

## PELAKSANAAN KOLABORASI INTERPROFESIONAL PADA PELAYANAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN

Rahmat Bakhtiar<sup>1\*</sup>, Krispinus Duma<sup>1</sup>, Aminudin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prodi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman  
Samarinda 75124

<sup>2</sup>Prodi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman Samarinda  
75124

\*Korespondensi: [r.bakhtiar@fk.unmul.ac.id](mailto:r.bakhtiar@fk.unmul.ac.id)

### Abstract

*Management of Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) treatment in Indonesia had not been optimal, marked by the increasing incidence of both macro and micro complications which have an impact on high morbidity and mortality rates. As a chronic disease, the priority of T2DM management strategies was early detection and prevention of complications that could be done with a collaborative multi-disciplinary team approach. This study aimed to analyze the application of inter-professional collaboration in T2DM services in health care facilities in East Kalimantan. This research method was cross sectional. A total of 120 T2DM patient's who had received treatment both at the hospital and at the Primary Health Centre were involved in this study. The research variables were interpersonal collaboration, communication, team decision making and conflict management. The results of the observations showed that the interaction of officers in the T2DM service activities went well and gave each other information among the team about conditions and management plans. Team communication played a role in the implementation of inter-professional collaboration on the treatment of T2DM in both hospitals and health centers. We believe that effective communication will reduce various barriers such as professional egos, skill gaps or team knowledge which will increase the team's motivation to provide quality service.*

**Keywords:** *Communication, decision making, conflict management*

### Abstrak

Manajemen pengobatan Diabetes Melitus Tipe 2 (DMT2) di Indonesia belum optimal ditandai dengan semakin meningkatnya insidens komplikasi baik makro maupun mikro yang berdampak tingginya angka kesakitan dan kematian. Sebagai penyakit kronis, prioritas strategi penanggulangan DMT2 adalah penemuan dini dan pencegahan komplikasi yang dapat dilakukan dengan pendekatan tim berbagai disiplin ilmu yang berkolaborasi. Penelitian bertujuan menganalisa penerapan interprofesional kolaborasi dalam pelayanan DMT2 di sarana pelayanan kesehatan di Kalimantan Timur. Metode penelitian ini adalah *cross sectional*. Sebanyak 120 penderita DMT2 yang pernah mendapat pengobatan baik di rumah sakit maupun di Puskesmas dilibatkan dalam penelitian ini. Variabel penelitian adalah kolaborasi interpersonal, komunikasi, pengambilan keputusan dalam tim dan manajemen konflik. Hasil observasi menunjukkan interaksi petugas dalam kegiatan pelayanan DMT2 berjalan dengan baik dan saling memberi informasi sesama tim tentang kondisi dan rencana tatalaksana. Komunikasi tim berperan dalam pelaksanaan kolaborasi interprofesional pada pengobatan DMT2 baik di rumah sakit maupun Puskesmas. Kami percaya komunikasi efektif akan mengurangi berbagai hambatan seperti ego profesi, kesenjangan ketrampilan atau pengetahuan tim yang akan meningkatkan motivasi tim untuk memberikan pelayanan yang kualitas.

**Kata Kunci:** *Komunikasi, pengambilan keputusan, manajemen konflik*

## PENDAHULUAN

Secara global Diabetes Melitus Tipe 2 (DMT2) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Internasional Diabetes Federation (IDF) memperkirakan prevalensi DMT2 di dunia pada tahun 2030 meningkat menjadi 366 juta jiwa (4,4%) dan di Indonesia diperkirakan sebesar 10 juta (International Diabetes Federation, 2016). Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, terdapat peningkatan prevalensi DMT2 sebesar 2% dari 5,7% tahun 2013 menjadi 7,7% pada tahun 2018 dan prevalensi DMT2 pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun adalah 10,9% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Komplikasi merupakan masalah utama DMT2 dan diperkirakan sekitar 20% penderita DM mengalami komplikasi meskipun telah diobati di pelayanan primer (PB Perkeni, 2019).

Sekitar 65,8% penderita DMT2 di Indonesia tidak mengetahui dirinya memiliki diabetes dan berpotensi mengakses layanan kesehatan dalam kondisi terlambat atau sudah mendapat komplikasi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Resiko terjadinya komplikasi semakin meningkat jika tatalaksana kasus DMT2 dilakukan secara sektoral dan tidak komprehensif. Pengobatan tanpa komunikasi efektif akan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi. Oleh karena itu, sering ditemukan penderita DMT2 pada tahap lanjut dengan komplikasi seperti serangan jantung, stroke, infeksi kaki yang berat dan berisiko amputasi, serta gagal ginjal stadium akhir (PB Perkeni, 2019).

