JOURNAL OF
INTEGRATIVE ISLAMIC MEDICINE
E-ISSN: xxx-xxx | Vol. 1 No. 1 Juni 2026

Integrasi Maqāṣid al-Sharīʿah dan Patient-Centered Care: Pengembangan Kerangka Konseptual Deliberasi Klinis melalui Tinjauan Naratif Terstruktur

Fitri Kartika[1]

[1]Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta, Indonesia

Keywords:
Maqāṣid al-Sharīʿah; patient-centered care; Islamic bioethics; shared decision-making; holistic care; medical ethics.

Correspondence to
Co-author: Fitri Kartika | Email: fitrikartika_dr@yahoo.com

Received - 20 April 2026
Revised - 15 Mei 2026
Accepted – 02 Juni
Published Online First – 15 Juni 2026

© Author(s) (or their employer(s)) 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by JGA

ABSTRAK

Tujuan: Penelitian ini bertujuan menganalisis integrasi Maqāṣid al-Sharīʿah dengan patient-centered care (PCC), mengidentifikasi kesenjangan penelitian terdahulu, serta mengembangkan Maqāṣid–Patient-Centered Care Framework (M-PCC) sebagai kerangka pertimbangan klinis yang mengintegrasikan nilai keislaman, bukti medis, dan preferensi pasien dalam pelayanan kesehatan yang etis dan holistik.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan structured narrative review melalui penelusuran literatur terarah pada PubMed/MEDLINE, Google Scholar, laman jurnal dan penerbit resmi, dokumen World Health Organization, serta reference chaining. Literatur yang dikaji mencakup maqāṣid, bioetika Islam, PCC, pengambilan keputusan bersama, dan pelayanan spiritual. Analisis dilakukan secara tematik dengan mengacu pada prinsip Scale for the Assessment of Narrative Review Articles (SANRA), melalui identifikasi komponen PCC, pemetaan lima tujuan maqāṣid, dan sintesis keduanya menjadi kerangka implementasi klinis.

Hasil: Sintesis literatur mengidentifikasi enam domain integrasi, meliputi penghormatan terhadap nilai dan martabat pasien, perlindungan kehidupan dan keselamatan, informasi dan pengambilan keputusan bersama, keterlibatan keluarga, keadilan dan pengelolaan sumber daya, serta pemenuhan kebutuhan religius-spiritual. Berdasarkan temuan tersebut, dikembangkan M-PCC yang terdiri atas empat lapisan, yaitu tujuan moral, prinsip etik, proses klinis, dan luaran pelayanan. Kerangka tersebut diterjemahkan ke dalam sepuluh tahapan operasional yang mengintegrasikan kebutuhan klinis, bukti ilmiah, nilai pasien, lima maqāṣid, penilaian manfaat dan kemudaratan, kebutuhan spiritual, preferensi keterlibatan keluarga, pengambilan keputusan bersama, akuntabilitas, dan penilaian ulang.

Implikasi: M-PCC menawarkan kerangka konseptual untuk mendukung pengambilan keputusan klinis yang mempertimbangkan kemaslahatan, keselamatan, martabat, dan otonomi pasien secara terpadu. Integrasi ini berpotensi menjadi acuan pengembangan pelayanan kesehatan yang responsif terhadap kebutuhan biopsikososial-spiritual, khususnya dalam konteks masyarakat Muslim. Meskipun demikian, kerangka ini masih memerlukan validasi ahli dan pengujian empiris untuk menilai kelayakan, penerimaan, serta penerapannya dalam berbagai konteks pelayanan kesehatan.

To Cite: Kartika, F. (2026). Integrasi Maqāṣid al-Sharīʿah dan Patient-Centered Care: Pengembangan Kerangka Konseptual Deliberasi Klinis melalui Tinjauan Naratif Terstruktur. Journal of Integrative Islamic Medicine, 1(1), 63–77.

Pendahuluan

Perkembangan pelayanan kesehatan modern mendorong perubahan paradigma dari pelayanan yang berorientasi pada penyakit menuju pelayanan yang menempatkan pasien sebagai pusat proses klinis. World Health Organization menekankan bahwa pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berpusat pada manusia perlu memenuhi kebutuhan sepanjang daur hidup, menghormati preferensi pasien, serta melibatkan pasien dan keluarga dalam pelayanan (World

Health Organization, 2016). Patient-centered care (PCC) selanjutnya berkembang dengan menempatkan komunikasi, penghormatan, keterlibatan pasien, koordinasi pelayanan, serta luaran yang bermakna bagi pasien sebagai komponen penting pelayanan kesehatan (Santana et al., 2018). Kajian terhadap berbagai model PCC juga menunjukkan bahwa kemitraan, shared decision-making, dan partisipasi bermakna merupakan unsur yang konsisten dalam pelayanan yang berpusat pada pasien (Sharma et al., 2015). Dengan demikian, keberhasilan pelayanan tidak cukup dinilai dari tercapainya target klinis, tetapi juga dari sejauh mana proses pelayanan mampu memahami nilai, tujuan, pengalaman, dan kebutuhan individual pasien.

Penerapan PCC tidak berlangsung dalam ruang sosial yang netral karena nilai pasien dibentuk oleh budaya, keluarga, keyakinan, kondisi sosial, dan pengalaman hidupnya. Dalam sistem pelayanan kesehatan Indonesia, implementasi PCC dipengaruhi oleh budaya lokal, ketersediaan sumber daya, harapan masyarakat, serta karakter hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan (Dewi et al., 2014). Studi yang lebih baru di rumah sakit Indonesia juga menemukan bahwa keterbatasan waktu, beban kerja, sumber daya, dan komunikasi dapat menghambat implementasi PCC, sedangkan kepemimpinan, komitmen organisasi, monitoring, dan supervisi dapat mendukung penerapannya (Dewi & Nazriati, 2024). Selain itu, pengalaman pasien dengan penyakit kronis di Indonesia menunjukkan bahwa agama, keyakinan, keluarga, keadaan ekonomi, dan praktik kesehatan tradisional dapat memengaruhi cara pasien memahami dan mengelola penyakitnya (Lukman et al., 2020). Temuan tersebut menunjukkan bahwa PCC dalam konteks Indonesia perlu responsif terhadap aspek sosial, budaya, keluarga, dan spiritual tanpa mengurangi kedudukan pasien sebagai subjek utama pelayanan.

