



Komunikasi Interprofesional sebagai Faktor Penentu Kinerja Tugas Tim

Angelia Putriana

Manajemen Retail, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Budi Darma,
Medan, Indonesia

Email: angel93putriana@gmail.com

Abstract

Interprofessional communication is a key component in supporting team task performance and ensuring patient safety in healthcare settings. This study aims to analyze the role of interprofessional communication as a determining factor of team task performance within the context of healthcare simulation. A prospective observational approach was employed, involving final-year nursing students who worked in small teams during emergency simulation scenarios. Team task performance was assessed across two phases: the initial phase prior to communication with a physician and the subsequent phase following the receipt of verbal instructions. Interprofessional communication was evaluated using a structured communication framework and an instruction confirmation mechanism. The findings indicate that teams demonstrating higher-quality communication tended to achieve more consistent and higher levels of task performance. Approximately 94–100% of teams were able to conduct basic patient assessments effectively; however, only 18% performed priority early interventions promptly. Following verbal instructions, the implementation of routine clinical actions increased to 88–92%, while the execution of more complex actions remained relatively low. These results underscore that structured interprofessional communication, combined with effective instruction confirmation, plays a critical role in enhancing the accuracy, consistency, and overall effectiveness of team task performance in healthcare environments.

Keywords: *Interprofessional Communication, Team Task Performance, Patient Safety, Healthcare Simulation, Health Communication.*

Abstrak

Komunikasi interprofesional merupakan komponen kunci dalam mendukung kinerja tugas tim dan keselamatan pasien dalam layanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis peran komunikasi interprofesional sebagai faktor penentu kinerja tugas tim dalam konteks simulasi layanan kesehatan. Pendekatan yang digunakan adalah observasional prospektif dengan melibatkan mahasiswa keperawatan tingkat akhir yang bekerja dalam tim kecil pada skenario simulasi keadaan darurat. Kinerja tugas tim dinilai pada dua fase, yaitu fase awal sebelum komunikasi dengan dokter dan fase lanjutan setelah menerima instruksi verbal, sementara komunikasi interprofesional dievaluasi menggunakan kerangka komunikasi terstruktur dan mekanisme konfirmasi instruksi.

Penulis Korespondensi:

Angelia Putriana | angeliaputriana2@gmail.com

Hasil menunjukkan bahwa tim dengan kualitas komunikasi yang lebih baik cenderung memiliki kinerja tugas yang lebih tinggi dan konsisten. Sekitar 94–100% tim mampu melakukan pengkajian dasar pasien dengan baik, namun hanya 18% yang melakukan intervensi awal prioritas secara segera. Setelah instruksi verbal, pelaksanaan tindakan rutin meningkat hingga 88–92%, sedangkan tindakan kompleks masih relatif rendah. Temuan ini menegaskan bahwa komunikasi interprofesional yang terstruktur dan disertai konfirmasi instruksi berperan penting dalam meningkatkan ketepatan, konsistensi, dan efektivitas kinerja tugas tim.

Kata Kunci: Komunikasi Interprofesional, Kinerja Tugas Tim, Keselamatan Pasien, Simulasi Layanan Kesehatan, Komunikasi Kesehatan.

PENDAHULUAN

Kinerja tim dalam layanan kesehatan merupakan elemen fundamental yang berkontribusi langsung terhadap keselamatan pasien dan mutu pelayanan. Dalam praktik klinis modern, pelayanan kesehatan tidak lagi dilakukan secara individual, melainkan melibatkan kerja sama lintas profesi yang menuntut koordinasi, ketepatan, dan kejelasan peran. Di tengah kompleksitas tersebut, komunikasi interprofesional menjadi faktor kunci yang memengaruhi keberhasilan tim dalam menjalankan tugas-tugas klinis secara efektif dan aman. Kegagalan komunikasi antar tenaga kesehatan telah lama diidentifikasi sebagai salah satu penyebab utama terjadinya kesalahan medis, penurunan kualitas pelayanan, serta meningkatnya risiko kejadian yang merugikan pasien (Barus et al., 2023; MANSER, 2009).

