



***Person-Centered Maternity Care* sebagai Pelayanan yang Bermutu dalam Perspektif Hukum Kesehatan**

Prita Muliarini¹ dan Fifik Wiryani²

Universitas Muhammadiyah Malang, Indonesia

DOI: <http://dx.doi.org/10.15294/pandecta.v16i1.27446>

Article info

Article History:

Received : January 30th 2021

Accepted: March 15th 2021

Published: June 1st 2021

Keywords:

person-centered maternity care;

maternal health services;

quality health services

Abstrak

Person-Centered Maternity Care (PCMC) bertujuan untuk memberikan perawatan yang aman, efektif, berpusat pada wanita, tepat waktu, efisien, dan adil. Penelitian ini berfokus pada membahas kerangka hukum PCMC dalam peraturan perundangan di Indonesia guna meningkatkan pemahaman dan penegakan hukum terkait PCMC, sehingga diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan maternal di Indonesia. Penelitian ini merupakan penelitian yuridis normatif dengan menggunakan beberapa peraturan perundangan terkait pelayanan kesehatan di Indonesia. PCMC sesuai dengan peraturan perundangan di Indonesia karena sesuai dengan amanah undang-undang bahwa upaya pelayanan kesehatan maternal harus berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan non-diskriminatif.

Abstract

Person-Centered Maternity Care (PCMC) aims to provide safe, effective, woman-centered, timely, efficient and fair care. This research focuses on discussing the legal framework for PCMC in Indonesian laws and regulations in order to improve understanding and enforcement of PCMC-related laws, so that it is expected to improve the quality of maternal health services in Indonesia. This research is a normative juridical study using several laws and regulations related to health services in Indonesia. PCMC is in accordance with the laws and regulations in Indonesia because it is in accordance with the mandate of the law that maternal health care efforts must be based on humanity, balance, benefits, protection, respect for rights and obligations, justice, gender and non-discrimination.



1. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan maternal meliputi struktur, keragaman penyedia layanan kesehatan dalam praktik maupun kebijakan dalam rangka menyediakan perawatan antenatal, intrapartum dan postnatal bagi wanita dan perawatan perinatal untuk bayi. Sebagaimana sistem kesehatan umumnya, pelayanan maternal berkembang dari waktu ke waktu, tetapi upaya perbaikan lebih lanjut masih perlu dilakukan di masa depan untuk memenuhi tantangan yang ditimbulkan oleh perubahan kebutuhan populasi. Sekaligus untuk meningkatkan keterlibatan perempuan dalam perawatan yang mereka jalani. Sehingga dalam perjalanannya, berkembang berbagai model pelayanan yang berusaha menempatkan wanita sebagai pusat pelayanan.

Dalam perspektif wanita, *person-centered maternity care* (PCMC) adalah pelayanan maternal yang menghargai dan responsif terhadap preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai wanita (Petit-Steeghs et al., 2019). Domain utama PCMC antara lain penghargaan atas martabat dan rasa hormat, komunikasi, otonomi, dan perawatan suportif untuk meningkatkan pengalaman perawatan, sesuai kerangka kualitas asuhan untuk kesehatan ibu dan bayi baru lahir dari WHO, yaitu untuk mendapatkan pengalaman melahirkan yang positif (World Health Organization, 2018). Karena pengalaman negatif pasien pada titik mana pun dalam kontinum layanan dapat menyebabkan keterlambatan dan upaya menghindari perawatan di masa depan, sehingga akan meningkatkan risiko kematian dan kecacatan bagi individu dan keluarga mereka (Holt et al., 2017). PCMC dapat berkontribusi pada ketersediaan perawatan yang tepat waktu, peningkatan komunikasi pasien-petugas, dan peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan, yang semuanya dapat meningkatkan *outcome* ibu dan bayi baru lahir (Afulani et al., 2019).

Rendahnya kualitas PCMC erat dikaitkan dengan rendahnya persalinan di fasilitas kesehatan dan tingginya angka mortalitas ibu (Bohren et al., 2014). PCMC yang buruk ditandai dengan perlakuan yang tidak sopan dan lalai terhadap wanita selama persalinan

di fasilitas kesehatan, sehingga memiliki efek multiplikasi, karena dapat mencegah wanita untuk melahirkan di fasilitas kesehatan dan menyebabkan hasil kehamilan yang buruk (Afulani et al., 2019). Bentuk pelakuan buruk lainnya yang diterima oleh wanita selama kontinum perawatan yang dijalannya seperti kekerasan fisik, perawatan klinis tanpa persetujuan, perawatan yang tidak menjunjung tinggi privasi, perawatan yang tidak bermartabat (termasuk kekerasan verbal), diskriminasi berdasarkan kondisi tertentu pada pasien, pengabaian atau penolakan pemberian perawatan, hingga penahanan dalam fasilitas kesehatan (The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011). Sayangnya, kondisi seperti ini seringkali ditemukan dalam pelayanan kesehatan maternal di negara-negara berkembang (Bohren et al., 2015; Shakibazadeh et al., 2018).