Dalam konteks masyarakat Muslim, Maqāṣid al-Sharīʿah dapat memberikan kerangka normatif untuk memahami kemaslahatan dalam pelayanan kesehatan melalui perlindungan agama (ḥifẓ al-dīn), kehidupan (ḥifẓ al-nafs), akal (ḥifẓ al-ʿaql), keturunan (ḥifẓ al-nasl), dan harta (ḥifẓ al-māl) (Ibrahim et al., 2019; Saifuddeen et al., 2014). Orientasi tersebut memiliki irisan dengan nilai belas kasih, kejujuran, amanah, kerahasiaan, penghormatan terhadap pasien, serta tanggung jawab profesional dalam Islamic medical ethics (Chamsi-Pasha & Albar, 2016; Padela, 2007). Prinsip tersebut juga dapat dipertemukan dengan beneficence, non-maleficence, justice, dan penghormatan terhadap otonomi dalam bioetika kontemporer, meskipun interpretasinya perlu memperhatikan konteks sosial dan religius pasien (Mustafa, 2014). Dalam praktik klinis, pendekatan berbasis maqāṣid telah digunakan untuk menimbang kemanfaatan dan kemudaratan, termasuk dalam persoalan pengungkapan informasi kepada pasien dan dominasi keluarga dalam pengambilan keputusan (Alfahmi, 2022). Karena itu, maqāṣid berpotensi memperkaya PCC dengan orientasi moral yang memperhatikan kemaslahatan manusia, tetapi tetap memerlukan penerjemahan yang hati-hati ke dalam proses klinis.

Upaya mempertemukan maqāṣid dengan pelayanan berpusat pada pasien sebenarnya telah berkembang dalam beberapa konteks. Dalam kedokteran gigi, lima maqāṣid dan qawāʿid fiqhiyyah telah diusulkan sebagai landasan normatif bagi patient-centred care (Sabarudin et al., 2023). Kajian lain memperluas integrasi tersebut pada tingkat organisasi rumah sakit melalui perhatian terhadap perlindungan kehidupan, martabat manusia, keadilan, komunikasi, akses, kesejahteraan holistik, dan spiritualitas (Sunawari et al., 2023). Dalam konteks Indonesia, nilai Qur'ani juga telah dihubungkan dengan komunikasi efektif, penghormatan terhadap preferensi pasien, keterlibatan keluarga, dan pemenuhan kebutuhan spiritual dalam PCC (Kurnia et al., 2025). Literatur mengenai shared decision-making dalam perspektif Islam selanjutnya memperlihatkan relevansi shūrā, amanah, dan maqāṣid dalam proses pengambilan keputusan bersama (Atan et al., 2025). Temuan-temuan tersebut memperlihatkan adanya landasan konseptual yang kuat bagi integrasi maqāṣid dan PCC, tetapi penerapannya masih berkembang dalam konteks klinis dan organisasi yang berbeda-beda.

Meskipun penelitian terdahulu menunjukkan kompatibilitas antara maqāṣid dan PCC, sebagian besar kajian masih berfokus pada bidang atau komponen tertentu, seperti kedokteran gigi, organisasi rumah sakit, nilai Qur'ani tertentu, atau shared decision-making (Atan et al., 2025; Kurnia et al., 2025; Sabarudin et al., 2023; Sunawari et al., 2023). Pada sisi lain, kajian PCC menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan antara kerangka konseptual dan kemampuan sistem pelayanan untuk mengoperasionalkan nilai, preferensi, komunikasi, pengambilan keputusan, dan koordinasi secara konsisten dalam praktik (Santana et al., 2019). Hambatan serupa ditemukan dalam penerapan shared decision-making, yang dapat dipengaruhi oleh faktor dokter, pasien, lingkungan pelayanan, relasi kekuasaan, dan konteks sosiokultural (Alameddine et al., 2020). Dalam literatur yang ditelaah, belum ditemukan kerangka lintas konteks klinis yang secara simultan mengintegrasikan lima maqāṣid, bukti klinis, nilai dan tujuan pasien, penilaian manfaat-kemudaratan, dimensi religius-spiritual, preferensi keterlibatan keluarga, shared decision-making, akuntabilitas, dan penilaian ulang. Kesenjangan tersebut menunjukkan perlunya kerangka yang tidak berhenti pada pemetaan nilai, tetapi mampu menerjemahkan maqāṣid dan PCC ke dalam alur deliberasi klinis yang lebih operasional.

Penerjemahan maqāṣid ke dalam praktik klinis tetap memerlukan kehati-hatian karena orientasi kemaslahatan tidak dapat digunakan sebagai algoritma yang secara otomatis menghasilkan satu keputusan medis. Analisis terhadap model-model maqāṣid dalam etika kedokteran menunjukkan bahwa penerapannya di bedside masih dapat menghasilkan jawaban yang ambigu atau tidak lengkap apabila tidak disertai metodologi hukum Islam, fakta klinis, dan proses deliberasi yang memadai (Padela, 2022). Pada saat yang sama, penghormatan terhadap pasien juga tidak selalu identik dengan otonomi individual yang terlepas dari keluarga, karena sebagian pasien menghendaki keputusan yang bersifat relasional dan melibatkan orang-orang yang dianggap penting dalam kehidupannya (Gilbar & Miola, 2015). Penelitian lintas budaya menunjukkan bahwa preferensi terhadap keterlibatan keluarga sangat bervariasi bahkan di dalam kelompok budaya yang sama, sehingga tenaga kesehatan tidak seharusnya mengasumsikan pilihan pasien hanya berdasarkan identitas budaya atau agamanya (Alden et al., 2018). Oleh karena itu, integrasi maqāṣid dengan PCC perlu menempatkan agama dan keluarga sebagai dimensi yang dieksplorasi berdasarkan kehendak pasien, bukan sebagai dasar untuk menggantikan agensi pasien.

Berdasarkan kesenjangan tersebut, artikel ini bertujuan menganalisis titik temu konseptual antara Maqāṣid al-Sharīʿah dan patient-centered care, membandingkan pendekatan yang telah dikembangkan sebelumnya, serta menerjemahkan maqāṣid ke dalam proses pelayanan klinis. Kajian ini mengusulkan Maqāṣid–Patient-Centered Care Framework (M-PCC) sebagai kerangka deliberasi yang mengintegrasikan kebutuhan klinis, bukti ilmiah, nilai dan tujuan pasien, lima maqāṣid, penilaian manfaat dan kemudaratan, kebutuhan religius-spiritual, preferensi keterlibatan keluarga, shared decision-making, akuntabilitas, dan penilaian ulang. M-PCC ditempatkan sebagai kerangka komplementer dan bukan sebagai aturan tunggal yang menentukan keputusan klinis, sehingga penggunaan maqāṣid tetap berada dalam dialog dengan bukti medis, agensi pasien, etik profesional, dan konteks pelayanan. Posisi tersebut penting karena literatur menunjukkan bahwa PCC memerlukan mekanisme operasional yang menghubungkan nilai pasien, proses pengambilan keputusan, serta dukungan organisasi agar tidak berhenti sebagai prinsip normatif semata (Padela, 2022; Santana et al., 2019). Dengan demikian, kontribusi utama artikel ini adalah mengembangkan hubungan maqāṣid dan PCC dari pemetaan konseptual menuju kerangka pertimbangan klinis yang selanjutnya dapat divalidasi dan diuji secara empiris.

