

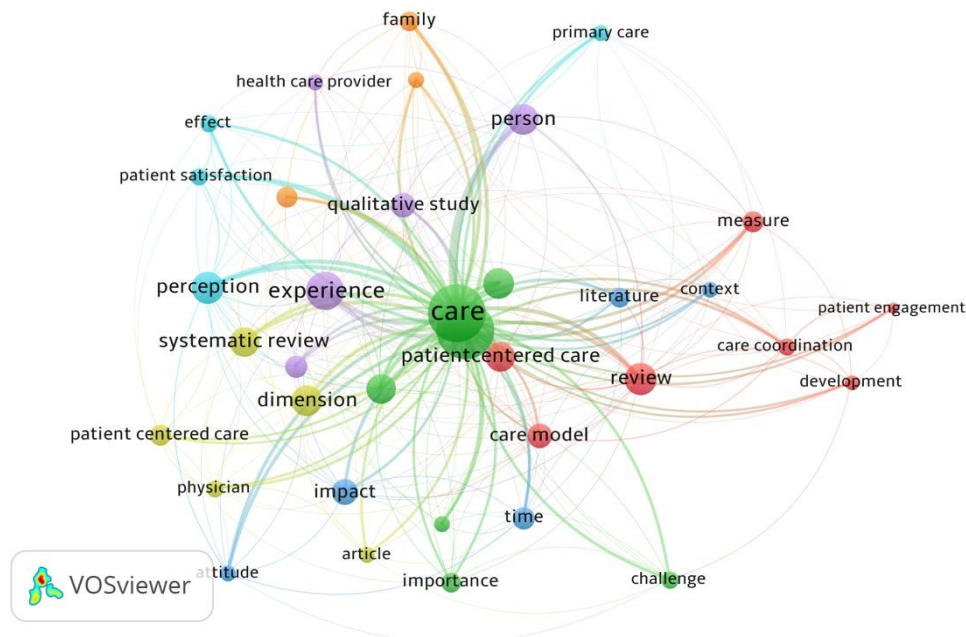
BAB II

REVIEW LITERATUR KOMPREHENSIF

Review literatur komprehensif ini berperan dalam memotret kedudukan penelitian ini dengan penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya. Terkait dengan kesamaan dan perbedaannya. Baik dari tema, kajian teori, maupun metode penelitiannya untuk membangun konsep mendalam berdasar fakta lapangan dan teori yang ada.

2.1 Penelitian Terdahulu

Fokus *review* literature penelitian ini adalah telaah yang berhubungan dengan *collaboration dynamic* dalam PCC atau yang berkaitan dengan tema *collaboration dynamic* atau PCC dengan obyek berbeda untuk menentukan posisi penelitian saat ini. Dibantu aplikasi *Publish or Pharish 8*, peneliti melakukan penapisan tulisan tema tersebut di *google scholar* tahun 2013 sampai 2020. Ditemukan 547 artikel jurnal baik dalam dan luar negeri kemudian divisualisasikan melalui aplikasi *VOSViewer* yang menampilkan jejaring paling dominan dalam penelitian. Hal ini membantu peneliti dalam menemukan research gap yang berhubungan dengan *collaboration dynamic* dalam PCC. Sebagaimana gambar 2.1 berikut ini.



Gambar 2.1 Visualiasi *Research Gap*

Sumber: Olahan Peneliti, Aplikasi Publish or Parish & VOSViewer, 2023

Hasil analisis aplikasi *Publish or Parish & VOSViewer*, terdapat kesenjangan kajian mendalam tentang PCC yang selama ini terbatas dibahas dari perspektif kesehatan dan klinis, belum menyentuh pembahasan mendalam dari perspektif *collaboration dynamic* (dinamika kolaborasi) yang melibatkan peran stakeholder. Inilah kebaruan dan pembeda penelitian ini dan penelitian sebelumnya. Penelitian yang membahas pelaksanaan PCC di RSUD dengan menggunakan teori Emerson, et.al (2012) tentang *collaboration dynamic*, teori stakeholdernya Grimble & Wellard (1996); Clarkson (1995), dan faktor yang berpengaruh yang disarikan dari pendapat De Seve (2007); Newman et.al (2004); Grey (2009); *Governance of Canada* (2011); Emerson et.al (2012) sebagai media analisis tajam terhadap permasalahan yang dikaji. Penelusuran kepustakaan peneliti menemukan beberapa studi hampir mirip dengan penelitian yang akan dilakukan. (lihat tabel 2.1)

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

Peneliti & Judul Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan	
			Eksisting	Penulis
Tahereh Maghsoudi, <i>et.al</i> , (2020) <i>The Role of Collaborative Healthcare in Improving Social Sustainability: A Conceptual Framework</i>	Menemukan model baru dari organisasi pelayanan kesehatan dimana jaringan kolaboratif memainkan peran sentral dalam meningkatkan keberlanjutan sosial	Meneliti kolaborasi pelayanan kesehatan	Peran pelayanan kesehatan kolaboratif dalam meningkatkan keberlanjutan sosial: kerangka konseptual; Perspektif ilmu manajemen bisnis; Metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi pustaka atau <i>literature review</i>	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Perspektif ilmu administrasi publik; Metode penelitian deskriptif kualitatif dengan <i>sequential explanatory</i>
Kelly Lo Presti, <i>et.al</i> , (2020) <i>Implementing the Patient Care Collaborative Model in Three General Internal Medicine Units: A Mixed-Methods Healthcare Improvement Initiative</i>	Persepsi PCC di antara staf dan hasil pasien kemungkinan besar terkait dengan tingkat implementasi. PCC menghasilkan peningkatan keamanan, masa tinggal di rumah sakit yang lebih singkat dan biaya perawatan yang lebih rendah	Meneliti model kolaborasi pelayanan kesehatan	Menerapkan model kolaborasi perawatan pasien di tiga unit penyakit dalam umum: <i>a mixed-methods healthcare improvement initiative</i> ; Metode penelitian campuran (<i>mixed method</i>) kualitatif dan kuantitatif	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Metode penelitian deskriptif kualitatif dengan <i>sequential explanatory</i>

Peneliti & Judul Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan	
			Eksisting	Penulis
Hisam Jul Fikri Munthe (2020) Kolaborasi Antar Tenaga Kesehatan Khususnya Perawat Dengan Dokter di Rumah Sakit	Keselamatan telah menjadi isu global, termasuk di rumah sakit. Rumah sakit memiliki enam tujuan keselamatan pasien. Penyedia layanan kesehatan perlu terus mendorong upaya untuk mengembangkan faktor-faktor yang mendukung budaya keselamatan pasien	Meneliti mengenai kolaborasi di rumah sakit	Meneliti kolaborasi antar tenaga kesehatan khususnya perawat dengan dokter di rumah sakit; metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi pustaka atau <i>literature review</i>	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Metode penelitian deskriptif kualitatif dengan <i>sequential explanatory</i>
Eka Ernawati dan Milawati Lusiani (2019) Studi Fenomenologi: Pelaksanaan <i>Patient Center Care</i> Perspektif Pasien dan Perawat di RS dr. Dradjat Prawiranegara Serang	Tema dari partisipan pasien: kurangnya informasi kesehatan yang diterima dan kurangnya perawatan terapeutik; kurangnya pemahaman pasien terhadap kondisinya dan saran dari pengobatan tradisional serta dukungan keluarga yang dibutuhkan pasien; Tema dari perawat: pengenalan PCC yang kurang dan pelayanan keperawatan yang kurang optimal; rujukan pasien ke tim khusus tingkat berikutnya oleh petugas kesehatan	Meneliti <i>patient centered care</i> di rumah sakit	Studi fenomenologi pelaksanaan <i>patient center care</i> perspektif pasien dan perawat di RS dr. Dradjat Prawiranegara Serang; perspektif ilmu keperawatan/kesehatan	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Perspektif ilmu administrasi publik
Jennifer L Sullivan, <i>et.al</i> , (2019) <i>Collaborative capacity and patient-centered care in the</i>	Kerja tim dan kolaborasi, diukur sebagai saling ketergantungan tugas, kualitas interaksi dan pengaruh kolaboratif tidak berbeda secara signifikan antara <i>Community Living Center</i> tetapi berbeda	Meneliti kolaborasi dalam pelaksanaan <i>Patient Center Care</i> (PCC)	Meneliti kapasitas kolaboratif dan perawatan yang berfokus pada pasien di Pusat Kehidupan	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah;

Peneliti & Judul Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan	
			Eksisting	Penulis
<i>Veterans' Health Administration Community Living Centers</i>	secara signifikan di antara kelompok pekerjaan. Pengalaman anggota staf tentang kerja tim dan kolaborasi secara positif terkait dengan konteks organisasi yang mendukung dan perawatan yang berfokus pada orang		Komunitas Administrasi Kesehatan Veteran; Perspektif ilmu keperawatan	Perspektif ilmu administrasi publik
Ahmad Fauzan dan Hariadi Widodo (2019) Hubungan Pelaksanaan <i>Patient Centered Care</i> Dengan Pengalaman Klien Rawat Inap Rumah Sakit Sari Mulia Banjarmasin	77 responden menunjukkan bahwa 72 (93,5%) responden mengaku memiliki pengalaman yang baik. Karena perawat melakukan tugasnya dengan baik dalam memberikan perawatan yang berpusat pada pasien, hal ini juga menciptakan pengalaman yang baik. Sementara itu, 5 responden (6,5%) menyatakan pengalamannya kurang baik. Terdapat hubungan yang bermakna antara penerapan <i>patient centered care</i> dengan pengalaman pelanggan di RSU Sari Mulia Banjarmasin. Semakin tinggi penerapan pelayanan yang berpusat pada pasien, semakin tinggi pula tingkat pengalaman yang diperoleh	Meneliti <i>Patient Centered Care</i> (PCC) di rumah sakit	Meneliti hubungan pelaksanaan <i>patient centered care</i> dengan pengalaman klien rawat inap Rumah Sakit Sari Mulia Banjarmasin; metode penelitian kuantitatif dalam perspektif ilmu keperawatan/kesehatan	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Perspektif ilmu administrasi publik
Fitriya Handayani (2019)	Sebagian besar responden (58,6%) mengalami kualitas pelayanan pasien yang buruk. Responden (50%)	Meneliti <i>Patient Centered Care</i>	Meneliti hubungan komunikasi dan reward dengan penerapan <i>patient</i>	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di

Peneliti & Judul Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan	
			Eksisting	Penulis
Hubungan Komunikasi Dan Reward Dengan Penerapan <i>Patient Centered Care</i> Di Instalasi Rawat Inap	menyatakan metode komunikasi sudah baik. Mayoritas responden (62,9%) mengatakan penghargaan tidak didistribusikan dengan baik. Terdapat hubungan antara komunikasi dengan implementasi patient centered care di rumah sakit dengan nilai p-value sebesar (0,015). Terdapat korelasi antara insentif dengan implementasi pelayanan yang berpusat pada pasien di rumah sakit, dengan nilai p-value (0,004)	(PCC) di rumah sakit	<i>centered care</i> di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. M.M. Dunda Limboto; Metode penelitian kuantitatif dalam perspektif ilmu keperawatan/kesehatan	RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Perspektif ilmu administrasi publik
Anggie Havistia Rachma dan Hajjul Kamil (2019) Pelaksanaan <i>Patient Centered Care</i> Di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh	PCC RSUD Kota Banda Aceh pada dasarnya telah dilaksanakan pada seluruh aspek, namun masih perlu dilakukan peningkatan kemampuan koordinasi dan komunikasi antar PPA serta persiapan pemulangan dalam hal kesinambungan dan transisi pelayanan untuk meningkatkan keberlangsungan pelayanan di rumah dan layanan kesehatan rujukan untuk layanan kesehatan, manajemen dan tindak lanjut pengobatan, dan keterlibatan keluarga	Meneliti <i>Patient Centered Care</i> (PCC) di rumah sakit	Pelaksanaan <i>patient centered care</i> di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh; Metode penelitian kuantitatif dalam perspektif ilmu keperawatan	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Perspektif ilmu administrasi publik

Peneliti & Judul Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan	
			Eksisting	Penulis
Riskiyah, dkk (2017) Pengalaman Pasien Rawat Inap terhadap Penerapan <i>Patient Centered Care</i> di RS UMM	Pengalaman yang menyenangkan dalam penerapan PCC adalah ketika pasien bersedia menerima pelayanan yang ramah dan sopan dari staf, pasien merasakan kepedulian perawat selama perawatan, staf berkomunikasi dengan keras, staf memberikan pelayanan yang sama, dan staf memeriksa obat. Berdasarkan nama pasien, makanan yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan dan gizi pasien	Meneliti <i>Patient Centered Care</i> (PCC) di rumah sakit	Pengalaman pasien rawat inap terhadap penerapan <i>patient centered care</i> di RS UMM; Perspektif ilmu kedokteran dan kesehatan	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Perspektif ilmu administrasi publik
Lyndon Morley dan Angela Cashell (2017) <i>Collaboration in Health Care</i>	Tim interprofesional yang kolaboratif mendukung perawatan berkualitas tinggi dan aman, kepuasan dan keterlibatan pasien dan staf, serta efisiensi dan inovasi organisasi	Meneliti kolaborasi dalam pelayanan kesehatan	Kolaborasi dalam perawatan kesehatan; Perspektif ilmu kedokteran	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Perspektif ilmu administrasi publik
Monica Winge (2016) <i>Collaboration and Coordination Challenges in Patient-Centered Care: Models and Information Services</i>	model Informasi yang berfokus pada pasien (PCIM) merupakan satu set layanan informasi, bersama-sama membentuk Pusat Koordinasi yang bertujuan untuk membantu perawat formal maupun informal (termasuk	meneliti kolaborasi pelayanan kesehatan dengan menggunakan <i>Patient Centered Care</i> (PCC)	Tantangan kolaborasi dan koordinasi dalam perawatan yang berfokus pada pasien: model dan layanan informasi; Metode penelitian kuantitatif dalam	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Perspektif ilmu administrasi publik

Peneliti & Judul Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan	
			Eksisting	Penulis
	pasien) dalam melakukan perawatan sesuai dengan PCC		perspektif ilmu komputer dan sistem	
Eva Marti, dkk (2015) Studi Fenomenologi Penerapan Prinsip <i>Patient Centered Care</i> Pada Saat Proses Resusitasi di IGD RSUD Saiful Anwar Malang	penerapan PCC pada resusitasi serangan jantung mampu beradaptasi pada proses resusitasi yang memerlukan kecepatan dan ketepatan tindakan tinggi, pasien koma kritis, dan situasi dimana tekanan keluarga tinggi. Penerapan prinsip PCC memerlukan partisipasi aktif anggota tim resusitasi dan keluarga	Meneliti <i>Patient Centered Care</i> (PCC) di rumah sakit	Studi fenomenologi penerapan prinsip <i>patient centered care</i> pada saat proses resusitasi di IGD RSUD Saiful Anwar Malang; Perspektif ilmu keperawatan	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Perspektif ilmu administrasi publik
Sara A. Kreindler (2013) <i>"The Politics of Patient-Centred Care"</i>	Manajer, dokter dan perawat, semua menggunakan wacana perawatan berfokus pada pasien (PCC) menyiratkan bahwa kelompok mereka sendiri itu PCC sedangkan kelompok lain tidak. Organisasi pasien cenderung mengecilkan atau bahkan menyangkal peran manajer dan penyedia dalam mempromosikan PCC, dan beberapa konsep digunakan untuk mengadvokasi kebijakan kesehatan yang kontroversial. Konsep perawatan berfokus pada pasien (PCC) tampaknya jinak, namun dapat dengan mudah menjadi senjata pada medan perang antar kelompok.	Meneliti <i>Patient Centered Care</i> (PCC)	Politik perawatan yang berfokus pada pasien; Metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi pustaka jurnal-jurnal Scopus	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Metode penelitian deskriptif kualitatif dengan <i>sequential explanatory</i>

Peneliti & Judul Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan	
			Eksisting	Penulis
	Memahami dimensi ini dapat membantu organisasi mengatasi ketegangan antar kelompok yang mencegah pencapaian kolektif sistem berfokus pada pasien.			
Jane Marie Kirschling dan Geraldine Bednash (2012) <i>Interprofessional Collaborative Practice</i>	<i>Interprofessional collaborative practice</i> merupakan isu global yang semakin meningkat dan salah satu yang mendapat perhatian di US	Penerapan kolaborasi di rumah sakit	Praktek kolaborasi interprofesional; Perspektif ilmu keperawatan	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Perspektif ilmu administrasi publik
O. Kotevska, <i>et.al</i> , (2012) <i>Towards a Patient-Centered Collaborative Health Care System Model</i>	Model sistem pelayanan kesehatan yang berfokus pada pasien menyediakan alat untuk perawatan kesehatan pribadi dengan menghasilkan rekomendasi, pemberitahuan dan saran yang berbeda kepada pengguna. Informasi yang dihasilkan memiliki validitas yang berbeda bergantung pada validitas data yang digunakan untuk menghasilkan informasi. Akurasi model meningkat seiring peningkatan jumlah pengguna	Kolaborasi dalam <i>Patient Centered Care</i> (PCC)	Model sistem pelayanan kesehatan kolaboratif yang berfokus pada pasien; Metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi pustaka atau <i>literature review</i>	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Metode penelitian deskriptif kualitatif dengan <i>sequential explanatory</i>
Mary K. Anthony dan Diane Hudson-Barr (2004)	Karakteristik model PCC yang berhubungan dengan peningkatan kesiapan discharge: (1) pengetahuan	Meneliti <i>Patient Centered Care</i> (PCC)	Model perawatan yang berfokus pada pasien	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di

Peneliti & Judul Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan	
			Eksisting	Penulis
<i>“A Patient-Centered Model of Care for Hospital Discharge</i>	pasien tentang kebutuhan di rumah; (2) hubungan kepentingan dan (3) keterlibatan aktif proses <i>discharge</i> . 4,74% pasien diidentifikasi memerlukan informasi sebelum admisi, 5.05% sebelum <i>discharge</i> , dan 5.35% perlu setelah <i>discharge</i> . Pasien menginginkan informasi dan sumber yang dilibatkan sebagai <i>evidence</i> awal untuk efisiensi intervensi dalam desain pelayanan pasien ke depan		untuk keluar dari rumah sakit; Metode penelitian kuantitatif	RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Metode penelitian deskriptif kualitatif dengan <i>sequential explanatory</i>
Chen, et.al (2018) <i>Interprofessional Collaborative Practice in the Medical Intensive Care Unit: a Survey of Caregivers' Perspectives</i>	Ada korelasi positif yang kuat antara skor JTOG Global pengasuh dan kepuasan keseluruhan dengan tim MICU ($r = 0,596$, $p < 0,01$). Komentar pengasuh tentang faktor-faktor yang memengaruhi pengalaman mereka berfokus pada aspek komunikasi interprofesional dan berpusat pada pasien/keluarga	Penerapan kolaborasi di rumah sakit	Praktek kolaborasi interprofesional di MICU dalam perspektif ilmu keperawatan	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah; Perspektif ilmu administrasi publik
Lang, Achim (2016) <i>Collaborative Governance in Health and Technology Policy: The Use and</i>	Klasifikasi baru instrumen prosedural kebijakan dikembangkan berdasarkan dimensi yang ditargetkan dari tata kelola kolaboratif (struktur jaringan dan fase kebijakan). Analisis komparatif bertumpu pada wawancara ahli dan	Meneliti <i>Collaborative Governance</i>	<i>Collaborative Governance</i> di kebijakan kesehatan dan teknologi	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah

