

**PERBEDAAN PERSEPSI TENAGA KESEHATAN TERHADAP
PRAKTIK KOLABORASI INTERPROFESI PADA PUSKESMAS
DENGAN IMPLEMENTASI BAIK DAN IMPLEMENTASI BURUK**

Skripsi

Untuk memenuhi sebagian persyaratan
Mencapai gelar Sarjana Kedokteran



Disusun Oleh:

Anugerah Wahyu Adi Prasetyo

30101900027

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2023

SKRIPSI

**PERBEDAAN PERSEPSI TENAGA KESEHATAN TERHADAP PRAKTIK
KOLABORASI INTERPROFESI PADA PUSKESMAS DENGAN IMPLEMENTASI
BAIK DAN IMPLEMENTASI BURUK**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Anugerah Wahyu Adi Prasetyo

30101900027

Telah dipertahankan didepan Dewan Penguji
Pada tanggal 17 April 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Tim Penguji

Pembimbing I

Dr. dr. Suryani Yuliyanti, M.Kes

Anggota Tim Penguji I

dr. H. Masvhudi AM, M.Kes

Pembimbing II

Endang Lestari, SS., M.Pd., M.Pd.Ked., Ph.D

Anggota Tim Penguji II

dr. Ken Wirastuti, M.Kes, Sp.S, KIC

Semarang, 23 Mei 2023

Fakultas Kedokteran
Universitas Islam Sultan Agung
Dekan,



Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, Sp.KE., S.H

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Anugerah Wahyu Adi Prasetyo

NIM : 30101900027

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

**“PERBEDAAN PERSEPSI TENAGA KESEHATAN TERHADAP
PRAKTIK KOLABORASI INTERPROFESI PADA PUSKESMAS
DENGAN IMPLEMENTASI BAIK DAN IMPLEMENTASI BURUK ”**

Adalah benar hasil karya saya dan penuh kesadaran bahwa saya tidak melakukan Tindakan plagiat atau mengambil seluruh atau sebagian besar karya orang lain tanpa menyebutkan sumbernya. Jika terbukti saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi berdasarkan ketentuan yang berlaku.

Semarang, 17 April 2023

Yang menyatakan,



Anugerah Wahyu Adi Prasetyo

PRAKATA

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala puja dan puji syukur penulis panajatkan kepada Allah SWT karena atas izin, berkat, dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Perbedaan persepsi tenaga kesehatan terhadap praktik kolaborasi interprofesi pada puskesmas dengan implementasi baik dan implementasi buruk”. skripsi ini disusun sebagai syarat kelulusan untuk mencapai gelar sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung.

Dalam menyelesaikan skripsi ini tidak lepas dari segala bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung berupa bimbingan, dukungan, dan doa dari semua pihak. Penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. dr. H. Setyo Trisnandi, Sp.KF, SH selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung
2. Dr. dr. Suryani Yuliyanti, M.Kes selaku dosen pembimbing I dan Endang Lestari, SS., M.Pd., M.Pd.Ked., Ph.D selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan waktu, pikiran, tenaga untuk mengajarkan, mengarahkan, dan membimbing penulis dalam menyusun skripsi ini
3. dr. H. Masyhudi AM, M.Kes., selaku dosen penguji I dan dr. Ken Wirastuti, M.Kes, Sp.N, KIC selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan ilmu, arahan, saran serta kesabarannya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini hingga akhir.

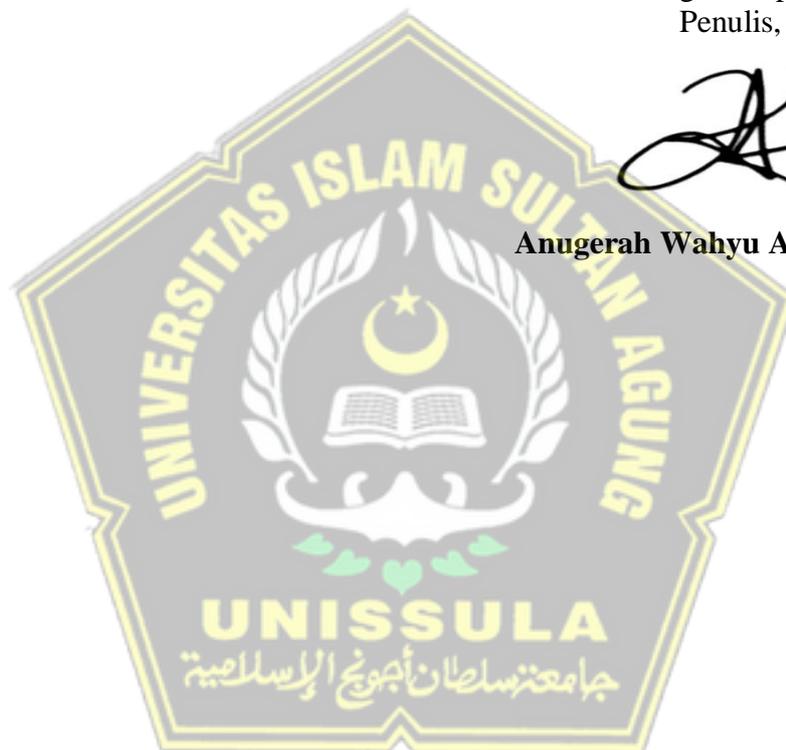
4. Bapak Mulyo,S.kep.,Ns dan Ibu Wahyu Indrijarini,SST orang tua saya yang selalu memberi motivasi, nasihat, serta doa sehingga saya dapat menjadi orang yang bermanfaat di masa mendatang.
5. dr. Devy Maya Kusuma Sari, dr. Ramdhan Nur Hidayat, dan seluruh tim Operator Sunat Indonesia yang selalu memberi saya motivasi dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah
6. Yoja Oktaviana Resty,S.M beserta keluarga di Demak yang selalu memberikan doa dan dukungan kepada penulis
7. Dinas Kesehatan Kota Semarang yang sudah memberikan ijin untuk melakukan penelitian di Puskesmas Bangetayu dan Puskesmas Genuk Semarang
8. dr. Aris Maulana, Bidan Esti Wijayanti, S.Tr.Keb., Bidan Nur Sri Pujiati, A.Md.Keb., dan Staf Puskesmas Bangetayu yang telah membimbing, mendukung, dan membantu ketika pengambilan data di Puskesmas Bangetayu Semarang.
9. Bidan Eny Susilawati, S.Tr.Keb dan Staf Puskesmas Genuk yang telah membimbing, mendukung, dan membantu ketika pengambilan data di Puskesmas Genuk Semarang
10. Rekan-rekan saya yang telah memberikan dukungan serta berjuang bersama saya selama ini. Serta seluruh pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan semangat serta doa untuk penulis

Skripsi ini masih masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran membangun untuk penelitian ini. Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi ilmu pengetahuan khususnya bidang kedokteran

Semarang, 17 April 2023
Penulis,



Anugerah Wahyu Adi Prasetyo



DAFTAR ISI

| | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PENGESAHAN | Error! Bookmark not defined. |
| SURAT PERNYATAAN..... | iii |
| PRAKATA | iv |
| DAFTAR ISI | vii |
| DAFTAR SINGKATAN | x |
| DAFTAR GAMBAR | xi |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| INTISARI..... | xiv |
| BAB I LATAR BELAKANG | 1 |
| 1.1. Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Rumusan masalah..... | 5 |
| 1.3. Tujuan Penelitian | 5 |
| 1.3.1. Tujuan Umum..... | 5 |
| 1.3.2. Tujuan Khusus..... | 5 |
| 1.4. Manfaat Penelitian | 6 |
| 1.4.1. Manfaat Teoritis | 6 |
| 1.4.2. Manfaat Praktis..... | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 7 |
| 2.1. Persepsi..... | 7 |
| 2.1.1. Definisi | 7 |
| 2.1.2. Proses Terjadinya Persepsi..... | 7 |
| 2.1.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi | 9 |
| 2.2. Praktik Kolaborasi Interprofesi..... | 11 |
| 2.2.1. Definisi | 11 |
| 2.2.2. Manfaat Kolaborasi Interprofesi..... | 12 |
| 2.2.3. Komponen Praktik Kolaborasi Interprofesi | 13 |
| 2.2.4. Faktor yang Mempengaruhi Implementasi IPCP | 14 |

| | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.3. | Tenaga Kesehatan | 20 |
| 2.3.1. | Definisi..... | 20 |
| 2.4. | Antenatal Care Terpadu..... | 22 |
| 2.4.1. | Definisi | 22 |
| 2.4.2. | Tujuan <i>Antenatal Care</i> (ANC) Terpadu | 23 |
| 2.4.3. | Prosedur <i>Antenatal Care</i> Terpadu (ANC)..... | 24 |
| 2.4.4. | Manfaat <i>Antenatal Care</i> Terpadu (ANC) | 29 |
| 2.4.5. | Perbedaan persepsi tenaga kesehatan terhadap praktik kolaborasi interprofesi pada puskesmas dengan implementasi baik dan implementasi buruk..... | 30 |
| 2.5. | Kerangka Teori | 32 |
| 2.6. | Kerangka Konsep | 32 |
| 2.7. | Hipotesis | 33 |
| BAB III METODOLOGI PENELITIAN..... | | 34 |
| 3.1. | Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian..... | 34 |
| 3.2. | Variabel dan Definisi Operasional | 34 |
| 3.2.1. | Variabel Penelitian..... | 34 |
| 3.2.2. | Definisi Operasional | 34 |
| 3.3. | Populasi dan Sampel | 36 |
| 3.3.1. | Populasi Penelitian..... | 36 |
| 3.3.2. | Sampel Penelitian..... | 36 |
| 3.3.3. | Kriteria Sampel..... | 37 |
| 3.4. | Instrumen dan Bahan Penelitian | 37 |
| 3.4.1. | Indikator Individu | 38 |
| 3.4.2. | Indikator Kelompok | 38 |
| 3.4.3. | Indikator Organisasi..... | 38 |
| 3.5. | Alur Penelitian | 40 |
| 3.6. | Tempat dan Waktu | 41 |
| 3.7. | Analisis Data..... | 41 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | | 42 |
| 4.1. | Hasil Penelitian | 42 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.1.1. Karakteristik Subjek Penelitian | 42 |
| 4.1.2. Hasil uji Validitas dan Reliabilitas | 44 |
| 4.1.3. Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Kolaborasi Interprofesi ... | 48 |
| 4.1.4. Hasil Uji Normalitas dan Uji Homogenitas | 49 |
| 4.1.5. Hasil Uji Beda Pada Tingkat Individu, Tingkat Kelompok, Tingkat Organisasi, Dan Indikatornya | 51 |
| 4.2. Pembahasan | 52 |
| BAB V KESIMPULAN | 56 |
| 5.1. Kesimpulan | 56 |
| 5.2. Saran | 56 |
| DAFTAR PUSTAKA | 58 |
| LAMPIRAN | 63 |



DAFTAR SINGKATAN

| | |
|------|---------------------------------------------------------|
| ANC | : <i>Antenatal Care</i> |
| BBLR | : Bayi Berat Lahir Rendah |
| IPCP | : <i>Interprofessional collaboration practice</i> |
| PITC | : <i>Provider Initiated Testing And Counselling</i> |
| TIPK | : Tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan dan Konseling |
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |



DAFTAR GAMBAR

| | |
|---------------------------------------|----|
| Gambar 2.1. Kerangka Teori..... | 32 |
| Gambar 2.2. Kerangka Konsep | 32 |
| Gambar 3.1. Skala <i>Likert</i> | 39 |
| Gambar 3.2. Alur Penelitian..... | 40 |



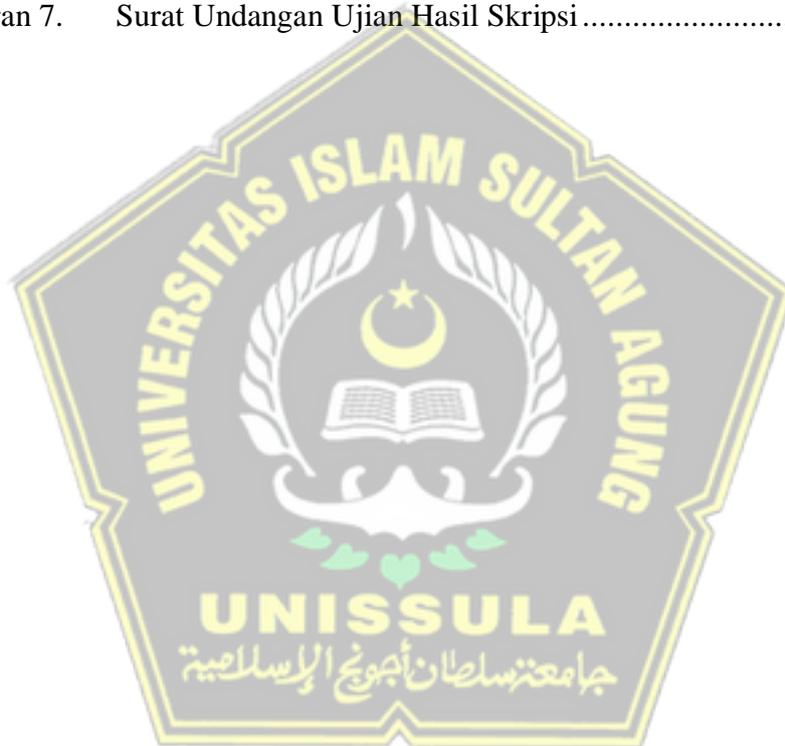
DAFTAR TABEL

| | | |
|------------|------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 4.1. | Karakteristik Sample | 43 |
| Tabel 4.2. | Instrumen Penelitian | 44 |
| Tabel 4.3. | Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Kolaborasi Interprofesi | 48 |
| Tabel 4.4. | Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas | 50 |
| Tabel 4.5. | Indikator Hasil Pada Uji <i>Mann-Whitney</i> | 51 |



DAFAR LAMPIRAN

| | | |
|-------------|---------------------------------------------------|----|
| Lampiran 1. | Surat Izin Penelitian Puskesmas Genuk..... | 63 |
| Lampiran 2. | Surat Izin Penelitian Puskesmas Bangetayu..... | 64 |
| Lampiran 3. | <i>Ethical Clearance</i> | 65 |
| Lampiran 4. | Surat Selesai Penelitian Puskesmas Genuk | 66 |
| Lampiran 5. | Surat Selesai Penelitian Puskesmas Bangetayu..... | 67 |
| Lampiran 6. | Dokumentasi Penelitian | 68 |
| Lampiran 7. | Surat Undangan Ujian Hasil Skripsi..... | 69 |



INTISARI

Praktik kolaborasi interprofesi dipercaya dapat meningkatkan implementasi pelayanan kesehatan ibu dan janin. Persepsi positif pada seluruh tenaga kesehatan yang terlibat sangat diperlukan untuk penerapan praktik kolaborasi interprofesi agar terlaksana dengan baik. Namun pada kenyataannya persepsi profesi kesehatan terhadap praktik kolaborasi interprofesi masih berbeda. Tujuan Penelitian ini adalah mengetahui perbedaan persepsi tenaga kesehatan terhadap praktik kolaborasi interprofesi pada puskesmas dengan implementasi baik dan implementasi buruk.

