

HEALTH SERVICES DURING CRISIS:
MODEL KOLABORASI INTERPROFESIONAL MODIFIKASI PADA
PELAYANAN *OCCUPATIONAL HEALTH AND TRAUMA CENTER*



KARYA TULIS ILMIAH

dr. Zahrotul Habibah, MMRS

dr. Budi Setiawan Djamhoer, MARS, FISQua

dr. Erchamzah, MMRS, MPM, MQM

dr. Ahmad Meiyanto, MM

RUMAH SAKIT EDELWEISS

BANDUNG

2025

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tulisan yang berjudul Model Kolaborasi Manajer Medis dan Administrasi dalam mengelola konflik di Rumah Sakit Edelweiss Bandung.

Tulisan ini disusun berdasarkan hasil penelusuran literatur yang telah dilakukan dalam beberapa waktu terakhir, dengan tujuan untuk memberikan kontribusi nyata terhadap perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya di bidang Manajemen Rumah Sakit. Penelitian ini diharapkan mampu memberikan wawasan baru dan menginspirasi penelitian-penelitian lanjutan di masa mendatang.

Selama proses penyusunan tulisan ini, penulis melalui berbagai tahapan yang menuntut ketekunan, ketelitian, dan kesabaran. Pengalaman dalam menjalani penelitian ini telah memberikan banyak pelajaran berharga, baik secara akademis maupun personal. Proses pengumpulan data, analisis, serta penyusunan hasil menjadi momentum pembelajaran yang tak terlupakan dalam upaya mengatasi berbagai kendala yang dihadapi.

Bandung, 16 Agustus 2025

Penulis

ABSTRAK

Nama : dr. Zahrotul Habibah, MMRS; dr. Budi Setiawan Djamhoer, MARS, FISQua; dr. Erchamzah, MMRS, MPM, MQM, FISQua; dr. Ahmad Meiyanto, MM.

Judul : “Model Kolaborasi Interprofesional Modifikasi pada Pelayanan *Occupational Health and Trauma Center*”

Latar belakang: Rumah Sakit (RS) saat ini sedang menghadapi masa krisis, mulai dari Layanan Berbasis Kompetensi, Kelas Rawat Inap Standard dan I-DRG. Kondisi krisis dapat menimbulkan konflik lintas profesi. Model kolaborasi yang baik dalam mengendalikan konflik diharapkan dapat menghasilkan suatu manfaat yang dapat dikembangkan menjadi suatu layanan unggulan. Sehingga tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui model kolaborasi yang tepat untuk membentuk suatu layanan unggulan RS agar dapat bersaing di masa krisis seperti saat ini.

Metode: Penelitian ini dilakukan dengan desain kualitatif, menggunakan *literature review*, observasi, wawancara dan pengisian kuesioner CPAT (Collaborative Practice Assesment Tool) dilakukan di RS Edelweiss bulan Juli-Agustus 2025. Wawancara dan observasi kepada 15 orang yang terdiri dari jajaran direksi, manajemen, komite medik, kepala KSM dan staf medik. Kuesioner CPAT diisi oleh 20 orang profesional yang terdiri dari dokter umum, dokter spesialis dan subspesialis yang termasuk ke dalam tim *Occupational Health and Trauma Center*.

Hasil: Model kolaborasi interprofesional modifikasi digunakan untuk menentukan kemampuan kolaborasi tim dalam membentuk layanan unggulan RS yaitu *Occupational Health and Trauma Center*. Model kolaborasi ini mengutamakan penguatan visi misi, nilai dan kultur, berdasarkan data dan fakta, menerapkan *lean management* dan pada akhirnya akan membentuk adab, akhlak yang berbasis religi pada masing-masing individu. **Kesimpulan:** Model kolaborasi interprofesional modifikasi merupakan model kolaborasi yang tepat untuk mendukung terbentuknya layanan unggulan RS yaitu *Occupational Health and Trauma Center*.

Kata Kunci: konflik, kolaborasi, interprofesional modifikasi, nilai, kultur, *Occupational Health and Trauma Center*

ABSTRACT

Name : dr. Zahrotul Habibah, MMRS; dr. Budi Setiawan Djamhoer, MARS, FISQua; dr. Erchamzah, MMRS, MPM, MQM, FISQua; dr. Ahmad Meiyanto, MM.

Title : “Modified Interprofessional Collaboration Model to Occupational Health and Trauma Center”

Background: Hospitals are currently facing a crisis, affecting competency-based services, standard inpatient care, and I-DRG. Crisis situations can lead to interprofessional conflict. A sound collaboration model for managing conflict is expected to yield benefits that can be developed into superior services. Therefore, the purpose of this study is to determine the appropriate collaboration model for establishing superior hospital services to compete in times of crisis like the current one. **Methods:** This study was conducted with a qualitative design, using literature review, observation, interviews and filling out the CPAT (Collaborative Practice Assessment Tool) questionnaire at Edelweiss Hospital in July-August 2025. Interviews and observations were conducted with 15 people consisting of the board of directors, management, medical committee, head of KSM and medical staff. The CPAT questionnaire was filled out by 20 professionals consisting of general practitioners, specialist doctors and subspecialists who are included in the Occupational Health and Trauma Center team. **Results:** A modified interprofessional collaboration model was used to determine the team's collaborative capabilities in developing the hospital's flagship service, the Occupational Health and Trauma Center. This collaborative model prioritizes strengthening the vision, mission, values, and culture, based on data and facts, implementing lean management, and ultimately fostering religious-based morals and ethics in each individual. **Conclusion:** The modified interprofessional collaboration model is an appropriate collaboration model to support the establishment of Center Of Excellence Especially Occupational Health and Trauma Center.

Keywords: conflict, collaboration, modified interprofesional, values, culture, Occupational Health and Trauma Center

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Rumah sakit saat ini sedang menghadapi banyak tantangan eksternal dan internal. Tantangan eksternal antara lain adanya kondisi penuh ketidakpastian untuk rumah sakit, mulai dari banyaknya perkembangan regulasi dari pemerintah baik dari Kementerian Kesehatan maupun dari *stakeholder* lain yang berkaitan dengan pelayanan rumah sakit, di antaranya yaitu regulasi RS Berbasis Kompetensi, Kelas Rawat Inap Standard (KRIS) dan I-DRG (Indonesian Diagnosis Related Group).¹ Perkembangan regulasi RS berbasis kompetensi diatur dalam beberapa regulasi, di antaranya UU 17 Th 2023, PMK No.16 Tahun 2024, PP 28 Tahun 2024, pasal 820-821, dan Perpres 82/2018. Semua regulasi ini bertujuan akhir pada satu tujuan yang sama yaitu mendukung 6 Pilar Transformasi Kesehatan Menuju Indonesia Emas 2045 dengan program strategis dari pemerintah.² Regulasi yang sangat dinamis saat ini berdampak cukup besar bagi RS karena perlu menyiapkan layanan, modal atau investasi biaya untuk memenuhi klasifikasi SDM, sarana, prasarana dan alat Kesehatan. RS juga harus menentukan jenis pelayanan yang menjadi layanan unggulan sehingga strategi pengembangan layanan dan investasi akan lebih terfokuskan pada layanan unggulan tersebut.

Tantangan internal terdiri dari standarisasi layanan yang harus dikondisikan dengan berbagai aspek mulai dari ketersediaan sumber daya manusia (SDM) seperti dokter, perawat, dan nakes lainnya; serta kewajiban internal RS dalam pemenuhan

sarana prasarana guna memenuhi regulasi terbaru dari pemerintah terkait dengan rumah sakit berbasis kompetensi.³ Tantangan internal juga berasal dari para SDM yang bekerja di RS seperti dokter spesialis dan dokter subspesialis. Kebutuhan yang tinggi terhadap dokter spesialis dan dokter subspesialis membuka peluang untuk adanya rekrutmen para profesional lebih banyak. Profesionalisme semakin berkembang dengan adanya program subspesialis, *fellowship* dan keahlian lain untuk setiap profesi.⁴

Dalam perkembangannya, untuk mencapai keahlian tertentu dan spesifik dari setiap profesionalisme menjadi lebih mudah untuk diakses. Kompleksitas dalam profesionalisme yang terus bertambah dalam hal kuantitas maupun kualitas, dapat memicu terjadinya konflik antarprofesi ataupun lintas profesi.⁵ Konflik lintas profesi akan menimbulkan ketidaknyamanan dalam bekerja dan berpotensi menurunkan produktivitas atau kinerja para profesionalisme.⁶

Manajemen RS mendapatkan kondisi dilematik antara efisiensi operasional dan kebutuhan klinis, akibatnya membuat kondisi kurang harmonis dengan tenaga kesehatan.⁷ Peran kolaborasi Komite Medik dan manajemen menjadi sebagai representasi otoritas medis di rumah sakit yang menjembatani serta memediasi kepentingan klinis dan administratif.⁸ Pendekatan *Inter Profesional Collaboration (IPC)* serta manajemen konflik dengan *evidence based* (berbasis bukti) dapat dipertimbangkan untuk menjadi solusi dalam pengendalian konflik lintas profesi.⁹

Di RS memiliki dua otoritas yang penting dalam mengendalikan konflik antarprofesi atau lintas profesi, yaitu otoritas medis yang berkaitan dengan mutu

pelayanan dan otoritas komunitas yang berkaitan dengan tatakelola RS secara umum.¹⁰

Kondisi krisis yang saat ini terjadi dapat menimbulkan konflik lintas profesi. Model kolaborasi yang baik dalam mengendalikan konflik diharapkan dapat menghasilkan suatu manfaat yang dapat dikembangkan menjadi suatu layanan unggulan. Sehingga tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui model kolaborasi yang tepat untuk membentuk suatu layanan unggulan RS agar dapat bersaing di masa krisis seperti saat ini.

1.2. Rumusan Masalah

1. Apakah model kolaboratif yang tepat untuk dijalankan dalam mengendalikan konflik lintas profesi di tengah kondisi krisis?
2. Apakah pengaruh model kolaboratif yang dijalankan terhadap penyusunan layanan unggulan RS?

1.3. Tujuan

1. Mengetahui pengaruh model kolaboratif yang tepat untuk menyelesaikan konflik lintas profesi di dalam layanan kesehatan RS di masa krisis.
2. Mengetahui pengaruh model kolaboratif yang dijalankan terhadap penyusunan layanan unggulan RS

1.4. Kegunaan

1. Untuk Rumah Sakit:
 - a. Mengetahui model kolaboratif yang tepat untuk menyelesaikan konflik lintas profesi di tengah masa krisis

- b. Mengetahui kemampun kolaborasi dokter dalam mendukung pembentukan layanan unggulan RS
- c. Membantu RS dalam membentuk layanan unggulan yang terpadu dengan kolaborasi lintas profesi
- d. Meningkatkan revenue RS karena terbentuknya layanan unggulan baru
- e. Meningkatkan kualitas dan produktivitas dokter dalam menjalankan tugas
- f. Membangun kultur rumah sakit dan perusahaan seperti ibadah, nilai, pahala, membantu orang
- g. Membangun kesetaraan kedudukan antara dokter sebagai profesional dan manajemen sebagai structural

2. Untuk Dokter:

- a. Meningkatkan kinerja dalam bekerja sebagai professional
- b. Membangun hubungan yang baik antarprofesi, lintas profesi dan dengan manajemen RS
- c. Menjalankan kultur perusahaan dalam setiap pelayanan yang diberikan.

