JANHSI
JOURNAL OF ADVANCED NURSING AND HEALTH SYSTEMS INNOVATION
Volume 2, Issue 3, July 2026, p.160-176
https://doi.org/10.61987/janhsi.v2i3.03
OPEN ACCESS

Review Articles

Integrated Interprofessional Clinical Leadership (IICL): Sebuah Model Inovatif Kepemimpinan Klinis Berbasis Kolaborasi Interprofesional

Ika Widi Astuti[1*] | Ida Ayu Putu Cintya Pratami[1] | Yukeu Nurhasanah[1] | Nesphia Tri Marvianti[1] | Ni Luh Putu Yudiastuti[1] | Nurul Maulidatil Hasanah[1] | Ni Wayan Echa Sulistiyanti[1] | I Dewa Putu Narendra Dinatha[1] | I Komang Arya Natih Dananjaya[1] | Putu Priska Nandita Anggira Savitri Artana[1] | Ni Putu Ria Pebriantari[1] | Kadek Devi Zahrani[1]

[1]Program Studi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana, Denpasar, Indonesia

*korespondensi penulis: ika.widi@unud.ac.id

Article History *Received: 03/2026* *Revised: 05/2026* *Accepted: 06/2026*

Abstrak

Latar Belakang – Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan global dan tingginya angka kesalahan medis akibat lemahnya komunikasi menuntut adanya model kepemimpinan klinis inovatif yang mampu mengintegrasikan kolaborasi interprofesional (IPC) secara sistemik. **Metode** – Penelitian ini menggunakan desain *literature review* dengan pedoman PRISMA. Pencarian literatur dilakukan pada database ProQuest, PubMed, dan ScienceDirect (2023–2026) menggunakan kerangka PICOT. Sebanyak 14 artikel terpilih dianalisis secara tematik. **Hasil** – Penelitian menghasilkan model *Integrated Interprofessional Clinical Leadership* (IICL) yang mengintegrasikan tiga fondasi utama: kompetensi tim interprofesional, struktur dan sistem pendukung, serta dinamika tim dan praktik kolaboratif. Model ini menerapkan konsep *distributed* dan *collective leadership* yang adaptif terhadap situasi klinis pasien. **Simpulan** – Model IICL berhasil menjembatani fragmentasi pelayanan kesehatan melalui kepemimpinan kolektif berbasis tim. Implementasi model ini memerlukan transformasi budaya organisasi, penguatan kebijakan, serta sistem evaluasi berbasis tim.

Kata kunci: IICL, kepemimpinan klinis, kolaborasi interprofesional, pelayanan kesehatan.

Abstract

Background – *The complexity of global healthcare and high medical error rates due to poor communication demand an innovative clinical leadership model that systemically integrates interprofessional collaboration (IPC).* **Methods** – *This study employed a literature review design following PRISMA guidelines. Literature searches were conducted in ProQuest, PubMed, and ScienceDirect databases (2023–2026) using the PICOT framework. Fourteen selected articles were analyzed using thematic analysis.* **Results** – *The study developed the Integrated Interprofessional Clinical Leadership (IICL) model, which integrates three core foundations: interprofessional team competencies, support structures and systems, and team dynamics and collaborative practices. This model applies distributed and collective leadership concepts that adapt to the patient's clinical situation.* **Conclusion** – *The IICL model successfully bridges healthcare fragmentation through team-based collective leadership. Implementing this model requires organizational culture transformation, policy reinforcement, and team-based evaluation systems.*

Keywords: *Clinical leadership, interprofessional collaboration, IICL, healthcare.*

© The Author(s) 2026, Journal of Advanced Nursing and Health Systems Innovation
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License(https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

PENDAHULUAN

Perkembangan sistem pelayanan kesehatan global menunjukkan peningkatan kompleksitas kebutuhan pasien, terutama akibat meningkatnya prevalensi penyakit kronis, multimorbiditas, serta tuntutan pelayanan yang berkelanjutan dan terintegrasi. Transformasi sistem kesehatan global yang mengarah pada *patient-centered care*, digitalisasi layanan, serta pendekatan *value-based care* semakin menegaskan pentingnya integrasi pelayanan yang komprehensif dan kolaboratif. Kondisi ini menempatkan tenaga kesehatan pada situasi yang menuntut koordinasi lintas profesi secara efektif, karena permasalahan kesehatan tidak lagi dapat ditangani secara optimal oleh satu disiplin ilmu saja. Dalam konteks tersebut, kolaborasi interprofesional (interprofessional collaboration/IPC) yang merupakan proses kerja sama antara dua atau lebih profesi kesehatan yang berbagi peran, tanggung jawab, serta pengambilan keputusan untuk mencapai outcome kesehatan yang optimal, menjadi pendekatan strategis untuk meningkatkan kualitas pelayanan, keselamatan pasien, serta efisiensi sistem kesehatan (El-Awaisi et al., 2024). Namun demikian, berbagai studi menunjukkan bahwa kolaborasi interprofesional dalam praktik klinis masih belum optimal, ditandai dengan lemahnya komunikasi, tumpang tindih peran, serta hambatan struktural dan budaya organisasi yang mempengaruhi kinerja tim. Kondisi tersebut tidak hanya berdampak efektivitas tim, tetapi juga berpotensi meningkatkan risiko kesalahan medis, fragmentasi pelayanan, serta menurunkan kualitas dan keselamatan pasien.

Sejumlah penelitian dalam satu dekade terakhir menunjukkan bahwa IPC berkontribusi positif terhadap peningkatan kualitas pelayanan, kepuasan pasien, serta outcome klinis seperti penurunan angka rawat inap ulang dan lama perawatan (El-Awaisi et al., 2024). Selain itu, dalam konteks pasien dengan kondisi kompleks, IPC terbukti mampu meningkatkan kontinuitas perawatan dan koordinasi antar layanan, khususnya pada transisi perawatan antar setting pelayanan kesehatan. Meskipun demikian, berbagai studi juga mengungkapkan bahwa implementasi IPC masih bersifat fragmentatif dan belum terintegrasi secara sistematis dalam model kepemimpinan klinis. Variabilitas dalam bentuk intervensi IPC serta kurangnya kerangka konseptual yang kuat menyebabkan efektivitasnya belum optimal (Geese & Schmitt, 2023). Sementara itu, McLaney et al. (2022) menyoroti pentingnya pendekatan berbasis kompetensi tim (team-based competencies) dibandingkan hanya berfokus pada kompetensi individu dalam mendukung kolaborasi interprofesional yang efektif (McLaney et al., 2022).

Berdasarkan Studi dari WHO menunjukkan bahwa: 70–80% kesalahan medis disebabkan oleh kurangnya komunikasi dan kolaborasi tim sehingga hal ini yang memunculkan ada IICL dalam praktik keperawatan. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Ryohei Kida et al. kolaborasi tim kesehatan dapat menurunkan angka mortalitas hingga 15–30% mengurangi length of stay (LOS), serta meningkatkan patient safety. Rumah sakit dengan kepemimpinan klinis kuat memiliki peningkatan kualitas pelayanan hingga 20–25% dengan menerapkan konsep IICL (Kida et al., 2024).