Metode Penelitian

Kajian ini menggunakan *structured narrative review.* Pendekatan ini dipilih karena pertanyaan penelitian tidak bertujuan untuk menghitung efektivitas satu intervensi tertentu,

melainkan untuk mengintegrasikan literatur dari beberapa rumpun ilmu: kedokteran, bioetika, pelayanan berpusat pada pasien, hukum Islam, spiritualitas, dan hubungan dokter-pasien (Baethge et al., 2019). *Narrative review* memberi ruang untuk sintesis konseptual, tetapi berisiko terhadap bias seleksi sumber. Karena itu, struktur kajian mengikuti *Scale for the Assessment of Narrative* Review Articles (SANRA), yang mencakup urgensi topik, tujuan yang eksplisit, deskripsi pencarian literatur, referensi yang memadai, argumentasi ilmiah, dan penyajian bukti yang relevan (Sukhera, 2022).

Penelusuran literatur dilakukan secara terarah melalui *PubMed/MEDLINE*, *Google Scholar*, laman resmi jurnal/penerbit, dokumen WHO, serta reference chaining. Pencarian diprioritaskan pada artikel *peer-reviewed, systematic review, narrative/conceptual review*, analisis bibliometrik yang relevan, kerangka konseptual, serta dokumen dari organisasi kesehatan. Literatur klasik dipertahankan apabila mempunyai nilai fundamental bagi pembangunan konsep *Islamic medical ethics*. Karena desain kajian ini adalah *structured narrative review*, strategi ini ditujukan untuk transparansi dan kecukupan konseptual, bukan untuk mengklaim pencarian sistematis yang ekstensif (Sukhera, 2022).

Tabel 2. Strategi Pencarian Literatur Terarah

Sumber	Kata kunci utama	Prioritas pemilihan
PubMed/MEDLINE	"Maqasid al-Shariah" AND medicine/healthcare; "Maqasid al-Shariah" AND "patient-centered care"; "Islamic medical ethics"; "Islamic bioethics"; "patient- centered care" OR "person- centered care"; "shared decision making"; "Islamic" AND "shared decision- making"; "spirituality" AND patient care	Peer-reviewed articles, systematic reviews, narrative/conceptual reviews
Google Scholar/publisher sites	"patient-centered care dentistry" AND maqasid; "patient-centered hospital" AND maqasid; "Qur'an" AND "patient-centered care"; "Maqasid" AND "shared decision-making"	Directly relevant models, regional literature, and recent publications not consistently indexed in PubMed
WHO / official documents	integrated people-centred care; patient-centred care; health service integration	Normative and policy frameworks
Reference chaining	References cited in key maqāṣid, Islamic bioethics, PCC, confidentiality, spiritual- care, and Islamic SDM papers	Seminal and context-relevant sources

Literatur dipertimbangkan apabila membahas sekurang-kurangnya satu dari empat kategori berikut: (1) teori atau aplikasi Maqāṣid al-Sharīʿah dalam kesehatan; (2) *Islamic bioethics* atau *Islamic medical ethics*; (3) definisi, elemen, atau implementasi PCC; atau (4) masalah klinis yang mempertemukan kedua kerangka tersebut, seperti *shared decision- making*, otonomi, kerahasiaan, spiritualitas, keluarga, keadilan, keselamatan pasien, dan penggunaan sumber daya. Artikel yang hanya menggunakan istilah maqāṣid atau PCC secara sepintas tanpa pembahasan substantif tidak dijadikan sumber utama untuk sintesis (Grover et al., 2022).

Analisis dilakukan secara tematik melalui tiga tahap. Pertama, elemen utama PCC diidentifikasi. Kedua, fungsi normatif lima maqāṣid klasik dianalisis dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan. Ketiga, kedua kelompok konsep tersebut dipertemukan untuk menghasilkan domain implementasi klinis. Pemetaan tidak dilakukan sebagai hubungan satu maqṣad-satu tindakan secara kaku. Satu tindakan klinis dapat melindungi lebih dari satu maqṣad; sebaliknya, beberapa maqṣad dapat saling berkonflik dan membutuhkan penimbangan manfaat, risiko, preferensi pasien, bukti klinis, hukum yang berlaku, serta konteks (Younas et al., 2022).

Hasil Penelitian

1. Patient-Centered Care sebagai Paradigma Pelayanan Manusia Seutuhnya

Sintesis literatur menunjukkan bahwa patient-centered care (PCC) bertolak dari pengakuan terhadap pasien sebagai manusia seutuhnya, bukan sekadar individu yang membawa penyakit. Pasien memiliki nilai, preferensi, keyakinan, relasi sosial, tujuan hidup, dan pengalaman personal yang perlu diperhitungkan dalam pelayanan kesehatan. Kerangka pelayanan terintegrasi dan berpusat pada manusia yang dikembangkan WHO menempatkan individu, keluarga, dan komunitas sebagai pusat sistem pelayanan, dengan penekanan pada keterlibatan aktif pasien, kontinuitas dan koordinasi pelayanan, keselamatan, efektivitas, serta efisiensi.

Salah satu mekanisme utama dalam penerapan PCC adalah shared decision-making (SDM). Literatur mengenai model SDM memperlihatkan sejumlah komponen yang konsisten, yaitu penjelasan mengenai pilihan klinis, penyampaian informasi, identifikasi preferensi pasien, pertimbangan bersama, dan pengambilan keputusan. Dokter menyediakan informasi medis, bukti ilmiah, dan pertimbangan profesional, sedangkan pasien menyampaikan nilai, preferensi, pengalaman, serta tujuan yang ingin dicapai melalui pelayanan kesehatan. Temuan tersebut menunjukkan bahwa PCC tidak identik dengan menyerahkan seluruh keputusan klinis kepada pasien. PCC mengintegrasikan bukti ilmiah, keahlian klinis, komunikasi, preferensi pasien, dan tujuan hidup pasien. Posisi pasien bukan hanya sebagai penerima tindakan medis, melainkan sebagai subjek yang terlibat aktif dalam menentukan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhannya.

2. Maqāṣid al-Sharī'ah sebagai Orientasi Kemaslahatan Pelayanan Kesehatan

Literatur bioetika Islam menempatkan maqāṣid al-sharī'ah sebagai kerangka normatif untuk mempertimbangkan maṣlaḥah atau kemanfaatan dan mafsadah atau kemudaratan dalam persoalan biomedis. Lima tujuan pokok maqāṣid yaitu perlindungan agama, kehidupan, akal, keturunan, dan harta tidak hanya dipahami sebagai kepentingan yang dipertahankan secara pasif, tetapi juga sebagai orientasi aktif untuk meningkatkan kesejahteraan dan mencegah kemudaratan.