Berbagai laporan menunjukkan bahwa hambatan komunikasi, seperti perbedaan latar belakang profesi, variasi gaya komunikasi, keterbatasan waktu, kelelahan, hingga kesalahan dalam interpretasi informasi, dapat mengganggu kinerja tim secara keseluruhan (De Meester et al., 2013; Foronda et al., 2016). Kondisi ini semakin kritis ketika tim dihadapkan pada situasi darurat atau tekanan tinggi yang menuntut pengambilan keputusan cepat dan akurat (Currie et al., 2013; Reeves et al., 2017). Dalam konteks tersebut, komunikasi yang tidak terstruktur atau ambigu berpotensi menimbulkan miskomunikasi, keterlambatan tindakan, dan kesalahan pelaksanaan instruksi medis. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, berbagai pendekatan komunikasi terstruktur telah diperkenalkan dalam sistem pelayanan kesehatan. Salah satu pendekatan yang paling banyak digunakan adalah kerangka komunikasi Situation, Background, Assessment, Recommendation, dan Read-back (SBAR-R) (Hoffer Gittell, 2002). Kerangka ini dirancang untuk membantu tenaga kesehatan menyampaikan informasi secara sistematis, ringkas, dan relevan, sehingga memudahkan penerima pesan dalam memahami kondisi pasien dan menentukan tindakan yang tepat. Melalui struktur yang jelas, SBAR-R tidak hanya berfungsi sebagai alat komunikasi, tetapi juga sebagai sarana untuk meningkatkan kesadaran situasional dan penalaran klinis dalam tim (Kozlowski & Chao, 2018; Shahid & Thomas, 2018).

Komunikasi SBAR menekankan pada penyampaian kondisi terkini pasien, latar belakang yang relevan, hasil penilaian klinis, serta rekomendasi tindakan yang diperlukan. Sementara itu, komponen read-back berperan sebagai mekanisme komunikasi tertutup yang memastikan pesan telah diterima dan dipahami dengan benar melalui pengulangan instruksi secara verbal (Kozlowski & Chao, 2018). Dalam praktik layanan kesehatan, khususnya ketika komunikasi dilakukan melalui media tidak langsung seperti telepon, read-back menjadi langkah penting untuk meminimalkan kesalahan akibat informasi yang tidak lengkap atau salah tafsir. Meskipun komunikasi interprofesional diakui memiliki peran strategis dalam menunjang kinerja tim, hubungan langsung antara

kualitas komunikasi dan kinerja tugas tim belum sepenuhnya dipahami secara komprehensif (Reising et al., 2017). Sebagian besar kajian sebelumnya lebih banyak menyoroti peningkatan keterampilan komunikasi, persepsi kompetensi kolaboratif, atau kepercayaan diri tenaga kesehatan setelah pelatihan komunikasi terstruktur. Namun demikian, bukti empiris yang mengaitkan komunikasi interprofesional secara langsung dengan kinerja tugas tim, khususnya dalam konteks situasi kritis, masih relatif terbatas (Edmondson, 1999).

Perawat sebagai bagian integral dari tim layanan kesehatan memiliki peran sentral dalam menjaga keselamatan pasien. Mereka sering menjadi penghubung utama antara pasien dan tenaga kesehatan lain, termasuk dokter dan tenaga medis pendukung. Oleh karena itu, kemampuan perawat dalam berkomunikasi secara efektif dengan profesi lain sangat menentukan kelancaran koordinasi tim (Weaver et al., 2014). Namun, terdapat keterbatasan bukti yang menjelaskan bagaimana komunikasi interprofesional berkontribusi terhadap kinerja tugas tim secara nyata, terutama pada kelompok tenaga kesehatan yang masih berada pada tahap pembelajaran atau memiliki pengalaman klinis terbatas (Chapelain et al., 2015). Dalam situasi darurat, kinerja tugas tim dapat dibedakan menjadi beberapa fase, mulai dari penilaian awal pasien hingga pelaksanaan tindakan berdasarkan instruksi medis. Setiap fase tersebut menuntut komunikasi yang tepat dan konsisten agar tindakan yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan klinis pasien (Hansell et al., 2008; Lingard, 2004). Ketidaktepatan komunikasi pada fase awal, seperti pengumpulan informasi dan pelaporan kondisi pasien, dapat berdampak pada kualitas keputusan medis yang diambil selanjutnya. Sebaliknya, komunikasi yang efektif dapat mempercepat pengenalan masalah, memperjelas prioritas tindakan, dan meningkatkan koordinasi antar anggota tim.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penting untuk memahami bagaimana komunikasi interprofesional berperan sebagai faktor penentu kinerja tugas tim dalam konteks layanan kesehatan. Pemahaman ini diharapkan dapat memberikan kontribusi teoretis dalam pengembangan ilmu komunikasi kesehatan, sekaligus implikasi praktis bagi pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan. Dengan mengidentifikasi aspek komunikasi yang paling berpengaruh terhadap kinerja tim, institusi pendidikan dan layanan kesehatan dapat merancang strategi pembelajaran dan intervensi yang lebih efektif untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan secara berkelanjutan.

