



**PENGEMBANGAN MODEL PENDIDIKAN
INTERPROFESSIONAL COLLABORATION
BERBASIS *PATIENT SAFETY***

DISERTASI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Doktor Manajemen Pendidikan**

**Hendriani Selina Notoesoegondo
NIM. 0101612058**

**PROGRAM STUDI MANAJEMEN PENDIDIKAN
PASCASARJANA
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2019**

PERSETUJUAN PENGUJI DISERTASI TAHAP II

Disertasi dengan judul “**Pengembangan Model Pendidikan Interprofesional Collaboration (IPC) Berbasis Patient Safety**” karya,

nama : dr. Hendriani Selina Notooegondo, Sp.A(K).MARS

NIM : 0101612058

program studi : Manajemen Kependidikan

telah dipertahankan dalam Ujian Disertasi Tahap II Pascasarjana, Universitas Negeri Semarang pada hari Senin, tanggal 19 Agustus 2019

Semarang, 19 Agustus 2019

Ketua,



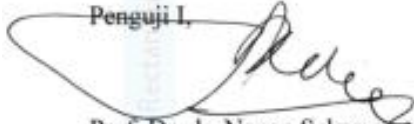
Prof. Dr. Fathur Rokhman, M.Hum.
NIP 196612101991031003

Sekretaris,



Prof. Dr. H. Achmad Slamet, M.Si.
NIP 196105241986011001

Penguji I,



Prof. Dr. dr. Nanan Sekarwana,
Sp.A(K).MARS
NIP --

Penguji II,



Prof. Dr. Maman Rachman, M.Sc.
NIP 194806092018091334

Penguji III,



Prof. Dr. Fakhruddin, M.Pd.
NIP 195604271986031001

Penguji IV,



Dr. dr. Tjipta Bahtera, Sp.A(K)
NIP --

Penguji V,



Prof. Dr. Haryono, M.Psi.
NIP 196202221986011001

Penguji VI,



Prof. Dr. Samsudi, M.Pd.
NIP 196008081987021001

PERNYATAAN KEASLIAN

Dengan ini saya

Nama : **Hendriani Selina Notosoegondo**
NIM : **0101612058**
Program Studi : **Manajemen Pendidikan, S3**

menyatakan bahwa yang tertulis dalam disertasi yang berjudul “**Pengembangan Model Pendidikan *Interprofessional Collaboration* Berbasis *Patient Safety***” ini benar-benar karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya orang lain atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam disertasi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah. Atas pernyataan ini saya **secara pribadi** siap menanggung resiko/sanksi hukum yang dijatuhkan apabila ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya ini.

Semarang, 9 Juli 2019

Yang membuat pernyataan,

Hendriani Selina Notosoegondo
NIM. 0101612058

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

Model Pendidikan *Interprofessional Collaboration* Berbasis *Patient Safety* yang layak mampu meningkatkan Kompetensi Dokter dan Perawat pada Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak

Penguatan Kompetensi dan Profesionalitas pada Dokter dan Perawat dalam bingkai *Interprofessional Collaboration* Berbasis *Patient Safety* mutlak diperlukan dalam memberikan asuhan pasien Palsi Serebralis berdasar pada Kaidah Dasar Moral dan kode Etik, dilandasi Budi Pekerti Luhur dan Keikhlasan

Persembahkan:

1. Program Studi Manajemen Pendidikan
2. Pascasarjana Universitas Negeri Semarang
3. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang
4. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

ABSTRAK

Notosoegondo, Hendriani Selina. 2019. “Pengembangan Model Pendidikan *Interprofessional Collaboration* Berbasis *Patient Safety*”. Disertasi. Program Studi Manajemen Kependidikan. Program Pascasarjana. Universitas Negeri Semarang. Promotor Prof. Dr. Samsudi, M.Pd; Kopromotor Prof. Dr. Haryono, M. Psi; Anggota Promotor Dr. dr. Tjipta Bahtera SpAK.

Kata kunci: *interprofessional collaboration*, *patient safety*, ilmu kesehatan anak

Isu penting mengenai pelayanan kepada pasien adalah bagaimana menerapkan asuhan pelayanan klinis, prosedur klinis termasuk penggunaan peralatan berbasis *patient safety*. Lemahnya kompetensi dokter dan perawat dalam pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien, menimbulkan asuhan kepada pasien belum sesuai dengan standar sasaran keselamatan pasien. *Interprofessional Collaboration* (IPC) berbasis *patient safety* adalah model pendidikan yang menguatkan kolaborasi tenaga kesehatan untuk saling melengkapi kompetensi asuhan kepada pasien. Tujuan penelitian: 1) menganalisis model faktual Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi; 2) menganalisis desain model hipotetik pendidikan *Interprofessional Collaboration* berbasis *Patient Safety* untuk meningkatkan kompetensi residen PPDS I IKA dan NERS; 3) menganalisis kelayakan model pendidikan IPC berbasis *patient safety* pada PPDS I IKA dan NERS. Metode penelitian pendekatan *Research and Development*, sumber data: informan, peristiwa, dokumen. Teknik pengumpulan data: wawancara, observasi, FGD, dokumen. Keabsahan data dengan teknik triangulasi (sumber dan alat). Teknik analisis data interaktif dengan langkah mengumpulkan data, reduksi data, sajian data dan simpulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa model faktual Pendidikan PPDS I IKA dan NERS pada RSUP Dr. Kariadi belum menerapkan IPC berbasis *Patient Safety*, yaitu sistem pendidikan yang masih fragmental belum berbasis *patient safety*. Model hipotetik mengasumsikan bahwa *patient safety* terlaksana karena asuhan pelayanan klinik secara interprofessional kolaborasi oleh dokter dan NERS. Berdasarkan asuhan para pakar/ ahli, praktisi pada FGD menyatakan bahwa model akhir Pendidikan IPC berbasis *patient safety* layak dijadikan pengembangan model yang dapat memberikan asuhan pelayanan klinik yang berbasis *patient safety*. Rekomendasi: 1) PPDS I IKA sebaiknya menerapkan model IPC berbasis *patient safety* pada seluruh fase Pendidikan, 2) Pengelola program studi menguatkan pelaksanaan IPC berbasis *patient safety* dengan mengembangkan kurikulum dan sarana prasarana pembelajaran yang sesuai. 3) Pengambil kebijakan tertinggi, mendukung legalitas pelaksanaan IPC berbasis *patient safety* dalam bentuk payung hukum yang jelas.

ABSTRACT

Notosoegondo, Hendriani Selina. 2019. "Development of Interprofessional Collaboration Education Model Based on Patient Safety". Dissertation. Educational Management Study Program. Doctoral Program. Universitas Negeri Semarang. Promoter Prof. Dr. Samsudi, M.Pd; Co Promoter Prof. Dr. Haryono, M. Psi; Promoter Member Dr. dr. Tjipta Bahtera SpAK.

Keywords: interprofessional *collaboration* , *patient safety*. *Ilmu kesehatan anak*

An important issue of service to patients is how to implement clinical care services, clinical procedures, including the use of patient safety-based equipment. The level of competence of doctors and nurses is still low in health services based on patient safety, causing care to patients is not in accordance with patient safety target standards. Interprofessional collaboration based on patient safety is an educational model that strengthens collaboration between doctors and nurses to complement each other's care competencies. Research objectives: 1) analyzing the factual model of the Pediatric Health Sciences Specialist Education Program at the Dr. Kariadi Hospital; 2) analyzing the design of a hypothetical Interprofessional Collaboration based Patient Safety model to improve the competency of the resident program of the Pediatric Health Sciences Specialist Education Program and nursing program; 3) analyzing the feasibility of a patient safety based IPC education model in specialist medical education programs and nurse programs. Research and Development approach, data sources: informants, events, documents. Data collection techniques: interviews, observation, focused discussion, documents. The validity of the data with triangulation techniques. Data analysis with interactive techniques. The results showed that the factual model education of paediatricians and the nursing profession program at the Dr. Kariadi is still fragmental and not based on patient safety. The hypothetical model assumes that patient safety is implemented because care of clinical services is interprofessional collaboration by residents of pediatric education specialists and nursing professions. Based on the opinions of experts and practitioners in a focused discussion, it states that the final model of interprofessional collaboration education based on patient safety is appropriate as an educational model that can provide care for patient safety-based clinical services. Recommendations: 1) Education of pediatrician health specialist at Dr. Kariadi Hospital, should apply the patient safety based interprofessional collaboration education model in all phases of Education, 2) The manager of the study program strengthens the implementation of patient safety based interprofessional collaboration by developing curricula and appropriate learning facilities and infrastructure. 3) The highest policy maker, supports the legality of implementing patient safety-based interprofessional collaboration through clear legal regulations.

PRAKATA

Segala puji bagi Allah SWT, hanya atas izinNya disertasi dengan judul “ Pengembangan Model Pendidikan *Interprofessional Collaboration (IPC)* Berbasis *Patient safety* ”, dapat terselesaikan dengan baik. Sholawat dan salam selalu kami sanjungkan kepada suri tauladan kami, Nabi Muhammad SAW.

Terselesainya disertasi ini, bukan semata- mata hasil usaha serta jerih payah saya semata, melainkan atas bantuan, bimbingan, pengarahan dan pemberian saran – saran dari berbagai pihak. Sehubungan dengan hal tersebut, dalam kesempatan ini dengan kerendahan hati saya menyampaikan ucapan terima kasih yang setulus- tulusnya.

Pertama, ucapan terimakasih dan penghormatan yang setinggi-tingginya saya haturkan kepada para pembimbing: Prof. Dr. Samsudi, M.Pd (Promotor), Prof. Dr. Haryono, M. Psi (Ko-Promotor), Dr. dr. Tjipta Bahtera SpAK (Ko-Promotor).

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan pula kepada semua pihak yang telah membantu selama proses penyelesaian studi, di antaranya:

1. Prof. Dr. Fathur Rokhman, M.Hum; Rektor Universitas Negeri Semarang, selaku Ketua Panitia Ujian Disertasi yang telah memberikan kesempatan kepada promovendus untuk mempertahankan disertasi ini di hadapan dewan Penguji Disertasi dan memberikan arahan untuk menyempurnakan dan melengkapi penulisan disertasi ini;
2. Dr. H. Achmad Slamet, M.Si; Direktur Program Pascasarjana Universitas Negeri Semarang atas dukungan kelancaran yang diberikan kepada promovendus dalam menempuh dan menyelesaikan studi;
3. Prof. Dr. Florentinus Totok Sumaryanto M.Pd; selaku Asisten Direktur I, bidang akademik dan kemahasiswaan, atas dukungan kelancaran yang diberikan kepada promovendus dalam menempuh dan menyelesaikan studi;
4. Prof. Dr. Tri Joko Raharjo, MPd; selaku Asisten Direktur II bidang umum dan keuangan, atas dukungan kelancaran yang diberikan kepada promovendus dalam menempuh dan menyelesaikan studi;

5. Prof. Dr. Fakhuruddin M.Pd; selaku Koordinator Program Studi Manajemen Pendidikan Pascasarjana Universitas Negeri Semarang yang memberikan dorongan moril kepada peneliti untuk segera menyelesaikan studi;
6. Prof. Dr. dr. Nanan Sekarwana, Sp. A(K). MARS; selaku pembimbing dan penguji disertasi yang memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan disertasi ini;
7. Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) dr. Kariadi Semarang; Dr. dr Agus Suryanto SpPD, KP, MARS. MH periode (2015 – sekarang);
8. Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.kes Sp(K); Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro periode 2019 – 2022;
9. Semua Rensponden, para peserta didik Program Pendidikan Dokter Spesialis Anak I Ilmu Kesehatan Anak, semua peserta Pendidikan *Ners* yang sudah membantu, dengan tulus, jujur, ikhlas kelancaran penelitian saya, semoga menjadi seorang professional yang ikhlas dan berbudi luhur;
10. Terima kasih saya kepada dr, Unyar Lestari, beserta tim kepanitiaan penelitian kedokteran, atas segala dukungannya;
11. Terimakasih kepada jajaran Diklat RSUP dr.Kariadi Semarang yang sudah memfasilitasi berlangsungnya penelitian ini, sehingga semua lancar;
12. Kepada rekan seangkatan peserta program studi Manajemen Pendidikan S3 atas kemesraan kebersamaan senasib sepenanggungan dalam usaha dan doa selama ini;
13. Kepada semua pihak yang belum dapat saya sebutkan satu satu yang telah memberikan doa, dorongan terlaksananya penulisan disertasi ini.

Peneliti sadar bahwa disertasi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari semua pihak sangat diharapkan. Semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan bermanfaat bagi kehidupan manusia.

Semarang, Juli 2019

Hendriani Selina Notooegonodo

UCAPAN TERIMAKASIH KHUSUS

Ungkapan terimakasih sedalam-dalamnya, saya haturkan khusus kepada:

1. Kepada yang saya sayangi ayah Drs. R. Notosoegondo, dan ibuku Dra.R.Ay Soeharli doa, panutan, dukungan beliau untuk saya gunakan dalam mencari ilmu dengan mengutamakan tetap sebagai insan Allah SWT, mengedepankan budi luhur, dan mengamalkan dengan ikhlas, untuk ini saya menghaturkan rasa hormat dan penghargaan yang setinggi tingginya dan mendoakan selalu beliau berada di sisi Allah SWT;
2. Kepada yang saya cintai dan saya hormati, ayah mertua Bapak Mohammad Bazar Soerip dan Ibu mertua R. Ay. Soebandiyah, atas doa dan tauladan dalam mengarungi kehidupan, mendukung dengan tulus ikhlas ketenteraman keluarga saya, mendoakan beliau berada di sisi Allah SWT.
3. Kepada yang tercinta suamiku, dr.Hariyo Satoto SpAn, anakku dr,Hari Hendriarto Satoto MSi.Med, SpAn. KKV, dr Hari Hendriarti Satoto , menantu dr Maulita SpAn, tak lupa cucu Galena yang selalu mendukung, mendoakan dan menenteramkan saya sehingga terlaksana selesainya disertasi ini;
4. Terima kasih yang tidak terhingga kepada kakak saya Ir. Hendrianto Notosoegondo yang sudah memberi kesempatan dan mendoakan saya untuk menuntut ilmu, sehingga dapat terlaksana penelitian dan penulisan disertasi ini;
5. Para Guru Besar dan seluruh teman sejawat di Staf Medik Rumah Sakit Umum Pusat dr. Kariadi Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang:

Prof.dr Moeljono Trastotenoyo Sp(AK) (Alm),	dr. MMDEAH Hapsari. SpA(K),
Prof. Dr.dr. R. Hariyono Suyitno SpA (K),	dr. AlifianiHikmah. SpA(K),
Prof. Dr. dr.Ign. Sudigbia SpA (K) (Alm)	Dr. dr.M. Mexitalia Setawati.SpA(K),
Prof.Dr.dr. Lydia K. SpA (K) (Alm),	Dr. dr. Heru Muryawan, SpA(K),
Prof .dr. Sidhartani Z SpA (K),	Dr. dr. Anindita S. SpA(K),
Prof. Dr.dr Tatty Ermien S SpA (K),(Alm)	Dr. dr.Wistiani, Msi. Med.SpA(K),
Prof. Dr.dr.Harsoyo N. SpA(K), DMTH&H,	dr. Supriatna SpA(K),
Dr. dr. Kamilah BR SpA(K),	dr. Fitri Hartanto. SpA(K),
dr. R. Rochmanadji W SpA(K), MARS,	Dr. dr Omega Melyana,SpA(K),

Dr.dr. Tjipto Bahtera, SpA(K),
dr. Budhi Santosa SpA(K),
dr. Anggoro DB Sachro SpA(K),
Dr.dr. Moedrik Taman SpA(K),
dr. I. Hartantyo SpA(K) (Alm),
Dr. dr HM Sholeh Kosim SpA(K) (Alm),
dr. Herawati SpA(K),
dr. YC.Susanto SpA(K),
dr. Bambang Sudarmanto SpA(K).MARS,

dr. Ninung Rose Diana, Msi.Med. SpA(K),
dr. Yetti Novieta SpA(K) ,
dr. Nahwa Arkhaesi, Msi.Med, SpA(K),
dr. Yusrina Istanti. Msi.Med. SpA(K),
Dr.dr. Agustina Utari.Msi.Med.SpA(K),
dr. Tun Paksi Sareharto Msi.Med. SpA(K),
dr. Adhi Nur Radityo Msi.Med. SpA,
dr. Arstita Msi.Med.SpA(K)

Atas segala motivasi, semangat, dukungan, dan do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan studi dengan baik;

6. Kepada Dr Alifiani Hikmah P,SpA(K), Dr Fitri Hartanto, SpA(K), Dr Rudy Handoyo Sp.KFR(K), Dr Harry Wahyu Nugroho SpA(K), Dr Farid Agung Rahmadi, MSiMed, SpA, Dr Rina Pratiwi MSiMed, SpA, Ibu Yayuk Setyowati, S.Kep atas dukungan dan kesediaannya sebagai narasumber dalam Simposium dan Workshop Pendidikan Kolaborasi Interprofesional;

Terimakasih atas bimbingan, arahan, saran dan kritiknya, semoga Allah SWT membalas semua kebaikan dengan pahala yang setimpal.

Semarang, Juli 2019

Hendriani Selina Notosoegonodo

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
PRAKATA	vii
UCAPAN TERIMAKASIH KHUSUS	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Identifikasi Masalah	10
1.3 Cakupan Masalah	12
1.4 Rumusan Masalah	14
1.5 Tujuan Penelitian	15
1.6 Manfaat Penelitian	15
BAB II. KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORITIS, KERANGKA BERFIKIR	
2.1 Kajian Pustaka	17
2.2 Kerangka Teoritis	28
2.2.1 Keselamatan Pasien (<i>Patient safety</i>).....	28
2.2.2 <i>Interprofessional Education/ Collaboration</i>	34
2.2.3 Program Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Kesehatan Anak...	52
2.2.4 <i>Cerebral Palsy</i>	58

2.3 Kerangka Berfikir	63
2.4 Analisis Kebutuhan	64
 BAB III. METODE PENELITIAN	
3.1 Metode dan Desain Penelitian	70
3.1.1 Pendekatan Metode Penelitian	70
3.1.2 Prosedur Penelitian	73
3.2 Lokus dan Sampel Penelitian	77
3.3 Teknik Pengumpulan Data	78
3.4 Teknik Analisa Data	79
3.5 Ringkasan Metode Penelitian	82
 BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
4.1 Model Faktual Penyelenggaraan Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak	83
4.2 Model Hipotetik Pendidikan <i>Interprofessional Collaboration</i> Berbasis <i>Patient Safety</i>	92
4.3 Kelayakan Model Pendidikan <i>Interprofesional Collaboration</i> Berbasis <i>Patient Safety</i>	118
 BAB V. SIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN	
5.1 Simpulan	135
5.2 Implikasi	136
5.4 Saran	137
 DAFTAR PUSTAKA	 140

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	<i>Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept</i>	36
Gambar 2.2	<i>Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice</i>	36
Gambar 2.3	<i>Health professionals for a new century : Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.</i>	37
Gambar 2.4	<i>Barr (1988) three types of professional competencies Permission Canadian Interprofessional health Leadership Collaborative</i>	38
Gambar 2.5	<i>Interprofessional Collaborative Practice Domain</i>	39
Gambar 2.6	<i>Medical University of South Carolina conceptual framework for advancing interprofessional education</i>	40
Gambar 2.7	<i>The National Competency Framework for Interprofessional Collaboration in Kanada</i>	41
Gambar 2.8	<i>Organisational And Human Factors In Socio-technical Systems</i>	50
Gambar 2.9	<i>Factors influencing patient safety outcomes</i>	50
Gambar 2.10	Diagram Alur Kerangka Berfikir	63
Gambar 3.1	Prosedur Penelitian R&D Borg and Gall (Borg & Gall, 1983: 775)	71
Gambar 3.2	Diagram Prosedur Penelitian	76
Gambar 3.3	Mekanisme Analisis Data Hasil Penelitian	81
Gambar 4.1	Model Faktual Pelaksanaan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS I) Ilmu Kesehatan Anak Bersama Perawat	84
Gambar 4.2	Matriks Kurikulum Faktual yang diterapkan pada Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) I Ilmu Kesehatan Anak	87
Gambar 4.3	Matriks Kurikulum Faktual Program Profesi Keperawatan	88
Gambar 4.4	Diagram Pengetahuan Dokter PPDS I Ilmu Kesehatan Anak dan Perawat Program Profesi <i>Ners</i> mengenai <i>Interprofessional Collaboration</i>	90
Gambar 4.5	Model Konseptual Pendidikan <i>Interprofessional Collaboration</i> Berbasis <i>Patient Safety</i>	93
Gambar 4.6	Model Hiptetik Pendidikan <i>Interprofessional Collaboration</i> berbasis <i>Patient Safety</i>	102
Gambar 4.7	Struktur Sistem Pendidikan	103
Gambar 4.8	Diagram Model Proses Pembelajaran IPC Berbasis <i>Patient Safety</i>	107
Gambar 4.9	Matrik Kurikulum Pembelajaran <i>Interprofessional Collaboration</i> Berbasis <i>Patient Safety</i> PPDS I Ilmu Kesehatan Anak	108

Gambar 4.10	Matrik Kurikulum Pembelajaran <i>Interprofessional Collaboration</i> Berbasis <i>Patient Safety</i> Program Profesi Keperawatan	109
Gambar 4.11	Sistem Profesional Tenaga Kesehatan Pada Pelaksanaan Pendidikan <i>Interprofessional Collaboration</i> Berbasis <i>Patient Safety</i>	113
Gambar 4.12	Diagram Keterlaksanaan Model Pendidikan <i>Interprofessional Collaboration</i>	124
Gambar 4.13	Hubungan Variabel Bebas (X) Terhadap Variabel Terikat (Y) Pada Aspek Skala Performa Tim IPC	125
Gambar 4.14	Model Akhir Pendidikan <i>Interprofessional Collaboration</i> Berbasis <i>Patient Safety</i> pada PPDS I Ilmu Kesehatan Anak	130

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Telaah Kajian Pustaka IPC/ IPE	24
Tabel 2.2	Telaah Kepustakaan <i>Patient Safety</i>	32
Tabel 2.3	Identifikasi Masalah Komunikasi yang Menyebabkan Error dalam Pelayanan Kesehatan	49
Tabel 3.1.	Uji Kelayakan Model (Uji Triangulasi)	75
Tabel 3.2.	Rentang Nilai Kelayakan Model	75
Tabel 3.3.	Sampel Responden Penelitian	78
Tabel 3.4	Teknik Pengumpulan Data	79
Tabel 3.5	Ringkasan Prosedur Penelitian	82
Tabel 4.1.	Analisa Hasil FGD I Fokus Kerangka Model Konseptual	96
Tabel 4.2.	Kriteria Kelayakan Model	119
Tabel 4.3.	Uji Kelayakan Model – Aspek Struktur Model Pendidikan	119
Tabel 4.4.	Uji Kelayakan Model – Aspek Prosedur Pelaksanaan Model Pendidikan (sistem/organisasi)	120
Tabel 4.5.	Uji Kelayakan Model – Aspek Forecast Kinerja Organisasi	120
Tabel 4.6.	Rata – Rata Hasil Uji Kelayakan Model Pada Keseluruhan Aspek	121

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Tugas Pembimbing Disertasi	159
Lampiran 2	<i>Ethical Clearance</i>	160
Lampiran 3	<i>Permission Letter</i> Penggunaan Instrumen <i>Interprofessional Collaboration</i> dari The University of Texas; Health Science Center at Houston America	161
Lampiran 4	Tabel Kajian Pustaka <i>Interprofessional Education/ Collaboration</i>	162
Lampiran 5	Tabel Kajian Pustaka <i>Patient Safety</i>	172
Lampiran 6	Lembar Kesiediaan Responden Menjadi Sampel Penelitian	177
Lampiran 7	Lembar Pedoman Wawancara	181
Lampiran 8	Lembar Observasi	182
Lampiran 9	Instrumen <i>Interprofessional Collaboration</i>	183
Lampiran 10	Tabulasi dan Deskripsi Data Hasil Instrumen <i>Interprofessional Collaboration</i>	198
Lampiran 11	Instrumen Validasi Pakar/ Ahli	240
Lampiran 12	Lembar Soal Uji Kompetensi dan Pengetahuan	244
Lampiran 13	Gambar Penjelas, Pada Gambar 2.6	248
Lampiran 14	Gambar Penjelas, Pada Gambar 2.7	251
Lampiran 15	Dokumentasi Penelitian	252

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pada penyelenggaraan asuhan kepada pasien di rumah sakit, banyak faktor yang mempengaruhi dan bersifat kompleks, antara lain sebagai berikut: 1) Terdapatnya bermacam-macam jenis perbekalan farmasi, seperti obat-obatan yang menimbulkan resiko multi farmasi; 2) Alat-alat kesehatan yang bervariasi; 3) Peralatan kesehatan yang perubahan teknologinya cepat; 4) Banyak tes yang disediakan untuk pasien, sesuai kebutuhan masing masing pasien; 5) Pelaksanaan beberapa prosedur yang cepat mengalami perubahan teknologinya; 6) Berkembangnya beragam jenis tenaga profesi pemberi asuhan kesehatan dengan rentang waktu selama 24 jam terus menerus. Keberagaman ketenagaan dengan kompetensi yang bervariasi, perbekalan farmasi yang bervariasi, prosedur kesehatan yang berubah cepat, pasien sendiri dengan karakteristik beragam yaitu pasien dengan resiko tinggi serta asuhan yang dibutuhkan pasien juga memberikan resiko tinggi, maka apabila rumah sakit tidak mengedepankan keselamatan pasien berpotensi terjadi kejadian yang tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian potensi cedera.

