

Penelitian Asli

Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi IPC pada Layanan ANC di Puskesmas Air Tawar dan Lapai

Beauty Deannisa Yondra Dwita¹, Laila Isrona^{2*}, Yusrawati³, Nur Afrainin Syah⁴, Yustini Alioes⁵

¹Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang, 25163, Indonesia

²Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Padang, 25163, Indonesia

³Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Padang, 25163, Indonesia

⁴Departemen Anatomi, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Padang, 25163, Indonesia

⁵Departemen Biokimia, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Padang, 25163, Indonesia

*Korespondensi: lailaisrona@med.unand.ac.id

Abstrak

Pendahuluan: Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia hingga kini masih cukup tinggi dan belum mencapai target global maupun nasional. Strategi utama untuk menurunkan AKI adalah Antenatal Care (ANC). Perlu adanya kolaborasi antar tenaga kesehatan yang terlibat pada layanan ANC untuk meningkatkan pelayanan kepada ibu hamil. **Objektif:** Mengetahui tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi Interprofessional Collaboration (IPC) pada layanan ANC di Puskesmas Air Tawar dan Puskesmas Lapai. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode analitik observasional dengan rancangan cross sectional dengan kuesioner Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT). Sampel penelitian adalah 42 tenaga kesehatan yang ditentukan dengan metode total sampling. **Hasil:** 41 tenaga kesehatan memiliki persepsi yang tinggi terhadap IPC dengan komponen hubungan antar anggota, hubungan tim dengan masyarakat, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, dan komponen misi, tujuan, dan sasaran memiliki persentase tertinggi (97,6%) sedangkan komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik memiliki persepsi yang sedang (71,4%). Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara seluruh komponen CPAT dengan usia, profesi, dan lama kerja responden ($p > 0,05$). **Pembahasan:** Persepsi tinggi di sebagian besar domain menandakan budaya kolaboratif; skor sedang pada pengambilan keputusan–konflik menunjukkan perlunya pelatihan, SOP bersama, dan mekanisme resolusi terstandar. **Simpulan:** Tenaga kesehatan memiliki tingkat persepsi yang tinggi terhadap IPC pada layanan ANC, tetapi masih terdapat persepsi sedang pada satu komponen persepsi. Tidak terdapat pengaruh antara usia, profesi, dan lama kerja dengan persepsi tenaga kesehatan dalam implementasi IPC pada layanan ANC. **Kata Kunci:** AKI, ANC, CPAT, kolaborasi interprofesi, tingkat persepsi

Health Workers' Perception Level of IPC Implementation in ANC Services at Air Tawar and Lapai Community Health Centers

Abstract

Background: The maternal mortality rate (MMR) in Indonesia is still quite high and has not yet reached the global and national targets. The main strategy to reduce MMR is Antenatal Care (ANC). There needs to be collaboration between health workers involved in ANC to improve services to pregnant women. **Objective:** The purpose of this study was to determine the level of perception of health workers towards the implementation of Interprofessional Collaboration (IPC) in ANC at Puskesmas Air Tawar and Puskesmas Lapai. **Methods:** This study used an observational analytic method with a cross sectional design with the Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) questionnaire. The study sample was 42 health workers who were determined by the total sampling method. **Results:** 41 health workers (97.6%) had a high perception of IPC with the components of relationships between members, team relationships with the community, coordination and division of roles, leadership, and mission, goals, and objectives components having the highest percentage (97.6%) while the components of decision making and conflict management had moderate perceptions (71.4%). There was no significant difference between all CPAT components and the age, profession, and length of service of the respondents ($p > 0.05$). **Discussion:** High perceptions in most domains indicate a collaborative culture; moderate scores on decision-making–conflict indicate a need for training, shared SOPs, and standardized resolution mechanisms. **Conclusion:** Health workers have a high level of perception of IPC in ANC services, but there is still a moderate perception in one component of perception. There is no influence between age, profession, and length of service with the perception of health workers in the implementation of IPC in ANC services. **Keywords:** ANC, CPAT, interprofessional collaboration, level of perception, MMR

1. PENDAHULUAN

Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) meresmikan 17 tujuan pembangunan berkelanjutan baru yang dikenal dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs) sebagai tindak lanjut berakhirnya agenda pembangunan

berkelanjutan *Millennium Development Goals* (MDGs) di tahun 2015.¹ SDGs ditargetkan akan tercapai pada tahun 2030. Salah satu tujuan SDGs tersebut adalah *good health and well-being* yang tercantum pada tujuan ke-3 yang berfokus untuk menjamin

hidup sehat dan mempromosikan kesejahteraan hidup untuk semua termasuk kesehatan ibu.^{1,2} Salah satu target dari tujuan ke-3 SDGs yakni mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2030.^{2,3} AKI sangat perlu diperhatikan karena merupakan indikator utama yang mampu menilai keberhasilan program kesehatan pada ibu.⁴ Kesehatan ibu penting diprioritaskan untuk menghasilkan generasi penerus bangsa yang berkualitas.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia hingga kini masih cukup tinggi dan belum mencapai target global maupun nasional. Pada tahun 2017, AKI di Indonesia mencapai 177 per 100.000 kelahiran hidup. Selama periode 2019-2021, AKI mengalami peningkatan berturut-turut sebesar 4.221, 4.627, dan meningkat signifikan menjadi 7.389 kematian di tahun 2021.^{4,5} Selama periode 2017-2021, AKI di Kota Padang cenderung mengalami peningkatan. AKI di Kota Padang berturut-turut selama 2017-2019 sebesar 16, 17, dan 16 kematian. Pada tahun 2020, AKI di Kota Padang berjumlah 21 kematian dan meningkat menjadi 30 kematian pada tahun 2021.⁶ Tingginya AKI di Indonesia akibat komplikasi selama kehamilan ataupun proses persalinan menunjukkan masih rendahnya kualitas pelayanan

kesehatan di Indonesia. AKI dapat dicegah apabila cakupan pelayanan kesehatan diiringi mutu pelayanan kesehatan yang optimal.⁷