© The Author(s) 2026, Journal of Advanced Nursing and Health Systems Innovation
E-ISSN: 3163-6985

Di sisi lain, literatur juga menyoroti pentingnya peran kepemimpinan klinis dalam mendorong keberhasilan IPC. Kepemimpinan yang efektif dapat memperkuat koordinasi tim, membangun komunikasi yang terbuka, serta menciptakan budaya kolaboratif dalam pelayanan kesehatan. Namun, dalam praktiknya masih ditemukan keterbatasan dalam penerapan kepemimpinan klinis yang mampu mengintegrasikan berbagai profesi secara sinergis. Studi terkait implementasi pendekatan perawatan berbasis fungsi (function focused care) menunjukkan bahwa tantangan dalam kolaborasi interprofesional dan lemahnya kepemimpinan menjadi faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi intervensi berbasis tim (Kok et al., 2025). Hal ini mengindikasikan adanya kesenjangan antara konsep kolaborasi interprofesional dengan praktik kepemimpinan klinis yang ada saat ini.

Berdasarkan kesenjangan tersebut, artikel ini menawarkan konsep *Integrated Interprofessional Clinical Leadership* (IICL) sebagai model inovatif yang mengintegrasikan kepemimpinan klinis dengan kolaborasi interprofesional dalam satu pendekatan sistemik. Novelty dari artikel ini terletak pada pengembangan model kepemimpinan klinis yang tidak hanya berfokus pada peran individu pemimpin, tetapi juga menekankan pada kepemimpinan kolektif berbasis tim interprofesional, kompetensi bersama, serta dinamika kolaboratif dalam konteks pelayanan kesehatan yang kompleks. Dengan demikian, model IICL diharapkan dapat memberikan kontribusi ilmiah dalam memperkaya konsep kepemimpinan klinis sekaligus menjadi dasar pengembangan praktik kolaborasi interprofesional yang lebih efektif dan berkelanjutan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *literature review* untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mensintesis hasil penelitian terkait kepemimpinan klinis berbasis *interprofessional collaboration* dalam pelayanan kesehatan. Pelaksanaan *literature review* dalam penelitian ini mengacu pada pedoman *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) yang meliputi tahap identifikasi, screening, *eligibility*, dan inklusi artikel.

Pencarian literatur dilakukan secara sistematis menggunakan tiga *database*, yaitu ProQuest, PubMed, dan ScienceDirect. Strategi pencarian disusun berdasarkan kerangka PICoT (*Population, Interest, Context, Time*), (Populasi:Tenaga Kesehatan, Interest: Strategi untuk mengembangkan interprofessional collaborative clinical leadership models,Context : Setting Rumah Sakit, Time: 2023–2026). Kata kunci yang digunakan merupakan kombinasi istilah *MeSH-term* dengan menggunakan metode *Boolean*, ("Health Personnel"[Mesh] OR "healthcare professional*" OR "medical staff" OR interprofessional OR multidisciplinary) AND ("Leadership"[Mesh] OR "clinical leadership" OR "leadership model*" OR "leadership development" OR "collaborative leadership") AND ("Interprofessional Relations"[Mesh] OR "interprofessional collaboration" OR "teamwork" OR "collaborative practice")AND("Quality of Health Care"[Mesh] OR "patient outcome*" OR "team performance" OR "healthcare outcome*") untuk menemukan literatur yang spesifik.

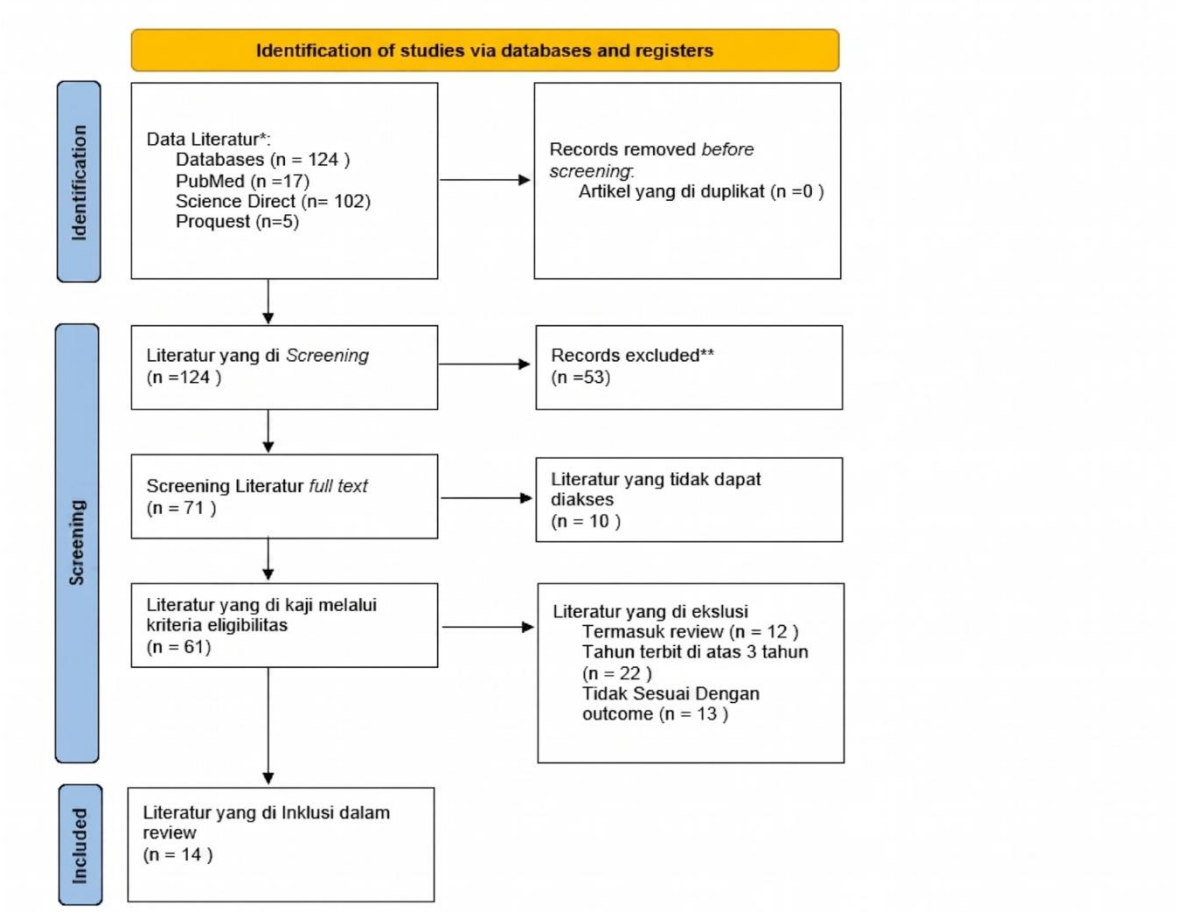
Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi: (1) populasi tenaga kesehatan, (2) setting penelitian di rumah sakit, (3) desain penelitian kualitatif, kuantitatif, dan *mixed-methods*, (4)

artikel berbahasa Inggris, dan (5) dipublikasikan dalam tiga tahun terakhir (2023–2026). Adapun kriteria eksklusi meliputi artikel berupa *literature review*, *systematic review*, proposal penelitian, dan *pilot study*.

