

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Organisasi pelayanan publik bidang kesehatan mengalami perubahan strategi, dari pola tradisional yang berfokus pada pemberi layanan/ dokter menjadi pelayanan yang berfokus pada kepentingan pasien. WHO sebagai organisasi kesehatan dunia, menyusun *global strategy on integrated people-centred health services* (IPCHS). Visinya bahwa semua masyarakat mempunyai akses ke pelayanan kesehatan yang diberikan atas respon kebutuhan hidup dengan lintas koordinasi guna kesinambungan layanan yang aman, efektif, tepat waktu, efisien dan berkualitas. Pencapaian visi tersebut ditentukan 5 (lima) strategi global, yaitu: (1) *Empowering & Engaging People* (pemberdayaan & keterlibatan masyarakat); (2) *Strengthening Governance & Accountability* (penguatan pemerintah dan akuntabilitas); (3) *Reorienting the Model of Care* (reorientasi model asuhan); (4) *Coordinating Services* (koordinasi pelayanan); dan (5) *Creating an Enabling Environment* (menciptakan lingkungan kondusif) (WHO, 2015).



Gambar 1.1 *Five Strategies for IPCHS*
Sumber: WHO, 2015

Organisasi pelayanan kesehatan akan mampu bersaing bila menempatkan pasien sebagai pusat pelayanan. Delaney (2015) menegaskan bahwa pelayanan kesehatan telah berkembang, bergeser dari layanan kesehatan yang menerapkan paternalistik tradisional, dimana pendekatan “dokter paling tahu yang terbaik” ke pendekatan perawatan berfokus pada pasien (PCC).

Patient Centered Care (PCC) adalah prototipe terbaru pada layanan kesehatan dengan memposisikan penderita sebagai *center of care*. Sebagai pedoman, PCC lebih menghargai kontak, tidak sekedar berbicara dengan pasien, tidak hanya mengutamakan teknologi, namun lebih mementingkan pentingnya interaksi antar individu (Frampton, *et.al*, 2008: 53). Berdasarkan komponennya, PCC mengutamakan *value* pasien sebagai perseorangan, mendistribusikan dukungan emosional dan kenyamanan fisik, berfokus pada kebutuhan pasien mulai dari masuk rumah sakit hingga perawatan lanjutan yang diperlukan, serta memberikan informasi dan edukasi kepada setiap pasien.

Manfaat penerapan PCC antara lain: berpusat pada pasien dan mengembangkan kegiatan layanan perawatan yang lebih efektif dan tepat; meningkatkan kesinambungan perawatan dan integrasi tenaga kesehatan untuk bekerja sama demi kepentingan pasien; Meningkatkan otonomi pasien; dan memberdayakan staf untuk merencanakan dan melaksanakan pekerjaan berdasarkan kebutuhan pasien (Frampton, *et.al*, 2008: 57). Ketepatan alokasi sumberdaya akan mendapatkan *outcomes* pelayanan kesehatan serta kepuasan pasien dan keluarga yang lebih baik melalui pendekatan yang melibatkan pasien, keluarga pasien dan staf dalam pembuatan kebijakan, program kesehatan, fasilitas yang didapatkan, dan program perawatan harian (Forman, 2010: 76), serta penurunan biaya perawatan medis tahunan (Bertakis dan Azari: 2011), dan penting

bagi profesi pelayanan kesehatan yang memberikan wawasan berharga untuk membantu mendorong kemitraan kerja jasa kesehatan yang lebih baik sesuai kebutuhan konsumen (Delaney: 2018).

Konsep PCC dilansir pertama kali oleh Harvey Picker pada tahun 1988 melalui *Picker Institute* di Inggris. Menurut *Picker Institute* dalam *Patient Centered Care Improvement Guide*, empat prinsip dari PCC antara lain: *dignity and respect*, *information sharing*, *participation*, dan *collaboration* (Frampton, *et.al*, 2008: 55). PCC merupakan salah satu strategi implementasi IPCHS di Rumah Sakit. Menurut *Institute of Medicine IOM* (2001), PCC diartikan sebagai pola untuk menghargai dan adaptif terhadap suatu keputusan, kebutuhan, dukungan pribadi pasien, serta mengupayakan bahwa nilai-nilai pasien menjadi acuan dalam pengambilan keputusan klinis.