METODE

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain observasional prospektif untuk mengkaji hubungan antara komunikasi interprofesional dan kinerja tugas tim dalam konteks simulasi layanan kesehatan. Pendekatan observasional dipilih karena memungkinkan pengamatan langsung terhadap perilaku tim dan pola komunikasi yang muncul selama pelaksanaan tugas, tanpa memberikan intervensi tambahan yang dapat memengaruhi dinamika alami kerja tim. Fokus utama penelitian adalah mengidentifikasi keterkaitan antara kualitas komunikasi terstruktur dan capaian kinerja tugas tim dalam situasi klinis yang menuntut koordinasi intensif (MANSER, 2009; Reader et al., 2006).

Lokasi dan Partisipan

Penelitian dilaksanakan di lingkungan institusi pendidikan kesehatan yang memiliki fasilitas simulasi klinis. Partisipan penelitian terdiri atas mahasiswa keperawatan tingkat akhir yang telah menyelesaikan seluruh praktik klinik wajib, namun belum memiliki pengalaman simulasi sebelumnya. Seluruh partisipan berpartisipasi secara sukarela dan telah memperoleh persetujuan etik dari komite etik institusi.

Partisipan dikelompokkan ke dalam beberapa tim kecil yang masing-masing terdiri dari tiga hingga empat orang. Unit analisis dalam penelitian ini adalah perilaku tim selama pelaksanaan simulasi, bukan individu secara terpisah (Bohn et al., 2011).

Tabel 1. Karakteristik Umum Partisipan dan Tim

Karakteristik	Keterangan
Jenis partisipan	Mahasiswa keperawatan tingkat akhir
Jumlah tim	Beberapa puluh tim
Jumlah anggota per tim	3–4 orang
Pengalaman simulasi sebelumnya	Tidak ada
Unit analisis	Perilaku tim

Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan dua instrumen utama, yaitu daftar periksa kinerja tugas tim dan daftar periksa komunikasi interprofesional. Kedua instrumen disusun berdasarkan pedoman praktik klinis dan kerangka komunikasi terstruktur yang relevan dengan situasi darurat medis. Instrumen kinerja tugas tim digunakan untuk menilai sejauh mana tim mampu melaksanakan tindakan klinis yang diharapkan, sedangkan instrumen komunikasi digunakan untuk menilai penerapan komunikasi interprofesional terstruktur.

Kinerja tugas tim dibagi ke dalam dua fase, yaitu fase kinerja awal sebelum komunikasi dengan dokter dan fase kinerja setelah menerima instruksi verbal. Setiap tindakan klinis yang diharapkan dinilai menggunakan skala dikotomis, yaitu “dilakukan” atau “tidak dilakukan”. Sementara itu, komunikasi interprofesional dinilai berdasarkan kemampuan tim dalam menyampaikan laporan kondisi pasien secara sistematis serta mengonfirmasi instruksi yang diterima.

Tabel 2. Variabel dan Indikator Penelitian

Variabel	Indikator Utama
Kinerja tugas tim awal	Pengkajian pasien, pemantauan tanda vital
Kinerja tugas tim lanjutan	Pelaksanaan instruksi klinis
Komunikasi interprofesional	Pelaporan terstruktur
Komunikasi read-back	Konfirmasi instruksi verbal

Prosedur Penelitian

Sebelum simulasi dimulai, seluruh partisipan mendapatkan pengarahan singkat mengenai prinsip komunikasi interprofesional terstruktur dan penunjukan pemimpin tim. Selanjutnya, setiap tim dihadapkan pada skenario simulasi keadaan darurat medis menggunakan manekin simulasi berteknologi tinggi. Skenario dirancang agar menyerupai kondisi klinis nyata yang menuntut pengambilan keputusan cepat, kerja sama tim, serta komunikasi lintas peran.