BAB II

KAJIAN TEORI DAN HIPOTESIS

2.1. Deskripsi Teori

Di tengah masa yang krisis untuk RS saat ini, setiap RS diarahkan untuk dapat menentukan strategi layanan unggulan sehingga dapat bertahan dan berkompetisi dengan seluruh RS yang ada baik di tingkat nasional maupun internasional. RS harus memiliki posisi strategis dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, sehingga dituntut untuk menyelenggarakan layanan yang bermutu dan berorientasi pada kebutuhan pasien dengan tetap menjunjung tinggi etika profesi dan standar medis.¹¹ Untuk memenuhi ekspektasi tersebut, pelayanan rumah sakit harus dilaksanakan secara cepat, tanggap, dan efisien.¹² Keberhasilan layanan tersebut sangat bergantung pada keberadaan sumber daya manusia yang kompeten dan memiliki kinerja optimal.¹³

Konsep rumah sakit berbasis kompetensi menekankan pentingnya penguatan sistem organisasi melalui peningkatan kapabilitas tenaga kesehatan, sistem layanan, serta infrastruktur pendukung secara terpadu. Pendekatan ini berangkat dari gagasan bahwa rumah sakit merupakan sistem kompleks yang harus mampu merespons berbagai dinamika layanan dengan cepat dan terkoordinasi. Dalam hal ini, pemahaman berbasis pemikiran sistematis menjadi krusial dalam memastikan semua elemen (termasuk tenaga medis, perangkat kerja, struktur manajerial, dan sistem pelayanan) berfungsi secara harmonis untuk mencapai *surge capacity* yang optimal dalam kondisi darurat atau beban layanan tinggi.^{14,15}

Penelitian dalam konteks layanan kesehatan primer di Indonesia menegaskan bahwa kompetensi kolaboratif seperti komunikasi efektif, kepercayaan antarprofesi, dan pengambilan keputusan bersama menjadi kunci keberhasilan kolaborasi tim. Implementasi prinsip serupa di rumah sakit menuntut adanya kerangka kerja institusional yang mendukung budaya kerja lintas disiplin, salah satunya melalui standar akreditasi yang menilai kesiapan organisasi dalam menerapkan praktik kolaboratif berbasis kompetensi. Akreditasi tidak hanya berfungsi sebagai alat legitimasi, tetapi juga sebagai mekanisme penjamin mutu dalam pelaksanaan praktik kolaboratif yang efektif dan berkesinambungan.¹⁶

Penerapan rumah sakit berbasis kompetensi turut mendorong transformasi makna profesionalisme di lingkungan kerja medis. Di tengah kebutuhan untuk meningkatkan kolaborasi lintas profesi, terjadi pergeseran dari pola profesionalisme tradisional yang menekankan otonomi individu, menuju pendekatan yang lebih adaptif terhadap struktur organisasi dan tuntutan kerja kolektif. Tantangan ini muncul dari fakta bahwa tenaga kesehatan tidak hanya harus menjalankan peran klinis, tetapi juga harus mampu menavigasi relasi kekuasaan, struktur birokrasi, dan ekspektasi sistem.¹⁴

Transformasi paradigma ini turut tercermin dalam perubahan arah pendidikan profesi kesehatan, dari pendekatan berbasis keilmuan tunggal menjadi model berbasis kompetensi yang mengintegrasikan kemampuan teknis, komunikasi, dan kolaborasi. Dalam konteks ini, profesionalisme tidak lagi semata-mata soal kepakaran, tetapi juga mencakup akuntabilitas terhadap hasil layanan, kemampuan menyelesaikan konflik lintas profesi, serta komitmen terhadap

keadilan dalam pengambilan keputusan. Kolaborasi antardisiplin (*Interprofessional Collaboration/IPC*) menjadi ekspresi konkret dari profesionalisme modern yang menuntut keterbukaan, partisipasi, dan sinergi antarprofesi dalam menjamin mutu pelayanan kesehatan.¹⁶

Dalam kerangka rumah sakit berbasis kompetensi, dokter spesialis memiliki peran vital tidak hanya dalam pelayanan klinis, tetapi juga dalam memperkuat sistem layanan primer. Sistem pendidikan kedokteran di Indonesia yang berbasis universitas menerapkan kurikulum kompetensi yang mencakup keterampilan teknis dan non-teknis. Distribusi dokter spesialis seperti internis, dokter anak, dan kardiolog masih menghadapi ketimpangan geografis yang signifikan. Selain penguasaan klinis, dokter spesialis kini dituntut memiliki kompetensi kepemimpinan, terutama dalam mengoordinasikan kerja tim lintas disiplin pada layanan primer.¹⁷ Kemampuan non-teknis seperti komunikasi efektif, resolusi konflik, dan manajemen kolaboratif semakin esensial untuk memastikan pelayanan yang terpadu dan berkualitas.¹⁸

Peningkatan kompleksitas rumah sakit menuntut adanya kolaborasi erat antara tenaga medis dan manajemen. Model *Interprofessional Collaborative Practice* (IPCP) menawarkan pendekatan yang kontekstual dan dinamis, menekankan pentingnya peran bersama antara tenaga klinis dan administratif.¹⁹ D'Amour (2020) menguraikan bahwa kolaborasi dapat dibangun pada tiga tingkat: makro (kebijakan), meso (struktur organisasi), dan mikro (praktik kolaboratif sehari-hari).¹⁰ Penilaian kolaborasi berbasis instrumen CPAT (*Collaborative*

Practice Assesment Tool) versi Indonesia menunjukkan delapan komponen kunci, termasuk komunikasi, kepercayaan, dukungan organisasi, dan kepemimpinan.¹⁷

Namun demikian, perbedaan struktur otoritas antara hierarki medis dan administratif masih menjadi hambatan utama. Pendekatan *dual agency* menjadi salah satu solusi konseptual yang signifikan.⁴ Melalui perspektif ini, seluruh profesional rumah sakit (baik manajer maupun klinisi) dipandang sebagai agen ganda yang menjalankan fungsi klinis sekaligus administratif. Strategi ini mendorong terbentuknya identitas profesional kolektif yang mampu menyatukan tanggung jawab etis dan efisiensi kelembagaan. Dengan menggabungkan kepentingan klinis dan organisasi, pendekatan ini membantu mengatasi konflik struktural serta meningkatkan budaya kolaboratif dalam pengelolaan rumah sakit.⁴

Kerangka kerja yang diterima secara luas, Model Tripartit Konflik Tim Jehn, mengkategorikan konflik menjadi konflik tugas, hubungan, dan proses. Konflik tugas melibatkan perbedaan gagasan tentang konten pekerjaan dan dapat bersifat konstruktif jika dikelola dengan baik. Konflik hubungan muncul dari ketegangan interpersonal dan cenderung menghambat kolaborasi. Konflik proses melibatkan ketidaksepakatan tentang pelaksanaan tugas dan logistik. Studi menunjukkan bahwa tim berkinerja lebih baik ketika konflik tugas tinggi tetapi konflik hubungan dan proses rendah, terutama dalam pengaturan yang membutuhkan inovasi dan pengambilan keputusan bersama.⁸

Dalam layanan kesehatan, di mana tim secara teratur menghadapi tantangan nonrutin dan kompleks, resolusi konflik yang efektif sangat penting. Penelitian menunjukkan bahwa tim yang berfungsi saling ketergantungan yang tinggi

mendapat manfaat dari model mental bersama, keterampilan komunikasi yang kuat, dan kepercayaan. Elemen-elemen ini mendukung koordinasi dan pemecahan masalah, yang penting untuk mengelola konflik secara konstruktif. Pelatihan tim dalam manajemen konflik dan pengukuran kinerja tim yang lebih baik masih kurang tetapi diperlukan untuk mendukung kolaborasi.⁸

Konflik dalam sistem layanan kesehatan modern bersifat multidimensi dan dapat terjadi pada berbagai tingkat, baik antarindividu, antardisiplin profesi, maupun antarstruktur organisasi. Konflik interpersonal dan interprofesional umumnya bersumber dari perbedaan nilai, persepsi peran, serta gaya komunikasi lintas profesi. Sementara itu, konflik organisasi kerap muncul dari ketegangan struktural antara profesional medis dan pihak manajemen.²⁰ Studi menunjukkan bahwa konflik berakar pada komunikasi, yang seringkali dipicu oleh masalah organisasi seperti ambiguitas peran, persaingan sumber daya, sistem evaluasi kinerja yang buruk, dan kurangnya kerja sama tim. Konsekuensi dari konflik yang tidak terselesaikan antara lain pergantian staf, inefisiensi, dan moral yang rendah, yang semuanya dapat menurunkan kualitas perawatan pasien. Oleh karena itu, komunikasi yang efektif dan resolusi konflik sangat penting untuk menjaga lingkungan pelayanan kesehatan yang stabil dan efisien.²¹

Salah satu bentuk konflik yang paling signifikan adalah konflik otoritas, yaitu ketegangan antara otonomi profesional dan kendali administratif. Dalam sistem rumah sakit yang kompleks, profesional medis sering kali mengalami dilema dalam menyeimbangkan kepentingan klinis dengan keputusan administratif, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi mutu pengambilan keputusan klinis. Selain itu,

keterbatasan sumber daya dan perbedaan nilai mengenai prioritas pelayanan menjadi penyebab umum terjadinya konflik berbasis sumber daya dan nilai. Sebuah studi deskriptif *cross-sectional* yang dilakukan di sebuah rumah sakit tingkat tersier di Dhaka menyoroti prevalensi dan sumber konflik di tempat kerja dalam lingkungan medis bertekanan tinggi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kontributor utama konflik adalah kekurangan sumber daya (terutama ruang penyimpanan (38%)) alih-alih masalah interpersonal, yang hanya mencakup 11,2% kasus. Departemen administrasi adalah yang paling rentan terhadap konflik (41,6%), sedangkan dokter mengalami konflik paling sedikit (8,0%), mungkin karena otonomi relatif mereka. Temuan ini konsisten dengan studi sebelumnya, yang mengidentifikasi inefisiensi struktural dan administratif sebagai sumber utama ketegangan.²¹