Peneliti & Judul Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan	
			Eksisting	Penulis
<i>Effects of Procedural Policy Instruments</i>	catatan pertemuan dan mengungkapkan bahwa di Inggris Raya, kepemimpinan aktif berlaku selama konsultasi, sementara Jerman, sebaliknya, menyajikan kasus pemerintahan yang tidak konsisten			
Rahmawati dan Dewi (2016) <i>Dynamics Collaborative Governance for HIV/AIDS Prevention In Yogyakarta City</i>	Dinamika tata kelola kolaboratif penanggulangan HIV dan AIDS yang dilakukan oleh KPA, OPD, LSM dan WPA di Kota Yogyakarta cenderung meningkat kualitasnya dan pembangunan bergerak ke arah yang lebih baik. Semakin aktifnya peran masing-masing lembaga yang berpartisipasi, yang diukur dari keberhasilan tata kelola kolaboratif, yaitu (1) tidak adanya dominasi peran dalam jaringan (2) peserta berkomitmen untuk mencapai tujuan yang sama (3) mereka membangun saling percaya (4) Ada batasan dan aturan yang jelas (5) Setiap peserta mempunyai kekuasaan, akuntabilitas dan tanggung jawab sesuai perannya masing-masing (6) Informasi disampaikan melalui sosialisasi	<i>Dynamics Collaborative Governance</i> dengan metode kualitatif	<i>Dynamics Collaborative Governance</i> penanggulangan HIV & AIDS di Kota Yogyakarta	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah

Peneliti & Judul Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan	
			Eksisting	Penulis
	langsung dan media massa. Memperkuat kolaborasi melalui peningkatan kolaborasi dan komunikasi lintas departemen, advokasi, optimalisasi Rencana Aksi Strategis Regional (SRAD), rujukan dan peningkatan sumber daya manusia			
Helquist, et.al (2014) <i>Collaboration dynamics: Participant-driven Agile Processes for Complex Tasks</i>	Peningkatan kompleksitas ruang masalah meningkatkan ketidakjelasan dalam proses kolaboratif dan produk terkait. Alat pendukung kolaborasi elektronik dan skema manajemen proses terkait telah terbukti berhasil dalam banyak konteks menantang. Namun, skema dan alat manajemen proses kolaborasi saat ini mungkin tidak dapat menangani tugas yang lebih kompleks secara efektif. Kompleksitas ruang masalah yang meningkat harus ditangani dengan proses sepadan dan dukungan teknologi untuk upaya kolaboratif. Kolaborasi Dinamis berguna untuk mencapai solusi kolaboratif yang benar-benar gesit, dengan skema manajemen proses menggunakan konsensus	Meneliti <i>Dynamics Collaboration</i>	<i>Dynamics Collaboration</i> akibat tugas yang semakin kompleks di tatanan organisasi	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah

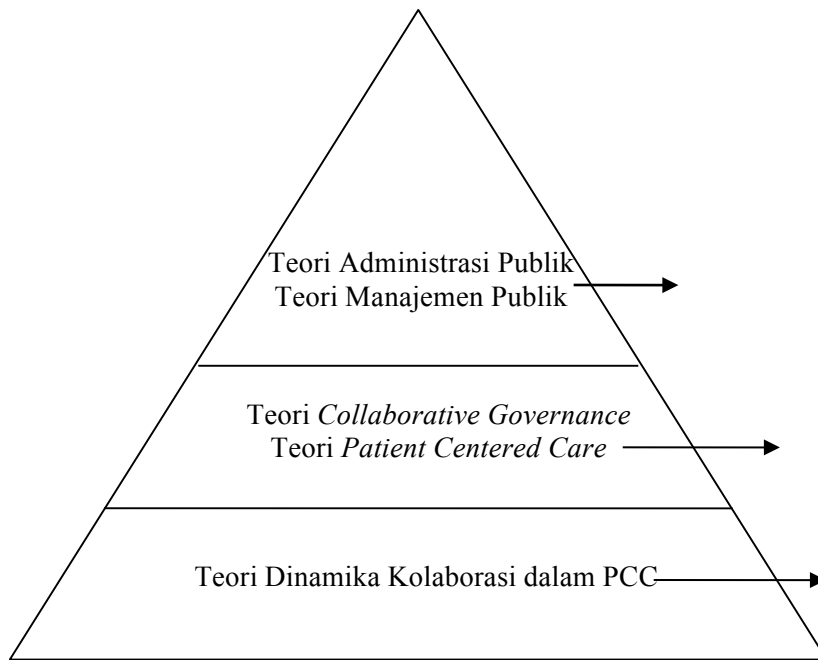
Peneliti & Judul Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan	
			Eksisting	Penulis
	kelompok, evolusi siklus proses penyesuaian dan fase penyempurnaan produk untuk memenuhi tantangan akibat kompleksitas dan ketidakjelasan			
Stout, Bartels and Love (2019) <i>Clarifying Collaboration Dynamics in Governance Networks</i>	Disposisi, gaya berhubungan, dan cara asosiasi dalam metode integratifnya mendorong dinamika kolaboratif sambil menghindari karakteristik hierarki dan persaingan yang kontraproduktif. Sehingga dikembangkan model logika alternatif untuk mempelajari dinamika kolaboratif yang menjelaskan dan mendefinisikan dinamika ini untuk operasionalisasi masa depan dan studi empiris	Meneliti <i>Dynamics Collaborative</i>	<i>Dynamics Collaborative</i> di jaringan tata kelola	Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah

Sumber: Olahan Peneliti, 2023

Berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya yang telah diuraikan di atas, maka posisi penelitian yang akan dilakukan yang membedakan dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah penelitian ini mengenai model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah yang belum pernah dilakukan.

2.2 Kerangka Teori

Teori memiliki peranan sangat penting untuk mencapai tujuan penelitian, meningkatkan arti penemuan penelitian bukan hanya merupakan keterangan-keterangan empiris yang berpecah (Nazir, 2010: 24). Kerangka teoritik yang dipakai minimal mengandung tiga hal, yaitu (1) *grand concepts* yang melandasi seluruh pemikiran teoritik dari suatu penelitian; (2) untuk membangun kerangka teori; dan (3) proposisi penelitian (Purwanto, 2010:4). Adapun teori yang digunakan dalam melakukan penelitian disertasi ini adalah teori administrasi publik, teori manajemen publik, teori *collaborative governance*, teori *Patient Centered Care* (PCC); dan teori dinamika kolaborasi dalam PCC. Ketiga teori ini digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Diagram Alur Teori Keseluruhan
Sumber: Olahan Peneliti, 2023

Selain ketiga teori tersebut di atas, penelitian disertasi ini juga menggunakan konsep *collaborative*, konsep *governance* dan konsep rumah sakit untuk dijadikan pisau analisis dalam menjawab perumusan masalah penelitian. Berikut disampaikan teori-teori dan konsep-konsep yang digunakan dalam penelitian disertasi ini.

2.2.1 Administrasi Publik

Para pakar administrasi publik sepakat setiap paradigma ilmu administrasi publik yang berkembang merupakan suatu perspektif baru para ahli dalam menanggapi dan menjawab setiap permasalahan publik yang muncul (Ikeanyibe, Ori and Okoye, 2017; Basheka, 2012; Henry, 2007; *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 1968; Peters, 2003). Nicholas Henry (1975) menyampaikan enam

paradigma administrasi publik, berdasar perkembangan yang ada (Henry, 2007). Peters (2003) berpandangan bahwa tahap pengembangan bisa jadi belum mencapai status paradigma sesuai filsafat ilmu, namun memiliki karakteristik baik maupun buruk. Enam paradigma administrasi publik dan pergeseran paradigma sampai saat ini, yaitu: (1) Dikotomi Politik-Administrasi (1900 – 1926); (2) Prinsip-prinsip Administrasi (1927 – 1937); (3) Administrasi Publik sebagai Ilmu Politik (1950 – 1970); (4) Administrasi Publik sebagai Manajemen (1956 – 1970); (5) Administrasi Publik sebagai Administrasi Publik (1970–sekarang); (6) Tata Kelola (*Governance*)(1990-sekarang) (Henry (2007).

Perkembangan istilah *public administration* dalam bahasa Indonesia menjadi administrasi negara kemudian bergeser terjemahan kata “*public administration*” menjadi administrasi publik. Administrasi Negara di Indonesia awalnya untuk mengelola negara lebih menekankan orientasi kekuasaan dengan membuat semua upaya penyelenggaraan administrasi pemerintahan menjadi serba negara sehingga corak serba Negara lebih menonjol ketimbang corak ke masyarakat (publik). Paradigma ilmu administrasi publik selalu mengalami perubahan-perubahan terutama pada arah orientasi dari serba Negara ke arah sarwamasyarakat (Thoha, 2008 dalam Warsono, 2016; 1.17). Paradigma publik pada *public administration* dalam proses pemerintahan (*governance*) dapat diartikan sebagai administrasi pemerintahan yang dilakukan aparat pemerintah untuk kepentingan masyarakat bertujuan “melayani” kepentingan masyarakat yang berorientasi oleh, untuk dan kepada masyarakat (Wilson, 1978 dan Utomo, 2007 dalam Warsono, 2016; 1.17).

Pendekatan tidak hanya kepada negara, namun lebih kepada masyarakat (*citizen*). Pergeseran dari *government* yang menekankan otoritas menjadi *governance* yang menitikberatkan kompatibilitas antar aktor yakni; *state* (pemerintah), *private* (sektor swasta) dan *civil society* (masyarakat madani). *Skill* administrasi negara seperti proses, sistem, prosedur, *hierarchi* atau *lawfull state* tetap dijadikan pijakan namun tidak menjadi acuan utama. Administrasi publik lebih mengedepankan *results*, *teamwork* dan fleksibilitas akibat pengaruh, tekanan dan adanya *differentiated public demand*.

Penelitian ini berfokus pada perkembangan paradigma ke 6 (Henry, 1975). Sebuah paradigma perkembangan manajemen publik yang menyesuaikan kebutuhan masyarakat dan pemerintahan dalam mewujudkan keseimbangan keadilan dalam negara.

2.2.2 Manajemen Publik

Donovan dan Jackson (2013:11-12) menjelaskan manajemen publik sebagai aktivitas serangkaian keterampilan (*skill*). Overman (2010 :72) mengemukakan:

“Meskipun administrasi publik sangat dipengaruhi oleh manajemen ilmiah, namun administrasi publik bukanlah manajemen ilmiah. Manajemen publik bukanlah analisis kebijakan atau administrasi publik, dan manajemen publik mencerminkan ketegangan antara orientasi instrumental rasional di satu sisi dan orientasi kebijakan politik di sisi lain. Administrasi publik adalah studi interdisipliner tentang aspek umum organisasi, kombinasi fungsi manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian dan pengendalian di satu sisi, dan fungsi sumber daya manusia, keuangan, fisik, informasi dan politik di sisi lain.”

Administrasi publik adalah studi interdisipliner tentang aspek-aspek umum organisasi, mencerminkan ketegangan antara orientasi "instrumental

rasional" di satu sisi dan orientasi kebijakan-politik di sisi lain.

Ott, Hyde dan Shafritz (2011: xi) berpandangan bahwa manajemen publik dan kebijakan publik merupakan dua bidang pemerintahan yang tumpang tindih dengan perbedaan bahwa kebijakan publik merefleksikan "sistem otak dan syaraf", sementara manajemen publik mempresentasikan "sistem jantung dan sirkulasi" dalam tubuh manusia. Manajemen publik sebagai gabungan orientasi normatif administrasi publik tradisional dengan orientasi instrumental dari manajemen umum (Sangkala, 2012: 16) merupakan studi interdisipliner aspek umum organisasi, gabungan fungsi manajemen dengan sumber daya manusia, keuangan, fisik, informasi, dan politik (Keban, 2014: 85) dalam memberikan pelayanan pada masyarakat (Kurniadi, 2013: 27). Ini adalah kombinasi fungsi manajemen seperti: perencanaan, pengorganisasian dan pemantauan serta sumber daya manusia, keuangan, material, informasi dan politik dalam prinsip keadilan distributif sosial.

2.2.3 Governance

Paradigma ke enam adalah *governance* (Henry (2007) yang mulai efektif dipopulerkan oleh Bank Dunia sejak tahun 1989 dengan mendefinisikan *governance* sebagai "*exercise of political power to manage nation*". Perubahan penggunaan istilah dari *government* ke *governance* lebih menunjukkan perlunya gelombang reformasi bidang pemerintahan.

Koswara (2012: 5) mengatakan bahwa kegiatan pemerintahan dalam arti sempit melibatkan cabang eksekutif, sedangkan pemerintahan dalam arti luas mencakup seluruh kegiatan pemerintahan seperti perundang-undangan, administrasi, dan peradilan. Sedangkan ilmu pemerintahan adalah ilmu yang secara

mandiri membahas struktur dan penyelenggaraan pemerintahan nasional secara internal dan eksternal untuk mencapai tujuan nasional. Objek material ilmu pemerintahan adalah negara dan perangkat-perangkatnya. Obyek formal dapat bersifat khusus dan khas, yaitu hubungan antara pemerintah dan bawahannya, seperti hubungan antara pemerintah pusat dan daerah, hubungan antara pemerintah daerah, hubungan antara yang diperintah dan yang memerintah, hubungan antar lembaga, dan departemen, dll. Ndraha (2011:42) membagi pemerintahan menjadi dua kategori yaitu pemerintahan terpusat dan pemerintahan desentralisasi, yang terbagi menjadi pemerintahan luar negeri dan pemerintahan dalam negeri, diantaranya adalah pemerintahan desentralisasi dan pemerintahan terpusat (pertahanan, keamanan, peradilan, luar negeri dan *moneter*).

Pemerintah adalah suatu lembaga atau kelompok politik yang berfungsi untuk mencapai tujuan nasional, dan pemerintah adalah keseluruhan kegiatan lembaga atau kelompok masyarakat tersebut (Suradinata, 2008: 6-7). Dapat dilihat bahwa pemerintahan bersifat statis, sedangkan pemerintahan bersifat dinamis.

Governance atau tata kelola merupakan istilah yang biasa digunakan sebagai sinonim kata pemerintah atau untuk memenuhi syarat kegiatannya. Konsep yang telah memperoleh makna dan aplikasi baru di akhir tahun 1980-an dan 1990-an. Tamayo (2014) mendeskripsikan sebagai sebuah kewenangan yang dimiliki oleh pejabat publik/para pemimpin politik untuk menciptakan kesejahteraan warga negara atau masyarakat melalui pelaksanaan kekuasaan yang dimiliki, dimana pelaksanaan kekuasaan tersebut terdapat proses yang rumit. Disebabkan beberapa sektor masyarakat yang mempunyai kekuasaan, memberlakukan serta

mengumumkan kebijakan publik yang secara langsung mempengaruhi interaksi manusia, kelembagaan, pembangunan ekonomi serta sosial.

Paradigma tata kelola (*governance*) merupakan aliran administrasi publik dari ideologi neoliberal yang dianut sebagian besar organisasi untuk kerjasama dan pembangunan ekonomi di akhir tahun 1970-an dan awal tahun 1980-an. Pandangan Peters (2003) pada paradigma *governance* berusaha memecahkan sistem pemerintah hierarkis dan top down yang diwarisi masa lalu. Ikeanyibe (2016) mengakui bahwa tata kelola lebih menekankan pada urgensi kolaborasi antara pemerintah terhadap sektor di luar pemerintah yang di dalamnya ada sektor swasta, masyarakat sipil maupun sektor ketiga yang menyediakan layanan. Kontribusi proses politik dengan lingkup besar, dimana partisipasi masyarakat serta kelompok dalam proses kebijakan dan program pemerintah sangat penting. Orientasi *governance* hanya bergantung terhadap keberhasilan manajerial bisnis dan sektor swasta melalui peran aktor dan jaringan non pemerintah dalam menghasilkan barang dan jasa publik (Wu & He, 2009). Kondisi tersebut bentuk konfigurasi ulang peran sektor publik melalui partisipasi masyarakat tata kelola jaringan. Tata kelola yang melibatkan kemitraan dalam menjalankan fungsi pemerintahan (Gibson, 2011).

Proposisi kritis yang menjadi prinsip paradigma *governance* (Stoker (2019), diantaranya: 1) Jaringan aktor dan institusi dari dalam serta luar pemerintah; 2) Batas dan tanggung jawab yang tidak jelas dalam mengatasi masalah sosial dan ekonomi bergeser melampaui dimensi publik-swasta yang mengadopsi pengertian komunitarianisme dan modal sosial; 3) Ketergantungan kekuasaan kolektif antar institusi yang tergabung dengan saling bertukar sumber daya serta menegosiasikan

pemahaman bersama tentang tujuan program utama; 4) Jaringan aktor otonom yang mandiri; dan 5) Kapasitas solusi tidak bergantung pada kekuasaan dan wewenang pemerintah. Konsep *governance* berlaku bagi hukum dan regulasi berhubungan dengan penyediaan barang publik yang pengambilan keputusan kolektif multi aktor (Lynn, Heinrich & Hill, 2001; Stoker, 2004; Ansell & Gash, 2007).

2.2.4 Collaborative Governance

a. Pengertian Collaborative Governance

Bentuk pemerintahan baru telah muncul, menggantikan model manajerial dalam perumusan dan implementasi kebijakan. Tata kelola kolaboratif menyatukan pemangku kepentingan publik dan swasta dalam forum kolektif di lembaga-lembaga publik untuk mencapai pengambilan keputusan berdasarkan konsensus. Ansell dan Gash (2007:544) mendefinisikan tata kelola kolaboratif sebagai berikut:

“A governing arrangement where one or more public agencies directly engage non-state stakeholders in a collective decision-making process that is formal, consensus-oriented, and deliberative and that aims to make or implement public policy or manage public programs or assets”.

Kolaborasi merupakan suatu upaya membuat aturan yang mengatur dua lembaga atau lebih yang berkepentingan dengan keterikatan formal dan memiliki komitmen kuat terhadap kesepakatan awal mengurus urusan publik baik langsung maupun tidak langsung melalui koordinasi dalam perencanaan dan pelaksanaan program-program yang menyangkut kepentingan publik.