Pelaksanaan simulasi terdiri atas beberapa tahap. Pada tahap awal, tim melakukan penilaian kondisi pasien dan tindakan awal yang diperlukan. Setelah itu, pemimpin tim melakukan komunikasi dengan dokter melalui media telepon untuk melaporkan kondisi pasien. Tahap berikutnya adalah penerimaan instruksi verbal dari dokter, yang kemudian harus dikonfirmasi melalui mekanisme komunikasi tertutup. Pada tahap akhir, tim melaksanakan tindakan klinis sesuai dengan instruksi yang diterima. Seluruh proses simulasi direkam dalam bentuk video untuk keperluan penilaian. Penilaian dilakukan oleh pengamat terlatih yang telah mendapatkan pelatihan khusus terkait penggunaan instrumen penelitian. Untuk memastikan konsistensi penilaian, sebagian rekaman dinilai oleh dua pengamat secara independen.

Teknik Analisis Data

Data dianalisis menggunakan statistik deskriptif dan inferensial. Statistik deskriptif digunakan untuk menggambarkan tingkat kinerja tugas tim dan kualitas komunikasi interprofesional. Selanjutnya, tim dikategorikan ke dalam kelompok kinerja tinggi dan kinerja rendah berdasarkan skor kinerja tugas yang diperoleh. Uji nonparametrik digunakan untuk membandingkan kualitas komunikasi antar kelompok, mengingat karakteristik data yang berskala ordinal.

Hubungan antara komunikasi interprofesional dan kinerja tugas tim dianalisis menggunakan uji korelasi nonparametrik untuk mengidentifikasi arah dan kekuatan hubungan antar variabel. Seluruh analisis dilakukan dengan perangkat lunak statistik yang sesuai. Pendekatan analisis ini dipilih untuk memastikan bahwa temuan penelitian mencerminkan hubungan empiris yang valid antara komunikasi interprofesional dan kinerja tugas tim dalam konteks simulasi layanan kesehatan.

HASIL

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja tugas tim dan kualitas komunikasi interprofesional memperlihatkan variasi yang bermakna antar tim. Secara umum, tim yang menunjukkan kinerja tugas lebih baik juga memperlihatkan penerapan komunikasi interprofesional yang lebih konsisten dan terstruktur. Temuan ini mengindikasikan bahwa komunikasi bukan sekadar proses pendukung, melainkan komponen integral yang memengaruhi keberhasilan pelaksanaan tugas tim dalam konteks layanan kesehatan berbasis simulasi.

Kinerja Tugas Tim pada Fase Awal

Pada fase awal simulasi, sebagian besar tim mampu melaksanakan tindakan pengkajian dasar pasien dengan tingkat keberhasilan yang relatif tinggi. Pengumpulan riwayat keluhan utama dan pemeriksaan tanda vital tertentu merupakan tindakan yang paling sering dilakukan secara tepat. Namun demikian, terdapat beberapa tindakan awal yang belum dilakukan secara konsisten oleh seluruh tim, khususnya tindakan yang berkaitan dengan intervensi segera. Variasi ini menunjukkan adanya perbedaan kesiapan tim dalam mengenali prioritas klinis pada tahap awal penanganan pasien.

Tim dengan kinerja awal yang lebih baik cenderung menunjukkan kemampuan koordinasi yang lebih efektif, di mana anggota tim berbagi peran secara jelas dan menjalankan tugas tanpa tumpang tindih. Kondisi ini berkorelasi dengan kecepatan tim dalam melakukan komunikasi awal kepada dokter, yang mencerminkan tingkat kesadaran situasional yang lebih tinggi.

Tabel 3. Ringkasan Kinerja Tugas Tim pada Fase Awal

Aspek Kinerja Awal	Tingkat Pelaksanaan
Pengkajian keluhan utama	Tinggi
Pemeriksaan tekanan darah	Sangat tinggi
Pemantauan saturasi oksigen	Tinggi
Intervensi awal tertentu	Rendah–sedang
Koordinasi antar anggota tim	Bervariasi

Kinerja Tugas Tim Setelah Instruksi Verbal

Pada fase lanjutan, yaitu setelah tim menerima instruksi verbal dari dokter, kinerja tugas tim menunjukkan pola yang berbeda. Sebagian besar tim mampu melaksanakan instruksi klinis utama dengan baik, terutama tindakan yang bersifat rutin dan telah sering dikenalkan dalam pembelajaran. Namun, beberapa tindakan lanjutan yang memerlukan

ketelitian dan urutan kerja yang tepat masih menunjukkan tingkat pelaksanaan yang lebih rendah. Temuan ini mengindikasikan bahwa keberhasilan pelaksanaan instruksi tidak hanya ditentukan oleh pemahaman klinis, tetapi juga oleh kejelasan komunikasi dan kemampuan tim dalam mengonfirmasi instruksi yang diterima. Tim yang secara aktif melakukan komunikasi konfirmasi cenderung melaksanakan lebih banyak tindakan sesuai instruksi tanpa kesalahan yang teridentifikasi.