Sebagai salah satu penyakit kronis dengan kompleksitas tinggi, DMT2 bila tidak ditanggulangi secara komprehensif akan menurunkan produktivitas, disabilitas, dan kematian dini. Pemantauan secara berkala dan berkesinambungan merupakan kunci keberhasilan pengendalian penyakit DMT2 (PB Perkeni, 2019). Kerjasama tim mampu memberikan pendekatan yang lebih komprehensif mengelola DMT2 dan mencegah terjadinya komplikasi (PB Perkeni, 2019). Kolaborasi interprofesi adalah kemitraan antara orang dengan latar belakang profesi yang berbeda dan bekerjasama memecahkan masalah kesehatan pasien sekaligus memberikan pelayanan kesehatan (Morgan, Pullon, & McKinlay, 2015). WHO telah merekomendasikan bahwa strategi yang efektif, terintegrasi dan menyeluruh berbasis kolaborasi interprofesi bekerjasama dengan pasien, keluarga dan komunitas untuk menyediakan pelayanan yang komprehensif dan berkualitas (WHO, 2010).

Kolaborasi interprofesional merupakan suatu strategi untuk mencapai kualitas hasil yang diinginkan secara efektif dan efisien dalam pelayanan kesehatan. *Partnership* kolaborasi merupakan usaha yang baik sebab mereka menghasilkan *outcome* yang lebih baik bagi pasien dalam mencapai upaya penyembuhan dan memperbaiki kualitas hidup (WHO, 2010). Kerjasama tim mampu memberikan pendekatan yang lebih

komprehensif untuk mencegah dan mengelola penyakit kronis. Kerjasama antar profesi dalam mengidentifikasi faktor penyebab dan memberikan alternatif solusi yang terbaik bagi pasien menyebabkan tatalaksana kasus menjadi efektif dan efisien. Tim sering dilambangkan sebagai sistem terbuka yang kompleks, yang memanfaatkan sumber daya, berkomunikasi diantara anggota sendiri dan menghasilkan outcome. Kinerja tim pelayanan kesehatan dapat dioptimalkan untuk mencapai perawatan pasien yang berkualitas dan efisien (Care, Micken, & Rodger, 2005). Dengan meningkatnya kompleksitas teknologi dan biaya dalam pelayanan kesehatan, dilakukan para profesional dengan spesialisasi tertentu, dibutuhkan kerjasama antar petugas pelayanan kesehatan untuk memaksimalkan hasil pengobatan. Tim interprofesional mampu memberikan pendekatan yang lebih komprehensif untuk mencegah dan mengelola penyakit kronis. Pasien yang mengalami komplikasi umumnya memerlukan tindakan kolaboratif dan multidisiplin (Öhman, Keisu, & Enberg, 2017).

Selain pengobatan harus dilakukan dalam jangka waktu lama bahkan seumur hidup, output hasil pengobatan penderita DMT2 tidak terlalu baik. Angka ini semakin meningkat pada penderita yang tidak teratur minum obat dan mempunyai faktor resiko. Seperti halnya penyakit kronis lainnya angka putus berobat sangat tinggi dan tidak menyadari akan timbulnya komplikasi. Kalu menyatakan tantangan dalam

penerapan kolaborasi adalah persaingan antar profesi, asosiasi profesi dan tujuan organisasi (Kalu, 2012). Dari berbagai penelitian di uraian yang dijelaskan diatas peneliti tertarik untuk mengkaji lebih lanjut bagaimana pola kegiatan kolaborasi interprofesional pada pelayanan DMT2 di setiap level fasilitas pelayanan kesehatan di Kalimantan Timur. Penelitian ini bertujuan menganalisa efek kegiatan kolaborasi interprofesional dalam pelayanan DMT2 di sarana pelayanan kesehatan.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan cross sectional terhadap penerapan kolaborasi interprofesional pada tim yang melakukan pelayanan DMT2. Sebanyak 3 sarana pelayanan kesehatan dilibatkan dalam penelitian ini yaitu dua Puskesmas dan dua Rumah Sakit. Penelitian dilaksanakan selama 2 bulan yaitu Agustus dan September 2019. Seluruh penderita DMT2 yang sedang menjalani pengobatan baik di Puskesmas maupun di Rumah sakit dan sudah pernah mendapat pelayanan baik di Puskesmas maupun Rumah Sakit merupakan populasi terjangkau penelitian ini. Sampel penelitian dihitung berdasarkan rumus Slovin penderita DM sebanyak 130 Penderita. Jumlah sampel pada setiap sarana pelayanan kesehatan dilakukan dengan membagi sama rata pada 4 sarana pelayanan masing masing 40 sampel. Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling*. Penerapan kolaborasi interprofesional merupakan variabel