Strategi utama untuk menurunkan angka kematian ibu adalah *Antenatal Care* (ANC). ANC merupakan pemeriksaan kehamilan rutin yang berfokus untuk memantau kesehatan ibu hamil secara keseluruhan baik fisik maupun mental sehingga komplikasi kehamilan dapat dicegah atau dideteksi sedini mungkin.⁸ Selain untuk memeriksa kesehatan ibu hamil secara keseluruhan, selama kunjungan ANC diharapkan ibu hamil juga diberikan konseling tentang kebersihan, nutrisi sebelum dan setelah melahirkan, hal-hal yang dilakukan apabila terjadi keadaan darurat, kesiapan komplikasi, dan lain- lain.⁹

Berdasarkan World Health Organization (WHO) *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*, praktik kolaborasi dalam kesehatan merupakan suatu kondisi dimana berbagai profesi yang memiliki latar belakang yang berbeda saling bekerja sama serta melibatkan pasien, keluarga pasien, pengasuh, dan masyarakat terkait untuk memberikan pelayanan yang berkualitas tinggi dan komprehensif kepada pasien. Praktik kolaborasi terbukti dapat meningkatkan akses dan

koordinasi antar tenaga kesehatan, perkembangan yang baik untuk pasien dengan penyakit kronis, meningkatkan perawatan dan keselamatan pasien, mengurangi lama tinggal pasien di rumah sakit, konflik antar tenaga kesehatan, tingkat *clinical error*, mengurangi jumlah komplikasi dan angka kematian.¹⁰ Untuk terwujudnya pelayanan ANC yang berkualitas, sumber daya manusia (SDM) kesehatan perlu bekerja sama antara satu sama lain atau melakukan *Interprofessional Collaboration* (IPC).

Di berbagai belahan dunia, IPC sudah diterapkan dalam instansi dan pelayanan kesehatan. Menurut Yamuragite et al. penerapan IPC dalam pelayanan bidang obstetrik atau kebidanan masih kurang optimal di berbagai wilayah di dunia. Struktur organisasi, sejarah perkembangan profesi, dan minimnya IPC dalam kurikulum pendidikan merupakan berbagai tantangan yang dihadapi dalam menerapkan IPC.¹¹ Di Indonesia, praktik IPC juga sudah mulai diterapkan. Hal ini dibuktikan melalui penelitian yang dilakukan oleh Kalista I et al. mengenai implementasi IPC antar tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit di Indonesia pada tahun 2021. Hasil penelitian tersebut menunjukkan praktik IPC dapat meningkatkan tingkat keselamatan pasien dan

meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit.¹² Menurut Kurniasih et al. tahun 2019, dokter beranggapan bahwa pengetahuan dan perannya lebih tinggi dibanding dengan perawat sehingga sering terjadi kesalahan dalam upaya penyelamatan pasien karena kolaborasi menjadi kurang baik.¹³ IPC merupakan komponen vital dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Namun, kompleksitas sosio-kultural dan karakteristik dari setiap profesi kesehatan harus dipahami sebagai tantangan bersama dalam implementasi IPC.¹⁴

Sebagai pelayanan kesehatan masyarakat garda terdepan, Puskesmas sangat besar peranannya terutama dalam ANC terpadu yang menjadi salah satu pelayanan utama di Puskesmas. Tenaga kesehatan di Puskesmas merupakan bagian penting yang perlu diperhatikan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaannya, pelayanan ANC di Puskesmas sering berkolaborasi antar tenaga kesehatan dengan bidan sebagai kordinatonya. Namun, masih banyak kolaborasi yang dilakukan tidak sesuai dengan prinsip-prinsip kolaborasi interprofesi secara komprehensif. Hal ini dapat menyebabkan cakupan kualitas dan kuantitas ANC yang didapatkan juga rendah.¹⁵ Kunjungan ANC yang rendah

kemungkinan juga menjadi penyebab kurangnya pengetahuan ibu mengenai pentingnya persalinan dengan tenaga kesehatan. Dengan melakukan kunjungan ANC, penelusuran berbagai kemungkinan adanya penyulit atau masalah kesehatan yang dapat mengganggu kualitas dan perkembangan kehamilan dapat dideteksi dini dan ditatalaksana segera sehingga AKI dapat menurun kasusnya.

Puskesmas Air Tawar menjadi Puskesmas dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan serta kunjungan ibu hamil K1 dan K4 terendah di Kota Padang yakni berurutan sebesar 36,4% ; 35,5 % ; dan 24,8% pada tahun 2021. Sementara itu, Puskesmas Lapai menjadi Puskesmas dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan kunjungan ibu hamil K1 terendah ketiga di Kota Padang, yakni berurutan sebesar 65,5% dan 76,1% setelah Puskesmas Air Tawar dan Puskesmas Lubuk Buaya pada tahun 2021.⁶

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk menjadikan Puskesmas Air Tawar dan Puskesmas Lapai sebagai lokasi penelitian. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi IPC pada layanan ANC dan mengetahui pengaruh usia, profesi, dan lama kerja

terhadap persepsi tenaga kesehatan pada Layanan ANC dengan komponen *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT) di Puskesmas Air Tawar dan Puskesmas Lapai.

2. METODE

Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2023 - Januari 2024 di Puskesmas Air Tawar dan Puskesmas Lapai dengan menggunakan kuesioner CPAT yang telah divalidasi sebelumnya untuk menilai persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi IPC pada layanan ANC.

