



Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Praktik Kolaborasi Interprofesional dalam Terapi Antibiotik pada Bedah Ortopedi

(Healthcare professionals' perceptions regarding interprofessional collaborative practice in antibiotic therapy for orthopedic surgery)

Ella Viani¹, Rika Yulia*² & Fauna Herawati²

¹Program Magister Ilmu Farmasi, Fakultas Farmasi Universitas Surabaya, Kota Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

²Departemen Farmasi Klinis-Komunitas, Fakultas Farmasi Universitas Surabaya, Kota Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

ABSTRACT: Interprofessional collaborative (IPC) is the strategy to deliver an integrated healthcare services. IPC practice can improve antibiotics prescribing and its use in the therapy, which impacts reducing antibiotic resistance. It is necessary to identify existing problems from healthcare professionals' perceptions involved in IPC for creating an effective IPC practice. This study aims to assess the perception of healthcare professionals regarding the practice of IPC in antibiotic therapy in the orthopedic surgery unit. This study is an observational study with a cross-sectional approach. Healthcare professionals' perceptions were assessed using a Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) questionnaire consisting of 8 domains with 53 items. The study involved 47 health workers. The results showed that there were significant differences in perceptions between nurses and pharmacists on the domain of team barriers in collaboration. In the domain of leadership, there were significant differences between pharmacists and doctors. This study concludes that healthcare professionals assess the practice of IPC has been going well (76,47% of maximum score on the CPAT). However, nurses assess their autonomy in IPC is still limited (52% of maximum score on the domain of barriers to team collaboration) and pharmacists assess the dominance of other health workers in the practice of IPC (72% of maximum score on the domain of leadership).

Keywords: interprofessional collaborative; perception; healthcare professional; antibiotic; orthopedic surgery.

ABSTRAK: Kolaborasi interprofesional (*Interprofessional Collaborative/IPC*) menjadi strategi untuk menjawab kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang terpadu. Dalam terapi antibiotik, praktik IPC yang efektif dapat meningkatkan ketepatan persepsian dan penggunaan antibiotik yang berdampak pada penurunan kejadian resistensi antibiotik. Agar tercipta praktik IPC yang efektif, perlu dilakukan identifikasi permasalahan yang ada dari persepsi tenaga kesehatan yang terlibat dalam IPC. Penelitian ini bertujuan menilai persepsi tenaga kesehatan terhadap praktik IPC dalam terapi antibiotik di unit bedah ortopedi. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Persepsi tenaga kesehatan dinilai menggunakan kuesioner *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT) yang terdiri dari 8 domain dengan total 53 item pernyataan. Penelitian melibatkan 47 responden tenaga kesehatan di unit bedah ortopedi. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan persepsi yang signifikan antara perawat dan tenaga kefarmasian terhadap domain hambatan tim dalam kolaborasi. Pada domain kepemimpinan terdapat perbedaan yang signifikan antara tenaga kefarmasian dan dokter. Penelitian ini menyimpulkan secara umum, tenaga kesehatan menilai praktik IPC sudah berjalan dengan baik (76,47% dari skor maksimum CPAT). Perawat menilai otonomi mereka dalam IPC masih terbatas (52% dari skor maksimum domain hambatan tim dalam kolaborasi), serta tenaga kefarmasian menilai masih adanya dominasi tenaga kesehatan lain dalam praktik IPC (72% dari skor maksimum domain kepemimpinan).

Kata kunci: kolaborasi interprofesional; persepsi; tenaga kesehatan; antibiotik; bedah ortopedi.