Penelitian observasional analitik ini menggunakan desain *cross-sectional* dengan sampel 17 tenaga kesehatan di Puskesmas Genuk dan 32 tenaga kesehatan di Puskesmas Bangetayu. Instrumen yang digunakan adalah *Perception of Interprofessional Collaboration Model Questionnaire* (PINCOM-Q) yang menilai persepsi total, persepsi tingkat individu, persepsi kelompok, dan persepsi organisasi. Kemudian, data diuji dengan *Independent T-test* dan uji *Mann-Whitney*

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji komparatif Chi-Square menunjukkan bahwa kedua kelompok sama dan sebanding pada seluruh karakteristik ($p\text{-value} > 0,05$). Hasil uji *Independent T-test* dan uji *Mann-Whitney* menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada seluruh indikator persepsi pada kedua kelompok ($p\text{-value} > 0,05$).

Penelitian ini menyimpulkan tidak ditemukan perbedaan persepsi mengenai praktik kolaborasi interprofesi pada puskesmas yang telah mengimplementasikan kolaborasi interprofesi baik dan puskesmas yang belum mengimplementasikan kolaborasi interprofesi.

Kata kunci: Kolaborasi Interprofesi, *Antenatal Care*, Persepsi Tenaga Kesehatan

BAB I

LATAR BELAKANG

1.1. Latar Belakang

Praktik kolaborasi interprofesi (IPCP) terjadi ketika tenaga kesehatan dari latar belakang profesional yang berbeda bekerja sama dengan pasien, keluarga, dan masyarakat untuk memberikan perawatan dengan kualitas terbaik (*World Health Organization*, 2013) . Kolaborasi berbasis tim untuk memberikan layanan *antenatal care* terpadu yang terkoordinasi akan meningkatkan implementasi pelayanan kesehatan ibu dan janin (*Ketcherside et al.*, 2017). IPCP yang telah dilakukan oleh berbagai tenaga kesehatan untuk mencapai tujuan dan memberi manfaat bersama (*Ita et al.*, 2021). Praktek kolaborasi dapat menurunkan angka komplikasi, lama rawat di rumah sakit, konflik diantara tim kesehatan, dan tingkat kematian. Dibidang kesehatan maternal, praktek kolaboratif dapat meningkatkan kepuasan pasien dan tim kesehatan, mengurangi durasi pengobatan, mengurangi biaya perawatan, mengurangi insiden bunuh diri, dan mengurangi kunjungan rawat jalan (*Fatalina et al.*, 2015). Pada IPCP yang tidak terimplementasi dengan baik dapat membuat pasien merasa bingung sebab mendapatkan saran yang berbeda dari beberapa profesi yang memberikan pelayanan, kesalahpahaman antara dokter perawat dan bidan terhadap kondisi pasien yang pada akhirnya menurunkan kualitas pelayanan (*Purba & Anggorowati*, 2018). Meskipun memiliki banyak keunggulan, di beberapa rumah sakit besar di wilayah Indonesia belum terlihat adanya kolaborasi tim yang setara dan kemitraan

(Kemenkes RI, 2013). Tumpang tindih peran antar tenaga kesehatan bisa terjadi karena kurangnya pemahaman suatu tenaga kesehatan terhadap kompetensi tenaga kesehatan lainnya atau kurangnya komunikasi antar tenaga kesehatan dalam kerjasama tim dan berkolaborasi (Insani & Purwito, 2020).

Penelitian melaporkan bahwa persepsi kolaborasi interprofesi yang buruk menyebabkan kegagalan perawatan pasien di seluruh dunia (Hanum & Findyartini, 2020). Di Amerika Serikat pada tahun 2010, dilaporkan 13,5% pasien mengalami kejadian buruk. Sedangkan Pada tahun 2011, berdasarkan data Joint Commission Sentinel Event Statistik menerima 1.243 laporan merupakan akumulasi 60% data yang diterima karena masalah kolaborasi interprofesi. (Kusumaningrum *et al.*, 2019). Praktik kolaboratif yang tidak terimplementasi menyebabkan hubungan yang buruk antara profesi kesehatan dan pasien. Sehingga menyebabkan kegagalan terapi dan peningkatan komplikasi pada pasien (Farzi *et al.*, 2017). Pada penelitian Paryanto (2006), terkait dengan praktik kolaborasi perawat-dokter menunjukkan 46,7% mempersepsikan kolaborasi kurang baik. Kolaborasi di layanan kesehatan tersebut disebabkan perawat kurang terampil dalam melaksanakan tugas rutin klinis (Hardin, 2019). Perbedaan persepsi menyebabkan risiko buruknya kolaborasi interprofesi, sehingga praktik kerjasama tidak dilakukan dengan baik yang pada gilirannya meningkatkan risiko adanya kesalahan dalam pengelolaan asuhan pasien dan mempengaruhi kualitas kesehatan pasien (Abd Hamid *et al.*, 2016). Penelitian yang dilakukan

di Jepang terhadap implementasi IPCP pada tatalaksana pasca gempa dan tsunami cukup efektif meningkatkan kolaborasi antar tenaga kesehatan sebanyak 78%. (Siokal & Wahyuningsih, 2019). Implementasi kolaborasi interprofesi yang baik di institusi pelayanan kesehatan mendukung persepsi positif tenaga kesehatan terhadap IPCP. Sebaliknya, praktik kolaborasi yang baik juga akan dilakukan oleh tenaga kesehatan jika memiliki persepsi positif terhadap IPCP (Fatalina *et al.*, 2015).

Dalam implementasi kolaborasi interprofesi, setiap tenaga kesehatan sebaiknya mempunyai persepsi yang sama dan baik tentang kolaborasi interprofesi (Hanum & Findyartini, 2020). Profesi dokter masih sangat mendominasi dalam penerapan kolaborasi interprofesi, kondisi tersebut terjadi perbedaan persepsi (Annisa *et al.*, 2021). Berdasarkan penelitian mengenai pengaruh persepsi dan identitas profesi terhadap kolaborasi interprofesi di puskesmas menunjukkan bahwa persepsi tentang pembagian tugas dan identitas profesi akan meningkat seiring dengan peningkatan pemahaman kolaborasi interprofesi (Pamungkasari & Parwatiningsih, 2020). Penelitian yang dilakukan di RSUP DR. Sardjito melaporkan bahwa tenaga kesehatan masih belum memiliki kerjasama yang baik antar profesi (Fatalina *et al.*, 2015). Penelitian di Yunani melaporkan bahwa tenaga kesehatan belum memiliki persepsi dan pandangan yang sama mengenai komponen dalam kolaborasi seperti distribusi tugas, peran, komunikasi dan pengambilan keputusan (Matziou *et al.*, 2014). Hasil penelitian di Belanda tentang persepsi terhadap praktik kolaborasi interprofesi didapatkan bahwa persepsi antar

tenaga kesehatan masih berbeda (Romijn *et al.*, 2018). Upaya penerapan praktik kolaborasi interprofesi yang baik harus didukung dengan adanya persepsi yang baik dari setiap tenaga kesehatan (Purba, 2019).

Implementasi persepsi kolaborasi interprofesi antar tenaga kesehatan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dipuskesmas yang telah menerapkan IPCP sehingga meningkatkan kepuasan pasien dan tenaga kesehatan (Purba & Anggorowati, 2018). Salah satu model pelayanan kesehatan kolaboratif adalah pelayanan *antenatal care* terpadu. *Antenatal Care* (ANC) terpadu merupakan salah satu praktik kolaborasi interprofesi yang dilakukan secara komprehensif mencakup upaya promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dan berkualitas kepada seluruh ibu hamil (Kemenkes RI, 2016). Meskipun demikian, kolaborasi interprofesi dalam pelayanan *antenatal care* terpadu dinilai masih kurang baik, hal ini berkaitan dengan persepsi yang dimiliki oleh tenaga kesehatan yang masih belum sama (Romijn *et al.*, 2018). Sakai (2017) dalam penelitiannya tentang efektivitas kolaborasi interprofesi melaporkan terdapat enam poin yang harus diperhatikan diantaranya adalah sikap dan keyakinan sebagai profesional, kemampuan mengolah persepsi, berperan sebagai profesional, pelayanan yang adekuat, kemampuan mengelola pasien dan fokus pada tujuan yaitu pasien (Sakai *et al.*, 2017). Secara umum, pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) terpadu di negara-negara berkembang Asia kurang optimal yang disebabkan oleh pemeriksaan yang tidak teratur, waktu tunggu yang lama, dan umpan balik yang buruk kepada pasien (Kawungezi *et al.*, 2015). Selain itu, sejauh

ini belum ada laporan mengenai perbedaan persepsi tenaga kesehatan mengenai IPCP pada institusi yang sudah menerapkan *antenatal care* terpadu. Pada penelitian sebelumnya dilaporkan bahwa kolaborasi interprofesi melalui pelayanan ANC terpadu di Puskesmas Bangetayu telah diterapkan baik. Sedangkan, di Puskesmas Genuk kolaborasi interprofesi melalui ANC terpadu belum diterapkan dengan baik (Yuliyanti *et al.* 2021). Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui persepsi tenaga kesehatan terhadap IPCP pada institusi pelayanan kesehatan yang sudah menerapkan IPCP pada ANC terpadu dan pada institusi pelayanan kesehatan yang belum menerapkan IPCP pada ANC terpadu.

1.2. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, permasalahan yang diteliti adalah “Apakah terdapat perbedaan persepsi tenaga kesehatan terhadap praktik kolaborasi interprofesi pada puskesmas dengan implementasi kolaborasi interprofesi yang baik dan buruk?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan persepsi tenaga kesehatan terhadap praktik kolaborasi interprofesi pada puskesmas dengan implementasi kolaborasi interprofesi baik dan implementasi buruk.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1. Mengetahui persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi praktik kolaborasi interprofesi pada puskesmas dengan implementasi kolaborasi interprofesi baik.

1.3.2.2. Mengetahui persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi praktik kolaborasi interprofesi pada puskesmas dengan implementasi kolaborasi interprofesi buruk.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya tentang perbedaan persepsi tenaga kesehatan terhadap praktik kolaborasi interprofesi pada puskesmas dengan implementasi kolaborasi interprofesi baik dan implementasi kolaborasi interprofesi buruk di masa mendatang.

1.4.2. Manfaat Praktis

Menjadi salah satu bahan pertimbangan bagi pembuat kebijakan (*policy maker*) dalam merencanakan implementasi praktik kolaborasi interprofesi dalam pelayanan *antenatal care* terpadu di pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Persepsi

2.1.1. Definisi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, persepsi merupakan hasil umpan balik hasil dari sikap menerima setelah mendapat informasi tentang sesuatu yang diperoleh (Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2019). Persepsi merupakan suatu proses yang dimulai dari penggunaan panca indera dan menerima stimulus kemudian di integrasikan dan di interpretasikan sehingga memiliki pemahaman tentang apa yang diindera (Saifuddin, 2018).

2.1.2. Proses Terjadinya Persepsi

Persepsi dapat terjadi jika terdapat:

1. Objek yang memberikan rangsangan

Timbulnya persepsi oleh adanya individu atau objek lain yang dapat memberikan rangsangan dari dalam diri individu maupun dari lingkungan.

2. Adanya inisiasi berupa perhatian

Terbentuknya persepsi kelompok maupun individu bergantung pada objek yang menjadi pusat perhatian untuk di persepsikan. Maka dari itu, perlu kelengkapan data dan faktor-

faktor yang menginisiasi pembentukan kualitas persepsi dari reseptor.