Tabel 4. Ringkasan Kinerja Tugas Tim Setelah Instruksi

Aspek Kinerja Lanjutan	Tingkat Pelaksanaan
Pelaksanaan instruksi utama	Tinggi
Tindakan lanjutan kompleks	Sedang
Ketepatan urutan tindakan	Bervariasi
Kesalahan atau kelalaian tindakan	Masih ditemukan

Komunikasi Interprofesional dan Read-back

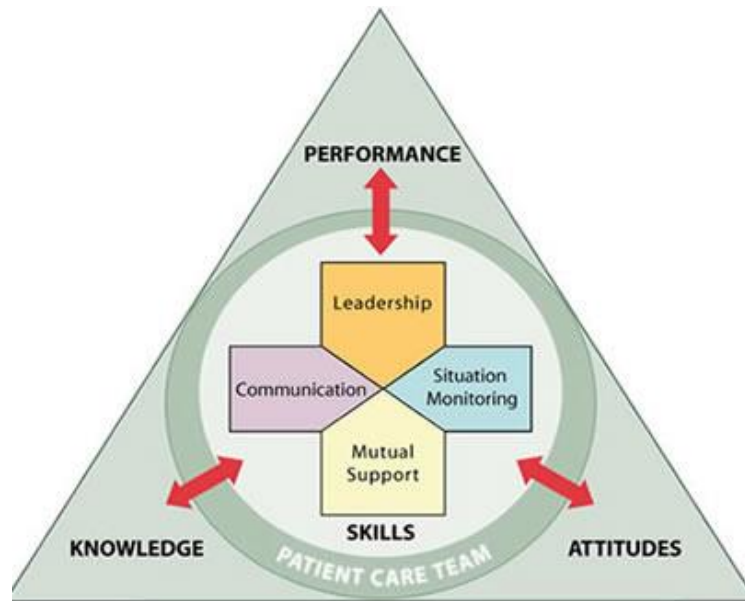
Analisis terhadap komunikasi interprofesional menunjukkan bahwa tidak semua komponen komunikasi terstruktur diterapkan secara merata oleh tim. Penyampaian informasi mengenai kondisi aktual pasien relatif sering dilakukan, sementara penyampaian rekomendasi tindakan kepada dokter merupakan komponen yang paling jarang muncul. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian anggota tim masih kurang percaya diri dalam menyampaikan usulan klinis secara eksplisit. Sebaliknya, mekanisme komunikasi tertutup melalui read-back memperlihatkan kontribusi penting terhadap keberhasilan pelaksanaan tugas. Tim yang secara konsisten mengulangi instruksi verbal menunjukkan tingkat kesalahan yang lebih rendah dan kinerja lanjutan yang lebih stabil. Temuan ini menegaskan peran read-back sebagai elemen krusial dalam memastikan akurasi transfer informasi.

Tabel 5. Tingkat Penerapan Komunikasi Interprofesional

Komponen Komunikasi	Tingkat Penerapan
Penyampaian situasi	Tinggi
Informasi latar belakang	Sedang
Penilaian kondisi	Sedang
Rekomendasi tindakan	Rendah
Read-back instruksi	Relatif tinggi

Perbandingan Tim Berkinerja Tinggi dan Rendah

Perbandingan antara tim dengan kinerja tugas tinggi dan rendah menunjukkan perbedaan yang signifikan pada kualitas komunikasi interprofesional. Tim berkinerja tinggi memiliki skor komunikasi yang lebih baik dan cenderung melakukan komunikasi dengan dokter lebih cepat sejak awal simulasi. Sementara itu, frekuensi komunikasi tidak menunjukkan perbedaan yang berarti, yang mengindikasikan bahwa kualitas komunikasi lebih penting dibandingkan kuantitasnya. Gambar 1 menunjukkan bahwa kinerja tim (performance) dalam pelayanan kesehatan dibangun melalui integrasi tiga fondasi utama, yaitu pengetahuan (knowledge), keterampilan (skills), dan sikap (attitudes). Di dalam tim perawatan pasien, keterampilan inti meliputi kepemimpinan (leadership), komunikasi (communication), pemantauan situasi (situation monitoring), dan dukungan timbal balik (mutual support), yang saling berinteraksi secara dinamis untuk menghasilkan kinerja tim yang efektif dan aman.