Seluruh artikel yang diperoleh kemudian dikumpulkan dan dilakukan identifikasi duplikasi artikel menggunakan AI Rayyan Tools. Selanjutnya dilakukan proses *screening* berdasarkan judul dan abstrak dari artikel untuk menilai kesesuaian dengan kriteria Inklusi dan Eksklusi. Artikel yang memenuhi kriteria Inklusi kemudian di sintesis dan dianalisis lebih lanjut

Proses seleksi artikel disajikan dalam diagram alur PRISMA yang menggambarkan jumlah artikel pada setiap tahap seleksi serta alasan eksklusi. Data dari artikel yang terpilih kemudian diekstraksi secara sistematis ke dalam tabel ringkasan yang mencakup penulis, tahun, tujuan penelitian, desain, sampel, dan hasil utama. Selanjutnya dilakukan analisis tematik untuk mengidentifikasi pola, konsep, serta kesenjangan penelitian terkait kepemimpinan klinis dan *interprofessional collaboration*, yang digunakan sebagai dasar dalam pengembangan model *Integrated Interprofessional Clinical Leadership* (IICL).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN



Gambar 1. Diagram PRISMA

© The Author(s) 2026, Journal of Advanced Nursing and Health Systems Innovation
E-ISSN: 3163-6985

Tabel 1. Deskripsi Hasil Analisis Artikel

No	Penulis & Tahun	Fokus Kepemimpinan	Tujuan	Desain	Sampel/Setting	Hasil Utama
1	Barry et al., 2024	Dinamika dalam Leaderships dan followerships	Mengeksplorasi dinamika *Leader - follower* dalam tim medis yang umumnya bekerja dalam konteks perawatan klinis	Pendekatan konstruktivis menggunakan wawancara semi-terstruktur individual dan analisis tematik induktif.	Partisipan terdiri dari 12 dokter spesialis di bidang perioperatif dan departemen kegawatdaruratan dalam sistem kesehatan militer dan sipil.	Penelitian menghasilkan 3 tema yang menjelaskan persepsi dokter tentang dinamika IHT leadership-followership; (1) Kepemimpinan Intraprofesional, dokter merasa nyaman berbagi kepemimpinan dengan sesama dokter; (2) Hambatan Kolaborasi Interprofesional, meliputi kendala legal, hierarki medis tradisional, dan rasa tanggung jawab kepada pasien; (3) Hierarki yang Tetap Kuat, model hirarki tetap dominan meskipun peran *active followership* diapresiasi jika dilakukan pada waktu yang tepat.
2	Carr et al., 2024	Integrasi kepemimpinan dalam model konseptual IPC	Mengevaluasi perspektif peserta mengenai elemen keberhasilan program Clinical Scholars (CS), sebuah pelatihan kepemimpinan berbasis ekuitas selama tiga tahun, serta pengaruhnya terhadap kesejahteraan komunitas dan keberlanjutan kerja.	Pendekatan metode campuran (mixed-methods) melalui Group Concept Mapping (GCM) yang mengintegrasikan fase kualitatif berupa curah pendapat dan penyortiran ide dengan fase kuantitatif melalui penskalaan multidimensi dan analisis klaster.	Sampel terdiri dari 57 *Fellows* (tingkat partisipasi 32%) yang berasal dari lima kohort program Clinical Scholars antara tahun 2016 hingga 2023. Peserta mencakup beragam disiplin klinis, termasuk dokter (28%), perawat (19,3%), dan pekerja sosial (17,5%), yang bekerja di berbagai sektor seperti universitas (35%) dan rumah sakit (19,3%).	Penelitian mengidentifikasi tujuh klaster tematik yang menjadi elemen kunci keberhasilan program CS: Resources (Dukungan manusia, teknis, dan administrasi), WPIP Support (Dukungan untuk proyek dampak masalah kompleks), Curriculum (Alat pembelajaran dan materi), Thinking Bigger (Pengembangan perspektif sistem dan pertumbuhan pribadi), Leadership Training (Proses dan hasil pengembangan kepemimpinan), Networking (Elemen hubungan antar-personal dan lintas profesi) dan Teamwork (Proses kerja sama dalam tim interprofesional).
3	Chou, Y.-F. et al., 2024	Kompetensi Praktik Interprofessional Collaboration	Mengembangkan dan memvalidasi alat ukur (IPCPCS) untuk menilai kompetensi praktik kolaborasi interprofesional pada perawat klinis di Taiwan.	Studi psikometrik dengan pendekatan cross-sectional survey.	Sampel penelitian terdiri dari 548 perawat klinis yang dipilih menggunakan teknik convenience sampling dari tujuh rumah sakit dalam satu medical foundation di Taiwan.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa skala IPCPCS memiliki tiga faktor utama yaitu kepemimpinan kolaboratif dan resolusi konflik, komunikasi interprofesional dan fungsi tim, serta klarifikasi peran dan perawatan berpusat pada klien, dengan total varians yang dijelaskan sebesar 77,76%. Instrumen ini memiliki reliabilitas yang sangat tinggi dan terbukti valid

No	Penulis & Tahun	Fokus Kepemimpinan	Tujuan	Desain	Sampel/Setting	Hasil Utama
						untuk mengukur kompetensi kolaborasi interprofesional pada perawat klinis. Selain itu, terdapat perbedaan signifikan skor berdasarkan karakteristik responden seperti usia, pendidikan, dan pengalaman kerja.
4	Dasgupta S, et al., 2023	Leadership in Interprofessional Healthcare Practice (Iphp): Preparedness, Responsibilities, and Proficiencies for Healthcare Managers and Human Resource Professionals	Menganalisis kesiapan, tanggung jawab, dan keahlian yang dibutuhkan manajer kesehatan dan profesional SDM dalam mendukung Interprofessional Healthcare Practice (IPHP)	Penelitian eksploratif dengan menggunakan metode campuran (*mixed-methods)* yang meliputi tinjauan literatur, survei, kuesioner, wawancara semi - terstruktur, dan analisis dokumen.	Penelitian melibatkan manajer kesehatan dan profesional SDM di berbagai organisasi kesehatan seperti rumah sakit, klinik, dan fasilitas perawatan jangka panjang.	Hasil penelitan menunjukan 4 domain utama; (1) Tingkat Kesiapan, metode IPHP yang diusulkan dalam studi ini menunjukkan tingkat kesiapan staf medis sebesar 94%; (2) Tanggung Jawab Strategis, Manajer SDM berperan krusial dalam menciptakan kebijakan dan struktur; (3) Keahlian, keahlian utama yang dibutuhkan meliputi kepemimpinan, komunikasi efektif, dan resolusi konflik; (4) Transformasi Organisasi, kepemimpinan IPHP harus menjadi bagian dari visi strategis organisasi untuk meningkatkan luaran pasien dan dinamika tim.
5	de Vos A, et al., 2024	Adaptasi pada masa COVID-19	Mengetahui bagaimana perawat menyesuaikan dan membentuk kembali lingkungan kerja mereka selama fase awal pandemi COVID-19.	Studi deskriptif kualitatif dengan 26 wawancara semi-terstruktur pada perawat dan tenaga kesehatan lain di rumah sakit pendidikan di Belanda, yang dianalisis menggunakan open, axial, dan selective coding.	Penelitian dilakukan di sebuah rumah sakit pendidikan besar di Belanda dengan melibatkan 26 partisipan, yang terdiri dari perawat, asisten klinik, manajer perawat, dan pihak manajemen yang terlibat dalam penanganan COVID-19.	Hasil penelitian mengidentifikasi lima tema utama: (1) pembentukan micro-team dengan peran berbeda (A, B, C) untuk memenuhi kebutuhan perawatan pasien COVID-19; (2) adaptasi yang dipimpin perawat mampu mengelola peningkatan beban kerja dan menjaga kualitas pelayanan; (3) pengembangan profesional berkelanjutan penting untuk meningkatkan kompetensi dalam menghadapi penyakit baru; (4) kolaborasi interprofesional meningkatkan solidaritas, suasana kerja positif, dan otonomi perawat; dan (5) dukungan manajer berperan dalam mengurangi stres dan memperbaiki kondisi kerja perawat.
6	Djaharuddin, I. et al., 2023	Faktor Implementasi praktik	Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi	Mixed-method dengan pendekatan *explanatory sequential*	Sampel penelitian terdiri dari 152 tenaga kesehatan yang meliputi dokter, perawat, apoteker, ahli gizi, dan tenaga	Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan persepsi antar profesi terkait hubungan tim, hambatan kolaborasi, dan kepemimpinan. Faktor yang mempengaruhi IPC