3. Terdapat penerima

Penerimaan atau penolakan yang dilakukan oleh seseorang dalam menerima suatu pendapat dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor dari luar dalam proses penyamaan persepsi.

4. Sinergi dari saraf sensoris untuk membawa informasi ke otak sebagai proses timbulnya persepsi

Persepsi sebagai makna berdasarkan pengalaman masa lalu dan stimulus berupa rangsangan yang diterima melalui panca indera. Selanjutnya proses tersebut mencakup pengindraan, lalu informasi tersebut diolah dan diinterpretasikan menjadi sebuah persepsi yang sempurna.

Proses terjadinya persepsi dibagi menjadi tiga fase:

a. Fase fisik

Fase ini mencakup objek yang menjadi stimulus rangsangan yang akan diterima reseptor.

b. Fase fisiologis

Fase ini berasal dari impuls yang diterima oleh reseptor yang dihantarkan oleh saraf sensoris menuju otak untuk diolah.

c. Fase psikologis

Fase ini mencakup proses pembentukan persepsi yang ada di otak sehingga menjadi persepsi individu (Sunaryo, 2013)

2.1.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Menurut (Rahmat, 2013), faktor-faktor yang berpengaruh pada munculnya persepsi:

1. Faktor fungsional

Faktor-faktor ini mencakup faktor yang berkaitan dengan individu yang akan menerima stimulus untuk dipersepsikan. Faktor ini terdiri dari kebutuhan, perasaan dan suasana hati, kesenangan, dan pengalaman individu itu sendiri. Pengalaman seseorang sangat mempengaruhi penerimaan informasi dan persepsi seseorang seperti pendidikan dan pengalaman kerja profesi dokter terkait kolaborasi interprofesi akan meningkatkan pengetahuannya terhadap tugas dan peran dari profesi lainnya sehingga akan meningkatkan penerimaan dan persepsi dari praktik kolaborasi interprofesi (Fatalina *et al.*, 2015).

2. Faktor struktural

Faktor-faktor ini mencakup objek yang memberikan stimulus rangsang, dan dampak sistem saraf.

Menurut (Walgito, 2010), faktor-faktor yang berperan dalam persepsi yaitu objek yang memberikan rangsangan, alat indera dan

sistem saraf yang menangkap dan menghantarkan rangsangan untuk dipersepsikan, serta perhatian dari individu untuk membuat persepsi. Akan tetapi masing-masing individu pada saat yang bersamaan juga dapat memiliki persepsi yang berbeda akan suatu rangsangan stimulus. Hal ini dipengaruhi oleh perbedaan individu, kepribadian, sikap, dan motivasi. Perbedaan-perbedaan ini juga didasari oleh:

1. Pengalaman

Persepsi timbul dari proses atau hal yang sudah terjadi sebelumnya sehingga persepsi sangat dipengaruhi harapan dan pengalaman. Semakin banyak pengalaman kerja yang melibatkan kolaborasi maka adanya peningkatan frekuensi tatap muka dan hubungan antar tenaga kesehatan sehingga dapat meningkatkan persepsi positif tentang praktik kolaborasi interprofesi (Yusra *et al.*, 2019).

2. Proses Belajar

Proses persepsi juga didukung dengan bagaimana individu belajar dari sebuah pengalaman dan pengetahuan individu tentang objek yang dipersepsikan. Kolaborasi interprofesi saat ini sudah menjadi bagian dari standar kurikulum pendidikan kesehatan yaitu pendidikan kolaborasi interprofesi (*interprofesional education*) (Muktamiroh *et al.*, 2019). Sikap kolaboratif dan komunikatif antar tenaga kesehatan merupakan salah satu standar kompetensi

yang harus dipenuhi oleh tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, dan bidan (KODEKI, 2012).

3. Pengetahuan

Pengetahuan dapat mendasari wawasan individu terhadap sesuatu dan pengetahuan juga mempengaruhi perhatian individu dalam mengadakan persepsi. Pengetahuan berbanding lurus dengan pengalaman sehingga peningkatan pengalaman interaksi antar tenaga kesehatan akan meningkatkan pengetahuan tentang tugas dan peran akan tenaga kesehatan yang lain sehingga akan memberikan poin positif terhadap praktik kolaborasi interprofesi (Yusra *et al.*, 2019)

2.2. Praktik Kolaborasi Interprofesi

2.2.1. Definisi

Kolaborasi interprofesi merupakan bentuk kolaborasi dan komunikasi di antara tenaga kesehatan dengan pendekatan terkoordinasi untuk berbagai pengambilan keputusan tentang masalah kesehatan untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan dapat diandalkan dan berkelanjutan untuk hasil yang lebih optimal dalam perawatan (Kusumaningrum *et al.*, 2019). Kolaborasi interprofesi dipandang sebagai tenaga kesehatan profesional yang memiliki peran untuk melakukan tugas yang saling bergantung, dan berbagai tujuan sesuai kesepakatan dari berbagai persepsi serta menghargai keahlian dan kontribusi masing-masing pada perawatan pasien (Gagliardi *et*

al., 2011). Kolaborasi interprofesi diperlukan adanya aturan perawatan untuk mengoptimalkan kesehatan pasien (Minamizono, 2013).

2.2.2. Manfaat Kolaborasi Interprofesi

Kolaborasi perawat dengan tim medis lainnya sangat bermanfaat dalam menjalankan tugasnya untuk memberikan asuhan keperawatan yang baik dan benar, menurut (Syafriyani, 2019) manfaat yang didapat dari kolaborasi antara perawat dan tim medis lainnya adalah sebagai berikut:

1. Kemampuan dari pelayanan kesehatan yang berbeda dapat terintegrasikan sehingga terbentuk tim yang fungsional
2. Kualitas pelayanan kesehatan dan jumlah penawaran pelayanan meningkat sehingga masyarakat mudah menjangkau pelayanan kesehatan
3. Bagi tim medis dapat saling berbagi pengetahuan dari tenaga kesehatan lainnya dan menciptakan kerjasama tim yang kompak
4. Memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan menggabungkan keahlian unik profesional
5. Memaksimalkan produktivitas serta efektivitas dan efisiensi sumber daya
6. Meningkatkan kepuasan profesionalisme, loyalitas, dan kepuasan kerja
7. Peningkatan akses ke berbagai pelayanan kesehatan

8. Peningkatan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan
9. Memberikan kejelasan peran dalam berinteraksi antar tenaga kesehatan profesional sehingga dapat saling menghormati dan bekerja sama
10. Untuk tim kesehatan memiliki pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman (Syafridayani, 2019)
11. Peningkatan persepsi positif tenaga Kesehatan mengenai IPCP (Fatalina *et al.*, 2015)

2.2.3. Komponen Praktik Kolaborasi Interprofesi

Menurut Sullivan, terhadap empat hal yang berperan dalam sikap seseorang kolaborasi, yaitu:

1. Koordinasi

Koordinasi merupakan hal penting dalam mewujudkan kerjasama yang baik agar mencapai tujuan bersama dan melengkapi kekurangan serta memastikan hasil akhir sesuai dengan tujuan kolaborasi dilakukan.

2. Kerjasama

Kerjasama berhubungan dengan kontribusi terhadap tim serta memahami kontribusi dari anggota tim yang berhubungan sehingga timbul suasana tim yang mendukung.

3. Pengambilan keputusan

Dalam menentukan keputusan dari setiap pemberian terapi serta hasil akhir pasien mengambil prinsip negosiasi, komunikasi, keterbukaan, dan kepercayaan.

4. Kemitraan

Suatu kerjasama harus memiliki hubungan terbuka dan saling menghormati dimana semua anggota bekerja secara adil tanpa ada yang memberatkan beberapa pihak yang bersangkutan (Morley & Cashell, 2017).

2.2.4. Faktor yang Mempengaruhi Implementasi IPCP

Menurut Mulvale, Praktik Kolaborasi dipengaruhi oleh empat faktor besar, yaitu:

1. Faktor Makro

Faktor makro merupakan faktor terbesar karena melingkupi dan mempengaruhi faktor-faktor yang lain. Faktor makro terkait pembuat kebijakan yaitu pemerintah, dimana seperangkat kebijakan yang ditetapkan oleh pemerintah dalam mengatur regulasi sistem kesehatan baik fasilitas layanan kesehatan, penyedia layanan kesehatan, maupun profesional kesehatan dapat mendukung atau membatasi praktik kolaborasi interprofesi itu sendiri. Sistem kesehatan yang terputus-putus dan terfragmentasi akan melemahkan kolaborasi tenaga kesehatan.

2. Faktor Meso

Faktor meso atau faktor organisasional terdiri dari dua komponen ialah sistem informasi formal dan kebudayaan organisasi yang menggambarkan kebudayaan kelompok. Faktor organisasional ini terkait dengan kepemimpinan, pengetahuan dan pelatihan, serta komunikasi antar anggota kelompok.

3. Faktor Mikro

Faktor mikro merupakan faktor yang terkait dengan kelompok, dimana dalam suatu kelompok kolaborasi harus menggunakan prinsip kepercayaan, keterbukaan, pembagian tugas berdasarkan pengetahuan dan pengalaman bukan tingkat Pendidikan. Faktor mikro mencakup empat hal, yaitu:

a. Struktur kelompok

Struktur kelompok berpengaruh terkait dengan fasilitasi kelompok dan jumlah anggota kelompok kolaborasi. Semakin banyak jumlah dan perbedaan profesi yang terlibat dalam suatu kolaborasi maka semakin kompleks pembagian kewenangan dan proses kolaborasi.

b. Proses sosial

Proses sosial meliputi hubungan antar anggota kelompok, dimana hubungan yang baik didukung dengan keterbukaan komunikasi, dukungan antar anggota kelompok, dan manajemen konflik yang baik.

c. Proses formal

Proses formal kelompok terkait tujuan kelompok, kualitas dan proses pemeriksaan keuangan, proses penyelesaian masalah, pengenalan anggota kelompok, pertemuan kelompok, dan proses pengambilan keputusan.

d. Sikap anggota kelompok

Setiap anggota kelompok harus mendukung terlaksananya kerja tim dengan memberikan inovasi, melengkapi kekurangan, dan merasa sebagai bagian dari kelompok.

4. Faktor Individual

Faktor individu terkait dengan bagaimana seorang professional kesehatan melihat praktik kolaborasi interprofesi. Faktor ini terkait persepsi dan penerimaan tiap individu, keyakinan terhadap praktik kolaborasi, fleksibilitas dalam memahami perbedaan. Perbedaan persepsi dan kurangnya sikap fleksibel individu akan menghambat praktik kolaborasi interprofesi (Mulvale *et al.*, 2016)

Menurut (Yusra *et al.*, 2019), faktor-faktor yang mempengaruhi praktik kolaborasi interprofesi terdiri dari dua, yaitu:

1. Faktor pendukung

Faktor pendukung merupakan faktor yang mendorong dan mengoptimalkan praktik kolaborasi interprofesi berjalan. Faktor pendukung terdiri dari:

a. Pemahaman yang memadai tentang profesi yang lain

Peran pendidikan dan pelatihan mengenai praktik kolaborasi interprofesi sangat berpengaruh dalam pentingnya pemahaman bahwa dalam pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan saling membutuhkan profesi yang lainnya (Minamizono, 2013). Pemahaman ini penting agar timbulnya kesadaran bahwa layanan kesehatan tidak bisa disediakan oleh satu jenis profesi saja, sehingga perlu kontribusi dari profesi yang lain.

b. Memahami peran masing-masing sebagai anggota kelompok kolaborasi

Interaksi antar tenaga kesehatan akan lebih lancar karena setiap profesi tahu akan tugas dan tanggung jawab sendiri, serta tugas dan tanggung jawab profesi lain sesama anggota kelompok. Menurut (Minamizono, 2013) frekuensi pertemuan antar profesi yang lain dapat merangsang komunikasi dan

kolaborasi sehingga dapat meningkatkan pemahaman akan profesi lain.