Gambar 1. Model Kompetensi Tim Pelayanan Kesehatan Berbasis Kinerja

Hubungan Komunikasi dan Kinerja Tugas Tim

Hasil analisis korelasi menunjukkan adanya hubungan positif antara komunikasi terstruktur dengan kinerja tugas tim pada fase awal. Semakin baik kualitas komunikasi pelaporan kondisi pasien, semakin tinggi pula capaian kinerja awal tim. Selain itu, terdapat hubungan positif antara penggunaan read-back dengan keberhasilan pelaksanaan tugas setelah instruksi verbal diterima. Hubungan ini memperkuat temuan bahwa komunikasi interprofesional berperan sebagai faktor penentu dalam menjaga konsistensi dan ketepatan kinerja tim. Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menegaskan bahwa komunikasi interprofesional yang terstruktur dan mekanisme konfirmasi instruksi memiliki peran strategis dalam meningkatkan kinerja tugas tim. Temuan ini memberikan dasar empiris yang kuat untuk menempatkan komunikasi sebagai kompetensi inti dalam kerja tim layanan kesehatan, khususnya dalam situasi yang menuntut koordinasi cepat dan akurat

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa komunikasi interprofesional berperan signifikan dalam membentuk kinerja tugas tim pada konteks layanan kesehatan berbasis simulasi. Secara umum, tim yang menampilkan kualitas komunikasi yang lebih baik juga menunjukkan capaian kinerja tugas yang lebih tinggi dan konsisten. Temuan ini menguatkan pandangan bahwa komunikasi merupakan elemen strategis dalam koordinasi tim, bukan sekadar aktivitas pendukung dalam pelaksanaan tugas klinis. Pada fase awal penanganan pasien, sebagian besar tim mampu melakukan pengkajian dasar dengan tingkat keberhasilan yang tinggi. Sekitar 94% tim berhasil melakukan pengumpulan riwayat keluhan utama, dan 100% tim melakukan pemeriksaan tekanan darah, yang menunjukkan bahwa tindakan pengkajian dasar relatif telah menjadi kompetensi yang mapan. Namun demikian, hanya 18% tim yang segera memberikan oksigen pada fase awal, mengindikasikan adanya variasi dalam kemampuan tim mengenali prioritas klinis. Variasi ini memperlihatkan bahwa komunikasi awal yang efektif sangat berkaitan dengan kesadaran situasional dan ketepatan pengambilan keputusan.

Komunikasi terstruktur pada tahap pelaporan kondisi pasien kepada dokter memperlihatkan hubungan yang jelas dengan kinerja awal tim. Tim yang memiliki kinerja awal lebih baik menunjukkan penerapan komunikasi terstruktur yang lebih konsisten.

Temuan ini mendukung argumen bahwa komunikasi yang sistematis membantu tim menyusun informasi klinis secara relevan dan meningkatkan kualitas interaksi lintas profesi. Dengan demikian, komunikasi interprofesional tidak hanya berfungsi sebagai alat pertukaran informasi, tetapi juga sebagai mekanisme kognitif yang memperkuat penalaran klinis bersama. Pada fase lanjutan, setelah tim menerima instruksi verbal, kinerja tugas tim sangat dipengaruhi oleh mekanisme konfirmasi instruksi. Data menunjukkan bahwa 92% tim mampu melaksanakan pemberian oksigen setelah instruksi, 90% melaksanakan pemberian morfin, dan 92% memberikan nitroglycerin, sementara tindakan yang lebih kompleks seperti pemberian heparin hanya dilakukan oleh 29% tim. Perbedaan ini menunjukkan bahwa kejelasan komunikasi dan konfirmasi instruksi berperan penting dalam memastikan kelengkapan dan ketepatan pelaksanaan tindakan lanjutan.