Picker Institute (2004) menjelaskan bahwa prinsip PCC adalah (1) Hormati nilai-nilai, pilihan dan kebutuhan pasien dengan memperlakukan pasien dengan hormat dan bermartabat sesuai nilai budaya termasuk dalam pengambilan keputusan; (2) Koordinasi dan integrasi asuhan/ layanan klinis dan pasien dengan memperhatikan rasa takut dan kerentanan pasien; (3) Informasi, komunikasi dan edukasi dengan memberikan informasi lengkap status klinis dan proses asuhan yang membantu otonomi pasien mengatur diri sendiri; (4) Kenyamanan fisik terutama berkaitan dengan manajemen nyeri dan aktivitas harian; (5) Dukungan emosional dan penurunan rasa takut dan kecemasan sehubungan dengan status kesehatan dan dampak finansial; (6) Keterlibatan keluarga dan teman melalui mengakui dan menghargai peran mereka dengan memfasilitasi pemberian dukungan selama perawatan; (7) Asuhan berkelanjutan dan transisi yang lancar dengan mengurangi kecemasan pasien terkait kemampuan perawatan diri setelah pulang dan menginformasikan akses pelayanan di

rumah; dan (8) Akses terhadap pelayanan, berkaitan dengan kemudahan rawat jalan, ketersediaan penjadwalan dan transportasi.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) ditetapkan sebagai lembaga independen penyelenggara akreditasi RS sebagaimana Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/406/2020 menegaskan bahwa asuhan pasien terintegrasi (PCC) dalam tiga aspek integrasi, yaitu intra-inter PPA (Profesional Pemberi Asuhan), PPA-pasien (horizontal) dan inter unit (vertikal). Dirumuskan implementasi hak pasien dan keluarga dalam dimensi PCC, antara lain: (1) pergerakan dan pemberdayaan pasien sebagai refleksi standar Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Akses ke RS dan Kontinuitas Pelayanan (ARK), Pelayanan Asuhan Pasien (PAP), Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE); (2) DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) sebagai *clinical leader* berhubungan dengan standar Asesmen Pasien (AP) dan PAP; (3) PPA (Profesional Pemberi Asuhan) sebagai tim kolaborasi interprofesional dirumuskan dari standar AP, PAP dan MKE; (4) Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) berkaitan dengan standar AP dan PAP; (5) Manajer Pelayanan Pasien (MPP) berdasar standar ARK dan PAP; (6) Segitiga sasaran PCC bersumber dari standar HPK, ARK, AP dan PAP; (7) Kolaborasi pendidikan pasien refleksi standar MKE; (8) *Integrated Clinical Pathway* (ICP) berkaitan dengan standar Tata Kelola RS (TKRS) dan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP); (9) Integrasi perencanaan pulang bersumber dari standar ARK (KARS, 2019).

Tujuan akreditasi RS sebagaimana tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 tahun 2020 adalah meningkatkan mutu pelayanan RS berkelanjutan dan melindungi keselamatan pasien; meningkatkan perlindungan masyarakat, sumber daya manusia RS dan institusi RS; meningkatkan tata kelola

RS dan klinis; dan mendukung program pemerintah bidang kesehatan. Secara lengkap, KARS dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1.1 sebagai standar mutu layanan rumah sakit terbagi dalam 5 kelompok standar: (1) kelompok standar pelayanan berfokus pada pasien, (2) kelompok standar manajemen rumah sakit, (3) sasaran keselamatan pasien, (4) program nasional, dan (5) integrasi pendidikan kesehatan dalam pelayanan. Kelompok standar pelayanan berfokus pada pasien terdiri dari 7 (tujuh) bab, diantaranya: ARK, HPK, AP, PAP, PAB (Pelayanan Anastesi dan Bedah), PKPO (Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat), dan MKE. Rumah sakit berpredikat lulus akreditasi paripurna bila penjaminan mutu layanan rumah sakit dari kelima kelompok standar di atas mendapatkan skor di atas 80% (KARS, 2019).