Penyelenggaraan suatu rumah sakit dapat berjalan lancar, apabila rumah sakit mempunyai pasien dalam asuhan pelayanan yang memenuhi standar. Pasien menjadi prioritas utama dalam pelayanan kesehatannya, di monitoring, dan dilaporkan melalui isu mutu rumah sakit yang terstandar serta citra rumah sakit

dengan mengedepankan *patient safety*. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) masih menjadi isu global dunia dan nasional bagi rumah sakit di Indonesia. *Patient Safety* adalah komponen penting dari mutu layanan kesehatan, prinsip dasar dari pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu rumah sakit.

World Health Organization (WHO, 2002), menyebutkan bahwa *patient safety* terhadap pasien belum semua terjamin pada waktu memperoleh asuhan profesional dari profesi pemberi asuhan. Belum terjaminnya keselamatan pasien disebabkan antara lain: 1) belum terstandarnya kompetensi profesional pemberi asuhan; 2) desain sistem asuhan belum semua terstandar, sarana prasarana penunjang untuk mendukung asuhan belum semua terstandar serta; 3) belum terwujudnya secara lengkap kultur keselamatan pasien yang merupakan kekuatan terjaminnya keselamatan pasien. Terdapat lima isu global mengenai keselamatan pasien di rumah sakit, yaitu: keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan, peralatan rumah sakit yang dipergunakan untuk memberi asuhan kepada pasien, yang mempunyai dampak selanjutnya terhadap keselamatan pasien, pekerja, petugas rumah sakit, keselamatan lingkungan (*green productivity*), yang mempunyai dampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan bisnis rumah sakit terkait kelangsungan hidup rumah sakit itu sendiri.

Merujuk pada ucapan Hipocrates 2400 tahun yang lalu, bahwa pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah menyelamatkan pasien, ucapan Hipocrates sebagai berikut, *Primum, non nocere (first do no harm)*. Namun dengan kemajuan yang cepat tentang ilmu kedokteran, kegiatan rumah sakit semakin kompleks,

mempunyai potensi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (selanjutnya disingkat KTD, atau *adverse event*), Kejadian Potensi Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), sentinel apabila dalam penyelenggaraan rumah sakit terhadap pasien tidak mengedepankan keselamatan pasien.

Institute of Medicine di Amerika pada tahun 2000, melaporkan “*to err is human*“, *building a safer health system*” menyatakan bahwa di Utah dan Colorado ditemukan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) 2,9% dan 6,6% nya pasien meninggal. Sedang di New York, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) 3,7%, dan 13,6% pasien meninggal. Angka kematian seluruh Amerika adalah 33,6 juta pertahun berkisar antara 44.000 – 98.000 pertahun. *World Health Organization* (2004) mempublikasikan penelitian di beberapa negara yaitu Amerika, Inggris, Denmark, Australia, ternyata ditemukan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dengan rentang 3,2% - 16,6%. Dengan adanya data tersebut beberapa negara mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien.

Pada laporan nasional, sejak bulan Agustus 2005, Menteri Kesehatan RI telah mencanangkan Gerakan Nasional Keselamatan Pasien (GNKP) Rumah Sakit (RS), selanjutnya KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) Depkes RI telah pula menyusun Standar KPRS (Keselamatan Pasien Rumah Sakit) yang dimasukkan ke dalam instrumen akreditasi RS (versi 2007) di Indonesia. Fokus terhadap keselamatan pasien ini didorong oleh masih tingginya angka Kejadian Tak Diinginkan (KTD) atau *Adverse Event* /AE di RS secara global maupun nasional. KTD yang terjadi di berbagai negara diperkirakan sekitar 4.0- 16.6 % (Vincent,

2005 dalam Raleigh, 2009), dan hampir 50 % di antaranya diperkirakan adalah kejadian yang dapat dicegah (Smits et al., 2008).

Pada RSUP Dr. Kariadi Semarang, tercatat sejak tahun 2017, telah terjadi Kejadian Potensi Cedera (KPC) sebanyak 1861 kasus, Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebanyak 352 kasus, Kejadian Tidak Cedera (KTC) sebanyak 299 kasus, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebanyak 136 kasus dan *Sentinel* sebanyak 0 kasus. Selanjutnya, pada tahun 2018, KCP mengalami kenaikan, yaitu sebanyak 3161 kasus, KNC sebanyak 284 kasus, KTC sebanyak 601 kasus, KTD sebanyak 110 kasus dan *Sentinel* (Kematian) sebanyak 4 kasus. Akibat kejadian-kejadian ini diindikasikan menghabiskan biaya yang sangat mahal baik bagi pasien maupun sistem layanan kesehatan (Flin, 2007). Data KTD di Indonesia sendiri masih sulit diperoleh secara lengkap dan akurat, tetapi dapat diasumsikan tidaklah kecil (KKP-RS, 2006).

Budaya keselamatan dibangun dari berbagai faktor (dimensi), dan berbagai peneliti mencoba mengidentifikasi dimensi-dimensi tersebut. Dimulai dari penelitian oleh Zohar (tahun 1980) dengan 8 dimensi, di antaranya sikap manajemen terhadap keselamatan, dampak praktek-praktek keselamatan kerja terhadap promosi, dst. Kemudian berkembang secara luas khususnya di layanan kesehatan. Penelitian Gershon et al. (2000) menghasilkan 6 faktor/dimensi diantaranya adalah dukungan manajemen, umpan balik/pelatihan, minimal konflik/komunikasi yang baik, dst. Survei tentang budaya keselamatan pasien yang sering digunakan sebagai rujukan di berbagai negara karena mempunyai sifat psikometris yang terbaik dan direncanakan untuk seluruh pekerja di RS

adalah yang dilakukan oleh Sorra & Nieva (2004), yaitu *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), yang mempunyai 12 dimensi budaya keselamatan dan 2 dimensi *outcome*. Masih banyak lagi penelitian tentang iklim atau budaya keselamatan ini yang menghasilkan perbedaan dalam jumlah dimensi/faktor yang membangunnya, dan dinilai dapat mendeteksi perhatian staf rumah sakit terhadap keselamatan pasien. Penelitian lainnya oleh Matsubara et al., dari Jepang tahun 2005, dengan validitas dan reliabilitas yang tinggi; di Swiss (oleh Pfeiffer et al., 2008) menjadi 10 dimensi; di Belanda menjadi 11 dimensi (Smits et al., 2008).

Komunikasi merupakan komponen paling penting dalam pelayanan kesehatan, dan merupakan hal paling esensial untuk *patient safety*. Komunikasi dapat mengancam kesehatan pasien, tetapi juga dapat mencegah pasien dari ancaman kesehatan. Penelitian observational terhadap 48 kasus bedah yang dilakukan Lingard et.al., berhasil mengidentifikasi 421 masalah komunikasi, dan hampir sepertiganya diklasifikasikan sebagai “*failures*” (Lingard L, et al, 2004).

Cerebral Palsy merupakan gangguan permanen perkembangan gerak dan *postur*, menyebabkan keterbatasan aktivitas yang dikaitkan dengan gangguan *non-progresif* yang terjadi di otak janin atau bayi yang berkembang (Rethlefsen dkk,2010). Kapoor (2013) menyatakan bahwa *Cerebral Palsy* adalah kelompok pengkondisian yang mempengaruhi fungsi motorik dan postur akibat lesi non progresif dari perkembangan otak yang dapat disebabkan oleh faktor antenatal (80%), intrapartum (10%), dan posnatal (10%).

The Center Children with Special Needs Seattle Hospital melaporkan angka kelahiran dengan palsy serebralis 2 – 2,2% kasus pertahun per 1000 kelahiran, sedang prevalensi untuk anak usia sekolah 3,6% per 1000 anak usia sekolah. Selanjutnya pemberi asuhan kepada pasien membutuhkan tim yang berbasis keselamatan pasien, karena palsy serebralis mempunyai kelainan yang kompleks. Di Indonesia, angka kejadian *Cerebral Palsy* belum dapat dikaji secara pasti. Menurut Soetjiningsih (1995) prevalensi penderita *Cerebral Palsy* diperkirakan sekitar 1-5 per 1.000 kelahiran hidup. Laki-laki lebih banyak dari pada perempuan. Seringkali terdapat pada anak pertama. Hal ini mungkin dikarenakan kelahiran pertama lebih sering mengalami kelahiran macet. Angka kejadiannya lebih tinggi pada bayi berat badan lebih rendah dan kelahiran kembar. Umur ibu seringkali lebih dari 40 tahun, terlebih lagi pada multipara (Maimunah, 2013).

Beberapa organisasi yang berbasis keselamatan pasien seperti *The Canadian Patient Safety Institute (CPSI)* dan *review* penelitian yang mendukung diselenggarakannya program keselamatan pasien seperti *review* dari Cochrane (2010) telah merekomendasikan bahwa prioritas dan kunci utama adalah pendidikan, pelatihan interprofesional kolaborasi untuk keefektifan dan keberhasilan penyelenggaraan asuhan kepada pasien yang berbasis keselamatan pasien, dan CPSI mempunyai keberanian secara progresif merubah sistem pendidikan kedokteran menjadi pendidikan dengan metode kolaborasi dengan tujuan tercapainya asuhan kepada pasien berbasis keselamatan pasien. Dijelaskan bahwa pendidikan, pelatihan kolaborasi para profesi pemberi asuhan yang

berbasis keselamatan pasien meliputi antara lain dokter sebagai penanggung jawab asuhan yang diberikan kepada pasien, keperawatan, profesi pemberi asuhan terkait yang dibutuhkan pasien, misalnya pada pasien dengan masalah nutrisi membutuhkan kolaborasi dengan profesi nutrisi, juga pasien dengan masalah fisiologis membutuhkan terapis dan lainnya sesuai kebutuhan pasien di perkenalkan sejak tahap pengenalan, tahap magang, dan tahap mandiri dan memahami bahwa para profesi pemberi asuhan tersebut sebagai tim yang memberi asuhan berbasis keselamatan pasien kepada pasien, mempunyai perilaku yang dapat bekerja sama dalam suatu tim, saling menghargai dan mampu berkomunikasi secara efektif, berbasis keilmuan masing-masing dengan latar belakang yang berbeda, selanjutnya dapat mengkoordinasikan suatu keputusan bersama dengan pasien dalam memberi asuhan kepada pasien.

Proses pelaksanaan *interprofessional collaboration*, terbagi menjadi tahap pengenalan, magang, mandiri dalam pendidikan, pelatihan dibidang kedokteran membekali suatu pengalaman untuk mencapai kompetensi praktek kolaborasi yang efektif, (Wagner, 2011). WHO (2010) menjelaskan bahwa penerapan *interprofessional collaboration* adalah pendidikan, pelatihan yang mendukung integrasi profesi pemberi asuhan dan mempunyai dampak terwujudnya kompetensi tentang bekerja sama dalam tim, saling menghargai keberagaman keilmuan, mengedepankan keselamatan pasien. WHO (2011), menyebutkan bahwa pembelajaran dengan metode *interprofessional collaboration* membekali peserta pendidikan, pelatihan dalam bidang preventif, promotif, rehabilitatif dan kuratif yang mendasari asuhan kepada pasien secara efisien dan efektif. Norgaard

(2011), Shrader (2012), membuktikan bahwa melalui pendidikan, *interprofessional collaboration*, peserta pendidikan, pelatihan, mempunyai kompetensi bekerja sama dalam tim dan berkomunikasi secara efektif.

Lokus penelitian ini adalah Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I) Ilmu Kesehatan Anak yang dilaksanakan oleh RSUP Dr. Kariadi, dokter yang menjadi peserta didik yang selanjutnya disebut *residen*, serta perawat yang dalam masa pendidikan program profesi keperawatan (*ners*) masih belum dibekali dengan kompetensi-kompetensi yang berkaitan langsung dengan pola kerja *interprofessional collaboration* klinis. Hal ini menimbulkan kesenjangan komunikasi dan perbedaan cara pandang terhadap pola asuhan kepada pasien palse serebralis. Residen dan perawat yang masih dalam proses pendidikan, perlu ditanamkan karakter profesional pada masing – masing profesi berdasarkan kaidah dasar moral dan kode etik yang mempunyai tujuan utama, yaitu mencapai keselamatan pasien (*patient safety*).

Fakta yang terjadi di lapangan, proses pendidikan residen pada PPDS I Ilmu Kesehatan Anak dan perawat pada program profesi keperawatan pada RSUP Dr. Kariadi masih bersifat konvensional dan *fragmental*. Proses pendidikan masih berfokus pada penanganan pasien berdasarkan kemunculan gejala yang terjadi tanpa melihat keseluruhan aspek pada pasien tersebut, atau dalam hal ini disebut sebagai pola pembelajaran *Problem Based Learning* (PBL). Residen hanya akan berfokus pada tugas pokok fungsinya, sedangkan perawat hanya melaksanakan tugas asuhan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) tanpa adanya pola komunikasi efektif antara residen dan perawat yang memberikan asuhan

kepada pasien. Fenomena tersebut, dapat menimbulkan kesenjangan komunikasi yang pada akhirnya menimbulkan resiko potensi kejadian yang tidak diharapkan sesuai standar sasaran keselamatan pasien.

Mengingat *patient safety* menjadi tuntutan utama masyarakat pada pelayanan kesehatan, maka keselamatan pasien perlu dilaksanakan sesuai dengan standard dan sesuai dengan sarannya. Hal tersebut, mendorong diselenggarakannya program keselamatan pasien secara menyeluruh mulai sumber daya manusia yang mempunyai kompetensi berbasis *patient safety* sebagai penyelenggara terkait penelenggaraan asuhan keselamatan pasien, dengan mewujudkan kultur yang mendukung keselamatan pasien.

Dokter dan Perawat merupakan ujung tombak penyelenggaraan asuhan kepada pasien, maka model pendidikan dokter dan perawat harus mampu mengakomodasi pendidikan *interprofessional collaboration*, sebagai wadah kerjasama tim, bagi dokter dan perawat berbasis *patient safety*. Berdasarkan kondisi di atas, pengembangan model pendidikan *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* untuk kompetensi dan profesionalitas Residen dan Perawat pada Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak pada Palsi Serebralis pada Rumah Sakit Umum Pusat Dr.Kariadi Semarang, menjadi sangat mendesak (*urgen*) untuk diteliti.

1.2 Identifikasi Masalah

Ogrinc dkk (2008) menjelaskan bahwa Residen Program Pendidikan Spesialis I Anak mempunyai peran strategis untuk meningkatkan sistem kesehatan yang kompleks. *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) merekomendasikan tentang penambahan pendidikan interprofesional kolaborasi dalam pendidikan profesi kedokteran untuk meningkatkan sistem profesi dalam memberi asuhan kepada pasien untuk menambah kompetensi yang diperoleh dari perpaduan teori dan praktek yang berbasis keselamatan pasien.

WHO (2010) mengembangkan praktek kolaborasi untuk profesional pemberi asuhan (termasuk residen Program Pendidikan Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak) yang mendidik, melatih bekerja sama dalam tim kolaborasi yang berlatar belakang keilmuan masing-masing dengan komunikasi efektif baik terhadap tim dan pasien dengan tujuan memberi asuhan kepada pasien berbasis keselamatan pasien. Pada praktik kolaborasi yang dikembangkan, belum berbasis *patient safety* dan dilaksanakan secara insidental, belum terintegrasi dengan sistem pendidikan secara keseluruhan. Fakta yang terjadi, kurangnya kompetensi dan profesionalitas dokter dan perawat dalam asuhan pasien, dapat mengancam secara langsung keselamatan pasien. Komunikasi yang buruk antar tenaga kesehatan, khususnya dokter dan perawat dapat menimbulkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) hingga pada *sentinel*. Maka perlu adanya model pendidikan yang memberikan ruang kerja sama yang kuat antara dokter dan perawat dalam masa pendidikan.

Berdasarkan studi observasi awal, maka beberapa masalah yang teridentifikasi adalah sebagai berikut:

- 1.2.1. Penyelenggaraan asuhan pasien, khususnya pasien palsy serebralis bersifat kompleks, antara lain: 1) Terdapatnya bermacam-macam jenis perbekalan farmasi, seperti obat-obatan yang menimbulkan risiko multi farmasi; 2) Alat-alat kesehatan yang sangat bervariasi; 3) Peralatan kesehatan yang perubahan teknologinya cepat; 4) Banyak tes yang disediakan untuk pasien, sesuai kebutuhan masing masing pasien; 5) Pelaksanaan beberapa prosedur yang cepat mengalami perubahan teknologinya; 6) Berkembangnya variasi tenaga profesi pemberi asuhan kesehatan
- 1.2.2. Kompetensi dokter dan perawat yang masih lemah pada asuhan pasien dan hanya dilaksanakan berdasar Standar Prosedur Operasional (SPO);
- 1.2.3. Pelaksanaan asuhan yang hanya dilaksanakan berdasar SPO, banyak menimbulkan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (selanjutnya disingkat KTD, atau *adverse event*), Kejadian Potensi Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), dan *Sentinel*;
- 1.2.4. Proses asuhan pasien, khususnya pasien palsy serebralis belum mengedepankan kerja sama tim dalam bingkai *Interprofessional collaboration* antara dokter dan perawat;
- 1.2.5. Pelaksanaan asuhan palsy serebralis, belum memprioritaskan pencapaian Sasaran Keselamatan Pasien (*patient safety*);

- 1.2.6. Pelaksanaan pendidikan dokter spesialis dan profesi keperawatan belum berjalan efektif dan efisien dalam membentuk kerjasama tim, antara dokter dan perawat dalam bingkai *Interprofessional collaboration*;
- 1.2.7. Proses pembelajaran pada Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak, masih mengedepankan model pembelajaran *Problem Based Learning (PBL)* dan tidak menggunakan pola *Patient Centre Care (PCC)* berbasis *Patient Safety*;
- 1.2.8. Kesenjangan komunikasi antara dokter dan perawat pada pelaksanaan asuhan pasien palsy serebralis, dapat menghambat tercapainya sasaran keselamatan pasien;
- 1.2.9. Belum dikembangkan model pendidikan yang mengintegrasikan *Interprofessional collaboration* klinis berbasis keselamatan pasien (*patient safety*) pada Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak.

1.3 Cakupan Masalah

Salah satu standar dalam memberi asuhan kepada pasien, adalah keselamatan pasien (*patient safety*). *Webster New World Dictionary* dalam Marrelli, 2007 menjelaskan asuhan terhadap pasien pada rawat jalan masih kurang memenuhi standar keselamatan pasien, karena kontinuitas asuhan belum konsisten dilaksanakan, pasien kebingungan menerima penjelasan tentang apa yang dideritanya, karena keterbatasan waktu, komunikasi dan pemberian obat yang kurang jelas. Hal ini mempunyai potensi risiko terhadap kelalaian dan merugikan pasien. Salah satu upaya mengurangi risiko tersebut adalah dengan

menyelenggarakan asuhan yang berbasis keselamatan pasien melalui asuhan interprofesional kolaborasi atau terintegrasi.

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Kariadi adalah Rumah Sakit Pendidikan Utama dari Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro merupakan wahana dari Residen Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak dan perawat program profesi keperawatan (*ners*) untuk secara klinis melaksanakan praktik mandiri, khususnya terhadap asuhan yang diberikan kepada pasien palsy serebralis. Pada pelaksanaan proses pembelajaran, asuhan kepada pasien palsy serebralis belum secara konsisten menerapkan kerjasama tim interprofesional antara dokter residen Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak dan perawat program profesi keperawatan (*ners*). Hal tersebut peneliti peroleh dari dokumen pendidikan yang masih belum lengkap, observasi pada proses pendidikan pengenalan, magang, mandiri belum semua secara konsisten dilaksanakan serta hasil wawancara dengan 7 dosen kedokteran pada Program Pendidikan Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak dan dosen kedokteran dari profesi lain terkait.

Untuk meningkatkan konsistensi dan kontinuitas asuhan profesi pemberi asuhan, membutuhkan kompetensi profesi pemberi asuhan yang berbasis keselamatan pasien yaitu sebagai berikut: 1) Mendukung kultur keselamatan pasien; 2) Bekerja sama dalam tim untuk menyelenggarakan asuhan yang menjamin keselamatan pasien; 3) Komunikasi efektif terhadap pasien dan anggota profesi lain yang terkait; 4) Mengelola bersama risiko yang mengancam keselamatan pasien; 5) Mengoptimalkan sumber daya yang ada disekitar pasien;

6) Mengakui, menanggapi dengan santun dan kerendahan hati pendapat profesi lain. Keenam domain tersebut merupakan kompetensi Residen Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak yang dibutuhkan pasien untuk menjamin keselamatan pasien.

Berdasarkan permasalahan diatas maka untuk memperjelas cakupan masalah, maka fokus permasalahan yang ingin diteliti adalah pengembangan model pendidikan *Interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* yang layak pada Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak, khususnya di Tumbuh Kembang – Pediatri Sosial untuk meningkatkan kompetensi dan profesionalitas Residen dan Perawat, bekerja sama dengan Profesi Rehabilitasi Medik, Terapis, Profesi Gizi, kefarmasian dan profesi lain sesuai kebutuhan pasien.

1.4 Rumusan Masalah

- 1.4.1. Bagaimana model faktual pendidikan Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi?;
- 1.4.2. Bagaimana model hipotetik pendidikan *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* pada Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi?;
- 1.4.3. Bagaimana kelayakan model pendidikan *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* pada Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang?

1.5 Tujuan Penelitian

- 1.5.1. Menganalisis model faktual Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi;
- 1.5.2. Menganalisis model hipotetik pendidikan *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* pada Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak kasus Palsi Serebralis;
- 1.5.3. Menganalisis kelayakan model pendidikan *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* pada Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak kasus Palsi Serebralis di Rumah Sakit Umum Pusat dr Kariadi.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoritis

Mensintesis penguatan teori *Interprofessional Collaboration* berbasis *Patient Safety* yang aman dan nyaman.

1.6.2 Manfaat Praktis

- 1.6.2.1. Bagi Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak RSUP Dr. Kariadi Semarang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat diterapkan pada Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak, khususnya pada bagian pediatri sosial tumbuh kembang anak, khususnya kasus palsi serebralis di RSUP Dr. Kariadi. Selanjutnya, pengembangan model pendidikan *Interprofessional*

collaboration berbasis *patient safety* ini, diharapkan mampu membentuk tenaga kesehatan, khususnya dokter dan *Ners* yang kompeten dan profesional dalam penanganan dan asuhan kepada pasien palse serebralis;

1.6.2.2. Bagi institusi pendidikan tenaga profesional kesehatan di Indonesia,

Bagi institusi pendidikan kedokteran dan kesehatan, model pendidikan *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* yang dikembangkan, diharapkan mampu diimplementasikan sebagai bagian dari proses reformasi pendidikan tenaga profesional kesehatan Indonesia. Model pendidikan *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* harus dapat diintegrasikan dalam sistem pendidikan secara menyeluruh, pada tiap jenjang atau stase pendidikan tenaga profesional kesehatan.

