

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

Proses pelayanan dan asuhan pasien di rumah sakit berjalan dinamis dan melibatkan banyak professional pemberi asuhan (PPA). Seringkali juga melibatkan berbagai unit pelayanan. Agar pelayanan tidak *terfragmentasi* perlu *integrasi* dan koordinasi kegiatan pelayanan sehingga asuhan pasien berjalan efektif, efisien dalam penggunaan SDM serta sumber daya lainnya. Ada beberapa cara untuk melakukan pengintegrasian dan koordinasi pelayanan seperti menggunakan manajer pelayanan pasien/case manager yang melaksanakan Multi disiplin round (MDR) dan implementasi Form A dan Form B MPP (Snars\_edisi1).

Model pelayanan terhadap pasien menggunakan pendekatan pelayanan berfokus pada pasien dalam penerapannya menggunakan model asuhan pasien terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Integrasi

horizontal bermakna kontribusi profesi tiap-tiap PPA sama pentingnya/ sederajat. Sedangkan integrasi vertikal adalah pelayanan berjenjang merupakan pengintegrasian berbagai unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang berbeda, di sini peran MPP penting untuk integrasi dan koordinasi dengan komunikasi yang memadai dengan PPA.

## 1. *Case Manager*

### a. **Pengertian *Case Manager***

*Case Manager* atau disebut juga Manajer Pelayanan Pasien : professional yang bekerja mengimplementasikan proses kolaborasi, melalui asesmen, perencanaan, fasilitasi, koordinasi pelayanan, evaluasi dan advokasi dalam pelayanan, agar pemenuhan kebutuhan pasien terpenuhi secara komprehensif, melalui komunikasi yang efektif dan pemanfaatan sumber daya rumah sakit yang ada untuk menghasilkan asuhan pasien yang bermutu dengan biaya efektif (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2016).

Sedangkan menurut CMSA (*Case Management Society of America*, 2016) konsep dasar case management meliputi koordinasi yang memadai untuk menghasilkan asuhan yang bermutu dan memenuhi kebutuhan pasien, secara efektif dari segi biaya dengan hasil asuhan yang positif. Seorang MPP berperan menjadi fasilitator pasien, keluarga, Profesional Pemberi Asuhan (PPA), pembayar dan lingkungan dirumahnya/komunitas. Melaksanakan proses kolaboratif dari penilaian, perencanaan, fasilitasi, koordinasi perawatan, evaluasi dan advokasi untuk opsi layanan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan komprehensif individu dan keluarga melalui komunikasi dan pemanfaatan sumber daya yang tersedia untuk meningkatkan keselamatan pasien, kualitas perawatan, dan hasil yang hemat biaya.

**b. Manfaat *Case Manager***

Keberadaan *case manager* (MPP) dalam manajemen asuhan pasien diharapkan dapat memberikan manfaat antara lain:

- 1). Meningkatkan mutu pelayanan.
- 2). Meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga.
- 3). Meningkatkan keterlibatan pasien dalam asuhan.
- 4). Meningkatkan kepatuhan pasien selama proses asuhan.
- 5). Meningkatkan kualitas hidup pasien.
- 6). Meningkatkan kolaborasi interprofesional tim PPA.
- 7). Menurunkan level asuhan sesuai dengan kebutuhan pasien dan panduan praktik klinis.
- 8). Menurunkan hari rawat.
- 9). Mencegah perawatan yang tidak diperlukan.
- 10). Menurunkan pemeriksaan dan pelayanan yang tidak perlu.
- 11). Menghindari atau mengurangi tagihan

rumah sakit.

12). Menurunkan *readmisi* pasien ke rumah sakit.

13). Membantu proses evaluasi penerapan clinical pathway.

c. **Kualifikasi *Case Manager***

Kualifikasi menjadi *case manager* adalah sebagai berikut:

1). Kualifikasi *case manager* yang berlatar belakang profesi perawat, minimal sudah mencapai jenjang karir perawat PK III dengan persyaratan sebagai berikut:

a). Berpendidikan minimal S1 Ners.

b). Berpengalaman sebagai perawat di ruang rawat inap minimal 3 (tiga) tahun.

c). Berpengalaman sebagai kepala ruangan minimal 2 (dua) tahun.

2). Kualifikasi seorang *case manager* yang berlatar belakang profesi dokter umum dengan persyaratan sebagai berikut:

- a). Berpengalaman bekerja dipelayanan klinis rumah sakit minimal 3 (tiga) tahun.
- b). Berpengalaman sebagai dokter ruangan minimal 1 (satu) tahun.

