



## Artikel Penelitian

# Kerangka Hukum Pelayanan Kesehatan yang Berbasis pada *Patient-Centered Care*

PRITA MULIARINI<sup>1</sup>, NADYA NOOR AZALIA<sup>1</sup>, MUMTAZA NOOR ASHILA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Himpunan Obstetri Ginekologi Sosial Indonesia

Email korespondensi: drpritamuliarini@yahoo.com

Dikirimkan 24 September 2020, Diterima Oktober 2020

### Abstrak

**Latar Belakang:** Pergeseran prinsip pelayanan dari *provider-centered care* menjadi *patient-centered care* (PCC) merupakan bentuk penghargaan terhadap hak pasien seperti partisipasi, akuntabilitas, tidak mendiskriminasi, transparansi, menjunjung martabat manusia, pemberdayaan, dan berdasarkan aturan hukum. Proses melibatkan keinginan pasien semakin diterima sebagai bagian integral dari perawatan medis yang berkualitas. Hal ini sejalan dengan pergeseran prevalensi penyakit dan meningkatnya kompleksitas pemberian layanan kesehatan dengan berkembangnya kemajuan ilmu dan teknologi medis.

**Tujuan:** Untuk menganalisis kerangka hukum dan implementasi pelayanan kesehatan berbasis PCC dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1.1 (SNARS 1.1) menggunakan dasar peraturan perundangan di Indonesia.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan desain kualitatif, yuridis normatif dengan *statute approach* berdasarkan bahan hukum atau data hukum primer yang mencakup undang-undang praktik kedokteran dan rumah sakit.

**Hasil:** Prinsip PCC yang tercantum dalam SNARS 1.1 merupakan pengejawantahan peraturan perundangan di Indonesia terkait hak pasien dan mutu pelayanan kesehatan.

**Kesimpulan:** Kebijakan dan peraturan terkait PCC dapat membantu implementasi PCC di rumah sakit.

Kata kunci: *patient-centered care*, mutu, hukum kesehatan, SNARS 1.1

### Latar Belakang

Pergeseran pelayanan dari *provider-centered care* menjadi *patient-centered care* (PCC) merupakan bentuk penghargaan terhadap hak pasien dalam pelayanan kesehatan. PCC merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang menjunjung tinggi hak pelayanan kesehatan, yaitu partisipasi, akuntabilitas, non-diskriminasi, transparansi, menjunjung martabat manusia, pemberdayaan, dan berdasarkan peraturan hukum (Gloppen dkk., 2015). PCC merupakan dimensi kualitas pelayanan kesehatan sebagai hak pasien, dengan pergeseran kontrol dan kekuasaan dari pemberi perawatan ke pihak penerima layanan, yaitu pasien (Berwick, 2009).

Proses perawatan pasien dapat memakan waktu panjang oleh karena melibatkan tantangan pemulihan fisik, mental, dan sosial. Keterlibatan pasien selama perawatan merupakan bagian dari PCC dalam rangka pengumpulan data klinis, diagnosis, pengobatan, dan pilihan intervensi terapeutik. Dengan mengetahui keinginan pasien, dokter dapat lebih memahami perasaan dan persepsi pasien. Sehingga, komunikasi dokter-pasien dan kepuasan pasien dapat ditingkatkan dan perubahan pelayanan dari "*being there*" menjadi "*being with*" (Yuan, 2017).

Melalui pelaksanaan PCC, terdapat sistem yang memungkinkan pasien dapat bergerak bebas di sepanjang alur perawatan. Sistem ini mempertimbangkan kebutuhan individu pasien dan memperlakukan pasien dengan penuh hormat dan bermartabat (Hooks, 2016). Prinsip PCC menekankan pada transparansi, individualisasi, pengakuan, rasa hormat, martabat, dan pilihan dalam semua hal, tanpa kecuali, terkait dengan orang, keadaan, dan hubungannya dengan pelayanan kesehatan (Sullivan, 2017). PCC harus menghormati dan bersifat responsif terhadap preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai individu pasien dan memastikan bahwa nilai-nilai pasien memandu seluruh keputusan klinis (Institute of Medicine, 2001<sup>a</sup>).

Proses melibatkan keinginan pasien semakin diterima sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan yang berkualitas. Hal ini terkait dengan dua perubahan pola perawatan kesehatan selama beberapa dekade terakhir. Pertama, pergeseran pola penyakit dari penyakit akut, infeksi dan tunggal ke kondisi kronis, kompleks dan degeneratif atau tidak dapat disembuhkan. Kedua, meningkatnya kompleksitas pemberian layanan kesehatan karena kemajuan ilmu dan teknologi medis. Dengan perubahan tersebut, penting memahami mengapa dokter perlu memahami keinginan pasien dan bagaimana pemahaman tersebut dapat berkontribusi pada keluaran klinis dan kepuasan pasien (Jagosh dkk., 2011).