1.6.2.3. Bagi pengambil kebijakan tertinggi dan penyusun regulasi

Bagi pengambil kebijakan dan penyusun regulasi yang berkaitan langsung dengan pelaksanaan pendidikan tenaga profesional kesehatan, diharapkan mampu mendorong implementasi pelaksanaan model pendidikan *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* dengan mengeluarkan payung hukum yang jelas guna memberikan dasar yang kuat untuk melaksanakan proses pendidikan menggunakan sistem atau model pendidikan yang telah dikembangkan.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORITIS, DAN KERANGKA BERFIKIR

2.1 Kajian Pustaka

Penelitian ini dilakukan berdasarkan dari hasil kajian-kajian penelitian-penelitian terdahulu yang pernah dilakukan sebagai bahan perbandingan dan kepustakaan. Adapun hasil-hasil penelitian yang dijadikan perbandingan sangat erat kaitannya dengan tema penelitian yang dilakukan, yaitu mengenai *Interprofessional Collaboration, interprofessional education, serta patient safety*.

Flexner, 1910 melaporkan penelitiannya bahwa terjadi perubahan transisi epidemiologi, demografi, muncul penyakit baru seperti infeksi yang mengancam keamanan kesehatan untuk manusia. Disatu sisi sistem pembiayaan secara menyeluruh mahal dan penempatan sumber daya masih belum merata. Salah satu solusi adalah penempatan sumber daya yang mempunyai kompetensi mengelola kondisi tersebut. Kenyataannya pendidikan profesi tidak dapat mengimbangi perubahan yang cepat tersebut. Canada merespon laporan Flexner dengan merubah dan mempersiapkan sumber daya manusia yang mempunyai kompetensi yang mempunyai mutu tinggi dan memisahkan sebagai dokter keluarga, spesialis, peneliti, pendidik dan mempersiapkan standarisasi untuk membantu sasaran sistem kesehatan yaitu keamanan pasien dan asuhan yang berfokus kepada pasien, keluarga pasien (*patient centered care*) sehingga terwujud asuhan pasien yang

efisien, menjamin keamanan pasien (*patient safety*), kesinambungan, dengan model asuhan kolaborasi interprofesional.

Input untuk uraian diatas adalah sistem pada proses pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia sangat menentukan dan outputnya adalah dokter yang akan memberi asuhan kepada pasien sesuai kebutuhan pasien. *Outcome* yang diharapkan adalah sesudah peserta didik menjadi dokter yang siap untuk praktik mempunyai kompetensi asuhan keamanan pasien, keluarga sehingga dapat membantu menjaga keamanan kesehatan terhadap ancaman perubahan epidemiologi, demografi dan status kesehatan pasien sendiri untuk mencapai kualitas hidup optimal.

Interprofessional Education/ Collaboration adalah model pendidikan, pelatihan dengan pendekatan berfokus terhadap kompetensi peserta didik yang menjadi anggota tim dengan santun mendukung para profesi lainnya bekerja sama memberi asuhan kesehatan yang dibutuhkan pasien dan masyarakat. Pendidikan, pelatihan ini berbasis membangun tim untuk mendukung budaya keselamatan pasien dan menjaga bersama meminimalisasi potensi resiko yang mengancam kesehatan pasien, berbasis ilmu pengetahuan masing masing keilmuan namun fokus kepada pasien, komunikasi yang efektif, pembelajaran untuk berpartner dengan pasien serta mempertimbangkan kultur pasien saat memberikan asuhan klinis.

The Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centered Practice (IECPCP, 2005) menjelaskan bahawa IPE adalah proses pembelajaran bersama untuk meningkatkan kerjasama antar tenaga profesi kesehatan yang

mempunyai prioritas tujuan mengenai *patient safety*. Proses kerjasama yang terjalin antar tenaga kesehatan terjadi manakala penyelenggara pelayanan kesehatan bekerja sama secara aktif dan menghadirkan simbiosis mutualisme dengan orang yang berasal dari profesinya sendiri, luar profesinya sendiri, dan dengan pasien atau klien serta keluarganya (*The Canadian Interprofessional Health Collaborative*, 2009).

Parsel & Bligh (1999) menyatakan bahwa aspek kesiapan terhadap pelaksanaan IPE adalah salah satu faktor terbesar pada proses pembelajaran IPE, sedangkan faktor lain yang berpengaruh adalah persepsi individu yang terlibat IPE dan peran instruktur, dokter pengampu atau dosen. Persepsi merupakan proses yang masuknya informasi kedalam otak manusia, melalui persepsi, manusia secara aktif mengadakan hubungan dengan lingkungannya (Slameto, 2010). Adanya peran instruktur, dokter pengampu dan dosen pada proses pembelajaran IPE dapat membentuk peserta didik yang dapat memahami peran dan fungsi masing-masing profesi sehingga akan muncul suatu tanggung jawab yang sesuai dalam menyelesaikan sebuah masalah. Oleh karena itu suatu peran dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan sangat dibutuhkan untuk kesiapan dan pencapaian suatu kompetensi IPE (A'la, 2011).

Kesiapan IPE dapat dilihat dengan tiga aspek utama, yaitu : (1) identitas profesional, (2) *teamwork*, (3) peran dan tanggungjawab. Ketiga aspek utama ini saling berhubungan satu sama lain dalam proses membangun kesiapan untuk penerapan IPE (Lee, 2009). Identitas profesi untuk komponen kunci dari sebuah profesionalisme merupakan bagian dari filosofi pelayanan kesehatan, dapat

dilakukan melalui interaksi dengan profesi lain untuk membentuk dasar pemahaman mengenai kerjasama tim dokter dan perawat (Pullon, 2008).

Teamwork dalam *Interprofessional Collaboration* merupakan pelaksanaan kerjasama dalam tim, baik lintas program, lembaga, disiplin ilmu, ataupun budaya pada masyarakat. Proses pengambilan keputusan dengan tim kolaborasi juga diperlukan pada berbagai kondisi, antara lain: a) Berbagai sumber daya, keahlian, dan tanggung jawab untuk mencapai tujuan bersama dalam praktik kolaboratif; b) membangun komitmen dan mempertahankan budaya patient safety partisipasi dalam suatu tim interprofesional; c) mengenali saat ada ketidaksesuaian dalam praktik kolaborasi; d) mengatasi masalah dan konflik menggunakan manajemen konflik yang tepat (IPE Consortium, 2002). Hal penting lain yang harus dimiliki individu yang terlibat dalam IPE adalah *teamwork*, kompetensi *teamwork* ini meliputi kekompakan tim, saling percaya, berorientasi kolektif, dan mementingkan kerjasama (Lee, 2009).

Merujuk Bleakely, A (2014) dalam *Patient Centred Medicine in Transtition*, melalui kolaborasi interprofesional terjadi kondisi kebersamaan, materi diskusi baik akademik dan klinik atau pada praktik, kondisi tersebut jarang terjadi dan terlaksana secara spontan. Karena pandangan dan epistemologinya berbeda, selanjutnya menimbulkan pemahaman yang dibawa pada waktu berkomunikasi dengan masyarakat. Pada awalnya pandangan epistimologi para klinikus berfokus kepada keilmuan saja, kemudian mengalami kesulitan pada waktu berhadapan dengan masyarakat.

Selanjutnya pada penelitian pada pendidikan kedokteran, ternyata para klinikus membutuhkan keduanya, adalah keilmuan dan narasi pendekatan terhadap pasien. Secara singkat para klinisi membutuhkan komunikasi yang kompleks tentang wilayah epistemologinya masing-masing terutama mengharapkan kebersamaan pengetahuan tentang masyarakat untuk diteliti dalam pendidikan kedokteran. Rushmer dan Davies (2004) menjelaskan bahwa dalam berkolaborasi terdapat pengalaman keilmuan dan sosial, misalnya tentang acuh tak acuh seseorang, ketersinggungan, ego idealism, dalam pembelajaran.

Brown dan Duguid (2000) menjelaskan bahwa kehidupan sosial sebagai informasi penting untuk implementasi keilmuan. Pada ontologi kolaborasi adalah pada penelitian terhadap masyarakat ada nilai pragmatismenya, yang diimplementasikan pada ukuran atau standar kuantitatif, termasuk pada konsep penelitian, nilai-nilai yang bermanfaat untuk pasien, menjadikan pasien sebagai fenomenologikal pada penelitian karena mengutamakan *patient safety*.

Pada kemajuan berikutnya terjadi metaformasi adalah profesi pemberi asuhan menjadi terintegrasi yaitu para klinisi, perawat, farmasi, profesi klinik lain, para profesi pemberi asuhan tersebut telah terintegrasi bersama-sama memberi asuhan klinik kepada pasien bersama para peneliti bersama dalam kebersamaan disebut sebagai ontologis. Ontologi pandangan umum sebagai konstruk, dan yang menjadi isu adalah afeksi dan hubungan antar manusia. Secara singkat kolaborasi anggota kelompok kolaborasi dari latar belakang keilmuan yang berbeda namun bekerja sama interpersonal dan sosial dengan membawa perasaan.

Selanjutnya pada metode pendidikan kolaborasi diharuskan dalam profesi pemberi asuhan yang berwujud nonteknik adalah relationship, bekerjasama tim dan komunikasi sebagai perwujudan ontologi untuk kepentingan masyarakat. Maka sebagai input dalam menghasilkan dokter yang sesuai kebutuhan pasien memerlukan sebagai input adalah: sistem pada proses pendidikan dan latihan searah dengan sistem yang dibutuhkan pasien. Sebagai *output* adalah : dokter mempunyai ketrampilan untuk memberi asuhan yang dibutuhkan pasien. *Outcome* yang diharapkan dari pendidikan dan latihan dokter adalah: mempunyai ketrampilan untuk memberi keamanan kesehatan terhadap ancaman kesehatan sesuai transisi epidemiologi, demografi yang terjadi pada tahun akhir ini.

World Health Organization merekomendasikan *Interprofessional Collaboration* dilaksanakan untuk mendidik dan melatih calon tenaga kesehatan, termasuk dokter, dokter spesialis. IPE/IPC adalah suatu pendidikan, pelatihan dengan suatu pendekatan berfokus terhadap keterampilan peserta didik menjadi anggota tim yang mendukung para profesional bekerja sama untuk memberi asuhan kesehatan yang dibutuhkan pasien dan masyarakat. Model IPE/ IPC misalnya berbasis praktek dalam komunitas, dan praktek simulasi. Program pendidikan berkonsentrasi kepada keterampilan membangun kerjasama menjaga budaya keselamatan pasien, komunikasi efektif dengan tim, berbasis pengetahuan fokus kepada pasien, pembelajaran sebagai partner dengan pasien, dan mempertimbangkan kultur pasien pada saat memberi asuhan klinis.

Merujuk kepada Brock D, dkk (2013), menjelaskan bahwa dengan IPE/ IPC, membuktikan bahwa akses pelayanan dan asuhan yang diberikan sesuai

kebutuhan pasien, karena dukungan kolaborasi, komunikasi yang terjadi dalam suatu tim interprofesional. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan tersebut antara lain adalah : 1) kepemimpinan, 2) komunikasi, 3) koordinasi, 4) sumber daya manusianya, untuk komitmen mengatasi dan pencegahan resiko potensi kejadian yang tidak diharapkan, kejadian yang potensi tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera pada asuhan yang dibutuhkan pasien. Disebutkan juga kegagalan berkomunikasi dalam tim menyebabkan kejadian nyaris cedera, kejadian potensi cedera, kejadian tidak diharapkan, sehingga asuhan yang dibutuhkan pasien tidak tercapai, bahkan kematian. Kegagalan dalam komunikasi terhadap asuhan pasien, mempunyai dampak terhadap ekonomi, mengurangi kualitas asuhan, keamanan pasien dan menurunkan akses pelayanan yang dibutuhkan pasien.

Pada penjelasan selanjutnya Brock D menerangkan bahwa menekankan pentingnya pelatihan, pendidikan kolaboratif dengan mewujudkan tim interprofesional dalam mewujudkan komunikasi interprofesional dan keamanan pasien. Maka seorang edukator harus mempunyai kemampuan mewujudkan dengan mendemonstrasikan prepraktik interprofesional dalam pelatihan untuk melatih peserta pendidikan mempunyai kompetensi berkolaborasi dan berkomunikasi dalam tim profesional. Dalam pendidikan tim kolaborasi tersebut terlihat hakekat epistemologi, aksiologi dan ontologi.

Merujuk *American Academic of Pediatrics* (doi:10.1542/peds.2011-3084), keluarga seorang pasien anak merupakan fokus yang penting karena sebagai sumber daya yang mendukung asuhan kesehatan untuk mencapai tumbuh

kembangnya, kondisi tersebut yang mendasari berkembangnya skrining, asesmen, meminta kebersamaan / berpartner dengan keluarga untuk mendukung kebutuhan fisik, emosi, sosial atau mencegah resiko yang akan mempengaruhi kesehatan pasien anak dalam mencapai tumbuh kembang yang optimal.

Interprofessional Education (IPE) mempunyai tujuan utama, yaitu melatih mahasiswa agar lebih meningkatkan kompetensi, baik secara personal maupun dalam tim, sehingga diharapkan mahasiswa akan mampu untuk melakukan kerjasama atau dengan kata lain berkolaborasi dengan baik saat melakukan proses pelayanan kesehatan pada seorang pasien (Laksmi, 2015). ACCP (2009) membagi kompetensi IPE/IPC menjadi empat bagian yaitu pengetahuan, keterampilan, sikap, dan kemampuan tim.

Guna mengetahui kesenjangan penelitian yang dilakukan dengan penelitian terdahulu, maka dilakukan kajian pustaka pada jurnal internasional maupun jurnal nasional. Pada tabel 2.1 di bawah ini, disajikan contoh kajian pustaka yang bertema *Interprofessional Collaboration*.

Tabel 2.1 Kajian Pustaka IPC/ IPE*

Tahun	Peneliti	Judul Penelitian	Perbedaan Konsep Penelitian
2018	Nirvani Goolsarran, Carine E. Hamo, Susan Lane, Stacey Frawley and Wei-Hsin Lu	Effectiveness of an interprofessional <i>patient safety</i> team-based learning simulation experience on healthcare professional trainees	<ul style="list-style-type: none"> a. Pelaksanaan <i>Interprofessional collaboration</i>, tidak diterapkan pada program pendidikan terintegrasi b. Metode yang digunakan adalah metode eksperimen c. <i>Patient Safety</i> menjadi tujuan akhir dari interprofessional <i>patient safety</i> team-based learning yang dibangun
2018	Imaningtyas Ridar, Agus Santoso	Peningkatkan Komunikasi dalam Pelaksanaan <i>Interprofessional Collaboration</i> melalui	<ul style="list-style-type: none"> a. Aspek Komunikasi menjadi fokus utama penelitian b. Penggunaan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) pada pelaksanaan IPC

Tahun	Peneliti	Judul Penelitian	Perbedaan Konsep Penelitian
		Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi	c. Pelaksanaan IPC belum berbasis <i>Patient Safety</i>
2017	Noor Ariyani Rokhmah, Anggorowati	Komunikasi Efektif Dalam Praktik Kolaborasi Interprofesi Sebagai Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan	a. Aspek Komunikasi menjadi fokus utama penelitian b. Belum mengembangkan model pendidikan atau pelatihan untuk meningkatkan keefektifan komunikasi dalam IPC c. Standar kualitas pelayanan, belum berbasis pada <i>patient safety</i>
2017	Charmaine J. Tang RN, Bsc, Wen T. Zhou RN, Sally Wai-Chi Chan, Sok Ying Liaw	<i>Interprofessional Collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study</i>	a. Fokus penelitian adalah <i>Interprofessional Collaboration</i> antara dokter dan perawat junior b. Penelitian ini telah menyarankan untuk pengembangan IPC Klinis c. Menggunakan metode eksplanatori – kualitatif d. Aspek beban kerja, organisasi dan hubungan individu dalam tim IPC berpengaruh pada pelaksanaan IPC e. IPC yang dilaksanakan, belum berbasis <i>Patient Safety</i>
2016	Tolutope D. Falana, MBChB, MPH, et all	Collaboration between Doctors and Nurses in a Tertiary Health Facility in South West Nigeria: Implication for Effective Healthcare Delivery	a. Penelitian berfokus pada kolaborasi dokter dan perawat b. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa perawat memiliki lebih banyak sikap positif dibandingkan dengan dokter c. IPE/IPC dapat meningkatkan kesepahaman dokter dan perawat dalam proses asuhan pasien d. Kolaborasi yang dibangun antara dokter dan perawat belum berbasis <i>Patient Safety</i> .
2016	Dinda Piranti Arumsari, Etika Emaliyawati, Aat Sriati	Hambatan Komunikasi Efektif Perawat Dengan Keluarga Pasien Dalam Perspektif Perawat	a. Penelitian berfokus pada hambatan komunikasi antara perawat dan keluarga pasien b. Belum melibatkan dokter dalam membangun komunikasi dengan pasien c. Belum adanya kolaborasi aktif antara dokter dan perawat dalam asuhan pasien d. Menggunakan metode kualitatif
2015	Dawn Prentice, Joyce Engel, Karyn Taplay, and Karl Stobbe	<i>Interprofessional Collaboration: The Experience of Nursing and Medical Students' Interprofessional Education</i>	a. Model IPC yang dikembangkan belum berbasis <i>Patient Safety</i> b. Hanya berfokus pada profesi sejenis (perawat – perawat) c. Menggunakan metode pembelajaran <i>Problem Based</i>

Tahun	Peneliti	Judul Penelitian	Perbedaan Konsep Penelitian
			<i>Learning</i>
2014	Mariah Hayes, RN, MN, ONC	<i>Interprofessional Collaboration and Rapid Safety Rounds Result in Improved Clinical Culture of Safety and Decreased Fall Rates</i>	<ul style="list-style-type: none"> a. IPC yang dilaksanakan sudah berbasis <i>Patient Safety</i> b. IPC yang dilaksanakan, belum IPC Klinis c. Berupaya meningkatkan budaya keselamatan pasien d. Belum mengembangkan model pendidikan IPC terintegrasi.
2013	P. Di Giulio, et all	Collaboration between doctors and nurses in children's cancer care: Insights from a European project	<ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi yang terjadi adalah kolaborasi dokter dan perawat dalam kasus asuhan pasien kanker pada anak b. Kerja sama yang terjalin antara dokter dan perawat, diarahkan pada kerja sama kolaborasi yang bersifat formal c. Kolaborasi yang terjadi, belum berbasis <i>Patient Safety</i>

*Lebih lengkap dapat dilihat pada lampiran 4. Tabel kajian pustaka IPE/IPC

Berdasarkan telaah kajian pustaka yang telah dilakukan, fokus pengembangan dan penerapan *interprofessional collaboration* sudah banyak dilakukan pada bidang – bidang lain, serta kerjasama kolaborasi interprofesi yang dikerjakan mayoritas masih pada profesi yang sejenis, yaitu antara dokter – dokter, perawat dengan perawat, atau antara dokter dengan profesi tenaga kesehatan lain selain perawat dan sebaliknya. Pada prinsipnya, petugas kesehatan yang awal memberi asuhan kepada pasien secara langsung adalah dokter dan perawat. Maka, sudah seharusnya *interprofessional collaboration* dimasukkan dalam pola pendidikan dokter dan perawat pada saat fase pendidikan dokter spesialis atau keprofesian. Model pengembangan *interprofessional collaboration* yang telah banyak diteliti, juga belum berbasis pada sasaran keselamatan pasien (*patient safety*).

Sistem pendidikan pada Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak RSUP Dr. Kariadi Semarang masih bersifat konvensional *fragmental*, dimana komunikasi dan kejasama tim antara residen dan perawat belum terlaksana dengan baik dan fenomena yang demikian akan mempunyai dampak langsung pada pemberian asuhan kepada pasien, khususnya pasien palse serebral.

Urgensi penelitian ini, adalah mengembangkan model pendidikan *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* pada residen Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak (selanjutnya disebut PPDS I IKA) dan Perawat (NERS) yang menjadi peserta didik pada Program Profesi Keperawatan yang secara langsung memberikan asuhan kepada pasien palse serebral pada RSUP Dr. Kariadi Semarang. Sasaran utama penelitian ini, adalah penerapan model *interprofesional collaboration* yang telah dikembangkan untuk dokter dan perawat, agar dapat memberikan asuhan kepada pasien palse serebral secara kompeten dan profesional berbasis *patient safety*.

2.2 Kerangka Teoritis

2.2.1 Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2011) menyatakan bahwa *patient safety* merupakan sistem pusat layanan kesehatan yang memberikan asuhan kepada pasien untuk memprioritaskan rasa aman. Fokus *patient safety* untuk memberikan rasa aman kepada pasien, antara lain: assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan pencegahan terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Depkes RI, 2011). *Patient safety* adalah prinsip dasar dari perawatan kesehatan (WHO, 2010). Sunaryo (2009) menyatakan bahwa, keselamatan pasien adalah tidak adanya kesalahan atau bebas dari cedera karena kecelakaan.

Menurut panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (2006), Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (*safety*) di rumah sakit yaitu : a) Keselamatan pasien (*patient safety*), b) Keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, c) Keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, d) Keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan e) Keselamatan "bisnis" rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2011) secara prinsip, tujuan keselamatan pasien di rumah sakit yaitu: 1) terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit; 2) meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat; 3) menurunnya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit; 4) terlaksananya program program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (KTD).

Selanjutnya, menurut *Joint Commission International* (2013), dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit, salah satunya adalah Sasaran Keselamatan Pasien, yang terdiri dari: 1) mengidentifikasi pasien dengan benar; 2) meningkatkan komunikasi secara efektif; 3) meningkatkan keamanan dari *high-alert medications*; 4) memastikan benar tempat, benar prosedur, dan benar pembedahan pasien; 5) mengurangi resiko infeksi dari pekerja kesehatan; 6) mengurangi resiko terjadinya kesalahan yang lebih buruk pada pasien (missal resiko jatuh)

Pentingnya akan keselamatan pasien dirumah sakit, maka dibuatlah standar keselamatan pasien dirumah sakit. Standar keselamatan pasien dirumah sakit ini akan menjadi standar setiap asuhan yang akan diberikan kepada pasien. Menurut Depkes RI, (2011) ada tujuh standar keselamatan pasien yaitu: 1) hak pasien; 2) mendidik pasien dan keluarga; 3) keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan; 4) penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien; 5) peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien; 6) mendidik staf tentang

keselamatan pasien; dan 7) komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Selain dari standar keselamatan, ada lagi yang menjadi topik penting dalam pelaksanaan keselamatan pasien yaitu sasaran keselamatan pasien atau *Patient Safety Goals*. Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh komisi akreditasi rumah sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRSI), dan *Joint Commission International* (JCI).

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008), langkah menuju keselamatan pasien bagi staf rumah sakit dilakukan dengan tujuh cara, yaitu : 1) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya yg terbuka dengan adil; 2) Memimpin dan mendukung staf, membangun komitmen dan fokus yang kuat & jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit; 3) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko, mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah; 4) Mengembangkan sistem pelaporan, memastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian / insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS); 5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, mengembangkan cara-cara komunikasi yg terbuka dengan pasien; 6) Melakukan kegiatan belajar dan berbagi pengalaman tentang

keselamatan pasien, mendorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul; dan 7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien, menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Merujuk kepada penjelasan McDonald KM, dkk, (2013), banyak faktor yang terkait dengan keamanan pasien, antara lain pelatihan terhadap residen PPDS I, sertifikasi kompetensi profesional pemberi asuhan, keterlibatan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan terhadap kesehatan pasien, *checklist* yang merupakan instrumen untuk sarana pencegahan, diagnosis diferensial penyakit, algoritme asuhan, *clinical pathway* monitoring evaluasi, sistem profesional pemberi asuhan yang terintegrasi, pemahaman kognitif terhadap penyakitnya dan kebutuhan pasien dan keluarga. Kunci yang berkaitan dengan keselamatan pasien adalah mencegah:

- 1) Kelalaian, keterlambatan atau ketidak tepatan diagnosis dapat menyebabkan ketidak tepatan, tidak terpenuhi secara menyeluruh yang dibutuhkan pasien, dan akhirnya membebani pembiayaan asuhan kesehatan pasien.
- 2) Sasaran proses belajar mengajar pada profesi pemberi asuhan kesehatan keamanan pasien menjadi tujuan yang utama.
- 3) Pendekatan terhadap mengurangi kesalahan diagnosis melalui berbagai solusi antara lain adalah: orientasi sistem, kognitif yang memadai, teknik pembelajaran, dengan spesifik masing-masing tergantung kondisi situasi.