Ansell dan Gash (2007: 5) menekankan empat variabel *Collaborative Governance* diantaranya *starting conditions, institutional design, facilitative*

leadership and collaborative process. (1) *Starting Condition*, kondisi awal yang berbeda baik tujuan dan kepentingan setiap stakeholder yang terikat dengan kesepakatan mencapai tujuan bersama melalui kolaborasi yang akan dilakukan. Tahapan ini terdiri dari *power/ resource imbalances, incentives to participate, prehistory of cooperation or conflict.* (2) *Facilitative Leadership*, representasi kepemimpinan yang memfasilitasi unsur-unsur dalam kolaborasi akan mempengaruhi hasil konsensus. (3) *Institutional Design*, aturan kolaborasi yang disepakati berlandaskan konsensus antar stakeholder dalam desain kelembagaan, diantaranya: *participatory inclusiveness, forum exclusiveness, clear ground rules and process transparency.* (4) *Collaborative Process*, proses kolaborasi yang tahapannya *face-to-face dialogue, trust building, commitment to the process, shared understanding, intermediate outcome.*

Collaborative Governance merupakan alat yang tepat untuk menyelesaikan permasalahan karena menciptakan “kepemilikan bersama” atas permasalahan tersebut. Aktor yang berbeda mempunyai perspektif yang berbeda terhadap suatu masalah, sehingga menciptakan pemahaman bersama antar karakter aktor. Collaborative governance berperan sebagai mediator agar para partisipan dapat mengembangkan pemahaman yang sama terhadap suatu permasalahan (Ansell, 2014: 172).

Collaborative Governance menggambarkan keadaan saling ketergantungan di antara aktor-aktor yang menyadari keterbatasan mereka. Diperlukan mengungkapkan keinginan dan kemauan untuk menjalin hubungan yang lebih erat dengan aktor-aktor lain. Setiap peserta perlu mengakui legitimasi peserta lainnya dan berkomitmen untuk berkolaborasi

guna membangun rasa kepemilikan bersama dalam setiap proses kolaboratif. (Ansell, 2014: 178).

Collaborative governance merupakan suatu forum yang digunakan mencapai suatu tujuan. Merupakan kondisi ketika pemerintah memenuhi tujuan publik melalui kolaborasi antar organisasi maupun individu dan swasta (Donahue dan Zeckhauser, 2011: 4; Holzer, 2012: 349).

Emerson *et.al*, (2012: 21) memberikan 6 (enam) kriteria pada *Collaborative Governance*; (1) *public agencies initiate the forum*; (2) *participants in the forum include non-state actors*; (3) *participants engage in decision making and are not merely “consulted”*; (4) *the forum is formally organized*; (5) *the forum aims to make decisions by consensus*; and (6) *the focus of the collaboration is on public policy or public management*.

Prinsip kolaborasi merupakan keterlibatan aktor state dan aktor non-state. Ansell dan Gash memberikan gambaran akan adanya peran tertentu antar lembaga/ aktor dengan lebih tertarik menggunakan istilah badan umum, untuk menyertakan lembaga-lembaga publik seperti birokrasi, pengadilan, legislatif, dan badan-badan pemerintah lainnya di tingkat lokal, negara bagian dan federal. Beberapa ahli menginterpretasikan *Collaborative Governance* sebagai *interagency* koordinasi sebagai pemerintahan kolaboratif. *Collaboratives* *divolve* representasi kelompok-kelompok kunci kepentingan (Smith, 1998: 9); kolaboratif pemerintahan sebagai wakil semua kepentingan yang relevan (Connick dan Innes, 2003: 97); sebagai upaya kolaboratif pemecahan masalah yang melibatkan instansi pemerintah dan warga yang peduli (Reilly, 1998: 42).

Konsep kolaborasi juga berarti bahwa pemangku kepentingan non-negara akan mempunyai tanggung jawab nyata terhadap pengembangan kebijakan, sehingga pemangku kepentingan yang terlibat harus terlibat langsung dalam pengambilan keputusan. Freeman (1997: 53) menekankan bahwa partisipasi pemangku kepentingan dalam seluruh tahapan proses pengambilan keputusan dalam forum kolaboratif akan menghasilkan konsensus yang lebih berorientasi pada kepentingan publik. Meskipun lembaga publik mempunyai kewenangan pengambilan keputusan akhir, tujuan kolaborasi adalah untuk mencapai konsensus di antara para pemangku kepentingan. Istilah “konsensus” digunakan karena forum kolaboratif seringkali gagal mencapai konsensus. Namun pertemuan dalam forum musyawarah, multilateral, dan formal mengandaikan adanya upaya untuk mencapai konsensus, atau setidaknya upaya untuk mencapai konsensus.

Tata kelola kolaboratif dapat diringkas sebagai proses pengelolaan pemerintahan multi-partai. Ini adalah struktur jaringan multi-organisasi lintas departemen (pemerintah, sektor swasta, masyarakat sipil), yang secara langsung dan tidak langsung melibatkan berbagai pemangku kepentingan, dan berorientasi pada konsensus dan konsultasi kolektif. . Proses pengambilan keputusan, merumuskan kesepakatan bersama, pengambilan keputusan bersama, mencapai mufakat melalui interaksi formal dan informal, menciptakan dan mengembangkan norma interaksi yang saling menguntungkan untuk mencapai tujuan bersama. Oleh karena itu, dalam kolaborasi, interaksi yang terjadi bersifat egaliter, yaitu semua peserta mempunyai kedudukan yang sama.

Collaborative Governance tidak hanya berupa institusi formal akan tetapi dapat juga berupa *a way of behaving* atau cara berperilaku/ bersikap. Dengan demikian, maka PCC di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah hendaknya telah memenuhi kriteria sebagaimana yang disampaikan Emerson *et.al* (2012: 25).

b. Urgensi *Collaborative Governance*

PCC di RSUD melibatkan banyak aktor dan profesi, maka dalam pengelolaannya harus melibatkan banyak pihak. Mulai dari unsur pemerintah, manajemen RS, profesi pemberi asuhan, swasta hingga pasien dan masyarakat sipil, *collaborative governance* dalam PCC di RSUD wajib diimplementasikan. Hal tersebut tidak luput terhadap keunggulan instansi pemerintah dengan batasan terhadap terealisasinya jabatan fungsional. Keikutsertaan aktor lain di luar lembaga pemerintah suatu hal yang mustahil.

Ansel and Gash menginterpretasikan bahwa *Collaborative Governance* memiliki urgensi yang dilatarbelakangi oleh kemajuan organisasi dan berkembangnya ilmu pengetahuan maupun kapabilitas individu yang beriringan dengan pengalaman selama institusi tersebut muncul dalam kurun waktu tertentu (Sudarmo, 2011: 97). Sedangkan model yang dikembangkan oleh Emerson, *et.al.* (2012) dinilai cukup komprehensif dalam melihat dan menilai proses kolaborasi mulaidari *input* dari *drivers* sampai pada tahap *impact* kolaborasi. Sudarmo (2011:100-102) menjelaskan kolaborasi didorong oleh adanya upaya pragmatisme dalam menyelesaikan masalah yang selama ini tidak kunjung dapat teratasi melalui penerapan teori-teori konvensional yang selama inidipercaya mampu mengatasi masalah.

Fragmentasi hukum dan penyelesaian masalah lintas yurisdiksi merupakan dua sumber utama kompleksitas kelembagaan dan saling ketergantungan. Kemudian potensi konflik antar kelompok seringkali sulit untuk diredam dan merugikan semua pihak sehingga memerlukan peran serta semua pihak untuk menyelesaikannya. Di sinilah perlunya menjalin kerja sama dalam penyelesaian konflik. Hal ini juga merupakan upaya pemecahan masalah dengan legitimasi yang kuat karena melibatkan partisipasi aktif berbagai kelompok kepentingan dalam pengambilan keputusan bersama dan pembangunan konsensus.

Kolaborasi semacam ini juga dipandang sebagai respon organisasi terhadap perubahan atau pergeseran dalam lingkungan kebijakan. Pergeseran tersebut dapat berupa bertambahnya jumlah pelaku kebijakan, permasalahan yang melampaui batas normal yang dapat dirasakan atau tidak terlihat karena keterbatasannya, kemampuan daerah, kota dan/atau pemerintah pusat. Meskipun lembaga-lembaga di luar pemerintah semakin banyak dan inisiatif sukarela masyarakat semakin umum dan penting, inisiatif-inisiatif tersebut masih terbatas.

Hal terpenting yaitu kolaborasi tersebut dipandang sebagai solusi untuk mengatasi permasalahan publik yang semakin kompleks dan memerlukan partisipasi banyak pihak. Terdapat banyak perdebatan mengenai pentingnya kolaborasi lintas lembaga, Ansel dan Gash (2007) menyatakan bahwa, secara umum, kolaborasi terjadi karena: 1) kompleksitas dan saling ketergantungan antar lembaga, 2) potensi konflik kelompok kepentingan dan sulit untuk dikurangi, dan 3) berusaha mencari cara baru untuk mencapai legitimasi politik.

Sementara itu, Ansel dan Gash (2007) lebih lanjut menjelaskan alasan dilakukannya kerjasama, yaitu karena:

- 1) Implementasi kebijakan tidak berjalan dengan baik.
 - 2) ketidakmampuan kelompok untuk menggunakan wilayah kelembagaan lain untuk menghambat pengambilan keputusan, terutama karena pemisahan kekuasaan,
 - 3) mobilisasi kelompok kepentingan dan
 - 4) Pengawasan memakan biaya dan dipolitisasi.
- kecenderungan untuk menahan kolaborasi didorong oleh pengembangan organisasi.

Mengenai alasan kerjasama, beberapa argumen Ansel dan Gash mewakili beberapa alasan yang sebenarnya terjadi di bidang ini, seperti rumitnya permasalahan publik yang memerlukan banyak pihak untuk menyelesaikannya bersama-sama, dan beberapa lembaga/kelompok/individu terkait tidak mempunyai kekuatan untuk menyelesaikannya. Akuntabilitas terhadap permasalahan tertentu dan alternatif solusi untuk mengatasi konflik kepentingan politik.

Lebih penting lagi, kolaborasi dipandang sebagai gambaran tentang bagaimana mengelola, mengelola, mengatur atau menangani beberapa isu atau masalah yang pada dasarnya tidak jelas dan tidak jelas, yang memiliki standar dan relevansi yang berbeda untuk satu area isu dibandingkan dengan area isu lainnya. Oleh karena itu, setiap pemangku kepentingan yang terlibat akan berbeda dari satu bidang permasalahan ke bidang permasalahan lainnya dan dari satu departemen ke departemen lainnya.

c. Tahapan Proses *Collaborative Governance*

Tahapan dalam proses kolaborasi yang terjadi antar pemangku kepentingan dalam PCC di RSUD dapat dilihat dari proses yang terjadi di dalam forum. Forum tersebut dibuat dengan tujuan untuk memberikan wadah dalam melakukan koordinasi antar *stakeholder* untuk PCC di RSUD yang baik.

Proses kolaboratif dapat digambarkan menggunakan diagram/flowchart yang mencakup beberapa tahapan dalam proses. Seperti yang dikatakan Carlson, ada beberapa tahapan yang terjadi dalam proses kolaborasi, dan uraian tugas para pemimpin dalam tata kelola kolaboratif didasarkan pada apa yang mereka lakukan, yaitu sebelum, selama, dan setelah acara (Morse dan Stephens, 2012: 565). Chrislip menjelaskan lebih jelas daripada Carlson bahwa kolaborasi mencakup cara memulai, mempersiapkan diri untuk sukses, bekerja sama, dan mulai mengambil tindakan. Secara keseluruhan, Collaborative Governance memiliki empat tahapan yaitu penilaian, inisiasi, review dan implementasi. Diantaranya terdapat pandangan yang memperkuat teori sebelumnya yaitu pandangan yang dikemukakan oleh Ansell dan Gash, dimana proses kerjasama melalui tiga tahapan utama yaitu kondisi awal, proses dan hasil atau manfaat. Berikut penjelasan ketiga tahapan tersebut:

- 1) Kondisi awal. Memahami kondisi awal dapat membantu memahami alasan sulitnya kolaborasi antar pemangku kepentingan yang terlibat dalam perawatan berpusat pada pasien (PCC) di RSUD. Dalam penelitian pendahuluan, ditemukan bahwa kesadaran diri departemen mengenai layanan yang berpusat pada pasien (PCC) RSUD masih ada di antara para pemangku kepentingan. Hal ini terjadi akibat belum adanya saling percaya, perbedaan value antar *stakeholder* di RSUD.
- 2) *Collaborative Process*. Dalam proses kolaborasi terdapat lima (5) tahap utama yaitu;

- a) Tahap pertama, dialog tatap muka. Dialog tatap muka merupakan syarat yang diperlukan namun tidak cukup untuk kerja sama. Dalam percakapan tatap muka, perbedaan pendapat sering kali muncul di antara para pemangku kepentingan, yang masing-masing berupaya memperkuat stereotip dan memperburuk antagonisme timbal balik. Namun dialog diperlukan untuk membangun kolaborasi yang efektif untuk mencapai konsensus bersama. Dialog tatap muka yang terjadi dalam kasus ini mempertemukan beberapa pemangku kepentingan yang tergabung dalam forum tersebut. Pertemuan forum ini diselenggarakan secara berkala dan tidak teratur sesuai dengan kebijakan masing-masing. Dalam hal ini usul pertemuan bisa disampaikan oleh manajemen RS, PPA, pasien, keluarga, masyarakat dan pihak terkait. Pada tahap yang pertama ini masing-masing anggota forum ikut berpartisipasi untuk menghasilkan keputusan dan aksi selanjutnya dalam kolaborasi.
- b) Tahap II, membangun kepercayaan. Membangun kepercayaan merupakan tahapan yang memerlukan waktu serta memerlukan komitmen jangka panjang untuk mencapai kolaboratif. Oleh karena itu, jika sejarah menunjukkan adanya antagonisme antar pemangku kepentingan, maka pengambil kebijakan atau pemangku kepentingan harus meluangkan waktu untuk membangun kembali kepercayaan. Jika pemangku kepentingan tidak dapat membangun kepercayaan, maka proses kolaboratif tidak akan berhasil.
- c) Tahap ketiga adalah komitmen terhadap proses. Komitmen para pemangku kepentingan dalam berkolaborasi merupakan faktor penting dalam keberhasilan proses kolaborasi, meskipun terkadang penuh dengan dilema. Misalnya, meskipun pengambilan keputusan

memerlukan kerja sama dengan pemangku kepentingan yang berbeda pandangan, maka pemangku kepentingan harus berpegang pada hasil musyawarah sebagai sebuah komitmen. Oleh karena itu, komitmen memerlukan kepercayaan agar tanggung jawab masing-masing pemangku kepentingan dapat terlaksana dengan baik. Dalam konteks ini, komitmen pada proses merupakan konsekuensi atas keterlibatan dari masing-masing anggota dalam forum. PCC di RSUD membutuhkan dan menimbulkan keterikatan yang mengharuskan pihak-pihak yang berkomitmen untuk mengikuti proses kolaborasi sesuai dengan yang telah ditentukan.

- d) Tahap keempat adalah saling pengertian. Pada titik tertentu selama proses kolaborasi, para pemangku kepentingan harus mencapai konsensus. Pemahaman bersama melibatkan visi bersama, misi yang sama, tujuan bersama, ideologi bersama, tujuan yang jelas, arah strategis yang jelas, konsistensi dalam nilai-nilai inti, dan konsistensi dalam definisi masalah.. PCC di RSUD menggunakan prinsip “orquestra” sebagai pola koordinasinya dimana terdapat pihak medis yang menjadi *dirigen* yang bertugas menciptakan harmonisasi untuk memastikan kesamaan arah dalam PCC di RSUD. Dengan prinsip tersebut akan menimbulkan partisipasi aktif dari masing-masing *stakeholder* dengan arah dan tujuan yang selaras.
- e) Tahap V, Hasil antara (*intermediate outcome*). Literatur menunjukkan bahwa kolaborasi akan terjadi ketika tujuan dan keuntungan dari kolaborasi sifatnya konkrit. Keuntungan dari kolaborasi antar *stakeholder* dalam PCC di RSUD adalah dengan kolaborasi akan mendatangkan sinergitas antar *stakeholder*.

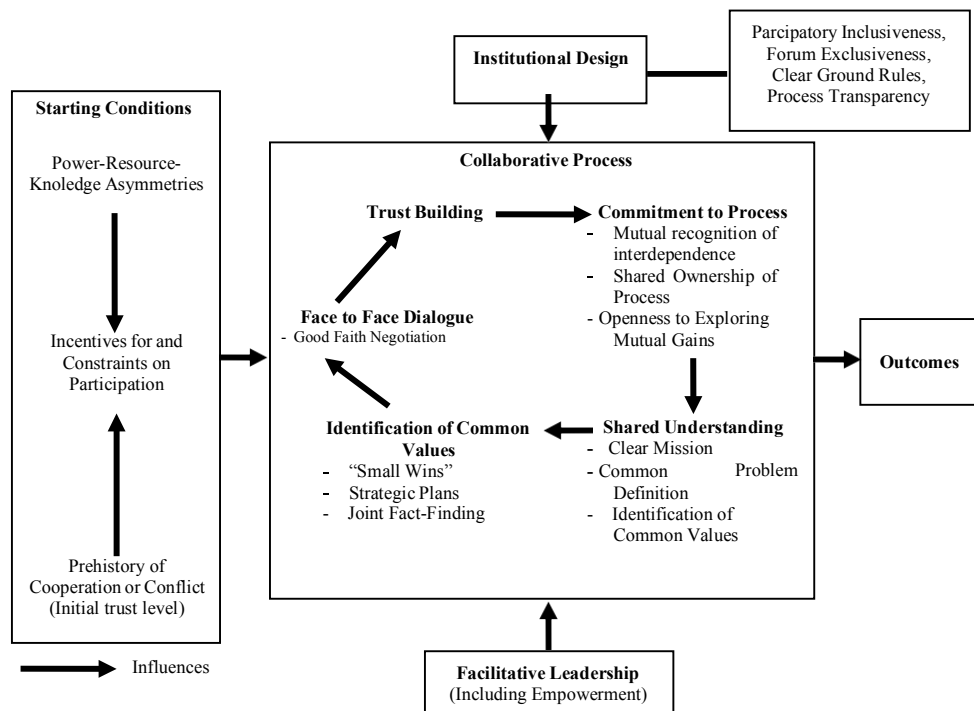
- 3) *Outcomes* atau manfaat, merupakan keuntungan dari kolaborasi antar *stakeholder* dalam PCC di RSUD. Outcome dapat diukur dengan membandingkan keadaan lingkungan sebelum dan sesudah pelaksanaan suatu proyek atau kegiatan layanan.

d. Model *Collaborative Governance*

Terdapat 2 (dua) model *collaborative governance* yang sering digunakan oleh para peneliti untuk melakukan penelitian. Model *collaborative governance* dari Ansell dan Gash (2007:550) dan model *collaborative governance* dari Emerson, *et.al* (2012: 6) yang dikemukakan sebagai berikut:

1) Model *Collaborative Governance* dari Ansell dan Gash

Model *collaborative governance* dari Ansell dan Gash (2007:550) dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.3 *Collaborative Governance* Model Ansell dan Gash
(Sumber: Ansell dan Gash, 2007: 550)

Menurut Ansell dan Gash (2007: 558-561), proses suatu kolaborasi dilakukan melalui beberapa tahapan penting untuk diperhatikan sebagai strategi dalam aspek pengelolaan suatu urusan publik. Meskipun proses kolaboratif sulit dilaksanakan karena karakter-karakter dari tiap stakeholder berbeda satu dengan lainnya yang dijelaskan sebagai berikut:

a) Face to face dialoge

Segala bentuk tata kelola kolaboratif didasarkan pada dialog pribadi langsung antara seluruh pemangku kepentingan yang terlibat. Karena berorientasi pada proses, dialog langsung sangat penting untuk mengidentifikasi peluang dan keuntungan bersama. Dialog pribadi langsung lebih dari sekedar negosiasi. Dialog langsung membantu meminimalkan permusuhan dan rasa tidak hormat antar pihak. Hal ini memungkinkan para pihak untuk bekerja sama mencapai tujuan dan kepentingan bersama.