Penerapan PCC di rumah sakit mengimplikasikan seluruh stakeholder di suatu rumah sakit. Hal ini diantaranya manajemen RS, dokter, perawat, tenaga kesehatan lain sampai tenaga non-medis serta pasien dan keluarganya. Pelayanan dan asuhan pasien rumah sakit yang menganggap semua aspek tertentu pasien secara efektif dan aman merupakan tanggung jawab Rumah Sakit (RS) dan sivitas hospitalianya. Komunikasi yang efektif, kolaborasi, dan standarisasi proses diperlukan guna memastikan bahwa rencana, koordinasi, dan implementasi asuhan oleh para PPA sesuai target asuhan. Kejelasan peran staf yang terlibat dalam asuhan pasien mutlak diperlukan berdasarkan regulasi hukum dan kebijakan RS, kompetensi dan kewenangan, kredensial, sertifikasi, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman individu, serta uraian tugas dan wewenang. Termasuk asuhan yang dapat dilakukan oleh pasien/keluarganya atau pemberi asuhan terlatih (*care giver*). Asuhan dan pelayanan yang dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh semua PPA adalah Asuhan Pasien Terintegrasi yang merupakan penerapan konsep PCC.

Ada 2 (dua) perspektif dalam memandang PCC. Perspektif pasien dan perspektif PPA. PPA yang dimaksud adalah dokter, perawat, apoteker dan nutrisisionis/ dietisien. Konsep dasar PCC dari perspektif pasien adalah: (1) Martabat dan Respek; (2) Berbagi informasi; (3) Partisipasi; dan (4) Kolaborasi/kerjasama. Perspektif PPA, PCC adalah: (1) Berpartner dengan pasien; (2) PPA merupakan tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional; (3) DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) adalah *Clinical Leader*; dan (4) Asuhan Pasien Terintegrasi (Lumenta, 2015).

Implementasi PCC memerlukan kompetensi *Inter Professional Collaboration Practice* (IPCP) atau praktik kolaborasi antar profesional oleh tiap PPA. Kompetensi PPA adalah (1) Berkolaborasi dengan PPA lain untuk menjaga suasana saling menghormati dan berbagi nilai; (2) Memanfaatkan pengetahuan dan perannya masing-masing untuk memperoleh dan memenuhi kebutuhan layanan kesehatan pasien dan populasi layanan, mendukung tim pendekatan terhadap pemeliharaan kesehatan dan pengobatan penyakit; (3) Berkomunikasi yang responsif dan bertanggung jawab dengan pasien, keluarga, komunitas, dan PPA lain guna mendukung suatu pendekatan tim pemeliharaan kesehatan dan pengobatan penyakit; (4) Menerapkan nilai-nilai membangun hubungan dan prinsip dinamika tim agar berfungsi secara efektif dalam tim dengan peran yang beragam untuk merencanakan dan memberikan perawatan yang berpusat pada pasien yang aman, tepat waktu, efisien, dan masuk akal (*Interprofessional Education Collaborative Expert Panel*, 2011).

Implementasi PCC memerlukan kolaborasi pengelolaan (*collaborative governance*) di antara anggota-anggota pemberi layanan, manajemen dan pasien serta keluarganya di rumah sakit yang bersangkutan.

Collaborative governance dikenal pada era paradigma pemerintahan, masyarakat semakin heterogen, dan permasalahan yang dihadapi pemerintah semakin kompleks. Selain itu, pemerintah juga mempunyai waktu yang terbatas untuk menyelesaikan problematika tersebut sehingga perlu bekerja sama dengan aktor eksternal (Charalabidis *et.al.*, 2012: 264). Ansell dan Gash (2007: 543) menyebutkan bahwa *Collaborative Governance* merupakan upaya baru dalam tata kelola pemerintahan yang mempertemukan pemangku kepentingan kebijakan yang berbeda dalam satu forum untuk membentuk konsensus bersama. Lebih lanjut, Ansell dan Gash mengklasifikasikan *Collaborative Governance* sebagai suatu pengaturan tata kelola pemerintahan dimana satu atau lebih lembaga publik secara langsung melibatkan aktor-aktor non-pemerintah dalam proses pengambilan keputusan kolektif yang bersifat formal, berorientasi pada konsensus, bersifat deliberatif, seksual, dengan tujuan untuk menciptakan atau melaksanakan keputusan publik. Kelola program atau aset publik.