Sementara itu, belum ada data mengenai pelaksanaan PCMC yang terukur di Indonesia. Namun masih tingginya angka kematian ibu, dapat dikaitkan dengan belum optimalnya pelayanan kesehatan maternal di Indonesia, terlepas dari berbagai faktor lain yang menyebabkan masih tingginya angka kematian ibu di Indonesia (Erdianti & Al-Fatih, 2019).

Konsep PCMC dikembangkan atas dasar bahwa bahwa pelayanan kesehatan harus diberikan oleh sistem yang dirancang secara hati-hati dan secara sadar untuk memberikan perawatan yang aman, efektif, berpusat pada manusia (*person-centered care/PCC*), tepat waktu, efisien, dan adil (IOM, 2001). Sejalan dengan hal tersebut, *Institute of Healthcare Improvement* (IHI) menetapkan tiga pokok tujuan pelayanan kesehatan (*Triple Aim*) yaitu meningkatkan pengalaman perawatan individu; meningkatkan kesehatan populasi; dan mengurangi biaya perawatan per kapita (Berwick et al., 2008; IHI, 2009). Peningkatan akuntabilitas dan transparansi dalam pelayanan kesehatan masyarakat serta pentingnya menghargai hak pasien, semakin menekankan pentingnya perawatan yang berpusat pada pasien (PCC) untuk mencapai hasil yang diinginkan (Tahan et al., 2015).

PCC memiliki prinsip utama hubun-

gan antara profesional kesehatan dan orang yang mencari perawatan. Prinsip ini sangat mendasar dalam perawatan kesehatan, yang dibangun di atas hubungan yang langgeng dengan individu dan populasi dalam konteks sosial mereka. PCC akan meningkatkan efisiensi pelayanan, menurunkan biaya perawatan, peningkatan keadilan dalam layanan, literasi kesehatan dan perawatan diri yang lebih baik, peningkatan kepuasan dengan perawatan, peningkatan hubungan antara pasien dan penyedia perawatan mereka, dan peningkatan kemampuan untuk menanggapi krisis kesehatan (International College of Person Centered Medicine, 2016).

Setiap orang, termasuk wanita hamil, berhak mendapatkan pelayanan kesehatan secara bermutu, efektif, dan efisien. Kualitas pelayanan kesehatan ibu selama persalinan di fasilitas kesehatan merefleksikan ketersediaan infrastruktur fisik, suplai, manajemen, dan sumber daya manusia dengan pengetahuan, keterampilan dan kapasitas untuk menangani kehamilan dan persalinan - baik yang normal secara fisiologis, sosial dan budaya- maupun rentan terhadap komplikasi yang mungkin memerlukan intervensi penyelamatan segera (Tunçalp et al., 2015). WHO sendiri merekomendasikan enam bidang strategis guna meningkatkan kualitas perawatan dan mengakhiri kematian yang dapat dicegah dan morbiditas ibu dan bayi baru lahir. Enam strategi tersebut adalah penelitian, pedoman dan standar perawatan, strategi intervensi yang efektif, indikator untuk pemantauan di tingkat global, nasional dan fasilitas, serta penguatan kapasitas untuk peningkatan kualitas, pengukuran dan pemrograman (WHO, 2016).

PCMC sebagai salah satu implementasi PCC, diharapkan dapat menjadikan pelayanan kesehatan yang lebih menjunjung tinggi hak pelayanan kesehatan seperti partisipasi, akuntabilitas, non-diskriminasi, transparansi, menjunjung martabat manusia, pemberdayaan, dan berdasarkan peraturan hukum (Gloppen et al., 2015). Oleh karena itu, penelitian ini berfokus pada membahas kerangka hukum PCMC dalam peraturan perundangan di Indonesia. Pemahaman dan penega-

kan hukum terkait PCMC diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan maternal dalam rangka mencapai derajat kesehatan ibu yang setinggi-tingginya.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan yuridis normatif, yaitu meneliti bahan pustaka dan data sekunder untuk dibandingkan dengan peraturan-peraturan dan literatur-literatur yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. Penelitian ini menggunakan bahan hukum primer yang berasal dari, UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan UU Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, dan UU Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, serta bahan pustaka lainnya yang sesuai dengan topik penelitian.

3. Hasil dan Pembahasan

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang- Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*, 2009). Sehingga upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional (*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*, 2009).