Pelayanan kesehatan juga harus diberikan oleh sistem yang dirancang secara hati-hati dan secara sadar untuk memberikan perawatan yang aman, efektif, berpusat pada manusia, tepat waktu, efisien, dan adil (Institute of Medicine, 2001<sup>b</sup>). Peningkatan akuntabilitas dan transparansi dalam pelayanan kesehatan masyarakat serta pentingnya menghargai hak pasien, semakin menekankan pentingnya perawatan yang berpusat pada pasien untuk mencapai hasil yang diinginkan (Tahan dkk., 2015).

Picker Institute mengajukan delapan prinsip PCC yaitu (Picker Institute, 2016): Pertama, menghormati nilai-nilai pasien, preferensi, dan kebutuhan yang diungkapkan. Prinsip ini meliputi memperlakukan individu dengan hormat, dengan cara yang menjaga martabat mereka dan menunjukkan kepekaan terhadap nilai-nilai budaya mereka, memberi tahu individu tentang kondisi mereka dan melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan, dan berfokus pada kualitas hidup orang tersebut, yang mungkin dipengaruhi oleh penyakit dan perawatan mereka.

Prinsip kedua adalah informasi dan pendidikan, yaitu memberikan informasi lengkap kepada individu mengenai status klinis, perkembangan, dan prognosis mereka; proses asuhan; dan informasi untuk membantu memastikan otonomi dan kemampuan mereka untuk mengatur diri sendiri, dan untuk meningkatkan kesehatan mereka. Prinsip ketiga adalah akses ke perawatan yaitu memastikan, terutama sehubungan dengan perawatan rawat jalan mengenai akses ke beberapa pengaturan dan layanan perawatan kesehatan, ketersediaan transportasi, kemudahan penjadwalan dan ketersediaan janji, dan akses ke spesialis dan layanan khusus bila diperlukan.

Prinsip keempat adalah dukungan emosional untuk menghilangkan ketakutan dan kecemasan, yaitu membantu meringankan rasa takut dan cemas yang mungkin dialami seseorang sehubungan dengan status kesehatan mereka (status fisik, perawatan, dan prognosis), dampak penyakit mereka pada diri mereka sendiri dan orang lain (keluarga, pengasuh, dan lainnya), dan dampak finansial dari penyakit mereka. Prinsip kelima adalah keterlibatan keluarga dan teman, yaitu mengakui dan menghormati peran keluarga dan teman orang tersebut dalam pengalaman perawatan kesehatan mereka dengan mengakomodasi individu yang memberikan dukungan kepada orang tersebut selama perawatan, menghargai peran advokat orang tersebut dalam pengambilan keputusan, dan mendukung anggota keluarga dan teman sebagai pengasuh, dan mengenali kebutuhan mereka.

Prinsip keenam adalah transisi yang berkelanjutan dan aman antara pengaturan layanan kesehatan, yaitu mengurangi kecemasan tentang kemampuan seseorang untuk mengatur diri sendiri setelah pulang dengan memberikan informasi mengenai pengobatan, pembatasan fisik, nutrisi, dan lainnya; mengkoordinasikan perawatan dan layanan yang berkelanjutan dan berbagi informasi ini dengan orang dan keluarga mereka; dan memberikan informasi mengenai akses ke dukungan (misalnya sosial, fisik, dan keuangan) secara berkelanjutan.

Prinsip ketujuh adalah kenyamanan fisik, yaitu meningkatkan kenyamanan fisik individu selama perawatan, terutama yang berkaitan dengan manajemen nyeri, dukungan dengan aktivitas kehidupan sehari-hari, dan mempertahankan fokus pada lingkungan rumah sakit (privasi, kebersihan, kenyamanan, aksesibilitas untuk kunjungan). Prinsip terakhir yakni kedelapan adalah koordinasi dan integrasi asuhan, yaitu mengkoordinasi dan mengintegrasikan perawatan dan layanan

klinis dan pasien untuk mengurangi perasaan takut dan kerentanan.

Penelitian lain menemukan bahwa PCC dapat meningkatkan kemampuan perawatan mandiri pasien di rumah sakit (Poochikian-Sarkissian dkk., 2010). Penelitian kualitatif di sebuah rumah sakit swasta di Malang menunjukkan bahwa penerapan PCC yang berkualitas akan meningkatkan kepuasan pasien (Abubakar dkk., 2020 & Riskiyah dkk., 2017).