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik observasional dengan rancangan studi potong lintang (*cross sectional*) menggunakan kuesioner CPAT, kuisisioner ini diadaptasi dari Bahasa Inggris sehingga dapat diaplikasikan pada responden yang mengikuti penelitian ini. CPAT terdiri dari 56 pertanyaan (item) dan 8 domain (subskala), yang dimana terdiri dari:

1. Misi, tujuan, dan sasaran yang bermakna (*Mission, meaningful purpose, and goals*).
2. Hubungan umum antar anggota tim (*General relationships*).
3. Kepemimpinan tim (*Team leadership*).
4. Tanggung jawab peran umum dan otonomi (*General role*

responsibilities and autonomy).

5. Komunikasi dan pertukaran informasi (*Communication and information exchange*).
6. Hubungan masyarakat dan koordinasi pelayanan (*Community linkages and coordination of care*).
7. Pembuatan keputusan dan manajemen konflik (*Decision-making and conflict management*).
8. Keterlibatan pasien (*Patient involvement*).

Dalam penelitian ini terdapat kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut.

Kriteria Inklusi

1. Tenaga kesehatan yang secara aktif terlibat dalam pelayanan ANC di fasilitas kesehatan tempat penelitian dilaksanakan.
2. Tenaga kesehatan dengan status kepegawaian aktif pada saat pengumpulan data penelitian.
3. Tenaga kesehatan yang memiliki peran langsung dalam pelayanan klinis ANC, termasuk dokter, bidan, dan perawat.
4. Tenaga kesehatan yang telah bekerja minimal dalam jangka waktu tertentu (misalnya ≥ 6 bulan atau ≥ 1 tahun) sehingga memiliki pengalaman yang memadai terkait penerapan IPC.
5. Tenaga kesehatan yang bersedia menjadi responden

dan telah memberikan persetujuan tertulis (*informed consent*).

Kriteria Eksklusi

1. Tenaga kesehatan yang tidak terlibat langsung dalam pelayanan ANC, seperti staf administrasi atau tenaga penunjang non-klinis.
2. Tenaga kesehatan yang sedang menjalani cuti panjang, sakit, atau tidak aktif bekerja selama periode pengumpulan data.
3. Responden yang mengisi kuesioner secara tidak lengkap atau memberikan jawaban yang tidak konsisten.
4. Tenaga kesehatan yang menolak berpartisipasi atau mengundurkan diri selama proses penelitian berlangsung.

Nomor izin kaji etik pada penelitian ini adalah No: 610/UN.16.2/KEP-FK/2023, dan institusi yang mengeluarkan no izin kaji etik penelitian ini adalah Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.

3. HASIL PENELITIAN

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan ANC di Puskesmas Air Tawar dan Puskesmas Lapai, Padang, Sumatera Barat. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 42 orang sumber daya manusia kesehatan di Puskesmas Air Tawar dan Puskesmas Lapai yang bertugas

pada layanan ANC terdiri dari 4 dokter umum, 16 orang tenaga kebidanan, 12 orang tenaga keperawatan, 3 orang dokter gigi, 4 orang tenaga gizi, dan 3 orang tenaga kesehatan lain.

Dari total 55 SDM kesehatan, 45 diantaranya berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian sehingga menghasilkan tingkat respons sebesar 81,8%. Sebanyak 3 responden mengidentifikasi bahwa mereka tidak memiliki pengalaman dalam kolaborasi interprofessional pada

layanan ANC sebelumnya. Oleh karena itu, 3 responden dikeluarkan dari kumpulan data dan menghasilkan tanggapan akhir sebanyak 42 untuk dianalisis lebih lanjut.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah total sampling dan sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Data dikumpulkan dalam bentuk data primer yang diperoleh secara langsung oleh peneliti dari responden yang dikumpulkan menggunakan kuesioner.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik Responden	f	(%)
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	1	2,4
Perempuan	41	97,6
Usia (Tahun)		
25-34 tahun	6	14,3
35-44 tahun	17	40,5
45-54 tahun	19	45,2
Sumber Daya Manusia Kesehatan		
Dokter	4	9,5
Dokter Gigi	3	7,1
Tenaga Keperawatan	12	28,6
Tenaga Kebidanan	16	38,1
Tenaga Gizi	4	9,5
Tenaga Kesehatan Lain	3	7,1
Lama Kerja (tahun)		
≤ 5	7	16,7
> 5	35	83,3

Berdasarkan tabel 1 karakteristik didominasi dengan jenis kelamin perempuan (97,6%). Responden berdasarkan usia terbanyak pada rentang usia 45-54 tahun (45,2%) dan yang paling sedikit pada rentang usia 25-34

tahun (14,3%). Pada penelitian ini, tenaga kebidanan merupakan kelompok SDM kesehatan terbesar (38,1%) dan responden terbanyak berdasarkan lama kerja adalah > 5 tahun (83,3%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap IPC pada Layanan ANC

Persepsi	f	(%)
Tinggi	41	97,6
Sedang	0	0
Rendah	1	2,4
Total	42	100

Berdasarkan tabel 2 di atas didapatkan bahwa secara umum SDM kesehatan memiliki persepsi yang tinggi terhadap IPC pada layanan ANC (97,6%). Hanya

terdapat satu SDM kesehatan yang memiliki persepsi yang rendah terhadap IPC pada layanan ANC (2,4%).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan tentang IPC pada Layanan ANC berdasarkan Komponen Persepsi