Pendahuluan

Masalah kesehatan pasien merupakan masalah yang kompleks, sehingga dibutuhkan pelayanan kesehatan yang terpadu. Kerjasama tenaga kesehatan multiprofesi dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien yang disebut sebagai kolaborasi interprofesional (*interprofessional collaborative/IPC*), merupakan strategi terbaik untuk menjawab kebutuhan tersebut [1,2]. Praktik IPC yang

efektif dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas yang menyebabkan peningkatan *outcome* klinis dan keselamatan pasien [2,3]. Dalam terapi obat, praktik IPC dapat menurunkan ketidaktepatan penggunaan obat mulai dari proses persepsian hingga proses pemberian obat kepada pasien [4-6]. Besarnya manfaat IPC, khususnya dalam menurunkan ketidaktepatan penggunaan obat,

Article history

Received: 11 Juni 2021

Accepted: 12 Nov 2021

Published: 07 Des 2021

Access this article



*Corresponding Author: Rika Yulia

Fakultas Farmasi Universitas Surabaya, Jl. Raya Rungkut, Kali Rungkut, Kec. Rungkut, Kota Surabaya, Jawa Timur 60293 | Email: rika_y@staff.ubaya.ac.id

menyebabkan praktik IPC menjadi salah satu strategi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) di rumah sakit di Indonesia dalam upaya peningkatan penggunaan antibiotik secara bijak [7].

Penggunaan antibiotik secara bijak bertujuan mencegah terjadinya resistensi antibiotik yang menjadi ancaman kesehatan global. Data tahun 2019 dari CDC terdapat sekitar 2,87 juta kasus infeksi akibat mikroba resisten dengan 35.900 kasus kematian. Hal ini menyebabkan besarnya biaya kesehatan yang diperkirakan sebesar \$20 milyar/tahun sebagai biaya langsung dan \$35 miliar/tahun sebagai biaya tidak langsung akibat turunnya produktivitas. Penemuan antibiotik baru juga mengalami kendala akibat berkurangnya biaya dan riset untuk pengembangan antibiotik oleh perusahaan obat [8,9]. Meskipun demikian, penggunaan antibiotik masih terus meningkat dari waktu ke waktu, karena antibiotik diperlukan pada penatalaksanaan kasus infeksi dan sebagai terapi profilaksis [10,11].

Sebagai terapi profilaksis, antibiotik banyak digunakan dalam pembedahan untuk mencegah komplikasi infeksi pasca tindakan [12]. Hasil *review* penggunaan antibiotik di 6 rumah sakit di Iran, menunjukkan antibiotik profilaksis diindikasikan pada 908 dari 998 pasien (91,4%) dengan prosedur pembedahan dan dari 1000 prosedur pembedahan, sebesar 11% merupakan prosedur pembedahan ortopedi [13]. Banyak dijumpai masalah *misuse* dan *overuse* pada penggunaan antibiotik profilaksis pada bedah ortopedi. Hasil *review* penggunaan antibiotik profilaksis pada pasien bedah ortopedi menunjukkan adanya ketidaktepatan indikasi dan *overuse* antibiotik sebesar 98% (85 dari 87 prosedur) dan 71,3% (595 dari 835 pasien). Hal ini menyebabkan peningkatan risiko efek samping infeksi pasca operasi sebesar 1-5% serta peningkatan biaya kesehatan sebesar US\$ 8.332/1000 prosedur akibat *overuse* antibiotik [13]. Dengan demikian, diperlukan strategi intervensi untuk meminimalkan ketidaktepatan penggunaan antibiotik pada pasien bedah ortopedi [14].

Salah satu strategi untuk meningkatkan ketepatan persepsian dan penggunaan antibiotik di rumah sakit, yaitu dengan menerapkan *Antimicrobial Stewardship Program* (ASP) [8]. Praktik IPC diperlukan untuk mengoptimalkan ASP di suatu rumah sakit, sehingga secara tidak langsung praktik IPC bermanfaat menurunkan risiko resistensi antibiotik dengan meningkatkan ketepatan penggunaan antibiotik [15,16]. Studi mengenai praktik IPC terhadap keberhasilan implementasi ASP masih terbatas, akan tetapi dari hasil penelitian *randomized controlled trial* (RCT) tahun 2016 di dua rumah sakit di Australia, praktik IPC dalam ASP terbukti dapat memperpendek waktu yang diperlukan

untuk memberikan antibiotik yang tepat kepada pasien [16].