terikat sedangkan variabel bebas adalah komunikasi tim, pengambilan keputusan atau tindakan dan manajemen konflik. Kolaborasi interprofesional merupakan suatu proses yang mencakup komunikasi dan pengambilan keputusan, yang didasarkan pada sinergisitas pengetahuan dan ketrampilan secara berkelompok. Komunikasi dalam tim menyampaikan pendapat tentang penanganan kasus, berdiskusi dengan anggota tim lainnya dan mendengarkan keluhan anggota tim. Proses pengambilan keputusan adalah langkah yang diambil oleh tim ketika akan melakukan tindakan terhadap penderita DMT2 sedangkan manajemen konflik adalah upaya dari tim untuk dapat menyelesaikan perbedaan jika timbul perbedaan dalam melakukan tindakan. Kuesioner telah diujicobakan pada 15 responden sebelum kuesioner disebarkan dengan reabilitas sebesar 0,64. Peneliti menggunakan skala Likert (1 – 5) yaitu sangat sering (5), sering (4), kadang kadang (3), jarang

(2) dan sangat jarang (1). Setiap variabel dependen dikelompokkan menjadi 2 yaitu dilakukan dan tidak dilakukan dengan menggunakan *cut of point* nilai median. Hubungan antara variabel dianalisa dengan Chi Square ( $\chi^2$ ) menggunakan software SPSS versi 20.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Dua rumah sakit yaitu RSUD A.W. Syahrani dan RS I.A. Moeis Samarinda dan 2 Puskesmas yaitu Puskesmas Lempake dan Puskesmas Mangkurawang menjadi lokasi penelitian. Dari 130 responden, 10 penderita dieksklusi karena tidak bersedia menjadi responden atau fisik terlalu lemah sehingga jumlah responden dalam penelitian ini adalah 120 responden. Sebagian besar responden berpendidikan SMA keatas yaitu 64,2%, tidak bekerja (56%), berpenghasilan > UMR (79,2%), mengetahui terkena DMT2 pertama kali di Puskesmas (49,2%) dan 90% berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan (tabel 1).

Tabel 1. Karakteristik Responden

Variabel	Karakteristik	Sarana Kesehatan (N=120)		Jml	%	p-Value
		PKM	RS			
Jenis Kelamin	Laki-laki	30	32	62	51,66	0,710
	Perempuan	31	27	58	48,34	
Pendidikan	SD	17	5	22	18,33	0,146
	SMP	11	10	21	17,50	
	SMA	20	17	37	30,83	
	D3/PT	13	27	40	33,44	
Pekerjaan	PNS/Polri/TNI	3	6	9	7,50	0.146
	Pegawai Swasta	10	9	19	15,83	
	Wiraswasta	6	3	9	7,50	
	IRT/Tidak Bekerja	33	23	56	46,66	

	Lain-lain	9	18	27	22,51	
Penghasilan	≤ UMR	20	5	25	20,83	0.002
	> UMR	41	54	95	79,17	
Diketahui	Tes Sendiri/Apotik/Toko	17	11	28	23,33	0,135
DMT2	Obat	7	12	19	15,83	
Pertama kali	Posbindu/Pengobatan	27	32	59	49,16	
	Massal	10	4	14	16,66	
	Puskesmas/Klinik/Dokter					
	Prak					
	Rumah sakit					
Terapi DMT2	Diobati Sendiri Di rumah	6	6	12	10,00	0,983
Pertama	Puskesmas/Klinik/Dokter	24	24	48	40,00	
	Prak	31	29	60	50,00	
	Rumah sakit					

Tabel 2. Distribusi Penderita DM Menurut Umur dan Lama Menderita DM

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Minimal	95% CI
	Median		Maksimal	
Umur	56,49	9,67	17	54,72 - 58,24
	58,00		80	
Lama Menderita DM	5,71	4,18	1	4,95 – 6,46
	4,50		22	

Rata rata umur responden adalah 56,49 tahun ( $\pm 9,67$  tahun) dan rata rata lama menderita DMT2 adalah 5,71 tahun ( $\pm 4,18$  tahun). Penderita diyakini telah menderita DMT2 selama 4,95 tahun sampai 6,46 tahun (tabel 2).