	Tinggi		Sedang		Rendah	
	f	%	f	%	f	%
Hubungan antar Anggota	41	97,6	1	2,4	0	0
Hambatan Tim dalam Kolaborasi	33	78,6	8	19	1	2,4
Hubungan Tim dengan Masyarakat	41	97,6	0	0	1	2,4
Koordinasi dan Pembagian Peran	41	97,6	0	0	1	2,4
Pembuatan Keputusan dan Manajemen Konflik	3	7,1	30	71,4	9	21,5
Kepemimpinan	41	97,6	0	0	1	2,4
Misi, Tujuan, dan Sasaran	41	97,6	1	2,4	0	0
Keterlibatan Pasien	39	92,8	2	4,8	1	2,4

Berdasarkan tabel 3 di atas, persentase kategori tinggi yang paling banyak terdapat pada komponen “hubungan antar anggota, hubungan tim dengan masyarakat, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, dan komponen misi, tujuan, dan

sasaran” (97,6%). Persentase kategori sedang dan rendah paling banyak terdapat pada komponen “pembuatan keputusan dan manajemen konflik” yang secara berturut turut sebesar 71,4% dan 21,

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Skor CPAT Berdasarkan Usia

	Komponen	Max skor	Usia Median (Min:Max)			p-Kruskal Wallis
			25-34 Tahun (n = 6)	35-44 Tahun (n = 17)	45-54 Tahun (n = 19)	
1	Hubungan antar Anggota (9 item, $\alpha = 0,906$)	45	36 (35:45)	36 (24:45)	36 (34:45)	0,750
2	Hambatan Tim dalam Kolaborasi (5 item, $\alpha = 0,614$)	25	20 (19:25)	19 (0 :24)	17(8:22)	0,211
3	Hubungan Tim dengan Masyarakat (4 item, $\alpha = 0,918$)	20	16 (16:20)	16 (0:20)	16 (14:20)	0,197
4	Koordinasi dan Pembagian Peran (14 item, $\alpha = 0,927$)	70	56 (55:70)	56 (12:70)	56 (48:70)	0,981
5	Pembuatan Keputusan dan Manajemen Konflik (2 item, $\alpha = 0,700$)	10	4 (2:4)	4 (0:7)	4 (2:8)	0,493
6	Kepemimpinan (5 item, $\alpha = 0,773$)	25	20 (18:25)	20 (0:25)	20 (18:25)	0,666
7	Misi, Tujuan, dan Sasaran (9 item, $\alpha = 0,875$)	45	36 (34:45)	36 (19:45)	36 (34:45)	0,998
8	Keterlibatan Pasien (5 item, $\alpha = 0,772$)	25	20 (1:25)	20 (8:25)	20 (16:25)	0,955
Total skor (53 item)		265	208(180:259)	207(63:261)	205(174:260)	0,860

Berdasarkan tabel 4 didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara seluruh komponen CPAT dengan usia responden ($p>0,05$).

Berdasarkan tabel 5 didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara seluruh komponen CPAT dengan profesi responden ($p>0,05$).

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Skor CPAT Berdasarkan Profesi

	Komponen	Max skor	Median Profesi (Min:Max)						p-value
			D (n=4)	DG (n = 3)	TKep (n = 12)	TKeb (n = 16)	TG (n = 4)	TKes (n = 3)	
1	Hubungan antar Anggota (9 item, $\alpha = 0,906$)	45	35,5 (34:45)	36 (36:44)	36 (32:45)	37,5 (24:45)	36 (35:41)	35 (35:36)	0,465
2	Hambatan Tim dalam Kolaborasi (5 item, $\alpha = 0,614$)	25	19,5 (13:20)	20 (20:20)	16 (10:24)	20 (0:25)	18 (16:20)	17 (15:20)	0,625
3	Hubungan Tim dengan Masyarakat (4 item, $\alpha = 0,918$)	20	16 (16:20)	16 (15:20)	16 (16:20)	16 (0:20)	16 (16:16)	16 (14:16)	0,791

	Komponen	Max skor	Median Profesi (Min:Max)					p-value
			D (n=4)	DG (n=3)	TKep (n=12)	TKeb (n=16)	TG (n=4)	
4	Koordinasi dan Pembagian Peran (14 item, $\alpha = 0,927$)	70	56 (55:56)	56 (56:67)	56 (53:70)	56 (12:70)	56 (55:56)	0,819
5	Pembuatan Keputusan dan Manajemen Konflik (2 item, $\alpha = 0,700$)	10	4 (4:4)	4 (2:4)	4 (2:7)	4 (0:8)	4 (4:4)	0,482
6	Kepemimpinan (5 item, $\alpha = 0,773$)	25	20 (19:20)	20 (20:25)	20 (18:25)	20 (0:25)	19 (18:20)	0,459
7	Misi, Tujuan, dan Sasaran (9 item, $\alpha = 0,875$)	45	36 (34:36)	35 (32:45)	36 (33:45)	37 (19:45)	36 (34:36)	0,197
8	Keterlibatan Pasien (5 item, $\alpha = 0,772$)	25	19,5 (16:20)	20 (20:24)	20 (12:25)	20 (8:25)	19 (1:20)	0,333
Total skor		265	206,5(191:221)	207(201:249)	204(176:261)	210,5(63:263)	204 (179:213)	0,449

Keterangan: D=dokter; DG=dokter gigi; TKep=tenaga keperawatan; TKeb=tenaga kebidanan; TG=tenaga gizi, TKes=tenaga kesehatan lain, p-value=p *kruskal wallis*

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Skor CPAT Berdasarkan Lama Kerja