Hak atas kesehatan merupakan hak asasi bagi setiap manusia, sebagai bentuk pengakuan dari penghormatan bagi kehidupan yang bermartabat. Konstitusi WHO dibuka dengan pernyataan bahwa kesehatan merupakan kondisi "terjaminnya kesejahteraan fisik, mental, sosial dan mental; yang bukan saja ketiadaan suatu penyakit dan kelemahan-kelemahan lainnya." Dalam pembukaan konstitusi tersebut juga ditambahkan bahwa "kondisi penikmatan atas pencapaian dari standar kesehatan tertinggi adalah dasar

dari kehidupan manusia; tanpa harus dibedakan berdasarkan ras, agama, keyakinan politik, atau kondisi sosial lainnya" (WHO, 1946). Dalam Pasal 25(1) Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM) secara terang dinyatakan bahwa setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk isu kesehatan dan kesejahteraan, selain itu agenda perawatan kesehatan dan pelayanan sosial harus dijamin negara tanpa diskriminasi, khususnya bagi wanita dan anak-anak berhak mendapatkan pemeliharaan kesehatan dan bantuan secara khusus, meskipun anak tersebut lahir dalam perkawinan atau di luar perkawinan (PBB, 1948).

Dalam Pasal 12 Konvensi Internasional Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya disebutkan bahwa hak kesehatan adalah hak untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental yang tertinggi yang dapat dicapai (OHCHR, 1967). Pasal 12 ayat (2) Konvensi Internasional Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya juga memberikan arahan terkait langkah-langkah yang harus dilakukan demi terwujudnya standar tertinggi dalam mencapai kesehatan fisik dan mental, yaitu 1) ketentuan pengurangan tingkat kelahiran mati anak serta perkembangan anak yang sehat; b) peningkatan semua aspek kesehatan lingkungan dan industri; 3) pencegahan, perawatan dan pengendalian segala penyakit menular endemik, penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan dan penyakit lainnya; dan 4) penciptaan kondisi-kondisi yang menjamin adanya semua pelayanan dan perhatian medis ketika penyakit timbul.

Undang-Undang karena didalam Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945 mengamanahkan agar setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. kesehatan fisik dan mental". Hal ini menggambarkan bahwa hak akan kesehatan dipandang sebagai suatu hak hukum (*legal rights*). Hal ini juga merupakan bentuk komitmen politik negara dalam menyelesaikan berbagai tuntutan politik dan harapan rakyat, yang nantinya diatur dalam perspektif hukum tata negara (Hidayat, 2017).

yat, 2017).

Ruang lingkup hak atas kesehatan meliputi semua faktor yang memberi kontribusi terhadap hidup yang sehat (*healthy self*) terhadap 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. Oleh sebab itu, hak dasar atas kesehatan menjadi bagian dari kewajiban pemerintah untuk untuk menjamin akses atas pelayanan kesehatan bermutu secara layak dan optimal (Isriawaty, 2015).

Sedangkan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia dalam Pasal 9 ayat (1) diatur bahwa setiap orang berhak hidup tenteram, aman, damai, bahagia, sejahtera, lahir dan batin. Kondisi hidup semacam hal tersebut hanya akan tercapai apabila tercapai keadaan sehat. Sebagaimana 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. Salah satunya konsep asuhan dalam pelayanan kesehatan maternal adalah PCMC.

Pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan maternal, harus diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif 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).

Pelayanan kesehatan maternal adalah segala aspek pelayanan kesehatan yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan terkait kondisi wanita dan bayi sebelum, selama, dan setelah kehamilan (Lalonde et al., 2019). Upaya pelayanan kesehatan maternal tersebut dilaksanakan secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dalam rangka menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas, serta menurunkan angka kematian maternal (*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*, 2009).

WHO merekomendasikan sebuah kerangka kerja peningkatan kualitas pelayanan kesehatan maternal yang harus ditargetkan untuk menilai, meningkatkan dan memantau kualitas asuhan dalam konteks sistem kesehatan sebagai pondasi. Sistem kesehatan akan menciptakan struktur yang memungkinkan akses terhadap perawatan yang berkualitas dan memungkinkan proses perawatan terjadi di sepanjang dua dimensi penting lainnya yang saling terkait, yaitu ketersediaan asuhan dan pengalaman perawatan (Tunçalp et al., 2015).

Untuk mewujudkan hal tersebut, WHO merekomendasikan tersedianya sumber daya manusia yang kompeten dan termotivasi, serta ketersediaan sumber daya fisik penting lainnya. Selain itu, perawatan rutin dan darurat harus bersifat *evidence-based practice*. Pelayanan kesehatan juga harus didukung oleh sistem informasi yang memungkinkan

dokumentasi yang rapi dalam mendukung mekanisme peninjauan dan audit. Sistem rujukan fungsional antara tingkat perawatan juga harus tersinergi dengan baik (Tunçalp et al., 2015).

Dalam dimensi pengalaman perawatan, termasuk di dalamnya adalah komunikasi pertama yang efektif, dimana ibu atau wanita hamil (bahkan keluarganya jika diperlukan) harus merasa bahwa dia memahami apa yang terjadi, apa yang diharapkan dan memahami hak-haknya. Kedua, dia harus menerima perawatan yang penuh penghormatan dan menghargai martabat. Ketiga, ia harus memiliki akses terhadap dukungan sosial dan emosional sesuai pilihannya sendiri (Tunçalp et al., 2015).