Mengingat pentingnya praktik IPC yang efektif untuk optimalisasi ketepatan penggunaan antibiotik, maka pada penelitian ini dilakukan penilaian praktik IPC dari persepsi tenaga kesehatan, khususnya dalam pelayanan terapi antibiotik pada pasien bedah ortopedi. Penilaian tenaga kesehatan terhadap praktik IPC diperlukan untuk mengidentifikasi serta memecahkan permasalahan yang ada, sehingga tercipta praktik IPC yang efektif. Pada penelitian ini juga dinilai faktor-faktor yang mendorong serta menghambat praktik IPC dari persepsi tenaga kesehatan.

Metode Penelitian

Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif menggunakan kuesionerdengan pendekatan *cross-sectional* yang dilaksanakan pada bulan Desember 2020-Januari 2021 di Rumah Sakit "X" Pasuruan, Jawa Timur.

Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini, yaitu seluruh tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan di unit bedah ortopedi Rumah Sakit "X". Sampel pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam pelayanan terapi antibiotik di unit bedah ortopedi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dalam penelitian ini, yaitu tenaga kesehatan merupakan dokter, apoteker, perawat, atau tenaga teknis kefarmasian. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini, yaitu tenaga kesehatan sedang dalam masa cuti atau berhalangan saat periode pengambilan data.

Instrumen Penelitian

Praktik kolaborasi interprofesional dinilai oleh responden (tenaga kesehatan) menggunakan kuesioner *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT) versi bahasa Indonesia. Kuesioner CPAT versi bahasa Indonesia telah digunakan pada penelitian sebelumnya oleh Findyartini *et al* (2019), Yusra *et al* (2019), dan Soemantri *et al* (2019) di beberapa rumah sakit di Indonesia dengan nilai *Cronbach's a* sebesar 0,916 [17-19]. Kuesioner terdiri dari 8 domain, yaitu: 1) Hubungan antar anggota (9 pernyataan); 2) Hambatan tim dalam kolaborasi (5 pernyataan); 3) Hubungan tim dengan masyarakat (4 pernyataan); 4) Koordinasi dan pembagian peran (14 pernyataan); 5) Pembuatan keputusan dan manajemen konflik (2 pernyataan); 6) Kepemimpinan (5 pernyataan); 7) Misi,

tujuan, dan sasaran (9 pernyataan); dan 8) Keterlibatan pasien (5 pernyataan).

Kuesioner CPAT menggunakan skala Likert 5 poin. Pilihan jawaban Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Ragu-ragu (R), Tidak Setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS) bernilai 5, 4, 3, 2, dan 1, kecuali pada domain hambatan tim dalam kolaborasi serta domain pembuatan keputusan dan manajemen konflik. Kedua domain tersebut merupakan domain negatif, sehingga penilaian menjadi terbalik (SS=1, S=2, ..., STS=5). Pertanyaan terbuka terdiri dari 2 pertanyaan untuk mengetahui faktor pendorong dan penghambat kolaborasi interprofesional, yaitu: 1) Apakah yang tim Anda telah lakukan dengan baik terkait praktik kolaborasi?; 2) Apakah tantangan yang paling sulit dalam berkolaborasi?

Analisis Data

Analisis deskriptif digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik responden dan faktor pendorong, serta penghambat kolaborasi interprofesional dari persepsi responden. Analisis kuantitatif, dengan *software* SPSS versi 23, digunakan untuk menilai skor CPAT rata-rata responden, serta menilai perbedaan persepsi praktik kolaborasi interprofesional antar profesi. Hasil uji

normalitas berdasarkan profesi dengan Saphiro-Wilk, menunjukkan distribusi data yang tidak normal ($p < 0,05$). Dengan demikian, dilakukan analisis non-parametrik menggunakan Kruskal Wallis dilanjutkan dengan analisis *post-hoc* dengan Mann-Whitney untuk membandingkan nilai median antar profesi.