	Komponen	Max skor	Median Lama Kerja (Min:Max)		P Mann-Whitney
			≤ 5 Tahun	> 5 Tahun	
1	Hubungan antar Anggota (9 item, $\alpha = 0,906$)	45	36 (35:45)	36 (24:45)	0,862
2	Hambatan Tim dalam Kolaborasi (5 item, $\alpha = 0,614$)	25	20 (19:25)	18 (0:24)	0,064
3	Hubungan Tim dengan Masyarakat (4 item, $\alpha = 0,918$)	20	16 (16:20)	16 (0:20)	0,272
4	Koordinasi dan Pembagian Peran (14 item, $\alpha = 0,927$)	70	56 (55:70)	56 (12:70)	0,499
5	Pembuatan Keputusan dan Manajemen Konflik (2 item, $\alpha = 0,700$)	10	4 (1:4)	4 (0:8)	0,396
6	Kepemimpinan (5 item, $\alpha = 0,773$)	25	20 (18:25)	20 (0:25)	0,587
7	Misi, Tujuan, dan Sasaran (9 item, $\alpha = 0,875$)	45	36 (34:45)	36 (19:45)	0,622
8	Keterlibatan Pasien (5 item, $\alpha = 0,772$)	25	20 (1:25)	20 (8:25)	0,749

	Komponen	Max skor	Median Lama Kerja (Min:Max)		<i>P Mann-Whitney</i>
			≤ 5 Tahun	> 5 Tahun	
1-8	$\alpha = 0,772$ Total skor	265	208(179:259)	206(63:262)	0,344

Berdasarkan tabel 6 didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara seluruh komponen CPAT dengan lama kerja responden ($p > 0,05$).

4. PEMBAHASAN

Implikasi hasil penelitian ini bagi Puskesmas menunjukkan bahwa persepsi kolaborasi antart tenaga kesehatan yang belum optimal berpotensi menimbulkan fragmentasi layanan ANC, keterlambatan pengambilan keputusan klinis, serta pengalaman perawatan yang kurang terintegrasi bagi ibu hamil, yang pada akhirnya dapat berdampak pada keselamatan dan kepuasan pasien. Kondisi ini mengindikasikan bahwa kolaborasi interprofesional bukan sekadar aspek pendukung, melainkan komponen kunci dalam mutu layanan ANC di tingkat pelayanan primer.

Secara praktis, temuan ini menegaskan perlunya penguatan sistem komunikasi dan koordinasi melalui rapat lintas profesi rutin, penyusunan dan penerapan SOP kolaboratif, serta pemanfaatan alat bantu kerja bersama seperti checklist klinis dan alur rujukan terstandar. Selain itu, manajemen Puskesmas perlu mengintegrasikan indikator

kolaborasi ke dalam sistem penjaminan mutu, menyesuaikan pembagian tugas dan beban kerja, serta memfasilitasi pelatihan interprofessional education yang berkelanjutan agar kolaborasi tim dapat berjalan efektif dan berdampak nyata pada peningkatan kualitas layanan ANC.

Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap IPC pada Layanan ANC Secara Umum

Berdasarkan Tabel 2, tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap interprofessional collaboration (IPC) pada layanan antenatal care (ANC) secara umum berada pada kategori tinggi (97,6%). Temuan ini sejalan dengan penelitian Renni yang melaporkan persepsi positif tenaga kesehatan terhadap implementasi IPC sebesar 88,9% di RSJ Prof. Dr. M. Idrem Medan, serta penelitian Findyartini et al. yang menunjukkan persepsi baik terhadap IPC di Puskesmas Kota Depok. Kesamaan hasil ini mengindikasikan bahwa persepsi positif terhadap kolaborasi interprofesional merupakan karakteristik yang konsisten pada berbagai setting pelayanan kesehatan.¹⁴

Pencapaian kolaborasi interprofesional dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal tenaga kesehatan. Faktor internal mencakup pengetahuan, di mana pemahaman yang baik mengenai IPC berperan penting dalam memfasilitasi sikap, tindakan, dan keterampilan kolaboratif, sebagaimana juga dilaporkan oleh Liunokas yang menemukan pengaruh signifikan pengetahuan terhadap kolaborasi interprofesi. Faktor eksternal meliputi lingkungan kerja, budaya sosial, serta paparan interaksi yang berulang, yang dalam penelitian ini tercermin dari dominasi responden berusia 45–54 tahun dengan lama kerja lebih dari lima tahun. Pengalaman kerja yang panjang memungkinkan intensitas interaksi antarpofesi yang lebih tinggi, sehingga membentuk persepsi kolaboratif yang positif dan pada akhirnya mendukung efektivitas layanan ANC.¹⁹

Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap IPC pada Layanan ANC berdasarkan Komponen Persepsi

Berdasarkan Tabel 3, kategori persepsi tinggi paling banyak ditemukan pada komponen hubungan antaranggota, hubungan tim dengan masyarakat, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, serta misi, tujuan, dan sasaran (97,6%). Temuan ini konsisten dengan penelitian Yusra et al. dan

Findyartini et al. yang melaporkan bahwa komponen hubungan antaranggota, koordinasi dan pembagian peran, serta kejelasan misi dan tujuan merupakan aspek dengan skor persepsi tertinggi dalam kolaborasi interprofesional di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Keselarasan hasil ini menunjukkan bahwa aspek struktural dan relasional tim telah relatif terbangun dengan baik dalam praktik kolaborasi sehari-hari.¹⁴