- c. Memiliki sistem manajemen dan SOP layanan kesehatan yang mendukung praktik kolaborasi interprofesi. Regulasi dan SOP yang relevan berfungsi sebagai dasar dari praktik kolaborasi interprofesi, dimana SOP akan melegitimasi dan menyediakan panduan tentang kerja tim yang efektif.
- d. Rasa kebersamaan pendekatan antar individu dalam kelompok kolaborasi penting karena dapat meningkatkan kolaborasi. Hubungan antar personal yang baik akan menimbulkan rasa kebersamaan sebagai suatu tim.
- e. Memprioritaskan keselamatan pasien. Adanya kesadaran akan pentingnya keselamatan pasien pada setiap tenaga kesehatan dapat memperkuat kolaborasi.
- f. Faktor pendukung yang lain. Faktor-faktor pendukung lain yang dapat menunjang praktik kolaborasi interprofesi adalah infrastruktur, pembagian tugas sesuai kompetensi dan otoritas, dan kepemimpinan yang konstruktif dan sederajat.
- g. Persepsi postif profesi esehatan mengenai IPCP (KODEKI, 2012)

2. Faktor penghambat

Faktor penghambat merupakan faktor yang dapat mengganggu proses dan hasil praktik kolaborasi interprofesi, yaitu:

a. Kurangnya komunikasi

Faktor yang paling signifikan mengganggu jalannya kolaborasi. Hal-hal yang menghambat komunikasi seperti salah interpretasi pesan dan lambatnya respon setelah menerima pesan.

b. Konflik antar individu atau antar profesi

Faktor kedua yang signifikan mengganggu kolaborasi adalah adanya konflik antar individu dalam kelompok, karena selain melibatkan individu sebagai seorang professional kesehatan tetapi juga melibatkan manusia sebagai suatu individu.

c. Distribusi tugas yang tidak jelas

Pada kenyataannya di lingkungan kerja masih terjadi kebingungan mengenai peran dan tanggung jawab masing-masing profesi, meskipun masing-masing profesi telah melalui serangkaian kompetensi inti.

d. Faktor sistemik

Dikatakan sistemik karena faktor ini mempengaruhi hampir semua faktor yang lain seperti tidak efisiennya

penjadwalan tugas, kurangnya sumber daya manusia, dan kurangnya pemahaman tentang SOP.

e. Kurangnya kompetensi anggota kelompok

Kurangnya kompetensi akan mempengaruhi kerja tim sehingga akan menghambat tujuan kolaborasi.

f. Faktor penghambat lain

Faktor lain yang dapat menghambat adalah peraturan yang tidak sinkron, pemahaman yang tidak memadai tentang profesi lain, ketidaksetaraan antar profesi. (Kusumaningrum *et al.*, 2019)

2.3. Tenaga Kesehatan

2.3.1. Definisi

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, tenaga kesehatan adalah bidang pekerjaan dalam kesehatan yang dilandasi dengan pendidikan keahlian, keterampilan, kejujuran, dan keahlian sesuai dengan profesinya (Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2019). Berdasarkan pengertian tersebut, tenaga kesehatan merupakan sekelompok tim pelayan professional yang mempunyai aturan yang jelas. Serta mempunyai tujuan umum yang berbeda serta saling memberikan kontribusi yang baik dalam pelayanan kesehatan (Titania, 2013).

Berdasarkan (Kemenkes RI, 2017) Prinsip etika tenaga kesehatan dibagi menjadi tiga:

1. Tanggung jawab

Dalam melaksanakan pekerjaan dan pelaksanaannya hasil dimaksudkan supaya kaum professional diharapkan dapat bekerja dengan baik. Tugas yang dilakukannya dapat dipertanggung jawabkan dari segi tuntutan profesionalnya. Oleh karena itu, diterapkan dalam kompetisi prima, efisien, dan efektif.

2. Keadilan

Prinsip ini menekankan tenaga kesehatan untuk memberikan kepada siapa saja dan menjadi haknya untuk mendapatkan pelayanan. Dalam berprofesi tidak boleh melanggar hak orang lain, lembaga, atau negara. Sebaliknya tenagaprofessional perlu menghargai hak pihak lain.

3. Otonomi

Prinsip ini menuntut kelompok professional untuk memberikan kebebasan dalam menjalankan profesinya. Organisasi profesi ikut bertanggungjawab atas pelaksanaan profesi anggotanya. Oleh karenanya, organisasi profesi secara keseluruhan bebas dari campur tangan dari pihak pemerintah atau pihak lain.

2.4. Antenatal Care Terpadu

2.4.1. Definisi

Antenatal Care terpadu (*ANC*) merupakan suatu wadah pelayanan yang diberikan dari beberapa tenaga kesehatan kepada wanita selama hamil. Dengan pemantauan kesehatan secara fisik, psikologis, termasuk pertumbuhan dan perkembangan janin serta mempersiapkan proses persalinan dan kelahiran agar ibu siap menghadapi peran baru sebagai orang tua (Wagiyo, 2016). Menurut *World Health Organization*, *Antenatal care* terpadu didefinisikan sebagai asuhan yang diberikan oleh tenaga kesehatan profesional secara komprehensif untuk memastikan kondisi kesehatan ibu hamil (WHO, 2016). Komponen *antenatal care* terpadu berdasarkan (WHO, 2016) meliputi:

1. Identifikasi risiko

Mendeteksi adanya risiko tinggi dalam kehamilan dan persalinan juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan memantau keadaan janin. Pemeriksaan *antenatal care* terpadu (*ANC*) bagi ibu hamil untuk mendeteksi risiko kelainan-kelainan yang mungkin terjadi pada kehamilan.

2. Pencegahan

Antenatal care terpadu (*ANC*) mencegah secara langsung mengenai morbiditas ibu dan morbiditas pengobatan terkait kehamilan. Secara tidak langsung melalui identifikasi perempuan

dan anak perempuan dengan peningkatan risiko komplikasi selama persalinan dan melahirkan.

3. Promosi Kesehatan

Proses mengupayakan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan mereka.

2.4.2. Tujuan *Antenatal Care* (ANC) Terpadu

Menurut (Purwoastuti, 2015) tujuan *antenatal care* terpadu (ANC) adalah sebagai berikut:

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi
3. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau implikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar tumbuh kembangnya normal.

2.4.3. Prosedur *Antenatal Care* Terpadu (ANC)

Menurut (Kemenkes RI, 2016) menetapkan standar prosedur pelayanan *antenatal care* terpadu (ANC) dalam 10T antara lain:

1. Timbang berat badan dan tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*)

2. Tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai oedema pada wajah dan tungkai bawah, dan proteinuria).

3. Nilai status gizi (ukur LILA) (T3)

Pengukuran Lingkar Lengan Atas Lingkar Lengan Bawah (LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga

kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan atau tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4. Pengukuran tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin.

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit, atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6. Pemberian imunisasi TT (T6)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu

hamil diskriminasi status imunisasinya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi T ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan imunitas yang optimal

7. Pemberian tablet tambah darah (tablet Fe) (T7)

Untuk mencegah anemia zat besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

8. Tes Laboratorium (T8)

Pemeriksaan Laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

1. Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk

mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

2. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (HB)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester I dan sekali pada trimester III. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya, karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester II dilakukan atas indikasi.

3. Pemeriksaan protein dalam urine

Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester II dan III atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya protein uria pada ibu hamil. Protein uria merupakan salah satu penyebab terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

4. Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester I, sekali pada trimester II dan sekali pada trimester III.

5. Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil didaerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kunjungan pertama antenatal. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi

6. Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan didaerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

7. Pemeriksaan HIV

Tes HIV wajib ditawarkan oleh tenaga kesehatan kesemua ibu hamil secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin lainnya didaerah epidemi meluas dan terkonsentrasi dan didaerah epidemi HIV rendah penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB. Teknik penawaran ini disebut *Provider Initiated Testing And Counselling (PITC)* atau tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayan Kesehatan (TIPK).

8. Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar tidak memengaruhi kesehatan janin.

9. Tatalaksana Kasus / penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan rujukan.

10. Temu Wicara/Konseling (T10)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi: kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes HIV, inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, imunisasi, peningkatan kesehatan pada kehamilan.

2.4.4. Manfaat *Antenatal Care* Terpadu (ANC)

Menurut (Marniyati *et al.*, 2016) menjelaskan bahwa pemeriksaan *antenatal care* terpadu dapat memberikan manfaat terhadap janinya, antara lain:

1. Bagi ibu
 - a. Mengurangi dan menegangkan komplikasi kehamilan dan mengurangi penyulit masa antepartum

- b. Mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani ibu hamil dalam menghadapi proses persalinan
- c. Dapat meningkatkan kesehatan ibu pasca persalinan agar dapat memberikan ASI eksklusif
- d. Dapat melakukan proses persalinan secara aman.

2. Bagi janin

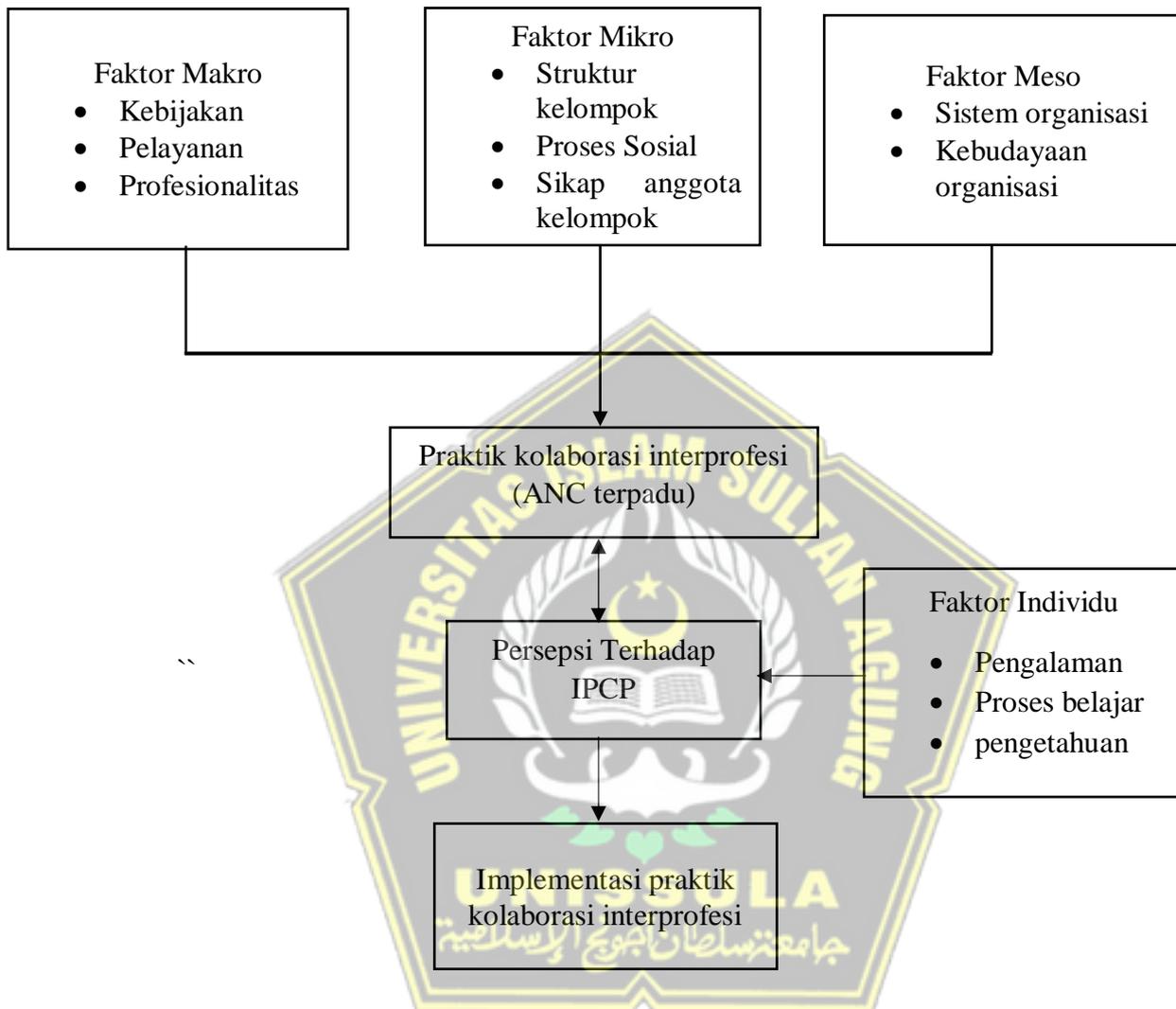
Sedangkan manfaat untuk janin adalah dapat memelihara kesehatan ibu sehingga mengurangi kejadian prematuritas, kelahiran mati, dan berat badan lahir rendah.

2.4.5. Perbedaan persepsi tenaga kesehatan terhadap praktik kolaborasi interprofesi pada puskesmas dengan implementasi baik dan implementasi buruk

Praktik kolaborasi interprofesi mengajak semua tenaga kesehatan yang memiliki latar belakang profesi yang berbeda (Walgito, 2010). Kolaborasi berbasis tim dengan persepsi baik memberikan layanan *antenatal care* terpadu yang terkoordinasi akan meningkatkan implementasi pelayanan kesehatan ibu dan janin (Ketcherside *et al.*, 2017). Hal ini didorong oleh perbedaan antar individu pada masing-masing tenaga kesehatan yang mempengaruhi persepsi dengan implementasi praktik kolaborasi interprofesi (Ulrich *et al.*, 2019). Pada IPCP yang tidak terimplementasi dengan baik dapat membuat pasien merasa bingung sebab mendapatkan saran yang berbeda dari beberapa profesi yang memberikan pelayanan,

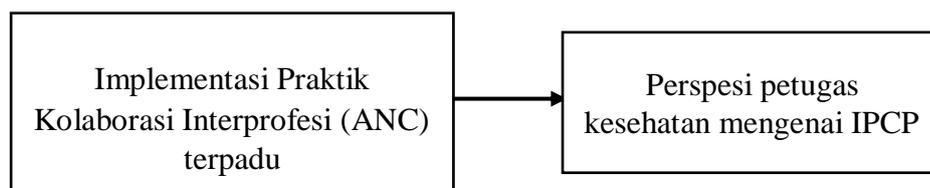
kesalahpahaman antara dokter perawat dan bidan terhadap kondisi pasien yang pada akhirnya menurunkan kualitas pelayanan (Purba & Anggorowati, 2018). Perbedaan persepsi terhadap praktik kolaborasi interprofesi antar tenaga kesehatan di latar belakang oleh keahlian, pendidikan, dan pengalaman kerja (Goolsarran *et al.*, 2018). Pada penelitian (Minamizono, 2013) terdapat faktor yang dapat memengaruhi perbedaan persepsi antara tenaga kesehatan dengan implementasi praktik kolaborasi interprofesi antara lain usia dan frekuensi pertemuan kolaborasi interprofesi. Frekuensi pertemuan kolaborasi interprofesi yang meningkat dihubungkan dengan proses belajar dan pengalaman sehingga tenaga kesehatan memiliki persepsi positif terhadap praktik kolaborasi interprofesi. Sedangkan usia dikaitkan dengan pendidikan dan pengalaman dimana tenaga kesehatan yang berusia lebih tua mempunyai persepsi negatif terhadap praktik kolaborasi interprofesi karena berdasarkan pengalaman lebih berpengaruh dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang lain. Selain itu, tenaga kesehatan dengan usia yang lebih muda memiliki persepsi baik dan positif terhadap praktik kolaborasi interprofesi karena sudah menerima kurikulum mengenai komunikasi dan kerjasama tim selama proses pendidikan maupun setelah pendidikan.