© The Author(s) 2026, Journal of Advanced Nursing and Health Systems Innovation
E-ISSN: 3163-6985

No	Penulis & Tahun	Fokus Kepemimpinan	Tujuan	Desain	Sampel/Setting	Hasil Utama
		Interprofessional Collaborative	interprofessional collaborative practice (IPC) pada tenaga kesehatan di rumah sakit pendidikan.		rehabilitasi medis yang telah bekerja lebih dari 3 tahun di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, serta dilanjutkan dengan FGD pada partisipan terpilih.	meliputi faktor personal seperti komunikasi dan komitmen, faktor sistem atau aturan, serta faktor kepemimpinan.
7	Drew S, et al., 2024	Kerjasama Interprofesional dalam menangani kasus patah tulang pinggul	Mengkarakterisasi pandangan tenaga kesehatan mengenai komponen inti kerja tim multidisiplin dalam perawatan patah tulang panggul guna menginformasikan rekomendasi praktik dan pelatihan kompetensi	Metode kualitatif melalui wawancara mendalam terhadap profesional kesehatan yang dianalisis secara abduktif menggunakan kerangka teori kerja tim	Partisipan terdiri dari 40 profesional kesehatan termasuk dokter bedah, ortogeriatri, fisioterapis, dan manajer layanan yang berasal dari empat rumah sakit di Inggris	Hasil penelitian mengidentifikasi empat komponen utama keberhasilan tim: (1) peran dan tanggung jawab yang jelas melalui jalur perawatan formal dan rencana kerja; (2) proses transfer informasi yang efektif melalui rapat tim (MDT meetings), dokumentasi, dan sistem informasi bersama; (3) tujuan bersama yang diperkuat melalui pelatihan lintas disiplin dan rapat perencanaan; serta (4) kepemimpinan kolaboratif yang bersifat fasilitatif dan motivasional. Seluruh komponen ini berakar pada konsep sentral tanggung jawab bersama (shared responsibility) yang mendorong staf saling membantu dan menghargai nilai setiap profesi.
8	El-Awaisi et al., 2024	Facilitators and barriers to interprofessional collaboration	Mengeksplorasi perspektif tenaga kesehatan tentang faktor pendukung (facilitator) dan penghambat (barrier) kolaborasi interprofesional (IPC) di layanan kesehatan primer di Qatar	Kualitatif dengan focus group discussion dan analisis tematik menggunakan "Gears Model"	58 tenaga kesehatan (dokter umum, perawat, apoteker, dokter gigi, tenaga kesehatan lain) di Primary Health Care Corporation (PHCC), Qatar	Ditemukan faktor IPC pada 4 domain, yakni macro, meso, micro, individu. Facilitator: kebijakan organisasi, teknologi (CERNER), komunikasi efektif, kepemimpinan suportif, pelatihan IPE. Barrier: kurang komunikasi, hierarki, budaya menyalahkan, keterbatasan waktu, ketidakjelasan peran, persepsi pasien, dan ego professional. Diperlukan pendekatan multifaktor untuk meningkatkan IPC.
9	Geese F, et al., 2023	Interprofessional Collaboration in Complex Patient Care	Mengeksplorasi pengalaman tenaga kesehatan di Swiss terkait transisi	Kualitatif dengan *between-method triangulation*, yaitu menggunakan	Tenaga kesehatan dari berbagai profesi di layanan kesehatan di Swiss (jumlah	Ditemukan tiga tema utama, yaitu: 1) Gambaran kondisi ideal dalam transisi perawatan pasien kompleks, 2) Tantangan yang dihadapi saat ini,

No	Penulis & Tahun	Fokus Kepemimpinan	Tujuan	Desain	Sampel/Setting	Hasil Utama
		Transition	perawatan pasien kompleks serta potensi kolaborasi interprofesional (IPC).	beberapa metode pengumpulan data (2 *focus group discussion* dan 10 *individual interviews*) untuk mendapatkan berbagai sudut pandang.	partisipan tidak disebutkan secara eksplisit)	serta 3) Upaya perbaikan melalui kolaborasi interprofesional (IPC).
10	Jepkosgei et al., 2022	Interprofesional Collaboration di Kenya	Mengeksplorasi sifat kerja tim intra-profesional dan interprofesional di unit perawatan bayi baru lahir (NBU) di Kenya, serta memahami dinamika profesional dan kontekstual yang memengaruhi interaksi antar tenaga kesehatan.	Desain kualitatif eksploratif dengan pendekatan etnografi, yang mengombinasikan observasi partisipan non-praktikan selama 148 jam dan 17 wawancara mendalam untuk menangkap praktik kerja tim secara langsung	Sampel terdiri dari 3 rumah sakit di Kenya (1 rumah sakit swasta dan 2 rumah sakit publik level 5) yang melibatkan perawat, mahasiswa keperawatan, dokter, dan dokter magang.	Penelitian ini mengidentifikasi 3 tipe tim yang muncul secara dinamis di lingkungan rumah sakit; (1) Tim inti (star rutin); (2) Tim darurat (multidisiplin saat resusitasi); (3) Tim *ad-hoc* sementera (melibatkan mahasiswa dan keluarga pasien). Kerja sama tim ditemukan sangat dipengaruhi oleh tantangan kontekstual seperti rasio pasien-perawat yang sangat tinggi, yang sering kali mengakibatkan fragmentasi perawatan karena staf hanya berfokus pada eksekusi tugas masing-masing. Meskipun demikian, terdapat mekanisme koping melalui hubungan interpersonal yang kuat dan kerja sama tim yang terdistribusi (*distributed leadership*) yang mampu menciptakan lingkungan interaksi yang lebih terbuka dibandingkan struktur hierarkis formal.
11	Kok S, et al., 2025	Function focused care	Mengetahui pengalaman perawat dan pasien serta proses implementasi function focused care di rumah sakit khususnya pada bangsal geriatri dan neurologi	*Convergent parallel mixed-methods,* yaitu menggabungkan data kualitatif dan kuantitatif yang dikumpulkan secara bersamaan lalu dianalisis bersama untuk memahami proses implementasi.	Sampel terdiri dari 123 tenaga keperawatan dan 24 pasien di 4 bangsal (geriatri dan neurologi) pada 2 rumah sakit di Belanda.	Penerapan function focused care meningkatkan praktik perawatan (dari 60% menjadi 75%) dan mendorong kemandirian pasien. Namun, implementasinya dipengaruhi oleh faktor konteks seperti beban kerja, kurangnya waktu, kolaborasi tim, serta keterbatasan kepemimpinan perawat, sehingga masih terdapat tantangan dalam penerapan optimal.