- 4) Struktur organisasi mempunyai tatakerja yang mendukung pembelajaran tentang keamanan pasien antara lain meliputi: proses struktur pembelajaran, teknik, sumber daya manusia, pelatihan /pendidikannya, berbasis sistem teknologi, *review-review* untuk membuat rujukan terhadap kemandirian pasien sesuai penyakitnya.
- 5) Berbasis bukti dan berkembang berbasis nilai-nilai untuk memberi asuhan kesehatan pasien.
- 6) Melibatkan pasien dan keluarga untuk mencegah ketidaktepatan diagnostik.

Untuk menguatkan poin penting keselamatan pasien, maka dilakukan kajian pustaka mengenai sasaran keselamatan pasien pada saat menjalani asuhan keperawatan, baik oleh dokter maupun perawat. Pada tabel 2.2, disajikan contoh kajian pustaka pada penelitian terdahulu, untuk mengetahui kesenjangan penelitian terdahulu dengan penelitian yang dilaksanakan.

Tabel 2.2 Kajian Pustaka *Patient Safety**

Tahun	Nama Peneliti	Tema Penelitian	Perbedaan Konsep Penelitian
2019	Raden Surahmat, Meri Neherta, Nurariati	Hubungan Karakteristik Perawat terhadap Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Pasca Akreditasi Rumah Sakit "X" di Kota Palembang Tahun 2018	<ol style="list-style-type: none"> a. Peran perawat dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien sangat sentral dalam asuhan pasien b. Kedewasaan perawat sangat berpengaruh terhadap pola kerja sama tim c. Kolaborasi yang terjadi, hanya sebatas perawat – perawat d. Belum menerapkan IPC dalam mencapai sasaran keselamatan pasien
2018	Anggi Napida Angraini, Choirul Anwar, Brune Indah Yulitasari	Hubungan Implementasi IPSG (International <i>Patient safety Goals</i>) dengan Kepuasan Pasien di Puskesmas Kasihan I Bantul	<ol style="list-style-type: none"> a. Tercapainya IPSG, linier dengan tingkat kepuasan pasien b. Pelaksanaan asuhan terhadap pasien sudah berbasis <i>patient safety</i>, tetapi belum dalam bingkai IPC

Tahun	Nama Peneliti	Tema Penelitian	Perbedaan Konsep Penelitian
2018	M. Iskandar, Wahyu Sulistiadi, Syafiul A. Sjaaf	Hubungan Aspek Area Klinis Dan Area Manajerial Terhadap Keselamatan Pasien	<ul style="list-style-type: none"> a. Sebagian indikator mutu klinik dan manajerial mempunyai hubungan atau korelasi dengan sasaran keselamatan pasien b. Belum dikembangkan pola kolaborasi klinis, guna mendukung tercapainya sasaran keselamatan pasien
2017	Syifa Sakinah, Putri Asmita Wigati, Septo Pawelas Arso	Analisis Sasaran Keselamatan Pasien Dilihat Dari Aspek Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dan Keamanan Obat Di RS Kepresidenan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta	<ul style="list-style-type: none"> a. Sasaran keselamatan pasien, dicapai dengan menjalankan SPO yang ada tanpa proses kolaborasi b. Upaya peningkatan <i>patient safety</i> masih sebatas pelaksanaan norma dan tata aturan, belum melalui pendekatan holistik
2016	Darsini	Hubungan Komunikasi Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Yang Dirawat Di Ruang Kana Rumah Sakit Gatoel	<ul style="list-style-type: none"> a. Aspek komunikasi menjadi faktor penting dalam asuhan terhadap pasien b. Penekanan penggunaan komunikasi verbal, terhadap pasien dan keluarga c. Komunikasi efektif, mampu meningkatkan tercapainya sasaran keselamatan pasien
2016	Cecep Triwibowo, Sulhah Yuliawati, Nur Amri Husna	Handover Sebagai Upaya Peningkatan Keselamatan Pasien (<i>Patient safety</i>) Di Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Handover</i> berkontribusi terhadap <i>patient safety</i> di rumah sakit b. Komunikasi menjadi faktor dominan dalam proses <i>handover</i> c. Belum terdapat proses kolaborasi antar profesi
2015	Diah Arruum, Salbiah, Murniati Manik	Pengetahuan Tenaga Kesehatan Dalam Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Sumatera Utara	<ul style="list-style-type: none"> a. Lemahnya pengetahuan dan kompetensi antar tenaga kesehatan, mampu menggagalkan tercapainya sasaran keselamatan pasien b. Kolaborasi yang terjadi, sebatas pada profesi sejenis

*Lebih lengkap dapat dilihat pada lampiran 5. Tabel kajian pustaka *patient safety*

Berdasarkan kerangka teoritis pada sub – bab *patient safety* dapat disimpulkan bahwa asuhan pasien palse serebral membutuhkan kerja sama tim tenaga kesehatan, khususnya dokter dan perawat. Hasil penelitian menunjukkan, kerja sama tim yang solid, dapat dibentuk melalui *interprofessional collaboration*.

Kerja sama tim dalam bingkai *interprofessional* dapat terlaksana dengan ideal, apabila antar individu yang berbeda profesi dalam pelayanan kesehatan, saling menghormati pendapat satu sama lain. Intervensi *interprofessional collaboration* menjadi sangat penting, guna mencapai tujuan utama asuhan kepada pasien Palsi Serebral, yaitu *patient safety*. Untuk memperjelas kerangka teori yang disusun, kajian pustaka dari penelitian terdahulu yang lebih lengkap, dapat dilihat pada lampiran tabel kajian pustaka mengenai *patient safety*.

2.2.2 *Interprofessional Education/ Collaboration*

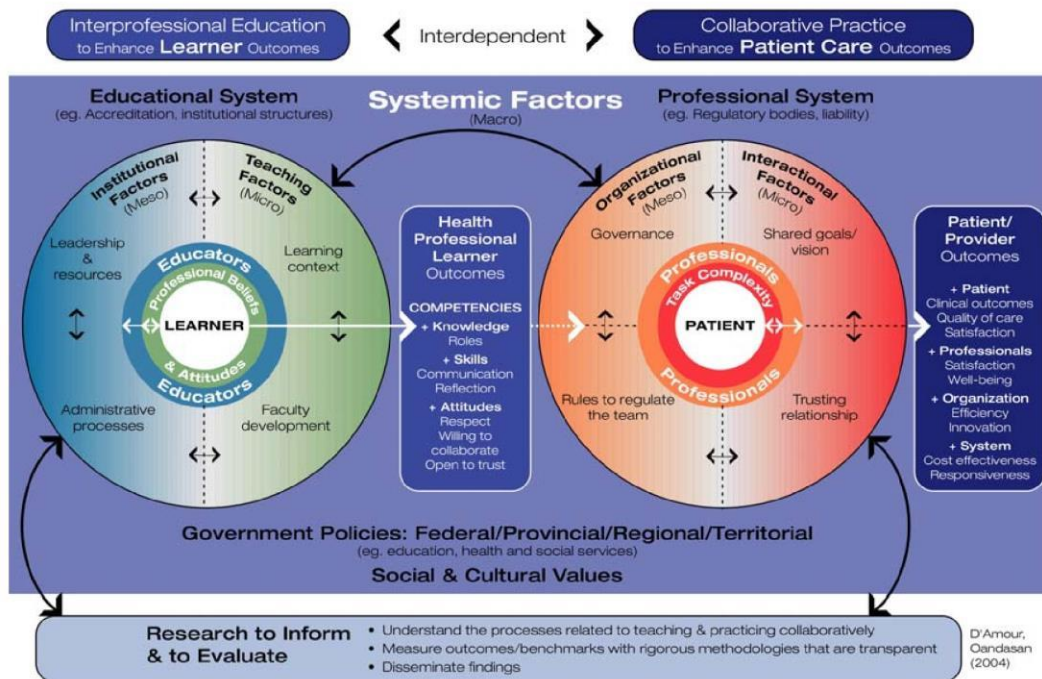
2.2.2.1. Konsep *Interprofessional Education/ Collaboration*

WHO (2010) menyatakan bahwa karena keterbatasan sumber daya, perubahan pola penyakit, kebutuhan masyarakat yang meningkat tentang kesehatan, pendidikan kedokteran/ kesehatan yang masih menggunakan metode yang kurang sesuai, maka merekomendasikan kepada profesional pemberi asuhan kesehatan untuk berkolaborasi untuk memenuhi kebutuhan pasien dan masyarakat, dengan memanfaatkan sistem pembelajaran berkolaborasi untuk mempersiapkan dilaksanakan kolaborasi profesional pemberi asuhan kesehatan dikemudian hari, secara komprehensif. Untuk mewujudkan kondisi tersebut edukasi praktik interprofesional menjadi proses yang penting. Proses pembelajaran tersebut berfokus kepada asuhan profesional yang dibutuhkan pasien, keluarga dan masyarakat, dengan partisipasi dari para profesional terkait yang saling berinteraksi dari masing-masing bidangnya untuk memenuhi asuhan yang dibutuhkan pasien, keluarga dan masyarakat.

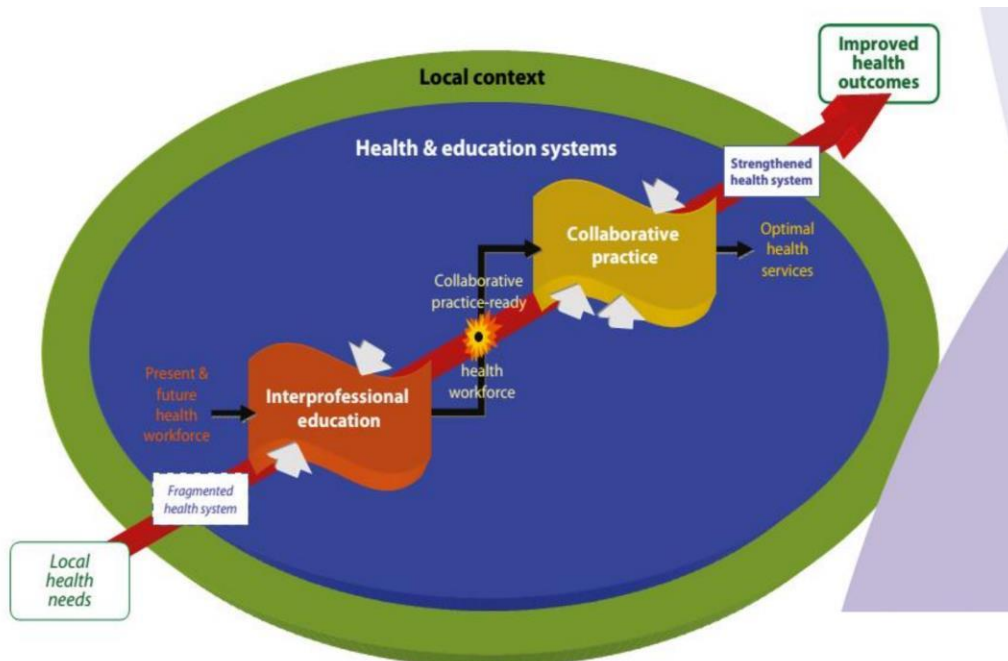
Interprofessional collaboration dalam perawatan kesehatan sekarang dianggap sebagai prioritas tinggi, karena meningkatnya kekhawatiran tentang belum terjaminnya pemberian asuhan profesional yang dibutuhkan pasien dan berbasis *patient safety*, kekurangan sumber daya manusia, dan perawatan yang efektif dan efisien telah mencapai proporsi jenuh. Saat ini, *interprofessional collaboration* (IPC) semakin diakui sebagai sarana untuk meningkatkan hasil pasien dan efektivitas biaya perawatan dalam berbagai pengaturan dari perawatan kesehatan primer ke perawatan akut hingga rehabilitasi (McPherson K, 2001).

D'Amour D, Oandasan I (2005), menyatakan bahwa, kolaborasi interprofesional merupakan asuhan fokus kepada asuhan kebutuhan pasien, melalui proses kolaborasi, koordinasi, partisipasi para profesional kontribusi dalam pengetahuan, ketrampilan, untuk bersama memberi asuhan yang dibutuhkan pasien. Merujuk kepada konsep D'Amour and Oandasan (2005), WHO juga menjelaskan keterkaitan antara pendidikan profesi kedokteran/kesehatan dan praktik kolaborasi interprofesional yang berfokus pada pemberian asuhan kebutuhan pasien, keluarga dan masyarakat, seperti yang ditunjukkan gambar 2.1. Selanjutnya, WHO juga menjelaskan juga tentang keterkaitan mekanisme pendidik, kurikulum untuk keberhasilan pendidikan interprofesional, dengan menjelaskan pentingnya dukungan institusi, berorientasi kepada kultur, lingkungan dalam praktik kolaborasi.

Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice: A Model

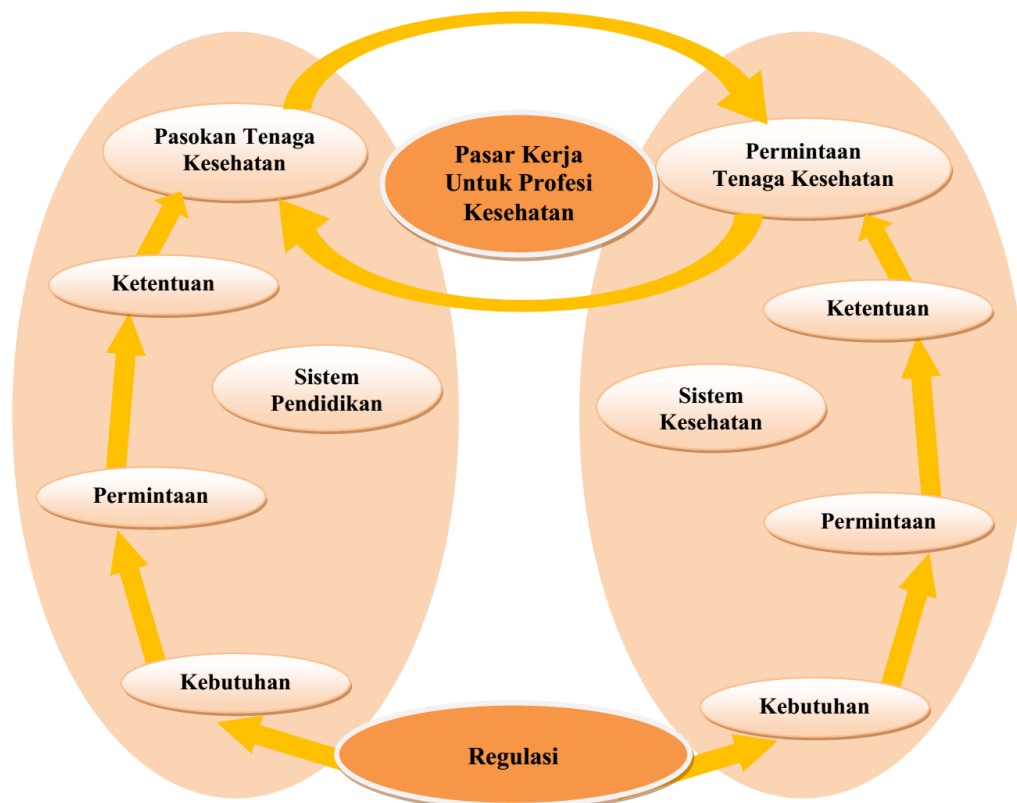


Gambar 2.1: *Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept*
 (Permission from : D'Amour, D & Oandasan, I (2005))



Gambar 2.2: *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*
 (Permission from: World Health Organization (WHO. 2010))

Pada lingkungan perawatan kesehatan dihadapkan dengan masalah keselamatan pasien, kekurangan sumber daya manusia, dan populasi dengan kesehatan yang semakin kompleks kebutuhan perawatan, profesional kesehatan harus dapat bekerja secara kolaboratif dalam tim atau *interprofessional collaboration* untuk memastikan perawatan yang konsisten, berkelanjutan, dan dapat diandalkan. Merujuk kepada Frank et al, 2010 menyatakan bahwa hasil analisisnya tentang pendidikan profesi kedokteran/kesehatan tradisional dan pendidikan kedepan yang dibutuhkan pasien, keluarga dan masyarakat, menjelaskan 10 rekomendasi, salah satu rekomendasinya seperti gambar 2.3 dibawah ini.



Gambar 2.3: *Health professionals for a new century : Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.*
(Permission from : Frenk, J., et al.(2010))

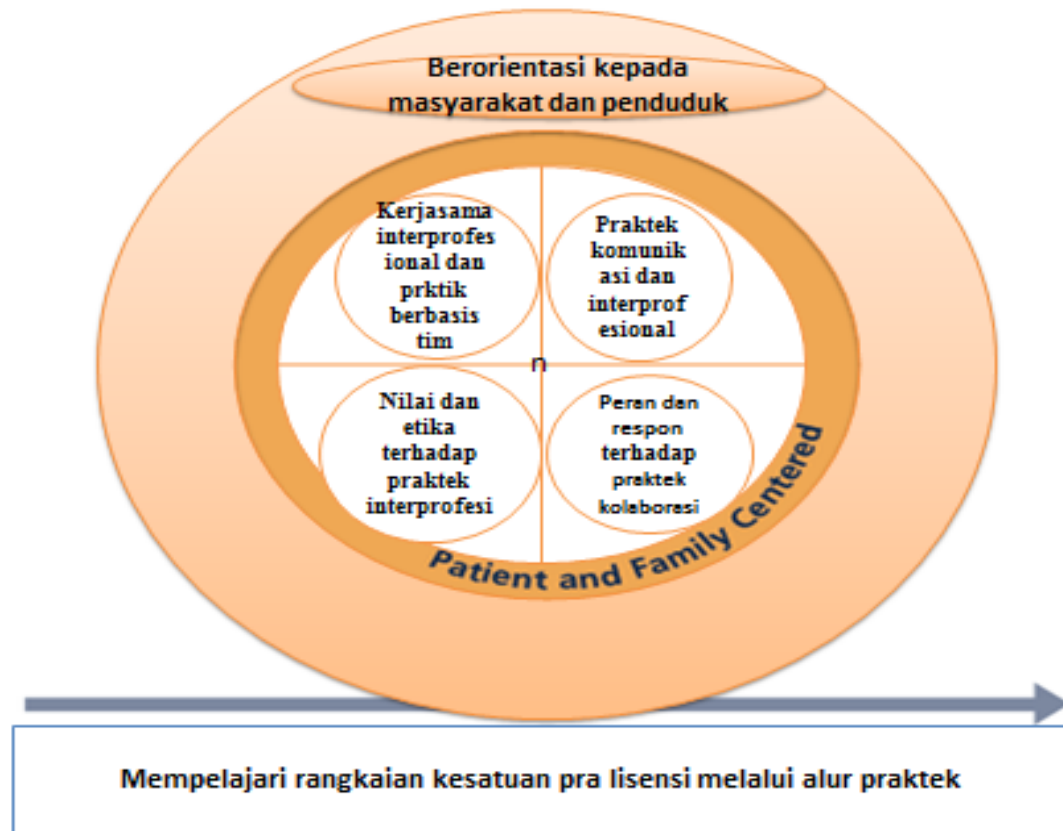
Merujuk kepada Barr (1988), kompetensi professional pemberi asuhan saling tumpang tindih, dan memerlukan proses saling memahami baik dari sisi profesi, pasien, keluarga dan staf non profesi lainnya. Barr menerangkan dalam gambar sebagai berikut:



Gambar 2.4: Barr (1988) *Three Types of Professional Competencies* (Permission from : *Interprofessional Education Collaborative* : 2011)

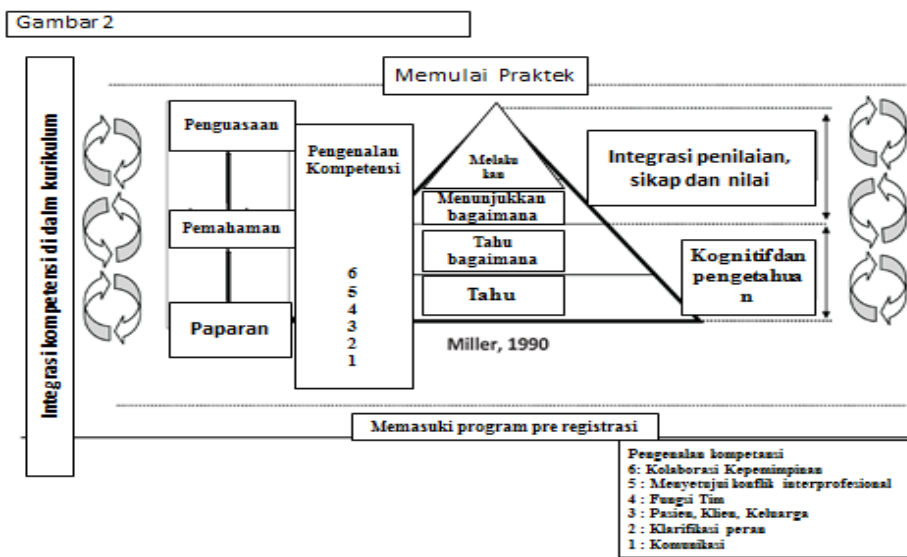
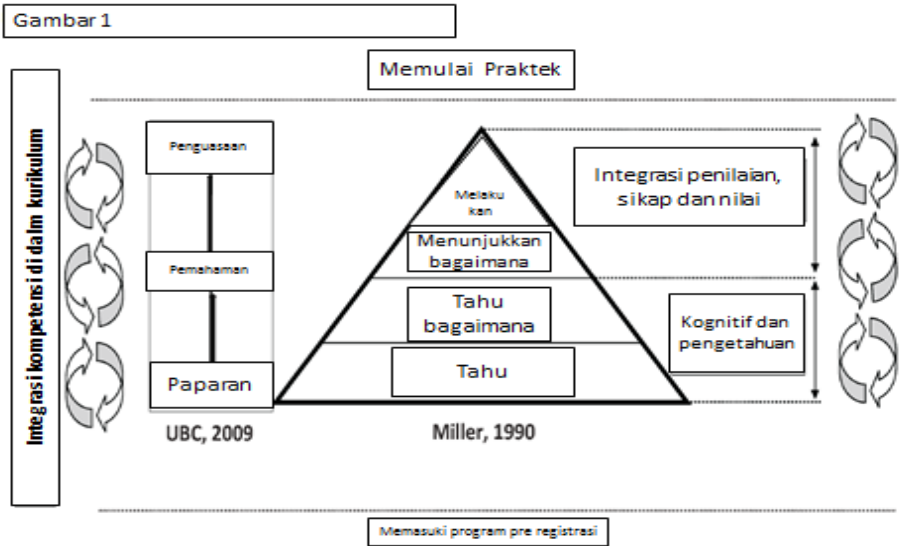
Merujuk kepada penjelasan IOM (2003), proses kolaborasi, tim juga sebagai faktor yang penting dalam keilmuan berbasis bukti dari masing-masing profesi, peningkatan mutu yang berkelanjutan untuk memberi asuhan yang dibutuhkan pasien. Selanjutnya, merujuk kepada kompetensi praktik kolaborasi oleh (Burring et al.,2009; CIHC, 2010; Cronenwett et al, 207, 2009; *Health Resources and Services Administration/Bureau of Health Professions, 2010; Interprofessional Education Team, 2010; O'Halloran, Hean,humphris & McLeaod-Clark,2006; Thislethwaite & Moran,2010; University of British Columbia College of Health Diciplines, 2008; Universisity of Toronto, 2008;*

Walsh et al, 2005) ada 4 domain, yang secara singkat dapat dijelaskan dalam gambar 2.5 di bawah ini:



Gambar 2.5: *Interprofessional Collaborative Practice Domain*
(Permission from : *Interprofessional Education Collaborative : 2011*)

Merujuk kepada The Medical University of Carolina “*Learning spiral*” yang menjelaskan ada dua dimensi konsep, yaitu “kompetensi membangun tim” yang berfokus kepada persiapan, ide/pikir, praktik, aktifitasnya dan, “strategi” untuk mewujudkan pengetahuan dengan tahapan pengetahuannya. Secara lebih jelas, dapat dilihat pada gambar 2.6 di bawah ini.