Namun demikian, terdapat beberapa aspek PCC yang belum terlaksana dengan baik dalam perspektif pasien, antara lain komunikasi dalam penyampaian informasi tentang prosedur layanan, waktu kedatangan dokter, keramahan petugas, maupun terkait layanan administrasi (Riskiyah dkk., 2017). Penelitian lain di Aceh menemukan bahwa masih terdapat dimensi PCC dari Pickers Institute yang tidak terlaksana, yaitu kontinuitas dan transisi layanan (Rachma & Kamil, 2019). Beberapa aspek lain yang ditemukan dalam penelitian lain adalah kurangnya informasi kesehatan yang diterima pasien, perlakuan pada pasien yang kurang diperhatikan dalam perawatan; pasien kurang mengenal kondisi diri, pengenalan yang kurang mengenai PCC dan asuhan keperawatan kurang optimal pada petugas (Ernawati & Lusiani, 2019).

Implementasi PCC membutuhkan pendekatan system yang menyeluruh, yang mencakup pembelajaran formal dan informal (Stein-Parbury dkk., 2012). Belum adanya regulasi yang secara eksplisit mengatur pelaksanaan PCC di Indonesia membuat model pelayanan berpusat pada pasien belum dirancang secara utuh dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Hal ini semakin menambah hambatan pelayanan kesehatan di Indonesia, di samping desentralisasi, masalah ketenagakerjaan, pendidikan kesehatan dan stratifikasi sosial (Dewi dkk., 2014). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis kerangka hukum dan implementasi pelayanan kesehatan berbasis PCC dalam SNARS 1.1 berdasarkan peraturan perundangan di Indonesia.

## Metode

Penelitian menggunakan metode penelitian kualitatif, dengan pendekatan deskriptif analitis. Dalam kaidah penelitian hukum, penelitian ini merupakan penelitian yuridis *normative* dengan pendekatan *statute approach*. Penelitian hukum normatif digunakan untuk menganalisis bahan hukum dengan mengacu kepada norma-norma hukum yang tertuang dalam peraturan perundang-undangan dan putusan pengadilan maupun penelaahan pustaka (literatur) yang ada kaitannya dengan objek penelitian (Soekanto, 1987). Pendekatan perundang-undangan (*statute approach*) dilakukan dengan menelaah peraturan perundang-undangan yang bersangkutan paut yang diajukan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dalam konsep PCC (Soekanto & Mamudji, 2001).

Bahan hukum atau data hukum primer yang digunakan adalah UU nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, UU nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dan UU nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Bahan hukum sekunder yang digunakan adalah SNARS 1.1. Pengumpulan data dilakukan dengan matriks penelitian melalui studi kepustakaan terhadap bahan hukum primer dan sekunder, dengan cara mencari dan mengumpulkan peraturan perundang-undangan serta pendapat hukum dari buku, hasil penelitian, dokumen hukum, media internet, jurnal ilmiah yang terkait konsep PCC.

Analisis data dilakukan menggunakan pendekatan kualitatif terhadap bahan hukum yang digunakan. Data disusun secara sistematis, yaitu hanya mengambil data yang bersifat khusus dan terkait dengan permasalahan yang dibahas. Dengan demikian, nantinya akan menghasilkan uraian yang bersifat deskriptif kualitatif, yaitu dengan menggambarkan kenyataan yang berlaku serta yang terkait dengan aspek-aspek hukum dalam pelaksanaan PCC di Indonesia.

## Hasil

Setiap dimensi PCC yang diajukan oleh KARS telah tercantum dalam peraturan perundangan di Indonesia. Tabel 1 menunjukkan bahwa setiap dimensi PCC yang diajukan oleh KARS merupakan bentuk upaya KARS dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Tabel 1. Dimensi PCC KARS dalam peraturan perundangan di Indonesia

Dimensi PCC	UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan	UU Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit	UU Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
<i>Patient Engagement &amp; Empowerment</i>	Pasal 2, 5 h, 7, 8, 46, 47, 54 ayat (1) 5 h	Pasal 2,5, 29, 32, 37	Pasal 39, 35, 45, 52
Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP) sebagai <i>Clinical Leader</i>	Pasal 5, 51	Pasal 2, 3, 4, 5, 13, 29, 30, 32, 36	Pasal 3, 50, 51, 52, 53
Petugas Pemberi Asuhan (PPA) sebagai tim, kolaborasi interprofesional	Pasal 24, 46, 47, 51	Pasal 2, 13, 33, 36	Pasal 2, 40, 50, 51
Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)	Pasal 51, 56	Pasal 29, 31, 32, 37, 38, 52, 53	Pasal 46, 47, 50, 51, 52, 53
Manajer Pelayanan Pasien (MPP)	Pasal 2, 3, 5, 46, 47, 51, 54 ayat (1)	Pasal 29, 32, 33, 36, 39	Pasal 49, 50, 51
Kolaborasi Pendidikan Pasien	Pasal 5, 7, 8	Pasal 29, 31, 32	Pasal 45, 53
Segitiga Sasaran PCC	Pasal 2, 5, 54 ayat (1)	Pasal 29, 37	Pasal 2, 52
<i>Integrated Clinical Pathway</i>	Pasal 2, 5, 46, 47, 51	Pasal 1, 4, 29, 33, 36	Pasal 40, 50, 51
<i>Integrated Discharge Planning</i>	Pasal 2, 5, 46, 47	Pasal 2, 3, 4, 29, 30, 41, 42	Pasal 40, 50, 51