Emerson, *et.al* (2012: 10) menyatakan bahwa *collaborative governance* lebih efektif bila dilakukan secara dinamis (*collaboration dynamics*). *Collaboration dynamics* (dinamika kolaborasi) mengklasifikasikan tahap kooperasi sebagai tahapan linier secara aktual pada kurun waktu tertentu dari tahap uraian problematika, upaya yang dilakukan, hingga tindakan. Berdasarkan proses kolaborasi sebagai siklus interaksi yang interaktif, Emerson berfokus terhadap 3 aspek interaksi berdasarkan dinamika kolaborasi, diantaranya penggerakan prinsip bersama (*principled engagement*), motivasi bersama (*shared motivation*) dan kapasitas untuk melakukan tindakan bersama (*capacity for joint action*).

Keluhan terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit masih terus terjadi. Laily (2018) melaporkan banyak kasus pasien BPJS yang dilayani petugas medis

di puskesmas, tempat dokter praktek maupun Rumah Sakit dinomorduakan oleh pihak layanan kesehatan daripada pasien umum. Keluhan lainnya, pelayanan pasien BPJS Kesehatan yang dibedakan dengan pasien umum di rumah sakit menuai banyak keluhan dan kritik (Khoiriyah, 2020), ditemukan keluhan pasien terlantar hingga akhirnya meninggal dunia di tempat parkir RSUD Jepara (Aji, 2020), pasien BPJS ditolak oleh dokter dan tidak bisa mendapatkan layanan rawat inap di RSUD Soewondo dengan alasan yang jelas (clakclik.com, 2020).

Mengacu berbagai potret permasalahan dalam pelayanan kesehatan yang dipaparkan di atas, mengacu pada konsep IPCHS WHO tahun 2015, bahwa setiap masyarakat mempunyai akses pada pelayanan kesehatan dengan menempatkan pasien sebagai fokus pelayanan (PCC). Untuk melaksanakannya, diperlukan keterlibatan PPA dalam PCC di rumah sakit (*intra hospital*) yang terdiri dari dokter penanggung jawab pasien, perawat penanggung jawab asuhan, apoteker, dietisien, manajer rumah sakit dan pasien/keluarga serta fasilitas kesehatan primer dan *stakeholder* lain di luar rumah sakit. Keterlibatan multiprofesional dalam implementasi PCC memerlukan kompetensi *Inter Professional Collaboration Practice* (IPCP) oleh tiap PPA.

Dalam manajemen administrasi publik dikenal dengan *collaborative governance* dimana interaksi antar aktor untuk mengambil keputusan yang bersifat konsensus guna mewadahi semua kepentingan masyarakat yang terwakili oleh *stakeholder* yang terlibat. Sebagai fasilitas pelayanan publik, rumah sakit memenuhi kriteria tata kelola kolaboratif, yaitu lembaga publik, swasta, masyarakat, aktor non-negara berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, dan bukan sekedar konsultasi dalam forum dan pertemuan kolektif yang

diselenggarakan secara resmi, dengan tujuan untuk mewujudkan konsensus atas dasar mengambil keputusan, fokus pada kebijakan publik/administrasi publik (Emerson *et.al*, 2012). Suatu proses kolaboratif yang dinamis dan bersiklus yang menghasilkan tindakan dan dampak sementara sebelum dampak besar terjadi, serta adaptasi terhadap dampak sementara.

Tata kelola kolaboratif penting karena didorong oleh pengembangan organisasi dan pertumbuhan pengetahuan dan kemampuan kelembagaan atau organisasi serta pengalaman yang diperoleh dari lingkungan selama kerja organisasi selama periode waktu tertentu (Ansell dan Gash, 2007). Sudarmo (2011) menjelaskan bahwa kolaborasi didorong oleh upaya pragmatis untuk memecahkan masalah yang tidak dapat diselesaikan dengan menerapkan teori-teori tradisional yang telah lama dipikirkan untuk menyelesaikan masalah tersebut. Model yang dikembangkan oleh Emerson, *et.al.* (2012) dinilai cukup komprehensif dalam melihat dan menilai proses kolaborasi mulai dari *input* melalui *drivers*, *collaboration dynamics*, *action* berakhir di *impact* kolaborasi.

Dinamika kolaborasi terpilih karena (1) mengintegrasikan orkestrasi aset dalam organisasi dan aset unggulan yang tersebar di seluruh dunia dengan terlibat sebagai mitra ekosistem kolaborasi strategis jaringan global (Kodama, 2018:4), (2) bertujuan mencapai solusi kolaboratif yang benar-benar gesit dengan skema manajemen proses berdasar konsensus kelompok, evolusi siklus proses penyelarasan dan fase penyempurnaan produk untuk memenuhi tantangan akibat kompleksitas dan ketidakjelasan (Hequist, *et.al*, 2014), dan (3) berperan sebagai langkah penting menuju pengelolaan jaringan tata kelola efektif yang seringkali

kesulitan karena stakeholder berasal dari dan berinteraksi dengan organisasi dan sistem yang hierarkis dan kompetitif (Stout, Bartels and Love; 2019).

