

THE EFFECT OF CONTECT, INPUT AND PROCESS IN ACHIEVING INTERPROFESSIONAL COMMUNICATION AND TEAMWORK COMPETENCES

Nurul Fauziah*, Mora Claramita**, Gandes Retno Rahayu**

* Mahasiswa Program Studi S2 Ilmu Pendidikan Kedokteran FK UGM, Yogyakarta - INDONESIA

** Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta - INDONESIA

ABSTRACT

Background: *Interprofessional Education (IPE) is a process occurs when students from two or more professions learn about and from each other to enable effective collaboration and improve health outcomes. Faculty initiated the IPE program called Community and Family Health Care - Interprofessional Education (CFHC-IPE) that began in 2013 with the aim to build the capacity of community, family medicine and interprofesional. This study aims to evaluate the effect of context, input and process towards the achievement of interprofessional competences.*

Method: *This study was a qualitative research design using a case study evaluation Context-Input-Process-Product (CIPP). Respondents of this study are five-IPE CFHC managers, three heads of study program, 10 lecturers and 35 students from PSPD, PSIK and PSGK. Data collected through FGD, in-depth interviews and document analysis. FGD and in-depth interviews conducted using an interview guide while document analysis carried out on the grand design CFHC-IPE.*

Results: *Context evaluation shows that the needs assessment has not been carried out. Input evaluation shows that the preparation of the grand design CFHC-IPE is not align and debriefing facilitators need to be added. There were gaps in the implementation of learning activities and assessment and program monitoring was inadequate. IPE competencies in the first year on the student of 2014 were not achieved.*

Conclusion: *Inter-professional communication and teamwork competence on student of class 2014 at CFHC-IPE program in the first year was not achieved and influenced by the weaknesses in the content, inputs and processes aspects.*

Keywords: *interprofessional education, CFHC-IPE years I, IPE competencies, program evaluation, CIPP*

ABSTRAK

Latar belakang: *Interprofessional Education (IPE) adalah sebuah proses yang terjadi ketika mahasiswa dari dua atau lebih profesi belajar tentang, dan dari satu sama lain untuk memungkinkan kolaborasi yang efektif dan meningkatkan health outcome. FK UGM menginisiasi program IPE bernama Community and Family Health Care – Interprofessional Education (CFHC-IPE) yang dimulai pada tahun 2013 dengan tujuan untuk membangun kemampuan komunitas, kedokteran keluarga dan interprofesional. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pengaruh aspek konteks, input dan proses terhadap pencapaian kompetensi interprofesional.*

Metode: *Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain evaluasi studi kasus menggunakan model Context-Input-Process-Product (CIPP). Responden dari penelitian ini adalah lima pengelola CFHC-IPE, tiga ketua program studi, 10 dosen pembimbing dan 35 mahasiswa dari PSPD, PSIK dan PSGK. Pengumpulan data dilakukan melalui FGD, wawancara mendalam dan analisis dokumen. FGD*

contact: uchi.nurulfauziah@yahoo.com

dan wawancara mendalam dilaksanakan menggunakan panduan wawancara sedangkan analisis dokumen dilakukan terhadap *grand design* CFHC-IPE.

Hasil: Evaluasi konteks menunjukkan bahwa *needs assessment* belum dilakukan. Evaluasi input menunjukkan bahwa persiapan *grand design* CFHC-IPE tidak *align* dan pembekalan fasilitator perlu ditambahkan. Terdapat kesenjangan pada implementasi aktivitas pembelajaran dan asesmen serta monitoring program yang tidak adekuat. Kompetensi IPE di tahun I pada angkatan 2014 tidak tercapai.

Kesimpulan: Kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional mahasiswa angkatan 2014 pada program CFHC-IPE pada tahun I tidak tercapai dan dipengaruhi oleh kelemahan pada aspek konten, input dan proses

Kata kunci: *interprofessional education*, CFHC-IPE tahun I, kompetensi IPE, evaluasi program, CIPP

PENDAHULUAN

Praktik kolaboratif merupakan aktivitas multi-profesi yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, *health outcome* dan keselamatan pasien.¹ Komunikasi dan *teamwork* adalah aspek penting yang dibutuhkan untuk mewujudkan praktik kolaboratif yang meningkatkan keselamatan pasien.² Peningkatan kualitas komunikasi dalam praktik kolaboratif menyebabkan proses dan akses perawatan menjadi lebih baik.³ Demikian pula dengan *teamwork* menjadi sangat penting dalam rangka memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga agar proses perawatan lebih fokus dan efisien. Hakikat *teamwork* adalah terlibatnya seluruh tim dari seluruh profesi untuk memecahkan masalah pasien bersama-sama.⁴