Hampir seluruh dimensi PCC KARS merupakan wujud prinsip dasar hak atas kesehatan warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, *gender* dan *non-diskriminatif* dan norma-norma agama, sebagaimana tercantum dalam pasal 2 UU 36/2009 (Tabel 1). Demikian pula, Pasal 2 UU 44/2009 menyatakan bahwa penyelenggaraan rumah sakit harus berasaskan Pancasila dan didasarkan pada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Menurut KARS, asuhan pasien diberikan secara terintegrasi pada tiga aspek, yaitu integrasi intra-inter PPA dan integrasi PPA-Pasien yang bersifat horizontal, serta integrasi inter unit yang bersifat vertikal. Dalam rangka mewujudkan hal tersebut, KARS mengajukan sembilan dimensi PCC yang secara garis besar merupakan wujud dari implementasi Standar Hak Pasien dan Keluarga (HPK). Sembilan dimensi PCC yang diajukan KARS juga sangat erat berkaitan dengan standar lain dalam SNARS 1.1., antara lain: (1) *Patient Engagement and Empowerment* berkaitan dengan Standar HPK, Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK), Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP), Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE); (2) DPJP sebagai *Clinical Leader* berkaitan dengan PAP dan Asesmen Pasien (AP); (3) PPA sebagai tim, kolaborasi

interprofesional berkaitan dengan PAP, AP, dan MKE; (4) CPPT berkaitan dengan Standar PAP dan AP; (5) MPP berkaitan dengan Standar ARK dan PAP; (6) Segitiga Sasaran PCC berkaitan dengan Standar HPK, ARK, PAP dan AP; (7) Kolaborasi Pendidikan Pasien berkaitan dengan Standar MKE; (8) *Integrated Clinical Pathway* berkaitan dengan Standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS); dan (9) *Integrated Discharge Planning* berkaitan dengan Standar ARK (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2019).

## Pembahasan

Ruang lingkup hak atas kesehatan meliputi semua faktor yang memberi kontribusi terhadap hidup sehat (*healthy self*) individu, tidak hanya menyangkut hak atas individu *an sich*. Hal ini meliputi masalah lingkungan, nutrisi, perumahan dan lain-lain. Sementara hak atas kesehatan dan hak atas pelayanan kedokteran yang merupakan hak-hak pasien, adalah bagian yang lebih spesifik dari hak atas kesehatan (Isriawaty, 2015). UU Kesehatan menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan (Pasal 4 UU 36/2009 tentang Kesehatan). Kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai upaya kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat (Undang-

Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, 2004).

Perkembangan hak asasi manusia yang dinamis pada akhirnya cenderung melahirkan hak-hak baru atau melahirkan pengertian yang baru. Hak atas kesehatan yang awalnya hanya berkaitan dengan perawatan kesehatan (*medical care*), akhirnya berkembang meliputi berbagai aspek baik individu maupun kesehatan masyarakat dan lingkungan (Hidayat, 2017). Sehingga berkembanglah model-model pelayanan kesehatan yang mencoba mengintegrasikan semua aspek tersebut keseluruhan, demi pelayanan kesehatan yang berkesinambungan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pelayanan kesehatan tersebut harus diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, jender dan tidak diskriminatif dan norma-norma agama, serta adanya jaminan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, 2009). Pembangunan kesehatan juga ditujukan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menjangkau pelayanan kesehatan secara adil dan merata (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Setiap dimensi PCC yang diajukan oleh KARS merupakan pengejawantahan dari isi peraturan perundangan di Indonesia. Misalnya dimensi *Patient Engagement and Empowerment* merupakan bentuk implementasi Pasal 2 UU 36/2009 yang berbunyi "Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, jender, tidak diskriminatif dan norma-norma agama". Dalam Pasal 5 UU 36/2009 juga disebutkan bahwa setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya, yang dapat dimaknai bahwa setiap orang berhak terlibat dan diberdayakan dalam pelayanan kesehatan atas dirinya. *Patient Engagement and Empowerment* juga merupakan bentuk pelaksanaan amanah Pasal 29 UU no 44/2009 dan Pasal 32 UU 44/2004 yang menjabarkan mengenai hak pasien dalam pelayanan kesehatan. Demikian pula dimensi PCC KARS lainnya, semuanya wajib dilaksanakan demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Dimensi PCC pertama yang diajukan KARS adalah *Patient Engagement and Empowerment* sebagai salah satu aktivitas sekaligus luaran asuhan dalam PCC (Merav & Ohad, 2017). *Patient engagement and empowerment* dapat didefinisikan sebagai kerja sama antara pasien, keluarga, perwakilan mereka, dan profesional kesehatan dalam kemitraan aktif di berbagai tingkatan sistem pelayanan kesehatan, baik dalam asuhan langsung, desain dan tata kelola organisasi, maupun pembuatan kebijakan, untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan kesehatannya (Swartwout dkk., 2016), dalam hal ini pasien didefinisikan sebagai pemrakarsa (*producer*) kesehatan (Sullivan, 2017).