Hashi mengidentifikasi kesesuaian antara tujuan kedokteran dan maqāṣid karena keduanya berorientasi pada pengurangan kemudaratan, perlindungan manusia, dan peningkatan kesejahteraan. Kedokteran menyediakan bukti ilmiah dan kemampuan klinis untuk menentukan intervensi yang berpotensi memberikan manfaat, sedangkan maqāṣid memberikan orientasi nilai untuk mempertimbangkan tujuan intervensi, cara penerapannya, dan konsekuensi moral yang ditimbulkannya. Hasil sintesis memperlihatkan bahwa maqāṣid tidak menggantikan kedokteran berbasis bukti. Bukti ilmiah menjelaskan efektivitas, keamanan, dan risiko suatu intervensi, sedangkan maqāṣid membantu menilai kesesuaiannya dengan kebutuhan, nilai, tujuan, dan kemaslahatan pasien. Hubungan tersebut menghasilkan lima domain integrasi utama dan satu domain lintas maqāṣid sebagaimana dirangkum dalam Tabel 3.

Tabel 3. Kerangka Integrasi Maqāṣid al-Sharī'ah dan Patient-Centered Care

Maqṣad	Makna dalam pelayanan kesehatan	Domain PCC	Implementasi klinis
Ḥifẓ al-Dīn	Perlindungan integritas keyakinan dan kebutuhan spiritual	Penghormatan terhadap nilai pasien dan kepekaan spiritual	Menanyakan kebutuhan spiritual, memfasilitasi ibadah apabila memungkinkan, memenuhi kebutuhan diet keagamaan, dan menghormati keyakinan tanpa paksaan.
Ḥifẓ al-Nafs	Perlindungan kehidupan, kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan	Keselamatan pasien, prinsip berbuat baik, dan kesinambungan pelayanan	Menetapkan diagnosis secara tepat, mencegah bahaya, memberikan terapi proporsional, serta menjaga keselamatan dan

Maqṣad	Makna dalam pelayanan kesehatan	Domain PCC	Implementasi klinis
			kesinambungan pelayanan.
Ḥifẓ al-'Aql	Perlindungan kemampuan memahami dan mengambil keputusan	Informasi, literasi kesehatan, dan pengambilan keputusan bersama	Menyediakan informasi yang dapat dipahami, menilai kapasitas pasien, memperoleh informed consent, dan melaksanakan keputusan bersama.
Ḥifẓ al-Nasl	Perlindungan keluarga, keturunan, dan kesinambungan generasi	Pelayanan yang peka terhadap peran keluarga	Pelayanan kesehatan reproduksi, konseling genetik, pelayanan maternal, serta keterlibatan keluarga sesuai kehendak pasien.
Ḥifẓ al-Māl	Perlindungan harta dan penggunaan sumber daya secara bertanggung jawab	Keadilan, keterjangkauan, dan efisiensi pelayanan	Menghindari intervensi berlebihan, mempertimbangkan biaya, menjamin akses adil, dan menggunakan sumber daya secara proporsional.
Lintas maqāṣid	Perlindungan martabat, privasi, keadilan, dan pencegahan kemudaratan	Penghormatan, privasi, nondiskriminasi, dan kasih sayang	Menjaga kerahasiaan, melindungi privasi, membangun komunikasi empatik, dan memberikan pelayanan tanpa diskriminasi.

3. Ḥifẓ al-Dīn dan Pelayanan Spiritual yang Berpusat pada Pasien

Dalam pelayanan kesehatan, ḥifẓ al-dīn terutama diwujudkan melalui penghormatan terhadap keyakinan dan kebutuhan spiritual pasien. Perlindungan agama tidak berarti menjadikan konsultasi klinis sebagai ruang untuk mengarahkan atau mengubah keyakinan pasien. Prinsip tersebut menempatkan keyakinan dan praktik keagamaan sebagai bagian dari nilai pasien yang perlu dihormati sepanjang relevan dengan pelayanan klinis. Literatur memperlihatkan bahwa kebutuhan spiritual bersifat individual dan tidak dapat ditentukan hanya berdasarkan identitas keagamaan. Tenaga kesehatan perlu menanyakannya secara langsung dan tidak mengasumsikannya. Tinjauan sistematis menunjukkan bahwa banyak pasien menganggap pembicaraan spiritual dapat diterima dalam keadaan tertentu, tetapi preferensi mengenai waktu, bentuk, dan pihak yang memulai pembicaraan berbeda-beda.

Tinjauan bukti dan konsensus multidisiplin mendukung integrasi pelayanan spiritual, khususnya bagi pasien dengan penyakit serius, disertai pendidikan bagi tenaga kesehatan agar mampu mengenali dan merespons kebutuhan spiritual secara tepat. Implementasinya dapat mencakup fasilitasi ibadah, kebutuhan makanan sesuai keyakinan, pendampingan rohani, dan pertimbangan keberatan religius atas tindakan tertentu. Seluruhnya bergantung pada kebutuhan dan persetujuan pasien serta tidak boleh mengandung paksaan.

4. Ḥifẓ al-Nafs dan Pelayanan yang Aman serta Proporsional

Ḥifẓ al-nafs memiliki hubungan paling langsung dengan tujuan kedokteran karena mencakup pemeliharaan kehidupan, pencegahan penyakit, pengurangan penderitaan, pemulihan fungsi, dan keselamatan pasien. Dalam PCC, perlindungan kehidupan diwujudkan melalui intervensi yang memiliki indikasi klinis, didukung bukti, dan sesuai dengan kebutuhan individual pasien. Sintesis literatur menunjukkan bahwa ḥifẓ al-nafs tidak dapat ditafsirkan sebagai kewajiban menggunakan seluruh teknologi medis yang tersedia. Penggunaan intervensi tetap memerlukan pertimbangan manfaat, risiko, prognosis, beban tindakan, dan tujuan pasien. Prinsip ini mendukung beneficence, non-maleficence, kedokteran berbasis bukti, pencegahan, rehabilitasi, dan kesinambungan pelayanan. Perlindungan kehidupan mencakup kualitas dan kebermaknaan hidup, bukan hanya pemeliharaan fungsi biologis. Tindakan medis

karena itu dinilai berdasarkan proporsionalitas antara manfaat, kemudaratan, beban yang ditanggung pasien, dan tujuan pelayanan yang disepakati.