Kelayakan Etik

Penelitian ini telah disetujui oleh Tim Etik Penelitian Kesehatan Rumah Sakit "X" Pasuruan, Jawa Timur dengan nomor surat 445.1.22.424.072.01/2020. Seluruh responden telah mengisi lembar permohonan kesediaan menjadi responden penelitian. Seluruh data responden disimpan oleh peneliti dan hanya digunakan untuk tujuan penelitian.

Hasil dan Diskusi

Jumlah responden pada penelitian ini adalah 47 orang, yang terdiri dari dokter, apoteker, tenaga teknis kefarmasian (TTK), dan perawat masing-masing 3, 3, 5, dan 36 orang, seperti dapat dilihat pada [Tabel 1](#). Sebagian besar responden berusia pada rentang 25-<30 tahun (18 dari 47 orang; 38,30%) dan 31-<44 tahun (15 dari 47

Tabel 1. Karakteristik demografi responden (N=47)

Karakteristik demografi	Jumlah	Persentase (%)
Profesi		
Dokter	3	6,38
Apoteker	3	6,38
Tenaga Teknis Kefarmasian	5	10,64
Perawat	36	76,60
Jenis Kelamin		
Laki-laki	13	27,66
Perempuan	34	72,34
Usia		
20- <25 tahun	7	14,89
25- <30 tahun	18	38,30
31- <44 tahun	15	31,92
44- <64 tahun	7	14,89
Lama Bekerja		
< 5 tahun	26	55,32
5-10 tahun	10	21,28
>10 tahun	11	23,40

Tabel 2. Hasil uji beda skor CPAT berdasarkan profesi

Variabel	Skor Maksimum	Median (nilai minimum, nilai maksimum)			Nilai p (Kruskal Wallis)
		Dokter	Apoteker dan TTK	Perawat	
Total	265	211 (204,229)	202 (172,212)	203 (159,245)	0,292
Domain					
Hubungan antar anggota	45	44 (39,45)	38 (36,40)	36 (27, 45)	0,063
Hambatan tim dalam kolaborasi	25	16 (15,18)	18,5 (11,20)	13 (5, 20)	0,018*
Hubungan tim dengan masyarakat	20	15 (5,16)	15 (12,16)	15,5 (0,20)	0,566
Koordinasi dan pembagian peran	70	55 (53, 69)	57 (51,60)	55,5 (42, 70)	0,624
Pembuatan keputusan dan manajemen konflik	10	3 (2,4)	4 (4,4)	4 (2, 6)	0,171
Kepemimpinan	25	21 (20, 25)	18 (9,20)	20 (15, 25)	0,005*
Misi, tujuan, sasaran	45	37 (36, 45)	36 (32,39)	36 (27, 45)	0,428
Keterlibatan pasien	25	20 (19, 22)	19,5 (0,20)	20 (15, 25)	0,052

Keterangan: *: berbeda signifikan ($p < 0,05$)

orang; 31,92%) dengan 55,32% responden memiliki lama bekerja <5 tahun. Hasil beberapa studi menunjukkan adanya pengaruh usia dan lama bekerja terhadap kolaborasi interprofesional. Responden dengan usia yang lebih tinggi atau pun lama bekerja yang lebih panjang, memiliki sikap positif terhadap kolaborasi, serta lebih banyak berinteraksi langsung dengan profesi lain [18,20]. Meskipun demikian, terdapat pula studi yang menunjukkan tidak adanya pengaruh usia dan lama bekerja terhadap kolaborasi interprofesional [21].