Sebaliknya, komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik menunjukkan proporsi kategori sedang dan rendah tertinggi dibandingkan komponen lainnya, masing-masing sebesar 71,4% dan 21,5%. Kondisi ini sejalan dengan temuan Soemantri et al. yang mengidentifikasi masih kuatnya budaya hierarki dalam tim kesehatan, sehingga sebagian tenaga kesehatan cenderung pasif dalam diskusi dan bergantung pada keputusan pemimpin tim.²¹ Findyartini et al. menegaskan bahwa meskipun dokter berperan sebagai fasilitator proses pengambilan keputusan, keputusan idealnya dihasilkan melalui kontribusi aktif seluruh anggota tim berdasarkan tanggung jawab profesional masing-masing, sehingga penguatan budaya diskusi setara dan manajemen konflik menjadi area penting untuk perbaikan kolaborasi interprofesional.¹⁴

Pengaruh usia terhadap persepsi kolaborasi interprofesi tenaga kesehatan pada layanan ANC

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara usia responden dengan seluruh komponen Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT). Temuan ini sejalan dengan penelitian Soemantri et al. yang melaporkan bahwa keseragaman karakteristik profesi, seperti usia dan lama kerja, berkontribusi terhadap praktik kolaboratif yang relatif serupa sehingga tidak menimbulkan perbedaan bermakna pada skor CPAT antar kelompok usia.²¹

Meskipun demikian, ditemukan perbedaan nilai median pada komponen hambatan kolaborasi tim berdasarkan kelompok usia, di mana kelompok usia muda atau pekerja awal menunjukkan skor yang lebih tinggi yang mengindikasikan hambatan kolaborasi yang lebih rendah.²² Hasil ini konsisten dengan temuan Yusra et al. yang menyatakan adanya perbedaan persepsi SDM kesehatan berdasarkan usia pada komponen hambatan kolaborasi.²⁰ Perbedaan generasi memiliki gaya komunikasi, nilai, dan pengalaman kerja yang berbeda, yang dapat mempengaruhi cara tenaga kesehatan berkolaborasi dengan rekan kerja dari profesi lain.²³

SDM kesehatan yang lebih tua memiliki lebih banyak pengalaman dan pengetahuan taktis yang dapat mereka bagikan dengan tim, sedangkan SDM kesehatan yang lebih muda akan lebih terbuka terhadap teknologi baru dan metode kolaboratif sehingga cenderung memiliki pemahaman terkait IPC yang lebih baik daripada usia tua dibuktikan dari hasil penelitian.²³

Indonesia memulai implementasi Interprofesional Education (IPE) dengan menggunakan model pembelajaran interprofesional (IPL) dalam konteks perawatan kesehatan berbasis komunitas (CBHC) di Jakarta pada tahun 2012. Menurut Damayanti et al., belum ada satupun perguruan tinggi yang telah menerapkan IPE masuk ke dalam level kurikulum pada tahun 2019. IPE hanya dijadikan sebagai model dalam pembelajaran.²⁴ Penerapan IPE masih sangat minim di Indonesia dan SDM kesehatan yang sudah terpapar IPE saat ini masih tergolong usia muda ataupun bahkan belum terpapar sama sekali sehingga persepsi terhadap IPC relatif sama hampir di seluruh kelompok usia.

Pengaruh profesi terhadap persepsi kolaborasi interprofesi tenaga kesehatan pada layanan ANC

Berdasarkan Tabel 5, tidak ditemukan perbedaan yang

signifikan antara profesi responden dengan seluruh komponen Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT). Temuan ini sejalan dengan penelitian Dulahu et al. yang menunjukkan bahwa kolaborasi antara perawat dan dokter berjalan efektif karena adanya kesamaan pemahaman terkait informasi klinis pasien, komunikasi yang rutin, serta hubungan kerja yang positif.²⁵ Keseragaman persepsi antarprofesi dalam penelitian ini juga diduga dipengaruhi oleh dukungan organisasi Puskesmas, termasuk implementasi antenatal care terpadu, ketersediaan fasilitas, serta kebijakan pimpinan yang mendorong kerja sama interprofesional.

Hasil serupa dilaporkan oleh Rachmawan yang menemukan tidak adanya perbedaan sikap antara dokter dan bidan terhadap IPC, terutama pada responden yang telah mengikuti pelatihan *Interprofessional Collaborative Practice* (IPCP). Pelatihan yang memadai dan pengalaman profesional yang lebih panjang diperkirakan berkontribusi terhadap pembentukan sikap kolaboratif yang positif.²⁶ Durasi pelatihan yang lebih lama dan pengalaman profesional yang lebih panjang diperkirakan akan memberikan dampak positif pada pelaksanaan praktik kolaborasi interprofesional.²⁷

Dalam penelitian ini, terdeteksi adanya perbedaan nilai total pada seluruh komponen CPAT antara kelompok dengan profesi yang berbeda. Kelompok tenaga kebidanan menunjukkan skor total yang lebih tinggi (210,5) dibanding SDM kesehatan lainnya. Semakin tinggi skor total CPAT menandakan semakin baik atau positif persepsi terhadap implementasi IPC. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Rachmawan yang menyatakan bahwa walaupun tidak terdapat perbedaan antara dokter dan tenaga kebidanan dalam menyikapi IPC pada pelayanan kesehatan ibu di Rumah Sakit Islam Sultan Agung, tenaga kebidanan cenderung memiliki rata-rata sikap yang lebih baik dibandingkan dengan dokter.²⁶ Bidan bersedia berpartisipasi bersama dengan tim, sehingga bidan merasa bertanggung jawab atas pengawasan proses pengobatan pasien hingga pasien pulih.²⁸

Penelitian ini tidak relevan dengan penelitian oleh Yusra et al. yang menyatakan bahwa adanya signifikansi secara statistik perbedaan persepsi dalam hambatan kerja tim antara dokter dan perawat dimana dokter merasakan lebih sedikit hambatan dibandingkan dengan perawat dalam praktik kolaborasi. Sistem bertingkat dimana dokter memiliki kewenangan terakhir dalam membuat keputusan terkait

perawatan pasien dan faktor sosial budaya sangat mempengaruhi praktik kolaborasi antarprofesi dalam budaya dan pendidikan kedokteran di Indonesia.²⁰