Tabel 3. Interaksi petugas dalam kegiatan pelayanan DMT2

Kegiatan Pelayanan DMT2*	Sarana Pelayanan Kesehatan (N=120)			
	Puskesmas		Rumah Sakit	
	Ya (%)	Tidak	Ya	Tidak
<b>1. Pelayanan Sebelum Pengobatan DMT2</b>				
a. Menjelaskan tentang penyakit DMT2	90	10	92	8
b. Menjelaskan tujuan jangka pendek pengobatan	93	7	95	5
c. Menjelaskan tujuan jangka panjang pengobatan	95	5	95	5
d. Menjelaskan pentingnya pengendalian gula darah	95	5	95	5
e. Menjelaskan pengendalian tekanan darah	100	0	100	0
f. Menjelaskan pengendalian berat badan	100	0	100	0
g. Menjelaskan pengendalian profil lipid	96	4	96	4
<b>2. Tata Laksana Umum</b>				
a. Mengevaluasi riwayat penyakit	80	20	90	10
b. Melakukan pemeriksaan fisik	80	20	90	10

c. Melakukan evaluasi laboratorium	90	10	100	0
d. Melakukan penapisan komplikasi	50	50	100	0
e. Menanyakan apa masalahnya jika pasien tidak teratur datang mengambil obat	100	0	70	30
<b>3. Tata Laksana Khusus</b>				
a. Menjelaskan pentingnya pola hidup sehat melalui pendekatan nutrisi medis	85	15	90	10
b. Menjelaskan pentingnya pola hidup sehat melalui pendekatan aktivitas fisik	85	15	95	5
c. Menjelaskan rujukan jika terdapat keadaan emergensi	90	10	95	5
<b>4. Edukasi Tahap Awal</b>				
a. Menjelaskan perjalanan penyakit DMT2	60	40	100	0
b. Menjelaskan pengendalian dan pemantauan DMT2 secara berkelanjutan.	65	35	90	0
c. Menjelaskan penyulit DMT2 dan risikonya	80	20	100	0
d. Menjelaskan intervensi non-farmakologis dan farmakologis serta target pengobatan	70	30	50	50
e. Menjelaskan interaksi antara asupan makanan, aktivitas fisik, dan obat antihiperlikemia oral/insulin/obat lain	80	20	90	10
f. Menjelaskan cara pemantauan dan interpretasi gula darah	76	24	100	0
g. Mengenalkan gejala dan penanganan awal hipoglikemia.	85	15	100	0
h. Menjelaskan latihan jasmani yang teratur	100	0	90	10
i. Menjelaskan perawatan kaki.	95	5	90	10
j. Menjelaskan pemanfaatan fasilitas kesehatan	100	0	70	30

\*Kegiatan pelayanan DMT2 mengacu pada Perkeni, 2019

Kegiatan pelayanan DMT2 dimulai dari pelayanan sebelum pengobatan, tata laksana umum, tata laksana khusus, edukasi tahap awal dan edukasi tahap akhir cukup baik. Beberapa item pertanyaan yang mempunyai kesenjangan antara lain: Penapisan komplikasi,

menanyakan apa masalahnya jika pasien tidak teratur datang mengambil obat, perjalanan penyakit DMT2, pengendalian dan pemantauan secara berkelanjutan dan petugas kurang menjelaskan intervensi non farmakologis serta target pengobatan (tabel 3).