Setiap pasien menginginkan agar diperlakukan sebagai manusia seutuhnya, mendapat kesempatan berpartisipasi dalam perawatan yang dijalani, diberikan informasi yang terkait kondisinya dengan baik, dihormati, dan dihargai hak otonominya. Sebagaimana amanah Pasal 2 UU 36/2009 bahwa pelayanan kesehatan yang harus dilaksanakan berdasarkan perikemanusiaan. Sebagaimana telah disebutkan sebelumnya bahwa partisipasi dan otonomi pasien juga telah diatur dalam Pasal 5 ayat (3) UU 36/2009. Bentuk partisipasi dan otonomi

pasien juga dilindungi dalam Pasal 32 UU 44/2009 tentang hak-hak pasien. Beberapa di antaranya seperti memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit, meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit, ataupun mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya.

Dimensi PCC yang diajukan KARS selanjutnya adalah DPJP sebagai pemimpin klinis (*clinical leaders*). Salah satu elemen dalam pemberian asuhan kepada pasien adalah asuhan medis. Asuhan medis diberikan oleh dokter, yang dalam standar keselamatan pasien disebut DPJP. Kepemimpinan klinis dari DPJP sangat bermanfaat untuk memastikan sistem perawatan kesehatan berkualitas tinggi yang secara konsisten memberikan perawatan yang aman dan efisien (Daly dkk., 2014). Hal tersebut sesuai dengan Pasal 5 huruf b UU no 44/2009 menyebutkan bahwa rumah sakit mempunyai fungsi pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan tiga sesuai kebutuhan medis. Pasal 3 UU no 29/2004 telah mengatur praktik kedokteran untuk memberikan perlindungan kepada pasien, mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi, dan memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi. Selanjutnya Pasal 43 UU no 44/2009 menyatakan bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien.

Selanjutnya, dimensi PCC yang diajukan KARS adalah PPA sebagai tim, kolaborasi interprofesional. Penghargaan hak pasien dalam pelayanan kesehatan dapat terwujud melalui pendekatan kemitraan kolaboratif berpusat pada pasien (Case Management Society of America, 2016). Hak pasien dalam Pasal 32 UU no 44/2009 mengharuskan adanya pemberdayaan dan keterlibatan pasien dalam pelayanan yang diberikan padanya, antara lain seperti hak untuk memilih dokter yang merawat, kelas perawatan yang diinginkan, meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain, mendapat informasi lengkap mengenai kondisinya, hingga mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya.

Dimensi PCC yang diajukan KARS lainnya adalah CPPT. Praktik kedokteran dilaksanakan berdasarkan pada kesepakatan atas hubungan kepercayaan antara dokter dengan pasien dalam upaya pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan, melalui upaya maksimal dalam penyembuhan dan pemulihan kesehatan pasien sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional dan kebutuhan medis pasien (Pasal 39 UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, 2004). CPPT merupakan bagian dari rekam medis yang harus dibuat dalam pelayanan kedokteran dan rumah sakit (Pasal 29 UU no 44/2009 tentang Rumah Sakit; Pasal 46 UU no 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran). Pembuatan rekam medis juga merupakan bagian dari standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional dan kebutuhan medis pasien.