Skor total rata-rata kuesioner CPAT, yaitu 202,68 dari skor maksimum 265 (76,47%). Hal ini mengindikasikan tenaga kesehatan di rumah sakit "X" memiliki persepsi yang positif terhadap praktik kolaborasi interprofesional. Berdasarkan profesi tenaga kesehatan, tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada skor total maupun domain CPAT, kecuali pada domain hambatan tim dalam kolaborasi dan kepemimpinan, seperti dapat dilihat pada Tabel 2. Hasil analisis *post-hoc* dengan Mann-Whitney menunjukkan terdapat perbedaan signifikan pada domain hambatan tim dalam kolaborasi antara apoteker dan TTK dengan perawat ($p=0,009$). Pada domain kepemimpinan, terdapat perbedaan signifikan antara dokter dengan apoteker dan TTK, serta apoteker dan TTK dengan perawat ($p=0,022$ dan $0,006$; berturut-turut).

Pada domain kepemimpinan, nilai median apoteker dan TTK signifikan lebih rendah dibandingkan dokter yang menunjukkan tenaga kefarmasian memiliki persepsi

yang lebih negatif terhadap domain kepemimpinan dibandingkan dokter. Hal ini mengindikasikan tenaga kefarmasian menilai masih ada dominasi dalam tim kolaborasi interprofesional. Studi oleh Farrell *et al* (2013) menunjukkan penilaian apoteker terhadap perannya masih terbatas pada merespon permintaan dokter terkait informasi obat dan mendukung dokter dalam pelayanan kesehatan, namun tidak terlibat aktif dalam pengambilan keputusan terkait pasien [22]. Menurut Turner (1995) dominasi profesi dokter dalam pelayanan kesehatan terbentuk karena adanya tiga proses, yaitu subordinasi, limitasi, dan eksklusivitas. Pada proses subordinasi, dokter bertugas mendelegasikan suatu aktivitas pelayanan kesehatan terhadap tenaga kesehatan lain, sehingga otonomi tenaga kesehatan tersebut menjadi terbatas [17,23].

Dominasi salah satu profesi tenaga kesehatan, khususnya profesi dokter, dalam pelayanan kesehatan juga menjelaskan adanya perbedaan yang signifikan dalam persepsi terhadap hambatan tim dalam kolaborasi antar profesi ($p=0,018$). Hasil analisis *post-hoc* menunjukkan profesi perawat memiliki persepsi yang lebih negatif terhadap domain hambatan tim dalam kolaborasi dibandingkan tenaga kefarmasian ($p=0,009$). Hal ini mengindikasikan perawat menilai otonomi mereka lebih terbatas, serta adanya kepemimpinan yang menghambat mereka untuk mengambil inisiatif dalam usaha mencapai tujuan pelayanan pasien [17,18].

Tabel 3. Kesimpulan jawaban pertanyaan terbuka CPAT

Kesimpulan	Profesi			Total Jawaban	
	Dokter	Apoteker dan TTK	Perawat	n	%
	n	n	n	n	%
Faktor Pendorong Kolaborasi					
Usaha untuk bekerja sesuai profesi masing-masing	0	5	4	9	34,62
Kepercayaan antar anggota	0	0	8	8	30,77
Suasana kerjasama yang menyenangkan	0	0	3	3	11,54
Dukungan antar anggota	0	0	2	2	7,69
Adanya teknologi yang memudahkan diskusi antar profesi (contoh: <i>whatsapp group</i>)	1	1	0	2	7,69
Rasa saling menghargai antar profesi	0	0	1	1	3,85
Komunikasi yang baik	0	0	1	1	3,85
Faktor Penghambat Kolaborasi					
Perbedaan keilmuan antar profesi yang menyebabkan perbedaan pendapat atau sudut pandang	1	3	12	16	50,00
Anggota tim tidak mau bekerja sama	0	1	3	4	12,50
Kurangnya pengertian akan kewajiban masing-masing	0	1	2	3	9,38
Keterbatasan waktu untuk berkumpul dan bertemu dalam satu tim	1	0	1	2	6,25
Salah satu profesi merasa lebih baik daripada profesi yang lain	0	1	1	2	6,25
Tidak ada	0	0	2	2	6,25
Kesulitan menghubungi salah satu anggota tim	0	0	1	1	3,13
Rasa segan/sungkan untuk mengemukakan pendapat karena perbedaan usia	0	1	0	1	3,13
Jadwal <i>visite</i> masing-masing profesi tidak bersamaan	0	1	0	1	3,13