Kegagalan tenaga kesehatan dalam praktik kolaboratif terutama dalam komunikasi menyebabkan terjadinya *medical error* dan *outcome* pasien tidak tercapai dengan optimal.³ Insiden-insiden buruk yang terjadi dalam tataran praktik kolaboratif pada umumnya disebabkan karena kegagalan dalam mengkomunikasikan informasi-informasi krusial antar tenaga kesehatan terutama dokter dan perawat.² Ancaman terhadap keselamatan pasien menjadi perhatian sehingga tenaga kesehatan perlu dipersiapkan untuk dapat berkomunikasi dan bekerja sama secara kolaboratif.³

Agar petugas kesehatan dapat berkomunikasi dan bekerja sama secara efektif, dua atau lebih petugas dari latar belakang profesi yang berbeda terlebih dahulu harus diberi kesempatan untuk belajar

tentang, dan dari satu sama lain melalui pelatihan atau pendidikan interprofesional.¹ WHO merekomendasikan penerapan *Interprofessional Education* (IPE) pada lembaga-lembaga pendidikan dan pelatihan profesional baik pada jenjang sarjana maupun pascasarjana.⁵ IPE terbukti menjadi sarana yang tepat untuk menghasilkan praktek kolaboratif yang efektif yang pada gilirannya mengoptimalkan pelayanan kesehatan, memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan *health outcome*.¹

Interprofessional Education (IPE) adalah bagian penting dalam pendidikan kesehatan yang memberikan peluang bagi mahasiswa untuk belajar secara interprofesional. Melalui pendidikan interprofesional, mahasiswa dari berbagai latar belakang profesi belajar tentang, dan dari satu sama lain untuk memungkinkan kolaborasi yang efektif dan meningkatkan *health outcome*.^{1,6} *Output* yang diharapkan dari pendidikan interprofesional pada institusi pendidikan kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan yang telah siap bekerja secara kolaboratif dan mampu memberikan pelayanan yang komprehensif.^{1,5} Dengan demikian, tenaga kerja kesehatan di masa depan diharapkan mampu mengatasi masalah-masalah kesehatan yang semakin kompleks, terhindar dari *medical error*, berhasil mencapai *health outcome* dan mampu meningkatkan keselamatan pasien.^{1,3}

Penerapan IPE pada institusi pendidikan kesehatan dinilai efektif dalam membentuk kemampuan interprofesional atau kolaborasi pada mahasiswa.⁷⁻⁹ IPE terbukti mampu merubah sikap dan persepsi

mahasiswa terhadap profesi lain. Perubahan ini diharapkan akan membangun konsep komunikasi dan *teamwork* interprofesional sejak dini.¹⁰ Implementasi IPE dipengaruhi oleh keefektifan model pembelajaran yang terdiri dari perumusan tujuan, pemilihan lingkungan fisik dan sosial serta keselarasan learning outcome, learning activities dan assessment.^{11,12} Metode pembelajaran yang digunakan bervariasi seperti PBL,¹³ *exchange-based*, *action-based*, *observation-based*, *simulation-based*, *practice-based*, *e-learning*, *blended learning* dan *didactic learning*.^{12,14}

Beragam model pelaksanaan IPE telah banyak dipublikasikan sehingga tidak sulit lagi mencari referensi dalam mengembangkan model IPE. Bahkan terdapat beberapa model pelaksanaan IPE di Indonesia seperti *Community-based Interprofessional Collaboration* (COMIC)¹⁵ di UIN Syarif Hidayatulloh Jakarta dan *Interprofessional Education* pada Pendidikan Klinis (IPE-PK)¹⁶ di FK UGM. Model-model ini diklaim efektif dalam memfasilitasi akuisisi kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional dan merubah pengetahuan, keterampilan dan sikap mahasiswa tentang praktik kolaboratif.

Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (FK UGM) turut menginisiasi sebuah program berbasis IPE yang diberi nama *Community and Family Health Care – Interprofessional Education* (CFHC-IPE). Program ini dilaksanakan sejak semester ganjil 2013 hingga saat ini. Selain berbasis pendidikan interprofesional, program ini juga mengusung tema komunitas dan kedokteran keluarga. CFHC-IPE dilaksanakan selama empat tahun yang dibagi atas tujuh semester. Mahasiswa yang menjadi target dalam program ini berasal dari tiga program studi yaitu pendidikan dokter, ilmu keperawatan dan gizi kesehatan. Mahasiswa dilibatkan sejak semester I hingga semester akhir. *Setting* pelaksanaan program terbagi atas dua bentuk yaitu pembelajaran di internal fakultas dan pembelajaran pada wilayah binaan (keluarga binaan).