b) Trust building

Pada awal suatu proses kolaborasi, sering kali terjadi rasa kurang percaya antara pihak-pihak yang terlibat. Kolaborasi bukan sekadar perundingan antar pihak, namun upaya membangun rasa saling percaya. Membangun kepercayaan harus terjadi sedini mungkin selama proses kolaborasi awal. Hal ini dilakukan untuk memastikan tidak adanya egosentrisme antar lembaga/profesional di antara pihak-pihak yang terlibat. Oleh karena itu, membangun kepercayaan ini memerlukan pemimpin yang menyadari pentingnya kolaborasi.

c) *Commitment to process*

Komitmen memegang peranan yang kuat dalam proses kolaborasi sebagai motivasi untuk terlibat atau berpartisipasi dalam tata kelola kolaborasi. Menghindari risiko dari proses kolaboratif memerlukan komitmen yang kuat dari semua pihak yang terlibat. Betapapun rumitnya suatu kolaborasi, merupakan tanggung jawab pihak-pihak yang terlibat untuk melihat hubungan tersebut sebagai sesuatu yang baru, dan tanggung jawab ini perlu diperkuat.

d) *Share Understanding*

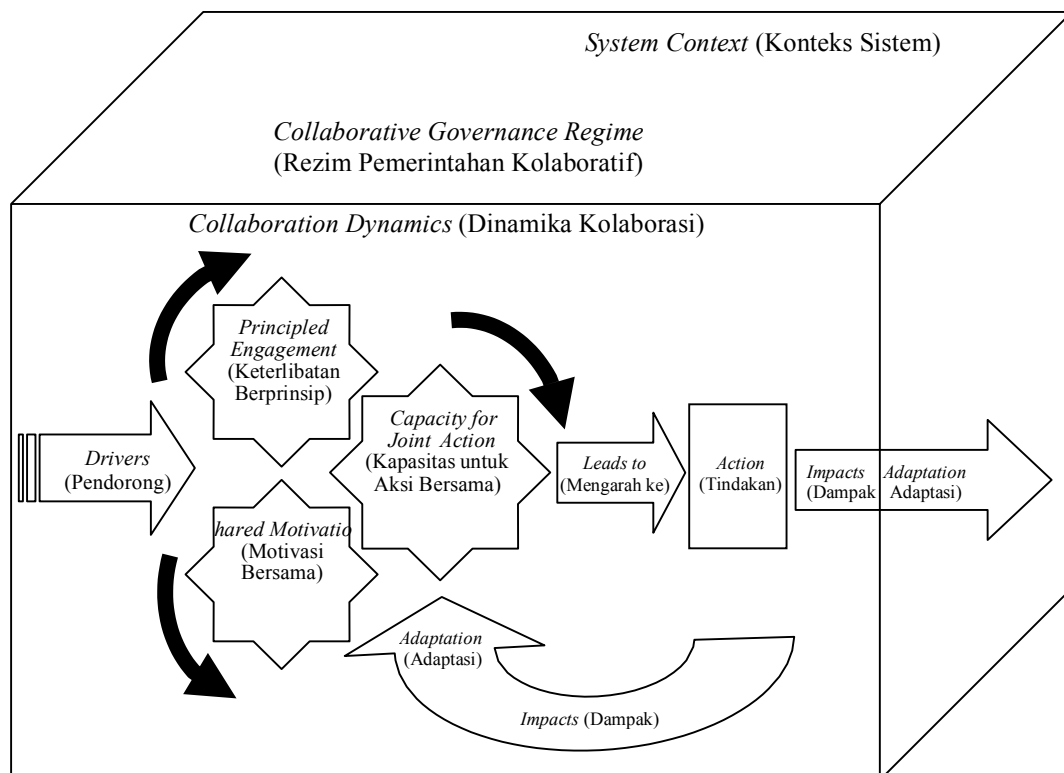
Stakeholder yang terlibat harus saling berbagi pemahaman capaian mereka (stakeholder) melalui kolaborasi yang dilakukan. Saling berbagi pemahaman ini dapat digambarkan sebagai misi bersama, tujuan bersama, objektivitas umum, visi bersama, ideologi yang sama yang dapat berimplikasi terhadap kesepakatan bersama untuk memaknai dan mengartikan suatu masalah.

e) *Intermediate outcomes*

Hasil lanjutan dari proses kolaborasi terwujud dalam bentuk *output* atau keluaran yang nyata. Hal ini merupakan hasil proses yang kritis dan esensial dalam mengembangkan momentum yang dapat membimbing demi keberhasilan suatu kolaborasi. *Intermediate outcomes* ini muncul apabila tujuan yang mungkin dan memberikan keuntungan dari kolaborasi yang mana secara relative konkrit dan ketika “*small wins*” dari suatu kolaborasi dapat dimungkinkan terjadi.

2) Model *Collaborative Governance* dari Emerson, Nabatchi dan Balogh

Model *collaborative governance* dari Emerson, *et.al* (2012:6) merupakan proses kolaborasi atau *Collaborative Governance Regime* (CGR) yang menjelaskan secara rinci bagaimana proses kolaborasi yang bersifat dinamis dan bersiklus, dengan menghasilkan tindakan-tindakan dan dampak sementara, sebelum mengarah pada dampak utama, serta adaptasi terhadap dampak sementara.



Gambar 2.4 Model *Collaborative Governance* menurut Emerson, Nabatchi, & Balogh (Sumber: Emerson, *et.al*, 2012: 6)

Seperangkat dimensi berkumpul dengan menempatkan berbagai komponen dan elemen untuk bekerja bersama secara dinamis, nonlinier, dan berulang. Secara berurutan, dari terluar adalah konteks sistem yang mencakup sejumlah pengaruh politik, hukum, sosial ekonomi, lingkungan,

dan lainnya yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh CGR. Berawal dari konteks sistem ini muncul empat pendorong penting yang membantu memulai CGR: ketidakpastian yang dirasakan, saling ketergantungan, insentif konsekuensial, dan inisiasi kepemimpinan.

Selanjutnya stakeholder terlibat dalam dinamika kolaborasi yang melibatkan 3 komponen dinamis dan saling berinteraksi dalam siklus progresif: keterlibatan berprinsip, motivasi bersama, dan kapasitas aksi bersama guna mengembangkan tujuan kolektif, target tujuan, dan teori perubahan yang memandu tindakan kolaboratif CGR. Tindakan ini mengarah pada hasil yang berujung pada adaptasi dalam sistem konteks atau CGR.

a) Konteks Sistem

Elemen utama dari konteks sistem mencakup kondisi sumber daya atau layanan, kerangka kebijakan dan hukum, karakteristik sosial ekonomi dan budaya, karakteristik jaringan, dinamika politik dan hubungan kekuasaan, dan sejarah konflik. Parameter umum CGR yang terbuka dipengaruhi sistem konteks eksternal ini sekaligus menciptakan peluang dan tantangan melalui tindakannya.

b) Pendorong

Empat pendorong muncul dari konteks sistem dalam berbagai tingkat dan berbagai kombinasi saat memulai pembuatan CGR dan memberikan dorongan kolaborasi lintas batas. (1) Ketidakpastian, karakteristik utama dari masalah "jahat", dapat mendorong kelompok

untuk berkolaborasi mengurangi, menyebarkan, dan berbagi risiko. (2) Saling ketergantungan mengacu pada kebutuhan/ situasi di mana individu dan organisasi tidak dapat mencapai tujuan mereka sendiri. (3) Insentif konsekuensial mengacu pada tekanan internal (isu, kebutuhan sumber daya, minat, atau peluang) atau tekanan eksternal (krisis, ancaman, atau peluang situasional atau institusional) yang harus ditangani untuk mengurangi risiko. (4) Memprakarsai kepemimpinan untuk mendorong keterlibatan awal di antara calon stakeholder dan menciptakan kondisi untuk meluncurkan dinamika kolaborasi.

c) CGR

Sistem kolaborasi lintas batas mewakili mode utama untuk perilaku, pengambilan keputusan, dan aktivitas otonom antar stakeholder yang telah berkumpul untuk mencapai tujuan kolektif yang ditentukan oleh satu atau lebih target sasaran. CGR dibentuk dinamika kolaborasi dan tindakan spesifik yang diambil sebagai konsekuensi dinamika tersebut.

d) *Collaboration dynamics* (Dinamika Kolaborasi)

Dinamika kolaborasi terdiri dari tiga komponen saling berinteraksi, masing-masing mengandung empat elemen: (1) keterlibatan berprinsip, yang berisi pengungkapan/ penemuan, definisi, pertimbangan, dan penentuan; (2) motivasi bersama, tersusun dari kepercayaan, saling pengertian, legitimasi internal, dan komitmen; dan (3) kapasitas untuk aksi bersama, berisi pengaturan prosedural dan kelembagaan, kepemimpinan, pengetahuan, dan sumber daya. Elemen-elemen ini

bekerja bersama secara dinamis memperkuat komponen masing-masing, dan ketiga komponen tersebut bekerja bersama secara interaktif dan berulang untuk menguatkan satu sama lain.

e) Aksi

Tindakan kolaborasi dilatarbelakangi oleh pemikiran mengenai sulit tercapainya tujuan jika hanya satu kelompok atau organisasi yang bertindak sendiri, sehingga harus diungkapkan secara tersirat dengan perumusan tujuan yang jelas (Agranoff & Mc Guire, 2013; Donahue dan Zeckhauser, 2011). Tindakan-tindakan dalam kolaborasi merupakan inti dari kerangka *Collaborative Governance*. Menurut Innes dan Booher dalam Emerson, *et.all* (2012) tindakan-tindakan kolaborasi merupakan hasil utama proses kolaborasi linier yang dikaitkan dengan dampak.

Tindakan/ aksi kolaboratif adalah output dinamika kolaborasi. Langkah-langkah yang diambil CGR untuk mencapai tujuan dan sasaran bersama, serta harus diturunkan dari teori perubahan bersama. Variasi tindakan kolaboratif tergantung pada konteks CGR dan luas sempitnya tujuan kolektif. Tindakan dapat dilakukan oleh semua stakeholder CGR sebagai individu atau organisasi yang mereka wakili, atau oleh entitas eksternal. Contoh tindakan kolaboratif berdasar hasil antara, seperti mendapatkan dukungan; memberikan informasi atau pelatihan kepada konstituen atau masyarakat; memberlakukan langkah-langkah kebijakan, undang-undang, atau peraturan; dan menyusun

sumber daya eksternal. Untuk hasil keluaran contohnya mengerahkan staf; fasilitas duduk atau bangunan; menerbitkan izin; membersihkan atau memulihkan lingkungan; melaksanakan praktik manajemen baru; pelaksanaan pemantauan; dan menegakkan kepatuhan.

f) Hasil

Hasil adalah konsekuensi tindakan kolaboratif berupa fisik, lingkungan, sosial, ekonomi, politik, dan/atau budaya. Hasil bisa spesifik, diskrit, dan jangka pendek; atau bisa luas, kumulatif, dan jangka panjang. Hasil tersering dinilai dalam pencapaian tujuan kolektif dan sasarannya yaitu perubahan keadaan yang dihasilkan untuk masalah/ layanan yang ditangani. Selain mengubah sasaran, hasil juga dapat memengaruhi CGR secara keseluruhan dan/ atau organisasi stakeholdernya. Hal ini dikarenakan pada dasarnya proses dan hasil tidak dapat dipisahkan dari dampak itu sendiri.

Dampak CGR merupakan dampak sementara yang terjadi selama kolaborasi. Dampak yang diharapkan adalah hasil positif yang mempertahankan antusiasme para aktor. Pada saat yang sama, dampak yang tidak diinginkan mencakup hambatan dalam penerapan kolaborasi. Proses kolaborasi juga dapat menimbulkan dampak yang tidak terduga, baik langsung maupun tidak langsung.

g) Adaptasi

Potensi perubahan transformatif merupakan adaptasi sebagai respons terhadap hasil tindakan kolaboratif yang dapat berhubungan dengan sasaran, CGR, atau organisasi dan masing-masing level stakeholder.

Pengaruh yang berbeda ini menghasilkan umpan balik, yang kemudian disesuaikan melalui kolaborasi. Adaptasi yang dimaksud adalah bagaimana kolaborasi menyikapi masukan dari setiap peserta yang ada. Adaptasi yang baik dapat diakses oleh seluruh peserta kolaborasi, artinya kepentingan organisasi tidak berdampak pada kolaborasi. Adaptasi didasarkan pada aspek yang perlu diubah, sehingga kolaborasi dapat berjalan pada jalurnya, dan dipengaruhi oleh keterbukaan kolaborasi.

2.2.5 Dinamika Kolaborasi

a. Pengertian Dinamika Kolaborasi

Dinamika kolaborasi sebagai proses utama CGR tidak terbatas mengubah individu yang mementingkan diri sendiri menjadi kolektif yang memiliki tujuan, termasuk melibatkan organisasi induk, konstituen, atau jaringan terkait di CGR. Tiga komponen utama dinamika kolaborasi adalah: keterlibatan berprinsip, motivasi bersama, dan kapasitas untuk aksi bersama memiliki elemen pendukung yang bekerja untuk menghasilkan dan mendukung dua lainnya melalui siklus progresif, nonlinier dan iteratifnya. Interaksi perilaku, hubungan interpersonal, dan komponen fungsional dinamika kolaborasi digunakan menilai keterlibatan berprinsip, motivasi bersama, dan kapasitas untuk tindakan bersama. Komponen dinamika kolaborasi berlaku langsung kepada para stakeholder yang diperluas secara tidak langsung untuk menyelaraskan dan menghasilkan “kekuatan” yang berpengaruh pada organisasi induknya (Emerson dan Nabatchi, 2015; 58).

b. Urgensi Dinamika Kolaborasi

Proses utama kolaborasi dalam CGR adalah dinamika kolaborasi. Rangkaian proses yang terpilih karena: (1) mengintegrasikan orkestrasi aset dalam organisasi dan aset unggulan yang tersebar di seluruh dunia dengan terlibat sebagai mitra ekosistem kolaborasi strategis jaringan global (Kodama, 2018:4), (2) untuk mencapai solusi kolaboratif yang benar-benar gesit dengan skema manajemen proses berdasar konsensus kelompok, evolusi siklus proses penyelarasan dan fase penyempurnaan produk untuk memenuhi tantangan akibat kompleksitas dan ketidakjelasan (Hequist, et.al, 2014), dan (3) sebagai langkah penting menuju pengelolaan jaringan tata kelola efektif yang seringkali kesulitan karena stakeholder berasal dari dan berinteraksi dengan organisasi dan sistem yang hierarkis dan kompetitif (Stout, Bartels and Love; 2019).

c. Komponen Dinamika Kolaborasi

Emerson, *et.al* (2012: 10) melihat dinamika proses kolaborasi sebagai siklus interaksi progresif yang iterative yang berfokus pada tiga komponen interaksi dari dinamika kolaborasi. Komponen tersebut antara lain: Penggerakan prinsip bersama/ keterlibatan berprinsip (*principled engagement*), motivasi bersama (*shared motivation*) dan kapasitas untuk melakukan tindakan bersama (*capacity for joint action*).

1. Penggerakan prinsip bersama

Prinsip-prinsip bersama terus menerus digerakkan dalam proses kolaborasi. Proses ini bisa dilakukan melalui dialog langsung maupun melalui media teknologi. Inti dari komponen ini adalah penyatuan prinsip-prinsip, yang mencakup penegasan kembali tujuan bersama, pembentukan serta pengembangan prinsip-prinsip bersama, yang muncul dari beragam sudut pandang para aktor yang terlibat. Dengan demikian, penyatuan prinsip menjadi elemen utama dalam kolaborasi ini (Emerson, *et.al*, 2012:10).

Karakteristik dari masing-masing aktor memainkan peran penting dalam menentukan seberapa efektif prinsip-prinsip bersama ini diterapkan. Langkah awal yang krusial adalah bagaimana pemerintah memilih aktor-aktor yang akan dilibatkan dalam kolaborasi. Seiring berkembangnya kolaborasi, penambahan aktor juga memungkinkan. Pada tahap inilah proses penggerakan prinsip bersama mulai terbentuk, yang dapat dijabarkan melalui tiga elemen berikut:

a) Pengungkapan (*discovery*).

Mengungkap kepentingan, nilai, dan upaya membangun kepentingan bersama dari masing-masing aktor. Analisis terhadap keterlibatan aktor dalam kolaborasi dilakukan dengan melihat kepentingan mereka dan dampak yang dihasilkan, seperti perbedaan kepentingan yang mempengaruhi proses kolaborasi. Emerson, *et.al* (2012:12) menekankan pentingnya pengungkapan ini baik di level individu

maupun kelompok aktor, terutama untuk membangun pengertian bersama secara berkelanjutan. Pengertian bersama ini akan memengaruhi kualitas diskusi, di mana deliberasi menjadi indikator keberhasilan keterlibatan kolaboratif.

b) Pertimbangan (*deliberation*).

Fokus bukan hanya pada adanya deliberasi, tetapi lebih pada kualitas deliberasi itu sendiri. Kolaborasi sering kali diwarnai oleh perbedaan pandangan, perspektif, dan kepentingan. Membangun deliberasi yang berkualitas memerlukan keahlian advokasi, meskipun tidak semua aktor harus menguasainya. Advokasi internal diperlukan untuk menjaga agar kolaborasi tetap sesuai dengan tujuannya, menyelesaikan konflik secara strategis dan efektif. Deliberasi juga menguji sejauh mana aktor berani bertindak bebas tanpa tekanan dari pihak pemerintah, memungkinkan inovasi dan kreativitas muncul dalam kolaborasi.

c) Penentuan (*determinations*).

Serangkaian tindakan yang menetapkan sasaran dan tujuan, yang dibagi menjadi tujuan primer dan substantif.

- (1) Determinasi primer: beberapa keputusan prosedural (misalnya: agenda setting kolaborasi, menjadwalkan diskusi, membentuk kelompok kerja).
- (2) Determinasi substantif: hasil produk kolaborasi (misalnya: pencapaian kesepakatan bersama, rekomendasi final tindakan kolaborasi).

Dalam kolaborasi yang berlangsung, lebih banyak keputusan substantif dibuat secara terus-menerus karena sifatnya yang lebih diperlukan. Secara praktis, keputusan ini dapat dihasilkan melalui pembentukan konsensus sebagai metode dasar untuk mencapai keputusan bersama. Secara keseluruhan, pergerakan prinsip bersama dibangun dan dipertahankan melalui proses interaktif yang melibatkan pengungkapan, deliberasi, dan penentuan. Efektivitas pergerakan prinsip bersama bergantung pada kualitas masing-masing proses serta interaksi di antara ketiganya.