Temuan penting lainnya dari studi ini adalah kurangnya pelatihan manajemen konflik formal. Lebih dari separuh staf rumah sakit (54,4%) melaporkan tidak pernah menerima pelatihan tersebut. Tidak adanya program terstruktur ini dapat menghambat resolusi konflik yang efektif dan memperburuk stres di tempat kerja. Studi lain menunjukkan bahwa pelatihan dalam resolusi konflik menghasilkan tingkat stres dan kelelahan yang lebih rendah. Lebih jauh lagi, 38% responden dalam studi Dhaka menyatakan perlunya strategi penyelesaian konflik yang lebih baik, menggarisbawahi tingginya permintaan akan keterampilan praktis dalam menangani perselisihan di tempat kerja.²¹

Konflik yang tidak dikelola dengan baik dapat berdampak serius pada keselamatan pasien dan kinerja organisasi. Penelitian menunjukkan bahwa konflik

antardisiplin dapat memperburuk komunikasi tim, meningkatkan risiko kesalahan klinis, serta menurunkan efisiensi organisasi.¹⁷ Bekerja secara profesional dan saling bergantung telah terbukti meningkatkan fungsi tim dan hasil akhir bagi pasien. Penekanan pada pembangunan hubungan dan komunikasi terbuka (seperti mendengarkan dan mempertimbangkan ide satu sama lain) dapat meminimalkan konflik lebih lanjut. Namun, meskipun telah dilakukan upaya-upaya ini, perselisihan mengenai keputusan perawatan pasien masih terjadi. Oleh karena itu, diperlukan strategi berkelanjutan untuk membantu tim mengelola konflik secara konstruktif guna meningkatkan perawatan pasien, selain itu strategi resolusi konflik seperti komunikasi terbuka, penguatan kepemimpinan transformasional, dan pelatihan keterampilan non-teknis sangat penting dalam menciptakan lingkungan kerja yang sehat dan kolaboratif.⁸

Interprofessional Collaboration (IPC) merupakan pendekatan sistemik yang mengintegrasikan berbagai profesi dalam satu kesatuan kerja tim, dengan tujuan meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien. Model ini menekankan sinergi antar dokter, perawat, bidan, ahli gizi, dan tenaga kesehatan lainnya dalam merespons masalah kesehatan yang kompleks.²²

Dalam pelaksanaannya, IPC menghadapi tantangan struktural dan budaya, terutama ketidaksesuaian antara tuntutan praktik kolaboratif dan persepsi tenaga kerja terhadap peran masing-masing profesi.²³ Gap ini menghambat efektivitas komunikasi lintas profesi dan memperbesar potensi konflik. Untuk itu, instrumen seperti *Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT)* dan *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS-II)* digunakan untuk

mengevaluasi tingkat kolaborasi dalam tim berdasarkan komponen seperti kepemimpinan, kepercayaan, komunikasi, dan perencanaan pasien. Pada penelitian ini kuesioner yang digunakan yaitu CPAT. Pada kuesioner CPAT digambarkan model kolaborasi interprofessional yang mengukur kolaborasi pada tenaga medis professional. Terdapat 56 pertanyaan, 8 subskala dan 3 pertanyaan terbuka. Interpretasi dari CPAT meliputi kerja sama tim, komunikasi efektif, saling menghargai, menyamakan tujuan bersama, pembagian tanggung jawab, serta membentuk integrasi layanan. Tujuan integrasi layanan dapat diaplikasikan membentuk suatu layanan unggulan dengan konsep pelayanan yang holistik, komprehensif dan terpadu.²³

Model D'Amour menggarisbawahi pentingnya pendekatan sistemik dalam IPC, yang mencakup faktor makro (kebijakan dan regulasi), meso (struktur organisasi dan kepemimpinan), serta mikro (interaksi profesional sehari-hari). Di tengah struktur rumah sakit yang memiliki sistem otoritas ganda (antara profesional medis dan manajemen administratif) penerapan IPC menjadi fondasi penting dalam membangun koordinasi yang setara dan saling mendukung, demi menjamin mutu layanan kesehatan yang berkelanjutan.¹⁰

2.1.1. Konflik Fungsional dan Nonfungsional

Dalam sistem layanan kesehatan, tidak semua bentuk konflik bersifat merugikan. Konflik yang bersifat fungsional justru dapat berperan sebagai pemicu inovasi, peningkatan mutu layanan, serta mendorong kompetisi yang sehat antarprofesi. Jenis konflik ini mampu menciptakan dinamika kerja yang konstruktif,

mendorong solusi bersama, serta meningkatkan efisiensi pelayanan. Sebaliknya, konflik nonfungsional seringkali bersifat mengganggu karena berpotensi menimbulkan ketegangan personal, penurunan semangat kerja, pemborosan sumber daya, serta terganggunya proses perawatan pasien. Studi pada rumah sakit rujukan di Dhaka menunjukkan bahwa konflik yang tidak ditangani secara tepat berdampak pada turunnya kepuasan kerja, meningkatnya kejadian kesalahan medis, serta penurunan kualitas pelayanan secara keseluruhan. Oleh karena itu, kemampuan membedakan konflik yang mendukung pengembangan organisasi dan yang bersifat merusak menjadi krusial dalam pengelolaan manajemen rumah sakit.²¹

2.1.2. Konflik Manajerial dan Fungsional

Konflik dalam organisasi rumah sakit dapat pula dikategorikan berdasarkan lingkup terjadinya. Konflik manajerial biasanya terjadi di level strategis yang mencakup penyusunan kebijakan, pembagian sumber daya, hingga perencanaan jangka panjang. Ketegangan ini kerap muncul antara pihak administrasi dan klinis, khususnya ketika terdapat tekanan efisiensi di tengah keterbatasan sumber daya. Sementara itu, konflik fungsional lebih sering dijumpai dalam pelaksanaan praktik klinis, seperti perbedaan dalam penerapan protokol medis, batas tanggung jawab profesi, atau pendekatan perawatan pasien. Ketika keputusan manajerial dipersepsikan bertentangan dengan prinsip klinis atau etika profesi, potensi konflik akan meningkat. Penelitian menunjukkan bahwa ketidakseimbangan antara kontrol administratif dan otonomi profesional berkontribusi terhadap memburuknya

koordinasi lintas unit kerja dan menurunkan performa organisasi. Oleh sebab itu, pendekatan kolaboratif yang menyatukan perspektif manajerial dan klinis perlu dikembangkan untuk mencegah fragmentasi dalam tata kelola rumah sakit.²⁰

2.1.3. Tupoksi Manajerial (Struktural: benefit), Komite Medik (Subkomite Mutu, Etika, Kredensial: lingkungan kerja), KSM

Desain struktur organisasi rumah sakit memiliki pengaruh besar terhadap munculnya konflik internal, terutama yang berkaitan dengan distribusi wewenang dan tanggung jawab antar unit. Penetapan tugas pokok dan fungsi yang terstruktur secara hierarkis dapat memperjelas rantai komando serta memperkuat akuntabilitas, sehingga mengurangi potensi konflik akibat ambiguitas peran. Keberadaan Komite Medik memainkan peranan strategis dalam menjembatani profesionalisme klinis dengan kepentingan administratif. Komite ini terdiri dari subkomite yang bertugas memastikan mutu layanan (Mutu), kepatuhan terhadap etika profesi (Etika), dan kredensial serta kewenangan klinis (Kredensial), yang kesemuanya berperan dalam memperkuat budaya evaluasi sejawat dan pengembangan profesional.⁷

Kelompok Staf Medik (KSM) yang dikembangkan berdasarkan spesialisasi klinis juga memberikan kontribusi signifikan dalam mendukung otonomi profesional serta meningkatkan koordinasi antar unit. Model ini memungkinkan pengambilan keputusan klinis dilakukan secara kolaboratif, sembari tetap mempertahankan akuntabilitas profesional dalam lingkungan kerja lintas disiplin. Ketika struktur organisasi mendukung inklusivitas dan transparansi, pengelolaan konflik dapat dilakukan melalui mekanisme formal yang adil dan berkelanjutan.²⁴

2.1.4. Layanan Unggulan : *Occupational Health and Trauma Center*

Layanan unggulan merupakan layanan yang menjadi sumber revenue terbesar atau penyumbang jumlah pasien terbanyak dari suatu RS. Layanan unggulan biasanya juga mengutamakan layanan yang sudah dimiliki dengan lengkap oleh RS untuk bisa menjadi layanan yang terpadu, holistik dan komprehensif. Layanan tersebut sudah dianggap paling lengkap dari sisi SDM, sarana, prasarana maupun alat kesehatan untuk mendukung pelayanan berlangsung.

Berdasarkan data usia produktif tahun 2023 yang telah dibahas pada slide 26, total penduduk dengan usia produktif mencapai 1.363.203 jiwa $\cong$ 54% dari total kependudukan kota Bandung 2023. Berdasarkan data BPJS Ketenagakerjaan, beberapa sektor dengan angka kecelakaan kerja tertinggi adalah konstruksi, pertambangan, dan pengolahan. Menurut laporan terbaru, sektor konstruksi menyumbang sekitar 40% dari total kasus kecelakaan kerja, diikuti oleh pertambangan dengan 25%, dan manufaktur dengan 20%. Selain itu, kecelakaan kerja juga terjadi di sektor lain seperti transportasi dan pertanian. Berdasarkan data tersebut, dari RS Edelweiss mengumpulkan data terkait dengan jenis penyakit dan tindakan yang berhubungan dengan kecelakaan kerja atau kecelakaan lainnya, ternyata didapatkan bahwa potensi untuk mengembangkan layanan unggulan di bidang kesehatan okupasi dan trauma sangat tinggi. Hal ini didukung dengan adanya klasifikasi layanan berbasis kompetensi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan bahwa dari 24 layanan yang diklasifikasikan,

terdapat layanan trauma dan layanan musculoskeletal yang berpotensi untuk dikembangkan menjadi salah satu layanan unggulan di RS.

2.2. Teori Pendukung

2.2.1. Manajemen Konflik

Konflik dalam organisasi layanan kesehatan merupakan hal yang tidak dapat dihindari, terutama karena adanya perbedaan peran, nilai profesional, dan ekspektasi antara tenaga medis dan manajemen administratif. Dalam lingkungan kerja yang kompleks dan multidisipliner seperti rumah sakit, konflik yang tidak dikelola dengan baik dapat menurunkan efektivitas kerja tim, menimbulkan ketegangan antarpersonel, serta berdampak langsung pada keselamatan pasien. Oleh karena itu, pendekatan manajemen konflik yang adaptif, kolaboratif, dan berlandaskan keadilan menjadi kebutuhan mendesak untuk menciptakan kolaborasi antardisiplin yang harmonis dan produktif.⁹

Secara umum, konflik muncul akibat perbedaan sikap, keyakinan, nilai, atau kebutuhan individu maupun kelompok.⁹ Jika tidak ditangani secara efektif, konflik berpotensi menimbulkan dampak negatif, termasuk penurunan mutu pelayanan, melemahnya moral tim, dan menurunnya produktivitas organisasi.⁵ Oleh karena itu, penerapan pendekatan manajemen konflik yang proaktif sangat penting bagi organisasi layanan kesehatan, tidak hanya untuk menghindari dampak negatif tersebut, tetapi juga untuk memperkuat kepuasan pasien dan kualitas layanan secara keseluruhan.