Tabel 6. Perbandingan Persentase Kinerja Tugas Tim

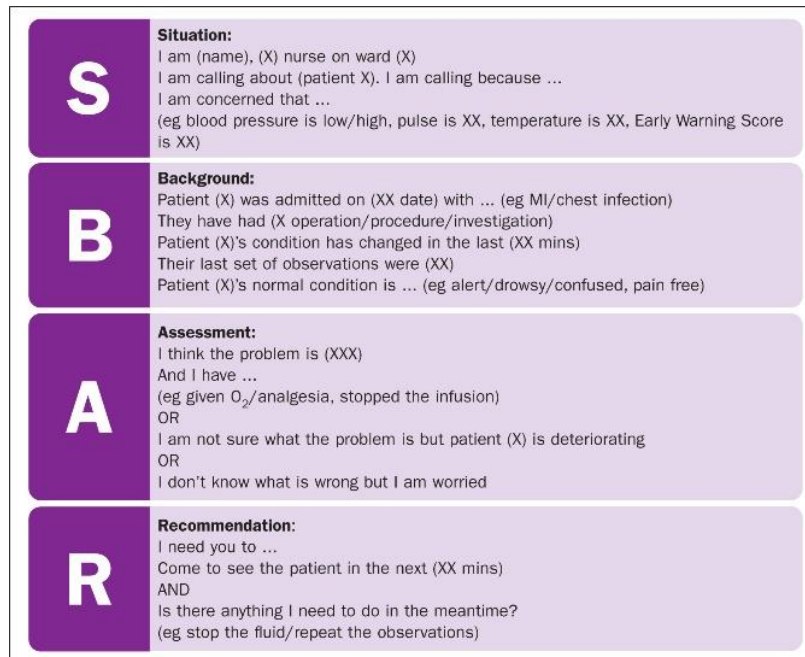
Aspek Tindakan Klinis	Persentase Pelaksanaan
Pengkajian awal pasien	94–100%
Intervensi awal prioritas	18%
Tindakan lanjutan rutin	88–92%
Tindakan lanjutan kompleks	29–49%

Selain itu, analisis terhadap komponen komunikasi interprofesional menunjukkan bahwa tidak semua elemen komunikasi terstruktur diterapkan secara merata. Penyampaian situasi dilakukan oleh sekitar 72% tim, sedangkan penyampaian rekomendasi hanya muncul pada 30% tim, menjadikannya komponen dengan tingkat penerapan terendah. Temuan ini mengindikasikan bahwa anggota tim, khususnya yang memiliki pengalaman klinis terbatas, cenderung kurang percaya diri dalam menyampaikan rekomendasi kepada profesi lain. Sebaliknya, mekanisme read-back diterapkan oleh sekitar 66% tim, dan terbukti berhubungan positif dengan keberhasilan pelaksanaan tugas tanpa kesalahan.

Tabel 7. Tingkat Penerapan Komponen Komunikasi Interprofesional

Komponen Komunikasi	Persentase Penerapan
Situation	72%
Background	56%
Assessment	63%
Recommendation	30%
Read-back	66%

Gambar 2 menggambarkan struktur komunikasi SBAR yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk menyampaikan informasi pasien secara sistematis dan jelas. Komponen *Situation* menekankan penyampaian kondisi terkini pasien, *Background* berfokus pada riwayat dan konteks klinis, *Assessment* menggambarkan penilaian profesional terhadap masalah yang dihadapi, dan *Recommendation* berisi usulan atau permintaan tindakan yang diperlukan. Penerapan kerangka SBAR membantu meningkatkan kejelasan komunikasi interprofesional, mempercepat pengambilan keputusan, serta mendukung kinerja tugas tim dan keselamatan pasien (Randmaa et al., 2014).



Gambar 2. Kerangka Komunikasi SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) dalam Praktik Layanan Kesehatan.

Perbedaan yang signifikan antara tim berkinerja tinggi dan rendah menunjukkan bahwa kualitas komunikasi lebih menentukan dibandingkan frekuensi komunikasi. Tim dengan kinerja tinggi memiliki skor komunikasi yang lebih baik dan waktu yang lebih cepat dalam melakukan kontak awal dengan dokter, meskipun jumlah panggilan relatif serupa. Hal ini menegaskan bahwa efektivitas komunikasi terletak pada struktur, kejelasan, dan relevansi informasi yang disampaikan.

