme koordinasi/komunikasi antar tenaga kesehatan?
4. Apakah pasien perlu mendapatkan surat keterangan sakit?
5. Jika ya, berapa hari waktu yang diberikan untuk cuti berdasarkan UU Ketenagakerjaan?

Skenario studi kasus 3

Seorang dokter di sebuah rumah sakit menangani kasus Ny H (35 tahun) G2P1 hamil 12 minggu yang masuk ke rumah sakit akibat vertigo yang hebat, pasien tersebut menderita penyakit diabetes, hipertensi dan mengalami gangguan menelan. Pada saat dokter meresepkan obat, petugas farmasi mengindikasikan akan adanya interaksi obat negatif dari obat yang akan diresepkan. Namun petugas farmasi tidak ambil pusing dan tetap memberikan sesuai dengan resep yang diberikan. Pada saat akan diberikan perawat pun langsung memberikan sesuai dengan takaran tanpa ada instruksi yang jelas dan tidak sempat menanyakan ke dokter sebab dokter yang memberikan resep sudah

berganti shift. Nutrisi tidak mengetahui pasien tersebut mengalami gangguan menelan sehingga memberikan makanan sesuai dengan menu diet diabetes dan hipertensi. Akibatnya pasien kesulitan saat makan dan keadaan umum tidak kunjung membaik. Keluarga pun merasa tidak puas karena informasi yang mereka tanyakan selalu mendapat jawaban yang berbeda dari setiap petugas kesehatan yang bertugas memeriksa maupun merawat bapak H. [1]
[SEP]

1. Masalah apa yang Anda temukan pada kasus tersebut? [1]
[SEP]
2. Bagaimana rencana tatalaksana pada pasien ini dari sudut pandang profesi masing-masing?
3. Identifikasikan apa saja yang perlu dikolaborasikan dalam merawat pasien pada kasus tersebut dan bagaimana mekanisme koordinasi/komunikasi antar tenaga kesehatan?
4. Apa saja materi edukasi yang perlu diberikan kepada pasien dan keluarganya terkait penyakit pasien?

Skenario studi kasus 4

Seorang wanita berusia 25 tahun, hamil trimester 1, datang ke dokter dengan keluhan sakit kepala yang hilang timbul, dari belakang telinga menyebar hingga kepala bagian belakang, unilateral. Setelah dilakukan pemeriksaan, tidak ditemukan kelainan. Dokter menduga bahwa keluhan berhubungan dengan masalah kesehatan gigi. Berdasarkan pemeriksaan dokter gigi tidak ditemukan adanya kelainan di bagian oralnya, tapi dicurigai ada gigi 48 yang embedded (tertanam) karena pasien belum pernah melakukan pencabutan gigi sebelumnya. Untuk memastikannya pasien perlu rontgen. Tapi karena pasien hamil maka dokter gigi tidak berani melakukan tindakan operasi pencabutan gigi.

1. Profesi apa yang sebaiknya terlibat pada kasus tersebut?
2. Bagaimana rencana tatalaksana yang perlu dilakukan oleh profesi masing-masing?
3. Identifikasikan apa saja yang perlu dikolaborasikan dalam merawat pasien pada kasus tersebut dan bagaimana mekanisme koordinasi/komunikasi antar tenaga kesehatan?
4. Apakah terapi pengobatan yang paling tepat diberikan kepada pasien saat ini?

Lampiran 6. Lembar Hasil Diskusi Kelompok

MODUL		Kode...
HASIL DISKUSI KELOMPOK		
Kelompok	:	
Ruangan	:	
Fasilitator	:	
Pemicu	:	
Tanggal Diskusi	:	Waktu :

No.	Nama Mahasiswa	No.	Nama Mahasiswa
1.		7	
2.		8	
3.		9	
4.		10	
5.		11	
6			

KESIMPULAN

Materi presentasi anggota yang masih belum jelas adalah tentang :

Apa yang akan dilakukan :

Tugas/pertanyaan yang masih belum diketahui dan dibahas :	Apa yang akan dilakukan :
Tanda tangan tutor	

[Borang ini diparaf tutor setelah memeriksa kesesuaian isinya dengan tugas diskusi.

Setelah diparaf dikembalikan kepada kelompok. Seluruh anggota menyetujui isi borang ini].