Konflik yang tidak terselesaikan juga diketahui dapat menghambat komunikasi efektif dan kerja sama tim, sehingga meningkatkan risiko kesalahan

dalam pengambilan keputusan klinis dan membahayakan keselamatan pasien. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa perbedaan nilai profesional, peran, dan harapan di antara tenaga kesehatan sering menjadi sumber utama konflik di fasilitas kesehatan. Dalam hal ini, perilaku organisasi berperan penting dalam membentuk dinamika konflik dan dapat dimanfaatkan untuk memperkuat efektivitas organisasi, membangun kerja tim yang solid, serta menciptakan budaya yang lebih inklusif.²⁵

Temuan dari studi nasional oleh Sanchez dkk. (2018) menunjukkan bahwa konflik antardisiplin dalam pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kesalahan medis dan memperburuk kualitas hubungan kerja antar penyedia layanan.²⁶ Hal ini sejalan dengan tinjauan sistematis oleh Boev dan Xia (2019) yang menemukan bahwa konflik antarprofesi berdampak negatif terhadap hasil klinis, menurunkan kepuasan pasien, dan meningkatkan beban psikologis tenaga kesehatan.¹⁷ Sementara itu, studi kualitatif di unit perawatan intensif (ICU) oleh Khan dkk. (2020) mengungkapkan bahwa konflik dapat menghambat diskusi krusial mengenai akhir hayat, terutama ketika tidak ada keselarasan komunikasi antara dokter, perawat, dan manajer kasus.¹⁸

Dengan mempertimbangkan dampak yang luas tersebut, strategi penanganan konflik tidak dapat lagi dianggap sebagai respons situasional semata, tetapi harus menjadi bagian integral dari model manajemen kolaboratif dalam sistem layanan kesehatan.

2.2.2. Model Kolaborasi

Model kolaborasi interprofesi merupakan pendekatan strategis untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan, yang membutuhkan dukungan dari kompetensi tenaga medis, etos profesionalisme yang kuat, serta pengelolaan konflik yang konstruktif.²⁷ Apabila konflik tidak ditangani dengan baik, hal tersebut dapat berdampak pada menurunnya kepatuhan tenaga medis terhadap prosedur keselamatan pasien.

Di sisi lain, penguatan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) juga menjadi faktor penentu dalam peningkatan pelayanan. Tantangan seperti rendahnya literasi petugas, ketiadaan prosedur operasional baku, dan keterbatasan dukungan sistem perlu diatasi untuk mencapai pelayanan yang lebih optimal. Dengan demikian, peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit akan secara langsung berkontribusi pada perbaikan status kesehatan masyarakat melalui layanan yang responsif, aman, dan sesuai kebutuhan pasien. Salah satu upaya krusial adalah membangun sistem keselamatan pasien yang terstruktur, yang mencakup proses identifikasi yang akurat dan komunikasi yang efektif di seluruh lini pelayanan. Dengan memahami dinamika ini, diharapkan rumah sakit dapat mengoptimalkan kinerja tim kesehatan sekaligus menjaga keselamatan pasien (*patient safety*) sebagai tujuan utama.²⁸

Efektivitas kolaborasi sangat ditentukan oleh partisipasi aktif semua pemangku kepentingan dalam setiap tahapan, mulai dari perencanaan hingga evaluasi, guna memastikan terciptanya koordinasi yang harmonis dan berkelanjutan.¹⁷ Kolaborasi yang baik tidak semata bergantung pada komunikasi

terbuka, tetapi juga menuntut adanya dialog yang bersifat membangun, komitmen kolektif, serta kesepahaman terhadap tujuan dan hasil yang ingin dicapai secara bersama. Dalam menangani konflik antarprofesi, khususnya di antara para tenaga medis spesialis, dibutuhkan upaya konsolidasi dan kerja sama lintas peran untuk membentuk sinergi yang solid. Dinamika dalam interaksi antarindividu atau kelompok, yang sering kali menimbulkan perbedaan persepsi dan respons, mengharuskan adanya pemahaman mendalam terhadap aspek psikologis dan sosial tim, agar konflik yang muncul dapat dikelola secara produktif.²⁹

Untuk menciptakan kerja sama yang lebih efektif antara manajemen dan kelompok spesialis dalam merespons konflik antarprofesi, beberapa pendekatan dapat diimplementasikan. Pertama, penting bagi manajemen untuk menjembatani komunikasi yang efektif agar setiap pihak memahami sudut pandang dan kebutuhan masing-masing. Kedua, penguatan tim melalui promosi nilai kolaborasi dan saling menghargai akan memperkuat kohesi antarprofesi. Ketiga, fasilitasi dalam pengambilan keputusan secara kolektif memungkinkan tercapainya solusi yang disepakati bersama. Keempat, peran manajemen sebagai mediator diperlukan untuk mendukung proses penyelesaian konflik melalui forum diskusi dan negosiasi yang terarah. Kelima, penyusunan kebijakan internal yang tegas dan adaptif dapat menjadi dasar dalam mencegah konflik sekaligus mendorong sinergi antarkelompok. Terakhir, pelatihan dan pengembangan kompetensi terkait manajemen konflik dan kerja tim menjadi aspek penting dalam membekali tenaga spesialis agar mampu berkolaborasi secara profesional.³⁰

Berbagai bentuk kolaborasi antara manajemen dan kelompok spesialis dapat diwujudkan melalui beberapa mekanisme strategis. Salah satunya adalah melalui penyelenggaraan rapat tim yang difasilitasi oleh manajemen untuk membahas permasalahan yang muncul, termasuk konflik antarprofesi, sekaligus mencari solusi yang disepakati bersama. Selain itu, manajemen juga dapat membentuk komite khusus yang berfokus pada penyelesaian konflik, dengan melibatkan perwakilan dari kelompok spesialis untuk memastikan penyelesaian yang adil dan partisipatif. Di samping itu, kolaborasi dapat diperkuat melalui penyusunan protokol yang dirancang secara kolektif, bertujuan untuk menangani konflik secara sistematis serta mendorong peningkatan sinergi antar tenaga profesional.³¹

Melalui pendekatan-pendekatan tersebut, kolaborasi antara manajemen dan kelompok spesialis berkontribusi besar dalam menciptakan suasana kerja yang kondusif, harmonis, dan produktif, yang pada akhirnya berdampak positif terhadap mutu pelayanan secara keseluruhan.³¹

Kolaborasi dalam penyelenggaraan layanan kesehatan memiliki peran penting dalam meningkatkan mutu pelayanan, terutama ketika tetap mengintegrasikan nilai-nilai fundamental seperti agama, perlindungan jiwa, harta, keturunan, dan aspek spiritual, serta mengedepankan efisiensi melalui penerapan *lean management*. Pendekatan *lean* ini terbukti mampu menekan waktu tunggu pasien dan meminimalkan terjadinya kesalahan dalam proses layanan, yang pada akhirnya berdampak positif terhadap kualitas perawatan dan pengurangan biaya operasional rumah sakit. Tidak hanya itu, *lean management* juga dapat meningkatkan kepuasan kerja tenaga kesehatan, termasuk dokter dan staf medis,

yang kemudian memperkuat keterlibatan mereka dalam memberikan pelayanan yang optimal.²⁹

Lean management (LM), yang berasal dari *Toyota Production System*, adalah strategi yang bertujuan meningkatkan efisiensi dengan terus memperbaiki proses, menghilangkan pemborosan, dan memaksimalkan aktivitas bernilai tambah. LM menekankan fleksibilitas dan responsivitas terhadap kebutuhan pelanggan dengan mengurangi inefisiensi seperti langkah-langkah yang tidak perlu, penundaan, dan kondisi kerja yang buruk. Meskipun definisinya bervariasi di berbagai literatur, Penelitian mendefinisikan LM sebagai filosofi yang berfokus pada peningkatan proses dengan menghilangkan aktivitas non-nilai (*muda*), variasi proses (*mura*), dan beban kerja berlebih (*muri*). LM telah diadopsi secara luas di sektor layanan publik, termasuk layanan kesehatan, yang dikaitkan dengan hasil positif seperti pengurangan biaya, lebih sedikit kesalahan, waktu tunggu yang lebih singkat, dan jalur perawatan yang lebih baik.²⁹

Dalam layanan kesehatan, LM telah diterapkan di tingkat operasional (mikro), strategis (meso), dan kebijakan (makro) dalam berbagai pengaturan seperti unit gawat darurat, unit bedah, pusat kesehatan jiwa, dan klinik rawat jalan. Strategi implementasi bervariasi: beberapa organisasi mengadopsi LM sebagai filosofi organisasi yang komprehensif, sementara yang lain menggunakannya secara lebih selektif sebagai perangkat untuk memecahkan masalah yang terisolasi. Namun, bukti menunjukkan bahwa implementasi parsial seringkali kurang berkelanjutan dalam jangka panjang, terutama ketika gagal melibatkan pekerja garis depan atau mengatasi masalah sistemik yang lebih luas.²⁹

Dengan meningkatnya tekanan pada sistem layanan kesehatan akibat keterbatasan sumber daya, LM semakin populer di kalangan profesional dan administrator layanan kesehatan yang berupaya meningkatkan pemberian layanan. Meningkatnya minat ini telah memicu seruan untuk pendekatan yang lebih holistik yang mempertimbangkan perangkat teknis dan faktor manusia seperti keterlibatan staf dan budaya tempat kerja. Oleh karena itu, tinjauan cakupan ini menyelidiki bagaimana praktik LM memengaruhi profesional layanan kesehatan garis depan, dengan tujuan untuk memberi informasi kepada para pembuat kebijakan, manajer, dan peneliti tentang dampaknya yang lebih luas terhadap tenaga kesehatan.²⁹

Namun demikian, implementasi *lean* bukan sekadar penggunaan alat atau metode teknis semata, melainkan menuntut adanya transformasi menyeluruh dalam struktur organisasi yang ditopang oleh budaya institusi yang adaptif serta kepemimpinan yang kuat dan konsisten. Di Indonesia, meskipun sejumlah rumah sakit telah mulai mengadopsi prinsip *lean healthcare* sebagai bagian dari upaya peningkatan layanan, penerapannya sebagai budaya organisasi yang melekat secara menyeluruh masih belum merata.³²

Strategi kolaborasi dan manajemen konflik dalam organisasi layanan kesehatan membutuhkan fondasi yang kuat berupa kerangka kolaboratif interprofesi. Freshman (2020) mengemukakan bahwa kolaborasi yang efektif dibangun melalui kejelasan peran, tujuan bersama, dan pembentukan kepercayaan antarpihak.³³ Dalam konteks pelayanan kesehatan di Indonesia, pola konflik yang umum terjadi berkisar pada ambiguitas peran, ketimpangan wewenang, dan miskomunikasi, yang jika tidak dikelola dapat menghambat performa organisasi

dan membahayakan keselamatan pasien.³⁴ Untuk itu, pemahaman terhadap faktor keberhasilan resolusi konflik menjadi elemen penting dalam merancang intervensi berbasis sistem.