Tabel 4. Observasi praktik kolaborasi interprofesi

Dimensi Kolaborasi	Sarana Pelayanan Kesehatan (N=120)			
	Puskesmas		Rumah Sakit	
	Ya (%)	Tidak (%)	Ya (%)	Tidak (%)
a. Berbagi informasi tentang pasien mengenai kondisi dan pengobatan yang diberikan	100	0	100	0

b. Saling mendengarkan dan menghargai pendapat yang diberikan	100	0	50	50
c. Memecahkan bersama masalah yang dihadapi pasien	90	10	40	60
d. Melaksanakan tugas dan tanggung jawab masing-masing sebagai anggota tim	90	10	40	60
e. Mendiskusikan efek samping yang tidak diharapkan yang terjadi pada pasien	50	50	20	80
f. Menghargai keputusan yang diambil masing-masing sesuai dengan peran wewenang dan tanggung jawab masing masing	90	10	70	30
g. Memberikan pendidikan kesehatan bagi pasien	90	10	80	20
h. Mengetahui penjelasan yang diberikan kepada pasien mengenai kondisi dan pengobatan yang diberikan	70	30	50	50

Dalam proses edukasi terdapat beberapa perbedaan antara pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit yaitu pendekatan dalam mengatasi masalah dengan melakukan simulasi, mendiskusikan program pengobatan secara terbuka, memperhatikan keinginan pasien dan melakukan kompromi dan negosiasi agar tujuan pengobatan dapat diterima (Tabel 4).

Tabel 5 Analisa Bivariat

Variabel Terikat	Variabel Bebas	p-value	OR	95% CI	
				Lower	Upper
Penerapan kolaborasi interprofesion	Komunikasi Tim	0,028 <sup>a</sup>	2,45	1,16	5,15
	Pengambilan Keputusan dalam Tim	0,205 <sup>b</sup>	-	0,89	1,46
	Manajemen Konflik	0,369 <sup>c</sup>	-	0,72	3,07

<sup>a,b,c</sup> Significant ( $p < 0.05$ )

Hasil dari analisa bivariat pada tabel 5 menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara komunikasi tim dengan penerapan kolaborasi interpersonal di sarana pelayanan kesehatan (OR 2,45,  $p=0,028$ )

Kemampuan komunikasi efektif dan koordinasi antar unit menjadi tantangan utama tim DMT2 Puskesmas maupun Rumah Sakit dalam berkolaborasi (Anneke van Dijk-de Vries, Jérôme Jean Jacques van Dongen, & Bokhoven, 2017). Peneliti menemukan tim DMT2 Puskesmas belum terorganisir yang ditandai

dengan tidak ada jadwal pelayanan khusus DM, sarana edukasi tidak lengkap dan kinerja tim didominasi oleh perawat. Tim berupaya mengoptimalkan pelayanan pengobatan melalui komunikasi yang intensif. Keaktifan berkordinasi dengan komunikasi yang baik dapat memastikan pertukaran informasi yang tepat dalam tim sehingga meningkatkan kinerja tim (WHO, 2010). Setiadi dan kolega mempersepsikan keberhasilan kolaborasi interpersonal ditunjukkan dengan seberapa besar masalah

yang dialami penderita dapat terselesaikan (Setiadi et al., 2017). Oleh karena itu kemampuan komunikasi dan koordinasi kegiatan pelayanan menjadi prioritas untuk memastikan tahap tahap pelayanan DMT2 dapat dipahami oleh pasien dan keluarga (Yani Lestari, Saleh, Ariyanti, 2017).

Tahap pelayanan sebelum pengobatan diperlukan agar pasien memahami deskripsi singkat program tatalaksana dan *outcome* yang ingin dicapai oleh tim sehingga mudah untuk masuk ketahap pelayanan berikutnya (PB Perkeni, 2019). Hasil penelitian menunjukkan pada tahap tatalaksana umum dan tatalaksana khusus, tim DMT2 Rumah Sakit memberikan pelayanan yang lebih komprehensif dibandingkan dengan Puskesmas. Hal ini disebabkan sebagian besar kasus DMT2 merupakan kasus rujukan dengan komplikasi dan permasalahan terapi sehingga perlu pemeriksaan yang lebih teliti (PB Perkeni, 2019). Kasus komplikasi yang tidak disadari pasien selain disebabkan pengobatan sendiri dirumah yang kurang akurat juga disebabkan edukasi awal di Puskesmas kurang dilaksanakan secara baik sehingga belum tercipta pemahaman yang baik tentang pengobatan DM (PB Perkeni, 2019). Peneliti menduga faktor keterampilan dan kemampuan komunikasi efektif menjadi penyebab mengapa tim DMT2 Rumah sakit lebih mampu mengedukasi pasien meskipun dalam waktu yang terbatas. Reny di Sumedang Jawa Barat menyatakan komunikasi kolaboratif antara perawat dan dokter belum efektif dan

kolegialitas dalam hubungan perawat-dokter belum terbentuk (Reni, Yudianto, & Somantri, 2010).