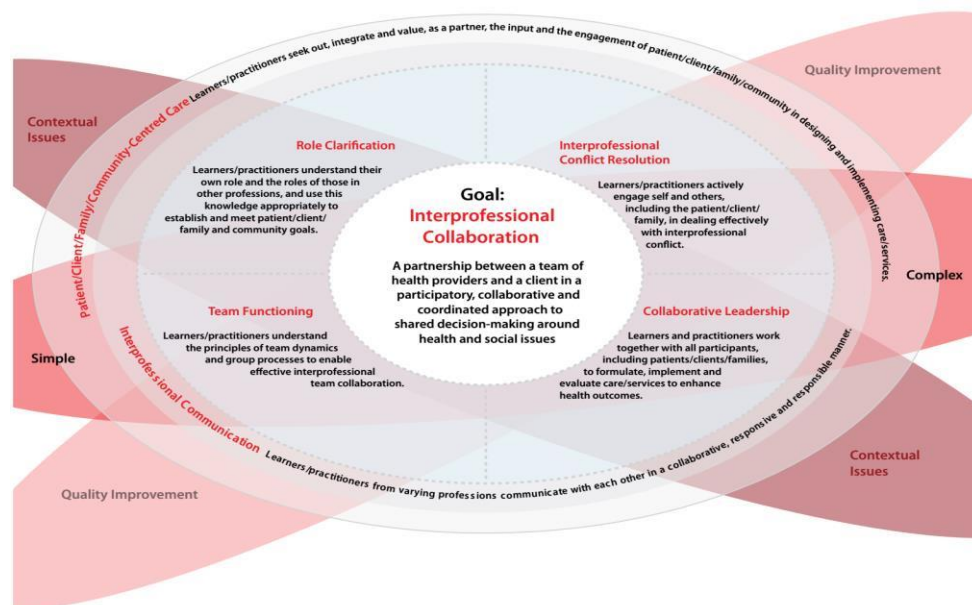


Tabel 1 : Kerangka untuk menggabungkan kompetensi pendidikan interprofesional pada kurikulum

Ontario Pre-Reg. IPE Model (2009)	Model of IPE (UBC, 2009)	Evidence/Behaviour (Miller, 1990)	Aktifites mengajar/Strategi	Penilaian aktifitas
Integrasi kompetensi di dalam kurikulum	Penguasaan	Melakukan	Penempatan Klinik, Kontak langsung dengan pasien, konferensi tim	Evaluasi penempatan klinis, umpan balik dari pasien, refleksi diri, portofolio profesi
	Pemahaman	Menunjukkan bagaimana	Standarisasi pasien, role play, simulasi, kerja kelompok	OSCE, Ceklis perileku, skala penilaian, audit video, umpan balik kelompok
		Tahu bagaimana	Studi kasus, pembahasan berdasarkan penelusuran, kerja kelompok	Konteks klinis berdasar : ujian, ulangan, esay, oral seperti : diskusi, umpan balik kelompok, presentasi grup
	Paparan	Tahu	Diskusi, Jurnal, Seminar	Uji fektuel : ujian, ulangan,oral : refleksi jurnal
Pengalaman hidup, pendidikan sebelumnya, dan pengalaman masuk ke program pre-registrasi				

Gambar 2.6: Medical University of South Carolina conceptual framework for advancing interprofessional education (Permission from : Health Force Ontario, 2009.)

Pengambil kebijakan tertinggi dari pemerintahan Kanada, Inggris, Selandia Baru, dan Amerika Serikat semakin merekomendasikan perubahan dalam kurikulum profesional kesehatan untuk memastikan siswa memperoleh kompetensi yang memfasilitasi praktik kolaboratif (*interprofessional collaboration*). Melalui pendidikan *interprofessional* (IPE), siswa dan praktisi dapat mengembangkan kompetensi dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, sikap, dan perilaku yang akan memungkinkan mereka untuk bekerja secara kolaboratif di sepanjang karier yang mereka pilih. Sebagai contoh, di Kanada telah diimplementasikan kerangka kompetensi Interprofesional dengan pendekatan integratif untuk menggambarkan kompetensi yang diperlukan untuk *interprofessional collaboration* yang efektif. Secara lebih lengkap, kerangka kompetensi *interprofessional collaboration* yang telah implementasikan oleh pemerintah Kanada pada sistem pendidikan kesehatan mereka, dapat dilihat pada gambar 2.7 di bawah ini.



Gambar 2.7: *The National Competency Framework for Interprofessional Collaboration in Canada*

Agar kompetensi dapat diimplementasikan secara efektif dalam kurikulum, organisasi perlu secara jelas mengartikulasikan tujuan hasil, penyampaian sarana pembelajaran, strategi pengajaran dan kebutuhan sumber daya (Spady WG, Mitchell DE, 1977).

Kerangka kerja kompetensi interprofesional yang umum, dapat digunakan untuk menginformasikan pengembangan kurikulum dan praktik bagi para profesional kesehatan, termasuk ahli terapi fisik, di seluruh rangkaian pembelajaran, dari sebelum mendapatkan sertifikasi profesi hingga pengembangan profesional berkelanjutan. Asosiasi khusus, universitas, dan direktur program sekarang menghadapi tugas yang sulit untuk merancang model penilaian yang terkait dengan kerangka kerja kompetensi baru.

Tujuan keseluruhan dari *interprofessional education* dan *interprofessional collaboration* adalah untuk menyediakan pengguna kesehatan dengan hasil kesehatan yang lebih baik. *Interprofessional collaboration* terjadi ketika pelajar/praktisi, pasien/ klien/ keluarga dan masyarakat mengembangkan dan memelihara hubungan kerja interprofesional yang memungkinkan hasil kesehatan yang optimal.

Berdasarkan kerangka teoritis *interprofessional collaboration*, dapat diketahui bahwa pelaksanaan *interprofessional collaboration* harus dibiasakan dan dilaksanakan pada peserta didik pada bidang kesehatan sejak dini juga pada masa pendidikan spesialis atau profesi. Hal ini dapat tercapai apabila, *interprofessional collaboration* diintegrasikan pada setiap kurikulum pendidikan kesehatan atau kedokteran secara keseluruhan pada setiap level atau *stase*.

Implementasi *interprofessional collaboration* juga harus mendapatkan dukungan penuh dari pengambil kebijakan, agar mampu mencapai *output* yang diharapkan, yaitu tenaga kesehatan, terutama dokter dan perawat yang profesional dan kompeten untuk mencapai sasaran utama, yaitu *patient safety*.

2.2.2.2. Peran Perawat dalam *Interprofessional Collaboration*

Merujuk pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan, menjabarkan secara jelas bahwa Perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan berperan sebagai penyelenggara praktik keperawatan, pemberi asuhan keperawatan, penyuluh dan konselor bagi klien, pengelola pelayanan keperawatan, dan peneliti keperawatan. Pelayanan keperawatan yang diberikan oleh Perawat didasarkan pada pengetahuan dan kompetensi di bidang ilmu keperawatan yang dikembangkan sesuai dengan asuhan kebutuhan pasien, perkembangan ilmu pengetahuan, dan tuntutan terkait inovasi teknologi kedokteran, secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, dan aman oleh perawat yang telah mendapatkan registrasi dan izin praktik. Praktik keperawatan sebagai asuhan yang dibutuhkan pasien dari pelayanan keperawatan dilaksanakan secara mandiri dengan berdasarkan pelimpahan wewenang, penugasan dalam keadaan keterbatasan tertentu, penugasan dalam keadaan darurat, ataupun kolaborasi.

Tugas pokok dan fungsi perawat adalah memberi pelayanan – asuhan keperawatan (*nursing care*), berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan (*science and art of nursing*), dan dibatasi oleh etika profesi (*professional ethics*). Handerson

(1966) menyatakan bahwa asuhan profesional keperawatan (*nursing service*) adalah upaya untuk membantu individu baik sakit maupun sehat, dari lahir sampai meninggal dalam bentuk peningkatan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki (pasien) sehingga individu tersebut secara optimal melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri. (dalam Ali, 2012). Secara spesifik, praktik keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan didasarkan ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus kehidupan pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya keinginan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri (Lokakarya Nasional PPNI, 1983 dalam Kusnanto, 2014).

Asuhan profesi keperawatan dinyatakan bermutu apabila pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan, untuk mengukur seberapa baik mutu pelayanan keperawatan yang diberikan diperlukan suatu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan (Depkes, 2008). Kualitas pelayanan keperawatan dilakukan perawat sesuai dengan standar profesi yang ditetapkan berdasarkan indikator pelayanan keperawatan yang menunjukkan tingkat kemampuan asuhan profesi keperawatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Mutu asuhan profesional keperawatan yang baik berarti pasien mendapat layanan yang cepat, diagnosis dan terapi yang tepat, keramah

tamahan yang cukup, pelayanan administrasi yang cepat dan biaya yang terjangkau. Dengan demikian pelayanan yang diberikan adalah untuk memenuhi keinginan pelanggan (Sedarmayanti, 2010).

Pada pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai profesional pemberi asuhan keperawatan, sebagai penasehat keluarga, pencegahan penyakit, pendidikan, konseling, kolaborasi, pengambil keputusan etik dan peneliti (Hidayat, 2012). Salah satu hal yang penting peran perawat dalam profesi pemberi asuhan keperawatan kepada pasien adalah **“kolaborasi”**. **Kolaborasi** merupakan tindakan kerja sama dalam menentukan tindakan yang akan dilaksanakan oleh perawat dengan individu tenaga kesehatan lain. Asuhan profesional keperawatan kepada pasien tidak dilaksanakan secara mandiri oleh tim perawat tetapi harus melibatkan tim kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, psikolog dan lain-lain. Kolaborasi antara perawat dengan tenaga kesehatan yang lain menjadi sangat penting, karena pasien merupakan individu yang membutuhkan perhatian dan pelayanan khusus dalam perkembangan penyakitnya (Hidayat, 2012).

Pertama profesi pemberi asuhan kepada pasien pelaksanaan , berada ditangan dokter dan perawat. Dokter dan Perawat memiliki fungsi sentral dalam memberikan pelayanan yang semaksimal mungkin kepada pasien. Kolaborasi antara dokter dan perawat menjadi kunci pelayanan utama dan minimal harus diberikan kepada pasien, sehingga diharapkan mencapai tujuan utama asuhan kepada pasien, yaitu *patient safety*. Proses kolaborasi memiliki ciri tertentu, di antaranya adalah kerjasama, koordinasi, saling berbagi, kompromi, sahabat, saling

ketergantungan dan kebersamaan. Menurut Siegler & Whitney (2000) proses kolaborasi harus memenuhi tiga kriteria berikut ini:

- 1) harus melibatkan tenaga ahli dengan bidang keahlian yang berbeda yang dapat bekerjasama timbal balik secara profesional,
- 2) anggota kelompok harus bersikap tegas dan mau bekerjasama, tetap menjaga etika berkolaborasi,
- 3) kelompok harus memberikan pelayanan yang keunikannya dihasilkan dari kombinasi pandangan dan keahlian yang diberikan oleh setiap anggota tim tersebut sesuai asuhan yang dibutuhkan pasien.

Burtscher (2012) menyatakan bahwa kerjasama yang efektif oleh tenaga kesehatan dari berbagai profesi merupakan kunci penting dalam meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan dan keselamatan keluarga/masyarakat. Fakta yang terjadi saat ini, bahwa sulit sekali untuk menyatukan berbagai profesi kesehatan tersebut kedalam sebuah tim antar profesi. Hal tersebut dikarenakan kurangnya kemampuan tenaga kesehatan untuk menjalin kerjasama yang efektif seperti kurangnya keterampilan komunikasi antar profesi dan belum tumbuhnya budaya diskusi bersama dari aspek keilmuan masing masing, bekerja sama dengan profesi lain dalam menentukan keputusan klinis kepada pasien/keluarga/masyarakat. Untuk itulah diperlukan adanya kurikulum yang dapat melatih, mendidik mahasiswa tenaga kesehatan untuk berkolaborasi sejak masa akademik agar mereka mempunyai kompetensi berkolaborasi dengan profesi lain bahkan sampai ketika mereka sudah lulus dan bekerja. (Reeves, 2011).

Menurut Weaver (2008), fungsi kerjasama tim yang efektif dipengaruhi oleh faktor anteseden, proses dan hasil. Input yang diperlukan dalam kerjasama tim adalah faktor intrapersonal, sosial, lingkungan, organisasi dan institusi. Sedangkan didalam proses faktor yang berperan adalah perilaku, afektif, hubungan interpersonal dan intelektual. Untuk meningkatkan faktor-faktor yang berperan dalam proses kolaboratif perlu dikembangkan sebuah model pendidikan *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety*, sebagai kerangka model pendidikan kolaborasi antara dokter dan perawat.

2.2.2.3. Komunikasi Tim *Interprofessional Collaboration*

Komunikasi merupakan komponen paling penting dalam pelayanan kesehatan, dan merupakan hal esensial untuk *patient safety*. Komunikasi dapat mengancam kesehatan pasien, tetapi juga dapat mencegah pasien dari ancaman kesehatan. Pada pelayanan kesehatan, elemen komunikasi menjadi dasar untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan proses perawatan yang terbaik, menjelaskan tujuan pengobatan dan mendiskusikan proses perawatan pasien dengan profesional lain yang terlibat. Fakta yang terjadi, komunikasi berlangsung dalam situasi mendesak dan harus dilakukan segera mungkin, untuk mengambil tindakan atau keputusan. Tetapi komunikasi juga menjadi sarana untuk mengatasi situasi tersebut, dengan komunikasi yang baik bisa terjalin kolaborasi tim yang baik pula.

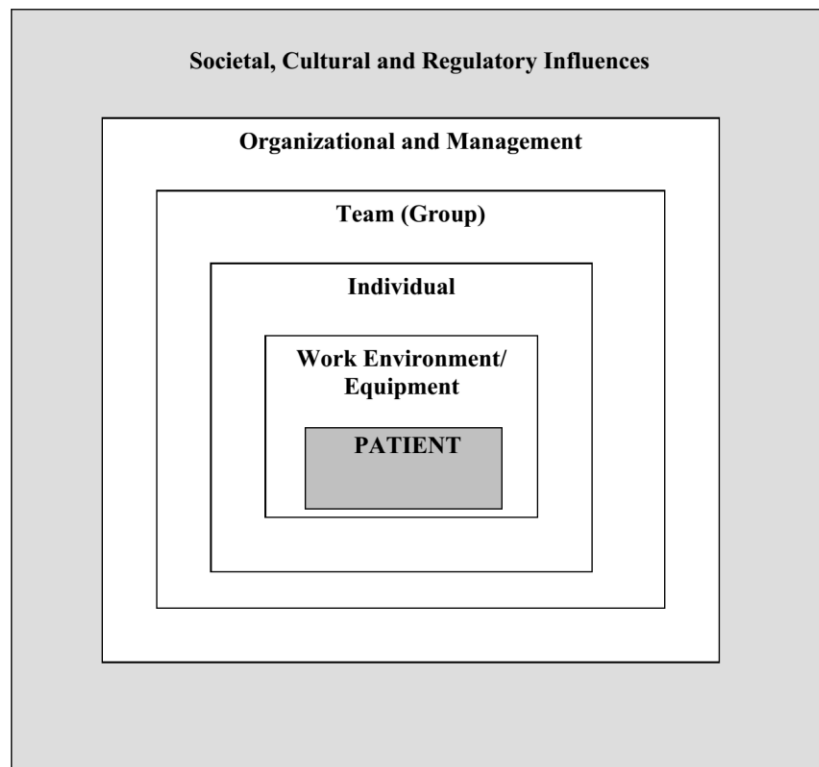
Data yang dikumpulkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* menunjukkan bahwa komunikasi yang buruk memberikan kontribusi pada hampir 70% dari *sentinel event* yang dilaporkan di Amerika pada tahun 2005. Penelitian di Germany mengidentifikasi 15% dari semua event berhubungan langsung dengan masalah komunikasi dan pada lebih dari 50% event, komunikasi menjadi faktor penyebab. Penelitian-penelitian dibidang bedah juga menunjukkan banyaknya masalah komunikasi pada periode perioperatif. Penelitian observational terhadap 48 kasus bedah yang dilakukan Lingard et.al., berhasil mengidentifikasi 421 masalah komunikasi, dan hampir sepertiganya diklasifikasikan sebagai “*failures*” (Lingard L, et al, 2004). Observasi terhadap 10 tindakan operasi yang dilakukan oleh Christian et.al., juga menunjukkan adanya kesalahan komunikasi di kesepuluh operasi yang diobservasi (Christian CK, Gustafson ML, and Roth EM, 2006).

Kajian kepustakaan pada penelitian sebelumnya, menunjukkan pentingnya komunikasi, baik secara *verbal* maupun *non verbal*, untuk meningkatkan kepuasan pasien saat konsultasi dan untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap rencana pengobatan. Kedua hal ini akan meningkatkan *patient safety* dan mengurangi kemungkinan adanya keluhan dari pasien. Lama waktu konsultasi diketahui berhubungan dengan penurunan resiko tuntutan malpraktik, tetapi bukanlah lama waktunya itu sendiri yang penting, tetapi efektifitas komunikasi. Komunikasi tidak akan berlangsung dengan baik jika dokter sedang terburu-buru, marah atau sedang dibawah tekanan pekerjaan lain. Komunikasi dalam keadaan tersebut akan meningkatkan resiko terjadinya *adverse events*.

Tabel 2.3. Identifikasi Masalah Komunikasi yang Menyebabkan Error dalam Pelayanan Kesehatan

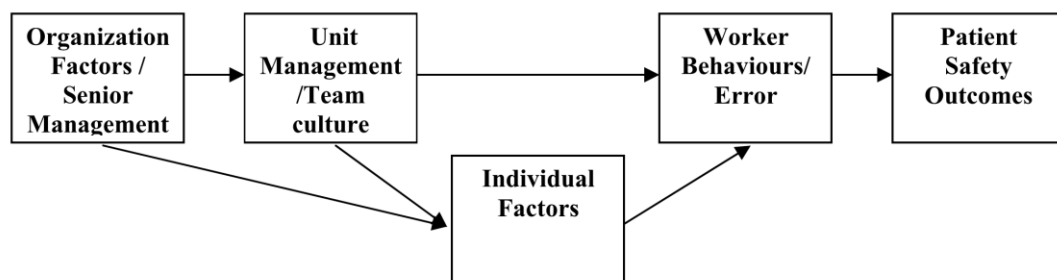
Faktor Pasien	<ul style="list-style-type: none"> a. Apakah ada barrier komunikasi (bahasa, pemahaman, perhatian)? b. Apakah ada ketegangan dalam hubungan dokter-pasien?
Faktor tindakan/pekerjaan	<ul style="list-style-type: none"> a. Apakah hasil laborat telah dikomunikasikan dengan tepat dan dapat dipahami penerimanya? b. Apakah ada protocol atau prosedur untuk serah terima tugas?
Faktor individu staf	<ul style="list-style-type: none"> a. Apakah staf pernah dilatih komunikasi
Faktor tim	<ul style="list-style-type: none"> a. Apakah komunikasi antar staf dalam tim berjalan efektif b. Apakah ada masalah dengan komunikasi tertulis (formal)? Misalnya mudah dipahami, atau mudah dibaca
Faktor tempat kerja	<ul style="list-style-type: none"> a. Apakah ada masalah beban kerja, stress, kelelahan, dan interupsi yang terlalu sering?
Faktor organisasi dan management	<ul style="list-style-type: none"> a. Apakah ada budaya <i>safety</i>? b. Apakah ada komitmen dari <i>top level management</i> untuk memastikan bahwa komunikasi dengan pasien dan antar staf berlangsung secara adekuat?

Berdasarkan banyak faktor dan komponen dalam penegasan pentingnya komunikasi dalam implementasi *patient safety*, terdapat satu komponen utama dalam pelaksanaan *patient safety*, yaitu “manusia”; manusia yang dimaksud di sini adalah Dokter dan Perawat. Dokter dan Perawat merupakan *Human Factor* paling penting dalam asuhan pasien Palsi Serbral. *Human Factor* harus mampu dihimpun dalam organisasi yang ideal, guna mengarahkan tiap individu pada tujuan atau prioritas yang sama. Sebagai contoh, model kerangka organisasi yang dibangun oleh profesi pelayanan kesehatan yang menjadikan pasien sebagai subjek sentral, seperti yang ditunjukkan oleh gambar 2.8 di bawah ini.



Gambar 2.8. *Organisational And Human Factors In Socio-technical Systems*
(Permission :from Moray, 2000)

Terdapat kerangka model lain yang menampilkan faktor-faktor kunci yang mempengaruhi *patient safety* (Brown et al, 2008; Runciman et al. 2007; Vincent, 2006). Ini sering digambarkan sebagai diagram sistem yang menunjukkan hubungan postulat antara organisasi, faktor manusia, kesalahan dan hasil keselamatan. Secara lebih lengkap, dapat dilihat pada gambar 2.9 di bawah ini.



Gambar 2.9. *Factors influencing patient safety outcomes*
(Permission :Jackson & Flin, in prep).

Pada pelaksanaan pelayanan kesehatan, definisi tim dan kerja tim dapat bergantung pada bagaimana berbagai profesi memandang pengaturan kerja mereka. Makary et al (2006) melaporkan bahwa dokter memandang kerja tim dalam ruang operasi sebagai hal yang positif, dan dokter berpandangan bahwa kolaborasi yang efektif adalah ketika “perawat membantu memenuhi kebutuhan mereka pada saat melakukan tindakan terhadap pasien, serta runtut dalam mengikuti instruksi”. Sebaliknya, perawat berpendapat bahwa kerja tim itu adalah hal negatif, dan beranggapan bahwa kolaborasi yang baik adalah “bagaimana para dokter menghormati masukan-masukan analisa yang mereka ajukan”. Pentingnya kerja tim dalam perawatan kesehatan telah ditunjukkan dalam banyak studi berbeda (Baker et al. 2007; Manser, 2009). Telah disarankan bahwa 70-80% kesalahan perawatan kesehatan disebabkan oleh faktor manusia yang berhubungan dengan “**komunikasi**” dan “**pemahaman tim**” yang buruk (Schaefer et al, 1994). Kerja tim yang baik dapat membantu mengurangi masalah mengenai *patient safety*, dapat meningkatkan moral dan kesejahteraan anggota tim, serta kelangsungan hidup tim. Hal ini berkaitan dengan sejauh mana tim akan berfungsi seiring waktu (Bower et al, 2003).

Untuk menciptakan tim yang profesional, perlu untuk memberikan peluang dan fasilitas di mana tim *interprofessional* dapat mengembangkan praktik kerja tim dalam masing-masing individu. Terdapat banyak cara untuk melakukan hal ini, dan *National Patient Safety Agency* (NPSA) menekankan agar kegiatan koordinasi yang kontinu (*regular briefings*) menjadi momentum dalam menciptakan peluang yang baik bagi semua anggota tim untuk memiliki

pemahaman dan pengetahuan bersama tentang tujuan utama pelayanan yang mereka jalankan, yaitu tercapainya *patient safety* bagi seluruh pasien. Selain koordinasi kontinu tim, menurut Salem, R.M., Bernstein, J., and Sullivan, T.M (2008) untuk meningkatkan kekuatan komunikasi dalam tim kesehatan, dapat menggunakan *checklist* sebagai jembatan berkomunikasi secara *non verbal*.

Dari penjelasan diatas, bahwa untuk memberikan asuhan kesehatan kepada pasien membutuhkan komunikasi dan kerja tim yang optimal. Asuhan dan penanganan pasien yang aman memerlukan metakognitif, keputusan yang normatif, dukungan profesional klinik lainnya, sistem informasi teknologi, kondisi ini dapat terlaksana melalui antara lain pelatihan dan pendidikan yang mendukung mencegah ketidaktepatan diagnosis terhadap pasien dengan komunikasi yang efektif dalam tim profesional pemberi asuhan (Brock D dkk, 2013).

2.2.3 Program Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Kesehatan Anak

2.2.3.1. Pendidikan Dokter Spesialis

Dokter Spesialis adalah dokter yang mengkhususkan diri pada suatu bidang ilmu kedokteran khusus. Program pendidikan dokter spesialis merupakan salah satu tahap pendidikan dan pelatihan yang diikuti oleh lulusan dokter agar memperoleh kemampuan dan keterampilan tambahan sehingga dapat mengelola permasalahan kesehatan yang lebih kompleks dan spesifik dibanding sebelumnya.