Komunikasi efektif menjadi kunci utama dalam mengelola konflik. Pendekatan “Crucial Conversations” dari Patterson (2022) menekankan pentingnya memulai percakapan dengan niat baik (*start with heart*), menciptakan rasa aman (*make it safe*), dan mengelola narasi internal yang memicu konflik (*master stories*).³⁵ Sementara itu, Pronovost (2021) menggarisbawahi bahwa kegagalan komunikasi merupakan salah satu penyebab utama kesalahan medis, dengan hambatan sistemik seperti hierarki, beban kerja tinggi, dan kurangnya pelatihan komunikasi lintas profesi. Maka, pembenahan komunikasi harus bersifat struktural dan disertai pelatihan rutin.³⁶

Dalam menciptakan budaya kolaboratif yang berkelanjutan, kepemimpinan transformasional sangat diperlukan. Lencioni menggambarkan lima disfungsi tim (kurangnya kepercayaan, ketakutan terhadap konflik, rendahnya komitmen, penghindaran akuntabilitas, dan ketidakfokusan pada hasil) yang dapat diatasi melalui kepemimpinan berbasis keteladanan dan pembentukan norma kolektif.²⁸ Studi dari AHRQ (2020) juga menekankan bahwa konflik antara perawat dan dokter dapat dikelola melalui intervensi berbasis bukti yang mendukung budaya keselamatan dan dialog terbuka.³⁰

Belajar dari sektor lain, seperti komunikasi dokter-pasien dalam konteks diagnosis dan *error disclosure*, menunjukkan pentingnya struktur komunikasi yang jelas dan empatik. Di sektor penerbangan, prinsip *Crew Resource Management*

(CRM) terbukti meningkatkan keselamatan melalui pelatihan komunikasi, pembagian peran yang jelas, dan simulasi situasi darurat, yang kini mulai diadaptasi dalam sistem rumah sakit modern.³⁷

Strategi implementasi kolaborasi mencakup pendekatan pembelajaran lintas profesi (*Interprofessional Education/IPE*) seperti pelatihan bersama, simulasi kasus, dan pembelajaran multidisiplin. Selain itu, penggunaan metode komunikasi SBAR telah diakui secara luas untuk meningkatkan transfer informasi antarprofesi. Dalam situasi konflik, peran manajemen sangat vital sebagai fasilitator mediasi melalui unit HR atau komite etik. Penerapan budaya “*no blame*” yang menekankan pada perbaikan sistem dan keselamatan psikologis menjadi dasar penting untuk mendorong pembelajaran dari insiden tanpa rasa takut terhadap hukuman.²⁷

Studi kasus yang dikaji menunjukkan bahwa konflik dokter-perawat dalam pelaksanaan protokol obat dapat diminimalkan melalui briefing tim dan pelatihan komunikasi struktural.³⁸ Sementara itu, konflik antara apoteker dan dokter dalam praktik *off-label prescribing* mendorong pembentukan kebijakan bersama yang dimediasi oleh komite etik rumah sakit. Pelajaran penting dari studi ini adalah perlunya protokol kolaboratif, pengakuan terhadap peran masing-masing profesi, dan ruang dialog terbuka.¹⁷

Secara keseluruhan, konflik antarprofesi merupakan hal yang wajar dalam sistem kesehatan yang kompleks. Namun, apabila dikelola secara strategis melalui pendekatan sistemik dan berbasis evidensi, konflik dapat diubah menjadi katalis bagi peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Literatur terkini memberikan

panduan praktis dan model resolusi yang dapat diadaptasi dalam konteks Indonesia untuk membangun budaya kolaboratif yang berkelanjutan.¹⁸

Tabel 2.1 Teori-Teori Pendukung

No	Judul	Penulis	Jurnal	Metode	Hasil
1	<i>Interprofessional Team Conflict Resolution: A Critical Literature Review</i>	Orchar d C, King G, Trypho nopoul os P, Gorma n E, Ugirase S, Lising D, Fung K ⁸	<i>Journal of Continuing Education in the Health Professions</i>	<i>Literature Review</i>	Konflik tim dapat berupa konflik hubungan, tugas, atau proses. Memasukkan pengembangan tim yang mencakup pelatihan kontroversi konstruktif akan meningkatkan perencanaan perawatan kooperatif. Pelatihan resolusi konflik sangat

					penting untuk memperkuat efektivitas dan kualitas kolaborasi interprofesional yang berpusat pada klien—yang menguntungkan penyedia layanan kesehatan dan pasien mereka.
2	<i>A study on conflict management of hospital staff at tertiary level hospital in Dhaka City</i>	<i>Tanjil MD, Khana m DM, Mondal S, Khatun A, Parvin S,</i>	<i>Internati onal Journal of Advance Research in Nursing</i>	<i>Deskripti f cross-sectional</i>	Strategi manajemen konflik yang efektif berkontribusi pada efisiensi organisasi dan meningkatkan kualitas layanan. Tingkat konflik

<i>Nasrin</i>	yang tinggi di
<i>T,</i>	lingkungan
<i>Shuchy</i>	pelayanan
<i>JK,</i>	kesehatan
<i>Khatun</i>	berkaitan dengan
<i>B,</i>	peningkatan
<i>Akter</i>	kesalahan,
<i>T²¹</i>	penurunan
	kepuasan
	karyawan, dan
	penurunan
	kinerja.
	Mengingat
	tantangan sehari-
	hari yang terkait
	dengan
	penyelesaian
	konflik di
	lingkungan rumah
	sakit, sangat
	penting bagi
	manajemen untuk

					menerapkan strategi manajemen konflik yang terstruktur guna memastikan lingkungan kerja yang harmonis dan produktif.
3	<i>Implementasi Manajemen Lean di IGD RS Akademik UGM</i>	<i>Yuliani ngsih, H., Firman, F., & Meliala, A³⁹</i>	<i>The Journal of Hospital Accreditation</i>	<i>Action Research</i>	Implementasi <i>Lean</i> dilakukan melalui penerapan 5S dan <i>Visual Management</i> , pelatihan staf, serta pengembangan sistem reservasi tempat tidur. Secara keseluruhan, <i>Lean management</i>

					berhasil
					menurunkan <i>lead time</i> dan
					meningkatkan
					efisiensi proses
					penerimaan
					pasien di IGD RS
					Akademik UGM.

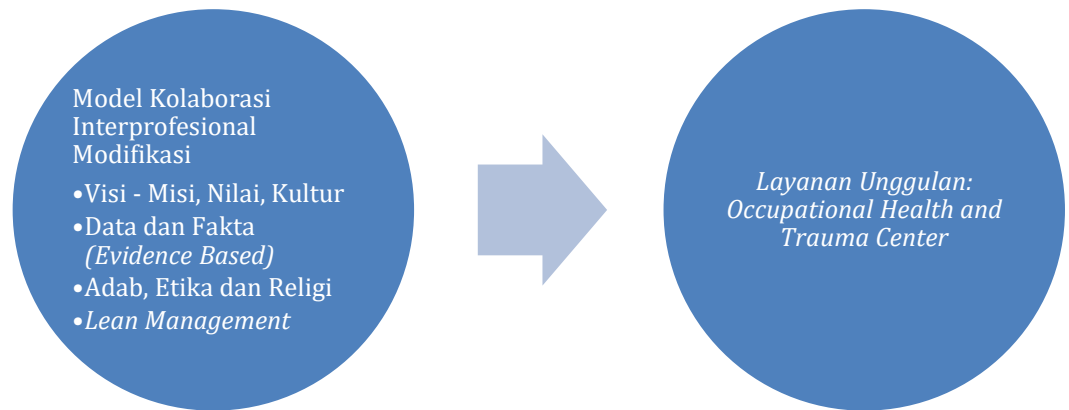
4	<i>Implementati on of Lean management for Hospital Service Quality Improvement : Literature Review</i>	<i>Elfrida Roosla nda, Dumila h Ayunin gtyas⁴⁰</i>	<i>Journal of Social Research</i>	<i>Liteature review</i>	Sistem
					manajemen mutu
					di rumah sakit
					bertujuan untuk
					memenuhi
					kebutuhan dan
					harapan para
					pemangku
					kepentingan
					dengan
					memaksimalkan
					kepuasan
					pelanggan.
					Manajemen <i>Lean</i>

membantu
mengidentifikasi
pemborosan
dalam proses
yang ada dan
berfokus pada
pengurangan
aktivitas yang
tidak bernilai
tambah sekaligus
meningkatkan
aktivitas yang
bernilai tambah.
Karena
peningkatan mutu
berkelanjutan
sangat penting
dalam layanan
kesehatan,
Manajemen *Lean*
berfungsi sebagai
metode untuk

					mendesain ulang proses layanan rumah sakit.
5	<i>Literature Review: Effect of Interprofessi onal Collaboratio n Implementati on of Patient Services</i>	<i>Dewi Purnasi wi, Ikhlas M Jenie⁴¹</i>	<i>The Indonesi an Journal of Safety and Health</i>	<i>Literatur e review</i>	Kolaborasi interprofesional atau Interprofessional Collaboration (IPC) adalah kolaborasi antara orang-orang dengan latar belakang profesional yang berbeda dan bekerja sama untuk memecahkan masalah kesehatan pasien dan mewujudkan pelayanan

kesehatan
profesional yang
berfokus pada
pasien.

2.3. Kerangka Pemikiran dan Hipotesis



2.3.1. Hipotesis

1. Model kolaborasi interprofesional modifikasi yang mengutamakan penguatan visi misi, nilai dan kultur merupakan model yang tepat dalam mengendalikan konflik di rumah sakit di masa krisis
2. Terdapat pengaruh model kolaborasi interprofessional modifikasi terhadap pembentukan layanan unggulan Occupational Health and Trauma Center

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Metode Penelitian

3.1.1. Desain Penelitian

Penelitian dilakukan dengan desain kualitatif, menggunakan *literatur review*, observasi, wawancara dan kuesioner CPAT di RS Edelweiss bulan Juli-Agustus 2025.

3.2. Populasi dan Sampel

3.2.1. Populasi

Populasi pada penelitian ini yaitu dokter umum, dokter spesialis dan subspesialis serta manajerial di RS Edelweiss Bandung.

3.2.2. Sampel

Sampel pada penelitian ini yaitu 25 orang yang terdiri dari 2 dokter umum, 2 dokter spesialis bedah umum, 1 bedah ortopedi, 1 bedah urologi, 1 bedah saraf, 1 bedah vaskular, 1 bedah digestif, 3 rehabilitasi medik, 1 okupasi, 1 kedokteran olahraga, 1 psikiatri, 1 ortopedi konsultan advanced trauma, 1 ortopedi subspesialis spine, 1 direktur, 1 wakil direktur, 1 manajer pelayanan medis, 1 komite medik, dan 4 staf medis setiap KSM di RS Edelweiss Bandung.