2. Motivasi bersama

Motivasi bersama Motivasi bersama hampir serupa dengan dimensi kolaborasi yang diungkapkan oleh Ansell dan Gash, kecuali untuk aspek legitimasi. Motivasi bersama menekankan pada elemen interpersonal dan relasional dalam dinamika kolaborasi, yang sering disebut sebagai modal sosial. Motivasi ini dipicu oleh pergerakan prinsip bersama sebagai hasil jangka menengah. Menurut Huxham dan Vangen (dalam Emerson, *et.al* (2012: 12) motivasi bersama juga memperkuat dan mempercepat pergerakan prinsip bersama. Emerson, *et.al* (2012:13) menggambarkan motivasi bersama sebagai siklus yang memperkuat diri sendiri, terdiri dari empat elemen utama: kepercayaan bersama, pemahaman bersama, legitimasi internal, dan komitmen. Berikut penjelasannya:

a) Kepercayaan bersama (*mutual trust*).

Unsur pertama dari motivasi bersama adalah pengembangan kepercayaan bersama. Menurut Fisher dan Brown dalam Emerson,

et.al (2012: 11) kepercayaan bersama akan berkembang seiring dengan keterlibatan pihak-pihak pada saat melakukan kolaborasi, mengenal satu sama lain dan saling membuktikan bahwa diri mereka dapat dipercaya, bertanggung jawab dan dapat diandalkan. Kepercayaan meminimalkan biaya transaksi, meningkatkan investasi, dan menjaga stabilitas hubungan, sambil merangsang pembelajaran bersama, pertukaran pengetahuan, dan inovasi (Koppenjan dan Klijn dalam Emerson, *et.al*, 2012:11). Kepercayaan menciptakan pengertian bersama antar pemangku kepentingan, menghasilkan legitimasi bersama, dan berujung pada komitmen bersama.

b) Pemahaman bersama (*mutual understanding*).

Pemahaman bersama memungkinkan pemangku kepentingan menghargai perbedaan yang ada, meski mereka tidak selalu sepakat. Pemahaman bersama tidak sama dengan "*shared understanding*" yang diartikan sebagai kesepakatan bersama atas tujuan dan nilai. Pemahaman bersama lebih kepada apresiasi terhadap perbedaan posisi dan kepentingan. Kepercayaan yang sudah terbangun dalam kolaborasi sering mempengaruhi terbentuknya pemahaman bersama. Sedangkan, *mutual understanding* lebih ke arah pemahaman bersama yang dimaksud untuk membuat sesama stakeholder saling mengerti dan menghargai posisi dan kepentingan stakeholder lain bahkan ketika stakeholder tersebut tidak sependapat. Pemahaman bersama menuju pada kualitas interaksi interpersonal individu dan organisasi. Pembentukan pemahaman bersama sering dipengaruhi oleh kepercayaan yang telah terbentuk di dalam kolaborasi.

c) Legitimasi internal (*internal legitimation*).

Legitimasi internal adalah pengakuan dari dalam kolaborasi, di mana aktor-aktor dianggap kredibel dan dapat dipercaya dalam memperjuangkan kepentingan bersama. Para aktor harus menyadari adanya ketergantungan antara mereka yang menciptakan kolaborasi yang berkelanjutan. Legitimasi internal, kepercayaan bersama, dan pemahaman bersama saling berkaitan dan mempengaruhi komitmen bersama.

d) Komitmen (*commitment*).

Komitmen dalam kolaborasi membantu mengatasi hambatan yang sering timbul akibat perbedaan karakteristik dan kepentingan antar aktor. Komitmen mendorong interaksi lintas organisasi dan memperkuat semangat partisipasi. Optimisme terhadap pencapaian tujuan bersama serta hasil sementara dari kolaborasi, seperti "*small-wins*," juga turut memperkuat komitmen para aktor. Kesimpulannya, interaksi yang berkualitas membentuk kepercayaan dan pemahaman bersama, menghasilkan legitimasi internal yang mempengaruhi komitmen bersama. Keempat elemen ini saling menguatkan, menciptakan motivasi bersama yang berkelanjutan.

3. Kapasitas untuk melakukan tindakan bersama

Kolaborasi bertujuan mencapai hasil yang tidak bisa diraih secara individu atau oleh satu pihak saja. Ini melibatkan kegiatan kooperatif untuk meningkatkan kapasitas diri dan pihak lain dalam mencapai tujuan

bersama. Oleh karena itu, kolaborasi harus menghasilkan kapasitas baru bagi setiap aktor untuk bertindak bersama dalam jangka waktu tertentu. Terkadang, beberapa aktor tidak memiliki kapasitas yang memadai untuk bertindak bersama karena adanya ketimpangan kekuatan. Kapasitas didefinisikan sebagai "serangkaian elemen lintas fungsi yang memungkinkan tindakan efektif," yang mencakup prosedur dan kesepakatan institusi, kepemimpinan, pengetahuan, dan sumber daya. Elemen-elemen ini harus mencukupi untuk mencapai tujuan yang telah disepakati. Kapasitas untuk bertindak bersama seringkali dipandang sebagai hasil dari interaksi antara penggerakan prinsip bersama dan motivasi bersama. Namun, perkembangan kapasitas ini juga dapat memperkuat motivasi bersama dan penggerakan prinsip bersama, yang pada akhirnya memastikan tindakan kolaboratif yang lebih efektif:

a) Prosedur dan kesepakatan insitusi (*procedural and insitutional arrangements*)

Berbagai prosedur dan protokol, serta struktur kolaborasi dibutuhkan dalam manajemen interaksi antar aktor. Sedangkan dimensi-dimensi dari kesepakatan bersama adalah aturan-aturan umum (*ground rules*), protokol-protokol dalam kegiatan (*operating protocol*), peraturan untuk membuat keputusan (*decision rules*), dan sebagainya yang mungkin dapat terbentuk. Seringkali kesepakatan yang ada dalam kolaborasi awalnya adalah informal, namun seiring berjalannya waktu, maka dibutuhkan formalitas, seperti adanya pembentukan

perundangan atau legal formal yang menjadi payung hukum berkolaborasi.

Untuk kolaborasi yang lebih besar, lebih kompleks, dan bertahan lama, struktur lembaga kolaboratif harus jelas dan diperlukan protokol untuk administrasi dan pengelolaan aktivitas kolaboratif (Milward dan Provan dalam Emerson et al., 2012: 13). Pada saat yang sama, pengaturan kelembagaan ada baik di dalam organisasi (bagaimana peserta mengatur dan mengelola organisasi mereka sendiri dalam inisiatif kolaboratif) dan antar organisasi (bagaimana kelompok kolaboratif mengelola proses dan bagaimana kolaborasi berintegrasi dengan pengambil keputusan eksternal).

Struktur kolaborasi yang baik bersifat fleksibel dan non-hierarki. Struktur ini bersifat jaringan dan memiliki variasi yang berbeda-beda, dengan pilihan yang umum digunakan adalah “sistem yang dikelola sendiri” yang dipimpin oleh aktor pemerintah, atau pembentukan struktur yang sepenuhnya baru. Walaupun kolaborasi berbentuk fleksibel dan tidak hirarki, tapi peraturan masih merupakan hal penting yang dibutuhkan.

b) Kepemimpinan (*leadership*)

Kepemimpinan memegang peranan penting yang mutlak dalam kolaborasi. Berbagai peran pemimpin selama proses kolaborasi adalah (1) pihak penggali dukungan untuk kolaborasi, (2) penginisiasi pertemuan, (3) fasilitator dan mediator, (4) representasi dari aktor, dan kolaborasi secara keseluruhan, (5) pendistributor pengetahuan, (6) mendorong penggunaan teknologi dalam kolaborasi, serta (7)

mempromosikan informasi kepada masyarakat. Peran utama pemimpin lainnya adalah cara ia berperilaku ketika mendorong musyawarah atau penyelesaian konflik, serta meningkatkan tekad peserta untuk mencapai tujuan kolaboratif (dieksekusi selama proses kolaboratif). Seringkali, pemimpin kolaborasi gagal menjalankan perannya dengan baik karena mereka tidak mengetahui keterampilan apa yang harus mereka kuasai, atau bahkan karena kepemimpinan yang dibutuhkan untuk berkolaborasi berbeda dengan kepemimpinan yang terdapat di organisasi pada umumnya.

c) Pengetahuan (*knowledge*)

Merupakan mata uang atau dari kolaborasi, pengetahuan dibutuhkan dan berusaha untuk disediakan. Menurut Groff & Jones (dalam Emerson, *et.al*, 2012:16) menjelaskan pengetahuan sebagai:

Knowledge is information combined with understanding and capability: it lives in the minds of people. Knowledge guides action, share as information and data can merely inform or confuse. (Groff & Jones dalam Emerson, et.al, 2012:16)

Pengetahuan adalah menggabungkan informasi dengan memahaminya dan menambahkan kemampuan. Pengetahuan mengarah pada tindakan, namun pengetahuan juga dapat memberi informasi atau menciptakan kebingungan. Yang lebih penting adalah bagaimana pengetahuan disebarkan dan bagaimana para peserta memanfaatkannya sehingga bermanfaat bagi proses kolaboratif.

d) Sumber daya (*resources*)

Pertukaran atau kombinasi sumber daya merupakan salah satu keuntungan kolaborasi. Sumber daya mencakup pendanaan keuangan, batasan waktu dan peran, dukungan teknis dan administratif untuk melaksanakan kegiatan, bantuan timbal balik, keterampilan analitis kolaboratif, dan kebutuhan pelaksana lapangan dan para ahli. Dalam kolaborasi, selalu terdapat perbedaan sumber daya yang besar antar peserta (*resource Difference*). Efektivitas sumber daya dapat diukur berdasarkan seberapa baik elemen kolaboratif (pemimpin, peserta, dan individu) mengelola sumber daya berdasarkan perbedaan-perbedaan ini. Dalam praktiknya hal ini sangat kompleks dan tidak mudah karena dipengaruhi oleh faktor lain, yaitu apakah ada prosedur dan protokol kelembagaan yang mengakomodasi hal tersebut, peran pemimpin dan bagaimana distribusi pengetahuan yang ada mendorong pertukaran dan alokasi sumber daya. Apakah kolaborasi merupakan mekanisme pengelolaan sumber daya.

Pada dasarnya, kemampuan untuk mengambil tindakan bersama sangatlah penting dan menjadi tantangan utama dalam kerja sama, karena selalu ada perbedaan karakteristik dan kekuatan antar aktor. Kejelasan prosedur dan kesepakatan bersama yang dituangkan dalam bentuk legal formal, pengaruh kepemimpinan, pengelolaan pengetahuan dan pengelolaan sumber daya merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi kesejahteraan peserta sehingga dapat mengambil tindakan bersama. Namun jika dilihat dari penafsiran masing-masing

unsur, unsur-unsur sebelumnya mempunyai efek mengedepankan prinsip-prinsip umum dan motivasi bersama.

Kesimpulan akhir dari dinamika kolaboratif ini adalah bahwa hal ini hanya akan berhasil bila tiga komponennya, yaitu mobilisasi prinsip-prinsip bersama, motivasi bersama, dan kemampuan untuk mengambil tindakan bersama, yang mana terdapat beberapa elemen. Dinamika yang ada berbentuk siklus berulang, dimana masing-masing komponen saling mempengaruhi (begitu juga elemen-elemennya, dan tidak dipungkiri bahwa elemen tersebut dapat mempengaruhi elemen lintas komponen).

2.2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Dinamika Kolaborasi

a. Efektivitas Keberhasilan Dinamika Kolaborasi

Emerson et.al (2012) berpendapat bahwa dinamika kolaborasi adalah tahapan dari proses kolaborasi. Diawali dengan *system context* yang melatar belakangi adanya kolaborasi. Terdiri dari 6 (enam) elemen, yaitu: 1) Kondisi sumberdaya/ pelayanan publik yang merupakan peluang mendasar kolaborasi, 2) Kebijakan dan kerangka hukum, sistem regulasi dan peradilan yang membatasi pengambilan keputusan dan kolaborasi, 3) Karakteristik sosial ekonomi dan budaya, termasuk keuangan, pendidikan, kesehatan masyarakat, etnis, dan struktur masyarakat, 4) Karakteristik jaringan, struktur saling ketergantungan antar organisasi atau bagian bukan bawahan organisasi lain, 5) Dinamika politik dan hubungan kekuasaan, baik formal maupun informal, 6) Sejarah konflik antar aktor kunci dan organisasi.

System context sangat dipengaruhi oleh *drivers* yang menggerakkan sistem tersebut siap melaksanakan proses kolaborasi. *Drivers* terdiri dari 4 (empat) hal, diantaranya: 1) *Leadership*, pemimpin yang berinisiatif dan membantu mempersiapkan sumber daya, 2) Konsekuensi insentif, kompensasi tambahan baik internal (*reward & reinforcement*) maupun eksternal (krisis, kesempatan dan ancaman), 3) Saling ketergantungan, dimana individu dan organisasi tidak dapat mencapai tujuan dengan usaha sendiri, 4) Ketidakpastian, fluktuasi permasalahan publik yang menjadi tantangan utama pengelolaan. Kejelasan objek, proses dan pembagian peran menjamin efektifitas kolaborasi. Termasuk akibat inisiatif *stakeholder* yang kurang karena kepentingan dan tuntutan permintaan masing-masing *stakeholder* sepanjang proses kolaborasi. Hal lainnya adalah kurangnya kredibilitas masing-masing *stakeholder*. Agar tercapai kolaborasi yang efektif, diperlukan pembatasan perbedaan derajat atau kedudukan dalam pelaksanaan kolaborasi.

Menurut DeSeve (2007), ada delapan domain mengukur keberhasilan kolaborasi dalam *governance*:

1. Tipe *networked structure* (jenis struktur jaringan). Konsep suatu hubungan menyatu antar institusi yang mencerminkan unsur-unsur fisik jaringan yang dikelola.

Milward dan Provan mengkategorikan 3 (tiga) bentuk struktur jaringan, yaitu:

- a) *Self Governance*. Struktur tanpa entitas administratif, namun masing-masing *stakeholders* terlibat berpartisipasi dalam *network* dan manajemen.
 - b) *Lead Organization*. Adanya etentitas administratif (dan juga manajer yang melakukan jaringan) sebagai anggota *network*/ penyedia pelayanan. Sifat model ini lebih tersentralisir dibandingkan model *Self Governance*.
 - c) *Network Administrative Organization* (NAO). Adanya etentitas administratif secara tegas, dibentuk untuk mengelola *network* bukan sebagai penyedia pelayanan dan manajernya digaji.
2. *Commitment to a common purpose* (komitmen terhadap tujuan). Bersumber pada alasan adanya sebuah *network* atau jaringan dimana perhatian dan komitmen untuk mencapai tujuan-tujuan positif. Di organisasi pemerintah dikenal dengan misi umum.
 3. *Trust among the participants* (adanya saling percaya di antara para pelaku/ peserta dalam jaringan). Mengacu pada hubungan profesional atau sosial, keyakinan para partisipan percaya pada informasi-informasi atau usaha-usaha dari *stakeholders* lainnya dalam jaringan untuk mencapai tujuan bersama. Unsur ini sangat esensial di lembaga pemerintah karena harus yakin pemenuhan mandat legislatif atau regulatori dan kepercayaan terhadap *partner-partner* (rekan kerja dalam jaringan) lain di dalam pemerintahan (bagian-bagian, dinas-dinas, kantor-kantor, badan-badan dalam satu pemerintahan daerah, misalnya) dan *partner-partner* di luar pemerintah untuk menjalankan aktivitas yang telah disetujui bersama.

4. Tata kelola bersifat deterministik. Salah satu unsur keberhasilan jaringan atau kolaborasi adalah kejelasan tata kelola, antara lain:
 - a) Batasan dan eksklusivitas, mengidentifikasi siapa yang menjadi anggota dan siapa yang bukan anggota;
 - b) Penekanan pada peraturan (*rules*) yang memberikan pembatasan ganda terhadap perilaku anggota masyarakat dan ancaman pengusiran jika berperilaku tidak menentu, tidak pantas, atau melanggar kesepakatan yang telah disepakati bersama. Ada aturan main yang jelas tentang apa yang boleh dilakukan dan apa yang tidak boleh dilakukan, serta ada ketegasan yang dianggap menyimpang dan masih dalam ruang lingkup kesepakatan;
 - c) *Self determination* adalah kebebasan menentukan bagaimana kolaborasi akan dijalankan dan siapa yang diijinkan menjalankannya;
 - d) *Network management* berkaitan dengan resolusi penolakan/ tantangan alokasi sumber daya, kontrol kualitas, dan pemeliharaan organisasi.
5. *Acces to authority* (akses terhadap kekuasaan). Ketersediaan standar atau ukuran ketentuan atas prosedur-prosedur yang jelas dan diterima secara luas. Kebanyakan *network*, perlu ditetapkan salah satu anggota *network* untuk memberikan otoritas guna mengimplementasikan keputusan- keputusan atau menjalankan pekerjaannya.
6. Akuntabilitas/tanggung jawab distributif. Tata kelola bersama (membangun, mengelola, mengelola dengan pemangku kepentingan lainnya), berbagai kreasi

keputusan dan tanggung jawab semua anggota untuk mencapai hasil yang diinginkan. Jika anggota tidak dilibatkan dalam menentukan tujuan jaringan dan tidak mau memberikan sumber daya dan wewenang ke jaringan, jaringan mungkin tidak mencapainya.

7. *Information sharing* (berbagi informasi). Akses mudah bagi anggota, perlindungan privasi (kerahasiaan identitas pribadi), dan akses terbatas bagi non anggota (selama dapat diterima oleh semua pihak). Kemudahan akses ini mencakup sistem, perangkat lunak, dan program yang memungkinkan akses informasi secara mudah dan aman.
8. Akuisisi sumber daya, ketersediaan sumber daya keuangan, teknis, manusia dan lainnya yang diperlukan untuk mencapai tujuan jaringan. Jika memungkinkan, pemerintah perlu menyediakan sumber daya keuangan dan atau sumber daya lainnya. Bila diperlukan, dapat menjalin kerja sama dengan lembaga keuangan atau lembaga swasta lainnya untuk berinvestasi.

b. Hambatan Dinamika Kolaborasi

Melakukan kolaborasi, tidak terlepas dari hambatan dan rintangan. Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan gagalnya kolaborasi diantaranya:

1. Menurut Newman, *et.al*, (2004: 207), partisipasi aktif dari berbagai *stakeholder* sangat diperlukan. Partisipasi menjadi faktor penting dalam kolaborasi. Hal ini sebagaimana yang disampaikan oleh Newman, *et.al*, (2004: 207) yang mengatakan;

Our findings open number of issues about constraints on the development of “collaborative governance”. To understand these constraints, we suggest, there is need allocate participation initiatives in the context of government policy, to explore ways in which such policy is interpreted and enacted by strategic actors in local organisations and to examine the perceptions of members of deliberative forums themselves.

Newman dkk menemukan bahwa kolaborasi sering menghadapi berbagai hambatan, sehingga diperlukan upaya partisipatif yang dimasukkan ke dalam perumusan kebijakan pemerintah. Tujuan dari langkah ini adalah untuk mengeksplorasi bagaimana kebijakan tersebut diinterpretasikan dan disahkan oleh aktor-aktor strategis di tingkat organisasi lokal, serta untuk memahami persepsi anggota forum kolaborasi itu sendiri. Partisipasi sangat penting dalam tata kelola kolaboratif, tetapi dapat menjadi hambatan jika tidak ada keterlibatan aktif dari para pemangku kepentingan dalam proses kolaborasi.