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan berbasis bukti sebagaimana rekomendasi WHO di atas, juga telah diatur dalam Pasal 2 UU 29/2004 yang mengamanahkan agar praktik kedokteran dilaksanakan berdasarkan nilai-nilai ilmiah. Nilai ilmiah adalah bahwa praktik kedokteran harus didasarkan pada ilmu pengetahuan dan teknologi yang diperoleh baik dalam pendidikan termasuk pendidikan berkelanjutan maupun pengalaman serta etika profesi (*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran*, 2004). PCMC sebagai pelayanan kesehatan telah ditemukan dapat meningkatkan pengalaman ibu selama persalinan, juga kesehatan dari bayi yang baru lahir dan perilaku mencari layanan kesehatan di masa depan (Sudhinaraset et al., 2020). PCMC juga ditemukan dapat meningkatkan ketepatan dan rasio imunisasi pada bayi, serta interaksi ibu hamil dengan bidan (Hoare, 2011).

PCMC merupakan proses asuhan yang menghormati dan responsif terhadap preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai individu pasien dan memastikan bahwa nilai-nilai pasien memandu semua keputusan klinis (IOM (Institute of Medicine), 2001). Prinsip-prinsip PCMC termasuk memperlakukan semua wanita yang melahirkan dengan kebaikan, rasa hormat, martabat, dan kepekaan budaya, di seluruh rangkaian pengalaman perawatan bersalin mereka. Terdapat empat aspek

PCMC menurut Petit-Steeghs et al. (2019), yaitu (Petit-Steeghs et al., 2019):

Dimensi Pasien

Pasien, dalam hal ini wanita dan ibu hamil, menginginkan agar diperlakukan sebagai manusia seutuhnya, diberikan kesempatan berpartisipasi dalam perawatan yang dijalaninya, diberikan informasi yang terkait kondisinya dengan baik, dihormati, dan dihargai hak otonominya.

Penghargaan dan penghormatan kepada wanita sebagai pasien secara utuh, sebagaimana disebutkan sebelumnya, merupakan amanah Pasal 2 UU 36/2009 mengenai asas pelayanan kesehatan yang harus dilaksanakan berdasarkan perikemanusiaan. Pelayanan kesehatan reproduksi juga dijamin oleh undang-undang untuk dilakukan secara aman dan sehat dengan memperhatikan aspek-aspek yang khas, khususnya reproduksi perempuan (Pasal 74 ayat (1) UU 36/2009 Tentang Kesehatan).

Partisipasi dan otonomi pasien dalam PCMC juga telah diatur dalam Pasal 5 ayat (3) UU 36/2009 yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya (Pasal 5 ayat (3) UU 36/2009 Tentang Kesehatan). Bentuk partisipasi dan otonomi ini juga telah 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 (Pasal 5 ayat (3) UU 36/2009 Tentang Kesehatan).

Pemberian informasi secara menyeluruh sebagai salah satu aspek penting dalam PCMC, yang harus diberikan melalui komunikasi yang efektif dengan mempertimbangkan aspek sosial budaya pasien. Informasi tersebut yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, al-

ternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan (Pasal 5 ayat (3) UU 36/2009 Tentang Kesehatan), sebagaimana juga disebutkan dalam Pasal 45 ayat (3) UU 29/2004.

Dimensi Interaksi

Dalam hal interaksi dengan pelayanan kesehatan, wanita menginginkan adanya pembagian kewenangan maupun tanggungjawab, keterlibatan keluarga ataupun teman, komunikasi yang terbuka, interaksi secara individual, dan privasi.

Interaksi dalam PCMC tidak sepenuhnya mengenai hak pasien, tetapi juga kewajiban pasien. Petit-Steeghs et al. (2019) menyebutkan bahwa dalam interaksi pasien dengan layanan kesehatan terdapat *shared power and responsibilities*, yang dapat diartikan bahwa pasien menyadari akan pilihan yang diambilnya, dan berkewajiban memberikan informasi sejujurnya terkait kondisinya (Pasal 53 huruf a UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran). agar tim kesehatan dapat memberikan asuhan yang memadai. Kewajiban lainnya adalah mematuhi nasihat dan petunjuk petugas kesehatan pemberi asuhan (Pasal 53 huruf b UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran).. Undang-undang juga telah memberikan hak agar pasien menyetujui ataupun menolak tindakan kedokteran yang diberikan kepadanya (Pasal 32 huruf k UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit), sehingga tentu saja dalam hal ini pasien telah memegang kendali dan tanggungjawab atas dirinya sendiri beserta konsekuensi yang diakibatkan oleh perbuatannya tersebut.