Dalam *grand design* CFHC-IPE tahun I, kompetensi interprofesional yang diharapkan akan tercapai terdiri atas dua kompetensi yaitu komunikasi dan *teamwork* interprofesional. Pencapaian

kompetensi interprofesional dipengaruhi oleh banyak aspek mulai dari tahapan *needs assessment*, persiapan hingga implementasi program. Evaluasi terhadap program CFHC-IPE menjadi penting agar didapatkan data yang dapat digunakan untuk mengembangkan, menjaga atau merevisi program, menilai efektivitas dan menyempurnakannya.^{5,17} Berbagai macam teknik evaluasi yang dapat digunakan oleh pengelola program, Desain evaluasi program yang kerap digunakan dalam mengevaluasi IPE diantaranya adalah evaluasi *context-input-proses-product* / CIPP, model *3P's* dan *Kirkpatrick Evaluation Model*.¹⁷⁻²⁰

Tujuan dari penelitian ini adalah melakukan evaluasi pencapaian kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional program CFHC-IPE tahun I pada angkatan 2014 serta aspek-aspek yang mempengaruhinya ditinjau dari kerangka konteks, input, proses dan produk (CIPP).

METODE

Penelitian merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan evaluasi studi kasus menggunakan model evaluasi CIPP.²⁰ Subjek penelitian ini terdiri 33 orang mahasiswa (program studi pendidikan dokter, ilmu keperawatan dan gizi kesehatan), 5 orang pengelola program, 3 orang ketua program studi, dan 10 orang pembimbing fakultas. Partisipan mengikuti penelitian secara sukarela dibuktikan dengan pernyataan kesediaan menjadi subjek penelitian pada format *inform consent*.

Pengumpulan data dilakukan menggunakan *Focus Group Discussion* (FGD), wawancara mendalam dan analisis dokumen. FGD dilaksanakan terhadap 6 kelompok mahasiswa (5-6 orang per kelompok) dari 3 program studi di FK UGM yaitu kedokteran umum, ilmu keperawatan dan gizi kesehatan yang dipilih secara acak berdasarkan kesediaannya menjadi informan dalam proses FGD ini. FGD dilakukan sebanyak satu kali untuk masing-masing kelompok. Setiap satu kelompok terdiri dari mahasiswa yang berasal dari program studi yang sama. Selain melakukan FGD, peneliti melakukan wawancara mendalam kepada 2 orang mahasiswa lainnya karena tidak memenuhi syarat untuk FGD. FGD dipandu oleh peneliti sebagai moderator

didampingi oleh satu orang asisten peneliti untuk membuat *field note* dan membantu proses persiapan FGD. Proses FGD direkam secara audio visual.

Wawancara mendalam dilakukan terhadap 2 orang mahasiswa, 5 orang pengelola program, 3 orang ketua program studi, dan 10 orang pembimbing. Wawancara dipandu oleh peneliti sendiri. Wawancara terhadap masing-masing responden dilakukan sebanyak satu kali. Pertanyaan yang diajukan kepada tiap responden disesuaikan dengan panduan wawancara masing-masing. Proses wawancara direkam secara audio. Hasil wawancara dan FGD kemudian ditranskripsi oleh peneliti.

Analisis dokumen dilakukan terhadap *grand design* CFHC-IPE yang didapatkan dari sekretariat CFHC-IPE. *Grand design* yang dianalisis adalah dokumen pada tahun I, sedangkan tahun II, III dan IV tidak dianalisis.

Analisis data dilakukan terhadap dua sumber data yaitu transkripsi wawancara dan FGD serta dokumen *grand design* CFHC-IPE. Peneliti melakukan analisis terhadap transkrip FGD dan wawancara melalui *open coding* menggunakan unit analisis kalimat per kalimat. Data dari *open coding* kemudian direduksi lalu dikelompokkan atas beberapa kategori. Kategorisasi kemudian dilanjutkan dengan penentuan tema. Analisis transkrip ini dilakukan oleh peneliti bersama satu orang mahasiswa *S2 medical education* dan satu orang mahasiswa *S2 keperawatan*. Masing-masing koder melakukan koding secara terpisah lalu kemudian bertemu untuk membuat kesepakatan. Jika terjadi diskrepansi, koder melakukan diskusi untuk mencapai kesepakatan. Hasil koding kemudian direview oleh pembimbing.

Analisis dokumen *grand design* dilakukan oleh satu orang ahli pendidikan kedokteran dengan kualifikasi *S2 Medical Education* yang berprofesi

sebagai dosen sekaligus *curriculum developer* di institusinya. Peneliti mengirimkan dokumen dan berkorespondensi dengan ahli melalui surat elektronik. Hasil analisis ahli kemudian dirumuskan dalam sebuah dokumen.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tema yang muncul dari FGD dan wawancara dikelompokkan atas konteks, input, proses dan produk.

Konteks

Evaluasi konteks merupakan evaluasi terhadap *needs assessment* yang diklasifikasikan atas pengkajian karakteristik mahasiswa dan karakteristik fasilitator. Dari hasil wawancara, pengelola tidak mengungkapkan adanya proses *needs assessment*. Pengkajian pengelola terhadap karakteristik mahasiswa belum dilakukan secara komprehensif, demikian pula dengan karakteristik fasilitator. Karakteristik mahasiswa yang dikaji oleh pengelola berkaitan dengan usia, latar belakang program studi dan metode pembelajaran di masing-masing prodi. Kondisi mahasiswa lainnya terkait persepsi mahasiswa tidak digali. Sedangkan terkait dengan pembimbing, pengelola mengkaji latar belakang masing-masing pembimbing dan komitmennya untuk terlibat dalam program CFHC-IPE.