2. Menurut Gray (2009: 87), ada tujuh kendala utama yang mengiringi proses kolaborasi: (1) Komitmen yang bertentangan dengan tujuan kolaborasi; (2) Sejarah konflik yang didasarkan pada perbedaan ideologi yang telah berlangsung lama; (3) Kebijakan yang tidak mengalokasikan sumber daya dengan tepat; (4) Perbedaan persepsi tentang risiko; (5) Kerumitan teknis; (6) Budaya institusional dan politik yang tidak mendukung; dan (7) Tindakan sepihak oleh pihak yang memiliki kekuasaan.
3. Menurut *Government of Canada* mengenai terhambatnya kolaborasi dan partisipasi disebabkan oleh beberapa faktor, terutama budaya, institusi, politik, dan kesepakatan (Sudarmo, 2011:117-120).

Faktor pertama adalah budaya, kolaborasi bisa gagal karena budaya yang cenderung terlalu bergantung pada prosedur dan kurang berani mengambil risiko atau terobosan. Untuk menciptakan kolaborasi yang efektif, diperlukan keterampilan dan kemauan dari pelayan publik untuk bermitra dengan pendekatan pragmatis yang berorientasi pada hasil. Ketergantungan berlebihan pada prosedur justru menghambat kolaborasi dan menurunkan kualitasnya. Selain itu, kolaborasi sering gagal karena pemerintah tetap menggunakan pendekatan hierarkis “*top down*” dan mendominasi proses, tanpa mentalitas kerjasama yang setara. Partisipasi dari kelompok-kelompok kepentingan atau pemangku kepentingan sering kali dianggap tidak penting, sehingga kolaborasi didominasi oleh pihak pemerintah. Strategi kooptasi, di mana kepentingan kelompok pro-pemerintah diakomodasi sementara kelompok yang menentang diabaikan, juga bisa menjadi alasan kegagalan kolaborasi.

Faktor kedua adalah institusi. Kegagalan kolaborasi juga dapat disebabkan oleh kecenderungan institusi untuk tetap menggunakan struktur hirarkis, terutama oleh pemerintah. Institusi yang terlalu berorientasi pada struktur vertikal kurang cocok untuk kolaborasi yang lebih membutuhkan pengorganisasian horizontal antara pemerintah dan non-pemerintah. Meskipun pemerintah mungkin menganut sistem demokrasi yang bersifat perwakilan, tingkat formalitas yang tinggi sering kali tidak sesuai dengan sifat spontan dan informal dari kolaborasi.

Faktor ketiga adalah politik. Kolaborasi bisa terhambat oleh kurangnya inovasi dalam kepemimpinan politik. Pemimpin yang inovatif dapat memperkenalkan nilai-nilai dan tujuan yang mendukung tata kelola

kolaboratif dan menginspirasi pencapaian hasil positif. Namun, kurangnya inovasi dalam mencapai tujuan politik yang kompleks dan kontradiktif dapat menyebabkan kolaborasi terhambat.

Faktor keempat adalah kesepakatan. Kolaborasi bisa gagal jika ada perubahan kesepakatan awal atau munculnya kepentingan baru di antara pemangku kepentingan yang terlibat. Ketidaksepakatan yang muncul selama proses dapat menghambat keberhasilan kolaborasi.

Penjelasan di atas perlu direduksi untuk mengidentifikasi dan penyesuaian dengan permasalahan dinamika kolaborasi dalam PCC di RSUD sesuai *system context* nya. Sebagaimana dijelaskan dalam tabel 2.2:

Tabel 2.2 Identifikasi Faktor Berpengaruh

Tokoh	Identifikasi Faktor	<i>System Context</i>
De Seve (2007)	Struktur Jaringan	Karakteristik Jaringan
	Komitmen Tujuan	Karakteristik Jaringan
	Kepastian Tata Kelola	Kebijakan & Hukum
	Akses Kekuasaan	Dinamika Politik
	Distribusi Tanggung Jawab	Kebijakan & Hukum
	Berbagi Informasi	Sosial Ekonomi Budaya
	Akses <i>Resources</i>	Dinamika Politik
Newman et.al (2004)	Partisipasi	Sejarah Konflik
	Interpretasi	Sosial Ekonomi Budaya
	Regulasi	Kebijakan & Hukum
Grey (2009)	Komitmen	Karakteristik Jaringan
	Ideologi	Dinamika Politik
	Alokasi Sumber Daya	Sumber Daya Publik
	Persepsi Risiko	Sosial Ekonomi Budaya
	Kerumitan Teknis	Sosial Ekonomi Budaya

Tokoh	Identifikasi Faktor	<i>System Context</i>
	Budaya Lembaga	Sosial Ekonomi Budaya
	Dominasi Kekuasaan	Dinamika Politik
Government of Canada (2011)	Budaya	Sosial Ekonomi Budaya
	Institusi	Karakteristik Jaringan
	Politik	Dinamika Politik
	Kesepakatan	Karakteristik Jaringan
Emerson et.al (2012)	<i>Leadership</i>	Dinamika Politik
	Konsekuensi Insentif	Kebijakan & Hukum
	Saling Ketergantungan	Karakteristik Jaringan
	Ketidakpastian	Sumber Daya Publik

Sumber: Olahan Peneliti (2023)

Proses identifikasi faktor dan *system context* dalam dinamika kolaborasi terdapat 6 (enam) elemen yang berpengaruh. Guna kepentingan alat bantu analisis masalah, peneliti mensarikan menjadi 4 (empat) elemen sesuai dengan permasalahan dan tema kajian. Faktor berpengaruh yang dominan dalam penelitian ini sebagaimana tabel 2.3.

Tabel 2.3 Faktor Berpengaruh Dinamika Kolaborasi Dalam PCC di RSUD Provinsi Jawa Tengah

No	Kategori	Dimensi
1	Dinamika Politik dan Kekuasaan	Akses Kekuasaan, Akses <i>Resources</i> , Ideologi, Dominasi Kekuasaan, Politik, <i>Leadership</i>
2	Karakteristik Jaringan	Struktur Jaringan, Komitmen Tujuan, Komitmen, Institusi, Kesepakatan, Saling Ketergantungan
3	Sosial Ekonomi Budaya	Berbagi Informasi, Interpretasi, Persepsi Risiko, Kerumitan Teknis, Budaya Lembaga, Budaya
4	Kerangka Kebijakan dan Hukum	Kepastian Tata Kelola, Distribusi Tanggung Jawab , Regulasi, Konsekuensi Insentif

Sumber: Olahan Peneliti (2023)

1. Dinamika Politik dan Kekuasaan

Emerson et.al, 2012 menyebutkan bahwa hubungan kekuasaan baik formal maupun informal akibat dinamika politik akan mempengaruhi pembentukan, keberlanjutan dan kinerja kolaborasi. Distribusi pemerataan kekuasaan, pola pengaruh dan kontrol mendorong persepsi publik dan individu aktor kolaborasi tentang berbagai sumber daya dan prosedur untuk mencapai tujuan kolaborasi. Sebagaimana pendapat Ansell dan Gash (2008) dan Bryson et.al (2005) bahwa kondisi politik dan kekuasaan ini berperan strategis dalam pemberian dan pembatasan akses dan dukungan pengambil keputusan publik. Sehingga menghindari kekuasaan yang ekstrim, dominasi antar stakeholder yang mempersulit kolaborasi.

Dinamika politik dan kekuasaan adalah faktor berpengaruh pada penelitian dinamika kolaborasi PCC ini. Faktor yang memastikan antar stakeholder berinteraksi dengan egaliter, berbagi akses sumber daya dan kepemimpinan yang inisiatif.

2. Karakteristik Jaringan

Jaringan merupakan struktur saling ketergantungan antar organisasi atau antar bagian di mana organisasi atau bagian satu bukan bawahan atau atasan bagi organisasi atau bagian lainnya dalam struktur hirarkhi (O'Toole, 1997). Lebih rinci Bryson et.al (2006) menjelaskan bahwa: 1) kompleks jaringan social dan organisasi yang eksisting masing-masing stakeholdernya sudah menjadi bagiannya, 2) jaringan yang strukturnya menghubungkan para stakeholder. Kekuatan dan kepadatan hubungan atau ikatan adalah

karakteristik jaringan. Frekuensi interaksi antar stakeholder merupakan operasional dari kekuatan ikatan dalam jaringan. Banyaknya interaksi menguatkan ikatan, sebaliknya semakin sedikit interaksi melemahkan ikatan. Kepadatan jaringan berkaitan dengan interaksi langsung antar sebagian besar stakeholder/ organisasi. Semakin sering berinteraksi langsung antar stakeholder/ organisasi semakin padat jaringan, demikian juga sebaliknya.

Frekuensi interaksi langsung dipengaruhi oleh komitmen dan kesepakatan. Komitmen mendorong kesediaan terlibat terdiri dari: 1) Hubungan emosional memunculkan keterikatan afektif, 2) Hubungan yang bernilai atau berharga, 3) niat dan usaha mempertahankan hubungan dan keinginan stakeholder memelihara hubungan jangka panjang (Gundlach et.al; 1995). Jaringan yang mengikat anatar organisasi/ bagian berbentuk kesepakatan, aturan atau perjanjian dapat menghasilkan komitmen.

Faktor berpengaruh berikutnya dalam penelitian ini adalah karakteristik jaringan. Partisipasi berbagai stakeholder yang sering dalam sebuah jaringan mendorong untuk terbentuknya komitmen. Sehingga keberhasilan dinamika kolaborasi dalam PCC di RSUD sangat direfleksikan dari karakteristik jaringan yang saling ketergantungan berkomitmen pada tujuan bersama.

3. Karakteristik Sosial Ekonomi Budaya

Karakteristik yang menurut Sebatier et.al (2005) mencerminkan tingkat keuangan/ pendapatan, pendidikan, status kesehatan serta keberagaman etnis, ras dan kebiasaan sehingga terbentuk struktur masyarakat yang berpengaruh dan dipengaruhi kondisi tersebut. Karakteristik sosial ekonomi dan budaya

menjadi penting sehubungan dengan: 1) kontribusi terhadap kualitas dan kondisi layanan publik baik masalah maupun sumber dayanya, 2) modal sosial yang dapat dikerahkan sebagai solusi yang kolaboratif baik sumber daya keuangan maupun akses informasi dan norma masyarakat. Sebagaimana pendapat Biddel & Koontz (2014) bahwa elemen input dalam tata kelola kolaboratif terdapat variabel kemitraan kolaboratif antara stakeholder, keuangan dan sumber daya teknis organisasi. Dinamika berpengaruh dan mempengaruhi dalam organisasi sebagai institusi/ lembaga adalah sistem sosial yang pembentukannya dipengaruhi oleh sistem simbolis, budaya dan keluasan aspek sosial. Organisasi tidak terbatas pada adaptasi rasional, namun termasuk norma, legitimasi, kepercayaan dan faktor non teknis lain (Gudono, 2017; Donalson, 2000).

Batasan faktor berpengaruh berikutnya dalam penelitian ini adalah karakteristik social ekonomi dan budaya individu maupun organisasi stakeholder yang terlibat kolaborasi. Karakteristik sistem sosial yang budayanya mempengaruhi informasi, interpretasi, dan persepsi risiko masing-masing stakeholder pada dinamika kolaborasi dalam PCC di RSUD.

4. Kerangka Kebijakan dan Hukum

Bryson et.al (2006) memaknai sebagai sistem legislatif, administratif, regulatif dan peradilan yang memungkinkan memberikan atau membatasi ruang pengambilan keputusan publik dalam *collaborative governance*. Dapat berbentuk Undang-Undang, Peraturan Presiden, Peraturan Menteri, Petunjuk teknis, prosedur dan regulasi lain yang berkaitan dengan pelayanan publik

dan sumber dayanya. Termasuk ketentuan yang mempengaruhi peluang kolaborasi lintas sektor. Hanberger (2004) menjelaskan rincian ciri dalam pelaksanaan *governance*, yaitu: 1) *state coordinated*, banyak digunakan praktik *governance* sampai saat ini, dimana negara memegang kekuasaan utama dibanding aktor lain untuk memudahkan akuntabilitas, 2) *local government coordinated*, desentralisasi pusat ke daerah sesuai dengan kondisi daerah masing-masing yang tentu lebih kompleks dan variatif, 3) *multiactor coordinated*, penerapan prinsip kolaboratif seluruh actor sesuai kesepakatan sebagai landasan hukum pelaksanaan kolaborasi.

Faktor berpengaruh berikutnya dalam penelitian ini adalah kerangka kebijakan dan hukum. Kerangka yang memastikan tata kelola, distribusi tanggung jawab dan regulasi serta prosedur yang menaungi pelaksanaan dinamika kolaborasi PCC di RSUD.

2.2.7 *Stakeholder*

Pelaksanaan kebijakan atau program sesuai tujuan yang diharapkan dalam *collaborative governance* berkaitan erat dengan peran aktor/ *stakeholder* (Warsono et.al, 2020; Hafis et.al, 2020; Ramesh & Howlet, 2003). *Stakeholder* adalah individu atau kelompok berkepentingan yang kontribusinya saling berpengaruh dan dipengaruhi dalam proses pencapaian tujuan organisasi (Freeman, 1984; Rowlinson & Cheung, 2008). Diperkuat oleh pendapat Biset (1998); West (2012) yang menjelaskan bahwa *Stakeholder* merupakan individu atau kelompok internal maupun eksternal yang mempunyai perhatian atau kepentingan dan saling mempengaruhi

dalam tindakan mencapai tujuan penyelesaian masalah. Merangkum pendapat para ahli di atas, *stakeholder* merupakan individu atau kelompok yang memiliki ketertarikan dan kepentingan terhadap maslaah, program maupun kegiatan yang dilakukan.

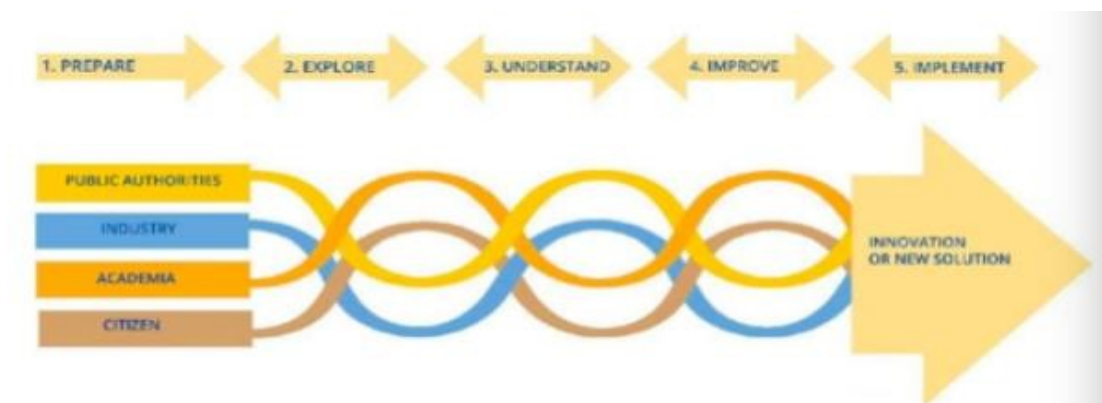
Stakeholder diklasifikasikan oleh Clarkson (1995) menjadi *stakeholder* primer dan *stakeholder* sekunder, yaitu:

- a. *Stakeholder* primer, adalah orang yang partisipasi berkelanjutannya secara langsung memiliki kepentingan terhadap kebijakan atau melaksanakan program. *Stakeholder* primer merupakan pimpinan penanggung jawab penuh keputusan yang berperan dalam menciptakan nilai keberlanjutan hubungan dan retensi antar kelompok *stakeholder* dinamika kolaborasi dalam PCC di RSUD..
- b. *Stakeholder sekunder* merupakan *stakeholder* pendukung pelaksana program atau kelompok *stakeholder* yang tidak berkaitan langsung tetapi peduli atas keputusan program.

Klasifikasi *stakeholder* menurut Mitchell et.al (1997) dapat dikelompokkan berdasar: 1) power untuk mempengaruhi dan memaksa, 2) legitimasi hubungan masing-masing *stakeholder*, 3) urgensi klaim *stakeholder* untuk bersaing. Proses analisis *stakeholder* dimulai dengan mengidentifikasi individu, kelompok dan organisasi berpengaruh dan dipengaruhi lingkungan serta memprioritaskan individu, kelompok dan organisasi untuk terlibat proses pengambilan keputusan. Reed et.al (2009) mengemukakan langkah analisis dengan: 1) melakukan identifikasi

stakeholder 2) Mengelompokkan dan membedakan antar *stakeholder*, 3) menyelidiki hubungan antar *stakeholder*.

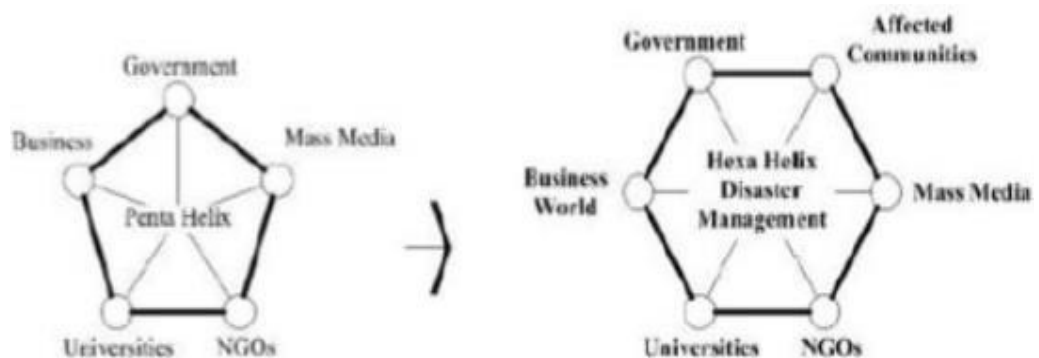
Triple helix, *quadruple helix*, *pentahelix* dan *hexa helix* adalah model *stakeholder* yang mengemuka. Dimana setiap helix diikat dengan dialog tatap muka untuk sinergi (Etzkowitz & Leydesdorff, 1995). *Quadruple helix* merupakan inovasi kolaborasi dengan perspektif warga/ pengguna akhir yang melibatkan perwakilan semua anggota masyarakat; 1) otoritas publik/ pemerintah sebagai pembuat kebijakan maupun penyedia layanan kesehatan formal, 2) industri/ swasta penyedia layanan bisnis, 3) akademisi yang melakukan pendidikan, penelitian dan pengembangan dan 4) warga negara sebagai pengguna akhir. Berikut 5 (lima) tahapan proses penerapan *quadruple helix*: 1) *prepare* (mendefinisikan tantangan), 2) *explore* (mementukan dan identifikasi kebutuhan), 3) *understand* (memahami kebutuhan), 4) *improve* (memperbaiki, merumuskan dan menentukan solusi) 5) *implement* (menerapkan solusi terbaik) (Varmland County Administrative Board Sweden, 2018).