© The Author(s) 2026, Journal of Advanced Nursing and Health Systems Innovation
E-ISSN: 3163-6985

No	Penulis & Tahun	Fokus Kepemimpinan	Tujuan	Desain	Sampel/Setting	Hasil Utama
12	McLaney et al., 2022	Kompetensi Tim	Mengembangkan kerangka kerja kompetensi kolaborasi interprofesional berbasis tim yang fokus pada kemampuan kolektif untuk meningkatkan asuhan berpusat pada pasien di rumah sakit.	Pengembangan berbasis bukti melalui tinjauan literatur sistematis, pembangunan konsensus multi-stakeholder, dan konsultasi partisipatif menggunakan model World Café	Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, melibatkan kelompok kerja interprofesional, staf klinis dan non-klinis, pimpinan organisasi, serta perwakilan pasien dan mahasiswa.	Penelitian menghasilkan enam kompetensi inti (Komunikasi, Resolusi Konflik, Keputusan Bersama, Refleksi, Klarifikasi Peran, Nilai/Etika) dan 19 perilaku terukur yang diimplementasikan melalui program orientasi, kepemimpinan, dan alat evaluasi tim.
13	Spencer S, et al., 2025	Model pendanaan dan praktik	Mengidentifikasi dan mendeskripsikan model pendanaan, kompensasi, dan praktik tim layanan kesehatan primer di berbagai wilayah Kanada.	Environmental scan dengan mengumpulkan dan menelaah berbagai dokumen dan literatur untuk melihat gambaran kondisi yang ada.	189 sumber data dari structured dan snowball searching ylang berasal dari layanan kesehatan primer di berbagai wilayah di Kanada	Ada banyak variasi model, yaitu 44 compensation model dan 55 practice model, yang menunjukkan belum adanya standar yang seragam antar wilayah. Hal ini menyebabkan sulitnya menentukan model yang paling efektif dalam layanan kesehatan primer berbasis tim.
14	Svensson.I, Knorring.M.N., 2025	Distributed Leadership dan Leadership-as-Practice	Menginvestigasi konsep *Distributed Leadership* (DL) dan *Leadership as Practice* (LAP) dapat dihubungkan untuk meningkatkan pemahaman tentang kepemimpinan yang terdistribusi dalam praktik pelayanan kesehatan	Studi teoritis dengan sajian argumen-argumen berdasarkan tinjauan literatur mendalam.	Fokus penelitian adalah pada organisasi dan praktik pelayanan kesehatan (*healthcare)*	Penelitian menghasilkan 4 temuan utama : (1) Kepemimpinan Organik, merupakan fenomena alami dalam interaksi staf, bukan sekedar instruksi hierarkis; (2) Kepemimpinan sebagai praktik, berfokus pada aktivitas kolektif (*what is done together)* dibandingkan jabatan formal; (3) Aktor non manusia, protokol dan teknologi medis turut berperan dalam mengarahkan tindakan tim; (4) Kolaborasi Interprofesi, integrasi DL dan LAP menjelaskan bahwa kolaborasi terjadi melalui negosiasi rutin dan aktivitas harian.

Kelebihan dan Kekurangan *Integrated Interprofessional Clinical*

Model IICL memiliki kelebihan dalam mengintegrasikan kepemimpinan, sistem organisasi, dan kompetensi tim untuk mendukung kolaborasi interprofesional. Model ini mendorong kepemimpinan yang lebih kolektif dengan melibatkan berbagai profesi dalam proses pengambilan keputusan, sehingga tidak hanya bergantung pada pemimpin formal (Svensson & Knorring, 2025). Selain itu, penguatan komunikasi, klarifikasi peran, dan kemampuan kerja sama tim dalam IICL dapat meningkatkan efektivitas kolaborasi serta mendukung pelayanan yang berpusat pada pasien (McLaney et al., 2022).

Penerapan IICL masih memiliki tantangan karena adanya hambatan budaya organisasi dan struktur hierarki yang masih kuat dalam pelayanan kesehatan. Perbedaan persepsi antarprofesi, ketidakjelasan peran, serta keterbatasan komunikasi dapat menghambat terciptanya kolaborasi yang optimal (Barry et al., 2024; El-Awaisi et al., 2024). Selain itu, implementasi model ini membutuhkan kesiapan sistem, dukungan organisasi, dan pengembangan kompetensi sehingga penerapannya dapat berbeda sesuai konteks layanan kesehatan.

Implikasi *Integrated Interprofessional Clinical*

Penerapan IICL memberikan implikasi terhadap pengembangan pelayanan kesehatan berbasis kolaborasi dengan menekankan bahwa kualitas pelayanan tidak hanya dipengaruhi oleh kompetensi individu, tetapi juga oleh sistem dan hubungan kerja antarprofesi. Model ini mendorong organisasi kesehatan untuk membangun budaya kerja yang mendukung komunikasi terbuka, kejelasan peran, serta pengambilan keputusan bersama.

Selain itu, IICL menunjukkan pentingnya penguatan kompetensi kepemimpinan dan *teamwork* bagi tenaga kesehatan agar mampu beradaptasi dalam lingkungan klinis yang kompleks. Pengembangan pelatihan kepemimpinan kolaboratif, jejaring antarprofesi, dan kerja sama tim menjadi aspek penting dalam mendukung implementasi model ini (Carr et al., 2024). Dengan demikian, IICL berpotensi menjadi pendekatan yang memperkuat IPC dan meningkatkan pelayanan yang berorientasi pada pasien.

Pada model IICL (lihat gambar 2.), keberhasilan kolaborasi *interprofesional* tidak hanya ditentukan oleh komunikasi dan kepemimpinan kolaboratif, tetapi juga oleh kejelasan batas wewenang klinis setiap profesi. Ketidakjelasan peran dapat menyebabkan konflik, duplikasi tindakan, dan fragmentasi pelayanan sehingga klarifikasi peran menjadi salah satu fondasi utama dalam IPC (McLaney et al., 2022). Setiap profesi menjalankan kewenangan sesuai kompetensi dan regulasinya, di mana dokter berperan dalam diagnosis dan terapi medis, perawat sebagai koordinator asuhan, apoteker dalam pengelolaan terapi obat, fisioterapis pada rehabilitasi dan mobilitas, ahli gizi pada intervensi nutrisi, serta pekerja sosial dalam advokasi dan dukungan psikososial pasien. Meskipun memiliki kewenangan yang berbeda, seluruh profesi berkolaborasi melalui *shared responsibility* dan *shared decision-making* untuk memastikan pelayanan yang berpusat pada pasien (Drew et al., 2024). Dengan demikian, IICL mengintegrasikan kewenangan profesi yang jelas dengan kolaborasi lintas disiplin untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien.