Dalam pelayanan kesehatan, masih dijumpai hubungan dokter dan perawat yang bersifat *hierarchial*, ditandai dengan adanya dominasi dokter dan peran perawat lebih dipandang sebagai asisten (*subordinate*) dibandingkan sebagai rekan sekerja dokter [24,25]. Hal ini menyebabkan perawat menilai otonomi mereka dalam pelayanan kesehatan menjadi terbatas [25]. Proses subordinasi juga terjadi dalam hubungan dokter dan apoteker, akan tetapi apoteker masih dipandang mendukung dokter dalam pelayanan kesehatan, khususnya yang berhubungan dengan penggunaan dan informasi obat [22,26]. Hal ini didukung hasil survei oleh Khan *et al* (2020) di rumah sakit yang tersebar di 26 kota di Pakistan. Survei yang melibatkan 483 responden dokter ini bertujuan mengetahui harapan dokter terhadap apoteker, dimana sebanyak 86,7% dokter

berharap apoteker memastikan keamanan dan ketepatan penggunaan obat pasien. Survei menggunakan kuesioner ini juga menunjukkan 86,1% dokter menerima peran apoteker dalam memberi rekomendasi obat kepada dokter [26].

Berdasarkan hasil pertanyaan terbuka kuesioner CPAT terdapat beberapa faktor pendorong dan penghambat praktik kolaborasi interprofesional dari persepsi tenaga kesehatan, seperti dapat dilihat pada Tabel 3. Menurut responden faktor pendorong praktik kolaborasi, antara lain kepercayaan antar anggota (8 dari 26 orang; 30,77%), rasa saling menghargai antar profesi (1 dari 26 orang; 3,85%), serta komunikasi yang baik (1 dari 26 orang; 3,85%). Hal ini sejalan dengan teori oleh Morley *et al* (2017) yang menyatakan kesediaan anggota tim untuk

berkolaborasi, rasa saling percaya dan menghargai, serta komunikasi antar anggota tim merupakan faktor psikologis penentu terjadinya interaksi yang merupakan kunci dari kolaborasi [1]. Rasa saling percaya juga merupakan faktor yang mempengaruhi sejauh mana anggota tim bersedia untuk saling berbagi tanggung jawab [27].

Faktor penghambat praktik kolaborasi menurut responden, antara lain keterbatasan waktu untuk berkumpul dalam satu tim (2 dari 32 orang; 6,25%) dan jadwal *visite* masing-masing profesi yang berbeda (1 dari 32 orang; 3,13%). Menurut Morley *et al* (2017), jadwal kerja yang berbeda (asinkron) dan keterbatasan waktu untuk berkumpul dapat menurunkan kemampuan berkolaborasi [1]. Keterbatasan waktu untuk berkumpul dalam satu tim mungkin disebabkan adanya beban kerja yang berat (*heavy workload*) dari masing-masing profesi [27]. Berdasarkan jawaban responden mengenai faktor penghambat kolaborasi interprofesional, maka dapat disarankan untuk mengadakan pertemuan rutin terjadwal multiprofesi. Adanya pertemuan rutin terjadwal meningkatkan kesempatan tenaga kesehatan multiprofesi untuk berinteraksi dan membahas permasalahan yang dijumpai dalam pelayanan kesehatan. Pertemuan multiprofesi juga dapat menjadi wadah agar tenaga kesehatan mengerti peran dan tanggung jawab masing-masing profesi [27].