Dinamika kolaborasi dengan penggerakan prinsip bersama, motivasi bersama, dan kapasitas melakukan tindakan bersama (Emerson, *et.al*, 2012: 10) dalam pembentukan PCC di RS melibatkan banyak *stakeholder* dan profesi. PPA antara lain dokter penanggung jawab pasien, perawat, apoteker dan dietisien; pasien dan keluarga; serta manajemen RS; dan fasyankes primer merupakan *stakeholder* yang berkepentingan sama dalam memberikan pelayanan berfokus pada pasien. Pelaksanaan PCC tidak ditentukan oleh aktor/ stakeholder tunggal di RS, namun keterlibatan multi stakeholder PCC yang menyepakati hasil konsensus, dan berkomitmen melaksanakannya dalam ekosistem kemitraan. Hasil konsensus PCC selaras dengan hasil penggerakan prinsip bersama, komitmen pelaksanaan merupakan hasil motivasi bersama dan kapasitas aksi bersama dalam pembentukan PCC di RS. Sebuah paradigma layanan RS yang melibatkan banyak pihak baik tenaga kesehatan maupun non kesehatan di dalam dan di luar RS. Pengamatan awal, RS masih berorientasi pada diri sendiri, belum mengutamakan kepentingan pasien. Diduga belum terjadi sinergi antar stakeholder dalam pelayanan pasien. Mulai dari keluhan pasien terkait keterlibatan pasien dan keluarga dalam pelayanan, dominasi dokter dalam pelayanan, sehingga pasien dan keluarga cenderung jadi obyek bukan patner pelayanan. Berbagai penelitian masih ditemukan perspektif pasien terhadap aspek PCC belum terlaksana baik seperti komunikasi dalam menginformasikan prosedur layanan, jam kedatangan dokter, keramahan petugas, layanan administrasi (Riskiyah, dkk; 2017), kurangnya informasi kesehatan yang diterima pasien, kurang

perhatian dalam perawatan, tidak mengetahui kondisi diri pasien, petugas kurang mengenal PCC (Ernawati dan Lusiani, 2019), dan dimensi kontinuitas dan transisi layanan tidak terlaksana (Rachma dan Kamil, 2019).

Penelitian mengenai model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC ini dilakukan di RSUD milik Provinsi Jawa Tengah. RSUD dr. Moewardi di Surakarta sebagai RSUD kelas A, RSUD Prof. Margono Soekarjo di Purwokerto dan RSUD Tugurejo di Semarang sebagai RSUD Kelas B, serta RSUD Kelet di Jepara sebagai RSUD Kelas C. Keempat RSUD ini telah berpredikat lulus paripurna akreditasi KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit). Artinya kelima kelompok standar penjaminan mutu layanan RS yaitu: standar pelayanan berfokus pada pasien (PCC), standar manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien, program nasional dan integrasi pendidikan kesehatan dalam pelayanan telah dilaksanakan.

RSUD mewakili representasi kompleksitas PPA dan pelayanannya pada pasien dan keluarganya. Merujuk Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 56 Tahun 2014, klasifikasi Rumah Sakit terbagi menjadi Rumah Sakit Umum dengan pelayanan heterogen dan Rumah Sakit Khusus yang homogen. Rumah Sakit Umum terdiri dari kelas A, kelas B, Kelas C dan Kelas D. Rumah Sakit Umum Kelas B sebagai RS menengah memiliki sumber daya manusia (SDM): tenaga medis (minimal 12 dokter umum, 3 dokter gigi, 23 dokter spesialis dan 4 dokter sub spesialis), tenaga kefarmasian (13 apoteker), tenaga keperawatan (sesuai jumlah tempat tidur instalasi rawat inap), tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan sesuai kebutuhan rumah sakit.