Input

Evaluasi input meliputi *grand design* dan persiapan fasilitator / pembimbing dalam program CFHC-IPE. Evaluasi *grand design* dilakukan terhadap aspek-aspek yang termaktub dalam dokumen *grand design* CFHC-IPE. *Grand design* CFHC-IPE terdiri dari beberapa kolom yang menjelaskan *learning objectives*, *learning activities*, *activities/skills lab*, *supportive informations* dan *learning outcomes* mahasiswa. Evaluasi *grand design* yang diberikan oleh ahli pendidikan kedokteran dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Review grand design CFHC-IPE tahun I

Review grand design IPE
1. <i>Learning outcome</i> tidak menggambarkan hasil output program.
2. <i>Learning objective</i> tidak memiliki benang merah dengan <i>Learning outcome</i> yang diharapkan.
3. <i>Learning outcome</i> seharusnya menjadi <i>learning objective</i> mahasiswa.
4. <i>Learning objective</i> interprofesional tidak spesifik
5. Tabel <i>activities/ skills lab</i> ini sepertinya rancu dengan <i>learning activities</i> . Sebaiknya bisa digabungkan dengan <i>supportive information</i> apabila tujuannya adalah untuk memberitahukan kepada mahasiswa kemampuan apa yang diperlukan untuk kegiatan ini.
6. Tabel <i>assessment</i> sebaiknya tersendiri, sehingga dapat menggambarkan penilaian kegiatan secara keseluruhan.

Persiapan pengelola terhadap pembimbing dilakukan melalui pembekalan terhadap pembimbing fakultas dan lapangan. Pembekalan terhadap pembimbing fakultas terpisah dari pembimbing lapangan karena pembimbing fakultas relatif sudah familiar dengan kegiatan interprofesional. Pengelola memberikan pembekalan kepada pembimbing lapangan berupa pemaparan program dan teknis kegiatan lapangan secara singkat. Menurut pembimbing lapangan, materi pembekalan tidak mencukupi dan perlu

penambahan materi berupa penjelasan *grand design* dan teknis pembimbingan yang terperinci.

“di buku penilaian itu di depan halaman depan cuman tujuannya adalah ini, manfaatnya adalah ini, stop udah. ya kan? ga ada ga ada kayak gini pun kita ga dapat lho (*grand design*)” (P.4)

“... saya belum bisa melihat gambaran jelas langkah-langkahnya, tahapan-tahapannya setiap semester itu harusnya berapa kali bimbingan? ... saya sampai selama ini ya monggo terserah mahasiswa gayanya mau seperti apa yang penting ada laporan. bayangan saya sampai saat ini, karena tidak ada penjelasan rinci dari pihak fakultas.” (P.6)

Proses

Implementasi aktivitas pembelajaran mahasiswa pada tahun I CFHC-IPE terlaksana dalam 2 semester. Dari eksplorasi melalui wawancara terhadap pengelola dan FGD terhadap mahasiswa, tema terkait kesenjangan antara implementasi dengan rencana yang dirancang pengelola muncul secara konsisten. Kesenjangan tersebut dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Kesenjangan implementasi aktivitas pembelajaran CFHC-IPE tahun I pada angkatan 2014

Kegiatan	Perencanaan / Harapan	Implementasi (Realisasi dan Kendala)
Dinamika kelompok	<ul style="list-style-type: none"> • durasi pelaksanaan setiap kelompok adalah 50 menit • fasilitator melaksanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang sudah dilatih dan prosedur yang sudah disosialisasikan ketika pembekalan fasilitator 	<ul style="list-style-type: none"> • durasi pelaksanaan yang berbeda antara satu kelompok dengan yang lain • performa fasilitator bervariasi dan umumnya tidak sesuai dengan latihan dan prosedur terutama fasilitator yang tidak hadir dalam pembekalan
Perkuliahan	<ul style="list-style-type: none"> • kuliah umum IPE dalam kelompok besar yang diampu oleh satu orang dosen FK UGM • pengaturan absensi 	<ul style="list-style-type: none"> • suasana perkuliahan tidak kondusif • jumlah mahasiswa terlalu banyak • mahasiswa tidak fokus dan tidak memperhatikan perkuliahan • materi kurang dipahami dan kurang aplikatif • pemateri kurang komunikatif dan cara penyampaiannya kurang menarik
Narrative writing dan teknik wawancara	<ul style="list-style-type: none"> • durasi 50 menit • mahasiswa diberi tugas untuk latihan membuat narasi lalu diberi feedback 	<ul style="list-style-type: none"> • durasi pelaksanaan terlalu singkat (kurang dari 50 menit) • pada umumnya hasil kerja tidak diberi feedback oleh fasilitator
Kunjungan keluarga	<ul style="list-style-type: none"> • terdapat rancangan buku panduan • kunjungan keluarga dilakukan sebanyak empat kali sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan oleh pengelola • kunjungan keluarga dan proses pengkajian dilakukan bersama-sama dengan kelompok kecil • setiap selesai kunjungan pembimbing akan memberikan bimbingan dan memberi <i>feedback</i> atas kegiatan dan laporan mahasiswa (frekuensi minimal empat kali) 	<ul style="list-style-type: none"> • buku panduan pembimbing tersedia namun buku panduan untuk mahasiswa (student guide) tidak ada • frekuensi kunjungan tidak sesuai (kurang dari empat kali) • kunjungan dilakukan tidak sesuai jadwal • terjadi miskomunikasi terkait informasi mengenai jadwal kunjungan dan pembimbingan. Jadwal kunjungan tidak terunggah dalam sistem Gamel • kunjungan keluarga dilakukan sendiri-sendiri bukan berkelompok • pembimbingan oleh DPF dan DPL hanya satu kali dan hanya untuk mengumpulkan laporan dan meminta tanda tangan.