Gambar 2.5 Tahapan *Quadruple Helix*

Sumber: Varmland County Administrative Board Sweden (2018)

Melengkapi *Quadruple Helix*, lahir *Penta Helix* dengan 5 (lima) kelompok yang komprehensif dan sinergis dalam berinteraksi kolaborasi. Diantaranya: 1) *Government*, 2) *Bussines*, 3) *Reaserch Organization*, 4) *Non Government Organization*, 5) *Mass Media* (Ramesh & Howlett, 2003). Dalam perkembangannya, *Penta Helix* disempurnakan oleh Rahim et.al (2020) yang memberikan rekomendasi dengan menambahkan satu stakeholder yaitu komunitas terdampak sehingga disebut dengan stakeholder *Hexa Helix*. Adapun 6 (enam) stakeholder dimaksud adalah: 1) pemerintah, 2) dunia bisnis, 3) universitas, 4) LSM, 5) media masa, 6) komunitas terdampak.



Gambar 2.6 Model *Hexa Helix*

Sumber: Rachim et.al (2020)

Stakeholder dalam penelitian model pengembangan dinamika kolaborasi dalam PCC di RSUD Pemerintah Provinsi Jawa Tengah adalah *stakeholder* primer dan *stakeholder* sekunder individu dimana individu atau kelompok dan lembaga atau organisasi yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelaksanaan PCC di RSUD Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.

2.2.8 *Patient Centered Care (PCC)*

a. *Pengertian Patient Centered Care (PCC)*

PCC telah muncul sebagai pendekatan utama untuk pelayanan kesehatan sejak tahun 2004. Delaney (2015) menegaskan bahwa pelayanan kesehatan telah berkembang, bergeser dari layanan kesehatan yang menerapkan tradisional paternalistik, dimana pendekatan 'dokter tahu yang terbaik' ke pendekatan PCC. Pendekatan paternalistik tradisional, dimana pelayanan harus sesuai dengan yang diperintahkan dan diresepkan dokter praktik dengan masukan terbatas dari pasien dan keluarga. Pendekatan PCC mengedepankan kerja kemitraan antara pasien dan keluarga dalam kaitannya dengan pemberian pelayanan kesehatan. Pendekatan ini menekankan kemitraan di bidang kesehatan antara pasien dan profesional kesehatan, mengakui preferensi dan nilai-nilai pasien, mempromosikan fleksibilitas dalam penyediaan layanan kesehatan dan berusaha untuk bergerak melampaui pendekatan paternalistik tradisional untuk pelayanan kesehatan. Dengan demikian, selain aspek fisik kesehatan, pendekatan PCC mengakui keyakinan dan nilai-nilai pasien menuju kesejahteraan. Salah satu keuntungannya adalah berfokus pada peningkatan kepuasan pasien.

PCC adalah mengelola pasien dengan merujuk dan menghargai individu pasien meliputi preferensi/ pilihan, keperluan, nilai-nilai, dan memastikan bahwa semua pengambilan keputusan klinik telah mempertimbangkan dari semua nilai-nilai yang diinginkan pasien (Frampton, 2008: 47). *Institute of Medicine* (IOM) mendefinisikan PCC sebagai asuhan yang menghormati dan

responsif terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai-nilai pribadi pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis. (Shaller, 2007: 81).

The Picker Institute (2004) membawa PCC ke permukaan dengan penelitian yang menekankan perlunya untuk menghormati preferensi dan nilai-nilai pasien, kenyamanan psikofisiologis, pentingnya komunikasi dan kebutuhan untuk memberikan dukungan dan perawatan terkoordinasi yang inklusif dari pasien dan/ keluarganya. *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* atau disebut ACSQHC (2011) menyebutkan karena kemampuannya untuk fleksibel dan disesuaikan dalam memenuhi kebutuhan individual, pendekatan ini telah meningkatkan kualitas pelayanan dan telah menjadi ukuran independen dari kualitas layanan kesehatan yang disediakan. Prinsip-prinsip PCC yang tercermin dalam laporan pelayanan, banyak penyedia layanan kesehatan yang mendukung kualitas, menghormati keyakinan dan nilai-nilai pasien, komunikasi terbuka dan dukungan. Prinsip inti PCC bahwa seorang individu adalah pusat dan integrasi perawatan yang mengharuskan berkonsultasi sebelum keputusan tentang pengobatan yang dibuat. Prinsip-prinsip utama yang mendukung PCC mencerminkan paradigma etika otonomi dan hak untuk menentukan nasib sendiri.

Berdasarkan pengertian PCC di atas, maka dapat disimpulkan *Patient Centered Care* (PCC) mengelola pasien dengan mengacu dan menghormati individu pasien (termasuk preferensi/pilihan, kebutuhan, nilai-nilai) dan memastikan bahwa semua keputusan klinis mempertimbangkan semua nilai yang diharapkan oleh pasien. PCC juga merupakan inisiatif untuk meningkatkan keberagaman dalam perawatan, termasuk upaya meningkatkan

model perawatan penyakit kronis, kompetensi budaya, dan keberagaman di tempat kerja. Bahkan, berbagai komponen konsep PCC diintegrasikan sehingga membentuk cara berpikir baru.

b. Tujuan *Patient Centered Care* (PCC)

Tujuan PCC meliputi (1) meningkatkan kepuasan pasien; (2) meningkatkan hasil klinis; (3) mengurangi perawatan yang mubazir dan terbuang; (4) mengurangi kemungkinan kesalahan dan keluhan medis; (5) meningkatkan kepuasan dokter; (6) meningkatkan waktu konsultasi; (7) meningkatkan keadaan emosi pasien; (8) meningkatkan kepatuhan pengobatan; (9) meningkatkan otonomi pasien; (10) mengurangi keparahan gejala; (11) mengurangi biaya pengobatan (Shaller 2007; Hudon *et al.*, 2011).

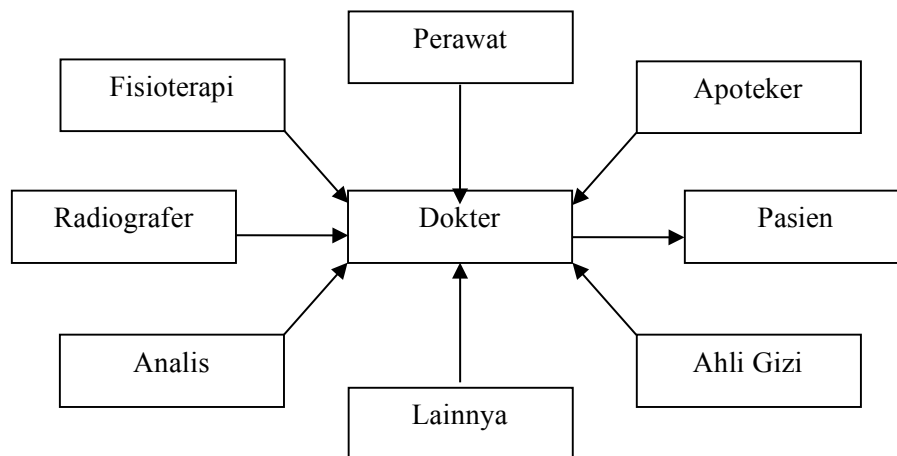
Menurut Ells, *et.al*, (2011) tujuan PCC terdiri dari: (1) perawatan diberikan secara tepat waktu, aman dan tepat sesuai dengan standar profesi, persyaratan hukum dan perundang-undangan; (2) perawatan selama transisi akan mencerminkan tingkat keterampilan staf; (3) perawatan terkoordinasi untuk memastikan hasil yang terbaik bagi pasien; (3) tidak ada duplikasi perawatan pasien; (4) suatu distribusi yang adil dari pekerjaan; (5) sebuah pendekatan multidisiplin untuk pemberian perawatan; (6) memastikan pendekatan holistik dalam pelayanan keperawatan yang mencerminkan praktek profesional saat ini; (7) mengembangkan dan menerapkan “*Model of Care*”: (a) komunikasi yang akurat dan tepat waktu dalam dokumentasi; (b) profesional, ketrampilan, pendidikan, pemberi asuhan, loyalitas, komitmen dan

keunggulan; (c) respek diri, budaya pasien dan organisasi; (d) sikap positif; (e) privasi; (f) transisi pasien, sumber daya dan staf.

Berdasarkan tujuan PCC yang dikemukakan oleh para ahli di atas, maka dapat disimpulkan PCC adalah strategi mengelola pasien dengan merujuk dan menghargai individu pasien sebagai prinsip fundamental dalam pemberian pelayanan kesehatan maupun keperawatan, dan sekaligus aspek yang paling kritis dari manajemen kualitas. Keselamatan pasien (*patient safety*) PCC adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan resiko, identifikasi dan pengolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan resiko.

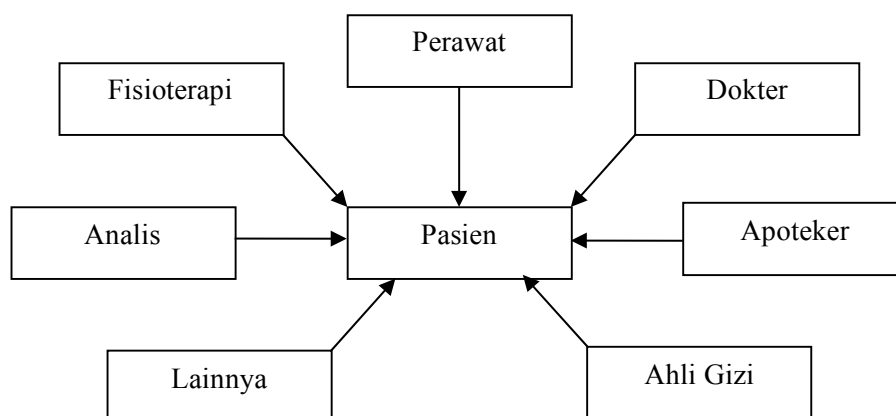
c. Perbedaan Model Tradisional dengan PCC

Pada model tradisional dalam pelayanan kesehatan, dokter merupakan unit sentral atau pusat dalam model pelayanan kesehatan.



Gambar 2.7 Model Tradisional Pelayanan Kesehatan
(Sumber: Lumenta, 2012)

Dalam model layanan kesehatan tradisional ini, pasien dan keluarga “dibentuk” untuk tunduk tanpa syarat pada keahlian dokter dalam perawatan medis. Model perawatan yang berpusat pada pasien merupakan pendekatan yang lebih modern dalam pelayanan kesehatan saat ini. Model ini menjadikan semua penyedia layanan kesehatan berpusat pada pasien dan berpusat pada pasien. Kemitraan yang setara dicapai dalam model perawatan yang berpusat pada pasien ini (Sodomka, 2006).



Gambar 2.8 Model *Patient Centered Care* (PCC)
(Sumber: Lumenta, 2012)

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi PCC

Shaller (2007) menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi PCC yaitu:

1) Kepemimpinan

Baik di rumah sakit atau rawat jalan, elemen penting PCC adalah komitmen dan keterlibatan kepemimpinan di tingkat CEO dan dewan direksi. Tanpa dukungan dan keterlibatan kepemimpinan, perubahan organisasi yang diperlukan PCC untuk mencapai layanan berkelanjutan tidak akan terjadi. Pentingnya kepemimpinan dalam teori Edgar Schein menunjukkan eratnya hubungan antara kepemimpinan dan budaya dalam organisasi, yaitu: (a) Budaya organisasi yang diciptakan oleh pemimpin, salah satu faktor yang paling menentukan diantaranya adalah fungsi kepemimpinan; (b) Dokter ahli budaya menerapkan konsep khusus pada perawatan pasien melalui model perubahan organisasi yang berfokus pada elemen seperti kepemimpinan, visi bersama, budaya dan kohesi antara manajemen dan kedokteran, serta pengawasan staf.

2) Visi strategis

Kepemimpinan yang berkomitmen dalam organisasi perlu mengembangkan visi dan rencana strategis yang jelas untuk mengelola bagaimana PCC sesuai dengan prioritas dan proses operasional sehari-hari. Pentingnya pernyataan visi dan misi yang jelas, unsur-unsur sederhana yang mudah diulang, dan tertanam dalam aktivitas sehari-hari agar seluruh staf dapat menjalankan tanggung jawabnya dengan baik. Menerjemahkan visi ke dalam perilaku adalah kunci keberhasilan organisasi.

3) Keterlibatan pasien dan keluarga

Filosofi PCC, jika pasien ingin benar-benar dilibatkan, maka keluarganya harus dilibatkan. Secara umum diterima bahwa ini berarti teman dekat dan orang berpengaruh lainnya, bukan hanya kerabat keluarga, yang dapat memberikan dukungan dan informasi penting selama proses pengobatan. Menurut Bev Johnson *Presiden Institute for Patient and Family Centered Care*, pasien dan keluarga harus terlibat dalam perawatan di beberapa tingkatan, sesuai dengan rekomendasi IOM. Tingkat pertama adalah titik pemberian perawatan, dimana pasien dan keluarga dapat memberikan kontribusi pada proses pengumpulan informasi tentang persepsi perawatan dan membantu dalam menganalisis dan menanggapi strategi pengobatan. Tingkat kedua adalah mikrosistem klinis, dimana pasien dan penasihat keluarga harus berpartisipasi sebagai anggota penuh dari peningkatan kualitas dan tim desain ulang, berpartisipasi dari awal dalam perencanaan, pelaksanaan dan mengevaluasi perubahan. Tingkat ketiga adalah kepemimpinan organisasi, dimana perspektif dan suara pasien dan keluarga sangat penting untuk peningkatan kualitas, perencanaan dan kebijakan program pembangunan. Pasien dan keluarga harus berpartisipasi dalam isu-isu seperti keselamatan pasien, desain fasilitas, peningkatan kualitas, pendidikan pasien dan keluarga, etika dan penelitian.

4) Memperhatikan SDM lingkungan perawatan

Organisasi yang berorientasi pada PCC harus membuat dan memelihara suatu lingkungan dimana tenaga kerja merupakan aset yang dihargai dan

diperlakukan pada tingkat yang sama, martabat dan rasa hormat bahwa organisasi mengharapkan staf untuk memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarga. Menekankan pentingnya perekrutan, pelatihan, evaluasi, kompensasi dan mendukung staf berkomitmen menerapkan PCC.

5) Pengukuran kepuasan dan tanggapan sistematis

Pedoman pelanggan organisasi merupakan faktor utama yang berkontribusi terhadap PCC. Mendengarkan pelanggan secara adekuat memungkinkan organisasi untuk mengukur dan memantau kinerja secara sistematis. Penting untuk mengalami proses dimana staf empati, memainkan peran pasien dan mengalami layanan atau prosedur dengan cara yang sama bahwa pasien dan keluarga memberikan umpan balik pada pemberi pelayanan.

6) Kualitas lingkungan

Salah satu faktor terpenting yang berkontribusi pada PCC adalah kualitas lingkungan fisik dimana perawatan disediakan. Sejak didirikan pada tahun 1978, Planetree telah merintis pendekatan baru untuk arsitektur dan desain yang mengenali hubungan penting antara ruang fisik dan proses penyembuhan. Bentuk desain yang ditawarkan, antara lain: (a) Ucapan selamat datang pada keluarga pasien dan rekan; (b) Nilai manusia melalui teknologi; (c) Mengajak pasien untuk sepenuhnya berpartisipasi sebagai mitra dalam perawatan mereka; (d) Memberikan fleksibilitas untuk perawatan setiap pasien secara personal; (e) Mendorong pemberi asuhan untuk bersikap responsif terhadap pasien.

7) Dukungan teknologi

Faktor yang berkontribusi akhir menyerap hampir semua elemen di atas

adalah dukungan teknologi, khususnya teknologi informasi kesehatan yang melibatkan pasien dan keluarga secara langsung dalam proses perawatan dengan memfasilitasi komunikasi dengan pemberi asuhan dan menyediakan akses memadai terhadap informasi yang dibutuhkan. Aplikasi teknologi informasi kesehatan yang muncul beberapa tahun terakhir, yang sederhana seperti komunikasi email antara pasien dan dokter melalui web.

e. Dimensi PCC

Terdapat 8 dimensi PCC menurut Picker Institute (2004), yaitu:

- 1) Menghormati nilai-nilai, preferensi dan kebutuhan yang disampaikan pasien
 Pasien menunjukkan kebutuhan untuk diakui dan diperlakukan sebagai individu oleh staf rumah sakit. Mereka prihatin dengan penyakit dan kondisi mereka dan ingin terus diberitahu. Termasuk diantaranya suasana menghormati masing-masing pasien harus fokus pada kualitas hidup, melibatkan pasien dalam keputusan medis dan membantu pasien dengan bermartabat, dan menghormati otonomi pasien.
- 2) Koordinasi dan integrasi pelayanan
 Pasien melaporkan merasa rentan dan tidak berdaya dalam menghadapi penyakit. Koordinasi pelayanan yang tepat dapat meringankan perasaan itu. Pasien mengidentifikasi tiga bidang di mana koordinasi pelayanan dapat mengurangi perasaan kerentanan: (a) Koordinasi perawatan klinis; (b) Koordinasi layanan tambahan dan dukungan; dan (c) Koordinasi pelayanan pasien di lini depan.

3) Informasi dan pendidikan

Pasien mengungkapkan informasi ketakutan mereka terhadap tindakan dan staf tidak benar-benar jujur tentang kondisi dan prognosis mereka. Berdasarkan wawancara pasien, pemberi pelayanan kesehatan dapat fokus pada tiga kegiatan komunikasi untuk mengurangi ketakutan ini: (a) Informasi tentang status klinis, kemajuan dan prognosis; (b) Informasi tentang proses perawatan; dan (c) Informasi untuk memfasilitasi otonomi, perawatan diri dan promosi kesehatan.

4) Kenyamanan fisik.

Tingkat laporan kenyamanan fisik pasien memiliki dampak besar pada pengalaman mereka. Tiga bidang dilaporkan sebagai sangat penting untuk pasien: (a) manajemen nyeri; (b) bantuan dengan kegiatan dan kebutuhan hidup sehari-hari; dan (c) lingkungan rumah sakit dan sekitarnya.

5) Dukungan emosional dan penurunan ketakutan dan kecemasan.

Ketakutan dan kecemasan yang terkait dengan penyakit dapat melemahkan fisik. Pemberi asuhan harus memberi perhatian khusus untuk: (a) Kecemasan atas status fisik, pengobatan dan prognosis; (b) Kecemasan atas dampak penyakit pada diri mereka sendiri dan keluarga; dan (c) Kecemasan atas dampak keuangan dari penyakit.

6) Keterlibatan keluarga dan teman-teman

Keluarga dan teman-teman pasien berperan dalam kelangsungan pelayanan. Pasien sering mengungkapkan keprihatinan tentang dampak penyakit yang dimiliki kepada mereka. Dimensi keluarga dari PCC diidentifikasi sebagai berikut: (a) Menyediakan akomodasi untuk keluarga dan teman-teman; (b) Melibatkan keluarga dan teman dekat dalam pengambilan keputusan; (c)

Mendukung anggota keluarga sebagai pengasuh; dan (d) Menyadari kebutuhan keluarga dan teman-teman.