Manajer pelayanan pasien dalam model manajemen kasus merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif di rumah sakit melalui kesinambungan perawatan secara terkoordinasi dan kolaboratif (Powell & Tahan, 2019). Hal ini sesuai dengan Pasal 1 UU no 44/2009 tentang rumah sakit yang menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang

menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Pasien berhak mendapatkan pelayanan yang efektif, efisien dan bermutu dengan mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien (Pasal 32 UU no 44/2009 tentang Rumah Sakit; Pasal 49 UU no 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran). Efektivitas pelayanan akan tercapai jika tujuan utama pelayanan dapat dipenuhi, yaitu derajat kesehatan pasien tersebut, pengalaman perawatan individu; kesehatan populasi; biaya perawatan per kapita (Berwick dkk., 2008; Institute for Healthcare Improvement, 2009) serta kesejahteraan dan kehidupan kerja bagi penyedia layanan kesehatan dan praktisi lainnya (Bodenheimer & Sinsky, 2014). Manajer pelayanan kasus dapat secara efektif membantu mengelola biaya perawatan, lama perawatan, maupun jumlah pemeriksaan pada pasien (Grover dkk., 2018).

Namun, pelaksanaan pelayanan manajemen kasus di Indonesia masih menemui berbagai tantangan, antara lain belum ada panduan kompetensi manajer kasus, kurangnya pelatihan yang memadai, penilaian kinerja yang belum jelas, uraian tugas yang tidak sesuai, hingga efikasi diri yang rendah (Avia & Handiyani, 2019). Bentuk tantangan lain bagi manajer kasus adalah kegiatan manajemen perawatan yang beragam dan rumit serta hubungan yang kompleks dengan penyedia layanan kesehatan lainnya maupun klien (Joo & Huber, 2019).

Dimensi berikutnya terkait dengan kolaborasi pendidikan pasien yang berkaitan erat dengan pemberian informasi pada pasien oleh PPA. Pemberian informasi, secara menyeluruh sebagai salah satu aspek penting dalam PCC, harus melalui komunikasi yang efektif dengan mempertimbangkan aspek sosial budaya pasien. Informasi tersebut meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan (Pasal 5 ayat (3) UU 36/2009), sebagaimana juga disebutkan dalam Pasal 45 ayat (3) UU 29/2004. Pelayanan kesehatan harus dilakukan melalui hubungan langsung dan kemitraan yang bersifat dua arah, timbal balik, dan berkelanjutan; di mana terdapat komunikasi yang terbuka, jujur, dan jelas; dan terdapat penjelasan metode, dampak yang diinginkan, dan dampak aktual yang diuraikan secara jelas dan transparan (Perfetto dkk., 2018).

Pada dasarnya seluruh dimensi PCC dalam SNARS 1.1. adalah saling berkaitan erat dengan sikap profesional tenaga kesehatan dan tata kelola rumah sakit. PCC merupakan seperangkat nilai profesionalisme profesi dokter, yang utamanya diekspresikan melalui 'humanisme', yang pada gilirannya ditandai dengan ditunjukkannya melalui penghormatan atas harga diri orang lain, sekaligus penghargaan kepada martabat orang lain (Bleakley, 2014). Sebagaimana undang-undang telah memberikan pengaturan agar tenaga kesehatan dalam fasilitas kesehatan memiliki etika profesi dan sikap profesional (Pasal 2 UU 44/2009 tentang Rumah Sakit). Sikap profesional atau profesionalisme didasari oleh *clinical competence* (kompetensi klinis), *communication skills* (kemampuan berkomunikasi), dan *ethical and legal understanding* (pemahaman hukum dan etik), dan disokong oleh *excellence* (keunggulan), *humanism* (humanisme), *accountability* (akuntabilitas), dan *altruism* (altruisme) (Arnold & Stern, 2006). Atribut profesionalisme tersebut tidak

dapat diatur, karena berasal dari dalam diri seorang dokter (Crues & Crues, 2008).

Pasal 23 dan Pasal 24 UU 36/2009 mengatur profesionalisme petugas kesehatan, yaitu bahwa pelayanan kesehatan hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki. Pelayanan kesehatan tersebut wajib dilaksanakan berdasarkan ketentuan kode etik dan standar profesi yang ditetapkan oleh organisasi profesi, serta sesuai ketentuan hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang ditetapkan pemerintah. Dalam UU 29/2004 juga mengamanahkan agar setiap dokter memberikan pelayanan sesuai standar pelayanan kedokteran sesuai strata fasilitas pelayanan, dan sesuai ketetapan pemerintah (Pasal 44 dan Pasal 51 huruf a UU 29/2004 tentang Praktik Kedokteran). Ketika dokter telah melaksanakan pelayanan pada pasien sesuai standar profesi dan standar prosedur operasional, maka dokter berhak mendapat perlindungan hukum (Pasal 50 huruf a UU 29/2004 tentang Praktik Kedokteran).