Dalam hal ini, pentingnya *shared decision-making* juga merupakan bagian penting dalam interaksi pasien dengan pelayanan kesehatan. Wanita membawa pengetahuan yang unik mengenai dirinya dan tubuhnya terkait kehamilan, persalinan, kelahiran, dan menjadi ibu. Sehingga pengambilan keputusan bersama, sepenuhnya didasarkan atas bukti terbaik yang tersedia, konsisten dengan nilai-nilai pribadi, dan ditindaklanjuti dengan strategi komunikasi utama lainnya. Karena pilihan yang dibuat seorang wanita selama

periode kehamilannya dapat memengaruhi seluruh hidupnya, maka harus didiskusikan informasi tentang efek yang mungkin terjadi terkait pilihan perawatan pada masa depan wanita ("Quality Patient Care in Labor and Delivery: A Call to Action," 2012). Hal ini juga telah dilindungi undang-undang sebagai bagian dari hak pasien (Pasal 32 UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit dan Pasal 5 ayat (3) UU 36/2009 Tentang Kesehatan).

Dalam proses interaksi ini, juga terdapat unsur pentingnya pemberian asuhan dengan mengutamakan privasi pasien serta keterlibatan keluarga dalam proses pengambilan keputusan. Bentuk hilangnya privasi dalam perawatan maternal antara lain seperti dibukanya bagian tubuh secara berlebihan pada pemeriksaan fisik (Afulani et al., 2017), wanita merasa orang lain yang tidak terlibat dalam proses asuhan mereka dapat mendengar informasi tentang perawatannya atau dapat melihat mereka selama pemeriksaan fisik atau selama persalinan (Sudhinaraset et al., 2017), ataupun terbukanya status HIV seorang ibu kepada orang-orang yang tidak terlibat dalam asuhan (Abuya et al., 2015).

Dalam interaksinya dengan pasien, petugas kesehatan berkewajiban merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia (Pasal 51 huruf c UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran). Segala sesuatu yang berhubungan dengan hal yang ditemukan oleh petugas dalam rangka pengobatan dan dicatat dalam rekam medis yang dimiliki pasien adalah bersifat rahasia, dan wajib disimpan oleh fasilitas kesehatan (Pasal 38 huruf a UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit). Senada dengan hal tersebut di atas, Pasal 57 ayat (1) UU 36/2009 menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan. Rahasia ini hanya dapat dibuka untuk kepentingan kesehatan pasien, untuk pemenuhan permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, atas persetujuan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan peraturan perundangundangan (Pasal 38 huruf b UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit

dan Pasal 57 ayat (2) UU 36/2009 Tentang Kesehatan). Bocornya rahasia kedokteran ini dianggap sebagai kerugian bagi pasien akibat pelayanan kesehatan (Penjelasan Pasal 58 ayat (1) UU 36/2009 Tentang Kesehatan).

Dimensi Petugas

Baik kecakapan dan kecukupan staf merupakan bagian penting dalam PCMC. Pengetahuan dan kompetensi profesional petugas sangat penting untuk mengembangkan hubungan saling percaya. PCMC juga harus didukung penggunaan pedoman dan protokol yang terintegrasi, sekaligus pengawasan suportif dari manajer pelayanan (Shakibazadeh et al., 2018). PCMC juga harus didukung oleh sumber daya suportif lain seperti pendidikan dan petugas yang terampil ("Quality Patient Care in Labor and Delivery: A Call to Action," 2012). Dalam lingkup rumah sakit, 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; hal 19). Perawatan berpusat pada pasien, sebagaimana PCMC, merupakan seperangkat nilai dari jantung 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; hal 74).

Profesionalisme dokter merupakan sebuah kontrak sosial, karena berkaitan dengan hubungan dokter dengan internal dan eksternal profesinya (Cruess & Cruess, 2008), sebagaimana juga disebutkan dalam Standar Kompetensi Kedokteran Indonesia 2012. Dokter dituntut untuk mampu mengutamakan kepentingan pasien di atas kepentingan

pribadi, menetapkan dan mempertahankan standar kompetensi dan integritas, serta menyediakan pemecahan masalah kesehatan masyarakat (Cruess & Cruess, 2008).

Kontrak sosial dalam bidang kesehatan bersifat eksplisit dan implisit. Secara eksplisit meliputi undang-undang yang menguraikan struktur sistem perawatan kesehatan, kebijakan terkait kerangka kerja peraturan, termasuk perizinan, sertifikasi dan disiplin, yuridiksi terkait perawatan kesehatan, termasuk di dalamnya juga Sumpah Hipokrates. Sementara semua di atas bersifat legislasi terhadap profesi dokter, terdapat aspek implisit yang juga perlu dikedepankan, yaitu komitmen moral dan profesionalisme. Karena atribut profesionalisme semacam altruisme, komitmen, atau penilaian profesional yang independen tidak dapat diatur, maka atribut tersebut harus berasal dari dalam diri seorang dokter (Cruess & Cruess, 2008).