Penelitian ini memiliki keterbatasan, yaitu hasil dari penelitian ini tidak representatif untuk unit bedah ortopedi di seluruh rumah sakit. Hal ini disebabkan masing-masing rumah sakit memiliki regulasi, kultur maupun lingkungan fisik yang berbeda. Meskipun demikian, penelitian ini menggunakan metode *total sampling*, yang berarti responden adalah seluruh tenaga kesehatan (dokter, apoteker, TTK, dan perawat) yang bekerja di unit bedah ortopedi rumah sakit "X". Dengan demikian, hasil penelitian ini dapat mencerminkan praktik kolaborasi interprofesional di unit tersebut.

Kesimpulan

Tenaga kesehatan memiliki persepsi yang positif terhadap praktik kolaborasi interprofesional. Terdapat perbedaan persepsi yang signifikan terhadap domain hambatan tim serta kepemimpinan dalam kolaborasi. Dalam domain hambatan tim dalam kolaborasi, perawat menilai otonomi mereka terbatas dan masih ada kepemimpinan yang menghambat mereka dalam usaha mencapai tujuan pelayanan kesehatan. Pada domain kepemimpinan, apoteker dan TTK menilai masih ada dominasi salah satu profesi tenaga kesehatan dalam praktik kolaborasi interprofesional. Rasa saling percaya

dan menghargai antar profesi, serta komunikasi yang baik menjadi faktor pendorong, sedangkan keterbatasan waktu untuk berkumpul dan berinteraksi multiprofesi menjadi faktor penghambat dalam praktik kolaborasi interprofesional.

Penelitian ini merupakan penelitian tentang praktik kolaborasi interprofesional yang pertama kali dilakukan pada pelayanan kesehatan dan unit khusus, yaitu terapi antibiotik pada bedah ortopedi. Persepsi tenaga kesehatan terhadap praktik kolaborasi dinilai menggunakan kuesioner CPAT yang kurang dapat digunakan untuk mengetahui alasan yang mendasari penilaian tenaga kesehatan terhadap masing-masing domain. Meskipun demikian, kuesioner ini dapat menjadi "alat diagnostik" untuk mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan tim, sehingga dapat dilakukan intervensi pendidikan atau pelatihan yang sesuai.

Ucapan Terimakasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh tenaga kesehatan yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini

Referensi

1. Morley L, Cashell A. Collaboration in Health Care. *J Med Imaging Radiat Sci.* 2017;48. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2017.02.071>
2. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva:Switzerland: WHO Press; 2010.
3. Bosch B, Mansell H. Interprofessional Collaboration in Health Care: Lessons to be Learned from Competitive Sports. *Can Pharm J.* 2015;148(4):176–9. <https://doi.org/10.1177/1715163515588106>
4. Thürmann PA. Medication Safety - Models of Interprofessional Collaboration. *Dtsch Arztebl Int.* 2016;113:739–40. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0739>
5. Schaffler-Schaden D, Pitzer S, Schreier M, Dellinger J, Brandauer-Stickler B, Lainer M, et al. Improving Medication Appropriateness in Nursing Home Residents by Enhancing Interprofessional Cooperation: A Study Protocol. *J Interprof Care.* 2018;32:517–20. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1448372>
6. Wilson AJ, Palmer L, Levett-Jones T, Gilligan C, Outram S. Interprofessional Collaborative Practice for Medication Safety: Nursing, Pharmacy, and Medical Graduates' Experiences and Perspectives. *J Interprof Care.* 2016;30:649–54. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1191450>
7. Menteri Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit. 2015.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2019. Atlanta,GA: US Department of Health and Human Services; 2019.
9. Doron S, Davidson LE. Antimicrobial stewardship. *Mayo Clin Proc.* 2011;86(11):1113–23. <https://doi.org/10.4065/mcp.2011.0358>
10. US Department of Health and Human Services. Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2013. Centers Dis Control Prev. 2013;
11. Enzler MJ, Berbari E, Osmon DR. Antimicrobial Prophylaxis in Adults. *Mayo Clin Proc.* 2011;86(7):686–701.