FGD terhadap mahasiswa mengeksplorasi pengalaman belajar mahasiswa selama menjalani aktivitas pembelajaran CFHC-IPE di tahun I. Hasil FGD mengindikasikan munculnya beberapa tema terkait hambatan yang dihadapi oleh mahasiswa selama menjalani aktivitas pembelajaran CFHC-IPE di tahun I. Hambatan terjadi baik pada kegiatan internal maupun pada wilayah binaan.

Tema-tema ini muncul secara konsisten pada setiap sesi FGD yang dilakukan terhadap kelompok yang berbeda-beda. Hambatan-hambatan yang dialami mahasiswa yaitu suasana perkuliahan yang tidak kondusif, tidak fokus saat perkuliahan, pemateri yang kurang komunikatif, durasi sesi praktik terlalu singkat, tidak ada feedback dari fasilitator dan tidak terbentuk *bonding* dengan anggota kelompok.

“Apa mungkin terlalu banyak orang nya? Di auditorium kaya langsung satu kaya gitu, rasanya ga kondusif sama sekali mba.”(M.34)

“Tapi nggak tau juga jadi kalau menurut saya kalau saya ya saya pribadi di perkenalan CFHC sendiri saya tidak fokus jadi karena emang dibagi dalam 3 ruangan, isinya ada berapa ratus anak satu ruangan itu kan.”(M.3)

“Jadinya ya... apalagi materinya dasar banget gitu lo. Dan yang menyampaikan juga tidak, tidak komunikatif. Istilah kasarnya tidak menarik anak-anak untuk melihat ke sana gitu lo.”(M.35)

“Kita praktek nulis oke kita praktek nulis waktunya cuma 5 menit atau berapa menit terus apa sih itu buat apa gitu lho.”(M.11)

“...menurut saya narrative writing diakhir sesi itu kan ada praktek buat nulis, nah itu itu nggak dikasih feedback juga nggak. Dikasih apa sih?”(M.3)

“Tapi waktu itu sebenarnya awalnya CFHC kumpul itu udah ada kayak kita tu kumpul satu kelompok kenalan, tapi itu tu cuman sekali dan itu gak ada ditindak lanjutin. Udah ada usaha kesitu tapi masih bondingnya itu masih kurang kuat sih.”(M.29)

Produk

Selama menjalani aktivitas pembelajaran CFHC-IPE berlangsung, salah satu hasil akhir yang diharapkan adalah ketercapaian kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional. Penilaian yang dilakukan pada fase proses berupa absensi dan laporan kunjungan keluarga tidak

dapat memberikan gambaran terhadap pencapaian kompetensi interprofesional. Pembimbing memberikan pandangan bahwa kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional tidak tercapai pada tahun I CFHC-IPE.

“...cuman selama ini masih belum jalan ya, kalau memang masih mahasiswa masih kunjungan, laporan, DPL, selesai. Itu sih kayaknya tujuannya untuk interpersonal. Komunikasi interprofesinya belum.” (P.5)

“Tapi kalok menurut ceritane dari mahasiswa sendiri kan *teamwork*nya gimana mau jadi *teamwork* kalok datengnya sendiri-sendiri ... kalok dateng sendiri-sendiri jadi kalok dari segi dokter gimana, gizi gimana, keperawatan gimana untuk mengkaji ada suatu kasus kan yo kayaknya masih belum dapet itunya kan? masih masih mengerjakan sendiri-sendiri itu kan?” (P.3)

Pencapaian kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional dinilai menggunakan panduan komunikasi sapa – ajak bicara – diskusi²¹ serta jabaran kompetensi primer *teamwork* interprofesional²² yang ditanyakan secara lisan sesuai format panduan melalui FGD. Melalui FGD, mahasiswa sendiri memberikan pandangannya terhadap akuisisi kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional yang mereka rasakan setelah satu tahun menjalani program CFHC-IPE. Jawaban mahasiswa terkait pencapaian kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional dapat dilihat pada tabel 3 dan tabel 4.