Pasal 23 dan Pasal 24 UU 36/2009 menunjukkan pengaturan dalam aspek profesionalisme petugas kesehatan, termasuk petugas dalam PCMC. Dalam pasal-pasal tersebut telah disebutkan bahwa pelayanan kesehatan hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang. Dimana kewenangan pelayanan kesehatan tersebut dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki. Pelayanan kesehatan tersebut wajib dilaksanakan berdasarkan ketentuan kode etik dan standar profesi yang ditetapkan oleh organisasi profesi. Pelayanan kesehatan tersebut juga wajib dilaksanakan sesuai ketentuan hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang ditetapkan pemerintah.

Dalam UU 29/2004 juga telah diamanahkan 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 dia berhak mendapat perlindungan hukum (Pasal 50 huruf a UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran). Standar profesi adalah batasan ke-

mampuan (*knowledge, skill and professional attitude*) minimal yang harus dikuasai oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh organisasi profesi. Sementara standar prosedur operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. Standar prosedur operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi (Penjelasan Pasal 50 huruf a UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran).

Delapan kategori tenaga kesehatan pelayanan maternal yang professional menurut WHO yaitu (WHO, 2018; hal 3):

- a) *Scope of knowledge*; petugas mampu memiliki pengetahuan, keterampilan, perilaku dan pengalaman di bidang kebidanan, keperawatan, ilmu kandungan, neonatologi, ilmu sosial, perawatan kesehatan primer, kesehatan masyarakat, analisis dan pelaporan data, pemantauan dan respons, peningkatan kualitas, dan etika.
- b) *Scope of practice*: petugas mampu menyediakan, mempromosikan, mengadvokasi, dan berkomunikasi mengenai aspek kesehatan seksual dan reproduksi, pendidikan kesehatan, keluarga berencana dan konseling dan layanan kontrasepsi, kesadaran akan kekerasan berbasis gender dan perawatan berkabung, sebagaimana diperlukan, untuk semua wanita dan keluarga mereka di semua tatanan pelayanan kesehatan maternal.
- c) *Pre-pregnancy and antenatal care*: petugas mampu memberikan perawatan pra-kehamilan yang komprehensif dan berbasis bukti dan perawatan antenatal bagi anak perempuan dan remaja perempuan, termasuk promosi kesehatan dan informasi tentang perawatan diri, identifikasi dini dan dukungan /

manajemen untuk faktor-faktor risiko terkait kehilangan / kelahiran janin dan hasil buruk lainnya, dan deteksi dini dan pengobatan atau rujukan komplikasi yang tepat waktu untuk mengoptimalkan kesehatan dan kesejahteraan wanita dan janin selama kehamilan.

- d) *Intrapartum care*: petugas mampu memberikan perawatan berbasis bukti, berdasar hak asasi manusia, berkualitas, peka sosial budaya dan bermartabat, dan memfasilitasi proses fisiologis selama persalinan dan kelahiran, untuk memastikan pengalaman melahirkan yang bersih dan positif.
- e) *Postpartum and postnatal care*: petugas mampu memberikan perawatan postpartum dan postnatal yang komprehensif dan berbasis bukti, termasuk pendidikan tentang menyusui dan keluarga berencana, dan penyediaan layanan kontrasepsi, serta penyediaan atau rujukan untuk dukungan laktasi, dan untuk perawatan berkabung setelah keguguran, lahir mati, neonatal dan / atau kematian ibu.
- f) *Newborn care*: petugas mampu memberikan perawatan postnatal komprehensif dan berbasis bukti untuk semua bayi baru lahir, yang mencakup semua elemen perawatan bayi baru lahir esensial, seperti resusitasi neonatal, perlindungan termal, dukungan menyusui/nutrisi, kebersihan, dan konsultasi/rujukan, sesuai kebutuhan.
- g) *Care related to loss or termination*: petugas mampu menyediakan serangkaian layanan terkait aborsi atau pascanatal secara individual (berdasarkan postpartum) melalui perawatan penuh hormat dan pengambilan keputusan bersama (melibatkan wanita, pasangannya dan penyedia) bagi wanita yang membutuhkan atau mengalami pemutusan kehamilan, lahir mati, keguguran atau kematian neonatal.

Perawatan ini harus diberikan sesuai dengan hukum, peraturan dan protokol yang berlaku.

- h) *Leadership*: petugas mampu memberikan advokasi, menunjukkan kepemimpinan dan manajemen yang berkontribusi terhadap penciptaan dan pemeliharaan lingkungan kerja yang menguntungkan yang memungkinkan penyediaan layanan PONEK dan PONEK secara efektif dan efisien, dan mempromosikan komunikasi dan kerja tim yang efektif di semua tingkat pemberian layanan kesehatan.