## Kesimpulan

PCC dalam SNARS 1.1. telah mengakomodasi hak kesehatan warga negara yang telah diatur dalam peraturan perundangan. Namun, implementasi PCC di rumah sakit membutuhkan kerja sama dari semua pihak, termasuk pemangku kebijakan dalam memberikan pengaturan yang mampu menjamin terlaksananya PCC secara efektif dan efisien.

PCC dapat terlaksana dengan penegakan hukum dalam pelayanan kesehatan yang bersumber dari UUD 1945, UU Kesehatan, UU Rumah Sakit, dan UU Praktik Kedokteran. Pelaksanaan PCC dapat terlaksana dengan lebih cepat dengan melakukan usaha kolaboratif yang dapat dilaksanakan dengan kehadiran Manajer Pelayanan Pasien (MPP) di setiap rumah sakit. Analisis pekerjaan MPP harus terstruktur dan tercantum dalam *hospital by law*.

Pelayanan pada hakikatnya merupakan suatu bentuk kegiatan yang pelaksanaannya sebagian besar diselenggarakan oleh pemerintah dalam bentuk barang maupun jasa dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat sesuai dengan peraturan yang berlaku. Sebagai bentuk kegiatan yang dilaksanakan oleh pemerintah, maka pelayanan kesehatan termasuk ke dalam pelayanan publik. Pelayanan publik sendiri merupakan upaya pemenuhan kebutuhan penerima maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sehingga PCC wajib dilaksanakan dengan selalu meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanannya sesuai ketentuan, yaitu standar prosedur operasional, standar pelayanan medis, dan standar asuhan keperawatan.

Keterjangkauan pelayanan merupakan wujud dari aspek keadilan dalam hak kesehatan. Undang-undang telah menjamin bahwa penyelenggaraan praktik kedokteran harus diberikan secara adil, merata, dan bermutu kepada setiap orang dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat. Upaya memastikan keterjangkauan pelayanan merupakan salah satu fungsi pembinaan dan pengawasan oleh pemerintah pusat dan daerah, sebagaimana diatur dalam undang-undang.