Tabel 3. Pencapaian kompetensi komunikasi interprofesional

Struktur	Isi Keterampilan Komunikasi	Jawaban Mahasiswa (35 orang)		Capaian Kompetensi
		Melakukan	Tidak Melakukan	
SAPA	1. Mampu menghormati (Respect) tugas, peran dan tanggung jawab profesi kesehatan lain, yang dilandasi kesadaran/sikap masing-masing pihak bahwa setiap profesi kesehatan dibutuhkan untuk saling bekerjasama	5	30	Tidak tercapai
	2. Membina hubungan komunikasi dengan prinsip kesetaraan antar profesi kesehatan.	2	33	Tidak tercapai
	3. Mampu untuk menjalin komunikasi dua arah yang efektif antar petugas kesehatan yang berbeda profesi dalam menangani pasien/keluarga binaan.	2	33	Tidak tercapai
AJAK BICARA	1. Berinisiatif membahas kepentingan pasien bersama profesi kesehatan lain.	2	33	Tidak tercapai
	2. Pembahasan mengenai masalah pasien/keluarga binaan bisa dilakukan antar individu ataupun antar kelompok profesi kesehatan yang berbeda.	2	33	Tidak tercapai
	3. Mampu menjaga etika saat menjalin hubungan kerja dengan profesi kesehatan yang lain.	3	32	Tidak tercapai
DISKUSI	1. Informasi yang bersifat komplementer/saling melengkapi: kemampuan untuk berbagi informasi yang <i>appropriate</i> dengan petugas kesehatan dari profesi yang berbeda (baik tertulis di <i>medical record</i> , verbal maupun non-verbal).	2	33	Tidak tercapai
	2. Paradigma saling membantu dan melengkapi tugas antar profesi kesehatan sesuai dengan tugas, peran dan fungsi profesi masing-masing.	2	33	Tidak tercapai
	3. Negosiasi: Kemampuan untuk mencapai persetujuan bersama antar profesi kesehatan mengenai masalah kesehatan pasien.	2	33	Tidak tercapai
	4. Kolaborasi: Kemampuan bekerja sama dengan petugas kesehatan dari profesi yang lain dalam menyelesaikan masalah kesehatan pasien	2	33	Tidak tercapai

Tabel 4. Pencapaian kompetensi *teamwork* interprofesional

Kompetensi Teamwork	Jawaban Mahasiswa (35 orang)		Capaian Kompetensi
	Merasakan	Tidak Merasakan	
1. Kohesi tim Kekuatan kolektif yang mempengaruhi anggota untuk tetap menjadi bagian dari kelompok	2	33	Tidak tercapai
2. Mutual trust (saling percaya) Sikap positif terkait rasa memiliki satu sama lain	2	33	Tidak tercapai
3. Tujuan bersama Pendekatan tim lebih baik untuk pemecahan masalah dari pendekatan individu	4	31	Tidak tercapai
4. Pentingnya kerjasama Menunjukkan sikap positif terhadap pekerjaan kelompok	5	30	Tidak tercapai

Evaluasi program CFHC-IPE tahun I mengindikasikan pencapaian kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional mahasiswa angkatan 2014 di akhir tahun I pelaksanaan CFHC-IPE tidak tercapai sebagaimana yang diharapkan. Tidak tercapainya kompetensi tersebut dipengaruhi oleh berbagai aspek. Peneliti mengumpulkan data pengembangan program dipandang dari aspek konteks, input dan proses sebagaimana yang diisyaratkan dalam teknik evaluasi CIPP. Data kualitatif dari wawancara terhadap pengelola mengungkapkan adanya pengaruh aspek konteks, input dan proses yang pada akhirnya menyebabkan kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional tidak tercapai. Hal ini diperkuat dengan analisis dokumen *grand design* CFHC-IPE oleh ahli pendidikan kedokteran serta FGD yang mengeksplorasi respon mahasiswa yang merasakan efek dari program dan merasa bahwa kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional tidak tercapai.

Dari aspek konteks, pengelola tidak melakukan pengkajian karakteristik mahasiswa seperti keterpaparan terhadap IPE, peran senior dan kompetisi pembelajaran uni-profesional

versus interprofesional. Padahal karakteristik mahasiswa menjadi bagian dari karakteristik mahasiswa yang penting untuk dicermati saat membuat rancangan pembelajaran sebuah program IPE.^{18,23} Pengelola perlu melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap karakteristik mahasiswa per tahun pelaksanaan CFHC-IPE mengingat pengelola perlu merancang kurikulum yang berimbang dengan kurikulum berbasis disiplin ilmu.

Karakteristik mahasiswa dapat menjadi pedoman dalam menyusun *outcome*, aktivitas pembelajaran yang memfasilitasi program sesuai dengan kebutuhan mahasiswa dan asesmen yang sesuai untuk mengendalikannya. Pengembangan kurikulum IPE yang mendukung kompetensi membutuhkan proses *trial and error* dan memang membutuhkan periode yang panjang untuk menstabilkannya.¹⁸ Dalam rentang periode itulah pengelola dapat melakukan pengkajian berulang untuk menyempurnakan pengembangan kurikulum dari program ini.