- [12]. World Health Organization. Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009 : Safe Surgery Saves Lives. Patient Saf A World Alliance Safer Heal Care. 2009;
- [13]. Askarian M, Moravveji AR, Mirkhani H, Namazi S, Weed H. Adherence to American society of Health-System Pharmacists Surgical Antibiotic Prophylaxis Guidelines in a Teaching Hospital. *J Res Pharm Pract.* 2006;27:876–8. <https://doi.org/10.4103/2279-042x.137075>
- [14]. Campbell KA, Stein S, Looze C, Bosco JA. Antibiotic Stewardship in Orthopaedic Surgery: Principles and Practice. *J Am Acad Orthop Surg.* 2014;22:772–81. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-22-12-772>
- [15]. Avent ML, Hall L, Davis L, Allen M, Roberts JA, Unwin S, et al. Antimicrobial Stewardship Activities: A Survey of Queensland Hospitals. *Aust Heal Rev.* 2014;38:557–63. <https://doi.org/10.1071/AH13137>
- [16]. Cairns KA, Doyle JS, Trevillyan JM, Horne K, Stuart RL, Bushett N, et al. The Impact of A Multidisciplinary Antimicrobial Stewardship Team on the Timeliness of Antimicrobial Therapy in Patients with Positive Blood Cultures: A Randomized Controlled Trial. *J Antimicrob Chemother.* 2016;71:3276–83. <https://doi.org/10.1093/jac/dkw285>
- [17]. 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 Interprofessional Educ Pract.* 2019;17. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100279>
- [18]. Yusra RY, Findyartini A, Soemantri D. Healthcare Professionals' Perceptions regarding Interprofessional Collaborative Practice in Indonesia. *J Interprofessional Educ Pract.* 2019;15. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.01.005>
- [19]. 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 Interprofessional Educ Pract.* 2019;15. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.03.008>
- [20]. Charles ST, Carstensen LL. Social and emotional aging. *Annu Rev Psychol.* 2010;61:383–409. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>
- [21]. Mongo T. Nurse perceptions of physician-nurse collaboration in the home health setting : A pilot study(Master's thesis). *Nurs These Capstone Proj.* 2010;186.
- [22]. Farrell B, Ward N, Dore N, Russell G, Geneau R, Evans S. Working in interprofessional primary health care teams: What do pharmacists do? *Res Soc Adm Pharm.* 2013;9(3):288–301. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.05.005>
- [23]. Reeves S, Macmillan K, Van Soeren M. Leadership of interprofessional health and social care teams: A socio-historical analysis. *J Nurs Manag.* 2010;18(3):258–64. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01077.x>
- [24]. Elsous A, Radwan M, Mohsen S. Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nurs Res Pract.* 2017;2017(January):1–7. <https://doi.org/10.1155/2017/7406278>
- [25]. Clarin OA. Strategies to Overcome Barriers to Effective Nurse Practitioner and Physician Collaboration. *J Nurse Pract.* 2007;3(8):538–48. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2007.05.019>
- [26]. Khan N, McGarry K, Naqvi AA, Holden K. Doctors' perceptions, expectations and experience regarding the role of pharmacist in hospital settings of Pakistan. *Int J Clin Pharm.* 2020;42(2):549–66. <https://doi.org/10.1007/s11096-020-00991-9>
- [27]. MacNaughton K, Chreim S, Bourgeault IL. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: A qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(486):1–13.



Copyright © 2021 The author(s). You are free to share (copy and redistribute the material in any medium or format) and adapt (remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially) under the following terms: Attribution — You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use; ShareAlike — If you remix, transform, or build upon the material, you must distribute your contributions under the same license as the original (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>)