Rendahnya kualitas pemberian informasi atau pemahaman penderita tentang pentingnya mengendalikan kadar glikemik menjadi penyebab utama berkembangnya komplikasi pada 85% penderita DMT2 (PB Perkeni, 2019). Hasil penelitian ini menunjukkan meskipun tim mampu berkomunikasi dengan baik, petugas terkesan tidak bersedia memberikan alternatif dalam proses pemberian pelayanan. Disamping itu petugas tidak menggunakan media interaktif ketika mengedukasi pasien sehingga cenderung monoton dan tidak efektif. Pola komunikasi yang tidak efektif berdampak pada rendahnya minat pasien untuk berpartisipasi dalam memelihara kesehatannya (Morgan et al., 2015; Setiadi et al., 2017). Keterpaduan dalam kolaborasi interpersonal akan mudah tercapai jika tim terbentuk dari orang-orang yang mempunyai ketertarikan yang sama, keterlibatan dalam kegiatan bersama dan diskusi, saling membantu dan berbagi informasi (Adams & Titler, 2010). Hasil penelitian ini pengambilan keputusan dalam tim tidak berhubungan dengan penerapan kolaborasi interpersonal. Penulis menduga hal ini disebabkan belum adanya pertemuan rutin tim untuk membahas permasalahan yang terjadi dalam pelayanan yang telah diberikan. Pelayanan yang ada di rumah sakit merupakan pelayanan yang multidisiplin sehingga bisa berpotensi terjadinya pelayanan yang tumpang tindih, terjadinya konflik interprofesional dan juga



keterlambatan pemeriksaan dan tindakan(Dewi, 2016).

Sebagian besar petugas kesehatan yang bekerja sebagai tim mempunyai pemahaman bahwa kerja tim merupakan fenomena tunggal tetapi selain *team work* dan kolaborasi juga diperlukan koordinasi dan jaringan kerjasama(Reeves, Xyrichis, & Zwarenstein, 2018). Tatalaksana DMT2 tanpa komplikasi di Puskesmas hanya melibatkan dokter, perawat yang berfungsi sebagai penyuluh kesehatan, tenaga laboratorium sementara itu jumlah tim akan bertambah jika menghadapi penderita dengan komplikasi. Misalnya penderita DMT2 dengan komplikasi makrovaskular kaki diabetik memerlukan masukan dari dokter neurologi, bedah, internis, laboratorium dan nutrisi. Dokter dan perawat memiliki sikap yang positif dan perilaku yang baik terhadap praktik kolaborasi interprofesi serta memiliki interaksi dan kerjasama yang cukup tinggi dalam praktik kolaborasi interprofesi(Utami, Hapsari, & Widyandana, 2016). Kasus DMT2 yang mengalami komplikasi memerlukan kerjasama yang terpadu. Dalam mengidentifikasi terjadinya komplikasi diperlukan pemeriksaan yang teliti pada berbagai bidang ilmu seperti kaki diabetes perlu konsultasi ke bagian bedah untuk melihat derajat kerusakan yang diakibatkan DMT2.

Permasalahan permasalahan atau keluhan yang muncul dari masing masing profesi harus difasilitasi untuk penyelesaiannya dengan membuka jalur komunikasi antara setiap orang yang terlibat masalah maupun dalam rangkaian tindakan menciptakan

suasana kerja yang kondusif(Martiningsih, 2011). Peneliti menganalisa meskipun sudah terjadi kerjasama antar disiplin ilmu, banyaknya pasien dan waktu pelayanan layanan poliklinik yang terbatas menyebabkan komunikasi dalam tim kolaborasi menjadi tidak efektif. Tim memerlukan pendekatan komunikasi dalam penyampaian pesan edukasi sehingga penanganan pasien dapat berkesinambungan dan komprehensif.