3.2.3. Teknik Penarikan Sampel

Kuesioner CPAT, Wawancara, Observasi

3.3. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode *literatur review*, wawancara, observasi dan pengisian kuesioner CPAT kepada sampel. Penelitian dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2025.

3.4. Uji hipotesis

Bunyi hipotesis yang akan diuji sebagai berikut:

1. Model kolaborasi interprofessional modifikasi yang mengutamakan penguatan visi misi, nilai dan kultur merupakan model yang tepat dalam mengendalikan konflik di rumah sakit di masa krisis
2. Terdapat pengaruh positif model kolaborasi interprofessional modifikasi terhadap pembentukan layanan unggulan *Occupational Health and Trauma Center*

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

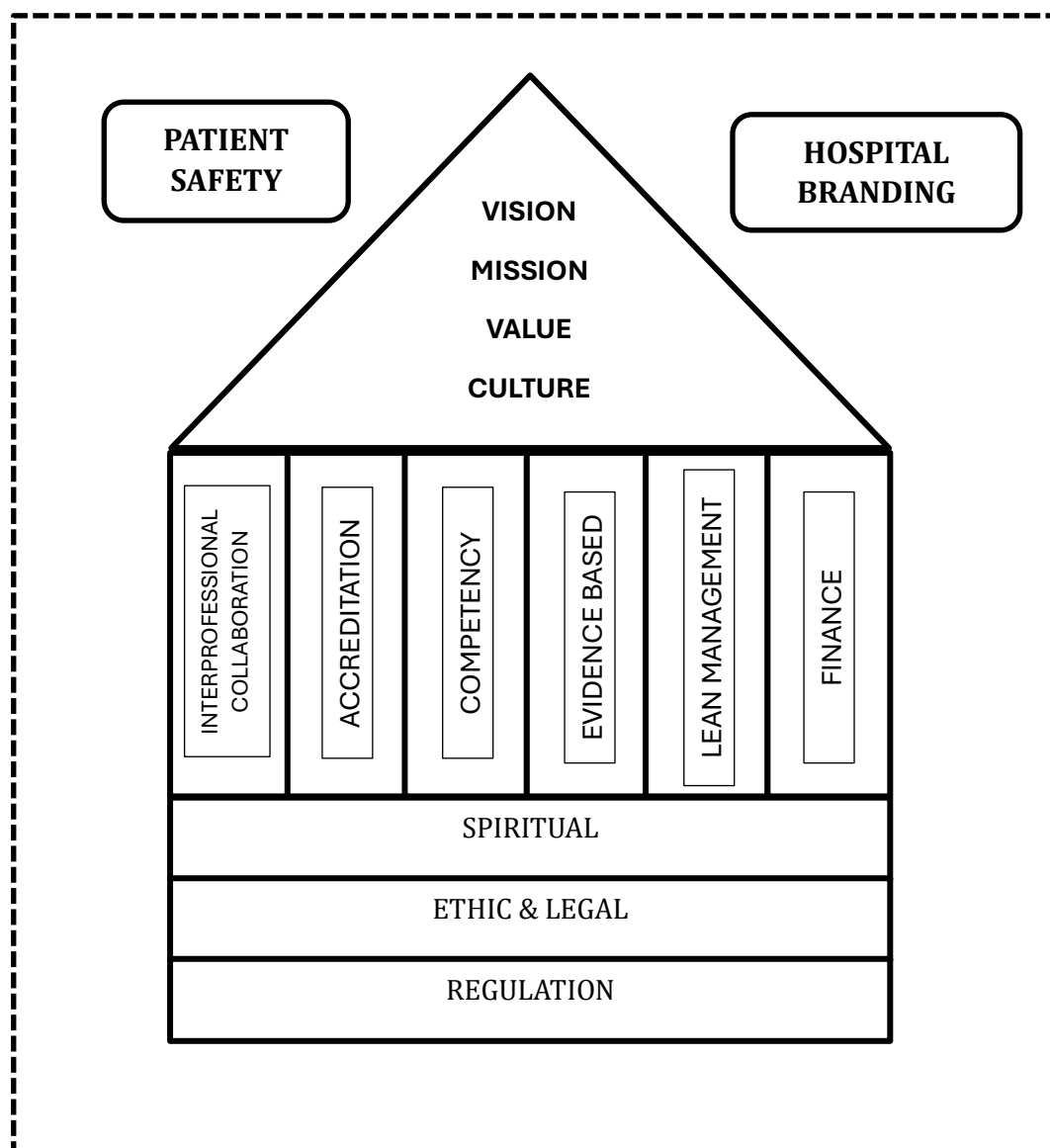
5.1. Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi kepada 25 orang yang terdiri dari para profesional pemberi asuhan untuk layanan *Occupational Health and Trauma Center*, jajaran direksi dan manajemen, komite medik, kepala KSM dan staf medik. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, maka model kolaborasi yang dapat dilakukan untuk menghadapi konflik lintas profesi yaitu dengan model kolaborasi interprofesional modifikasi.

Model kolaborasi interprofesional modifikasi yaitu model kolaborasi interprofesional yang mengutamakan penguatan dalam hal visi misi, nilai dan kultur suatu perusahaan atau rumah sakit. Sehingga jika terjadi konflik, maka hal yang perlu dilakukan pertama kali adalah penguatan dan penyamaan visi misi, nilai dan kultur yang ada. Selanjutnya, dapat dilakukan penelusuran konflik dengan mengumpulkan data, fakta atau *evidence based*. Hal ini dilakukan untuk mengetahui secara objektif dari permasalahan atau konflik yang terjadi. Kemudian dapat dilakukan pendekatan secara *lean management* untuk menentukan hal-hal yang termasuk *added value* dan *non added value*. Sehingga akan menimbulkan efisiensi dan efektivitas dari setiap proses yang berhubungan dengan terjadinya konflik. Pada akhirnya, model kolaborasi interprofesional modifikasi akan membentuk adab atau akhlak yang dibalurkan dengan nilai religi. Hal ini dapat

disertai dengan adanya *reward and punishment* untuk pihak-pihak yang terlibat dalam konflik yang ada.

MODIFIED INTERPERSONAL COLLABORATION



Penjelasan terkait model kolaborasi interprofessional modifikasi yaitu model kolaborasi diibaratkan sebuah rumah yang menguatkan pada visi, misi, nilai dan budaya. Kemudian ditopang dengan tiang-tiang penguat yaitu kolaborasi interprofessional (IPC), akreditasi, kompetensi, *evidence based*, *lean management* dan penguatan keuangan atau finansial. Semua hal di atas, dilindungi dan dipondasikan dengan legal, etik dan regulasi yang ada terkait dengan kesehatan.

Kegiatan yang akan dilakukan untuk menjalankan model kolaborasi ini sampai dapat terbentuk suatu layanan unggulan yaitu:

1. Menyamakan persepsi antar semua profesi melalui pengisian kuesioner CPAT, rapat, *benchmark* atau studi banding, studi literatur, dan riset
2. Menyusun program layanan yang terpadu, holistic dan komprehensif
3. Membuat contoh program atau *trial* program
4. Fiksasi & launching program *Occupational Health and Trauma Center*

Timeline Pelaksanaan Program:

No.	Kegiatan	W1-2 Juli	W3-4 Juli	W1-2 Agustus	W3-4 Agustus
1.	Menyamakan persepsi antar semua profesi melalui pengisian kuesioner CPAT, rapat, benchmark atau				

	studi banding, studi literatur, dan riset				
2.	Menyusun program layanan yang terpadu, holistic dan komprehensif				
3.	Membuat contoh program atau <i>trial</i> program				
4.	Fiksasi & launching program <i>Occupational Health and Trauma Center</i>				

Model kolaborasi interprofesional modifikasi dapat memberikan dampak positif seperti adanya titik negosiasi antara pihak-pihak yang mengalami konflik, sehingga konflik dapat terselesaikan dengan baik. Selain itu, ada banyak hal yang dapat ditingkatkan dan dikembangkan baik dalam hal ilmu pengetahuan, skill, maupun regulasi dalam memitigasi tidak berulangnya konflik serupa di masa mendatang.

Di sisi lain, ada dampak negatif juga yang perlu dimitigasi seperti adanya ketidaksepakatan antara pihak-pihak yang mengalami konflik, adanya Keputusan

ekstrem dari salah satu pihak, ataupun adanya dampak kerugian finansial maupun reputasi dari pihak-pihak yang mengalami konflik. Hal ini dapat dimitigasi dengan dilakukannya model kolaborasi yang dilakukan dengan pola komunikasi yang baik dan diperkuat dengan penyusunan regulasi di internal rumah sakit.

5.2. Pembahasan

Sebuah penelitian menyoroti bahwa mayoritas tenaga kesehatan profesional di Nigeria meyakini Kementerian Kesehatan memainkan peran penting dalam menyelesaikan konflik antarprofesi. Mereka juga mengidentifikasi dewan registrasi profesi, dewan, dan Kementerian Ketenagakerjaan sebagai pemangku kepentingan penting dalam mendorong kolaborasi. Temuan ini menggarisbawahi perlunya reformasi yang dipimpin pemerintah untuk mendorong kerja sama tim dan mencegah konflik di sektor kesehatan.⁴² Reformasi tersebut diharapkan dapat meningkatkan keselamatan pasien, hasil layanan kesehatan, dan kinerja sektor secara keseluruhan. Sebagian besar peserta sepakat bahwa undang-undang diperlukan untuk mengakhiri konflik antarprofesi, yang menunjukkan perlunya kolaborasi antara lembaga eksekutif dan legislatif Nigeria untuk mengembangkan kebijakan yang mendorong keharmonisan.⁴³ Beberapa responden juga memandang manajemen yang buruk oleh lembaga kesehatan sebagai faktor yang memicu persaingan profesional, meskipun penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengeksplorasi hubungan ini.^{6,44}

Studi ini menemukan penolakan yang kuat terhadap pembatasan kepemimpinan rumah sakit pada satu profesi, yang sejalan dengan praktik terbaik global yang memprioritaskan kompetensi daripada afiliasi profesional.^{14,45} Namun,

lebih banyak dokter yang mendukung pemeliharaan kepemimpinan berbasis profesi, kemungkinan karena dominasi dokter saat ini dalam hierarki layanan kesehatan Nigeria.^{5,46} Para peserta juga sangat mendukung pemilihan kepemimpinan berdasarkan kualifikasi pascasarjana dan pengalaman administratif, alih-alih hanya keahlian klinis. Hal ini mencerminkan pengakuan bahwa manajemen yang buruk merupakan masalah utama di sektor ini, sebagaimana dilaporkan sebelumnya dalam studi di Nigeria.^{4,47}