Karakteristik fasilitator juga perlu dikaji mengingat heterogeni latar belakang pembimbing fakultas maupun lapangan. Karakteristik yang perlu dikaji antara lain

konsepsi mereka terhadap proses belajar mengajar, konsepsi mengenai kolaborasi, persepsi terhadap mahasiswa, keahlian dan antusiasme¹⁸ baik pembimbing fakultas maupun lapangan. Hal ini disebabkan karena fasilitator interprofesional memiliki kualifikasi yang agak berbeda dengan fasilitator uniprofesional sehingga fasilitator interprofesional memiliki kebutuhan tersendiri tergantung latar belakangnya masing-masing.¹⁷

Akibat *needs assessment* tidak dilakukan secara komprehensif, persiapan program terutama rancangan *grand design* juga mengalami ketidaksesuaian. Karakteristik mahasiswa tidak dipertimbangkan dalam merancang *grand design* sehingga kompetensi yang ditetapkan terlalu luas dan kompleks untuk dicapai oleh mahasiswa tahun I. Sebaiknya kompetensi dirancang menggunakan *scaffolding*, semakin kompleks dari tahun ke tahun mengikuti perkembangan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa.²⁴ Begitu pula rancangan aktivitas pembelajaran yang tidak memfasilitasi pencapaian kompetensi-kompetensi tersebut.

Aktivitas pembelajaran CFHC-IPE tahun 1 sudah sangat bervariasi dan mengupayakan agar mahasiswa selalu belajar bersama dengan profesi lain dalam kelompok kecil. Tetapi mahasiswa merasa bahwa kebersamaan dalam kelompoknya tidak menghasilkan interaksi interprofesional baik dalam perkuliahan maupun kunjungan keluarga. Mahasiswa cenderung beraktivitas sendiri bahkan pada saat kunjungan keluarga. Demikian pula proses asesmen yang dirasa tidak adekuat untuk menilai performa mahasiswa dalam berkomunikasi dan bekerjasama secara interprofesional. Hal ini patut menjadi perhatian pengelola dalam merancang aktivitas pembelajaran selanjutnya. Pengelola perlu meninjau kembali dan merancang aktivitas yang mengakomodasi makna pembelajaran interprofesional melibatkan berbagai pihak yang memiliki kapasitas untuk mengevaluasinya. Pengelola dapat melibatkan evaluator yang berasal dari

setiap profesi agar nantinya setiap aktivitas dapat mewakili sudut pandang tiap profesi yang berbeda-beda dan menimbulkan suasana pembelajaran yang interprofesional.¹⁷

Secara keseluruhan, curriculum alignment dari grand design CFHC-IPE perlu ditinjau kembali. Penulisan *learning outcome/objective* yang tepat sangat penting untuk mendeskripsikan *learning activities* yang diperlukan dan metode asesmen apa yang tepat untuk menilainya.²⁵ Pengelola perlu menyelaraskan / mensejajarkan capaian LO dan aktivitas dengan asesmen yang digunakan agar tercapai *curricular/course alignment* yang memuaskan. Untuk memudahkan proses alignment ini, pengelola dapat mempersiapkan sebuah blue print asesmen yang menggambarkan secara singkat dan jelas uraian LO, aktivitas pembelajaran dan metode asesmen yang dipakai. Proses analisis akan menjadi lebih baik jika pengelola juga melakukannya terhadap kompetensi lain selain kompetensi interprofesional.

Dari segi proses, berbagai kesenjangan terjadi justru pada aktivitas-aktivitas yang seharusnya memfasilitasi mahasiswa untuk mencapai kompetensi interprofesional. Monitoring pengelola maupun pembimbing dalam implementasi aktivitas pembelajaran cukup lemah karena tidak ada rancangan monitoring kegiatan yang sistematis. Keterikatan mahasiswa dalam kelompok tidak terjalin dan kerjasama dalam pengelolaan keluarga juga tidak terwujud. Kesenjangan-kesenjangan ini merupakan imbas dari analisis konteks (karakteristik mahasiswa dan fasilitator) dan input (grand design dan persiapan pembimbing) yang tidak dilakukan secara komprehensif. Akibatnya pada akhir tahun I, akuisisi kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional tidak terjadi. Pengelola perlu lebih jeli melakukan monitoring yang sistematis agar implementasi aktivitas pembelajaran dapat diawasi dan proses akuisisi kompetensi dapat diikuti baik oleh pembimbing maupun pengelola.