2.5. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

2.6. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

2.7. Hipotesis

Hipotesis Penelitian ini adalah “terdapat perbedaan persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi praktik kolaborasi interprofesi pada puskesmas dengan implementasi kolaborasi interprofesi baik dan buruk”.



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik, dengan rancangan penelitian *cross-sectional* (Dimiyati, 2013).

3.2. Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1. Variabel Penelitian

3.2.1.1. Variabel Bebas

Implementasi praktik kolaborasi interprofesi (ANC) terpadu

3.2.1.2. Variabel Terikat

Persepsi praktik kolaborasi interprofesi (ANC) terpadu

3.2.2. Definisi Operasional

3.2.2.1. Variabel Bebas

Implementasi praktik kolaborasi interprofesi (ANC terpadu) adalah penerapan kerjasama antar tenaga kesehatan

dari latar belakang yang berbeda untuk memberikan kualitas pelayanan terbaik. Implementasi praktik kolaborasi interprofesi pada penelitian ini adalah penerapan ANC terpadu yang dikategorikan sebagai baik dan kurang baik. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Yuliyanti *et al.*, 2021) diketahui bahwa puskesmas Bangetayu merupakan puskesmas yang menerapkan ANC terpadu dengan baik dan

puskesmas Genuk mewakili puskesmas yang kurang baik dalam menerapkan ANC terpadu.

Skala data: Nominal

3.2.2.2. Variabel Terikat

Persepsi praktik kolaborasi interprofesi adalah hasil atau umpan balik dari informasi yang didapat tentang praktik kolaborasi interprofesi pada yang ada di layanan kesehatan. Persepsi terhadap praktik kolaborasi interprofesi diukur dengan *Perception of Interprofessional Collaboration Model Questionnaire* (PINCOM-Q) yang terdiri dari 48 pertanyaan dan terbagi menjadi beberapa indikator. Tingkat individu, kelompok, dan organisasi dari praktik kolaborasi interprofesi (Strype *et al.*, 2014). Indikator ini diberi skor dengan ketentuan:

- a. Sangat tidak setuju: diberi skor 1
- b. Tidak setuju: diberi skor 2
- c. Kurang setuju: diberi skor 3
- d. Biasa saja: diberi skor 4
- e. Agak setuju: diberi skor 5
- f. Setuju: diberi skor 6
- g. Sangat setuju: diberi skor 7

Data akan diambil dari nilai total persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi

pada pelayanan *antenatal care* terpadu. Nilai maksimal 336

nilai minimal 48

Skala data: Rasio

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi Penelitian

3.3.1.1. Populasi Target

Populasi target dari penelitian ini adalah Dokter umum, perawat, bidan, farmasi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, ahli gizi, dan ahli teknologi lab medik yang bertugas di puskesmas.

3.3.1.2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dari penelitian ini adalah Tenaga Kesehatan yang bertugas di Puskesmas Genuk dan Puskesmas Bangetayu tahun 2022.

3.3.2. Sampel Penelitian

3.3.2.1. Teknik *Sampling*

Penelitian ini menggunakan *total sampling* yaitu seluruh anggota terjangkau dijadikan sampel penelitian (Sugiyono, 2017)

3.3.2.2. Jumlah Sampel

Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 49 orang diambil dari dua puskesmas yang terdiri dari kelompok Dokter umum berjumlah 4 orang, Perawat berjumlah 11 orang, Bidan berjumlah 15 orang, Perawat Gigi 1 orang, Farmasi berjumlah 4 orang, kesehatan masyarakat 1 orang, Kesehatan lingkungan 1 orang, Administrasi 4 orang, Ahli gizi 3 orang, Ahli teknologi lab medik 5 orang.

3.3.3. Kriteria Sampel

3.3.3.1. Kriteria Inklusi

- Dokter umum, Perawat, Bidan, Farmasi, Kesehatan masyarakat, Kesehatan lingkungan, Ahli Gizi, Perawat gigi, Adminstrasi dan Ahli teknologi lab medik yang bekerja di Puskesmas Genuk dan Bangetayu Semarang
- Bersedia mengisi kuisoner

3.3.3.2. Kriteria Eksklusi

- Mengisi kuisoner tidak lengkap / Kriteria *drop-out*

3.4. Instrumen dan Bahan Penelitian

Instrumen penelitian ini menggunakan *perception of interprofessional Collaboration Model Quissionare* (PINCOM-Q) yang dikembangkan oleh (Strype *et al.*, 2014). Kuesioner tersebut terdiri dari 48 pertanyaan dan terbagi menjadi tiga indikator utama yaitu persepsi praktik kolaborasi interprofesi

pada tingkat individu, kelompok, dan organisasi. Indikator tersebut dibagi menjadi:

3.4.1. Indikator Individu

- a. Motivasi
- b. Ekspektasi peran
- c. Gaya kepribadian
- d. Kekuatan profesi

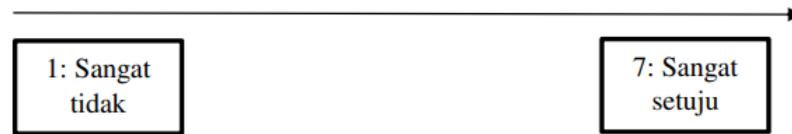
3.4.2. Indikator Kelompok

- a. Kepemimpinan
- b. Komunikasi
- c. Penyelesaian masalah
- d. Dukungan sosial

3.4.3. Indikator Organisasi

- a. Kebudayaan organisasi
- b. Tujuan organisasi
- c. Wewenang organisasi
- d. Lingkungan organisasi

Penelitian ini menggunakan kuisisioner yang mana setiap pertanyaan diberi nilai dengan skala:



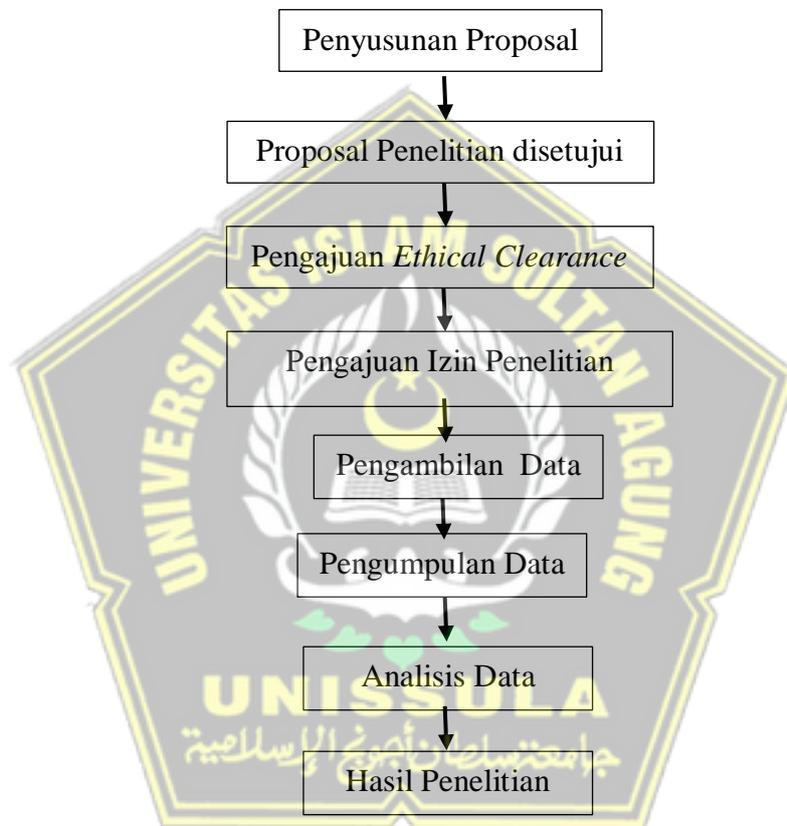
Gambar 3.1. Skala *Likert*

Pengambilan data dilakukan di 2 fasilitas kesehatan yaitu Puskesmas Genuk dan Puskesmas Bangetayu Semarang. Kuisioner ini telah dilakukan double back translation oleh dua penerjemah yaitu peneliti utama penelitian implementasi *antenatal care* terpadu terhadap persepsi tenaga kesehatan mengenai praktek pelayanan kesehatan kolaboratif dan dosen sastra inggris sebagai penerjemah profesional dan terferifikasi.

Uji validitas dan reabilitas pertanyaan pada kuisioner menggunakan *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versi 25. Pertanyaan pada kuisioner dinyatakan valid apabila nilai item-total correlation > nilai *R table*. Sedangkan reabilitas pertanyaan pada kuisioner dinyatakan reliabel apabila nilai *Cronbach alpha* > 0,6

3.5. Alur Penelitian

Penelitian ini diawali dengan penyusunan proposal hingga pembuatan kuisioner. Penelitian ini menggunakan kuisioner mengenai praktik kolaborasi interprofesi pada pelayanan *Antenatal Care* (ANC). Setiap pertanyaan diberi dengan nilai skala:



Gambar 3.2. Alur Penelitian

3.6. Tempat dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Genuk dan Puskesmas Bangetayu pada bulan Februari 2023.

3.7. Analisis Data

Data karakteristik dan persepsi tenaga kesehatan terhadap kolaborasi interprofesi yang telah dikumpulkan kemudian dimasukkan ke dalam SPSS lalu diakumulasikan dan dianalisis secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk tabulasi. Selanjutnya untuk uji hipotesis data dilakukan uji normalitas *Kolmogrov-Smirnov* dan Uji homogenitas *Levene statistic*. Pada penelitian ini data yang tidak berpasangan dan diuji normalitas *Kolmogrov-Smirnov* dan uji homogenitas *Levene statistic*, didapatkan beberapa indikator persepsi dengan *p-value* ($>0,05$) maka data penelitian memiliki sebaran data normal dan varian homogen sehingga dapat diuji statistik parametrik yaitu uji T tidak berpasangan. Sedangkan pada indikator persepsi dengan *p-value* ($<0,05$) sebaran data tidak normal dan varian tidak homogen maka akan diuji dengan statistik non parametrik yaitu uji *Mann-Whitney*.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Penelitian tentang perbedaan persepsi tenaga kesehatan terhadap praktik kolaborasi interprofesi pada puskesmas dengan implementasi baik dan implementasi buruk yang dilaksanakan di Puskesmas Bangetayu dan Puskesmas Genuk Semarang pada bulan Januari hingga Maret 2022. Hasil penelitian ini bertujuan untuk menguji perbedaan persepsi tenaga kesehatan terhadap kolaborasi interprofesi pada puskesmas dengan implementasi baik dan implementasi buruk yang telah selesai dilakukan di Puskesmas Bangetayu dan Puskesmas Genuk Semarang. Total subjek penelitian 49 tenaga kesehatan yang berasal dari Puskesmas Bangetayu 32 orang dan Puskesmas Genuk 17 orang

4.1.1. Karakteristik Subjek Penelitian

Subjek penelitian terdiri dari 49 orang yang terbagi menjadi Karakteristik sampel didistribusikan menurut tempat kerja, usia, lama kerja, jenis kelamin, pendidikan dan status pegawai menggunakan uji *Chi-square*.