5. Ḥifẓ al-'Aql, Informasi, dan Pengambilan Keputusan Bersama

Integrasi ḥifẓ al-'aql dengan PCC menghasilkan perhatian terhadap kemampuan pasien memahami informasi dan mengambil keputusan. Prinsip tersebut diwujudkan melalui komunikasi jujur, bahasa yang mudah dipahami, kesempatan bertanya, penilaian kapasitas, dan informed consent. Literatur SDM menunjukkan bahwa keputusan klinis dibentuk melalui pertukaran informasi, penjelasan pilihan, identifikasi nilai dan preferensi pasien, pertimbangan bersama, serta penetapan pilihan yang disepakati. Perlindungan akal dengan demikian mencakup penyediaan kondisi komunikasi yang memungkinkan pasien menggunakan kapasitasnya secara bermakna. Pada sebagian pasien Muslim, pengambilan keputusan dapat berlangsung secara relasional dengan melibatkan keluarga, tokoh agama, atau nilai keagamaan. Pendekatan peka budaya tidak boleh menghilangkan pasien sebagai subjek moral, pasien tetap menentukan siapa yang dilibatkan dan sejauh mana keterlibatan itu diperlukan. Temuan ini mendukung konsep relational patient agency.

6. Ḥifẓ al-Nasl dan Kedudukan Pasien dalam Keluarga

Ḥifẓ al-nasl dalam pelayanan kesehatan berkaitan dengan perlindungan keluarga, keturunan, kesehatan reproduksi, maternitas, kesehatan anak, genetika, dan dampak penyakit terhadap anggota keluarga. Kondisi pasien sering kali tidak dapat dipisahkan sepenuhnya dari hubungan keluarga dan tanggung jawab antargenerasi. Keluarga dapat menjadi sumber dukungan emosional, penyedia informasi, pengasuh, dan mitra dalam pengambilan keputusan. Keterlibatan tersebut harus didasarkan pada kehendak pasien dan dilaksanakan sesuai hukum. Nilai keluarga tidak dapat digunakan untuk mengabaikan suara, privasi, atau kepentingan pasien.

7. Ḥifẓ al-Māl, Keadilan, dan Pengelolaan Sumber Daya

Penyakit dapat menimbulkan beban finansial besar bagi pasien dan keluarganya. Pada saat yang sama, pemeriksaan atau intervensi yang tidak diperlukan meningkatkan biaya tanpa manfaat klinis sepadan. Ḥifẓ al-māl mendukung penggunaan sumber daya secara tepat, efisien, adil, dan bertanggung jawab. WHO juga menempatkan efisiensi, penghindaran duplikasi, dan penggunaan sumber daya secara tepat sebagai bagian pelayanan terintegrasi yang berpusat pada manusia. Pertimbangan ḥifẓ al-māl tidak berarti tenaga kesehatan selalu memilih tindakan paling murah. Prinsip ini lebih dekat dengan value-based care yang mempertimbangkan efektivitas, keamanan, manfaat klinis, preferensi pasien, keterjangkauan, dan proporsionalitas sumber daya. Pertimbangan biaya perlu disampaikan secara transparan dan dimasukkan ke dalam pengambilan keputusan bersama ketika relevan. Pertimbangan ekonomi tidak boleh menghasilkan diskriminasi terhadap pasien berkemampuan finansial rendah.

8. Amanah, Privasi, dan Kerahasiaan sebagai Prinsip Lintas Maqāṣid

Kerahasiaan merupakan titik temu utama antara etika Islam dan PCC. Informasi kesehatan berhubungan dengan martabat, privasi, keamanan sosial, relasi keluarga, dan kondisi ekonomi pasien. Literatur maqāṣid dan fikih kedokteran menempatkannya sebagai amanah yang wajib dijaga, kecuali terdapat alasan kuat untuk mencegah kemudaratan serius. Dalam PCC, kerahasiaan membangun kepercayaan dan mempertahankan kualitas hubungan terapeutik. Pasien lebih mungkin memberikan informasi lengkap ketika merasa bahwa informasi disimpan dan digunakan secara bertanggung jawab. Kerahasiaan dengan demikian merupakan kewajiban moral-profesional sekaligus prasyarat ketepatan diagnosis dan keberhasilan pelayanan.

Konflik muncul ketika kerahasiaan berpotensi menimbulkan bahaya serius bagi pasien atau pihak lain. Kajian yurisprudensi Islam mengenai penimbangan dua kemudaratan menuntut penilaian tingkat dan kemungkinan bahaya, proporsionalitas tindakan, pihak terdampak, dan batas informasi yang perlu diungkapkan [16]. Apabila pengungkapan diperlukan, informasi

dibatasi pada bagian yang relevan untuk mencegah kemudaratan.

9. Kerangka Maqāṣid Patient Centered Care

Berdasarkan sintesis domain-domain tersebut, integrasi maqāṣid dan PCC dirumuskan menjadi Maqāṣid–Patient-Centered Care Framework (M-PCC). Kerangka ini terdiri atas empat lapisan yang menghubungkan tujuan moral, prinsip etik, proses klinis, dan luaran pelayanan.

Lapisan	Komponen
Lapisan I — Tujuan moral	Ḥifẓ al-Dīn • Ḥifẓ al-Nafs • Ḥifẓ al-'Aql • Ḥifẓ al-Nasl • Ḥifẓ al-Māl
Lapisan II — Prinsip etik penghubung	Raḥmah • Amanah • 'Adl • Penghormatan terhadap martabat • Pencegahan kemudaratan
Lapisan III — Proses klinis	Memahami pasien → Mengidentifikasi nilai dan tujuan pasien → Menilai bukti klinis → Menjelaskan pilihan → Mengeksplorasi kebutuhan religius dan spiritual apabila relevan → Melakukan pertimbangan bersama → Menetapkan keputusan yang proporsional → Melakukan penilaian ulang
Lapisan IV — Luaran	Pelayanan yang aman • Kemampuan pasien menentukan pilihan • Martabat • Kepercayaan • Kepekaan spiritual • Keadilan • Kesejahteraan holistik

Kerangka tersebut menunjukkan bahwa maqāṣid berfungsi sebagai orientasi moral, sedangkan prinsip etik menjadi penghubung antara tujuan maqāṣid dan tindakan klinis. Integrasi keduanya dioperasionalkan melalui proses klinis yang berpusat pada pasien dan diarahkan pada luaran pelayanan yang aman, bermartabat, adil, dan holistik.

10. Operasionalisasi M-PCC dalam Konsultasi Klinis

Hasil sintesis menghasilkan sepuluh tahap operasional yang dapat digunakan untuk menerapkan M-PCC dalam konsultasi klinis.