Selain kualifikasi diatas seorang *case manager* perlu menambah pengetahuan dan beberapa kompetensi yang mendukung praktiknya dengan mengikuti pelatihan antara lain :

- 1). Pelatihan penyusunan Standart Prosedur Operasional, Panduan Praktik Klinik, *clinical pathway* dan pelatihan lain yang terkait pengetahuan klinis.
- 2). Pelatihan *patient center care* (PCC).
- 3). Pelatihan dengan tema perasuransian termasuk INA-CBG's.
- 4). Pelatihan tentang *discard planning*.
- 5). Pelatihan tentang manajemen risiko.
- 6). Pelatihan mengenai hukum dan etiko-legal.
- 7). Pelatihan komunikasi efektif

#### d. Prinsip Kerja *Case Manager*

Dalam melaksanakan pekerjaannya, *case manager* fokus menggunakan prinsip – prinsip antara lain:

- 1). Menggunakan pendekatan *patien center care*.
- 2). Fasilitasi otonomi pasien dalam perawatan, dalam pengambilan keputusan.
- 3). Pendekatan secara *komprensif* dan *holistik*.
- 4). Penggunaan pendekatan budaya untuk meningkatkan kesadaran dan menghargai perbedaan.
- 5). Mendorong optimalisasi keselamatan klien.
- 6). Membina hubungan baik *steakholder* di Masyarakat.
- 7). Membantu melewati alur sistem pelayanan kesehatan agar dapat melewati transisi dengan baik.
- 8). Meningkatkan ciri professional yang unggul

dalam bekerja.

9). Tunjukkan hasil yang baik didukung fakta –  
fakta.

10). Mendukung Regulasi nasional, regional  
maupun lokal.

e. **Komponen Proses *Case Management***

Dalam praktiknya *case manager* berfikir secara kritis melihat fenomena yang ada didasari *evidence based practice*. Melaksanakan fungsi dan tanggung jawab pada proses, fasilitasi, koordinasi, dan kolaborasi selama pasien dirawat. Sedangkan langkah – langkah case managemen antara lain (*Case Management Society of America, 2016*):

1). Skreening pasien

Identifikasi pasien yang akan dikelola *case manager*, dengan melakukan skreening pasien sesuai kebijakan rumah sakit dan bila diperlukan memperoleh persetujuan untuk layanan *case management*.

## 2). Asesmen dan identifikasi masalah

Setelah pasien diskreening dan ditetapkan menjadi kelolaan *case manager*. Dilakukan asesmen kebutuhan asuhan dengan menggunakan form A MPP.

## 3). Perencanaan

Menetapkan tujuan dan rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi permasalahan pasien didokumentasikan dalam form A.

## 4). Implementasi

Melaksanakan rencana asuhan *case manager* dalam tindakan atau tahap implementasi dan didokumentasikan dalam form B. MPP.

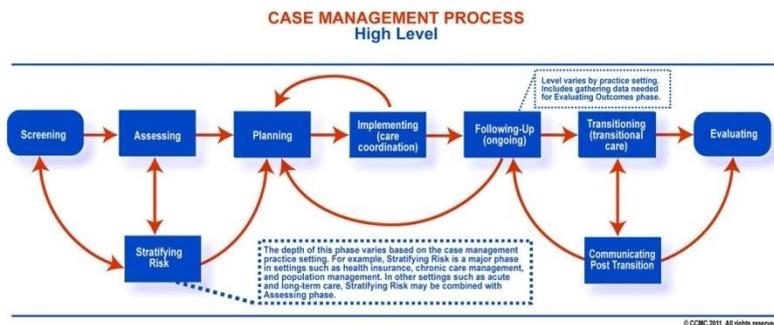
## 5). Evaluasi

Pada tahap ini dilaksanakan evaluasi terhadap kondisi pasien, apakah tujuan asuhan pasien sudah tercapai.

## 6). Pengakhiran asuhan *case manager*

Dilakukan apabila pasien dirujuk, sudah

tercapai target kondisi pasien dan kebutuhan edukasi keluarga (Whitaker, 2010).



Gambar 1. Proses Case manager

## 2. Stroke

Stroke adalah penyakit pembuluh darah otak dengan manifestasi gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak. Pasien stroke mengalami gangguan neurologis dengan derajat sesuai kerusakan otak yang dialami. Hal ini membutuhkan adanya pendampingan pasien pasca rawat inap untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dan proses rehabilitasi menjaga dan meningkatkan proses pemulihan fisik dan kognitif. Disamping itu juga dampak psikologi pada pasien dan keluarganya.