Tabel 4.1. Karakteristik Sample

| KARAKTERISTIK SAMPLE | | Puskesmas Bangetayu (%) <i>n</i> =32 | Puskesmas Genuk (%) <i>n</i> =17 | Total <i>n</i> =49 (100%) | <i>p</i> -value |
|----------------------|---------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------|
| Status Pegawai | Pegawai tetap | 88,2 | 68,8 | 75,5 | 0,131 |
| | Pegawai tidak tetap | 11,8 | 31,3 | 24,5 | |
| Jenis kelamin | Laki-laki | 0 | 18,8 | 12,2 | 0,057 |
| | Perempuan | 100 | 81,3 | 87,8 | |
| Pendidikan | Profesi dokter | 5,9 | 9,4 | 8,2 | 0,165 |
| | Sarjana | 29,4 | 31,3 | 30,6 | |
| | D4 | 29,4 | 6,3 | 14,3 | |
| | Akademi/Diploma | 35,3 | 53,1 | 46,9 | |
| Usia | 23-37 tahun | 23,5 | 56,3 | 44,9 | 0,050 |
| | 38-52 tahun | 52,9 | 37,5 | 42,9 | |
| | 53-67 tahun | 23,5 | 6,3 | 12,2 | |
| Lama Kerja | 0-12 tahun | 52,9 | 59,4 | 57,1 | 0,841 |
| | 13-25 tahun | 17,6 | 18,8 | 18,4 | |
| | 26-38 tahun | 29,4 | 21,9 | 24,5 | |

Berdasarkan karakteristik sample yang disajikan pada tabel tersebut dapat disimpulkan bahwa kedua kelompok sama dan sebanding pada seluruh karakteristik (*p*-value > 0,05)

4.1.2. Hasil uji Validitas dan Reliabilitas

Kuisisioner PINCOM-Q (*Perception of interprofessional Colaboration Model Quistionnaire*) digunakan untuk mengukur persepsi praktik kolaborasi interprofesi. Kuesioner tersebut terdiri dari 48 pertanyaan yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya agar dapat digunakan sebagai instrumen penelitian. Hasil validitas dan reliabilitas disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.2. Instrumen Penelitian

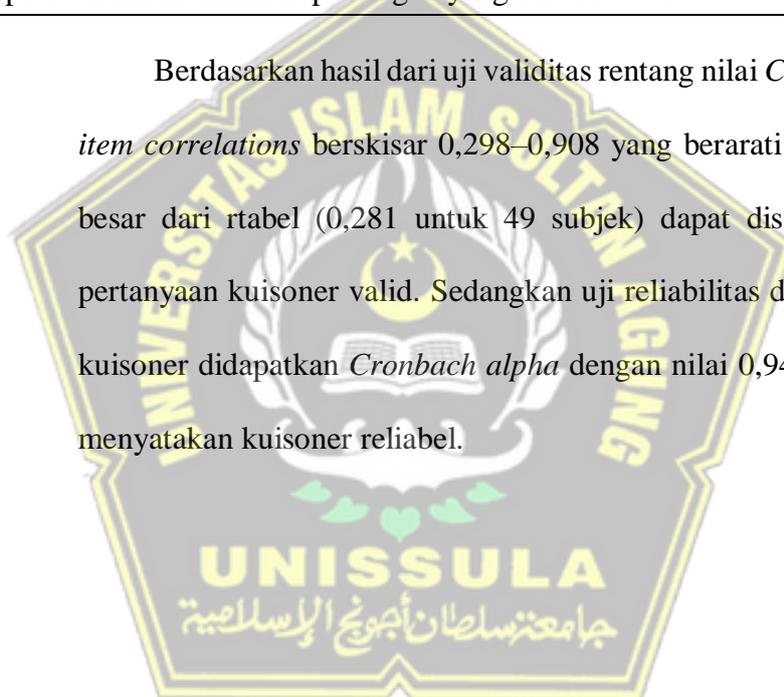
| No | Pertanyaan | <i>Corrected Item-total Correlations</i> |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1 | (C 1) Saya merasa bahwa bekerja dalam kelompok interprofesional sangat bermanfaat | 0.781 |
| 2 | (C 1) Saya mendapatkan kesempatan untuk menggunakan kreativitas dan imajinasi saya ketika bekerja dalam kelompok interprofessional | 0.868 |
| 3 | (C 1) Penting untuk melibatkan diri ketika berkolaborasi dalam kelompok interprofessional | 0.819 |
| 4 | (C 1) Saya mengalami pertumbuhan diri ketika saya bekerja dalam kelompok interprofessional | 0.866 |
| 5 | (C 2) Saya selalu memiliki tujuan yang jelas ketika saya bekerja secara interprofessional | 0.656 |
| 6 | (C 2) Saya mempunyai pengalaman bahwa profesional lain memiliki harapan yang bertentangan dengan harapan saya ketika bekerja dalam kelompok interprofessional | 0.841 |
| 7 | (C 2) Menurut pengalaman saya, peran kita (masing- masing profesional kesehatan) selalu didefinisikan secara jelas | 0.755 |
| 8 | (C 2) Pengalaman saya, area tanggung jawab saya didefinisikan dengan jelas ketika saya bekerja dalam kelompok interprofessional | 0.81 |
| 9 | (C 3) Perilaku/Tindakan beberapa profesional mempersulit kolaborasi interprofesional. | 0.838 |
| 10 | (C 3) Jika beberapa profesional memiliki wawasan yang lebih luas dalam perilaku mereka, kolaborasi akan lebih mudah | 0.298 |

| No | Pertanyaan | <i>Corrected Item-total Correlations</i> |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 11 | (C 3) Beberapa profesional kurang terbuka dan tidak banyak berpartisipasi dalam kelompok interprofesional | 0.8 |
| 12 | (C 3) Kolaborasi interprofesi membutuhkan keterbukaan pikiran dan tidak semua profesional dapat melakukannya | 0.745 |
| 13 | (C 4) Beberapa profesional mendominasi pertemuan interprofesi dengan sudut pandang profesi mereka | 0.67 |
| 14 | (C 4) Beberapa profesional menjadi sumber premis (dasar pemikiran/asumsi) dalam kelompok interprofesional | 0.704 |
| 15 | (C 4) Kadang-kadang saya tidak dapat menyampaikan pendapat saya karena profesional lain dengan status yang lebih tinggi berbicara terus-menerus | 0.879 |
| 16 | (C 4) Kadang-kadang kelompok interprofesi tidak berfungsi karena beberapa profesional mendominasi diskusi | 0.829 |
| 17 | (C 5) Saya sering mendapat pengalaman, kelompok interprofesional yang efektif memiliki pemimpin yang jelas dan terdefinisikan dengan baik | 0.76 |
| 18 | (C 5) Penting bahwa pemimpin kelompok merencanakan pekerjaan sehingga memastikan kelompok mencapai tujuan | 0.505 |
| 19 | (C 5) Pemimpin kelompok jarang mempengaruhi perilaku para profesional lainnya | 0.734 |
| 20 | (C 5) Saya percaya bahwa pemimpin kelompok akan mengutamakan kepentingan kelompok | 0.629 |
| 21 | (C 6) Kami hampir selalu memecahkan masalah yang ditentukan (diidentifikasi) dalam kelompok interprofesional | 0.436 |
| 22 | (C 6) Jarang ada masalah kolaborasi dalam kelompok interprofesional | 0.78 |
| 23 | (C 6) Di sebagian besar kelompok interprofesional yang saya ikuti, kami memiliki kesepakatan tentang prioritas. | 0.652 |
| 24 | (C 6) Profesional dalam kelompok interprofesional sering saling merasa frustrasi. | 0.817 |
| 25 | (C 7) Saya mendapatkan umpan balik yang relevan atas kontribusi saya dalam kelompok interprofesional yang saya ikuti | 0.785 |
| 26 | (C 7) Dalam kelompok interprofesional yang saya ikuti, pertukaran informasi tidak pernah menjadi masalah | 0.827 |
| 27 | (C 7) Selalu ada komunikasi yang baik dalam kelompok interprofesional | 0.832 |

| No | Pertanyaan | <i>Corrected Item-total Correlations</i> |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 28 | (C 7) Para professional terampil dalam bertukar informasi tentang cara kerjanya | 0.867 |
| 29 | (C 8) Menurut pengalaman saya, saya bisa mendapatkan bantuan dan dukungan sosial dari para profesional lain dalam kelompok interprofesional yang saya ikuti | 0.764 |
| 30 | (C 8) Menurut saya, para profesional lain dalam kelompok kolaborasi interprofesi yang saya ikuti, bersedia untuk mendengarkan saya ketika saya memiliki masalah. | 0.782 |
| 31 | (C 8) Menurut saya, saya dihargai oleh para profesional lain dalam kelompok interprofesional yang saya ikuti | 0.78 |
| 32 | (C 8) Saya hampir tidak pernah mengalami situasi dimana profesional lain tidak memahami apa yang ingin saya sampaikan dan / laporkan | 0.779 |
| 33 | (C 9) Suatu hal yang wajar bila kolaborasi interprofesi dianggap sangat penting. | 0.806 |
| 34 | (C 9) Kelompok interprofesional terdiri dari para profesional yang sangat dipengaruhi oleh budaya organisasi tempat mereka bekerja. | 0.842 |
| 35 | (C 9) Ciri organisasi adalah keinginan untuk bekerja secara interprofessional | 0.86 |
| 36 | (C 9) Kami (karyawan) didorong untuk mendukung cara baru untuk bekerja dalam kelompok interprofessional | 0.828 |
| 37 | (C 10) Bekerja secara Interprofesional menjadi prioritas di organisasi lain. | 0.813 |
| 38 | (C 10) Kolaborasi interprofesi dijelaskan dengan baik dalam rencana mereka (organisasi lain) | 0.866 |
| 39 | (C 10) Saya merasa familiar (tidak asing) dengan rencana organisasi lain. | 0.862 |
| 40 | (C 10) Fasilitas pelayanan kesehatan lain memiliki tujuan yang jelas mengenai kolaborasi interprofesi | 0.839 |
| 41 | (C 11) Undang-undang dan Peraturan, relatif dipahami oleh semua profesional dalam kelompok interprofessional | 0.908 |
| 42 | (C 11) Semua orang mengetahui bidang tanggung jawab mereka | 0.899 |
| 43 | (C 11) Semua orang mengetahui bidang tanggung jawab para profesional lainnya | 0.842 |
| 44 | (C 11) Kita harus saling memberitahukan mengenai area tanggung jawab kita. | 0.701 |

| No | Pertanyaan | <i>Corrected Item-total Correlations</i> |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 45 | (C 12) Kebutuhan klien sangat penting sebagai petunjuk bagaimana bekerja dalam kelompok interprofesional | 0.637 |
| 46 | (C 12) Kelompok interprofesional ada karena pemerintah telah menetapkan bahwa para profesional harus berkolaborasi | 0.648 |
| 47 | (C 12) Kelompok interprofesional ada karena keinginan klien. | 0.82 |
| 48 | (C 12) Kelompok interprofesional seringkali mengalami kesulitan untuk berfungsi dengan baik karena para profesional memiliki kepentingan yang berbeda-beda. | 0.689 |

Berdasarkan hasil dari uji validitas rentang nilai *Corrected total-item correlations* berskisar 0,298–0,908 yang berarti r hitung lebih besar dari r tabel (0,281 untuk 49 subjek) dapat disimpulkan dari pertanyaan kuisioner valid. Sedangkan uji reliabilitas dari pertanyaan kuisioner didapatkan *Cronbach alpha* dengan nilai 0,948 ($>0,6$) yang menyatakan kuisioner reliabel.



4.1.3. Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Kolaborasi Interprofesi

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh persepsi tenaga kesehatan yang tergambar dalam tabel berikut:

Tabel 4.3. Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Kolaborasi Interprofesi

| NO | Pertanyaan | Persepsi Tenaga Kesehatan (%) <i>n</i> =49 | | | | | | | Mean |
|----|------------|--------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | (C1) | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 36,7 | 59,2 | 6,53 |
| 2 | (C1) | 0 | 0 | 2 | 0 | 10,2 | 38,8 | 49 | 6,33 |
| 3 | (C 1) | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 38,8 | 55,1 | 6,39 |
| 4 | (C 1) | 0 | 0 | 0 | 6,1 | 12,2 | 30,6 | 51 | 6,27 |
| 5 | (C 2) | 0 | 0 | 2 | 4,1 | 10,2 | 32,7 | 51 | 6,27 |
| 6 | (C 2) | 6,1 | 16,3 | 10,2 | 10,2 | 16,3 | 12,2 | 28,6 | 4,65 |
| 7 | (C 2) | 0 | 2 | 2 | 4,1 | 10,2 | 40,8 | 40,8 | 6,08 |
| 8 | (C2) | 0 | 4,1 | 0 | 2 | 16,3 | 36,7 | 40,8 | 6,04 |
| 9 | (C 3) | 18,4 | 14,3 | 16,3 | 10,2 | 10,2 | 18,4 | 12,2 | 3,84 |
| 10 | (C 3) | 0 | 0 | 0 | 2 | 8,2 | 38,8 | 51 | 6,39 |
| 11 | (C 3) | 4,1 | 16,3 | 16,3 | 12,2 | 22,4 | 16,3 | 12,2 | 4,31 |
| 12 | (C3) | 2 | 0 | 8,2 | 8,2 | 34,7 | 24,5 | 22,4 | 5,37 |
| 13 | (C 4) | 8,2 | 8,2 | 4,1 | 8,2 | 26,5 | 28,6 | 16,3 | 4,88 |
| 14 | (C 4) | 0 | 0 | 10,2 | 12,2 | 22,4 | 28,6 | 26,5 | 5,49 |
| 15 | (C 4) | 14,3 | 8,2 | 8,2 | 16,3 | 24,5 | 10,2 | 18,4 | 4,33 |
| 16 | (C 4) | 6,1 | 14,3 | 12,2 | 6,1 | 18,4 | 28,6 | 12,3 | 4,59 |
| 17 | (C 5) | 0 | 0 | 0 | 4,1 | 16,3 | 40,8 | 38,8 | 6,14 |
| 18 | (C 5) | 0 | 0 | 0 | 0 | 12,2 | 30,6 | 57,1 | 6,45 |
| 19 | (C 5) | 2 | 16,3 | 12,2 | 8,2 | 26,5 | 18,4 | 16,3 | 4,61 |
| 20 | (C 5) | 0 | 4,1 | 0 | 4,1 | 18,4 | 32,7 | 40,8 | 5,98 |
| 21 | (C 6) | 0 | 0 | 0 | 4,1 | 18,4 | 46,9 | 30,6 | 6,04 |
| 22 | (C 6) | 2 | 12,2 | 12,2 | 20,4 | 20,4 | 14,3 | 18,4 | 4,61 |
| 23 | (C 6) | 0 | 0 | 2 | 10,2 | 22,4 | 32,7 | 32,7 | 5,84 |
| 24 | (C 6) | 14,3 | 20,4 | 14,3 | 14,3 | 10,2 | 16,3 | 10,2 | 3,76 |
| 25 | (C 7) | 0 | 0 | 0 | 8,2 | 24,5 | 34,7 | 32,7 | 5,92 |
| 26 | (C 7) | 0 | 0 | 8,2 | 6,1 | 18,4 | 40,8 | 26,5 | 5,71 |
| 27 | (C 7) | 0 | 0 | 2 | 2 | 18,4 | 34,7 | 42,9 | 6,14 |
| 28 | (C 7) | 0 | 0 | 0 | 6 | 24,5 | 28,6 | 40,8 | 6,04 |
| 29 | (C 8) | 2 | 0 | 0 | 4,1 | 20,4 | 49 | 24,5 | 6 |
| 30 | (C 8) | 0 | 0 | 0 | 4,1 | 12,2 | 55,1 | 28,6 | 5,86 |