Dokter yang menempuh pendidikan dokter spesialis dapat disebut *Residen*. Pendidikan dokter spesialis di Indonesia dinamakan Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I) yaitu program pendidikan untuk melatih seorang dokter

umum untuk menjadi dokter spesialis anak. Pelaksanaan program pendidikan dokter spesialis di Indonesia saat ini dilakukan di rumah sakit pendidikan dan rumah sakit jejaring di bawah koordinasi fakultas kedokteran. Penerapan pendidikan dan pelatihan *university based* ini dianggap paling tepat untuk menjaga kualitas pendidikan dan pelatihan para residen atau Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I). Pendekatan lain yang banyak diterapkan di beberapa negara adalah pendekatan *hospital based* yaitu pendidikan dokter spesialis diserahkan pengelolaannya kepada rumah sakit dengan koordinasi dari kolegium spesialis terkait.

Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis I di Indonesia adalah perangkat penyetara mutu pendidikan dokter spesialis yang dibuat dan disepakati bersama oleh *stakeholders* pendidikan dokter spesialis. *Stakeholders* meliputi semua pihak yang berkepentingan dengan pendidikan dokter spesialis yakni peserta didik (*residen*), Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS), Rumah Sakit Pendidikan, Kolegium Dokter dan Dokter Spesialis, Perhimpunan Profesi Dokter dan Dokter Spesialis, Kementerian Kesehatan, Kementerian Riset dan Pendidikan Tinggi, Konsil Kedokteran Indonesia dan wakil masyarakat.

Secara keseluruhan, pelayanan kesehatan terutama di rumah sakit pendidikan tak terpisahkan dari proses pendidikan dokter dan dokter spesialis yang terselenggara di rumah sakit tersebut dan penelitian serta penerapan *guidelines* pelayanan sesuai bukti (*evidence based practice*) (Feldman, 2010). Selain itu residen juga mendapatkan penugasan ke rumah sakit jejaring atau rumah sakit lain pada suatu tahap tertentu, terutama pada saat tahap mandiri.

Dalam kerangka penugasan ini, residen dianggap sebagai tenaga dokter spesialis yang dapat membantu secara penuh proses pelayanan di rumah sakit tersebut.

2.2.3.2. Simpai Akuntabilitas Profesi Kedokteran (Spesialis Anak)

Merujuk pada Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor : 18/KKI/KEP /IX/2006 tanggal 21 September 2006 Tentang Penyelenggaraan Praktik Kedokteran Yang Baik di Indonesia menjelaskan bahwa Pelaksanaan system pelayanan kesehatan yang berbasis keselamatan pasien merupakan salah satu faktor yang mendukung kesuksesan penyediaan asuhan pelayanan medis yang aman. Dalam Undang Undang Nomor 29 tentang Praktik Kedokteran adalah mengatur praktik dokter untuk menjaga kualitas asuhan medisnya tetap terjaga. Dijelaskan bahwa pengendalian kualitas asuhan medis dilaksanakan mulai dari pendidikan, sampai pemberian kewenangan dan pembinaan sesudah melakukan praktik.

Dalam Undang Undang Praktik Kedokteran menjelaskan bahwa ada suatu pedoman yang harus dipenuhi sehingga masyarakat memperoleh asuhan pelayanan medik yang dibutuhkan sesuai kompetensi profesinya serta aman. Agar terpenuhi asuhan profesi yang aman atau selamat, Konsil Kedokteran Indonesia berkolaborasi dengan Organisasi Profesi, Kolegium Kedokteran, Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan, Asosiasi Institusi Pendidikan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Perguruan Tinggi dan Riset dan Teknologi menghimbau untuk melaksanakan kolaborasi interprofesional agar sasaran keselamatan pasien tercapai.

Pemberian asuhan profesi pada hakekatnya selain terjalin interaksi antara dokter dengan pasien juga meliputi aspek pengetahuan, keterampilan, sikap budi luhur serta menjaga etika profesi dan moral. Faktor lain yang menentukan kesuksesan pemberian asuhan profesi medis adalah keberhasilan keperawatan yang berkolaborasi dengan pemberian asuhan medis yang dibutuhkan serta kolaborasi profesi lainnya antara lain kefarmasian, dan dietisien serta profesi lainnya.

Kesuksesan seorang dokter sebagai pemberi asuhan profesional adalah antara lain seorang dokter yang memiliki dan menjaga etik dan moral yang tinggi . Konsil Kedokteran Indonesia antara lain mempunyai kewenangan mengesahkan Standar Pendidikan Dokter dan Standar Kompetensi dokter (termasuk spesialis Anak), untuk melindungi masyarakat dalam memperoleh asuhan pelayanan yang dibutuhkan. Konsil Kedokteran Indonesia mengharuskan untuk mempertahankan praktik kedokteran yang baik, mengikuti perkembangan, meningkatkan pengetahuan, ketrampilan yang terkini, mempertahankan kualitas asuhan medis, untuk mempertahankan, memonitor kualitas asuhan medis yang diberikan seorang dokter harus mempunyai kepedulian yang tinggi terhadap keselamatan pasien dan harus berkolaborasi baik dengan sejawat dan profesi pemberi asuhan yang lain (keperawatan, dietisien, kefarmasian).

Ilmu dan teknologi kedokteran serta pelayanan kedokteran secara signifikan mengalami perubahan yang cepat. Disisi lain dari perubahan dan kemajuan tersebut, studi di beberapa negara menjelaskan mempunyai risiko yang signifikan juga untuk keselamatan pasien. Maka tindak lanjut dari memahami hal

tersebut diperlukan pengembangan keselamatan pasien sebagai dasar pendidikan kedokteran, manajer kesehatan termasuk rumah sakit, organisasi kesehatan termasuk kedokteran sendiri, pemerintah (kementerian kesehatan, kementerian riset teknologi perguruan tinggi , kementerian lain terkait, untuk memahami, mendukung prinsip prinsip dan konsep konsep asuhan keselamatan pasien.

Tanggung jawab dan wewenang para profesi pemberi asuhan (praktisi) sangat penting untuk melaksanakan asuhan yang dibutuhkan pasien serta melibatkan semua pihak terkait dengan bidang keselamatan pasien serta memahami dengan benar meminimalisasi resiko yang tidak diharapkan yang di alami pasien, serta menerima perubahan pada semua tingkat .

Pendidikan keselamatan pasien perlu diberikan di semua tingkat kompetensi yang akan dicapai sebagai pembekalan, penguatan pemahaman untuk profesi pemberi asuhan , pemimpin masa depan kesehatan, untuk menyiapkan diri menyediakan asuhan yang dibutuhkan pasien secara aman atau selamat. Untuk mewujudkan profesi pemberi asuhan memahami keselamatan pasien, harus mendapat dukungan dari suatu sistem pendidikan yang mendukung meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan sehingga menjamin kualitas keselamatan pasien.

Diketahui bahwa perilaku profesional akhir ini memperoleh perhatian yang serius seperti yang dijelaskan oleh Aquiler ,2011 tentang *unprofessional behaviour* pada profesi pemberi asuhan yang dibutuhkan pasien. Dalam pelaksanaan *good practical doctor* untuk asuhan yang di butuhkan pasien dan keluarganya membutuhkan sampai akuntabilitas kompetensi profesional sebagai tanggung jawab profesi pemberi asuhan kepada pasien, keluarga serta masyarakat.

Pendidikan kedokteran saat ini masih menitikberatkan pada pendidikan akademik dan formal misalnya pada seleksi tes masuk mahasiswa kedokteran di semua tingkat. Untuk seleksi perilaku profesional sering diabaikan, belum menjadi tes ataupun pendidikan formal. *Unprofessional behaviour* merupakan salah satu penyebab yang sering terjadi kalau dibandingkan dengan masalah keterampilan mediknya.

Penjelasan Luijk, 2005 bahwa asuhan yang dibutuhkan pasien selain kompetensi kognitif dan psikomotor juga yang sekarang menjadi isu penting adalah kompetensi afektif atau perilaku profesional. Konsil Kedokteran Indonesia 2012 menjelaskan area pertama kompetensi adalah profesional yang berbasis budi luhur, mawas diri dan pengembangan diri, komunikasi efektif, pengelolaan informasi, landasan ilmiah ilmu kedokteran, keterampilan klinis, pengelolaan masalah kesehatan. Untuk hal tersebut diatas perlu dukungan sistem, mulai pemerintah, organisasi profesi, institusi pendidikan kedokteran, rumah sakit pendidikan, sumber daya pendidik, sarana prasarana pendidikan, kelengkapan bahan untuk proses pendidikan, termasuk untuk penilaian kompetensi hasil pendidikan yang berbasis keselamatan pasien, pembiayaan atau anggaran. Ketidakjujuran merupakan masalah terkait moralitas dan akhlak yang merupakan urusan langsung manusia dengan Tuhan YME, akan tetapi hasil dari ketidakjujuran dapat menimbulkan efek yang berkepanjangan.

2.2.4 Cerebral Palsy

2.2.4.1. Pengertian Cerebral Palsy

Cerebral palsy merupakan sekelompok gangguan permanen pada perkembangan gerakan dan postur, yang menyebabkan keterbatasan aktivitas, yang terkait dengan gangguan *non-progresif* yang terjadi pada otak janin atau bayi yang sedang berkembang. Gangguan motorik *Cerebral Palsy* sering disertai dengan gangguan sensasi, persepsi, kognisi, komunikasi, perilaku, oleh epilepsi dan oleh masalah muskuloskeletal sekunder. (Bax et al. 2005)

The American Academy of Cerebral Palsy (Mohammad Efendi, 2006:118), “Cerebral Palsy adalah berbagai perubahan gerakan atau fungsi motor tidak normal dan timbul sebagai akibat kecelakaan, luka, atau penyakit susunan syaraf yang terdapat pada rongga tengkorak”. *Cerebral palsy* adalah kelainan yang disebabkan oleh kerusakan otak yang mengakibatkan kelainan pada fungsi gerak dan koordinasi, psikologis dan kognitif sehingga mempengaruhi proses belajar mengajar.

Soeharso dalam Abdul Salim (2007:170), “*Cerebral Palsy* terdiri dari dua kata, yaitu *cerebral* yang berasal dari kata cerebrum yang berarti otak dan *palsy* yang berarti kekakuan”. Jadi menurut arti katanya, cerebral palsy berarti kekakuan yang disebabkan karena sebab-sebab yang terletak di dalam otak. Sesuai dengan pengertian di atas, cerebral palsy dapat diartikan sebagai kekakuan yang disebabkan oleh sesuatu yang ada di otak. Dari pengertian tersebut di atas, *Cerebral Palsy* dapat diartikan gangguan fungsi gerak yang diakibatkan oleh

kecelakaan, luka, atau penyakit susunan syaraf yang terdapat pada rongga tengkorak.

Menurut Peter L Rosenbaum (2007) *cerebral palsy* diklasifikasikan menjadi enam tipe, yaitu:

- 1) *Spasticity*, anak yang mengalami kekakuan otot atau ketegangan otot, menyebabkan sebagian otot menjadi kaku, gerakan-gerakan lambat dan canggung;
- 2) *Athetosis*, merupakan salah satu jenis palsy serebralis dengan ciri menonjol, gerakan-gerakan tidak terkontrol, terdapat pada kaki, lengan, tangan, atau otot-otot wajah yang lambat bergeliat-gelut tiba-tiba dan cepat;
- 3) *Ataxia*, ditandai gerakan-gerakan tidak terorganisasi dan kehilangan keseimbangan. Jadi keseimbangan buruk, pasien mengalami kesulitan untuk memulai duduk dan berdiri;
- 4) *Tremor*, ditandai dengan adanya otot yang sangat kaku, demikian juga gerakannya, otot terlalu tegang diseluruh tubuh, cenderung menyerupai robot waktu berjalan tahan-tahan dan kaku;
- 5) *Rigiditi*, ditandai dengan adanya gerakan-gerakan yang kecil tanpa disadari, dengan irama tetap. Lebih mirip dengan getaran;
- 6) *Campuran*, yang disebut dengan campuran anak yang memiliki beberapa jenis kelainan *cerebral palsy*.

Berdasarkan klasifikasi di atas, maka *cerebral palsy* mempunyai karakteristik sebagai berikut: mengalami kekakuan otot; terdapat gerakan-gerakan yang tidak terkontrol pada kaki, tangan, lengan, dan otot-otot wajah; hilangnya keseimbangan yang ditandai dengan gerakan yang tidak terorganisasi; otot mengalami kekakuan sehingga seperti robot apabila sedang berjalan; adanya gerakan-gerakan kecil tanpa disadari; dan anak mengalami beberapa kondisi campuran.

Peter L Rosenbaum (2007) juga menjelaskan karakteristik *cerebral palsy* dibagi sesuai dengan derajat kemampuan fungsional. Adapun karakteristik *cerebral palsy* sesuai dengan derajat kemampuan fungsional yaitu:

1) Golongan Ringan

Cerebral palsy golongan ringan umumnya dapat hidup bersama anak-anak sehat lainnya, kelainan yang dialami tidak mengganggu dalam kegiatan sehari-hari, maupun dalam mengikuti pendidikan.

2) Golongan Sedang

Cerebral palsy yang termasuk sedang sudah kelihatan adanya pendidikan khusus agar dapat mengurus dirinya sendiri, dapat bergerak atau bicara. Anak memerlukan alat bantuan khusus untuk memperbaiki pola gerakanya.

3) Golongan Berat

Cerebral palsy yang termasuk berat sudah menunjukkan kelainan yang sedemikian rupa, sama sekali sulit melakukan kegiatan dan tidak mungkin dapat hidup tanpa bantuan orang lain.

Cerebral palsy dapat berdampak pada keadaan kejiwaan yang banyak dialami adalah kurangnya ketenangan. Anak *cerebral palsy* tidak dapat stabil, sehingga menyulitkan pengasuh untuk mengikat (mengarahkan) kepada suatu pelajaran atau latihan. “Anak *cerebral palsy* dapat juga bersikap depresif, seakan-akan melihat sesuatu dengan putus asa atau sebaliknya agresif dengan bentuk pemarah, ketidaksabaran atau jengkel, yang akhirnya sampai kejang. Anak *cerebral palsy* selain mengalami kesulitan dalam belajar dan perkembangan fungsi kognitifnya, mereka pun seringkali mengalami kesulitan dalam komunikasi, persepsi, maupun kontrol gerakan, bahkan beberapa penelitian sebagian besar diketahui terbelakang mental (tuna grahita). Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan, kerusakan otak pada anak *cerebral palsy* berdampak pada kelainan fisik, kelainan psikologis, kelainan mobilitas, kelainan komunikasi, kelainan mental dan inteligensi.

2.2.4.2. Hambatan Pemberian Asuhan Pasien Palsi Serebralis

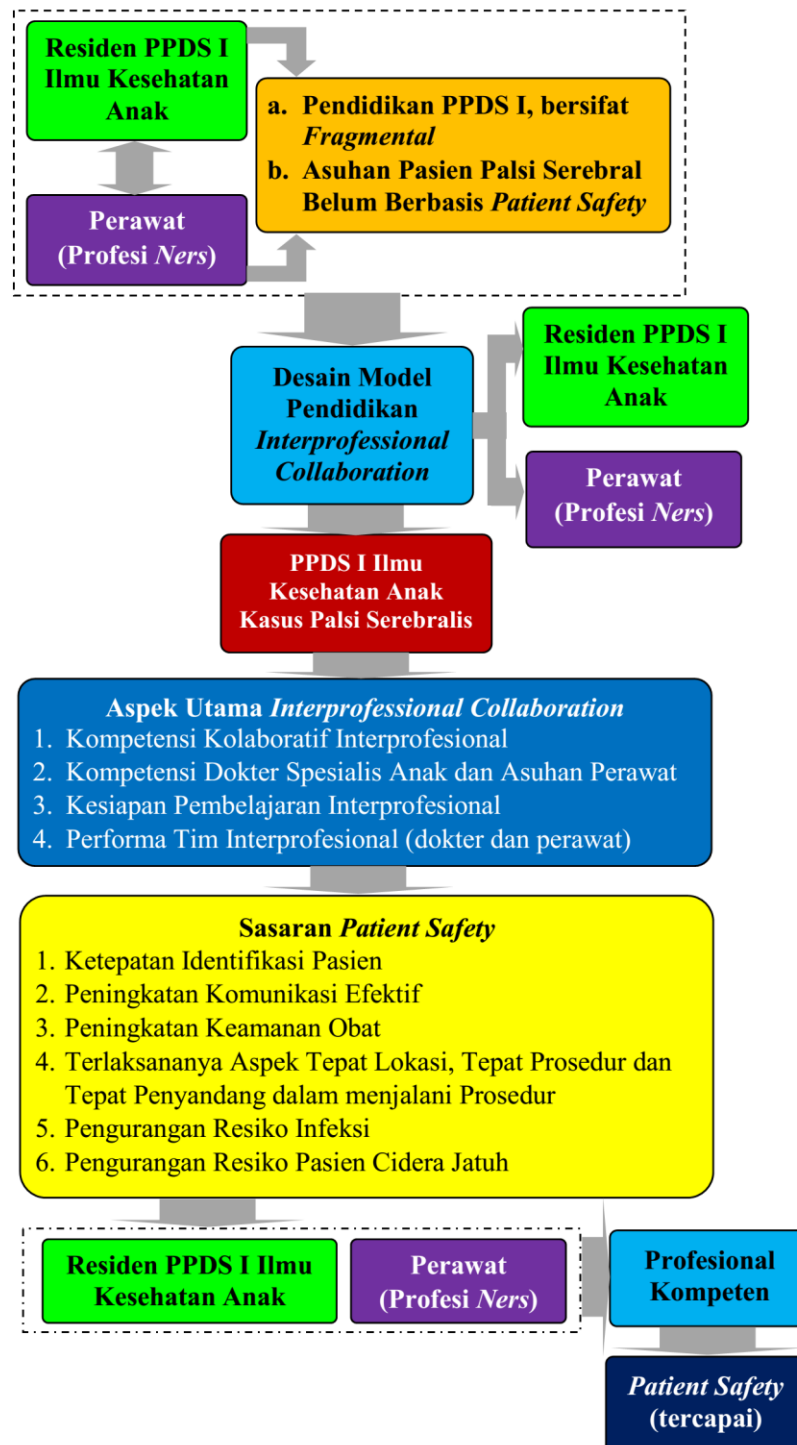
Palsi Serebralis merupakan kelainan kesehatan seorang anak yang mempunyai problem kompleks, sehingga seorang anak pasien palsi serebralis membutuhkan suatu tim yang mempunyai komitmen, bekerja sama dengan profesi lain yang terkait, pasien sendiri dan keluarga pasien. Para profesi pemberi asuhan, memberi kontribusi asuhan sesuai yang dibutuhkan pasien, namun karena kompleksitas dari penyakit yang disandang palsi serebralis, hambatan hambatannya dan asuhan kesehatannya cukup banyak. Sebagai solusi memenuhi kebutuhan pasien palsi serebralis membutuhkan asuhan kesehatan yang

komprehensif sesudah diagnosis ditegakkan. Para pejuang untuk berpartner dengan pasien adalah keluarga pasien, dokter, terapi wicara, terapi okupasi, pengasuh pasien, spesialis lain yang terkait dengan kebutuhan asuhan pasien.

Merujuk Alshershri A, dkk (2014), menyatakan terdapat isu sensitif, berkaitan dengan asuhan terhadap pasien palsy serebral, antara lain: 1) tidak adanya kepatuhan terhadap proses asuhan klinik, 2) keterlambatan diagnosis, 3) tidak ada dan tidak tersedianya asuhan yang tepat terhadap kebutuhan pasien palsy serebralis. Besar harapan, dengan pengembangan model pendidikan *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* yang melibatkan dokter dan perawat pada PPDS I Ilmu Kesehatan Anak, dapat meningkatkan kompetensi dokter dan perawat pada pelaksanaan asuhan kepada pasien, sehingga tercapai sasaran keselamatan pasien yang diharapkan.

2.3 Kerangka Berfikir

Berdasarkan pemaparan diatas, maka peneliti merumuskan kerangka pikir penelitian sebagai berikut :



Gambar 2.10. Diagram Alur Kerangka Berfikir

2.4 Analisis Kebutuhan (*Need Analysis*)

Pendidikan interprofesional merupakan pendekatan kolaborasi yang di kembangkan kepada peserta didik ketenagaan kesehatan untuk masa depan yang dibutuhkan sebagai anggota dalam tim terhadap pengelolaan pasien (rekomendasi Institute of Medicine 2011). Pada sistem pelayanan pasien yang kompleks disarankan untuk membentuk tim profesional pemberi asuhan.

Pada tahun 2001 rekomendasi *Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America* sebagai berikut: membentuk tim ketenagaan kesehatan adalah langkah yang terbaik untuk berkomunikasi dan membimbing pasien yang membutuhkan penanganan yang kompleks dan mengalami hambatan dalam pengelolaan penyakitnya. Pendekatan interprofesional merupakan solusi untuk bersama sama dari para pakar dan mewujudkan tujuan pengelolaan pasien terhadap kualitas hidup pasien dan menjaga kontinuitas pengelolaan, sehingga terjamin kualitas hidupnya.

Penelitian ini merupakan penelitian pendahuluan untuk mengidentifikasi kebutuhan residen pada implementasi pendidikan kolaborasi interprofesional berbasis fokus pasien dan fokus keluarga. Bridges ,DR., et all 2011 merekomendasikan faktor-faktor yang menentukan keberhasilan pelaksanaan pendidikan interprofesional kolaborasi adalah: 1. Dukungan administrator / pengelola pendidikan; 2. Sumber daya pendukung program pendidikan kolaborasi interprofesional / infrastruktur; 3. Komitmen pemimpin yang bertanggung jawab pelaksanaan pendidikan kolaborasi interprofesional .; 4. Pengakuan atau penghargaan kepada peserta didik yang mampu melaksanakan

pendidikan kolaborasi interprofesional dengan memberi sertifikat atau kenaikan tingkat dan lain lain.

Beckman ,TJ ,. And Lee, MC,. 2009 dalam penelitiannya menjelaskan bahwa pada proses pendidikan klinik, seorang pendidik dan peserta didik membutuhkan hubungan dan sinkron terhadap fokus pasien dan fokus keluarga dalam pembelajaran tersebut. Dalam proses pelatihan tersebut posisi pendidik sebagai kolega. Kemudian fakultas kedokteran bersama rumah sakit pendidikan memfasilitasi sarana yang dibutuhkan pada proses pendidikan kolaborasi interprofesional tersebut, sehingga tercipta suasana pendidikan yang nyaman dan kondisi tersebut akan meningkatkan kualitas pendidikan klinik.

Whiteley, RF,. Et all,.2014 , menjelaskan bahwa proses pendidikan kolaborasi interprofesional dimulai sejak peserta didik pada tahap pre klinik, dan terbukti pemahaman sejak pre klinik menunjukkan bahwa mereka telah paham bahwa kesejahteraan anak dapat tercapai apabila pengelolaannya secara komprehensif. Kondisi ini juga terbukti bahwa keberhasilan pengelolaan atas kerja sama dengan profesi lain. Hal ini juga didukung penelitian Stephney et al (2011) bahwa komitmen yang tinggi dari para profesional akan mempermudah terwujudnya kesejahteraan anak.

Review sistematik tentang “ *Interprofessional education in allied health* oleh (Olson, R,. Bialocerkowski 2014), meneliti dari based data 10 , yang dipublikasi di Inggris, sejak Januari tahun 1998 sampai Januari 2013, baik penelitian kualitatif maupun kuantitatif, yang berkaitan dengan *outcome Interprofessional Education*. ; Sebagian melaporkan bahwa dibutuhkan sistem

pendekatan untuk sosialisasi IPE, hal ini kenyataan untuk menjelaskan kenapa berubah IPE. ; Oandasan dan Reeves mengkaitkan bahwa kepustakaan tentang IPE belum lengkap ; walaupun sebenarnya “ *tailor made* “ diharapkan kreatif dalam membuat program IPE.; Masih sedikit yang membuat review literature , mempunyai dampak kekurangan pengetahuan, dan evaluasi pengetahuan perilaku, dan berhubungan dengan tingkah laku untuk partisipasi terhadap IPE dengan waktu cukup lama, dan waktu terbatas menjelaskan narasinya, dimana inklusi dari pendidikan, psikologi, sosiologi ada dalam teori IPE tetapi kepustakaan tersebut banyak didapat pada tahap pos kualifikasi. Based pembelajaran klinik IPE.Padahal IPE juga dibutuhkan peserta didik pre kualifikasi .Faktor peserta didik dalam IPE adalah diharapkan meniru atau dilaksanakan pada waktu tahap selanjunya.; Dalam review literature tersebut disimpulkan: 1. Model IPC; 2 Karakteristik Institusional; 3. Karakteristik peserta didik; 4. Teori IPE; 5. *Outcomes* IPC ; Penelitian analisis kebutuhan tentang IPC dengan studi kasus pasien palsy serebralis di Rumah Sakit Dr Kariadi FK Undip adalah rasional, karena berdasarkan definisi yang luas, proses IPC pada kasus palsy serebral dapat membantu program kolaborasi interprofesional dengan tenaga kesehatan yang terlibat dalam tim .