© The Author(s) 2026, Journal of Advanced Nursing and Health Systems Innovation
E-ISSN: 3163-6985



Gambar 2. Visualisasi Model IICL

Batasan Wewenang Klinis Profesi

Kesenjangan dalam integrasi kepemimpinan klinis dan interprofessional collaboration (IPC) menunjukkan perlunya pendekatan yang lebih sistemik dan adaptif. Fragmentasi sistem serta variasi model praktik yang belum terstandarisasi menandakan belum adanya kerangka kepemimpinan yang mampu menyatukan kerja lintas profesi secara konsisten. Hal ini diperkuat oleh variasi model praktik dan kompensasi tim yang luas (Spencer et al., 2025), serta beban kerja dan keterbatasan sumber daya yang mendorong tenaga kesehatan bekerja secara task-oriented (Jepkosgei et al., 2022). Selain itu, model kepemimpinan klinis tradisional yang hierarkis dan berpusat pada satu pemimpin turut memperlebar kesenjangan. Pendekatan ini menghambat kolaborasi interprofesional melalui dominasi profesi tertentu, hambatan komunikasi, dan budaya organisasi yang hierarkis (El-Awaisi et al., 2024), serta belum mampu mendukung praktik berbasis tim pada kondisi beban kerja tinggi dan kompleksitas pasien (Kok et al., 2025). Sebagai respons, model IICL menawarkan pendekatan yang mengintegrasikan kepemimpinan klinis dan IPC dalam satu kerangka utuh. IICL menekankan kepemimpinan kolektif berbasis tim yang didistribusikan sesuai kompetensi, situasi klinis, dan kebutuhan pasien, sejalan dengan konsep distributed leadership dan leadership-as-practice. Model ini diharapkan mampu mengatasi fragmentasi serta menciptakan koordinasi yang lebih terstruktur, adaptif, dan berkelanjutan. Kompleksitas IPC sendiri menunjukkan bahwa kolaborasi bukan sekadar interaksi antar profesi, melainkan sistem multi-level yang melibatkan faktor makro, meso, mikro, dan individu.

© The Author(s) 2026, Journal of Advanced Nursing and Health Systems Innovation

IPC dalam pelayanan kesehatan merupakan sistem kompleks yang melibatkan interaksi multi-level antara makro, meso, mikro, dan individu. Pada level makro, kebijakan, regulasi, dan sistem pembiayaan memengaruhi implementasi IPC, serta dukungan organisasi dan teknologi dapat menjadi fasilitator, namun ketidakterpaduan sistem dan aspek legal sering menjadi hambatan (Barry et al., 2024; de Vos et al., 2024; Spencer et al., 2025). Pada level meso, budaya organisasi, struktur tim, dan kepemimpinan berperan penting. Kepemimpinan kolaboratif meningkatkan efektivitas IPC, sedangkan hierarki medis tradisional dan ketidakjelasan peran menjadi kendala utama (Chou et al., 2024; Spencer et al., 2025; Svensson & von Knorring, 2025).

Pada level mikro, keberhasilan IPC ditentukan oleh komunikasi efektif, kejelasan peran, dan tujuan bersama, sementara miskomunikasi dan perbedaan persepsi antar profesi dapat menimbulkan konflik (Carr et al., 2024; Djaharuddin et al., 2023). Pada level individu, kompetensi komunikasi, pengalaman, dan sikap profesional memengaruhi kolaborasi, dengan ego profesi dan stereotip sebagai hambatan utama (Barry et al., 2024; Geese & Schmitt, 2023). Secara keseluruhan, hambatan IPC mencakup aspek struktural (hierarki, sistem, kebijakan) dan budaya (ego profesi, stereotip, blaming culture), sehingga diperlukan pendekatan holistik lintas level untuk meningkatkan kolaborasi dalam pelayanan kesehatan.

Kebutuhan transformasi kepemimpinan klinis saat ini didorong oleh kompleksitas layanan kesehatan yang tidak lagi efektif ditangani melalui model hierarkis tradisional yang cenderung menciptakan silo profesional. Transformasi ini menuntut pergeseran fundamental menuju pergeseran ke *distributed* dan *collective leadership*, di mana pengaruh kepemimpinan tidak lagi terpusat pada satu figur, melainkan didistribusikan secara dinamis berdasarkan kompetensi anggota tim dalam situasi tertentu (Jepkosgei et al., 2022). Model ini sangat krusial dalam mengelola dinamika *leadership* dan *followership* yang cair, terutama pada masa krisis seperti pandemi COVID-19 yang membutuhkan fleksibilitas peran demi keselamatan pasien (Spencer et al., 2025).

Selain itu, transformasi ini memposisikan kepemimpinan sebagai proses kolaboratif berbasis tim yang mengintegrasikan kompetensi interprofesional dalam praktik sehari-hari. Pendekatan ini mengalihkan fokus dari performa individu ke sinergi kolektif tim, yang terbukti krusial dalam menangani kasus kompleks seperti transisi perawatan pasien atau rehabilitasi geriatri (Dasgupta et al., 2023). Dengan mengadopsi model *leadership-as-practice*, kepemimpinan dipandang sebagai interaksi sosial yang menyatukan berbagai disiplin ilmu, meminimalisir ego profesional, dan memastikan bahwa koordinasi tim menjadi standar utama dalam mencapai luaran klinis yang optimal (Djaharuddin et al., 2023; El-Awaisi et al., 2024).

Model IICL dibangun atas integrasi tiga fondasi utama, yaitu kompetensi tim interprofesional, struktur dan sistem pendukung, serta dinamika tim dan praktik kolaboratif, yang secara kolektif membentuk kerangka kepemimpinan klinis yang adaptif terhadap kompleksitas pelayanan kesehatan. Kompetensi tim interprofesional mencakup komunikasi efektif, resolusi konflik, klarifikasi peran, dan pengambilan keputusan bersama, yang telah diidentifikasi sebagai determinan utama keberhasilan kolaborasi lintas profesi (Drew et al., 2024; Geese & Schmitt, 2023), namun dalam praktiknya masih sering terhambat oleh

© The Author(s) 2026, Journal of Advanced Nursing and Health Systems Innovation

perbedaan persepsi antar profesi serta lemahnya koordinasi tim (Chou et al., 2024). Keterbatasan ini menunjukkan bahwa kompetensi individu dan tim tidak cukup tanpa dukungan struktur organisasi yang memadai. Oleh karena itu, keberadaan sistem pendukung seperti kebijakan organisasi, budaya kolaboratif, serta mekanisme koordinasi yang terintegrasi menjadi faktor krusial dalam memfasilitasi praktik interprofesional, sekaligus mengatasi hambatan seperti hierarki, kurangnya komunikasi, dan budaya menyalahkan yang masih dominan dalam pelayanan kesehatan (Svensson & von Knorring, 2025). Lebih lanjut, efektivitas kedua komponen tersebut dimediasi oleh dinamika tim dan praktik kolaboratif yang berlangsung dalam interaksi sehari-hari, di mana tujuan bersama, kejelasan peran, serta komunikasi rutin terbukti memperkuat koordinasi dan kinerja tim (Djaharuddin et al., 2023). Dalam konteks ini, kepemimpinan tidak lagi dipahami sebagai fungsi individual, melainkan sebagai proses kolektif yang muncul melalui interaksi tim yang dinamis dan terdistribusi sesuai kebutuhan situasi klinis (Dasgupta et al., 2023; de Vos et al., 2024). Dengan demikian, integrasi ketiga fondasi dalam model IICL tidak hanya menjawab keterbatasan pendekatan kepemimpinan tradisional yang hierarkis, tetapi juga menawarkan kerangka konseptual yang lebih komprehensif dalam meningkatkan efektivitas kolaborasi interprofesional, kualitas pelayanan, serta keselamatan pasien secara berkelanjutan.