RSUD Provinsi Jawa Tengah juga sudah menyandang predikat WBK (Wilayah Bebas Korupsi)/ WBBM (Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani). Berdasar Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 10 tahun 2019, Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) adalah predikat unit kerja/ kawasan yang memenuhi sebagian besar manajemen perubahan, penataan tatalaksana, penataan sistem manajemen SDM, penguatan pengawasan, dan penguatan akuntabilitas kinerja. Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) merupakan predikat unit kerja/kawasan yang sudah menyandang WBK dan memenuhi penguatan kualitas pelayanan publik.

Meskipun telah menyandang terakreditasi paripurna dan berpredikat WBK/ WBBM, RSUD Provinsi Jawa Tengah masih ditemukan keluhan pasien atau keluarga pasien yang disampaikan baik melalui kotak saran *offline* maupun *costumer service online*. Empat tahun terakhir sejak 2020-2023, rata-rata per tahun terdapat 61 keluhan PCC yang dapat diidentifikasi. Jenis keluhan terbanyak adalah tanggapan RS terhadap keluhan pasien kurang responsif dan kurang cepat sejumlah 23,6%. Kondisi ini menunjukkan belum terbangun hubungan kemitraan secara optimal antara pasien dan pemberi layanan. Posisi kedua ditempati keluhan hubungan antar pasien dengan RS hanya sekedar hubungan transaksional, tidak ada hubungan emosional, cenderung marah dan tidak ramah sejumlah 22,7% keluhan. Belum menghadirkan pelayanan yang menghargai sentuhan dan pentingnya interaksi antar individu. Posisi ketiga ditempati jenis keluhan layanan kesehatan sangat tergantung arahan top manajemen atau dokter senior, petugas lain tidak didengarkan, apalagi pasien sehingga terjadi ketidakjelasan informasi dengan jumlah 19,0%. Terkesan superior dan dominasi keputusan manajemen puncak dan

dokter senior dalam menetapkan layanan kesehatan pasien. Posisi keempat, pasien merasa harus patuh pada arahan dan regulasi RS, jenis keluhan atau saran pasien kurang ditanggapi serius dengan jumlah 18,6%. Hal ini mengindikasikan belum adanya pengakuan kebutuhan pasien sebagai salah satu prinsip PCC maupun dimensi dinamika kolaborasi. Sedangkan posisi yang terakhir ditempati keluhan pasien yang kurang bisa merubah jenis layanan, misal untuk naik kelas kamar perawatan, prosedur dan birokrasi berbelit-belit sejumlah 16,1%. Indikasi belum terjadi fleksibilitas pelayanan. (Laporan Internal *Costumer Service* RSUD Provinsi Jawa Tengah Tahun 2020-2023).

Kondisi di atas menunjukkan kesenjangan pelaksanaan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di rumah sakit. PCC adalah pelayanan dengan permasalahan spesifik yang memerlukan keterlibatan lintas sektor sehingga diharapkan mampu berinteraksi dan berkontribusi sebagai solusi berkelanjutan. Mengingat dinamika kolaborasi merupakan kerangka integratif untuk tata kelola kolaboratif lintas sektor yang dinamis, nonlinier dan berulang untuk mencapai tujuan kolektif (Emerson, 2012). Di mana analisis hasil dinamika kolaborasi penelitian ini digunakan sebagai dasar penyusunan model dalam pembentukan PCC di RSUD RSUD Provinsi Jawa Tengah.

1.2 Identifikasi Masalah

Mengacu pada kondisi empiris dan penelitian sebelumnya, fenomena yang dapat diidentifikasi sebagai permasalahan pada proses dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD Provinsi Jawa Tengah dalam penelitian ini adalah:

1. Belum terjadi hubungan kemitraan antara pasien dan RSUD Provinsi Jawa Tengah yang ditandai dengan tidak peka terhadap nilai budaya pasien, masih

sebatas hubungan transaksional antara pasien dan pemberi layanan yang belum memperhatikan pentingnya interaksi saling ketergantungan antar individu dalam optimalisasi kerja tim kolaborasi (Laporan Internal *Costumer Service* RSUD Provinsi Jawa Tengah Tahun 2020-2023; Frampton, *et.al*, 2008; Sullivan, *et.al*, 2019).