Disfungsi ini akan menimbulkan dampak psikologis maupun sosial bagi pasien itu sendiri dan juga pada keluarganya. Pada dasarnya pasien yang mengalami disfungsi neurologik, sebelumnya tanpa persiapan dan tidak dikehendaki baik oleh dirinya maupun keluarganya.

Secara umum Stroke terdiri dari 2 (dua) jenis yaitu stroke iskemik yang merupakan kondisi dimana terjadi sebuah episode disfungsi neurologis yang disebabkan oleh infark serebral atau spinal dan Stroke hemoragik dimana terjadi pengumpulan darah dalam parenkim otak atau sistem ventrikel yang ada dan tidak disebabkan oleh trauma. (Sacco, *et al.* 2013).

Penyakit stroke dan penyakit tidak menular lainnya seperti penyakit jantung, kanker, diabetes melitus, cedera dan penyakit paru obstruktif kronik serta penyakit kronik lainnya merupakan 63 persen penyebab kematian di seluruh dunia dengan membunuh 36 juta jiwa per tahun (WHO, 2010). Stroke iskemik adalah salah satu penyebab utama kematian, cacat, rawat inap, dan pengeluaran

kesehatan di Amerika Serikat. Lebih dari 795.000 orang di AS mengalami stroke setiap tahun (Mu *et al.* 2017).

Sedangkan di Jawa Tengah, hipertensi menempati proporsi terbesar dari seluruh penyakit tidak menular (PTM) yang dilaporkan, yaitu sebesar 64,83 persen, sedangkan urutan kedua terbanyak adalah diabetes mellitus sebesar 19,22 persen, stroke sebanyak 1,77 persen. Hipertensi dan diabetes mellitus merupakan faktor penyebab stroke bila tidak ditangani dengan baik (Dinkes Provinsi Jateng, 2017).

### **3. Biaya Perawatan**

Biaya perawatan pasien stroke selain biaya perawatan rawat inap juga masih dibutuhkan biaya pasca rawat. Pada era JKN, bagi peserta BPJS pembiayaan perawatan menggunakan asuransi BPJS yang besarnya tergantung *severity level* penyakitnya sesuai dengan paket INA-CBGs. Sedangkan biaya rumah sakit dihitung berdasarkan banyaknya penggunaan fasilitas rumah sakit, penggunaan obat, banyaknya tindakan yang dilakukan serta banyaknya

pemeriksaan diagnostik yang dilakukan berdasarkan tarif yang berlaku di rumah sakit. Pada stroke infark pasien pulang dengan kecacatan biayanya meningkat (Mu *et al.* 2017). Sehingga ada perbedaan biaya perawatan pasien dengan klaim dari BPJS. Bisa klaim BPJS lebih besar dari tarif Rumah Sakit, bisa sama bisa juga sebaliknya. Apabila secara keseluruhan biaya Rumah Sakit lebih besar dibandingkan klaim BPJS maka akan berdampak terhadap *liquiditas* keuangan rumah sakit.

#### 4. **Kepuasan Pasien**

##### a. Pengertian Kepuasan Pasien

Banyak definisi tentang kepuasan pasien dalam perawatan kesehatan. Dalam model pengukuran kualitas Donabedian, kepuasan pasien didefinisikan sebagai perasaan pasien atas hasil pelayanan yang dirasakan termasuk tentang struktur dan proses perawatan.

Tjiptono 2016, kepuasan merupakan interaksi antara harapan dengan pengalaman setelah merasakan

pelayanan sebuah jasa. Hal ini pernah dikemukakan kotler 1995.

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan

1) Kualitas produk.

Bila kualitas produk sesuai keinginan konsumen, maka konsumen akan merasa puas. Dalam pelayanan rumah sakit, produk dapat diartikan sebagai layanan pasien baik di rawat inap, rawat jalan maupun gawat darurat.

2) Harga.

Dalam era jaminan kesehatan nasional seperti sekarang ini, bagi peserta BPJS harga tidak lagi menjadi masalah.

3) Service Quality.

Kualitas pelayanan merupakan unsur utama kepuasan pelanggan. Konsep *service quality* yang populer, menurut Parasuraman (1985) dimensi kualitas pelayanan memiliki 5 dimensi, yaitu

*reliability, responsiveness, assurance, empathy,*  
dan *tangible*.