Tabel 4. Operasionalisasi M-PCC dalam Konsultasi Klinis

No.	Tahap dan fokus penilaian	Pertanyaan klinis
1	Kebutuhan klinis (clinical need)	Apa masalah medis pasien dan seberapa mendesak kondisinya?
2	Bukti ilmiah (evidence)	Intervensi apa yang didukung bukti ilmiah dan berpotensi memberikan manfaat?
3	Nilai dan tujuan pasien (patient values and goals)	Apa yang paling penting bagi pasien dalam situasi klinis ini?
4	Maqāṣid	Kepentingan manusia apa yang perlu dilindungi atau berpotensi dirugikan?
5	Penilaian manfaat dan kemudaratan (harm–benefit assessment)	Apa manfaat, risiko, beban, dan konsekuensi dari setiap pilihan?
6	Dimensi religius dan spiritual	Apakah kebutuhan spiritual atau keagamaan pasien relevan dengan keputusan klinis ini?
7	Preferensi keterlibatan keluarga	Apakah pasien menginginkan keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan?
8	Pengambilan keputusan bersama	Pilihan mana yang paling sesuai setelah dipertimbangkan bersama oleh pasien dan tenaga kesehatan?
9	Akuntabilitas	Apakah keputusan dapat dipertanggungjawabkan secara klinis, etik, profesional, dan hukum?
10	Penilaian ulang (reassessment)	Apakah kondisi klinis, nilai, preferensi, atau tujuan pasien telah berubah?

Kesepuluh tahap tersebut menunjukkan bahwa penerapan M-PCC tidak berhenti pada

identifikasi kebutuhan medis. Prosesnya juga mencakup penilaian bukti, nilai dan tujuan pasien, kepentingan maqāṣid, manfaat dan kemudaratan, kebutuhan spiritual, serta preferensi keterlibatan keluarga. Keputusan yang dihasilkan selanjutnya dinilai dari segi akuntabilitas dan ditinjau kembali apabila kondisi atau tujuan pasien berubah

Pembahasan

Temuan penelitian ini memperluas diskursus mengenai hubungan antara *Maqāṣid al-Sharī'ah* dan *patient-centered care* (PCC) dengan menggeser fokus dari sekadar kesesuaian normatif antara nilai Islam dan prinsip pelayanan kesehatan modern menuju pengembangan kerangka konseptual yang menjelaskan bagaimana orientasi moral dapat diterjemahkan dalam proses deliberasi klinis.(Sabarudin et al., 2023; Sunawari et al., 2026) Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa maqāṣid memiliki relevansi dalam pembahasan bioetika Islam melalui prinsip kemaslahatan, perlindungan kehidupan, pencegahan kemudaratan, dan penghormatan terhadap martabat manusia.(Ibrahim et al., 2019; Sunawari et al., 2026) Di sisi lain, PCC berkembang sebagai paradigma pelayanan kesehatan yang menempatkan nilai, preferensi, pengalaman, dan partisipasi pasien sebagai elemen utama pengambilan keputusan.(Grover et al., 2022) Namun, kedua tradisi tersebut masih sering berkembang dalam jalur yang relatif terpisah: maqāṣid lebih banyak dibahas sebagai orientasi normatif-etis, sedangkan PCC lebih banyak dikembangkan sebagai pendekatan relasional dan komunikatif dalam praktik klinis.(Sabarudin et al., 2023; Sunawari et al., 2026; Ismail & Shahadan, 2026) Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa integrasi keduanya memerlukan mekanisme konseptual yang menjelaskan hubungan antara tujuan moral dan proses pengambilan keputusan klinis.

Kontribusi utama penelitian ini terletak pada pengembangan *Maqāṣid–Patient-Centered Care Framework* (M-PCC) sebagai kerangka deliberasi klinis yang menghubungkan tiga tingkat pertimbangan, yaitu fondasi moral berbasis maqāṣid, penerjemahan prinsip etik dalam konteks pelayanan, dan proses komunikasi serta pengambilan keputusan bersama antara tenaga kesehatan dan pasien. Dengan demikian, M-PCC tidak diposisikan sebagai alternatif yang menggantikan PCC maupun bioetika modern, tetapi sebagai kerangka interpretatif yang memperluas cara memahami dimensi nilai dalam pelayanan kesehatan. Posisi ini berbeda dari pendekatan sebelumnya yang umumnya menempatkan maqāṣid dan PCC hanya sebagai dua sistem nilai yang memiliki kesamaan prinsip.(Sunawari et al., 2026; Sabarudin et al., 2023) Penelitian ini menunjukkan bahwa kontribusi teoritik bukan terletak pada identifikasi persamaan kedua konsep tersebut, melainkan pada upaya menjelaskan bagaimana prinsip maqāṣid dapat berfungsi sebagai orientasi deliberatif dalam proses klinis yang berpusat pada pasien.

Temuan penelitian ini juga memberikan pengembangan terhadap kajian bioetika Islam yang selama ini menghadapi tantangan dalam menerjemahkan konsep normatif menjadi pertimbangan klinis.(Padela, 2022; Ibrahim et al., 2019) Sebagaimana dikemukakan dalam berbagai diskusi mengenai maqāṣid dalam kesehatan, konsep perlindungan agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta memiliki kekuatan filosofis yang besar, tetapi dapat menjadi terlalu abstrak apabila tidak dikaitkan dengan konteks klinis, bukti medis, kebutuhan pasien, dan proses penalaran etik.(Padela, 2022) Kerangka M-PCC merespons persoalan tersebut dengan menempatkan maqāṣid bukan sebagai algoritma keputusan yang memberikan jawaban otomatis terhadap dilema medis, tetapi sebagai orientasi moral yang membantu tenaga kesehatan mengajukan pertanyaan etik yang lebih komprehensif.(Padela, 2022) Dengan pendekatan ini, maqāṣid berfungsi sebagai kerangka pemaknaan yang memperluas pemahaman terhadap manfaat, risiko, martabat, dan tujuan pelayanan kesehatan.(Padela, 2019)

Dalam konteks PCC, penelitian ini juga menunjukkan bahwa pendekatan yang berpusat pada pasien memerlukan pemahaman yang lebih luas terhadap konsep nilai pasien.(Grover et

al., 2022) Model PCC modern telah menekankan pentingnya autonomy, komunikasi, dan shared decision-making, tetapi penerapan konsep tersebut dalam masyarakat dengan latar budaya dan agama tertentu menunjukkan bahwa keputusan pasien tidak selalu dibentuk oleh preferensi individual semata.(Grover et al., 2022; Elwyn et al., 2017; Alfahmi, 2022) Nilai keluarga, keyakinan spiritual, konteks sosial, dan pemaknaan terhadap kesehatan dapat menjadi bagian dari proses pengambilan keputusan.(Alfahmi, 2022; Balboni et al., 2022) M-PCC berkontribusi dengan memperluas konsep patient-centeredness melalui pendekatan yang mempertimbangkan dimensi relasional dan spiritual tanpa mengurangi posisi pasien sebagai subjek utama keputusan medis.(Grover et al., 2022; Alfahmi, 2022; Balboni et al., 2022) Namun, integrasi nilai agama tetap memerlukan kehati-hatian agar tidak berubah menjadi bentuk paternalistik yang mengasumsikan kebutuhan pasien berdasarkan identitas keagamaannya.(Padela, 2019; Alfahmi, 2022)