Hasil telaah dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa kepemimpinan dalam pelayanan kesehatan telah mengalami pergeseran dari model yang bersifat individual dan hierarkis menjadi lebih kolaboratif dan terintegrasi. Dalam konteks ini, muncul konsep IICL sebagai pendekatan yang menggabungkan kepemimpinan, sistem organisasi, dan kompetensi tim dalam mendukung praktik IPC. Integrasi ketiga komponen ini menjadi penting karena pelayanan kesehatan melibatkan berbagai profesi dengan latar belakang, peran, dan tanggung jawab yang berbeda, sehingga membutuhkan koordinasi yang tidak hanya efektif tetapi juga adaptif. Namun demikian, berbagai studi menunjukkan bahwa tanpa integrasi yang kuat, kolaborasi interprofesional masih menghadapi sejumlah hambatan. Struktur hierarki tradisional diketahui tetap dominan meskipun konsep *shared leadership* mulai berkembang, sehingga dapat membatasi partisipasi aktif anggota tim (Spencer et al., 2025). Selain itu, ketidakjelasan peran serta keterbatasan komunikasi juga menjadi tantangan yang sering muncul, yang mengindikasikan bahwa kepemimpinan perlu diintegrasikan dengan sistem organisasi yang mendukung.

Kepemimpinan tidak hanya berfungsi sebagai pengarah, tetapi juga sebagai fasilitator dalam menciptakan lingkungan kerja yang kondusif. Hal ini tercermin dari temuan bahwa kepemimpinan yang suportif, didukung oleh kebijakan organisasi dan teknologi, menjadi faktor utama yang memfasilitasi kolaborasi, sementara hambatan seperti budaya menyalahkan, hierarki, dan kurangnya komunikasi justru menghambat proses tersebut (Svensson & von Knorring, 2025). Di sisi lain, kompetensi tim menjadi elemen penting yang memperkuat hubungan tersebut. Kompetensi seperti komunikasi, resolusi konflik, dan klarifikasi peran diidentifikasi sebagai dasar utama dalam kolaborasi interprofesional (Drew et al., 2024). Temuan ini juga menunjukkan bahwa kemampuan kolaboratif mencakup kepemimpinan kolaboratif, komunikasi interprofesional, serta perawatan berpusat pada

© The Author(s) 2026, Journal of Advanced Nursing and Health Systems Innovation

pasien (Geese & Schmitt, 2023). Dengan demikian, keberhasilan IPC tidak hanya ditentukan oleh adanya sistem dan kepemimpinan, tetapi juga oleh kesiapan individu dalam tim untuk bekerja secara kolaboratif.

Dalam konteks tersebut, IICL dapat dipahami sebagai model kepemimpinan kolektif yang mengintegrasikan kontribusi berbagai profesi dalam satu sistem kerja yang saling mendukung. Pendekatan ini sejalan dengan konsep *distributed leadership* dan *leadership-as-practice*, yang menekankan bahwa kepemimpinan merupakan hasil dari interaksi sosial dan praktik sehari-hari. Kepemimpinan dalam pelayanan kesehatan bahkan dipandang sebagai fenomena yang bersifat organik dan muncul melalui aktivitas kolektif tim, termasuk interaksi antar tenaga kesehatan serta penggunaan protokol dan teknologi (de Vos et al., 2024). Gambaran ini diperkuat oleh temuan bahwa kepemimpinan dalam praktik klinis sering kali bersifat dinamis dan terdistribusi sesuai kebutuhan situasi, seperti dalam tim darurat maupun tim sementara (Dasgupta et al., 2023). Selain itu, penguatan *teamwork*, *networking*, serta pelatihan kepemimpinan juga berkontribusi dalam membentuk kepemimpinan kolaboratif yang efektif (Kok et al., 2025). Kepemimpinan dalam model IICL bekerja melalui mekanisme yang memungkinkan terfasilitasinya IPC secara sistemik. Peran ini tidak hanya terbatas pada pengambilan keputusan, tetapi juga mencakup pembangunan sistem pendukung kolaborasi, seperti penyusunan kebijakan, penguatan alur komunikasi, serta pemanfaatan teknologi informasi untuk mendukung pertukaran data antar profesi. Selain aspek struktural, kepemimpinan juga berperan dalam membentuk budaya kerja yang kondusif melalui penguatan kepercayaan, komunikasi terbuka, dan saling menghargai antar profesi. Keberhasilan tim interprofesional diketahui sangat dipengaruhi oleh kejelasan peran, komunikasi yang efektif, serta adanya tujuan bersama yang difasilitasi oleh kepemimpinan kolaboratif (Svensson & von Knorring, 2025). Dalam situasi yang lebih kompleks, seperti pandemi COVID-19, kepemimpinan yang adaptif terbukti mampu meningkatkan solidaritas tim, mengelola beban kerja, dan menjaga kualitas pelayanan (Chou et al., 2024). Selain itu, kepemimpinan juga berperan sebagai mediator dalam mengatasi konflik dan perbedaan persepsi antar profesi. Perbedaan tersebut dapat diminimalkan melalui komunikasi yang efektif, komitmen tim, serta kepemimpinan yang inklusif (Djaharuddin et al., 2023). Dengan demikian, mekanisme kepemimpinan dalam IICL tidak hanya bersifat struktural, tetapi juga relasional dan transformasional, sehingga mampu mendorong terciptanya kolaborasi interprofesional yang efektif dan berkelanjutan.

Adaptabilitas menjadi salah satu kekuatan utama dari model IICL dalam merespons variasi setting pelayanan kesehatan yang dinamis. Perbedaan karakteristik unit layanan, kompleksitas kasus, serta fluktuasi beban kerja menuntut model kepemimpinan yang fleksibel dan kontekstual. Studi menunjukkan bahwa beban kerja yang tinggi, keterbatasan waktu, serta dinamika lingkungan kerja menjadi hambatan utama dalam pelaksanaan kolaborasi interprofesional secara optimal (Kok et al., 2025). Selain itu, variasi konteks praktik di berbagai setting juga menunjukkan bahwa tidak ada satu pendekatan tunggal yang dapat diterapkan secara universal tanpa adaptasi (Geese & Schmitt, 2023).

© The Author(s) 2026, Journal of Advanced Nursing and Health Systems Innovation

IICL mengakomodasi kebutuhan ini melalui integrasi konsep micro-team dan distributed leadership sebagai mekanisme operasionalnya. Pembentukan micro-team terbukti efektif dalam meningkatkan responsivitas tim terhadap kebutuhan pasien, khususnya dalam situasi dengan tekanan kerja tinggi seperti pada masa pandemi (de Vos et al., 2024). Sementara itu, praktik distributed leadership memungkinkan terbentuknya kepemimpinan yang fleksibel dan dinamis melalui interaksi antar anggota tim, sehingga meningkatkan keterlibatan dan koordinasi tim (Jepkosgei et al., 2022; Svensson & von Knorring, 2025).

Keunggulan utama IICL terletak pada kemampuannya menggabungkan fleksibilitas struktural dengan kejelasan peran dan tanggung jawab dalam tim interprofesional. Hal ini sejalan dengan temuan bahwa keberhasilan tim interprofesional ditentukan oleh kejelasan peran, komunikasi efektif, serta kepemimpinan kolaboratif yang fasilitatif. Dengan demikian, IICL tidak hanya bersifat konseptual, tetapi juga aplikatif dalam berbagai konteks praktik, menjadikannya sebagai model inovatif yang relevan untuk menjawab tantangan kepemimpinan klinis di era pelayanan kesehatan modern.