Reformasi kepemimpinan didukung secara luas oleh tenaga kesehatan non-dokter, sementara lebih sedikit dokter yang mendukungnya. Meskipun demikian, hampir semua peserta sepakat tentang pentingnya kerja sama dalam kebijakan pelayanan kesehatan.^{9,48} Penekanan pelatihan kepemimpinan bagi seluruh tenaga Kesehatan (melalui seminar, kursus, dan lokakarya) dipandang penting untuk meningkatkan kompetensi administratif.¹⁰

Beberapa studi telah menunjukkan manfaat kolaborasi interprofesional (IPC) dalam layanan kesehatan, terutama dalam meningkatkan kolaborasi antar penyedia layanan kesehatan dari berbagai latar belakang profesional. Sebanyak 11 studi yang ditinjau mendukung peran pendidikan interprofesional dalam meningkatkan kerja sama tim dibandingkan dengan pendekatan profesi tunggal. Salah satu manfaat signifikan IPC adalah pengurangan kesalahan pengobatan, sebagaimana dibuktikan oleh Irajpour dkk. (2019) dalam studi kuasi-eksperimental berbasis ICU, di mana kolaborasi antara dokter, perawat, dan apoteker secara signifikan mengurangi kesalahan tersebut.⁴⁹ Temuan ini sejalan dengan Öztekin dan Yüksel (2013), yang menyoroti peningkatan keselamatan pengobatan melalui kerja sama tim

interdisipliner.⁵⁰ Demikian pula, Köberlein-Neu dkk. (2016) menekankan perlunya IPC dalam mendukung perawatan dan keselamatan pasien.⁵¹

Selain keselamatan, IPC juga berkontribusi pada luaran pasien yang lebih baik. Hustoft dkk. (2019) melaporkan peningkatan status fungsional di antara pasien, dan Rezapoor dkk. (2017) menemukan peningkatan kualitas hidup di seluruh domain fisik, mental, dan sosial karena IPC.^{52,53} Wietholter dkk. (2017) mengamati bahwa komunikasi yang lebih baik (terutama menggunakan SBAR (Situasi-Latar Belakang-Penilaian-Rekomendasi)) mendukung perawatan terpadu dan meningkatkan skor Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (ADL).⁵⁴ Rokhmah dan Anggorowati (2017) lebih lanjut menekankan bahwa kualitas layanan yang baik bergantung pada kerja sama tim dan komunikasi yang efektif antar profesional.⁵⁵

Beberapa studi juga menekankan bahwa IPC meningkatkan dokumentasi dan perawatan terkoordinasi, terutama melalui penggunaan Catatan Pengembangan Pasien Terpadu (CPPT). Lestari, Saleh, dan Pasinringi (2017) mencatat bahwa CPPT berfungsi sebagai alat penting untuk kolaborasi, yang dapat dioptimalkan melalui infrastruktur yang tepat, motivasi, transparansi, dan dukungan kepemimpinan.⁵⁶ Lebih lanjut, Brown dkk. (2018) mengakui tantangan dalam menerapkan IPC tetapi menunjukkan efektivitasnya dalam membina budaya klinis kolektif yang meningkatkan manajemen pasien.⁵⁷ Mereka, bersama Karina (2019), mengamati bahwa model perawatan berbasis tim meningkatkan kualitas hidup pasien, terutama dalam rehabilitasi dan geriatri.⁵⁸

Penelitian lain menyarankan strategi untuk lebih meningkatkan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Low dkk. (2017) menyoroti bahwa kolaborasi

interdisipliner virtual sekalipun dapat mengurangi angka rawat inap ulang dan biaya rumah sakit. Xia, Wu, dan Cheng (2016) menekankan pentingnya pendidikan interprofesional dan pengembangan tim untuk meningkatkan kinerja klinis dan memenuhi tuntutan mutu pelayanan kesehatan.^{59,60} Bauw (2019) menganjurkan dukungan dan sosialisasi berkelanjutan di antara para profesional pelayanan kesehatan untuk menerapkan PPI secara efektif.⁶¹

Diperlukan ada objektif kultur spt apa yang ingin dibangun dengan kolaborasi manajer medis dan administratif, menurut saya diantaranya kultur menjagai aspek spiritual pada 5 hal, Agama, jiwa, akal, harta dan keturunan pada semua pelayanan medis dan pada pasien dengan menggunakan pendekatan *lean management* pendekatan *lean* dekat dengan efisiensi, efektifitas dan produktifitas yang menghindarkan *fraud*.⁴³

Implementasi *Lean management* dimulai dengan mengidentifikasi setiap aktivitas dalam proses pelayanan kesehatan sebagai aktivitas Nilai Tambah (VA) atau Non-Nilai Tambah (NVA), yang juga disebut sebagai pemborosan. Fokus utamanya adalah mengurangi pemborosan dan meningkatkan nilai bagi pasien, sehingga meningkatkan kualitas layanan di seluruh departemen rumah sakit, termasuk layanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan bedah. Rumah sakit mengadopsi pendekatan ini untuk meningkatkan efisiensi dan tetap kompetitif dalam lanskap pelayanan kesehatan yang terus berkembang.⁴³

Implementasi *Lean* dalam layanan rawat jalan menunjukkan tingginya prevalensi aktivitas NVA, terutama waktu tunggu pasien dan kebingungan tentang alur layanan. Inefisiensi ini, yang ditemukan pada tahapan seperti pendaftaran,

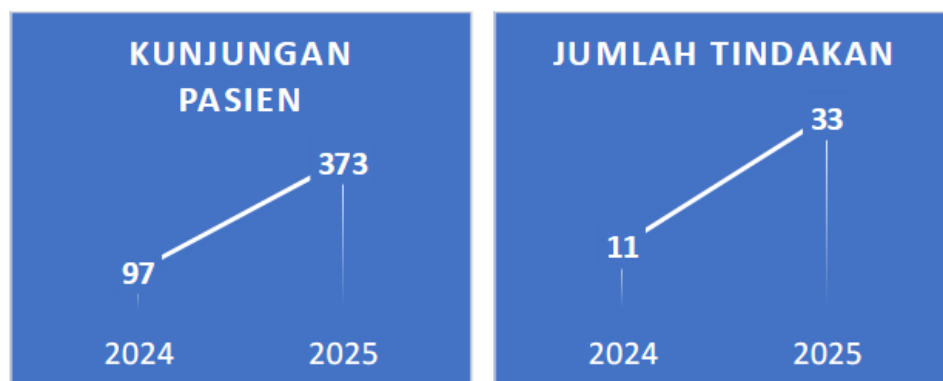
konsultasi, pemeriksaan, pembayaran, dan pengambilan obat, berkontribusi pada ketidakpuasan pasien. Studi menunjukkan bahwa pemborosan waktu tunggu terutama disebabkan oleh pemrosesan yang berlebihan, seperti pengumpulan data yang berulang atau kesalahan dokumen. Namun, intervensi seperti menghilangkan 66% NVA dalam layanan farmasi secara signifikan mengurangi keluhan dan meningkatkan kepuasan, seperti yang terlihat pada layanan pengambilan darah.⁶²

Di lingkungan rawat inap, pemborosan teridentifikasi dalam operasional farmasi, terutama waktu tunggu dan kesalahan resep.⁶³ Masalah serupa juga ditemukan di rumah sakit Polandia, di mana keterlambatan pencitraan dan hasil berkualitas buruk menyebabkan pemeriksaan berulang. Solusi yang tersedia meliputi koordinasi perawatan, resep elektronik, pemantauan formularium, dan optimalisasi sumber daya, semuanya meningkatkan efisiensi dan kualitas perawatan.⁶⁴

Dalam penelitian lainnya, suatu permasalahan yang dikaji adalah lamanya waktu tunggu pasien rawat inap dari IGD RS Akademik UGM, yang meningkat 2–3 kali lipat selama pandemi COVID-19. Tujuan penelitian adalah mendeskripsikan, mengukur, dan mengimplementasikan peningkatan efisiensi proses penerimaan pasien dengan pendekatan *Lean management* menggunakan metode *Action Research* dalam empat siklus (diagnosis, perencanaan, intervensi, dan evaluasi). Hasil menunjukkan bahwa setelah implementasi *Lean*, terjadi penurunan *lead time* pada Subproses 1 dan 3, meskipun Subproses 2 mengalami peningkatan. Namun, efisiensi meningkat signifikan, terlihat dari kenaikan *Value Added Ratio* (VAR) sebesar 8% di Subproses 2 dan 2,2% di Subproses 3, meski terjadi penurunan VAR

9% di Subproses 1. Implementasi *Lean* dilakukan melalui penerapan 5S dan *Visual Management*, pelatihan staf, serta pengembangan sistem reservasi tempat tidur. Secara keseluruhan, *Lean management* berhasil menurunkan *lead time* dan meningkatkan efisiensi proses penerimaan pasien di IGD RS Akademik UGM.^{16,63}

Manfaat dari pelaksanaan model kolaborasi interprofessional modifikasi ini Adalah terbentuknya integrasi layanan atau layanan ungguln baru yang disebut *Occupational Health and Trauma Center*. selain itu terjadi peningkatan jumlah pasien, tindakan dan revenue dari layanan unggulan ini.



5.3. Keterbatasan Penelitian

Terdapat beberapa keterbatasan dalam penelitian ini, diantaranya:

1. Jumlah sampel yang dilibatkan dalam tulisan berpotensi untuk ditambah
2. Jumlah sumber atau literatur dapat ditingkatkan kembali dan disesuaikan dengan literatur terbaru
3. Terdapat banyak faktor yang menyebabkan model kolaborasi lintas profesi memberikan dampak yang tepat dan adekuat.

4. Waktu penelitian yang terbatas mungkin tidak mencakup variasi dalam praktik atau perubahan kebijakan yang dapat terjadi seiring waktu, yang dapat mempengaruhi hasil.
5. Hasil penelitian mungkin tidak dapat digeneralisasi ke rumah sakit lain atau konteks berbeda, terutama jika ada perbedaan dalam fasilitas, kebijakan, atau karakteristik pasien.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Kesimpulan dari penelitian ini antara lain:

1. Model kolaborasi interprofesional modifikasi yang mengutamakan penguatan visi misi, nilai dan kultur merupakan model yang tepat dalam mengendalikan konflik di rumah sakit di masa krisis
2. Terdapat pengaruh positif dari model kolaborasi interprofesional modifikasi terhadap pembentukan layanan unggulan baru RS: *Occupational Health and Trauma Center*.

5.2. Rekomendasi

Beberapa rekomendasi yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian adalah sebagai berikut:

1. Model kolaborasi yang dibangun dalam manajemen konflik lintas profesi adalah dengan model kolaborasi interprofesional modifikasi yang mengutamakan penguatan visi misi, nilai dan kultur, berdasarkan data dan fakta, menerapkan *lean management* dan pada akhirnya akan membentuk adab, akhlak yang berbasis religi pada masing-masing individu.