Lampiran 7. Penilaian diskusi

DIISI OLEH TUTOR DISKUSI

Kelompok : 1 Pemicu ke : 1/2/3/4/5/
 Nama Fasilitator : DK 1 tanggal : DK 2 tanggal:.....
 MODUL :

No	Nama	Aktifitas dalam diskusi						Perilaku			
		Sharing		Argumentasi		Aktivitas		Disiplin/ Kehadiran		Fokus dan perhatian	
		D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											

Keterangan Skala Penilaian (tidak diperkenankan dalam skala desimal)

Poin penilaian	NILAI		
	0-5	6-8	9-10
sharing	kurang mampu berbagi pendapat /pengetahuan dengan teman kelompoknya	dapat berbagi pendapat/ pengetahuan dengan teman kelompoknya dengan baik, namun masih belum maksimal	mampu berbagi pendapat /pengetahuan dengan teman kelompoknya secara baik & maksimal
argumentasi	menyampaikan argumentasi tidak sesuai dengan literatur atau tidak dapat menyampaikan argumentasi atas pendapatnya dengan benar	menyampaikan argumentasi sudah sesuai dengan literatur atau dapat menyampaikan argumentasi atas pendapatnya dengan benar namun kurang	menyampaikan argumentasi sudah sesuai dengan literatur atau dapat menyampaikan argumentasi atas

		maksimal	pendapatnya dengan benar secara maksimal
aktivitas	mahasiswa cenderung pasif meskipun sudah dimotivasi oleh fasilitator	mahasiswa aktif tanpa didorong oleh fasilitator	diberikan hanya kepada mahasiswa yang aktif tanpa didorong dan tidak mendominasi dalam kelompok
	0-3	4-6	7-8
fokus & perhatian	menghabiskan lebih dari setengah waktu diskusi untuk kegiatan lain , meskipun sudah diperingatkan fasilitator (bermain HP/laptop, berbicara dgn teman diluar topik diskusi)	Fokus dan perhatian pada diskusi masih kurang , namun dengan peringatan dari fasilitator dapat kembali fokus lagi .	Fokus dan perhatian penuh pada diskusi tanpa pernah melakukan kegiatan lain.

Disiplin/Kehadiran :

	Nilai		
	-5	-3	0
Disiplin/Kehadiran	Terlambat > 15'	Terlambat < 15'	Tepat Waktu

Tutor Diskusi Kelompok 1

Tutor Diskusi Kelompok 2

(.....)

(.....)

Lampiran 8. Penilaian tutor terhadap mahasiswa dan grup

Kuesioner – 3			
Penilaian Tutor terhadap Mahasiswa dan Grup			
Nama Tutor		Program Studi	
Group Mahasiswa		Ruangan	
Tanggal Pengamatan		Jam Pengamatan	

Instruksi :

Kuesioner ini didisain untuk memperoleh informasi dari penilaian / pendapat Tutor / Fasilitator terhadap mahasiswa yang terlibat dalam penelitian ini.

Berdasarkan pengamatan Anda dalam hubungannya dengan penelitian ini, berikan penilaian atau pendapat Anda dari pernyataan-pernyataan dibawah ini :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Buruk									Sempurna

.INDIKATOR	PENILAIAN				
	MAHASISWA				OVERALL GROUP
3.1 TEAM PERFORMANCE					
3.1.1. Kecekatan anggota-anggota bekerja dalam tim					
3.1.2. Kualitas kerja sama tim					
3.1.3. Kelancaran kerja sama tim					
3.1.4. Bebas dari kesalahan					
3.1.5. Komunikasi diantara anggota-anggota tim					
3.1.6. Pengambilan keputusan					
3.1.7. Penampilan keseluruhan					
3.2 KEMAMPUAN BERKOMUNIKASI					
3.2.1. Berkomunikasi secara efektif dengan anggota-anggota tim					
3.2.2. Menggunakan istilah-istilah					

teknis yang umum digunakan					
3.2.3. Menjelaskan istilah-istilah yang tidak umum					
3.2.4. Mendengarkan dengan seksama					
3.2.5. Menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang mudah dimengerti					
3.2.6. Memberikan komentar-komentar yang mudah dipahami					
3.3 KEMAMPUAN BERKERJASAMA					
3.3.1. Sopan terhadap para anggota tim					
3.3.2. Menghormati pengetahuan dan keahlian profesional anggota tim					
3.3.3. Menerima tanggung jawab tindakan-tindakan profesional					
3.3.4. Berkolaborasi baik dengan anggota-anggota tim					

Lampiran 9. Borang tutor assesment

Borang Tutor Assessment

Penilaian ke- (lingkari) : 1 / 2

TA: 20.../...

Tanggal :

Kelompok :

No	Nama mahasiswa	Aspek Penilaian						
		Peran dalam kelompok				Sikap & perilaku		TOTAL (Maks 60)
		Partisipasi dalam tim interprofesional	Kemampuan berkolaborasi/ bekerja sama	Kemampuan berargumentasi	Kemampuan berbagi informasi	Komunikasi	Kedisiplinan	
1								
2								
3								
4								
5								

6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

Berikan penilaian antara 1-10:

1 -----10

SANGAT

SANGAT

Tanda tangan Tutor