Implikasi teoritik penelitian ini adalah bahwa pelayanan kesehatan berbasis nilai membutuhkan pendekatan yang mampu menghubungkan prinsip moral, konteks budaya, dan praktik klinis.(Padela, 2019; Alfahmi, 2022) M-PCC memberikan dasar konseptual bagi pengembangan pendidikan bioetika Islam, pelatihan komunikasi klinis, serta penelitian mengenai pengambilan keputusan medis dalam konteks masyarakat Muslim.(Padela, 2019; Alfahmi, 2022) Dalam pendidikan kedokteran, kerangka ini dapat berfungsi sebagai alat refleksi untuk membantu mahasiswa dan tenaga kesehatan memahami bahwa keputusan klinis tidak hanya berkaitan dengan aspek teknis medis, tetapi juga melibatkan pertimbangan mengenai tujuan hidup, nilai pasien, manfaat, risiko, dan tanggung jawab moral.(Agur Cohen et al., 2025) Namun, implikasi tersebut masih berada pada tingkat konseptual karena efektivitas penerapannya belum diuji melalui penelitian empiris.

Meskipun penelitian ini memberikan kontribusi konseptual, beberapa keterbatasan perlu diperhatikan. Pertama, penelitian ini menggunakan pendekatan *structured narrative review* sehingga konstruksi M-PCC sangat bergantung pada proses interpretasi literatur yang digunakan. Kedua, kerangka yang dikembangkan belum melalui validasi ahli, pengujian kasus klinis, maupun evaluasi implementasi dalam lingkungan pelayanan kesehatan nyata. Ketiga, integrasi antara maqāṣid dan PCC masih membutuhkan kajian lebih lanjut dalam berbagai konteks budaya dan sistem kesehatan agar dapat diketahui batas penerapannya. Oleh karena itu, penelitian selanjutnya perlu melakukan validasi konstruk melalui panel ahli multidisipliner, studi Delphi, analisis kasus klinis, serta penelitian implementasi untuk menguji bagaimana M-PCC dapat berfungsi sebagai kerangka deliberasi dalam praktik kesehatan.

Kesimpulan

Penelitian ini memberikan rekonseptualisasi terhadap hubungan antara *Maqāṣid al-Sharīʿah* dan *patient-centered care* melalui pengembangan *Maqāṣid–Patient-Centered Care Framework* (M-PCC). Berbeda dari pendekatan sebelumnya yang terutama menekankan kesesuaian nilai antara etika Islam dan pelayanan kesehatan modern, penelitian ini menunjukkan bahwa integrasi kedua perspektif tersebut membutuhkan kerangka yang menjelaskan proses translasi dari tujuan moral menuju deliberasi klinis. Dalam kerangka ini, maqāṣid berfungsi sebagai fondasi normatif yang memberikan arah mengenai kemaslahatan, perlindungan manusia, dan pencegahan kemudaratan, sedangkan PCC menyediakan pendekatan relasional yang memungkinkan nilai tersebut diterjemahkan melalui komunikasi, partisipasi pasien, dan pengambilan keputusan bersama.

Kontribusi utama penelitian ini bukan pada penyusunan model klinis yang telah tervalidasi, tetapi pada penyediaan arsitektur konseptual yang dapat digunakan untuk memahami bagaimana nilai Islam dapat berdialog dengan paradigma pelayanan kesehatan kontemporer. M-PCC menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien tidak hanya berkaitan dengan penghormatan terhadap pilihan individual, tetapi juga membutuhkan

perhatian terhadap dimensi spiritual, sosial, dan moral yang membentuk pengalaman pasien terhadap kesehatan dan penyakit. Dengan demikian, penelitian ini memperluas diskusi bioetika Islam dengan menawarkan kerangka integratif yang menghubungkan prinsip maqāṣid dengan praktik deliberasi klinis.

Namun demikian, penelitian ini memiliki keterbatasan yang membatasi cakupan klaimnya. Sebagai penelitian berbasis tinjauan naratif, M-PCC masih merupakan konstruksi konseptual yang memerlukan pengujian lebih lanjut. Penelitian ini belum mengevaluasi bagaimana tenaga kesehatan, pasien, maupun institusi pelayanan kesehatan memahami dan menerapkan kerangka tersebut dalam situasi klinis nyata. Selain itu, variasi budaya, mazhab pemikiran Islam, sistem kesehatan, dan karakteristik pasien dapat memengaruhi interpretasi terhadap hubungan antara maqāṣid dan PCC.

Penelitian masa depan perlu mengembangkan agenda empiris untuk menguji validitas dan relevansi M-PCC melalui pendekatan multidisipliner. Studi Delphi dengan melibatkan ahli bioetika, dokter, ulama, dan pasien dapat digunakan untuk mengevaluasi validitas konstruk kerangka ini. Penelitian berbasis kasus klinis juga diperlukan untuk memahami bagaimana M-PCC berfungsi dalam menghadapi dilema medis yang kompleks. Dengan demikian, pengembangan M-PCC dapat bergerak dari kerangka konseptual menuju model yang memiliki dasar empiris dalam pengembangan bioetika Islam dan pelayanan kesehatan yang sensitif terhadap nilai pasien.

Pernyataan Penulis

Kontribusi Penulis

Fitri Kartika bertanggung jawab atas perumusan konsep penelitian, penelusuran dan seleksi literatur, analisis tematik, sintesis Maqāṣid al-Sharīʿah dengan patient-centered care, pengembangan kerangka M-PCC, serta penyusunan dan revisi naskah.

Pernyataan Pendanaan

Informasi mengenai sumber pendanaan atau dukungan finansial untuk penelitian ini perlu dikonfirmasi oleh penulis sebelum publikasi.

Ketersediaan Data

Penelitian ini merupakan tinjauan naratif terstruktur berbasis literatur ilmiah dan dokumen publik. Sumber yang digunakan dapat ditelusuri melalui daftar pustaka; tidak terdapat data primer pasien atau partisipan yang dikumpulkan dalam penelitian ini.

Pernyataan Benturan Kepentingan

Penulis perlu mengonfirmasi ada atau tidaknya benturan kepentingan finansial maupun nonfinansial yang berkaitan dengan penyusunan dan publikasi artikel ini.

Informasi Tambahan

Kerangka Maqāṣid–Patient-Centered Care (M-PCC) merupakan pengembangan konseptual yang belum melalui validasi ahli dan pengujian empiris. Kajian ini tidak melibatkan partisipan manusia maupun penggunaan data pasien.