Interprofessional collaboration terhadap palsy serbralis merupakan pembelajaran pendekatan yang dijamin baik, karena menunjukkan kondisi yang faktual adanya masalah fragmentasi, terpisah pisah, dalam memberikan pendidikan kepada peserta didik. Masalah – masalah tersebut karena antara lain

berbeda dalam menginterpretasi, tumpang tindih tentang terminologi, istilah yang yang bersilang dan kelemahan keseragaman definisi IPC sendiri.

Dari kondisi diatas, konsep analisis kebutuhan residen terhadap pengelolaan palse serebral dapat menentukan gambaran, karakter IPC , kemudian mengembangkan definisi operasional yang tepat yang berkaitan dengan hubungan disiplin terkait atau lainnya, menentukan tujuan yang akan dicapai, dan memperbaiki dengan melakukan klarifikasi, konsensus, konsistensi, dan memahami benar tentang IPC dalam lingkungan pendidik , professional, dan peneliti. Apabila IPC kolaborasi dilaksanakan dalam praktik pendidikan peserta didik ,akan mempunyai dampak tercapainya kompetensi yang efektif dan tim terintegrasi yang kuat dan akan menjamin kolaborasi fokus pasien dan fokus keluarga serta menjamin keamanan pasien untuk mencapai kualitas hidupnya.

Selanjutnya, ada tiga hal penting yang menjadi dasar analisis kebutuhan mengenai *urgensi* IPC berbasis keselamatan pasien dalam meningkatkan kompetensi Residen dan Perawat pada PPDS I Ilmu Kesehatan Anak pada palse serebralis, yaitu:

1) Pengelolaan Palse Serebralis Optimal

Interprofesional pada pengelolaan palse serebralis merupakan “tim“ yang berasal dari berbagai profesi yang mempunyai latar belakang pengetahuan, pengalaman yang berbeda, namun bekerjasama dalam pengelolaan palse serebralis yang memerlukan pengelolaan secara kompleks. Kebersamaan dalam tim dalam pengelolaan menghasilkan suatu keputusan penting, tepat, akurat dan relevan,

untuk mencapai kebutuhan pasien dan keluarga, dan ditindak lanjuti dengan memonitor pasien dalam tim. Dalam tim kebersamaan pengelolaan terjadi saling menghargai antar profesi dan kepuasan bekerja dari masing masing profesi pada penanganan palsy serebral, dan mereka dapat mengimplementasikan keilmuan masing masing secara terpadu, sehingga mempermudah pengelolaan setiap harinya. Karena pengelolaan palsy serebral memerlukan waktu yang lama, hambatan hambatannya banyak dan sulit, membutuhkan dukungan yang terus menerus, memerlukan tindak lanjut untuk secara kontinu menentukan solusi masalah yang didapat, pemahaman pemahaman dan praktik yang tidak aman.

2) Praktik aman

Praktik interprofesional mempunyai dua faktor keamanan yaitu: a) praktik yang benar sesuai kompetensi; b) bekerja sama secara efektif. Kondisi menguntungkan pada tim adalah informasi informasi yang terkini cepat didapat. Keamanan praktik lainnya adalah dapat mengurangi atau menghilangkan keraguan pengelolaan palsy serebralis yang kompleks dengan cara diskusi dalam tim, sehingga tidak merugikan pasien maupun publik. Keuntungan bekerjasama dalam tim adalah dapat mengambil sisi positif dari tim dan mengetahui sisi kekurangan yang teridentifikasi dan menindak lanjuti sesuai kondisi.

3) Kehidupan karier yang menyenangkan

Bekerja dengan mengembangkan suasana kultur dan lingkungan berbasis tim akan menimbulkan keamanan praktik. Bekerja dengan sistem tim mengembangkan nilai-nilai dalam tim, termasuk peserta didik, serta peserta didik akan meniru kondisi tersebut, seperti: struktur sistem informasi, proses diskusi dalam tim, membangun strategi komunikasi efektif dalam tim kerja praktik dengan kolaborasi yang efektif.

BAB V

SIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN

5.1. Simpulan

- 1) **Model faktual** Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) I Ilmu Kesehatan Anak pada Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Kariadi masih bersifat konvensional, bersifat kasuistik dan terpisah. Penanganan asuhan yang dilaksanakan tersebut menyebabkan waktu rawatnya lama, biayanya lebih besar serta menimbulkan ketidak nyamanan pasien dan keluarga. Dampak lain yang lebih berat adalah kurang menjamin keamanan dan kenyamanan pasien.
- 2) **Model hipotetik** pendidikan *Interprofessional Collaboration* berbasis *Patient Safety* pada PPDS I Ilmu Kesehatan Anak secara teoritik dapat memberikan jaminan asuhan pelayanan yang memberi keamanan dan keselamatan pasien. Hal ini disebabkan karena dalam memberi asuhan pelayanan adalah baik dokter maupun *Ners* telah memiliki kesepahaman dalam memberi asuhan pelayanan kepada pasien. Dengan demikian baik dokter maupun *Ners* melaksanakan asuhan pelayanan yang patuh sesuai standar dengan mendiskusikan antar profesional pemberi asuhan berdasarkan kaidah keilmuan kedokteran.
- 3) Berdasarkan asuhan para ahli / pakar dan praktisi bahwa model akhir pendidikan *Interprofessional Collaboration* berbasis *Patient Safety* pada PPDS I Ilmu Kesehatan Anak model yang layak untuk dilaksanakan dalam memberi asuhan pelayanan kepada pasien. Hal ini disebabkan para profesional pemberi asuhan

yang mengelola baik dokter maupun *NERS* secara profesional akan memberi asuhan pelayanan secara kolaboratif dengan demikian tercapai kenyamanan dan keselamatan pasien.

5.2 Implikasi

- 1) Penyelenggaraan *Interprofessional Collaboration* yang dilaksanakan dari perencanaan sampai laporan hasil pendidikan akan menurunkan angka kejadian insiden keselamatan pasien, menurunkan biaya tinggi, keterlambatan pengelolaan pasien, birokrasi yang panjang dan rumit serta menjamin kultur / budaya *safety*.
- 2) Penerapan pengembangan model pendidikan *Interprofessional Collaboration* berbasis *patient safety* untuk meningkatkan kompetensi PPDS I Ilmu Kesehatan Anak ini dapat memulai sebagai proses reformasi pendidikan kedokteran spesialis secara efisien dan efektif.
- 3) Untuk mencapai keberhasilan pengembangan model pendidikan *Interprofessional Collaboration* berbasis *patient safety* dalam meningkatkan kompetensi PPDS I Ilmu Kesehatan Anak dan *Ners* membutuhkan dukungan dan komitmen pengambil kebijakan/ regulasi yang bersifat visioner dan progresif dari baik dari pimpinan institusi pendidikan, maupun pada institusi kesehatan mulai dari pengambil kebijakan yang dapat dibuat oleh Kementerian Kesehatan RI, Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi RI, Konsil Kedokteran Indonesia, Kolegium Kesehatan Anak dan Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

5.3 Saran

Mengacu pada hasil penelitian, simpulan, implikasi dan keterbatasan penelitian. Terdapat dua sasaran utama dari saran penelitian ini, yaitu: 1) saran untuk praktisi (implementasi model), dan 2) saran untuk penelitian dan pengembangan model lebih lanjut.

1) Saran untuk Praktisi (Implementasi Model)

- (a) Sebelum model ini diterapkan hendaknya melengkapinya terlebih dahulu beberapa persyaratan yang seharusnya dipenuhi terlebih dahulu, yaitu: adanya regulasi dalam penyelenggaraan pendidikan *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* dan sosialisasi program pendidikan pada semua unsur, baik pelaksana atau lembaga yang terkait;
- (b) Pengambil kebijakan/ regulasi tertinggi, mendukung menerbitkan regulasi untuk legalisasi pelaksanaan pendidikan kolaborasi interprofesional. Berdasarkan kajian penelitian sebelumnya, terdapat satu penekanan terhadap penelitian yang dilakukan oleh WHO, dimana *interprofessional collaboration* berbasis *patient safety*, dapat menguntungkan terhadap pasien itu sendiri, serta menguntungkan pula bagi tenaga kesehatan yang menjadi tim interprofesional;
- (c) Khusus pada regulasi, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi dapat mendukung untuk menerbitkan Peraturan Menteri yang menjadi landasan membuat turunannya dalam pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* klinis berbasis *patient safety*,

yang kemudian diikuti oleh turunan regulasi dibawahnya missal yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia, Kolegium Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran dan Rumah Sakit Pendidikan;

- (d) Sebelum dilaksanakan, perlu ada penyamaan persepsi bagi pengelola lembaga pendidikan, residen dan perawat pada PPDS I Ilmu Kesehatan Anak melalui pelatihan dan pembekalan materi;
- (e) Peningkatan kompetensi serta profesionalitas dokter dan perawat dalam bingkai *Interprofessional collaboration* berbasis *patient safety* perlu dikuatkan dengan implementasi praktikum untuk meningkatkan *skill laboratorium* yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu kedokteran dan keperawatan berbasis *patient safety* dalam kerangka *Interprofessional Collaboration Practice*;
- (f) Evaluasi berkelanjutan terhadap proses pendidikan dan pembelajaran PPDS I, sangat diperlukan, guna menjaga mutu lulusan.

2) Saran untuk Penelitian dan Pengembangan

Sebagai langkah untuk penyempurnaan model agar memberikan manfaat yang lebih luas, khususnya bagi peningkatan kompetensi residen dan perawat pada PPDS I Ilmu Kesehatan Anak perlu diselenggarakan:

- (a) Penelitian berkelanjutan dengan melakukan optimasi peran masing-masing komponen yang terlibat, dapat meningkatkan kelayakan model pendidikan *Interprofessional Collaboration* berbasis *patient safety* dalam meningkatkan

kompetensi PPDS I Ilmu Kesehatan Anak dengan melaksanakan seluruh program dalam rentang waktu terencana serta *forecasting* yang terperinci;

- (b) Perlu pengembangan instrumen pelengkap model pendidikan *Interprofessional Collaboration* berbasis *patient safety*, antara lain: media pembelajaran, pengembangan kurikulum, bahan atau modul ajar pembelajaran *Interprofessional Collaboration* berbasis *patient safety*, dan instrumen-instrumen lain yang sesuai;
- (c) Pengembangan media *checklist* yang sesuai untuk pasien palsi serebralis juga harus mendapat perhatian khusus, agar pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* berbasis *patient safety* dapat terlaksana dengan ideal;
- (d) Perlu dilakukan penelitian yang sesuai dengan tahapan penelitian dan pengembangan yang dikemukakan Gall, Gall, & Borg (2007) yaitu meliputi sepuluh tahapan. Hal ini dilakukan untuk menyempurnakan model pendidikan *Interprofessional Collaboration* berbasis *patient safety* untuk meningkatkan kompetensi PPDS I Ilmu Kesehatan Anak yang telah dikembangkan.

DAFTAR PUSTAKA

- A'la, Miftahul. 2011. *Quantum Teaching*. Yogyakarta: Diva press
- Abdulkadir. Widy S. 2017. Model Kolaborasi Dokter, Apoteker dan Direktur terhadap Peningkatan Efektivitas Teamwork di Rumah Sakit. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*, September 2017 Tersedia online pada: Vol. 6 No. 3, hlm 210–219 <http://ijcp.or.id> ISSN: 2252–6218 DOI: 10.15416/ijcp.2017.6.3.210
- Agustrianti. Prasetyaningtyas. 2015. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Efektivitas Komunikasi Perawat dan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan Mulia Kabupaten Bekasi Tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*. Volume 2 Nomor 1 . Oktober 2015
- Ahluwalia, S., Clarke, R., & Brennan, M. (2005). *Transforming learning: The challenge of interprofessional education*. *Hospital Medicine*, 66(4), 236-238.
- Allan, C. M., Campbell, W. N., Guptill, C. A., Stephenson, F. F., & Campbell, K. E. 2006. *A conceptual model for interprofessional education: The international classification of functioning, disability and health (ICF)*. *Journal of Interprofessional Care*, 20(3), 235-235-245.
- Alshehri, A. , Bach,C. 2014. *Challenges of cerebral palsy management*. *ASEE 2014 Zone I Conference*, April.
- Al-Shehri, J.A. 2014. *Childhood Obesity Prevalence among Primary Schooboyes at Al-Iskan Sector, Holly Makkah, Suadi Arabia*. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 3, 150-154. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2013.061120131>.
- Anak Davis Roganda P, Salman, Prita S. Nurcandrani. 2015. Pola Komunikasi Interpersonal Terapeutik Dokter Terhadap Pasien. *Jurnal Bisnis dan Komunikasi Kalbisocio*, Volume 2 No.2 Agustus 2015
- Anderson, E., Manek, N., & Davidson, A. 2006. *Evaluation of a model for maximizing interprofessional education in an acute hospital*. *Journal of Interprofessional Care*, 20(2), 182-182-194.
- Anggarawati, Tuti. Novita Wulan Sari. 2016. Kepentingan Bersama Perawat-Dokter Dengan Kualitas Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, Volume12, No. 1 Februari 2016.

- Anggraini. Anggi Napida, Choirul Anwar , Brune Indah Yulitasari. 2018. Hubungan Implementasi IPSG (*International Patient Safety Goals*) dengan Kepuasan Pasien di Puskesmas Kasihan I Bantul. *Indonesian Journal of Hospital Administration* Vol. 1 No.1
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Arruum, Diah. dkk. 2015. *Knowledge of Health Workers in The Patient Safety in The Hospital of Sumatera Utara. Idea Nursing Journal* Vol. VI No. 2 2015 ISSN : 2087-2879.
- Arumsari, Dinda Piranti. Etika Emaliyawati, Aat Sriati. 2016. Hambatan Komunikasi Efektif Perawat Dengan Keluarga Pasien Dalam Perspektif Perawat. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 2016;2(2):104–114
- Awaliyah Ulfah Ayudytha Ezdha, Silvia Nora Anggreini, Dwi Elka Fitri. 2018. Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien Dengan Metode Ceramah Terhadap Pemahaman Perawat Mengenai Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di RS PMC Pekanbaru. *Health Care : Jurnal Kesehatan* 7(2) Desember 2018 (1-8)
- Barker, K. K., Bosco, C., & Oandasan, I. F. 2005. *Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: Findings from key informant interviews*. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1), 166-166-176.
- Barr H., Helme M. & D'Avray L. 2011. *Developing interprofessional education in health and social care course in the United Kingdom. Occasional paper 12*. Higher Education Academy Health Sciences and Practice www.health.heacademy.ac.uk,
- Barr, H. 2005. *Interprofessional education today, yesterday and tomorrow: a review (revised edition)*, London: Higher Education Academy: Health Sciences and Practice.
- Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., & Reeves, S. 2006. *The evidence base and recommendations for interprofessional education in health and social care*. *Journal of Interprofessional Care*, 20(1), 75-75-78.
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. 2005. *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence* CAIPE, London: Blackwell Publishing.

- Barnes, K., & Kapoor, R. (Ed). 2013. Paediatrics. London New York Oxford Philadelphia, Sydney: Elsevier.
- Bart N. Green, Claire D. Johnson. 2015. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *Journal of Chiropractic Education* 2015 Vol. 29 No. 1 DOI 10.7899/JCE-14-36 www.journalchiroed.com
- Bleakley, Alan. 2014. *Patient-Centred Medicine in Transition: Challenges all previous models of communication between patients and doctors*. Plymouth University Peninsula School of Medicine, UK, Springer International Publishing. ISBN: 978-3-319-02487-5. Series Volume 3
- Borg. W.R. dan Gall, M.D. 1983. *Educational Research: An Introduction*. New York: Longman.
- Boyd, R.N. et al. *Australian Cerebral Palsy Child Study : protocol of prospective population based study of motor and brain development of preschool aged children with cerebral palsy*. *BMJ Neurology*, 13 (57), 1-1-12.
- Brock, D. et al. *Interprofessional education in team communication : working together to improve patient safety*. *BMJ Quality Safety*. 10 (22), 414-414-423.
- Brown, John Seely; Paul Duguid. 2000. *The Social Life of Information*. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2003.009506>. Harvard Business School Press.
- Busari, Jamiu O. 2017. *Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: a case report from a small-scale resource limited health care environment*. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2017.
- Carlisle, C., Cooper, H., & Watkins, C. 2004. "Do none of you talk to each other?": *The challenges facing the implementations of interprofessional education*. *Medical Teacher*, 26(6), 545-545-552.
- Cecep Triwibowo, Sulhah Yuliawati, Nur Amri Husna. 2016. Handover Sebagai Upaya Peningkatan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di Rumah Sakit. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, Volume 11, No.2, Juli 2016

- Chan, Sally Wai-Chi; ok Ying Liaw. 2017. *Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study*. Journal of Nursing Management. November 2017. DOI: 10.1111/jonm.12503
- Christian C K, Gustafson ML, Roth EM, Sheridan TB, B Thomas, Gandhi TK, Dwyer Kathleen, Zinner MJ, Dierks MM. 2006. A Prospective Study Of Patient Safety In The Operating Room. 139-159 – 73
- Cordula Wagner, Peter F Kemper, Martine de Bruijne, Cathy van Dyck. 2011. *Effectiveness of classroom based crew resource management training in the intensive care unit: study design of a controlled trial*. BMC Health Services Research 2011, 11:304; <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/304>.
- D'Amour, D. & Oandasan, I. 2005 *Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept* Journal of Interprofessional Care (May 2005) Supplement 1 8-20
- D'Amour, D. , Oandasan, I. 2005. *Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An Emerging Concept*. Journal of Interprofessional Care. (2005), 5 (1S), 8-8-20
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Martin-Rodriguez, L. S., & Beaulieu, M. D. 2005. *The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks*. Journal of Interprofessional Care, 19(Supplement 1), 116-116-131.
- Darsini. 2016. Hubungan Komunikasi Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Yang Dirawat Di Ruang Kana Rumah Sakit Gatoel. NurseLine Journal Vol. 1 No. 1 Mei 2016 ISSN 2540-7937
- Departemen Pendidikan Nasional. 1989. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka.
- Diah Arruum, Salbiah, Murniati Manik. 2015. Pengetahuan Tenaga Kesehatan Dalam Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Sumatera Utara. *Idea Nursing Journal* Vol. VI No. 2 2015 ISSN : 2087-2879
- Dornan, T. (2005). Osler, Flexner, *apprenticeship and “ the new medical education “*. Journal of The Royal Society of Medicine, 98, 91-91-95.

- Enong Iroh R, Widaningsih, Syamsul Anwar. 2019. Hubungan Kepemimpinan Kepala Ruangan Dan Karakteristik Perawat Terhadap Peran Kolaborasi Perawat RSUD Berkah Kabupaten Pandeglang. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Medisina AKPER YPIB Majalengka*. Volume V Nomor 9 Februari 2019
- Falana, Tolutope D. 2016. *Collaboration between Doctors and Nurses in a Tertiary Health Facility in South West Nigeria: Implication for Effective Healthcare Delivery*. *International Journal of Caring Sciences* January – April 2016 Volume 9. Issue 1. Page 165.
- Fatalina Femy, Sunartini, Widyandana, Mariyono Sedyowinarso. 2015 Persepsi Dan Penerimaan *Interprofessional Collaborative Practice* Bidang Maternitas Pada Tenaga Kesehatan. Vol. 4. No. 1 . Maret 2015 . *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia*.
- Febriana, Betie. 2019. Kesiapan Dan Persepsi Mahasiswa Keperawatan Pada Program IPE : Studi Pada SGD Dengan LBM Jiwa. *Jurnal Keperawatan Jiwa* Volume 7 No 1 Hal 101 - 106, Mei 2019
Jurnal Keperawatan Jiwa Volume 7 No 1, Hal 101 - 106, Mei 2019 e-ISSN 2655-8106
- Ferluga, D., Elizabeth, M. D., Kristin R. Archer, Ph.D, D.P.T., Nila A. Sathe, M.A., M.L.I.S. 2013. *Interventions For Feeding and Nutrition In Cerebral Palsy*. *Effective Health Care Program Comparative Effectiveness Review* Number 94.
- Flexner, Abraham. 1910., *Medical Education in the United States and Canada: A Report To the Carnegie Foundation For the Advancement of Teaching*, The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York, NY, USA.
- Freeth, D., Hammick, H., Reeves, S., Koppel, I., & Barr, H. 2005. *Effective Interprofessional Education: Development, Delivery and Evaluation*. Oxford: Blackwell.
- Frenk, J. et al. 2010. *Health Professional for anew century : transforming education to strenghten health systems in an interdependent world*. *The Lancet*, 376, 1923-1923-1958.
- Geisa Colebrusco de Souza, Marina Peduzzi, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, Brígida Gimenez Carvalho. 2016. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration?. *Journal of School of Nursing USP*. *Rev Esc Enferm USP* · 2016;50(4):640-647. www.ee.usp.br/reeusp

- Gilbert, J. H. V. 2005. *Interprofessional learning and higher education structural barriers*. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1), 87-87-106.
- Giulio, P. Di. *et al.* 2013. *Collaboration between doctors and nurses in children's cancer care: Insights from a European project*. *European Journal of Oncology Nursing* 17 (2013) 745e749. 1462-3889/see front matter 2013 Elsevier Ltd. All rights reserved. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2013.01.003>.
- Goolsarran, Nirvani. 2018. *Effectiveness of an interprofessional patient safety team-based learning simulation experience on healthcare professional trainees*. *BMC Medical Education* (2018) 18:192 <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1301-4>.
- Guraya, Salman Yousuf .,Hugh Barr. 2018. *The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis*. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* (2018) 34, 160e165. Journal homepage: <http://www.kjms-online.com>. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.12.009> 1607-551X/Copyright 2018, Kaohsiung Medical University. Published by Elsevier Taiwan LLC.
- Hakiman, Assica Permata Amalya, dkk. 2016. *Persepsi Mahasiswa Profesi Kesehatan Universitas Padjadjaran terhadap Interprofessionalism Education*. *Jurnal Sistem Kesehatan*. Volume 1 Nomor 4 Tahun 2016.
- Hall, P. 2005. *Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers*. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1), 188-188-196.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S. & Barr H. 2007. *A best evidence systematic review of interprofessional education* <http://www.bemecollaboration.org/beme/pages/reviews/hammick.html>
- Handayani. Yenny V., Rokiah Kusumapradja. 2018. *Pengaruh Motivasi Kerja Perawat Terhadap Penerapan Program Keselamatan Pasien Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Tangerang Selatan*. *Jurnal Hospitalia*, Volume 1 Nomor 1, Februari 2018
- Health Research & Educational Trust. 2013. *Checklists to improve patient safety*. Chicago: IL. Illinois. Health Research & Educational Trust, Accessed at www.hpoe.org.
- Hebert, Joanne S. 2015. *Advancing Interprofessional Collaboration in Nursing Education*. *Athens Journal of Health - Volume 2, Issue 4 – Pages 239-260*. <https://doi.org/10.30958/ajh.2-4-1>.

- Herath, C., Zhou, Y., Gan Y., Nakandawire, N., Gong Y., Lu, Z., 2017. *A comparative study of Interprofessional education in global health care: A systematic review*. 2017. *Medicine* 2017 96:38(e7336), Received: 29 November 2016 / Received in final form: 31 May 2017 / Accepted: 3 June 2017. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000007336>
- Isnaini. Nur Mahya, Muhamad Rofii. 2014. Pengalaman Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Keselamatan Pasien. *Jurnal Managemen Keperawatan* . Volume 2, No. 1, Mei 2014; 30-37
- Jill E. Thistlethwaite. 2015. Interprofessional education: implications and development for medical education. *Educ Med*. 2015;16(1):68-73. E-mail address: j.thistlethwaite@uq.edu.au; jill.thistlethwaite@uts.edu.au. 1575-1813/ © 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)
- Joanne S. Hebert. 2015. Advancing Interprofessional Collaboration in Nursing Education. *Athens Journal of Health* - Volume 2, Issue 4 – Pages 239-260
- John Gilbert. 2005. Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice (IECPCP). Article in *Nursing leadership* (Toronto, Ont.). February 2005 DOI: 10.12927/cjnl.2005.17181 · Source: PubMed. University of British Columbia – Vancouver
- Josiah Macy Jr Foundation. 2013. *Transforming Patient Care : Aligning Interprofessional Education with Clinical Practice Redesign*. Conference Recommendations. (1).
- Juge, Virginie Muller, *et al.* 2013. *Interprofessional Collaboration on an Internal Medicine Ward: Role Perceptions and Expectations among Nurses and Residents*. February 2013. Volume 8 . Issue 2. e57570 PLOS ONE . www.plosone.org.
- Juniarti. Nanda Hani, Ahmad Ahid Mudayana. 2018. Penerapan Standar Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Ternate*, 11(2), 2018, Pages 93 – 108.