KESIMPULAN

Setelah mahasiswa menyelesaikan program CFHC-IPE tahun I, kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional mahasiswa yang diharapkan tidak tercapai. Tidak tercapainya kompetensi komunikasi dan *teamwork* interprofesional ini dipengaruhi oleh kelemahan pada aspek konteks, input dan proses. Pengelola perlu melakukan pengembangan program yang lebih komprehensif agar kompetensi komunikasi dan *teamwork* CFHC-IPE pada tahun I dapat tercapai. Pengelola dapat melakukan *needs assessment*, peninjauan *grand design* CFHC-IPE, improvisasi pembekalan yang komprehensif dan spesifik bagi fasilitator serta merancang sistem monitoring yang sistematis untuk memastikan tercapainya kompetensi interprofesional pada pelaksanaan CFHC-IPE tahun I pada tahun berikutnya.

Banyak aspek yang masih dapat diteliti guna mengembangkan program CFHC-IPE. Evaluasi program secara keseluruhan mencakup tahun I, II, III dan IV perlu dilakukan secara komprehensif mengingat pelaksanaan CFHC-IPE sudah memasuki tahun keempat. Evaluasi juga dapat dilakukan tidak hanya dari sisi interprofesional, tetapi juga menilik aspek komunitas dan *family medicine*.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Switzerland: WHO Press; 2010.
2. Liaw SY, Zhou WT, Lau TC, Siau C, Chan SW. An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. *Nurse Education Today*. 2014; 34: 259–64
3. Brock, D. et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *BMJ Quality and Safety*. 2013;22:414–23
4. Tamayo M, Besoain-Saldaña A, Aguirre M, Leiva J. Teamwork: relevance and interdependence of interprofessional education. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51: 1–10
5. WHO. Transforming and Scaling Up Health Professionals' Education and Training: World Health Organization Guidelines 2013. Switzerland: WHO Press; 2013.
6. Barr H, Low H. *Introducing Interprofessional Education*. UK: CAIPE; 2013.
7. Ponzer S, Hysin U, Kusoffsky A, Lauffs M, Lonka K, Mattiason AC, Nordstorm G. Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Medical Education*. 2004;38: 727–36
8. Garbee DD, Paige J, Barrier K, Kozmenko V, Kozmenko L, Zamjahn J, Bonanno L, Cefalu J. Interprofessional Teamwork Among Students in Simulated Codes: A Quasi-Experimental Study. *Nursing Education Perspective*. 2013;34(5): 339 – 44
9. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education: BEME Guide No. 9. *Medical Teacher*. 2007;29(8): 735-51
10. Cameron A, et al. An Introduction to Teamwork. *Journal of Allied Health*. 2009; 38(4): 220–26
11. Morison SL, Stewart MC. Developing Interprofessional Assessment. *Learning in Health and Social Care*. 2005;4(4): 192–202.
12. Thistlethwaite JE. Interprofessional Education: a Review Context, Learning and The Research Agenda. *Medical Education*. 2012;46: 58-70.
13. Dent JA, Harden RM (eds). *A Practical Guide for Medical*. 3rd ed. London: Elsevier; 2009.
14. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption, And Evidence*. UK: Blackwell Publishing Ltd; 2005.
15. Tyastuti D, et al. An Educational Intervention of Interprofessional Learning in Community Based Health Care in Indonesia: What did We Learn from the Pilot Study?. *Journal of Education and Practice*. 2013;25(4): 1-11.
16. Sedyowinarso M. *Modul Implementasi Pembelajaran Model Interprofessional Education pada Pendidikan Klinis di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta*. Yogyakarta: PSIK FK UGM; 2013.
17. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. *Effective Interprofessional Education: Development, Delivery & Evaluation*. UK: Blackwell Publishing; 2005.
18. Freeth D, Reeves S. Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *Journal of Interprofessional Care*. 2004;18 (1): 43-56

19. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating Training Programs: Third Edition. California: Berrett – Koehler Publisher. Inc; 2006.
20. Stufflebeam DL. CIPP Evaluation Model Checklist [document on the internet] 2nd edition. 2007 [disitasi 1 Mei 2015] Available from: www.wmich.edu/evalctr/checklists
21. Claramita M, Sedyowinarso M, Huriyati E, Wahyuningsih, M. S. *Model Pendidikan Interprofesi menggunakan Pedoman Komunikasi “SAPA - AJAK BICARA – DISKUSI”: Laporan Penelitian Dosen Senior*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran UGM; 2011.
22. Lee-Page II R et al. *Interprofessional Education: Principles and Application. A Framework for Clinical Pharmacy*. Pharmacotherapy. 2009; 29(3): 145e–64e
23. Judge MP, Polifroni EC, Zhu S. Influence of Student Attributes on Readiness for Interprofessional Learning Across Multiple Healthcare Disciplines: Identifying Factors to Inform Educational Development. *International Journal of Nursing Science*. 2015;2: 248–52
24. Hean S, Craddock D, Hammick M, Hammick M. Theoretical Insight Into Interprofessional Education: AMEE Guide No. 62. *Medical Teacher*. 2012;34: 78-101
25. Diamond RM. *Designing and assessing course and curricula: a practical guide*. USA: Jossey-Bass; 2008.