2. Model kolaborasi interprofesional modifikasi memiliki dampak positif yaitu dapat ditemukannya titik negosiasi dan kesepakatan bersama dalam menyelesaikan konflik.
3. Model kolaborasi interprofesional modifikasi memiliki dampak negatif yang perlu dimitigasi yaitu adanya kemungkinan mencapai ketidaksepakatan atau efek lain di luar dampak yang diharapkan, sehingga mitigasi dapat dilakukan dengan dilakukannya penguatan dalam hal komunikasi dan juga regulasi di internal rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Timmermans S, Mauck A. The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Aff.* 2005;24(1):18-28.
2. Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R, Sermeus W. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *Int J Care Pathways.* 2010;14(3):117-123.
3. Waitzberg R, Quentin W, Daniels S, Busse R, Greenberg D. Dual agency in hospitals: How do managers and physicians reconcile clinical and economic considerations? *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1-13.
4. Kirkpatrick I, Jespersen PK, Dent M, Neogy I. Hospital Professionals as Dual Agents: A Superordinate Identity to Solve Hybrid Professional-Managerial Conflicts. *Public Adm Rev.* 2019;79(5):627-638.
5. Kiyumi A. The effect of organizational conflict on decision making in hospitals. *Health Serv Manage Res.* 2023;36(2):101-108.
6. Boies K, Fiset J. Effective conflict resolution in health care teams: A review. *J Interprof Care.* 2020;34(5):627-635.
7. McKibben L. Conflict management in healthcare teams: a review of the evidence. *J Med Ethics Hist Med.* 2020;13:14.
8. Orchard C, King G, Tryphonopoulos P, Gorman E, Ugirase S, Lising D, Fung K. Interprofessional team conflict resolution: A critical literature review. *J Contin Educ Health Prof.* 2024;44:203-210.

9. Aulia FD, Kurniawati M, Yani A. Conflict resolution in interprofessional collaboration: a qualitative study. *J Interprof Care*. 2023;37(3):403-410.
10. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care*. 2020;34(5):557-560.
11. Rani N, Nopriyanti R, Budiman C. Efektivitas Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Pelayanan Medis Dan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan BSI*. 2020;8(1):1-7.
12. Elvana R, Rahayu RP, Susanti D. Analisis Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien di Instalasi Rawat Inap. *Jurnal Kesehatan Global*. 2022;5(1):27-34.
13. Tamuntuan THV, Tielung MVJ, Kaunang WI. Analisis Pengaruh Kompetensi dan Beban Kerja terhadap Kinerja Perawat di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal EMBA*. 2021;9(1):443-452.
14. Kitto S, Chesters J, Thistlethwaite J. *Interprofessional Collaboration in Health Care: Theory and Practice*. Cham: Springer; 2019.
15. Mahdiyah H, Mardhiyah A. Surge capacity: Evaluasi kesiapan sistem layanan kesehatan menghadapi pandemi. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2021;10(3):155-166.
16. Wulansari SA, Handayani R, Azzahra Y. The Importance of Interprofessional Collaboration (IPC) Guidelines in Stunting Management in Indonesia: A Systematic Review. *Malays J Med Health Sci*. 2023;19(SUPP6):74-81.

17. Boev C, Xia Y. The Impact of Interprofessional Conflict on Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Interprof Care*. 2019;33(6):665-675.
18. Khan M, Kuntz L, Nelles J. Interprofessional Conflict in the ICU: Qualitative Analysis of Barriers and Facilitators to End-of-Life Discussions. *Health Serv Res*. 2020;55(S2):56-64.
19. Sanchez G, Hill J, Martins A, et al. Interprofessional conflict and medical errors: results of a national multi-specialty survey of healthcare providers in the US. *BMJ Open*. 2018;8(4):e019679.
20. Merimaa E. Interprofessional Conflict Management: A Scoping Review [Master's thesis]. Helsinki: Metropolia University of Applied Sciences; 2023.
21. Tanjil MD, Khanam DM, Mondal S, Khatun A, Parvin S, Nasrin T, Shuchy JK, Khatun B, Akter T. A study on conflict management of hospital staff at tertiary level hospital in Dhaka City. *Int J Adv Res Nurs*. 2025;8:187-191. doi: 10.33545/nursing.2025.v8.i1.c.461.
22. Josi R, Bianchi M, Brandt S. Interprofessional collaboration in primary care: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2020;104:103451.
23. Yusra R, Findyartini A, Soemantri D. Healthcare professionals' perceptions regarding interprofessional collaborative practice in Indonesia. *J Interprof Care*. 2020;34(3):452-461.
24. Spurgeon P, Mazelan PM. Medical leadership: understanding its impact on organisational performance. *Leadership in Health Services*. 2021.

25. Hakiki D, Nugraheni WP, Widiasih R. The Importance of Interprofessional Collaboration Guidelines in Stunting Management in Indonesia: A Systematic Review. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2023;19(2):153-162.
26. Sanchez L, O'Malley P, Chittenden E, dkk. Interprofessional conflict and medical errors: results of a national multi-specialty survey. *J Interprof Care*. 2020;34(2):221-228.
27. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*. 2020;10(8):e038538.
28. Lencioni P. *The Five Dysfunctions of a Team: A Leadership Fable*. 20th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2021.
29. Mahmoud Z, Angelé-Halgand N, Churrua K, dkk. The impact of *lean management* on frontline healthcare professionals: a scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:383. doi: 10.1186/s12913-021-06344-0.
30. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *TeamSTEPPS 2.0: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*. Rockville: AHRQ; 2020.
31. Syahputra A, Rahayu R. *Conflict Management in Healthcare: Developing Effective Interdisciplinary Collaboration*. *J Nepal Health Res Counc*. 2021.
32. Huang EY, Wu CH. *Lean implementation in healthcare: Review of the current literature*. *Int J Qual Reliab Manag*. 2024.

33. Freshman B. Interprofessional collaboration in healthcare: theory and practice. J Interprof Care. 2020.
34. Korsah KA, Mensah A, Addo PB. Conflict in nursing and midwifery education: a study in Ghana. J Nurs Educ Pract. 2022.
35. Patterson K, Grenny J, McMillan R, Switzler A. Crucial Conversations: Tools for Talking When Stakes Are High. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
36. Pronovost PJ, Goeschel CA, Marsteller JA, dkk. Communication breakdowns and medical errors: a call for reform. J Patient Saf. 2021;17(2):e101-e106.
37. Wen LS, dkk. Communication failures in patient care: A root cause of diagnostic errors. Diagnosis (Berlin). 2020;7(3):213-222.
38. Schmollgruber S, Bruce J, Coetzee M. Team briefing reduces communication failures in ICU settings. Crit Care Nurs. 2020;33(4):19-27.
39. Yulianingsih H, Firman, Meliala A. Implementasi Manajemen *Lean* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada. The Journal of Hospital Accreditation. 2022;4(2):83-90.
40. Rooslanda E, Ayuningtyas D. Implementation of *Lean management* for Hospital Service Quality Improvement: Literature Review. Int J Serv Res. 2023;2(8):2488.
41. Purnasiwi D, Jenie IM. Literature Review: Effect of Interprofessional Collaboration Implementation of Patient Services. The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health. 2021;10(2):265-272.
42. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. BMJ. 2009;316(7125):133-137.

43. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harv Bus Rev.* 2013.
44. Sekaran U, Bougie R. *Research Methods for Business: A Skill-Building Approach.* John Wiley & Sons; 2016.
45. Creswell JW. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.* Sage Publications; 2014.
46. Chen Y, Nguyen T. Length of stay as a determinant of healthcare costs: A meta-analysis. *Int J Health Econ Manag.* 2022;22(1):25-40.
47. MedBridge. *The Role of Clinical Pathways in Modern Healthcare Settings.* 2022.
48. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, dkk. Supplementary material to: PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2020;372:372.
49. Irajpour A, dkk. Effect of Interprofessional Education of Medication Safety Program on the Medication Error of Physicians and Nurses in the Intensive Care Units. *J Educ Health Promot.* 2019;8:196.
50. Öztekin SD, Yüksel S. Initial Nursing Management of Patient with Severe Traumatic Brain Injury. *J Neurol Sci.* 2013;30(2):461-468.
51. Köberlein-Neu J, dkk. Interprofessional Medication Management in Patients with Multiple Morbidities - A Cluster-Randomized Trial (the WestGem study). *Dtsch Arztebl Int.* 2016;113(44):731-740.
52. Hustoft M, dkk. The effect of Team Collaboration and Continuity of care on Health and Disability among Rehabilitation Patients: A Longitudinal Survey-based Study from Western Norway. *Qual Life Res.* 2019;28(10):2773-2785.

53. Rezapoor P, dkk. Effects of Collaboration Care Model on the Quality of Life in Patients after Coronary Angioplasty: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Int J Comm Based Nurs Midwifery*. 2017;5(2):112-122.
54. Wietholter JP, dkk. Interprofessional Collaborative Practice through an adult Medicine Based Simulation. *J Interprof Educ Pract*. 2017;9:21-26.
55. Rokhmah NA, Anggorowati A. Komunikasi Efektif Dalam Praktek Kolaborasi Interprofesi Sebagai Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan. *J Health Stud*. 2017;1(2):65-71.
56. Lestari Y, Saleh A, Pasinringi SA. Hubungan Interprofesional Kolaborasi Dengan Pelaksanaan Catatan Perkembangan Terintegrasi Di RSUD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng. *JST Kesehatan*. 2017;7(1):85-90.
57. Brown DK, dkk. Interprofessional Education Model for Geriatric Falls Risk Assessment and Prevention. *BMJ Open Qual*. 2018;7(4):1-9.
58. Karina I. Meningkatkan Kinerja Interprofesional Kolaborasi Terhadap Keselamatan Pasien. Preprint: INA-Rxiv. 2019.
59. Low LL, dkk. Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*. 2017;12(1):1-18.
60. Xia L, Wu H, Cheng Y. Interprofessional Collaboration Strategies: A Hematology Unit Case Study. *J Nurs Educ Pract*. 2016;7(4):51-54.
61. Bauw JF. Sosialisasi Model Praktik Kolaborasi Interprofesional Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit. 2019;6(1):10-13.

62. Restudana KA, Darma GS. Upaya Penerapan Metode *Lean Thinking* Pada Proses Pelayanan Farmasi Rawat Jalan. *Relasi J Ekonomi*. 2022;18(1):101-131.
63. Sukmadryani Y, Herdwiani W, Wijayanti T. Evaluation, Remedy of Waste, *Lean Hospital Method*, Process of Inpatient Pharmacy Services in Hospital. *J Health Sains*. 2023;4(4):98-108.
64. Zdęba-Mozoła A, Kozłowski R, Rybarczyk-Szwajkowska A, Czapla T, Marczak M. Implementation of *Lean management* Tools Using an Example of Analysis of Prolonged Stays of Patients in a Multi-Specialist Hospital in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;20(2):1067.