Hambatan berkolaborasi antarprofesi dapat terjadi pada tingkat sistem, tingkat organisasi, dan tingkat antar individu.²⁹ Perbedaan dalam pelatihan dan pendekatan terhadap perawatan pasien mampu mempengaruhi bagaimana profesi berkomunikasi dan berkolaborasi satu sama lain.²³ Penelitian yang dilakukan oleh Kusuma et al. menyatakan bahwa terdapat perbedaan persepsi terkait domain “koordinasi dan pembagian peran” dalam pelaksanaan praktik IPC. Profesional medis, terutama dokter atau dokter spesialis, memiliki pemahaman yang kurang dalam hal peran dan tanggung jawab individu serta tanggung jawab tenaga kesehatan lainnya yang mengakibatkan adanya sistem kekuasaan dalam tim kolaboratif.³⁰

Pengaruh lama kerja terhadap persepsi kolaborasi interprofesi tenaga kesehatan pada layanan ANC

Hasil penelitian pada tabel 6 didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara lama kerja responden dengan seluruh komponen CPAT. Penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Pamungkasarin et al. dimana

lama kerja tidak berpengaruh secara signifikan terhadap sikap interprofessional collaboration.³¹ Hampir seluruh SDM kesehatan yang kini bekerja di lembaga pelayanan kesehatan berasal dari kurikulum yang belum mencakup pendidikan interprofessional karena mayoritas SDM kesehatan di Puskesmas Air Tawar dan Lapai yang didominasi lama kerja > 5 tahun dengan usia 45-54 tahun (45,2%).³¹ Latar belakang keilmuan terkait IPE yang sama mengakibatkan persepsi yang sama pula terkait IPC pada seluruh SDM kesehatan di Puskesmas. Hasil yang serupa juga ditemukan pada penelitian Soemantri et al. yang menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan antara kelompok dalam skor CPAT yang disebabkan oleh karakteristik yang sama di antara profesi, seperti usia dan lama kerja, yang dianggap menyebabkan praktik kolaboratif yang relatif serupa.²¹

Lama kerja merupakan lama waktu untuk melakukan suatu kegiatan atau lama waktu seseorang yang sudah bekerja.³² Berdasarkan teoritis, tenaga kesehatan yang bekerja lebih lama daripada yang baru bekerja akan menunjukkan sikap kolaborasi yang lebih tinggi dalam bekerja dengan profesi lainnya.²⁰ Pengalaman memiliki dampak pada ketajaman persepsi. Pengalaman tidak selalu terkait dengan pembelajaran formal,

melainkan juga melibatkan rangkaian peristiwa yang telah kita alami. Terdapat kecenderungan bahwa seseorang akan berupaya menghapus pengalaman yang kurang menyenangkan, sementara jika pengalaman terkait objek tersebut bersifat menyenangkan, hal ini dapat menciptakan kesan yang tahan lama dalam aspek emosional, menghasilkan sikap yang positif secara psikologis.³³

Penelitian ini memiliki keterbatasan pada ukuran dan cakupan sampel yang terbatas sehingga generalisasi hasil masih rendah, desain potong lintang yang tidak memungkinkan penarikan hubungan kausal, serta penggunaan instrumen self-report yang berpotensi menimbulkan bias persepsi dan desirabilitas sosial; selain itu, ketidakseimbangan distribusi profesi dan karakteristik responden dapat mengurangi kekuatan analisis komparatif.

5. SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan maka dapat diperoleh kesimpulan bahwa secara umum, tenaga kesehatan memiliki persepsi yang tinggi terhadap IPC pada layanan ANC di Puskesmas Air Tawar dan Puskesmas Lapai. Berdasarkan komponen persepsi, sebagian besar tenaga kesehatan memiliki persepsi yang tinggi terhadap IPC pada layanan ANC

di Puskesmas Air Tawar dan Puskesmas Lapai pada tujuh komponen persepsi, yakni “komponen hubungan antar anggota, hambatan tim dalam kolaborasi, hubungan tim dengan masyarakat, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, dan keterlibatan pasien.” Satu komponen persepsi lainnya yakni komponen “pembuatan keputusan dan manajemen konflik” memiliki persepsi pada tingkat sedang. Tidak terdapat pengaruh antara usia, profesi, lama kerja dengan seluruh komponen CPAT dalam kolaborasi interprofesi.

6. SARAN

Penelitian ke depan disarankan menggunakan desain multi-senter dengan sampel yang lebih besar dan representatif, memadukan pendekatan kuantitatif dan kualitatif untuk pendalaman temuan, melakukan uji validitas instrumen secara kontekstual, serta mempertimbangkan desain longitudinal atau intervensional agar dampak kolaborasi interprofesional terhadap kualitas layanan dapat dinilai secara lebih komprehensif.

7. UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada seluruh penulis yang telah berkontribusi dalam proses membimbing, menyarankan, dan membantu

sehingga terciptanya penelitian ini dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Huck W. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: Nomos, editor. Sustainable Development Goals. 1st ed. Baden-Baden: Hart; 2023. p. 653–684.
2. Huck W. Goal 3 ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. In: Nomos, editor. Sustainable Development Goals. 1st ed. Baden-Baden: Hart; 2022. p. 153–181.
3. Kaźmierczak-Barańska J, Boguszevska K, Adamus-Grabicka A, Karwowski BT. Two faces of vitamin C—antioxidative and pro-oxidative agent. *Nutrients*. 2020;12(5):1501. doi:10.3390/nu12051501
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2021. p. 99–102.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2021. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2022. p. 108–110.
6. Dinas Kesehatan Kota Padang. Laporan Tahunan Tahun 2021 (Edisi 2022). Padang: Dinkes Padang; 2022. p. 55–57, 76.
7. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020. p. 6–10.
8. Muchlis N, Nasrudin, Amelia R, Samsualam, Alwi MK, Nurbaeti, et al. Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak. Yogyakarta: Deepublish; 2021. p. 19–33.
9. World Health Organization. Maternal health. Geneva: World Health Organization; 2018. p. 1–47.
10. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 1–63.
11. Yamuragiye A, Wylie L, Kinsella EA, Donelle L. A scoping review of interprofessional collaboration in hospital-based obstetric care with a particular focus on Africa. *J Interprof Educ Pract*. 2021;24:100456. doi:10.1016/j.xjep.2021.100456
12. Ita K, Pramana Y, Righo A. Implementasi interprofessional collaboration antar tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit Indonesia: literature review. *J ProNers*.

- 2021;6(1):1–6.
doi:10.26418/jpn.v6i1.48002
13. Kurniasih Y, Sari RK, Santosa A. Interprofessional collaboration meningkatkan pelaksanaan sasaran keselamatan pasien. *J HeS*. 2019;3(2):113–120.
doi:10.31101/jhes.883
14. Findyartini A, Kambey DR, Yusra RY, Timor AB, Khairani CD, Setyorini D, et al. Interprofessional collaborative practice in primary healthcare settings in Indonesia: a mixed-methods study. *J Interprof Educ Pract*. 2019;17:100279.
doi:10.1016/j.xjep.2019.100279
15. Jeffrey J. Interprofessional Collaboration terhadap Bayi Berat Badan Lahir Rendah. 2017;1–16.
16. Renni. Implementasi Interprofessional Collaboration (IPC) menurut Perawat di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan [tesis]. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2021. p. 1–123.
17. Walgito B. Pengantar Psikologi Umum. Yogyakarta: Andi Offset; 2010. p. 1–89.
18. Liunokas OBT. Interprofessional Collaboration Factor Analysis in Affecting Tropical Disease Services at Kambaniru Health Center, Waingapu Health Center, Kanatang Health Center 2017. *J Kesehat Prim*. 2018;3(1):46–55.
doi:10.5281/jkp.v3i1.251
19. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington (DC): IPEC; 2016. p. 10–11.
20. Yusra RY, Findyartini A, Soemantri D. Healthcare professionals' perceptions regarding interprofessional collaborative practice in Indonesia. *J Interprof Educ Pract*. 2019;15:24–29.
doi:10.1016/j.xjep.2019.01.005
21. Soemantri D, Kambey DR, Yusra RY, Timor AB, Khairani CD, Setyorini D, et al. The supporting and inhibiting factors of interprofessional collaborative practice in a newly established teaching hospital. *J Interprof Educ Pract*. 2019;15:149–156. doi:10.1016/j.xjep.2019.03.008
22. Charles ST, Carstensen LL. Social and emotional aging. *Annu Rev Psychol*. 2010;61:383–409.
doi:10.1146/annurev.psych.093008.100448
23. Keumalasari K, Yetti K, Hariyati RTS. Penerapan model kolaborasi interprofesional dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien: a systematic review. *REAL Nurs J*. 2021;4(2):65–

76.
doi:10.32883/rnj.v4i2.1222
24. Damayanti RA, Bachtiar A. Kesiapan mahasiswa kesehatan terhadap penerapan pendidikan interprofesional di Indonesia. 2020;16–28. doi: 10.37341/interest.v9i1.184
25. Dulahu WY, Hiola DS, Jafar CPSH, Mursyidah A, Arsad SFM, Biya RH, et al. Nurse-doctor interprofessional collaboration in hospital: study description. J Keperawatan Dan Fisioter. 2022;5(1):98–109. doi:10.35451/jkf.v5i1.1298
26. Rachmawan KFR. Perbedaan dokter dan bidan dalam menyikapi praktik kolaborasi interprofesi pada pelayanan maternal [tesis]. Semarang: Universitas Islam Sultan Agung; 2020. p. 43–45.
27. Ulrich G, Homberg A, Karstens S, Mahler C. Attitudes towards interprofessional collaboration in young healthcare professionals. J Interprof Care. 2019;33(6):768–773. doi:10.1080/13561820.2019.1597839
28. Wei H, Corbett RW, Ray J, Wei TL. A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. J Interprof Care. 2020;34(3):324–331. doi:10.1080/13561820.2019.1641476
29. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, et al. An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: barriers and facilitators. Int J Integr Care. 2021;21(2):14. doi:10.5334/ijic.5589
30. Kusuma IY, Anggadiredja K. Evaluasi persepsi interprofessional education dan efektivitasnya pada tingkat pengetahuan tenaga kesehatan tentang KB oral dan suntik di Kota Bandung. J Pharm Sci Clin Res. 2020;5(1):70–77. doi:10.20961/jpscr.v5i1.39270
31. Pamungkasari EP, Parwatiningsih SA. Pengaruh persepsi tentang identitas profesi terhadap sikap interprofessional collaboration tenaga kesehatan di Puskesmas. Smart Med J. 2019;2(2):104–109. doi:10.13057/smj.v2i2.35199
32. Wulandari D, Heryana A, Silviana I, Puspita E, H R, F D. Faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi tenaga kesehatan terhadap vaksin COVID-19 di Puskesmas X tahun 2020. J Kesehat Masy. 2021;9(5):660–668. doi:10.14710/jkm.v9i5.30691

33. Wawan A, Dewi M. Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap, dan perilaku manusia. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011.