7) Kontinuitas dan transisi

Pasien sering mengungkapkan kecemasan tentang kecukupan kemampuan mereka merawat diri mereka sendiri setelah keluar rumah sakit. Memenuhi kebutuhan pasien di area ini membutuhkan staf untuk: (a) Memberikan pengertian, informasi rinci mengenai obat-obatan, keterbatasan fisik, kebutuhan makanan; (b) Mengkoordinasikan dan merencanakan perawatan dan layanan yang sedang berlangsung setelah perawatan; dan (c) Memberikan informasi mengenai akses ke dukungan klinis, sosial, fisik dan keuangan secara berkelanjutan.

8) Akses ke pelayanan

Pasien perlu tahu bahwa mereka dapat mengakses pelayanan ketika dibutuhkan. Terutama pada perawatan rawat jalan. Bidang berikut yang penting untuk pasien: (a) Akses ke lokasi rumah sakit, klinik; (b) Ketersediaan transportasi; (c) Kemudahan janji penjadwalan; (d) Ketersediaan janji bila diperlukan; (e) Aksesibilitas ke spesialis atau layanan khusus saat rujukan dibuat; dan (f) Instruksi yang jelas tentang kapan disediakan dan bagaimana untuk mendapatkan referral.

f. Hambatan Pelaksanaan PCC

Hambatan dalam Penerapan Perawatan yang Berpusat pada Pasien Menurut Silow, S dkk (2006), hambatan dalam mencapai PCC meliputi: (a) Kesulitan merekrut dan mempertahankan dokter; (b) Kurangnya kendala yang menentukan keberhasilan staf, yang mungkin disebabkan oleh kewalahan ,

faktor sosial, budaya, dan keuangan pasien dalam menetapkan protokol dengan petugas kesehatan lainnya; (c) persyaratan perekrutan yang ketat menimbulkan hambatan dalam merekrut petugas kesehatan dari lingkungan sekitar; (d) kurangnya pengukuran dan alat untuk memberi penghargaan terhadap kinerja PCC; kendala, (f) kebiasaan lama staf yang tidak ingin mengubah pola lama sebagai penyedia layanan/hubungan atau dengan pasien, dan faktor budaya dan sosial ekonomi.

2.2.9 Rumah Sakit

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 tahun 2014, Rumah Sakit (RS) adalah suatu lembaga pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara lengkap, menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sedangkan rumah sakit umum adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dalam segala bidang dan jenis penyakit. Rumah Sakit Umum dibagi menjadi: Rumah Sakit Umum Kelas A, Rumah Sakit Umum Kelas B, Rumah Sakit Umum Kelas C, dan Rumah Sakit Umum Kelas D. Rumah sakit ini diklasifikasikan berdasarkan pelayanan, sumber daya manusia, peralatan dan bangunan serta infrastruktur.

Rumah Sakit Umum kelas B merupakan representasi kompleksitas pelayanan dan sumber daya yang terlibat dalam pelayanan Rumah Sakit. Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit umum kelas B paling sedikit meliputi: pelayanan medik, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinis, pelayanan penunjang non klinis, dan pelayanan rawat inap. Pelayanan medis paling sedikit meliputi pelayanan gawat darurat, pelayanan medis

spesialis dasar, pelayanan medis spesialis penunjang, pelayanan medis spesialis lainnya, dan pelayanan medis subspesialisasi, dan pelayanan medik spesialis gigi dan mulut. Pelayanan gawat darurat harus diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus.

Pelayanan medik spesialis dasar meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri dan ginekologi. Pelayanan medik spesialis penunjang meliputi pelayanan anesthesiologi, radiologi, patologi klinik, patologi anatomi, dan rehabilitasi medik. Pelayanan medik spesialis lain paling sedikit berjumlah 8 (delapan) pelayanan dari 13 (tiga belas) pelayanan yang meliputi pelayanan mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan kedokteran forensik. Pelayanan medik subspesialis paling sedikit berjumlah 2 (dua) pelayanan subspesialis dari 4 (empat) subspesialis dasar yang meliputi pelayanan subspesialis di bidang spesialisasi bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, dan obstetri dan ginekologi. Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut paling sedikit berjumlah 3 (tiga) pelayanan meliputi pelayanan bedah mulut, konservasi/ endodonsi, dan orthodonti.

Layanan farmasi meliputi pengelolaan produk farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, serta layanan farmasi klinik. Layanan keperawatan dan kebidanan meliputi asuhan keperawatan dan kebidanan. Layanan pendukung klinis mencakup bank darah, perawatan intensif untuk semua usia dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrumen, serta rekam medis. Layanan pendukung non-klinis mencakup laundry/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi,

pengelolaan jenazah, sistem pemadam kebakaran, pengelolaan gas medis, dan pengelolaan air bersih.

Pelayanan rawat inap harus dilengkapi dengan fasilitas: jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah. Rumah Sakit milik swasta, jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur. Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% (lima persen) dari seluruh tempat tidur Rumah Sakit milik Pemerintah dan Rumah Sakit milik swasta.

Sumber daya manusia di rumah sakit umum kelas B meliputi tenaga medis, tenaga farmasi, keperawatan, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non-kesehatan. Tenaga medis harus terdiri dari minimal 12 dokter umum untuk pelayanan medis dasar, 3 dokter gigi umum, 3 dokter spesialis di setiap bidang spesialis dasar, 2 dokter spesialis di bidang spesialis pendukung, 1 dokter spesialis di bidang spesialis lain, 1 dokter subspesialis di setiap bidang subspesialis, dan 1 dokter gigispesialis di setiap layanan medis gigi dan mulut.

Untuk tenaga kefarmasian, minimal terdiri dari 1 apoteker sebagai kepala instalasi farmasi, 4 apoteker di rawat jalan yang dibantu oleh 8 tenaga teknis kefarmasian, 4 apoteker di rawat inap yang juga dibantu oleh 8 tenaga teknis, 1 apoteker di instalasi gawat darurat dengan bantuan 2 tenaga teknis, serta 1 apoteker di ICU dengan dukungan minimal 2 tenaga teknis. Seorang apoteker yang bertugas mengoordinasikan penerimaan dan distribusi obat dapat merangkap melakukan layanan farmasi klinik, didukung oleh tenaga teknis yang disesuaikan dengan beban kerja.

Jumlah tenaga keperawatan harus setara dengan jumlah tempat tidur di instalasi rawat inap, sementara kualifikasi dan kompetensi disesuaikan dengan

kebutuhan pelayanan rumah sakit. Jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan lainnya serta tenaga non-kesehatan juga harus sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

Kompleksitas pelayanan dan multi profesi yang terlibat serta regulasi yang mengatur rumah sakit turut berkontribusi dalam pelaksanaan PCC. Shaller (2007) menjelaskan bahwa ada 7 (tujuh) aspek dalam pelaksanaan PCC, diantaranya: kepemimpinan, visi strategis, keterlibatan pasien dan keluarga, SDM pelayanan, sistem pengukuran kepuasan, kualitas lingkungan pelayanan, dan dukungan teknologi. Tentu keterlibatan stakeholder menjadi sebuah keharusan baik secara langsung seperti direksi rumah sakit, professional pemberi asuhan dan pasien yang dilayani, maupun yang tidak langsung seperti individu atau organisasi lain di luar rumah sakit. Sehingga pendapat Grimble & Wellard (1996); Clarkson (1995) tentang stakeholder menjadi relevan dalam penelitian ini, yaitu: stakeholder primer dan stakeholder sekunder.

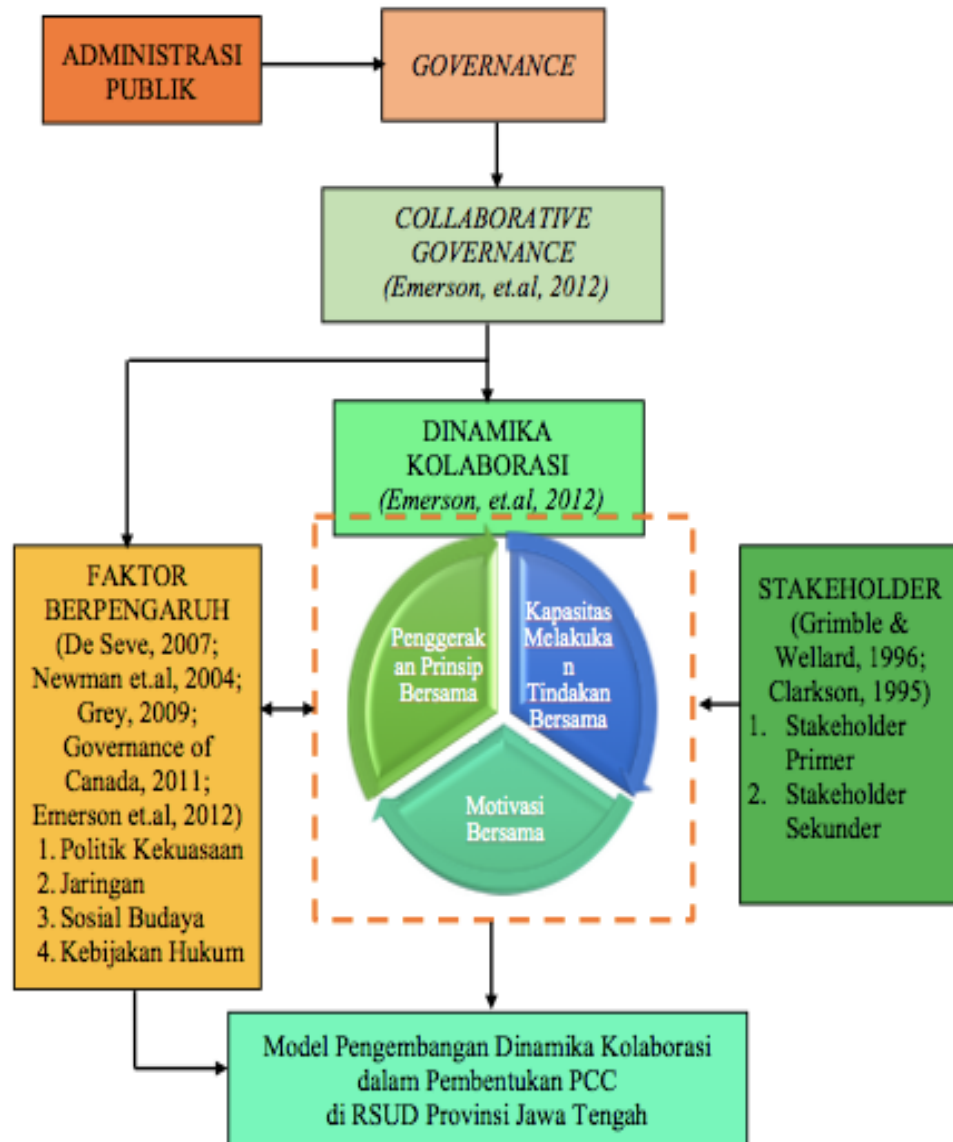
Analisis permasalahan dinamika kolaborasi penelitian ini menggunakan teori yang disampaikan Emerson, et.al, 2012, meliputi: 1) penggerakan prinsip bersama, 2) motivasi bersama, 3) kapasitas tindakan bersama. Teori yang menjelaskan faktor dinamika kolaborasi yang berpengaruh dalam PCC mensarikan beberapa pandangan dari De Seve (2007); Newman et.al (2004); Grey (2009); *Governance of Canada* (2011); Emerson et.al (2012 berupa dinamika politik dan kekuasaan; karakteristik jaringan; karakteristik sosial ekonomi dan budaya; serta kerangka kebijakan dan hukum.

Relevansi teori dengan permasalahan yang akan di bahas merupakan argumentasi penetapan beberapa dimensi yang berhubungan dengan stakeholder,

dinamika kolaborasi dan faktor dinamika kolaborasi yang berpengaruh sebagai domain utama analisis pelaksanaan PCC di RSUD Provinsi Jawa Tengah. Dimungkinkan peninjauan dan penyesuaian kembali teori yang digunakan untuk mendapatkan jawaban dan analisis yang tepat sesuai hasil di lapangan.

2.2.10 Kerangka Teori

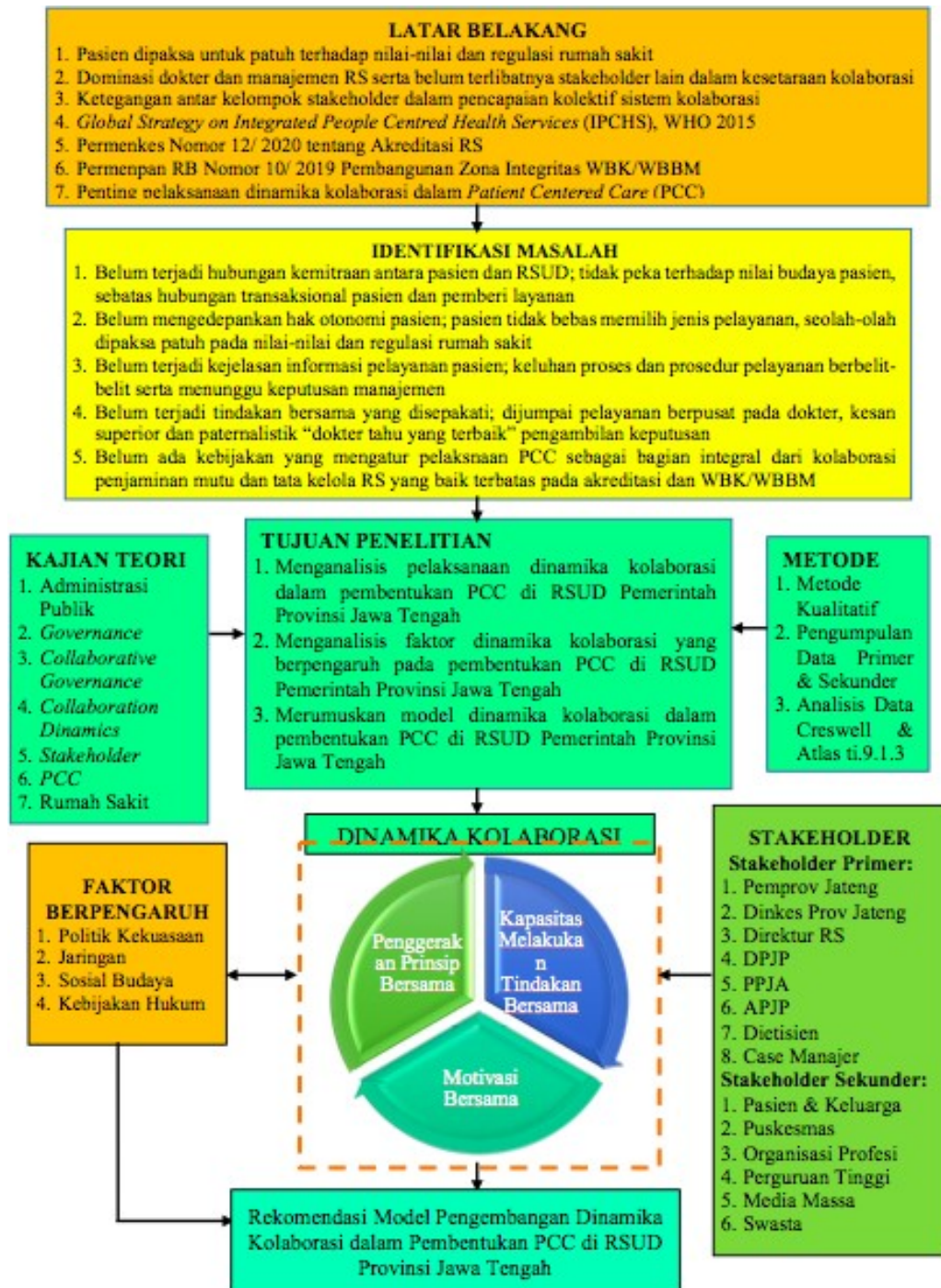
Melibatkan teori dinamika kolaborasi (*Emerson, et.al, 2012*), Stakeholder (Grimble & Wellard, 1996; Clarkson, 1995) faktor yang berpengaruh mensarikan beberapa pandangan dari De Seve (2007); Newman et.al (2004); Grey (2009); *Governance of Canada* (2011); Emerson et.al (2012) berupa dinamika politik dan kekuasaan; karakteristik jaringan; karakteristik sosial ekonomi dan budaya; serta kerangka kebijakan dan hukum.



Gambar 2.9 Kerangka Teori Penelitian Model Pengembangan Dinamika Kolaborasi dalam Pembentukan PCC di RSUD Provinsi Jawa Tengah

Sumber: Olahan Peneliti (2023) disarikan dari Grimble & Wellard (1996); Clarkson (1995); De Seve (1997); Newman et.al (2004); Gray (2009); *Governance of Canada* (2011); Emerson et.al (2012)

2.3 Kerangka Pikir Penelitian



Gambar 2.10 Kerangka Pikir Penelitian Model Pengembangan Dinamika Kolaborasi dalam Pembentukan PCC di RSUD Provinsi Jawa Tengah
Sumber: Olahan Peneliti (2023)

2.4 Definisi Konsep dan Operasional Penelitian

Guna pemahaman lebih lanjut konsep penelitian ini, telah dirumuskan peneliti beberapa definisi konsep yang berhubungan dengan model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD Provinsi Jawa Tengah. Berikut ini definisi konsepnya:

1. *Collaborative Governance*: kerjasama antar aktor baik individu, masyarakat, pemerintah, dan non pemerintah berdasar konsensus guna optimalnya proses pencapaian kebijakan.
2. Dinamika kolaborasi: interaksi nonlinier/ fluktuatif yang siklik dan itenary antar stakeholder yang terlibat, mulai Penggerakan prinsip bersama, Motivasi bersama, dan Kapasitas aksi bersama.
3. Penggerakan prinsip bersama: tahap pengungkapan pengertian bersama sebagai advokasi untuk berani leluasa bertindak tanpa tekanan sesuai sasaran dan tujuan yang ditetapkan antar stakeholder dalam pelaksanaan PCC.
4. Motivasi bersama: pemahaman bersama yang saling mengerti/ percaya posisi dan kepentingan antar stakeholder atas dasar kepentingan dan tujuan bersama dalam pelaksanaan PCC.
5. Kapasitas aksi bersama: kejelasan peraturan, prosedur dan fleksibilitas struktur organisasi dipimpin berdasar pengetahuan dan sumber daya yang tidak dapat dilakukan sendiri-sendiri oleh stakeholder dalam pelaksanaan PCC.
6. *Stakeholder*: individu atau institusi yang berpengaruh dan berkepentingan dalam pelaksanaan PCC. Diantaranya: Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, Dinkes Provinsi Jawa Tengah, Direktur RSUD, DPJP, PPJA, APJP, Dietisien, *Case manager*, pasien/ keluarganya, Puskesmas, Organisasi Profesi, Perguruan

tinggi, dan Media masa serta Swasta.

7. *Patient Centered Care*: pelayanan berfokus pada pasien yang mengedepankan *preference*, hak, dan otonomi pasien berdasar pengetahuan, kenyamanan, dan akses yang dimilikinya.
8. Rumah Sakit: fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang kompleks multi layanan, multi profesi dan multi regulasi.