2. Belum mengedepankan hak otonomi pasien di RSUD Provinsi Jawa Tengah ditunjukkan dengan pasien tidak bebas memilih jenis pelayanan, seolah-olah dipaksa patuh pada nilai-nilai dan regulasi rumah sakit yang mengabaikan nilai-nilai maupun kepentingan dan pemenuhan kebutuhan pasien sebagai sebuah konsensus bersama yang perlu dilaksanakan (Laporan Internal *Costumer Service* RSUD Provinsi Jawa Tengah Tahun 2020-2023; Riskiyah. dkk, 2017; Ansell and Gash, 2007: 543).
3. Belum terjadi kejelasan informasi pelayanan pasien RSUD Provinsi Jawa Tengah yang ditandai dengan keluhan proses dan prosedur pelayanan berbelit-belit serta menunggu keputusan manajemen (Laporan Internal *Costumer Service* RSUD Provinsi Jawa Tengah Tahun 2020-2023; Forman, 2010; Kirschling and Bednash; 2012).
4. Belum terjadi tindakan bersama yang disepakati ditandai masih dijumpai pelayanan berpusat pada dokter, kesan superior dan paternalistik “dokter tahu yang terbaik” pengambilan keputusan dokter senior dan manajemen puncak dalam menetapkan layanan kesehatan pasien di RSUD Provinsi Jawa Tengah (Laporan Internal *Costumer Service* RSUD Provinsi Jawa Tengah Tahun 2020-2023; Delaney, 2015; Sara A. Kreindler; 2013).
5. Belum ada kebijakan yang mengatur pelaksanaan PCC sebagai bagian integral dari kolaborasi penjaminan mutu dan tata kelola RS yang baik, terbatas hanya

tersedia Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 tahun 2020 tentang Akreditasi RS dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 10 tahun 2019 tentang Pedoman Pembangunan Zona Integritas menuju WBK/WBBM (Morley and Cashell, 2017; Sara A. Kreindler, 2013; *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel*, 2011).

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut di atas, maka pertanyaan penelitian adalah **mengapa dinamika kolaborasi belum dapat mewujudkan PCC di RSUD Provinsi Jawa Tengah?**

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dengan *research questions* yang dipaparkan diatas, rumusan masalah untuk menjawab permasalahan penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah pelaksanaan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD Provinsi Jawa Tengah ?
2. Apa faktor dinamika kolaborasi yang mendorong dan menghambat pembentukan PCC di RSUD Pemerintah Provinsi Jawa Tengah ?
3. Bagaimanakah model dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD Pemerintah Provinsi Jawa Tengah ?

1.4 Tujuan Penelitian

Penelitian merupakan suatu kegiatan untuk mencari, menggali, menghubungkan dan memprediksi suatu kejadian. Setiap penelitian yang dilakukan memiliki tujuan yang jelas dan terarah. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Menganalisis pelaksanaan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD Provinsi Jawa Tengah.
2. Menganalisis faktor dinamika kolaborasi yang mendorong dan menghambat pada pembentukan PCC di RSUD Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.
3. Merumuskan model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.

1.5 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat baik yang bersifat akademis maupun praktis sebagai berikut:

1. Kontribusi Akademis

Penelitian ini berupaya memberikan kontribusi akademis melalui konstruksi teori dinamika kolaborasi (Emerson, et.al, 2012) dalam pembentukan PCC di RSUD Provinsi Jawa Tengah. Konstruksi dilakukan pada dimensi *principal engagement*, *shared motivation*, dan *activity for joint action* dengan *mapping stakeholder primer dan sekunder* (Grimble & Wellard, 1996; Clarkson, 1995) yang mempertimbangkan faktor berpengaruh merujuk pendapat De Seve (2007); Newman et.al (2004); Grey (2009); *Governance of Canada* (2011); Emerson et.al (2012) yang disarikan menjadi dinamika politik dan kekuasaan; karakteristik jaringan; karakteristik sosial ekonomi dan budaya;

serta kerangka kebijakan dan hukum. Konstruksi teori dinamika kolaborasi ini dilakukan untuk memperkuat proses kolaborasi dalam pembentukan PCC sebagai tujuan analisis fenomena pelayanan kesehatan.

2. Kontribusi Praktis

Upaya penelitian ini memberikan gambaran dan informasi tentang pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD Provinsi Jawa Tengah. Diharapkan juga dapat memberikan rekomendasi kepada pembuat kebijakan dalam menetapkan regulasi yang lebih mengutamakan kepentingan pasien melalui pendekatan dinamika kolaborasi pelaksanaan PCC.