- Keles. Angelia W., G. D Kandou, Ch. R. Tilaar. 2015. Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano Sesuai dengan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Unsrat, JIKMU*, Vol. 5, No. 2, April 2015
- Kirch, D.G., Boysen, P.G. 2010. *Changing The Culture In Medical To Teach Patient Safety*. *Health Affair*, 29 (9), 1600 – 1600 -1604.
- Klein, E.J., et al. 2003. *Teaching Professionalism to Residents*. *Academic Medicine*, 78 (1), 26-26-34.
- Krigger, Karen W.M.D., M.ED., 2006. *Cerebral Palsy: An Overview*. www.aafp.org/afp University of Louisville School of Medicine, Louisville, Kentucky.
- Kusumaningrum, Puput Risti. Anggorowati. 2017. Interprofesional Education (IPE) Sebagai Upaya Membangun Kemampuan Perawat Dalam Berkolaborasi Dengan Tenaga Kesehatan Lain. *Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*, Vol 1 No 1, Mei 2018. e-ISSN 2621-5047. page 14-19
- Lairamore, C. et al. *A Case – Based Interprofesional Education Forum Increases Health Students' Perceptions of Collaboration*. *The Journal of the International Association of Medical Science Educators*, 23 (35), 472-472-479.
- Lee, R., 2009. Interprofessional Education: Principles and Application. *Pharmacotherapy*, 29 (3): 145e-164e. diakses dari <http://accp.com> pada tanggal 29 Juni 2017
- Lestari, Endang. 2011. Menumbuhkan Keterampilan Kepemimpinan dan *TeamBuilding* serta Penghargaan terhadap Profesi Lain Melalui *Interprofessional Education*: Analisis Kemungkinan Penerapannya Pada Fakultas Kedokteran di Indonesia. *International Journal of Islamic Business Ethics*. Vol. 3, No. 1, Januari - Juni 2011.
- Lestari, Yani; Ariyanti Saleh; Syahrir A. Pasinringi. 2017. Hubungan interprofesional kolaborasi dengan pelaksanaan catatan perkembangan pasien terintegrasi di rsud. Prof. Dr. H.m. Anwar makkatutu kabupaten bantaeng .*JST Kesehatan*, Januari 2017, Vol. 7 No. 1 : 85 – 90 ISSN 2252-541.

- Lingard, Lorelei & Espin, Sherry & Whyte, Sarah & Regehr, Glenn & Baker, G & Reznick, Richard & Bohnen, J & Orser, B & Doran, D & Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Quality & safety in health care*. 13. 330-4. 10.1136/qhc.13.5.330.
- Lu Xia, Huixin Wu, Yun Cheng. 2017. Interprofessional collaboration strategies: A hematology unit case study. *Journal of Nursing Education and Practice* 2017, Vol. 7, No. 4. <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v7n4p51>
- Lukela. 2011. *Competence in Patient Safety : Multifaceted Experimental Educational Intervention for Resident Physicians*. *Journal of Graduate Medical Education*, 13, 360-360-366.
- Lyndon Morley, Angela Cashell. 2017. Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences* 48 (2017) 207-216. 1939-8654/\$ - see front matter 2017 Published by Elsevier Inc. on behalf of Canadian Association of Medical Radiation Technologists. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmir.2017.02.071>
- Mahdizadeh, Mousa. 2017. *Exploration of the process of interprofessional collaboration among nurses and physicians in Iran*. *Electronic Physician* (ISSN: 2008-5842) <http://www.ephysician.ir> June 2017, Volume: 9, Issue: 6, Pages: 4616-4624, DOI: <http://dx.doi.org/10.19082/4616>.
- M. Iskandar, Wahyu Sulistiadi, Syafiul A. Sjaaf. 2018. Hubungan Aspek Area Klinis Dan Area Manajerial Terhadap Keselamatan Pasien. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr.Soetomo* Vol.4 No.2 Oktober2018 : 110-122
- Marelli, TM. 2007. *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan Edisi 3*. Jakarta : EGC.
- Martin-Rodriguez, L. S., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. 2005. *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1), 132-132-147.
- McPherson K. Headrick L. Moss F. Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Quality Health Care*. 2001;10 (sup 12): 1146-1153

- Mulnier H.E., Seaman H.E., Raleigh V.S., Colhoun H.M., Lawrenson R.A., et.al., 2006, Risk of Stroke in People With Type 2 diabetes in the UK: A Study Using the General Practice Research Database. *Diabetologia*. 49:2859-2865.
- Mulyati, Sri; Mohamad Irwan Katili; Emi Murniati. 2016. *Interprofessional Collaboration* Peningkatan Kualitas Kesehatan Ibu Dan Anak Melalui Penyuluhan Peranan Pemeriksaan Ultrasonografi (USG) Pada Kehamilan. *Jurnal LINK*, 12 (2), 2016, 39 – 43. <http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/link> .
- Mulyati. Lia, Mamlukah, Mala Trimarlina. 2017. Model Pendidikan Interprofesional Dalam Upaya Peningkatan Kemampuan Kolaboratif Mahasiswa Kesehatan. *Jurnal Ilmu-Ilmu Kesehatan Bhakti Husada Kuningan - Vol. 06 No. 02 Juli-Desember 2017*
- Najihah. 2018. Budaya keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien di rumah sakit: *literature review*. *Journal Of Islamic Nursing*. Volume 3 Nomor 1, Juli 2018.
- Nancarrow, et al. 2013. *Ten Principles of good interdisciplinary team work*. *Human Resources for Health*, 11 (19), 1-1-11.
- Nareshwarie, Anindyajati Tyas . 2015. Tenaga Kesehatan: Tulang Punggung Pelayanan Kesehatan. *Kompasiana*. Diakses pada Maret 2016.
- Nichols, D.G. 2005. *Reducing Medical Errors at the Point of Care*. *Lab.Medicine*, 5 (36), 275-275-277.
- Nike S.I. Sumangkut, Erwin Kristanto, Jantje Pongoh. 2017. Evaluasi Penatalaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumaha Sakit Umum Gmim Kalooran Amurang. *Jurnal Community Health*. Vol 2, No 2 (2017). ISSN: 2337-4209
- Norgaard, J. P., Ancoli-Israel, S., Bliwise, D. L.,. 2011. The Effect of Nocturia on Sleep. *Sleep Medicine Reviews*. 15:91-97.
- Nur Zainie Abd Hamida, Siti Zaleha Abdul Rasidb, Siti Maonc, Naffisah Mohd Hassand, Leny Suzana Suddine. 2016. Interprofessional Communication and Interprofessional Collaboration (IPC) among Health Care Professionals. *BE-ci 2016 : 3rd International Conference on Business and Economics*, 21 - 23 September, 2016

- Oandasan, I. , Reeves, S. 2005. *Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. Journal of Interprofessional Care*, 5 (1S), 21-21-38.
- Oandasan, I., & Reeves, S. 2005. *Key elements of interprofessional education. part 2: Factors, processes and outcomes. Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1), 39-39-48.
- Ogrinc G, et al. *The SQUIRE (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence) guidelines for quality improvement reporting: explanation and elaboration. Quality Safe Health Care*. 2008;17 (Suppl):i13-i32. Tersedia dari: URL : <http://fqualitysafety.bmj.com/> [diakses pada 20 Mei 2018]
- Orbayinah,Salmah; Laksmi Putri Utami. 2015. *Students' Perception on Interprofessional Education. International Journal of Public Health Science (IJPHS) Vol.4, No.4, December 2015, pp. 284~287 ISSN: 2252-8806.*
- Parsell, G., dan Bligh, J. 1999. The Development of A Questionnaire to Assess The Readiness of Health Care Students For Interprofessional Learning (RIPLS). *Medical Education Journal*. 34: 123-230.
- Paul, St. 2009. *A Guide to understanding, Gillette children's specialty Health Care.*
- Philippon, D. J., Pimlott, J. F. L., King, S., Day, R. E., & Cox, C. 2005. *Preparing health science students to be effective health care team members: The interprofessional initiative at the university of alberta. Journal of Interprofessional Care*, 19(3), 195-195-206.
- Pratita. Amelia Laksmi, Iwan Sis Indrawanto, Djaka Handaja. 2014. Hubungan Antara Komunikasi Efektif Dokter-Pasien Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Preoperasi. *Saintika Medika*, p-ISSN: 0216-759X . e-ISSN:2614-476X, *Saintika Medika : Jurnal Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Keluarga*. Volume 10 No 2 Desember 2014. **Saintika Medika**, p-ISSN: 0216-759X . e-ISSN:2614-476X, *Saintika Medika: Jurnal Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Keluarga*. DOI: <https://doi.org/10.22219/sm.v10i2.4156>
- Prentice, Dawn. *et all*. 2015. *Interprofessional Collaboration: The Experience of Nursing and Medical Students' Interprofessional Education*. *Global Qualitative Nursing Research* 1–9 © The Author(s) 2015. DOI: 10.1177/2333393614560566. gqn.sagepub.com.

- Pruitt, S. D., & Epping-Jordan, J. E. 2005. *Preparing 21st century global healthcare workforce. British Medical Journal*, 330(7492), 637-637-639.
- Pullon, S., 2008. *Competence, Respect and Trust: Key Features of Successful Interprofessional Nurse-Doctor Relationships. Journal of Interprofessional Care*
- Rachmawati, Nunung. Luky Dwiantoro, Agus Santoso. 2017. Pendidikan Keperawatan Berkelanjutan Dan Perencanaan Karir: Strategi Meningkatkan Komunikasi Interprofesional Yang Efektif. *Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*, Vol 1 No 1, Mei 2018. e-ISSN 2621-5047. page 7-13
- Rasmita. Dina, Endar Timiyatun, I Gusti Ayu Pramitaresti. 2018. Gambaran Persepsi Dan Kesiapan Mahasiswa Terhadap Implementasi IPE (Interprofessional Education) Di STIKES Surya Global Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan Priority*, Vol 1, No. 2, Juli 2018 ISSN 2614-4719.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., et al. 2008. *Interprofessional education: Effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (1)(1), CD002213.
- Reno Afriza Neri, Yuniar Lestari, Dan Husna Yetti. 2018 Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2018; 7(Supplement 4). <http://jurnal.fk.unand.ac.id>
- Report of Expert Panel. 2011. *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice*. AACN, AACOM, AACP, ADEA, AAMC, 1-1-47
- Rethlefsen, S.A., Ryan, D.D. & Kay, R.M., 2010. Classification Systems in Cerebral Palsy. *Orthopedic Clinics of NA*, 41(4), pp.457–467. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ocl.2010.06.005>
- Rianayanti Asmira Rasam. 2017. Analisis Tatakelola Sasaran Keselamatan Pasien Pada Alur Pelayanan Penyakit Sepsis Di Rumah Sakit Tebet 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Volume 3 Nomor 2 Februari 2017*
- Ridar, Imaningtyas, Agus Santoso. 2018. Peningkatkan Komunikasi dalam Pelaksanaan Interprofessional Collaboration melalui Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi. *Prosiding Seminar Nasional Unimus*. Volume 1, 2018. e-ISSN: 2654-3257. p-ISSN: 2654-3168.

- Riskiyah. 2018. Pengetahuan Perawat Ruang Rawat Inap Tentang Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien. *Journal of Islamic Medicine* Volume 2 (4) (2018), Pages 14-25
- Rivai. Fridawaty, A. Indahwaty Sidin, Ita Kartika. 2016. Faktor Yang Berhubungan Dengan Implementasi Keselamatan Pasien Di RSUD Ajjappanngge Soppeng Tahun 2015. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, Vol. 05, No. 4 Desember 2016
- Robert, E., Nickel & Larry W., 2000. *Guidelines for the Care of Children and Adolescents with Cerebral Palsy*. *Journal The Physician's Guide to Caring For Children with Disabilities and Cronic Conditions*.
- Rocha, Francisca Alanny Araújo. *et all*. 2016. *Interprofessional collaboration: a case study between managers, teachers and family health professionals*. *Comunicação Saúde Educação* 2016; 20(57):415-26. DOI: 10.1590/1807 57622015.0370.
- Rokhmah, Noor Ariyani; Anggorowati. 2017. Komunikasi Efektif Dalam Praktek Kolaborasi Interprofesi Sebagai Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan. *Journal of Health Studies*, Vol. 1, No.1, Maret 2017: 65-71
- Rokhmah. Noor Ariyani, Anggorowati. 2017. Komunikasi Efektif Dalam Praktek Kolaborasi Interprofesi Sebagai Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan. *Journal of Health Studies*, Vol. 1, No.1, Maret 2017: 65-71
- Romijn, Anita. dkk. 2018. *Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: are perceptions aligned?*. *BMJ Qual Saf* 2018;27:279–286. doi:10.1136/bmjqs-2016-006401.
- Rushmer, R. K. and Davies, H. T. O. 2004. *'Unlearning in health care', Quality and Safety in Health Care*, 13 (suppl 2), ii10-ii15.
- S. Mirnawati. 2014. Hubungan Komunikasi Interpersonal Perawat dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap di Ruang Cempaka RSUD AW Sjahranie Samarinda. *e-Journal Psikologi*, 2014,2(1): 100-114. ISSN 0000-0000, e-journal. psikologi. fisip-unmul. ac. id © Copyright 2014
- Salem, R.M., Bernstein, J., and Sullivan, T.M. 2008. "Tools for Behavior Change Communication." *INFO Reports*, No. 16. Baltimore, INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, January 2008.

- Samsualam, Fairus Prihatin Idris, Fitria M Radjak. 2018. Faktor Yang Berpengaruh Antara Kolaborasi Perawat Dokter Di Tinjau Dari Perspektif Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Labuang Baji Makassar . Jurnal Mitrasedhat, Volume VIII Nomor 2, November 2018 ISSN 2089-2551
- Sankar, Chitra., & Nandini Mundkur., 2005. *Cerebral Palsy–Definition, Classification, Etiology and Early Diagnosis*. Journal Department of Developmental Pediatrics, Bangalore Children's Hospital, City Centre, Bangalore, India.
- Sarasmita, Made Ary. 2015. Pembelajaran Interprofesi Kesehatan Antara Dokter, Apoteker, Dan Perawat Dalam Memecahkan Masalah Terapi Obat Pada Laporan Kasus Untuk Meningkatkan Keamanan Pasien: Pilot Studi Pada Mahasiswa Apoteker . Prosiding Seminar Nasional Current Challenges in Drug Use and Development Tantangan Terkini Perkembangan Obat dan Aplikasi Klinis. ISBN: 978-602-9030-89-1. Fakultas Farmasi Universitas Jember
- Schumaker, D.J. et al. *Domain of competence: Patient Care. Academic Pediatrics*, 14 (2 S), S13- S13- S35.
- Scott Reeves, Ilona Abramovich, Joanne Goldman. 2009. Canadian Interprofessional Health Collaborative: Activities, outputs and impacts evaluation. EVALUATION REPORT 2008–2009. Canadian Interprofessional Health Collaborative. College of Health Disciplines. University of British Columbia. Vancouver BC V6T 1Z3 Canada. www.cihc.ca
- Shrader. S., Kern, Zoller, Blue., 2012. Interprofessional teamwork skills as predictors of clinical outcomes in a simulate health care setting. *Association of Schools of Allied health Profession*, Wash., DC.
- Sinurat. Samfriati, Santa Lusya. 2018. Peran Pimpinan Keperawatan Dalam Meningkatkan *Patient Safety* Di Rumah Sakit. Jurnal Mutiara Ners, 31-43. Januari 2018, Vol.1 No.1
- Slameto. 2010. *Belajar dan Faktor yang mempengaruhinya*. Jakarta: Rineka Cipta

- Soubra Lama, B.Y Sherine. Badrb , Zahrand Eman Mohamed, Seoudf Mona Aboul. 2018. *Effect of Interprofessional Education on Role Clarification and Patient Care Planning by Health Professions Students*. Health Professions Education 4 (2018) 317–328. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.12.005> 2452-3011/& 2018 King Saud bin AbdulAziz University for Health Sciences.
- Spady WG, Mitchell DE. Competency Based Education: Organizational Issues and Implications. Am Educ Res Assoc. 1977; 6(2): 9-15.
- Steinert, Y. 2005. *Learning together to teach together: Interprofessional education and faculty development*. *Journal of Interprofessional Care*, (Supplement 1), 60-60-75.
- Sugiyono, 2009, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, Bandung : Alfabeta.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Pendidikan : Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung : Alfabeta.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sukmadinata, 2006. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : Graha Aksara.
- Supartini, Yupi, dkk. 2017. *The Implementation Of Interprofessional Education Through Problem Based Learning Approach By Lecturer Of Various Disciplines At Health Polytechnic Of Jakarta III*. Proceeding Manado Health Polytechnic 1st International Conference. ISSN : 2599-2031.
- Surahmat. Raden, Meri Neherta, Nurariati. 2019. Hubungan Karakteristik Perawat terhadap Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Pasca Akreditasi Rumah Sakit “X” di Kota Palembang Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi* Volume 19, Nomor 1, Februari 2019, (Halaman 1-10) DOI 10.33087/jiubj.v19i1.493 ISSN 1411-8939 (Online) | ISSN 2549-4236 (Print)
- Susanti. Dyeri, Hesti Wulandari, Ryka Juaeriah, Sari Puspa Dewi. 2017. Penerapan Interprofessional Education (IPE) pada Kelas Ibu Balita oleh Mahasiswa Tenaga Kesehatan untuk Meningkatkan Sikap Ibu terhadap Kesehatan Balita di Kota Cimahi. *Jurnal Sistem Kesehatan* Vol 3, No 2 (2017)

- Susilaningsih, Francisca Sri. Makmuri Mukhlas, Sunartini, Adi Utarini. 2011. Nurse-Physician Collaborative Practice In Interdisciplinary Model Of Patient Care. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 14, No. 2 Juni 2011
- Sutter, E. et al. 2009. *Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice*, *Journal of Interprofessional care*, 23 (1), 41-41-51.
- Syarbini., & Haryadi. 2010. *Dahsyatnya sabar, syukur & ikhlas Muhammad SAW*. Bandung: Ruang Kata.
- Syifa Sakinah, Putri Asmita Wigati, Septo Pawelas Arso. 2017. Analisis Sasaran Keselamatan Pasien Dilihat Dari Aspek Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dan Keamanan Obat Di RS Kepresidenan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)* Volume 5, Nomor 4, Oktober 2017 (ISSN: 2356-3346)
<http://ejournal13.undip.ac.id/index.php/jkm>
- Tessier, D.W., Hefner, J.L., Newmeyer, A. 2014. *Factors related to psychosocial quality of life for children with cerebral palsy*. *International Journal of Pediatrics*, (10), 1-1-6.
- Thistlethwaite, Jill E. 2018. *Interprofessional education: implications and development for medical education*. *Educ Med*. 2015;16(1):68-73. © 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
- Tita Menawati Liansyah, Hendra Kurniawan. 2015. Pentingnya Komunikasi Dalam Pelayanan Kesehatan Primer. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. Vol 15, No 2. Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala
- Toman. Kevin Pieter, Ari Natalia Probandari, Amandha Boy Timor R. 2016. Interprofessional Education (IPE): Luaran Masyarakat terhadap Pelayanan Kesehatan dalam Praktik Kolaborasi di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. *Nexus Pendidikan Kedokteran Dan Kesehatan* Vol.5/No.2/Desember/2016

- Totok Sundoro, Elsy Maria Rosa, Irma Risdiana. 2016. Evaluasi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Sesuai Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 5 (1): 40-48, Januari 2016
Website: <http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs> DOI: 10.18196/jmmr.5105.
- Tria Harsiwi Nurul Insani, Sri Sundari. 2018. Analisis Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat. *Journal of Health Studies, JHeS*, Vol 2, No 1, Maret 2018, Hal. 85 – 96. ISSN print: 2549-3345, ISSN online: 2549-3353
DOAJ: <http://doaj.org/toc/2549-3353>
- Utama. J. Seno Aditya. 2013. Gambaran Perbedaan Nilai-Nilai Kerja antara Dokter dan Perawat di Rumah Sakit. *Jurnal Psikologi Volume 40*, No. 2, Desember 2013: 211 – 225
- Utami. Lucia, Sunartini Hapsari, Widyandana. 2016. Hubungan Antara Sikap Dan Perilaku Kolaborasi Dan Praktik Kolaborasi Interprofesional Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Rapih. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah 1(1) 2016*
- UTMB Pediatric Residency Program. 2012. Goal and Objectives. Update May, 1-7.*
- Van Dijk-de Vries, A N et al. 2016. Effectiveness of Teamwork in an Integrated Care Setting for Patients with COPD: Development and Testing of a Self-Evaluation Instrument for Interprofessional Teams. *International Journal of Integrated Care*, 16(1): 9, pp. 1–10, DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2454>
- Waikato, 2014. Cerebral Palsy Clinical Practice Guideline CP-CPG. District Health Board, Child Development Centre Therapy Team.*
- Whitcomb, M. E. 2007. Preparing the personal physician for practice (P(4)): Meeting the needs of patients: Redesign of residency training in family medicine. Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM, 20(4), 356-64; discussion 329-31.*
- Wibowo, adik. 2015. Review Sistematis: Elemen-Elemen Utama Dalam Membangun Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit. *Jurnal ARSI*. Juni 2017.

- Widyastuti, Chatarina Setya. 2018. Analisis Faktor Kesiapan Perawat Dalam Praktik Kolaborasi Interprofesional Di Rumah Sakit Panti Nugroho Yogyakarta. *Media Ilmu Kesehatan* Vol. 7, No. 1, April 2018.
- Widyastuti. Chatarina Setya. 2018. Analisis Faktor Kesiapan Perawat Dalam Praktik Kolaborasi Interprofesional Di Rumah Sakit Panti Nugroho Yogyakarta. *Media Ilmu Kesehatan* Vol. 7, No. 1, April 2018. MIK P-ISSN 2252-3413, E-ISSN 2548-6268
- World Health Organisation (2010) Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice Geneva, WHO Department of Human Resources for Health*
http://www2.rgu.ac.uk/ipe/WHO_report_Interprofessional%20Ed%20Sep2509.pdf
- World Health Organisation Study Group on Interprofessional Education and Collective Practice. 2010. Interprofessional Education and Collaborative Practice Glossary*
- Wright, A. & Lindqvist, S. 2008. *The development, outline and evaluation of the second level of an interprofessional learning programme - listening to the students* *Journal of Interprofessional Care* 22, 475-487
- Yennike Tri Herawati. 2015. Budaya Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Kabupaten Jember. *Jurnal IKESMA* Volume 11 Nomor 1 Maret 2015
- Yessi Fadriyanti, Yosi Suryarinilsih. 2018. Hubungan Jam Kerja Dan Karakteristik Perawat Pelaksana Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Pada Rumah Sakit Di Kota Padang. *Menara Ilmu* Vol. XII No.6 Juli 2018. ISSN 1693-2617, E-ISSN 2528-7613
- Yuniawan. Arif Eko, Wastu Adi Mulyono, Dwi Setiowati. 2015. Persepsi Dan Kesiapan Dosen Terhadap Pembelajaran Interprofesional. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, Volume 10, No. 2, Juli 2015
- Yuwantina. Laksmie Herawati. 2012. Peningkatan Program Patient Safety melalui Metode Failure Mode and Effect Analysis. *J. Adm. Kebijakan. Kesehatan.*, Vol. 10, No. 2, Mei – Agustus 2012: 61–67

Zakaria. Faizatul Muawanah. 2017. Pengaruh Kualitas Pelayanan Dan Sasaran Keselamatan Pasien Terhadap Kepuasan Pasien RumahSakit Prima Husada Malang. JIMMU – Volume II- Nomor 2 – Agustus 2017 Magister Manajemen Pascasarjana Universitas Islam Malang ISSN: 2541-6030

Zwarenstein, M., Reeves, S. & Perrier, L. 2005. *Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions* *Journal of Interprofessional Care* 19, 148 – 165