Dimensi organisasi pelayanan kesehatan

Dalam perspektif wanita, organisasi pelayanan kesehatan maternal hendaknya dilaksanakan secara terintegrasi, berkesinambungan, kompak, mudah diakses, dan tata kelola yang baik. Seluruh aspek ini juga telah diatur dalam peraturan perundangan di Indonesia.

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat (Lihat Pasal 1 UU 36/2009 Tentang Kesehatan). Upaya kesehatan secara menyeluruh dan terpadu akan didukung oleh suatu sistem kesehatan nasional (Penjelasan Umum UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit). Implementasi dalam pelayanan kesehatan maternal adalah bahwa pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan (Penjelasan Umum UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit).

Pelayanan kesehatan terintegrasi adalah manajemen dan pemberian layanan kesehatan sehingga orang menerima rangkaian promosi kesehatan, pencegahan penyakit,

diagnosis, perawatan, manajemen penyakit, rehabilitasi dan layanan perawatan paliatif, melalui berbagai tingkat dan lokasi perawatan dalam sistem kesehatan, dan sesuai dengan kebutuhan mereka sepanjang perjalanan hidup (Penjelasan Umum UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit.). Menurut WHO prinsip inti pelayanan terintegrasi dan berpusat pada pasien antara lain komprehensif, adil, berkelanjutan, terkoordinasi, berkesinambungan, holistik, mencegah, memberdayakan, berorientasi tujuan, *respectful*, kolaboratif, kemitraan, penghormatan terhadap hak dan tanggungjawab, diatur melalui pertanggungjawaban bersama, berbasis bukti, interaksi sebagai sebuah sistem, dan etis (WHO, 2015b; hal 11).

PCMC di rumah sakit, wajib dilaksanakan dengan selalu meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanannya sesuai ketentuan (Pasal 3 UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit). Standar pelayanan Rumah Sakit adalah pedoman yang harus diikuti dalam menyelenggarakan rumah sakit antara lain standar prosedur operasional, standar pelayanan medis, dan standar asuhan keperawatan (Penjelasan Pasal 3 UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit).

Keterjangkauan pelayanan merupakan wujud dari aspek keadilan dalam hak terhadap kesehatan. Sejalan dengan hal tersebut, undang-undang telah menjamin bahwa penyelenggaraan praktik kedokteran akan diberikan secara adil, merata, dan bermutu kepada setiap orang dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat (Penjelasan asas keadilan dalam Pasal 2 UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran; Pasal 2 UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit; dan Pasal 2 UU 36/2009 Tentang Kesehatan). Upaya memastikan keterjangkauan pelayanan ini merupakan salah satu fungsi pembinaan dan pengawasan yang harus dilaksanakan oleh pemerintah dan pemerintah daerah, sebagaimana diatur dalam undang-undang (Penjelasan asas keadilan dalam Pasal 2 UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran; Pasal 2 UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit; dan Pasal 2 UU 36/2009 Tentang Kesehatan). Dalam upaya pelayanan kesehatan maternal, secara

khusus disebutkan bahwa pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana (Pasal 73 UU 36/2009 Tentang Kesehatan).

WHO juga telah menetapkan standar dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maternal di fasilitas kesehatan. Standar-standar tersebut meliputi praktik berbasis bukti baik rutin maupun manajemen komplikasi, sistem informasi yang baik, sistem rujukan yang berfungsi optimal, komunikasi yang efektif, penghargaan terhadap kehormatan, dukungan emosional, tenaga yang kompeten dan termotivasi, dan ketersediaan sumberdaya fisik. Masing-masing standar ini dikembangkan dalam beberapa elemen yang dapat diukur guna proses pemantauan dan evaluasi (WHO, 2016).

Pelaksanaan PCMC dalam rangka pelayanan maternal merupakan wujud implementasi pelaksanaan peraturan perundangan, baik UU 36/2009 Tentang Kesehatan, UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit, maupun UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran. Pemahaman mengenai tinjauan hukum PCMC ini diharapkan dapat menjadi titik tumpu dalam pelaksanaan pelayanan maternal secara adil dan bermutu.

4. Penutup

PCMC mengajukan model pelayanan yang menghargai dan responsif terhadap preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai wanita, serta menjunjung tinggi martabat, mengutamakan komunikasi, mendukung otonomi wanita dan bersifat suportif untuk meningkatkan pengalaman perawatan. PCMC dirancang sadar untuk memberikan perawatan yang aman, efektif, berpusat pada manusia (*person-centered care/PCC*), tepat waktu, efisien, dan adil. Prinsip-prinsip PCMC adalah memperlakukan semua wanita yang melahirkan dengan kebaikan, rasa hormat, martabat, dan kepekaan budaya, di seluruh rangkaian pengalaman perawatan bersalin mereka. Sehingga PCMC adalah model pelayanan adalah sesuai dengan peraturan perundangan di Indonesia.