| NO | Pertanyaan | Persepsi Tenaga Kesehatan (%) $n = 49$ | | | | | | | Mean |
|----|------------|----------------------------------------|------|-----|------|------|------|------|------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 31 | (C 8) | 0 | 0 | 0 | 4,1 | 12,2 | 55,1 | 28,6 | 6,08 |
| 32 | (C 8) | 2 | 4,1 | 6,1 | 14,3 | 26,5 | 36,7 | 10,2 | 5,1 |
| 33 | (C 9) | 0 | 0 | 0 | 4,1 | 12,2 | 32,7 | 51 | 6,31 |
| 34 | (C 9) | 0 | 2 | 4,1 | 4,1 | 14,3 | 42,9 | 32,7 | 5,9 |
| 35 | (C 9) | 0 | 2 | 2 | 2 | 8,2 | 36,7 | 49 | 6,22 |
| 36 | (C 9) | 0 | 2 | 0 | 4,1 | 10,2 | 46,9 | 36,7 | 6,1 |
| 37 | (C 10) | 0 | 6,1 | 2 | 4,1 | 16,3 | 36,7 | 34,7 | 5,8 |
| 38 | (C 10) | 0 | 2 | 0 | 6,1 | 14,3 | 44,9 | 32,7 | 5,98 |
| 39 | (C 10) | 0 | 6,1 | 6,1 | 10,2 | 18,4 | 36,7 | 22,4 | 5,41 |
| 40 | (C 10) | 0 | 0 | 2 | 4,1 | 20,4 | 34,7 | 38,8 | 6,04 |
| 41 | (C 11) | 0 | 0 | 2 | 0 | 20,4 | 38,8 | 38,8 | 5,86 |
| 42 | (C 11) | 4,1 | 2 | 0 | 8,2 | 24,0 | 28,6 | 32,7 | 6,12 |
| 43 | (C 11) | 0 | 2 | 0 | 4,1 | 10,2 | 34,7 | 49 | 5,63 |
| 44 | (C 11) | 0 | 0 | 2 | 2 | 14,3 | 34,7 | 42,9 | 6,22 |
| 45 | (C 12) | 0 | 0 | 2 | 2 | 14,3 | 34,7 | 46,9 | 6,22 |
| 46 | (C 12) | 0 | 0 | 2 | 10,2 | 10,2 | 42,9 | 34,7 | 5,98 |
| 47 | (C 12) | 10,2 | 10,2 | 8,2 | 6,1 | 20,4 | 20,4 | 22,4 | 4,65 |
| 48 | (C 12) | 6,1 | 12,2 | 6,1 | 12,2 | 20,4 | 20,4 | 22,4 | 4,8 |

Berdasarkan Tabel deskriptif menunjukkan bahwa persepsi tenaga kesehatan secara keseluruhan memiliki persepsi yang baik pada pertanyaan yang memiliki jawaban positif dengan rerata skor 6,1. Akan tetapi, persepsi tenagakesehatan masih belum baik pada (C3) gaya kepribadian dengan mean 3,84 dan (C6) komunikasi 3,76. Selain itu, persepsi tenaga kesehatan lebih baik pada seluruh profesi meliputi (C1) motivasi dengan mean 6,53, (C7) penyelesaian masalah dengan mean 6,14, dan (C8) dukungan sosial dengan mean 6,31.

4.1.4. Hasil Uji Normalitas dan Uji Homogenitas

Uji normalitas kolmogrov Smirnov dan uji homogenitas bertujuan untuk menguji sebaran data dari penelitian normal dan

varian data homogen sebagai salah satu syarat uji parametrik. Hasil

| Komponen yang diuji | Kolmogorov Smirnov (p) | Levene Statistic (p) |
|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Total Persepsi | 0,200 | 0,296 |
| (C1) Motivasi | 0,000 | 0,949 |
| (C2) Ekspektasi Peran | 0,083 | 0,278 |
| (C3) Gaya Kepribadian | 0,027 | 0,623 |
| (C4) Kekuatan Profesi | 0,200 | 0,061 |
| Persepsi Individu | 0,200 | 0,436 |
| (C5) Kepemimpinan | 0,200 | 0,196 |
| (C6) Komunikasi | 0,088 | 0,712 |
| (C7) Penyelesaian Masalah | 0,200 | 0,562 |
| (C8) Dukungan Sosial | 0,176 | 0,161 |
| Persepsi Kelompok | 0,200 | 0,138 |
| (C9) Budaya Organisasi | 0,001 | 0,603 |
| (C10) Tujuan Organisasi | 0,002 | 0,534 |
| (C11) Wewenang Organisasi | 0,008 | 0,299 |
| (C12) Lingkungan Organisasi | 0,011 | 0,388 |

uji normalitas dan homogenitas disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 4.4. Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas



Bersasarkan hasil uji yang disajikan pada Tabel menu bahwa hasil uji normalitas, data hanya dinyatakan normal ($p > 0,05$) pada Total persepsi, (C2) ekspektasi peran, (C4) kekuatan persepsi, persepsi individu, (C5) Kepemimpinan, (C7) Penyelesaian masalah, (C8) Dukungan Sosial, Persepsi Kelompok, (C12) Lingkungan Organisasi, Persepsi Organisasi. Sedangkan untuk hasil uji homogenitas data kedua instansi kesehatan dinyatakan homogen ($p > 0,05$) sehingga untuk komponen atau indikator yang memenuhi uji normalitas dan homogenitas dilakukan uji parametrik yaitu uji T tidak berpasangan. Sedangkan untuk komponen atau indikator yang tidak memenuhi uji normalitas dan homogenitas dilakukan uji statistic non parametrik yaitu uji *Mann –Whitney*.

4.1.5. Hasil Uji Beda Pada Tingkat Individu, Tingkat Kelompok, Tingkat Organisasi, Dan Indikatornya

Tabel 4.5. Indikator Hasil Pada Uji *Mann-Whitney* dan Uji T tidak berpasangan

| Indikator persepsi | Implementasi Baik | Implementasi Kurang Baik | Total | P-value |
|---------------------------|-------------------|--------------------------|-------|---------|
| (C1) Motivasi | 23,53 | 27,76 | 25,51 | 0,30* |
| (C2) Ekspektasi Peran | 23,21 | 22,70 | 23,04 | 0,87** |
| (C3) Gaya Kepribadian | 25,23 | 24,56 | 19,89 | 0,67* |
| (C4) Kekuatan Profesi | 19,15 | 19,52 | 19,28 | 0,82** |
| (C5) Kepemimpinan | 23,28 | 23,00 | 23,18 | 0,56** |
| (C6) Komunikasi | 24,16 | 26,59 | 20,24 | 0,75* |
| (C7) Penyelesaian masalah | 23,84 | 23,76 | 23,81 | 0,93** |
| (C8) Dukungan Sosial | 23,65 | 21,88 | 23,04 | 0,07** |
| (C9) Budaya Organisasi | 24,52 | 25,91 | 24,53 | 0,74* |
| (C10) Tujuan Organisasi | 24,98 | 25,03 | 23,22 | 0,99* |
| (C11) Wewenang Organisasi | 25,00 | 25,00 | 23,83 | 0,10* |

| | | | | | |
|-------|---------------------|--------|--------|--------|--------|
| (C12) | Lingkungan | 20,96 | 22,94 | 21,65 | 0,11** |
| | Organisasi | | | | |
| | Persepsi Individu | 87,53 | 88,11 | 87,73 | 0,88** |
| | Persepsi Kelompok | 90,84 | 89,23 | 90,28 | 0,63** |
| | Persepsi Organisasi | 92,18 | 95,23 | 93,24 | 0,45** |
| | Ctotal | 270,56 | 272,58 | 271,26 | 0,84** |

*Uji *Mann-Whitney*

**Uji T tidak berpasangan

Berdasarkan hasil uji *Mann-Whitney* dan uji T- tidak berpasangan dapat disimpulkan tidak ditemukan adanya perbedaan persepsi mengenai kolaborasi interprofesi antara tenaga kesehatan di Puskesmas Genuk dan Bangetayu ($p > 0,05$).

4.2. Pembahasan

Penelitian observasional analitik dengan desain cross sectional ini dilakukan pada tenaga kesehatan di dua puskesmas antara yang sudah mengimplementasikan kolaborasi interprofesi dengan baik (Puskesmas Bangetayu) dengan puskesmas yang belum mengimplementasikan kolaborasi interprofesi dengan baik (Puskesmas Genuk). Data dikumpulkan dari 49 subjek, dari latar belakang tenaga kesehatan: dokter, perawat, bidan, analis kesehatan, kesehatan masyarakat, ahli gizi, farmasi, perawat gigi, administrasi.

Pada penelitian ini, seluruh karakteristik tenaga kesehatan di kedua puskesmas seperti status pegawai, jenis kelamin, pendidikan, usia, dan lama kerja tidak memiliki perbedaan yang signifikan. Dapat disimpulkan bahwa kedua kelompok sama dan sebanding pada seluruh karakteristik. Hal ini selaras dengan karakteristik tenaga kesehatan di puskesmas Kota Semarang

terutama pada daerah perbatasan yang sebagian besar merupakan wilayah industri (Dinkes Kota Semarang, 2021)

Sampel dengan persentase terbesar pada penelitian ini pada usia 23-37 tahun yang dimana tenaga kesehatan yang menjadi sampel penelitian adalah professional muda, sebab penelitian ini dilakukan pada responden kolaborasi interprofesi dalam pelayanan *antenatal care* terpadu di Puskesmas Genuk dan Bangetayu Semarang. Usia dewasa muda (23-37) tahun menjadi salah satu faktor dalam mendukung implementasi praktik kolaborasi interprofesi dalam pelayanan ANC terpadu di tempat kerja (Matziou *et al.*, 2013)

Persepsi tenaga kesehatan terhadap IPCP pada kedua puskesmas memiliki skor rerata 6,1 yang menunjukkan bahwa persepsi terhadap kolaborasi interprofesi sudah baik. Jika dilihat secara detail diketahui pada butir persepsi tentang budaya organisasi (C9) memiliki rerata skor 6,31. Temuan pada penelitian ini selaras dengan persepsi dan implementasi *antenatal care* terpadu yang telah terlaksana di kedua puskesmas. Penelitian ini melaporkan bahwa tenaga kesehatan memiliki rerata (6,39-6,53) persepsi yang lebih positif. Peneliti mengamati beberapa hal terjadi ketika penelitian bahwa tenaga kesehatan di puskesmas Genuk dan Bangetayu mempunyai rasa keingintahuan yang tinggi dalam kolaborasi interprofesi. Meskipun demikian, secara statistik tidak terdapat perbedaan rerata pada setiap butir pertanyaan mengenai persepsi kolaborasi interprofesi. Temuan ini tidak selaras dengan penelitian Wauben *et al.* (Wauben *et al.*, 2011) persepsi tenaga kesehatan

lebih baik apabila praktik kolaborasi interprofesi mempunyai implementasi yang baik.