Referensi

Agur Cohen, D., Shadmi, L., Biderman, A., & Yakov, G. (2025). 'As you set out for Ithaca': VIEW-A visual tool for teaching ethical decision making in medical practice. *Perspectives on Medical Education, 14*(1). https://doi.org/10.5334/pme.1543

Alameddine, M., AlGurg, R., Otaki, F., & Alsheikh-Ali, A. A. (2020). Physicians' perspective on shared decision-making in Dubai: A cross-sectional study. *Human Resources for Health, 18*(1), 33. https://doi.org/10.1186/s12960-020-00475-x

Alden, D. L., Friend, J. M., Lee, P. Y., Lee, Y. K., Trevena, L., Ng, C. J., Kiatpongsan, S., Abdullah, K. L., Tanaka, M., & Limpongsanurak, S. (2018). Who decides: Me or we? Family involvement in medical decision making in Eastern and Western countries. *Medical Decision Making, 38*(1), 14–25. https://doi.org/10.1177/0272989X17715628

Alfahmi, M. Z. (2022). Justification for requiring disclosure of diagnoses and prognoses to dying patients in Saudi medical settings: A Maqasid al-Shariah-based Islamic bioethics approach. *BMC Medical Ethics, 23*. https://doi.org/10.1186/s12910-022-00808-6

Alfahmi, M. Z. (2022). Patients' preference approach to overcome the moral implications of family-centred decisions in Saudi medical settings. *BMC Medical Ethics, 23*(1), 128. https://doi.org/10.1186/s12910-022-00868-8

Atan, A., Wan Mamat, W. H., & Lee, S. P. (2025). Bibliometric analysis of shared decision-making in healthcare provision with integration of Islamic perspectives. *International Journal of Care Scholars, 8*(3), 171–185. https://doi.org/10.31436/ijcs.v8i3.504

Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). A scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review, 4*(1), 5. https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8

Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steinhauser, K. E., Sulmasy, D. P., & Koh, H. K. (2022). Spirituality in serious illness and health. *JAMA, 328*(2), 184–197. https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086

Chamsi-Pasha, H., & Albar, M. A. (2016). Doctor-patient relationship: Islamic perspective. *Saudi Medical Journal, 37*(2), 121–126. https://doi.org/10.15537/smj.2016.2.13602

Dewi, W. N., & Nazriati, E. (2024). Barriers and enablers to the implementation of person-centred care in an Indonesian hospital: A qualitative study. *Jurnal Ners, 19*(4), 424–432. https://doi.org/10.20473/jn.v19i4.55840

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

Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Witteman, H. O., & Weijden, T. V. (2017). A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ, 359*, j4891. https://doi.org/10.1136/bmj.j4891

Gilbar, R., & Miola, J. (2015). One size fits all? On patient autonomy, medical decision-making, and the impact of culture. *Medical Law Review, 23*(3), 375–399. https://doi.org/10.1093/medlaw/fwu032

Grover, S., Fitzpatrick, A., Azim, F. T., Ariza-Vega, P., Bellwood, P., Burns, J., Burton, E., Fleig, L., Clemson, L., Hoppmann, C. A., Madden, K. M., Price, M., Langford, D., & Ashe, M. C.

(2022). Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. *Patient Education and Counseling, 105*(7), 1679–1688. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.004

Ibrahim, A. H., Rahman, N. N. A., Saifuddeen, S. M., & Baharuddin, M. (2019). Maqasid al-Shariah based Islamic bioethics: A comprehensive approach. *Journal of Bioethical Inquiry, 16*(3), 333–345. https://doi.org/10.1007/s11673-019-09902-8

Ismail, M. F. M., & Shahadan, S. (2026). Integrating Al–Attas' Islamization of knowledge, Maqasid al-Shari'ah and Islamic legal maxims in nursing practice: A narrative review. *International Journal of Care Scholars, 9*(2), 173–181. https://doi.org/10.31436/ijcs.v9i2.570

Kurnia, J. A., Utama, L., Fatimah, R., & Resti, D. E. W. (2025). Integrasi nilai-nilai Al-Qur'an dalam patient-centered care: Tinjauan literatur QS Al-Mā'idah ayat 32 dalam konteks manajemen rumah sakit. *Kalamizu: Jurnal Sains, Sosial, dan Studi Agama, 1*(5), 545–554.

Lukman, N. A., Leibing, A., & Merry, L. (2020). Self-care experiences of adults with chronic disease in Indonesia: An integrative review. *International Journal of Chronic Diseases, 2020*, 1379547. https://doi.org/10.1155/2020/1379547

Mustafa, Y. (2014). Islam and the four principles of medical ethics. *Journal of Medical Ethics, 40*(7), 479–483. https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101309

Padela, A. I. (2007). Islamic medical ethics: A primer. *Bioethics, 21*(3), 169–178. https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00540.x

Padela, A. I. (2019). Using the Maqāṣid al-Sharīʿah to furnish an Islamic bioethics: Conceptual and practical issues. *Journal of Bioethical Inquiry, 16*(3), 347–352. https://doi.org/10.1007/s11673-019-09940-2

Padela, A. I. (2022). Maqāṣidī models for an "Islamic" medical ethics. *American Journal of Islam and Society, 39*(1–2), 72–114. https://doi.org/10.35632/ajis.v39i1-2.3069

Sabarudin, M. A., Abdul Fatah, F., Ramli, H., Yacob, N., Abdul Majid, M. N., & Mas'ad Salleh, M. A. (2023). Patient-centred care dentistry and its relation with Maqasid Shari'ah: A narrative review. *Journal of Fatwa Management and Research, 28*(1), 1–15. https://doi.org/10.33102/jfatwa.vol28no1.465

Saifuddeen, S. M., Rahman, N. N. A., Isa, N. M., & Baharuddin, A. (2014). Maqasid al-shariah as a complementary framework to conventional bioethics. *Science and Engineering Ethics, 20*(2), 317–327. https://doi.org/10.1007/s11948-013-9457-0

Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations, 21*(2), 429–440. https://doi.org/10.1111/hex.12640

Santana, M. J., Ahmed, S., Lorenzetti, D., Jolley, R. J., Manalili, K., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2019). Measuring patient-centred system performance: A scoping review of patient-centred care quality indicators. *BMJ Open, 9*, e023596. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023596

Sharma, T., Bamford, M., & Dodman, D. (2015). Person-centred care: An overview of reviews. *Contemporary Nurse, 51*, 107–120. https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1150192

Sukhera, J. (2022). Narrative reviews: Flexible, rigorous, and practical. *Journal of Graduate Medical Education.*

Sunawari, A. L. A., Khalil, A., Mat Idris, M., & Mokhtar, A. (2023). A patient-centered hospital in Malaysia in accordance with Maqasid Syariah principles: A comprehensive review and prospective research directions. *International Journal of Islamic Thought, 24*, 10–24.

https://doi.org/10.24035/ijit.24.2023.266

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat.* World Health Organization.

Younas, A., Shahzad, S., & Inayat, S. (2022). Data analysis and presentation in integrative reviews: A narrative review. *Western Journal of Nursing Research, 44*(12), 1124–1133. https://doi.org/10.1177/01939459211030344