Kesehatan sebagai hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia. Kesehatan maternal merupakan salah satu aspek pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional. Sehingga upaya pelayanan kesehatan maternal harus dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan. Upaya tersebut meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dalam rangka menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas, serta menurunkan angka kematian maternal. Pelayanan kesehatan maternal, harus diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama, serta adanya jaminan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

5. Daftar Pustaka

- Abuya, T., Warren, C. E., Miller, N., Njuki, R., Ndwi-ga, C., Maranga, A., Mbehero, F., Njeru, A., & Bellows, B. (2015). Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS ONE*, 10(4), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123606>
- Afulani, P. A., Kirumbi, L., & Lyndon, A. (2017). What makes or mars the facility-based childbirth experience: Thematic analysis of women's childbirth experiences in western Kenya Prof. Suel-len Miller. *Reproductive Health*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0446-7>
- Afulani, P. A., Phillips, B., Aborigo, R. A., & Moyer, C. A. (2019). Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. *The Lancet Global Health*, 7(1), e96–e109. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30403-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30403-0)
- Arnold, L., & Stern, D. T. (2006). What Is Medical Professionalism? In D. T. Stern (Ed.), *Measuring medical professionalism*. Oxford University Press, Inc.
- 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). *Patient-Centred Medicine in Transition Forward & Contents*. 3, 139–147. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-02487-5>
- Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*, 11(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12(6), 1–32. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- 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>
- Erdianti, R. N., & Al-Fatih, S. (2019). Fostering as an Alternative Sanction for Juveniles in the Perspective of Child Protection in Indonesia. *JILS (Journal of Indonesian Legal Studies)*, 4(1), 119–128. <https://doi.org/10.15294/JILS.V4I01.29315>
- Gloppen, S., Langford, M., Yamin, A., Lunes, R., Cubillo, L., & Escobar, M.-L. (2015). *Operationalizing a Rights-Based Approach to Health Service Delivery*.
- 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>
- Hoare, K. J. (2011). Person-centered maternity services in New Zealand: a practice development initiative to improve the health of pregnant women and infants. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 1(3), 618–626. <https://doi.org/10.5750/ijpcm.v1i3.124>
- Holt, K., Caglia, J. M., Peca, E., Sherry, J. M., & Langer, A. (2017). A call for collaboration on respectful, person-centered health care in family planning and maternal health. *Reproductive Health*, 14(1), 1–3. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0280-y>
- IHI. (2009). Triple Aim – Concept Design. *Institute for Healthcare Improvement*, 1–3.
- International College of Person Centered Medicine. (2016). *2016 Geneva Declaration on Person Centered Integrated Care through the Life Course*. 9–10.
- IOM (Institute of Medicine). (2001). *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), 1–10.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Kementerian Kesehatan RI.
- Lalonde, A., Herschderfer, K., Pascali-Bonaro, D., Han-

- son, C., Fuchtnet, C., & Visser, G. H. A. (2019). The International Childbirth Initiative. *Obstetric Anesthesia Digest*, 39(4), 208. <https://doi.org/10.1097/01.aoa.0000603756.43525.19>
- OHCHR. (1967). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*.
- PBB. (1948). *Deklarasi Universal Hak-Hak Asasi Manusia*.
- Petit-Steeghs, V., Lips, S. R., Schuitmaker-Warnaar, T. J., & Broerse, J. E. W. (2019). Client-centred maternity care from women's perspectives: Need for responsiveness. *Midwifery*, 74, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.016>
- Quality Patient Care in Labor and Delivery: A Call to Action. (2012). *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), 151–153. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01317.x>
- Shakibazadeh, E., Namadian, M., Bohren, M. A., Vogel, J. P., Rashidian, A., Nogueira Pileggi, V., Madeira, S., Leathersich, S., Tunçalp, Oladapo, O. T., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(8), 932–942. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15015>
- Sudhinaraset, M., Afulani, P., Diamond-Smith, N., Bhattacharyya, S., Donnay, F., & Montagu, D. (2017). Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: The person-centered care framework for reproductive health equity. *Gates Open Research*, 1(May), 1–15. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12756.1>
- Sudhinaraset, M., Landrian, A., Afulani, P. A., Diamond-Smith, N., & Golub, G. (2020). Association between person-centered maternity care and newborn complications in Kenya. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 148(1), 27–34. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12978>
- 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.0000000000000115>
- The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood. (2011). Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women. *The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood*, 1–6.
- Tunçalp, Were, W. M., Maclennan, C., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F., Temmerman, M., & Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns - The WHO vision. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(8), 1045–1049. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>
- 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).
- WHO. (1946). *Constitution of World Health Organization*.
- WHO. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim Report on people-centred and Interim report*.
- WHO. (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. World Health Organization.
- WHO. (2018). *Defining competent maternal and newborn health professionals*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*.