Penerapan model IICL menuntut perubahan mendasar pada tiga aspek utama dalam organisasi layanan kesehatan, yakni transformasi budaya organisasi, penguatan kebijakan dan pelatihan kepemimpinan, serta kebutuhan instrumen evaluasi berbasis tim. Model IICL memerlukan pergeseran dari budaya hierarki tradisional menuju budaya kolaboratif yang inklusif. Fokus utamanya adalah penerapan *shared leadership*, di mana kepemimpinan didistribusikan ke berbagai anggota tim lintas profesi. Transformasi ini sangat krusial untuk mengatasi hambatan struktural dan perbedaan peran yang sering menghambat koordinasi tim di lapangan. Implementasi yang berkelanjutan membutuhkan kebijakan organisasi yang mendukung tata kelola interprofesional. Selain itu, diperlukan pelatihan kepemimpinan yang tidak hanya fokus pada individu, tetapi juga pada kompetensi kepemimpinan bersama (*collective leadership*) dan peran *followership* yang aktif. Pelatihan ini bertujuan untuk menyelaraskan teori kolaborasi dengan praktik nyata di lingkungan klinis yang kompleks (Spencer et al., 2025). Diperlukan instrumen evaluasi baru yang mampu mengukur dinamika tim secara kolektif, bukan sekadar kinerja individu. Instrumen ini harus bisa memantau efektivitas kepemimpinan bersama serta dampaknya terhadap keselamatan pasien. Evaluasi berbasis tim akan menjadi dasar bagi penyempurnaan model IICL agar lebih adaptif terhadap kebutuhan unit pelayanan.

SIMPULAN

Model IICL menunjukkan bahwa permasalahan utama dalam kolaborasi interprofesional tidak hanya terletak pada aspek individu, tetapi pada belum terintegrasinya kepemimpinan, sistem organisasi, dan kompetensi tim dalam praktik klinis. Pergeseran menuju kepemimpinan kolektif dan terdistribusi menjadi pendekatan yang lebih relevan untuk mengatasi kompleksitas pelayanan kesehatan, sekaligus memperkuat koordinasi, komunikasi, dan kejelasan peran antar profesi. Melalui integrasi ketiga komponen utama serta dukungan struktur yang adaptif, IICL mampu menjembatani fragmentasi pelayanan dan menciptakan mekanisme kolaborasi yang lebih efektif dan berkelanjutan. Implikasi dari

model ini menekankan pentingnya transformasi budaya organisasi, penguatan kebijakan, serta pengembangan pelatihan dan sistem evaluasi berbasis tim. Oleh karena itu, diperlukan penelitian lanjutan untuk menguji implementasi IICL secara empiris dalam berbagai setting pelayanan kesehatan guna memastikan efektivitas dan keberlanjutannya.

DAFTAR PUSTAKA

Barry, E. S., Teunissen, P., Varpio, L., Vietor, R., & Kiger, M. (2024). Leadership and Followership Dynamics in Interprofessional Health Care Teams: Attending Physician Perspectives. *Academic Medicine*, *99*(11), 1208–1214. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005819

Carr, T., Rosas, S., Noble, C., Song, M., Fernandez, C. S. P., Brandert, K., Donnald, K., Corbie, G., & Dave, G. (2024). Strengthening healthcare providers' leadership capabilities, interprofessional collaboration, and systems thinking: a conceptualization of the Clinical Scholars program impact. *BMC Medical Education*, *24*(1), 1277. https://doi.org/10.1186/s12909-024-06240-1

Chou, Y.-F., Hsieh, S.-I., Tseng, Y.-P., Yeh, S.-L., Chiang, M.-C., Hsiao, C.-C., Lin, C.-T., Hu, S.-T., Chen, S.-H., & Liao, M.-N. (2024). Development and Validation of the Interprofessional Collaboration Practice Competency Scale (IPCPCS) for Clinical Nurses. *Healthcare*, *12*(7), 806. https://doi.org/10.3390/healthcare12070806

Dasgupta, S., Singh, P., Siddiqui, S., Uma, V., Aggarwal, S., & Feston, B. N. (2023). Leadership in Interprofessional Healthcare Practice (Iphp): Preparedness, Responsibilities, and Proficiencies for Healthcare Managers and Human Resource Professionals. *Journal of Informatics Education and Research*. https://doi.org/10.52783/jier.v3i2.439

de Vos, A. J. B. M., de Kok, E., Maassen, S. M., Booy, M., & Weggelaar-Jansen, A. M. J. W. M. (2024). Learning from a crisis: a qualitative study on how nurses reshaped their work environment during the COVID-19 pandemic. *BMC Nursing*, *23*(1), 515. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02177-4

Djaharuddin, I., Aras, I., Masadah, R., Yusuf, I., Idris, I., Rasyid, H., & Nelwan, B. (2023). Factors Influencing the Implementation of Interprofessional Collaborative Practice in Teaching Hospital Setting: A Mixed-Method Study. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism*, *11*(4), 213–221. https://doi.org/10.30476/jamp.2023.98987.1821

Drew, S., Fox, F., Gregson, C. L., & Gooberman-Hill, R. (2024). Model of multidisciplinary teamwork in hip fracture care: a qualitative interview study. *BMJ Open*, *14*(2), e070050. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070050

El-Awaisi, A., Yakti, O. H., Elboshra, A. M., Jasim, K. H., AboAlward, A. F., Shalfawi, R. W., Awaisu, A., Rainkie, D., Al Mutawa, N., & Major, S. (2024). Facilitators and barriers to interprofessional collaboration among health professionals in primary healthcare centers in Qatar: a qualitative exploration using the "Gears" model. *BMC Primary Care*, *25*(1), 316. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02537-8

Geese, F., & Schmitt, K.-U. (2023). Interprofessional Collaboration in Complex Patient Care Transition: A Qualitative Multi-Perspective Analysis. *Healthcare*, *11*(3), 359. https://doi.org/10.3390/healthcare11030359

© The Author(s) 2026, Journal of Advanced Nursing and Health Systems Innovation

Jepkosgei, J., English, M., Adam, M. B., & Nzinga, J. (2022). Understanding intra- and interprofessional team and teamwork processes by exploring facility-based neonatal care in kenyan hospitals. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 636. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08039-6

Kida, R., Suzuki, R., Fujitani, K., Ichikawa, K., & Matsushita, H. (2024). Interprofessional Team Collaboration as a Mediator Between Workplace Social Capital and Patient Safety Climate: A Cross-Sectional Study. *Quality Management in Health Care*, *33*(1), 12–17. https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000421

Kok, S., Mathijssen, E. G. E., Schoonhoven, L., Verstraten, C., Metzelthin, S. F., Bleijenberg, N., & de Man-van Ginkel, J. M. (2025). Function focused care in hospital among nurses and patients from geriatric and neurology wards: A mixed method process evaluation. *International Journal of Nursing Studies Advances*, *9*. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100401

McLaney, E., Morassaei, S., Hughes, L., Davies, R., Campbell, M., & Di Prospero, L. (2022). A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. *Healthcare Management Forum*, *35*(2), 112–117. https://doi.org/10.1177/08404704211063584

Spencer, S., Hedden, L., Lukewich, J., Mathews, M., Poitras, M.-E., Beaulieu, C., Hollingbery, T., Meredith, L., Ryan, D., & Vaillancourt, V. T. (2025). Primary Care Team Funding, Compensation and Practice Models Across Canadian Jurisdictions: An Environmental Scan. *Nursing Leadership*, *37*, 59–76.

Svensson, I., & von Knorring, M. (2025). Connecting Distributed Leadership and Leadership-as-Practice to Increase Understanding of Leadership as Distributed in Healthcare Practice. *Journal of Change Management*, *25*(1), 11–30. https://doi.org/10.1080/14697017.2025.2453136

© The Author(s) 2026, Journal of Advanced Nursing and Health Systems Innovation