Pembahasan ini menegaskan bahwa komunikasi interprofesional, khususnya komunikasi terstruktur dan mekanisme konfirmasi instruksi, merupakan faktor penentu kinerja tugas tim. Temuan ini memperkuat urgensi integrasi komunikasi interprofesional sebagai kompetensi inti dalam pendidikan dan praktik layanan kesehatan, guna mendukung kinerja tim yang efektif dan keselamatan pasien secara berkelanjutan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa komunikasi interprofesional merupakan faktor penentu yang berpengaruh signifikan terhadap kinerja tugas tim dalam konteks layanan kesehatan berbasis simulasi. Temuan menunjukkan bahwa tim dengan kualitas komunikasi yang lebih baik cenderung menampilkan kinerja tugas yang lebih konsisten dan akurat. Pada fase awal penanganan pasien, sebagian besar tim mampu melakukan pengkajian dasar dengan baik, ditunjukkan oleh 94% tim yang berhasil mengumpulkan riwayat keluhan utama dan 100% tim yang melakukan pemeriksaan tekanan darah. Namun, hanya 18% tim yang segera melakukan pemberian oksigen, yang mengindikasikan masih adanya variasi dalam kemampuan mengenali prioritas klinis secara cepat. Pada fase lanjutan, setelah tim menerima instruksi verbal dari dokter, kinerja tugas meningkat secara signifikan pada tindakan-tindakan yang disertai komunikasi yang jelas. Sekitar 92% tim berhasil melaksanakan pemberian oksigen dan nitroglicerine, serta 90% melaksanakan pemberian morfin, sementara tindakan yang lebih kompleks seperti pemberian heparin hanya dilakukan oleh 29% tim. Perbedaan ini menegaskan bahwa kejelasan komunikasi dan mekanisme konfirmasi instruksi sangat berperan dalam keberhasilan pelaksanaan tugas lanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Barus, O. P., Lauwren, K., Pangaribuan, J. J., & Romindo, R. (2023). Implementation of the Naive Bayes Algorithm to Predict the Safety of Heart Failure Patients. *Conference Series*, 4(1), 172–177. <https://doi.org/10.34306/conferenceseries.v4i1.651>
- Bohn, A., Weber, T. P., Wecker, S., Harding, U., Osada, N., Van Aken, H., & Lukas, R. P. (2011). The addition of voice prompts to audiovisual feedback and debriefing does not modify CPR quality or outcomes in out of hospital cardiac arrest – A prospective, randomized trial. *Resuscitation*, 82(3), 257–262. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.11.006>
- Chapelain, P., Morineau, T., & Gautier, C. (2015). Effects of communication on the performance of nursing students during the simulation of an emergency situation. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2650–2660. <https://doi.org/10.1111/jan.12733>
- Currie, S., Hoggard, N., Craven, I. J., Hadjivassiliou, M., & Wilkinson, I. D. (2013). Understanding MRI: basic MR physics for physicians. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1050), 209–223. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131342>
- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192–1196. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.016>
- Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 19, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>
- Hansell, J., Ehrlich, J., Katz, W., Lerner, H., & Minter, K. (2008). Psychoanalysis and Psychodynamic Psychology: A Modular Unit Lesson Plan/Teaching Resource for High School Psychology Teachers. *PsycEXTRA Dataset*. <https://doi.org/10.1037/e546102012-001>
- Hoffer Gittel, J. (2002). Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects. *Management Science*, 48(11), 1408–1426. <https://doi.org/10.1287/mnsc.48.11.1408.268>
- Kozlowski, S. W. J., & Chao, G. T. (2018). Unpacking team process dynamics and emergent phenomena: Challenges, conceptual advances, and innovative methods. *American Psychologist*, 73(4), 576–592. <https://doi.org/10.1037/amp0000245>
- Lingard, L. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 13(5), 330–334. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.008425>

- MANSER, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143–151. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 4(1), e004268. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268>
- Reader, T., Flin, R., Lauche, K., & Cuthbertson, B. H. (2006). Non-technical skills in the intensive care unit. *British Journal of Anaesthesia*, 96(5), 551–559. <https://doi.org/10.1093/bja/ael067>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Reising, D. L., Carr, D. E., Gindling, S., Barnes, R., Garletts, D., & Ozdogan, Z. (2017). Team Communication Influence on Procedure Performance: Findings From Interprofessional Simulations with Nursing and Medical Students. *Nursing Education Perspectives*, 38(5), 275–276. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000168>
- Shahid, S., & Thomas, S. (2018). Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. *Safety in Health*, 4(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0073-1>
- Weaver, S. J., Dy, S. M., & Rosen, M. A. (2014). Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 23(5), 359–372. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001848>