## Referensi

- Abubakar, Z., Rivai, F., & Sapada, N. A. (2020). Effect of *Patient centered care* Application on Inpatient Outcomes in Rskdia Pertiwi and Rsia Ananda (Woman and Child Hospitals). Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 8(T2), 162-167. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2020.5217>
- Arnold, L., & Stern, D. T. (2006). What Is Medical Professionalism? In D. T. Stern (Ed.), *Measuring medical professionalism*. New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- Avia, I., & Handiyani, H. (2019). Analisis Kompetensi Case Manager Pada Rumah Sakit di Jakarta: Studi Kasus. 3(1), 16-27.
- Berwick, D. M. (2009). What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist. *Health Affairs*, 28 (Supplement 1), w555-w565. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w555>
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Bleakley A. (2014). Theorizing Team Process Through Cultural-Historical Activity Theory (CHAT): Networking and Knotworking. *Patient-Centred Medicine in Transition. Advances in Medical Education*, vol 3. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-02487-5\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-319-02487-5_11)
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>.
- Case Management Society of America. (2016). *Standards of Practice for Case Management*. Case Management Society of America.
- Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (2008). Expectations and obligations: Professionalism and medicine's social contract with society. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 579-598. <https://doi.org/10.1353/pbm.0.0045>
- Daly, J., Jackson, D., Mannix, J., Davidson, P., & Hutchinson, M. (2014). The importance of clinical leadership in the hospital setting. *Journal of Healthcare Leadership*, 6, 75-83. <http://doi.org/10.2147/JHL.S46161>
- Dewi, W. N., Evans, D., Bradley, H., & Ullrich, S. (2014). Person-centred care in the Indonesian health-care system. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 616-622. <https://doi.org/10.1111/ijn.12213>
- Ernawati, E., & Lusiani, M. (2019). Studi Fenomenologi: Pelaksanaan Patient Center Care Perspektif Pasien dan Perawat di RS dr. Dradjat Prawiranegara Serang. *Faletehan Health Journal*, 6(3), 83-90.
- Gloppen, S., Langford, M., Yamin, A., Iunes, R., Cubillio, L., & Escobar, M.-L. (2015). Operationalizing a Rights-Based Approach to Health Service Delivery. Diakses dari: <https://www.cmi.no/projects/17-9-operationalizing-a-rights-based-approach-to-health>
- Grover, C., Sughair, J., Stoopes, S., Guillen, F., Tellez, L., Wilson, T., Gaccione, C., & Close, R. (2018). Case Management Reduces Length of Stay, Charges, and Testing in Emergency Department Frequent Users. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 238-244. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.9.34710>
- Hidayat, R. (2017). Hak Atas Derajat Pelayanan Kesehatan Yang Optimal. *Syariah Jurnal Hukum Dan Pemikiran*, 16(2), 127. <https://doi.org/10.18592/sy.v16i2.1035>
- Hooks, R. (2016). Patient-centred care. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*. *RCNi Journal*, 30(20), 61-62. <https://doi.org/10.7748/ns.30.20.61.s49>
- Institute for Healthcare Improvement. (2009). *Triple Aim - Concept Design*. Institute for Health care Improvement, 1-3. <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Documents/ConceptDesign.pdf>
- Institute of Medicine. (2001a). *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*. National Academy Press. <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>
- Institute of Medicine. (2001b). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century (Issue March)*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
- Isriawaty, F. S. (2015). *Tanggung Jawab Negara Dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945*. *Jurnal Ilmu Hukum Legal Opinion*, 3(2), 110. Diakses dari: <https://media.neliti.com/media/publications/145729-ID-tanggung-jawab-negara-dalam-pemenuhan-ha.pdf>
- Jagosh, J., Donald Boudreau, J., Steinert, Y., MacDonald, M. E., & Ingram, L. (2011). The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 369-374. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.028>
- Joo, J. Y., & Huber, D. L. (2019). Case Management Effectiveness on Health Care Utilization Outcomes: A Systematic Review of Reviews. *Western Journal of Nursing Research*, 41(1), 111-133. <https://doi.org/10.1177/0193945918762135>
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Kementerian Kesehatan RI.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2019). *Standar Akreditasi Rumah Sakit 1.1. Komisi Akreditasi Rumah Sakit*.
- Merav, B. N., & Ohad, H. (2017). Patient-centered care in healthcare and its implementation in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 596-600.
- OHCHR. (1967). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Diakses dari: <https://www.ohchr.org/EN/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Perfetto, E. M., Harris, J., Mullins, C. D., & DosReis, S. (2018). Emerging Good Practices for Transforming Value Assessment: Patients' Voices, Patients' Values. *Value in Health*, 21(4), 386-393. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.11.013>
- Permenkes Nomor 2052/Menkes/PER/X/2011 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, (2011).
- Perserikatan Bangsa-Bangsa. (1948). *Deklarasi Universal Hak-Hak Asasi Manusia*. [https://www.komnasham.go.id/files/1475231326-deklarasi-universal-hak-asasi--\\$R48R63.pdf](https://www.komnasham.go.id/files/1475231326-deklarasi-universal-hak-asasi--$R48R63.pdf)
- Picker Institute. (2016). *Person-centred care in Europe: a cross-country comparison of health system performance, strategies and structures Policy briefing* Picker Institute Europe. February. [www.pickereurope.orgwebsite:www.pickereurope.org](http://www.pickereurope.orgwebsite:www.pickereurope.org)
- Poochikian-Sarkissian, S., Sidani, S., Ferguson-Pare, M., & Doran, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32(4), 14-21.
- Powell, S. K., & Tahan, H. M. (2019). *Case Management: A Practical Guide for Education and Practice (4th ed.)*. Wolters Kluwer Health.
- Rachma, A. H., & Kamil, H. (2019). Pelaksanaan *Patient centered care* di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh. *Idea Nursing Journal*, 10(1), 1-10.
- Riskiyah, R., Hariyanti, T., & Juhariah, S. (2017). Pengalaman Pasien Rawat Inap terhadap Penerapan *Patient centered care* di RS UMM. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29(4), 358-363. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2017.029.04.13>
- Soekanto, S. (1987). *Pengantar Penelitian Hukum*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Soekanto, S., & Mamudji, S. (2001). *Penelitian Hukum Normatif (Suatu Tinjauan Singkat)*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Stein-Parbury, J., Chenoweth, L., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Haas, M., & Norman, R. (2012). Implementing Person-Centered Care in Residential Dementia Care. *Clinical Gerontologist*, 35(5), 404-424. <https://doi.org/10.1080/07317115.2012.702654>
- Sullivan, M. D. (2017). *The Patient as Agent of Health and Health Care*. New York, NY: Oxford University Press Inc.
- Swartwout, E., Drenkard, K., McGuinn, K., Grant, S., & El-Zein, A. (2016). Patient and Family Engagement Summit. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 46(Supplement), S11-S18. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000317>
- Tahan, H. M., Watson, A. C., & Sminkey, P. V. (2015). What Case Managers Should Know About Their Roles and Functions. *Professional Case Management*, 20(6), 271-296. <https://doi.org/10.1097/NCM.000000000000115>

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, (2004).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. (2009).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. (2009).

World Health Organization. (1946). Constitution of World Health Organization. World Health Organization (WHO).

Yuan, C. (2017). The voices of patients: Do they really matter? *Cancer Nursing*, 40(2), 87. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000470>