Pasien yang ditangani secara interdisiplin baik pelayanan kesehatan primer maupun di ruang rawat inap akan meningkatkan kesinambungan asuhan, kepuasan pasien serta mengurangi lama rawatan dan angka kematian(Rubino, Freshman, & Chassiakos, 2010). Berdasarkan NHMRC rendahnya kepercayaan antar anggota tim terbukti merupakan hambatan utama dalam keberhasilan kolaborasi(The National Health and Medical Research Council (NHMRC), 2019). Hambatan lain adalah komunikasi yang buruk(Cross-Sudworth, 2007; Setiadi et al., 2017), sehingga menghambat terciptanya lingkungan *mutual trust and respect* di sarana pelayanan kesehatan. Kendala tersebut meliputi sikap egosentris, tidak terbuka dan perasaan superior dari salah satu profesi(Setiadi et al., 2017). Schmalenberg dan kolega menyatakan bahwa praktik kolaborasi merupakan usaha yang sangat baik karena hubungan tersebut memberikan *outcome* yang baik bagi pasien dan juga bagi individu yang terlibat dalam

kolaborasi(Schmalenberg & Kramer, 2009).

Berdasarkan hasil observasi praktik kolaborasi DMT2 kegiatan berbagi informasi tentang pasien mengenai kondisi dan pengobatan yang diberikan merupakan kegiatan yang selalu dilaksanakan pada seluruh sarana pelayanan. Sedangkan praktik kegiatan lain seperti saling mendengarkan dan menghargai pendapat yang diberikan, memecahkan bersama masalah yang dihadapi pasien, melaksanakan tugas dan tanggung jawab masing-masing sebagai anggota tim, mendiskusikan efek samping yang tidak diharapkan yang terjadi pada pasien dan menghargai keputusan yang diambil masing-masing sesuai dengan peran wewenang dan tanggung jawab masing masing serta memberikan pendidikan kesehatan bagi pasien meskipun dilaksanakan tetapi tidak optimal terutama di rumah sakit. Kesenjangan ini terjadi karena adanya perbedaan tingkat pendidikan dan pengetahuan antar profesi terutama di rumah sakit yang berdampak pada kemampuan bertukar pikiran dan interpretasi terhadap masalah kesehatan pasien sehingga akan mempengaruhi kualitas penanganan yang diberikan(Cross-Sudworth, 2007). Penatalaksanaan DMT2 sangat komprehensif dan sering menimbulkan ancaman timbulnya penyulit tanpa disadari oleh penderita. Tidak terkontrolnya kadar glikemik memberikan efek negatif terhadap semua organ dan meningkatkan respons pengobatan sehingga memerlukan kerjasama dalam intervensinya. Upaya untuk

meningkatkan pengetahuan penderita tentang pentingnya mengontrol dan mengendalikan gula darah secara kontinu dapat dilakukan sejak didiagnosa pertama kali sebagai penderita DMT2(PB Perkeni, 2019).

Hasil penelitian ini menggambarkan tidak ada hubungan antara proses pengambilan keputusan dengan terjadinya kolaborasi interprofesional di sarana pelayanan kesehatan. Morgan dan Setiadi menyatakan sebaliknya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat akan meningkatkan kualitas kolaborasi interprofesional(Morgan et al., 2015; Reeves et al., 2018; Rubino et al., 2010; Setiadi et al., 2017). Peneliti menduga faktor komunikasi singkat tetapi tidak efektif serta kesenjangan tingkat pendidikan menyebabkan terkendalanya keputusan dalam tatalaksana pengobatan pasien. Hasil penelitian ini menggambarkan tidak ada hubungan antara manajemen konflik dengan terjadinya kolaborasi interprofesional. Penelitian ini tidak sejalan dengan beberapa penelitian yang menyatakan penyelesaian masalah melalui manajemen konflik secara langsung dan tidak langsung dapat meningkatkan kualitas kolaborasi interprofesional(Reni et al., 2010; Rokhmah & Ariyani, 2017; Setiadi et al., 2017; Yani Lestari, Saleh, Ariyanti, 2017). Beberapa kelemahan dalam penelitian ini adalah: Pertama kolaborasi interpersonal dievaluasi berdasarkan prespektif pasien dan memberikan peluang timbulnya bias informasi meskipun peneliti berupaya melakukan konfirmasi agar data yang

didapatkan valid. Kedua, faktor ketidaknyamanan yang disebabkan keparahan DMT2 dapat menimbulkan kesalahan interpretasi dalam menjawab kuesioner.

### SIMPULAN

Komunikasi tim berperan dalam pelaksanaan kolaborasi interprofesional pada pengobatan DMT2 baik di rumah sakit maupun Puskesmas. Kami percaya komunikasi efektif akan mengurangi berbagai hambatan seperti ego profesi, kesenjangan ketrampilan atau pengetahuan dari anggota tim yang akan meningkatkan kualitas pelayanan. Dalam pemberian edukasi kepada penderita DM terdapat beberapa aspek yang kurang antara lain variasi teknik pemberian edukasi pada tahap awal, mendorong perilaku hidup sehat dan proses edukasi penderita DM.

### UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih kepada Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman yang telah memberikan pendanaan dan izin penelitian ini. Ucapan terimakasih juga penulis sampaikan kepada direktur RSUD A.W. Syahrani, dan Direktur RSUD I.A. Moeis serta kepala Puskesmas Lempake dan Puskesmas Mangkurawang kabupaten Kutai Kartanegara yang telah memfasilitasi izin dan pelaksanaan penelitian dan secara khusus kepada tim DMT2 di Poli Penyakit dalam dan Puskesmas.

### DAFTAR PUSTAKA

Adams, S., & Titler, M. G. (2010). Building a Learning Collaborative.

*Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(3), 165–173.

Anneke van Dijk-de Vries, Jérôme Jean Jacques van Dongen, & Bokhoven, M. A. van. (2017). Sustainable interprofessional teamwork needs a team-friendly healthcare system: Experiences from a collaborative Dutch programme. *Journal of Interprofessional Care*, 31(2), 167–169.

Care, I., Micken, S. M., & Rodger, S. A. (2005). Effective Health Care Teams: A model of six characteristics developed from shared perceptions, 19(August), 358–370.  
<https://doi.org/10.1080/13561820500165142>

Cross-Sudworth, F. (2007). Maternity linkworkers: a Cinderella service? *RCM Midwives*, 10(7), 325–327.

Dewi, S. (2016). *Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien di Instalasi rawat inap RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2016*. Universitas Andalas.

International Diabetes Federation. (2016). *Diabetes-facts-and-numbers-indonesian*.

Kalu, K. N. (2012). All That Glitters: Competing Narratives and Transaction Costs in Complex Collaborative Environments. *Adm & Soc*, 45(4), 420–442.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Riskesmas 2018*.

- Martiningsih, W. (2011). Praktik Kolaborasi Perawat-Dokter dan Faktor yang Mempengaruhinya. *Jurnal Ners*, 6(2), 147–155.
- Morgan, S., Pullon, S., & McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*, 52(7), 1217–1230. <https://doi.org/doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>.
- Öhman, A., Keisu, B., & Enberg, B. (2017). Team social cohesion, professionalism, and patient-centeredness: Gendered care work, with special reference to elderly care – a mixed methods study, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2326-9>
- PB Perkeni. (2019). *Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa Di Indonesia 2019*.
- Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 1–3.
- Reni, A., Yudianto, K., & Somantri, I. (2010). Efektifitas Pelaksanaan Komunikasi dalam Kolaborasi Antara Perawat dan Dokter di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Sumedang. *Jurnal Unpad*, 12(1), 36–46.
- Rokhmah, & Ariyani, N. (2017). Komunikasi Efektif dalam Praktek Kolaborasi Interprofesi sebagai Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan. Universitas Diponegoro. *Journal of Health Studies*, Vol 1 No 1 Maret 2017 : 65 – 71. *Journal of Health Studies*, 1(1), Maret 207.
- Rubino, L. G., Freshman, B., & Chassiakos, Y. R. (2010). *Collaboration Across the Disciplines in Health Care*. USA.
- Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2009). Nurse-physician relationships in hospitals: 20,000 nurses tell their story. *Crit Care Nurse*, 29(1), 74–83. <https://doi.org/doi:10.4037/ccn2009436>.
- Setiadi, A., Yosi Wibowo, F., Herawati, S., Irawati, E., Setiawan, Presley, B., ... Sunderland, B. (2017). Factors contributing to interprofessional collaboration in Indonesian health centres: A focus group study. *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 8, 69–74.
- The National Health and Medical Research Council (NHMRC). (2019). *National Strategic Framework for Chronic Conditions*.
- Utami, L., Hapsari, S., & Widyandana. (2016). Hubungan Antara Sikap dan Perilaku Kolaborasi dan Praktik Kolaborasi Interpersonal di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Rapih. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*

1(1) 2016, 1(1), 7–15.

WHO. (2010). *Framework For Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*.

Yani Lestari, Saleh, Ariyanti, S. (2017). Hubungan Interprofessional Kolaborasi

dengan Pelaksanaan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi di RSUD Prof Dr H.M Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng. *JST Kesehatan*, 7(1), 85 – 90.