Hasil penelitian ini tidak menemukan adanya perbedaan signifikan pada setiap indikator pertanyaan persepsi tenaga kesehatan. Jawaban responden pada dua belas indikator pertanyaan persepsi pada puskesmas yang belum menerapkan implementasi kolaborasi interprofesi (Puskesmas Genuk) ini terjadi karena memiliki keunggulan dalam motivasi, kekuatan profesi, komunikasi, budaya organisasi, tujuan organisasi, dan lingkungan organisasi. Kemudian bagi puskesmas yang sudah menerapkan implementasi kolaborasi interprofesi dengan baik (Puskesmas Bangetayu) ini terjadi karena memiliki keunggulan di ekspetasi peran, gaya kepribadian, kepemimpinan, penyelesaian masalah, dukungan sosial, dan wewenang organisasi. Berdasarkan pengamatan peneliti, persepsi yang baik pada Puskesmas dengan implementasi kolaborasi interprofesi buruk (Puskesmas Genuk) terjadi akibat dari kekuatan organisasi dalam mempersepsikan *antenatal care* terpadu dan fasilitas sudah memenuhi untuk melakukan kegiatan *antenatal care* terpadu. Sedangkan persepsi yang baik bagi puskesmas yang sudah menerapkan implementasi kolaborasi interprofesi dengan baik (Puskesmas Bangetayu) ini di dukung dari kebijakan pimpinan puskesmas yang telah memfasilitasi tenaga kesehatan yang bekerjasama dalam pelayanan *antenatal care* terpadu. Temuan ini tidak selaras dengan penelitian Strype *et al* (Strype *et al.*, 2014) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan dalam mempersepsikan kebutuhan implementasi praktik kolaborasi interprofesi dan persepsi antar

tenaga kesehatan. Perbedaan persepsi muncul akibat dari konflik dalam kolaborasi yang disebabkan oleh pendapat yang berbeda setiap tenaga kesehatan. Pada penilaian persepsi kelompok, tenaga Kesehatan di puskesmas Bangetayu memiliki persepsi lebih baik dari Puskesmas Genuk, Hal ini kemungkinan disebabkan karena tenaga kesehatan pada Puskesmas Bangetayu mempunyai kesadaran kelompok mengenai adanya kesamaan tujuan, sasaran, dan gagasan dalam implementasi praktik kolaborasi interprofesi. Sebaliknya, tenaga Kesehatan di Puskesmas Genuk memiliki persepsi individu dan organisasi lebih baik dari pada tenaga Kesehatan Puskesmas Bangetayu. Hal ini tidak sejalan dengan Visi dan Misi pada puskesmas Genuk dalam meningkatkan kesehatan individu serta mewujudkan masyarakat Genuk yang Sehat khususnya pada pelayanan *antenatal care* terpadu.

Keterbatasan penelitian ini adalah sikap tenaga kesehatan yang dapat berpengaruh terhadap implementasi kolaborasi interprofesi tidak diteliti dalam penelitian ini. Selain itu, Penelitian ini tidak meneliti perilaku tenaga kesehatan yang berhubungan dengan layanan *antenatal care* terpadu.

BAB V

KESIMPULAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, kesimpulan yang dapat ditarik dari penelitian ini:

5.1.1. Terdapat persepsi yang baik pada tenaga kesehatan terhadap implementasi praktik kolaborasi interprofesi pada Puskesmas dengan implemetasi kolaborasi interprofesi baik.

5.1.2. Terdapat persepsi yang baik pada tenaga kesehatan terhadap implementasi praktik kolaborasi interprofesi pada Puskesmas dengan implementasi buruk.

5.2. Saran

Berdasarkan kendala yang terjadi selama penelitian saran untuk penelitian selanjutnya yaitu:

5.2.1. Saran Teoritis

1. Perlu adanya penelitian mengenai faktor karakteristik sampel yang dapat berpengaruh terhadap implementasi kolaborasi interprofesi
2. Diperlukan adanya penelitian lebih lanjut mengenai perilaku tenaga kesehatan yang berhubungan dengan layanan *antenatal care* terpadu.

5.2.2. Saran Praktis

Perlu adanya implementasi pelayanan *antenatal care* terpadu secara kolaboratif bagi seluruh tenaga kesehatan di setiap fasilitas kesehatan terutama pada puskesmas untuk meningkatkan persepsi positif pada pelayanan *antenatal care* terpadu sehingga dapat mencapai pelayanan kesehatan dengan kualitas terbaik.



DAFTAR PUSTAKA

- Abd Hamid, N.Z. *et al.* (2016) 'Interprofessional Communication and Interprofessional Collaboration (IPC) among Health Care Professionals', pp. 427–433. Available at: <https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.11.02.38>.
- Annisa, F., Utami, S. and Handayani, K.D. (2021) 'Persepsi Dan Kesiapan Mahasiswa Profesi Kesehatan Tentang Interprofessional Education (Ipe) Di Universitas Airlangga', *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal*, 3(3), p. 187. Available at: <https://doi.org/10.20473/imhsj.v3i3.2019.187-195>.
- Brajakson Siokal and Wahyuningsih (2019) 'Potensi Profesional Kesehatan Dalam Menjalankan Interprofessional Collaboration Practice Di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin', *Bina Generasi : Jurnal Kesehatan*, 11(1), pp. 13–20. Available at: <https://doi.org/10.35907/jksbg.v11i1.128>.
- Dimiyati, J. (2013) *Metodologi Penelitian Pendidikan dan Aplikasinya*. Pertama. e. Jakarta.: Kencana Prenada Media Group.
- Dinkes Kota Semarang, 2021 (2021) 'Profil Kesehatan Kota Semarang 2021', *Dinas Kesehatan Kota Semarang*, p. 30.
- Echa Lisamanda Titania (2013) 'Pentingnya Kolaborasi Antar Tenaga Kesehatan Dalam Menetapkan Keselamatan Pasien', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Farzi, S. *et al.* (2017) 'Causes of medication errors in intensive care units from the perspective of healthcare professionals', *Journal of Research in Pharmacy Practice*, 6(3), p. 158. Available at: https://doi.org/10.4103/jrpp.jrpp_17_47.
- Femy Fatalina, Sunartini, Widyandana, M.S. (2015) 'Persepsi Dan Penerimaan Interprofessional Collaborative Practice Bidang Maternitas Pada Tenaga Kesehatan', *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia*, 4(1), p. 1.
- Gagliardi, A.R. *et al.* (2011) 'How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability', *Implementation Science*, 6(1), pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-26>.
- Goolsarran, N. *et al.* (2018) 'Effectiveness of an interprofessional patient safety team-based learning simulation experience on healthcare professional trainees', pp. 1–8.
- Hanum, C. and Findyartini, A. (2020) 'Interprofessional Shared Decision-Making: a Literature Review', *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia: The*

Indonesian Journal of Medical Education, 9(1), p. 81. Available at: <https://doi.org/10.22146/jpki.49207>.

Hardin (2019) 'Related factors to the collaborative practice nurse-psycian in hospital sawerigading palopo And andi djemma masamba', *Jurnal Fenomena Kesehatan*, 02(01), pp. 155–164.

Insani, K.N. and Purwito, D. (2020) 'Persepsi tenaga kesehatan tentang praktek kolaboratif di puskesmas bojong kabupaten purbalingga', *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah* [Preprint], (September). Available at: <https://doi.org/10.30651/jkm.v0i0.5653>.

Ita, K., Pramana, Y. and Righo, A. (2021) 'Implementasi Interprofessional Collaboration Antar Tenaga Kesehatan Yang Ada Di Rumah Sakit Indonesia ; Literature Review', *Jurnal ProNers*, 6(1).

Jalaluddin Rakhmat (2013) *Psikologi Komunikasi*.

Kawungezi, P.C. *et al.* (2015) 'Multi-Center Study in Upcountry Areas of Uganda', *Open J Prev Med.*, 5(3), pp. 132–142. Available at: <https://doi.org/10.4236/ojpm.2015.53016>. Attendance.

Kemenkes RI (2013) 'Data Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2018', *Journal of Chemical Information*, 53(9), pp. 1689–1699. Available at: https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/PROFIL_KESEHATAN_2018_1.pdf.

Kemenkes RI (2016) *Asuhan Kebidnan Kehamilan*. Cetakan pe. Jakarta, Indonesia.

Kemenkes RI (2017) *Kesehatan, Etika Profesi dan Hukum*. Cetakan, Pe. Jakarta, Indonesia.

Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan RI (2019) *Kamus Besar Bahasa indonesia*. Indonesia, Jakarta: 2019.

Ketcherside, M. *et al.* (2017) 'Translating interprofessional theory to interprofessional practice', *Journal of Professional Nursing*, 33(5), pp. 370–377. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.03.002>.

KODEKI (2012) *Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia*. Available at: <http://www.idai.or.id/professional-resources/ethic/kode-etik-kedokteran-indonesia>.

Kusumaningrum, P.R., Dharmana, E. and Sulisno, M. (2019) 'The Implementation Of Integrated Patient Progress Notes In Interprofessional Collaborative Practice', *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 6(1), p. 32. Available at: [https://doi.org/10.21927/jnki.2018.6\(1\).32-41](https://doi.org/10.21927/jnki.2018.6(1).32-41).

- Marniyati, L. *et al.* (2016) 'Pelayanan Antenatal Berkualitas dalam Meningkatkan Deteksi Risiko Tinggi pada Ibu Hamil oleh Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sako , Sosial , Sei Baung dan Sei Selincah di Kota Palembang Pendahuluan menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional Pemerintah Propri', *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 3(1), pp. 355–362.
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., Petsios, K. (2014) 'Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration.', *J. Interprof. Care* 28, pp. 526–533. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25003547/>.
- Minamizono (2013) 'Physician's Perceptions of Interprofessional Collaboration in Clinical Training Hospitals in Northeastern Japan', *Journal of Clinical Medicine Research*, 5(5), pp. 350–355. Available at: <https://doi.org/10.4021/jocmr1474w>.
- Mongo, T. (2010) 'Nurse perceptions of physician-nurse collaboration in the home health setting: A pilot study(Master's thesis)', *Nursing These and Capstone Project*, p. 186.
- Morley, L. and Cashell, A. (2017) 'Collaboration in Health Care', *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 48(2), pp. 207–216. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2017.02.071>.
- Muktamiroh, H., Irmarahayu, A. and Setyaningsih, Y. (2019) 'Recommendations of the Development of Interprofessional Education in a Faculty of Medicine', *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia: The Indonesian Journal of Medical Education*, 8(2), p. 97. Available at: <https://doi.org/10.22146/jpki.44506>.
- Mulvale, G., Embrett, M. and Razavi, S.D. (2016) "'Gearing Up" to improve interprofessional collaboration in primary care: A systematic review and conceptual framework', *BMC Family Practice*, 17(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1>.
- PAMUNGKASARI, E.P. and PARWATININGSIH, S.A. (2020) 'Pengaruh Persepsi Tentang Identitas Profesi Terhadap Sikap Interprofessional Collaboration Tenaga Kesehatan Di Puskesmas', *Smart Medical Journal*, 2(2), p. 104. Available at: <https://doi.org/10.13057/smj.v2i2.35199>.
- Purba, M.A. (2019) 'Peningkatan Komunikasi Dalam Pelaksanaan Interprofessional Collaboration Pada Pasien Di Rumah Sakit'. Available at: <https://doi.org/10.31227/osf.io/62pm4>.
- Purba, Y.V. and Anggorowati, A. (2018) 'Komunikasi Interprofesional Sebagai Upaya Pengembangan Kolaborasi Interprofesi Di Rumah Sakit: Systematic Review', *Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen*

Keperawatan, 1(1), p. 35. Available at: <https://doi.org/10.32584/jkmk.v1i1.78>.

- Purwoastuti, W. (2015) *Ilmu Kesehatan Masyarakat Dalam Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka baru press.
- Romijn, A. *et al.* (2018) ‘Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: Are perceptions aligned?’, *BMJ Quality and Safety*, 27(4), pp. 279–286. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006401>.
- Saifuddin, M.F. (2018) ‘E-Learning dalam Persepsi Mahasiswa’, *Jurnal VARIDIKA*, 29(2), pp. 102–109. Available at: <https://doi.org/10.23917/varidika.v29i2.5637>.
- Sakai, I. *et al.* (2017) ‘Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: The Chiba Interprofessional Competency Scale (CICS29)’, *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), pp. 59–65. Available at: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233943>.
- Strype, J. *et al.* (2014) ‘Perceptions of Interprofessional Collaboration’, *Professions and Professionalism*, 4(3). Available at: <https://doi.org/10.7577/pp.806>.
- Sugiyono (2017) *Metode Penelitian Kualitatif, Kuantitatif, dan R&D*. Alfabeta, Bandung.
- Sunaryo (2013) *Psikologi Untuk Keperawatan*. 2nd.Ed. EGC, Jakarta.
- Syafridayani, F. (2019) “Kolaborasi perawat dengan tim medis lain untuk mencapai keselamatan pasien”.
- Ulrich, G. *et al.* (2019) ‘Attitudes towards interprofessional collaboration in young healthcare professionals.’, *Journal of interprofessional care*, 33(6), pp. 768–773. Available at: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1597839>.
- Wagiyo, & purtono (2016) *Asuhan Keperawatan Antenatal Intranatal Dan Bayi Baru lahir*. Edited by S. Wibowo. Yogyakarta: ANDI.
- Walgito, B. (2010) *Pengantar Psikologi Umum*. cet. 5. Yogyakarta.
- Wauben, L.S.G.L. *et al.* (2011) ‘Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members’, *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), pp. 159–166. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq079>.
- WHO (2016) *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*.

World Health Organization (2013) 'Transforming and scaling up health professionals' education and training', *WHO publication*, p. 124. Available at: https://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/.

YULIYANTI, S., Trisnantoro, L. and Utarini, A. (2021) *Implementasi Praktik Kolaborasi Interprofesi pada Pelayanan Rujukan Maternal di Rumah Sakit Islam Sultan Agung dan Jejaring Rujukannya (Participatory Action Research pada Ibu Hamil dengan Kelainan Jantung)*, Universitas Gadjah Mada. Available at: <http://etd.repository.ugm.ac.id/>.

Yusra, R.Y., Findyartini, A. and Soemantri, D. (2019) 'Healthcare professionals' perceptions regarding interprofessional collaborative practice in Indonesia', *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 15(September 2018), pp. 24–29. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.01.005>.