*Reliability*, kemampuan rumah sakit dalam mewujudkan pelayanan kepada pelanggannya.

*Responsiveness*.

Responsive dalam setiap keadaan. Bertindak secara cepat dan tepat memenuhi kebutuhan pelanggan. Pada rumah sakit tertentu evaluasi pasien kurang baik mengenai hal ini. Diperlukan pemantauan yang lebih intensif dan perlu dikaji pemberian *reward and punishment* setelah perhitungan ketenagaan ideal dan peralatan dicukupi (Fiorentini *at al.* 2018).

*Assurance*.

Pelayanan yang diberikan merupakan pelayanan yang terstandart, berkualitas dan bermutu.

*Tangible*.

Wujud dari layanan yang diberikan. Seperti petugasnya berpenampilan menarik bersih dan murah senyum, komunikatif dan lingkungan pelayanan bersih, rapi dan nyaman.

*Empathy.*

Aspek penting yang mendukung kualitas pelayanan. Pemberi pelayanan yang mempunyai sikap empaty akan melakukan pekerjaannya dengan sepenuh hati, ikhlasa dan bertanggung jawab. Penekanan pada perhatian petugas (perawat) saat memberikan perawatan yang berkualitas disamping tempat tidur pasien (*Goh et al. 2018*).

*Emotional factor.*

*Value* dan *brand personality* menjadi faktor yang penting dalam kepuasan pelanggan.

5. Kemudahan.

Semakin mudah pelayanan yang disediakan rumah sakit diterima oleh masyarakat, maka akan meningkatkan kepuasan. Mulai dari admisi, transmisi ke ruang rawat inap sampai proses pemulangan.

6. Mengukur Tingkat Kepuasan Pasien

a. Sistem keluhan dan saran.

Menyiapkan kotak saran di lokasi strategis yang mudah dijangkau atau strategi lain melalui whatsapp, SMS, telepon bebas pulsa, website, email, dan lain-lain.

b. Survei kepuasan pelanggan.

Ada beberapa metode survey kepuasan baik via pos, telepon, email, maupun tatap muka langsung.

c. *Ghost shopping*.

Menggunakan pasien yang disiapkan untuk merasakan pelayanan kemudian melaopor kepada manajemen.

*d. Lost customer analysis.*

Kenapa pelanggan berhenti berlangganan kepada kita perlu dianalisis agar tidak semakin merugikan rumah sakit. Dapat dilakukan melalui berbagai media dalam pengumpulan datanya.

## **B. Penelitian Terdahulu**

Beberapa penelitian yang relevan dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Indrian R (2018) dengan judul penelitian “Penerapan Manajemen Kasus dalam Meningkatkan Kualitas Layanan di Rumah Sakit Islam Purwokerto (Studi Kasus Pasien DM Tipe II)” Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan metode *Action Reaserch* dan alat yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan wawancara terhadap 4 (empat) *case manager*.
2. Stokes *et al.*, (2016) “Effectiveness of multidisciplinary team case management: difference-indifferences analysis” penelitian ini menggunakan pendekatan Quasi experimental pre–post design dengan control group.

Tujuan penelitian ini adalah Untuk mengevaluasi intervensi manajemen kasus tim multidisiplin (MDT), pada tingkat individu (efek langsung dari intervensi) dan praktik (efek spillover potensial). Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa Intervensi *case management* tidak memenuhi tujuan utamanya, dan signifikansi klinis serta efektivitas biaya kecil. Namun hal ini masih bisa diperdebatkan. Ada kebutuhan yang berkelanjutan untuk mengembangkan cara-cara efektif untuk mengurangi kunjungan ulang yang tidak perlu (*readmisi*) dalam perawatan rumah sakit untuk populasi berisiko tinggi.

3. Stampa *et al.*, (2014) dengan judul “Multidisciplinary teams of case managers in the implementation of an innovative integrated services delivery for the elderly in France”. Penelitian menggunakan metode Kualitatif dengan kelompok fokus. Tujuan penelitian ini adalah untuk Mengembangkan pemahaman yang lebih lengkap tentang peran yang dimainkan oleh tim manajer kasus dan mengidentifikasi nilai kolaborasi antarprofesional dalam tim multidisiplin selama penerapan layanan terintegrasi

yang inovatif di Perancis. Sebagian besar manajer kasus melihat diri mereka sebagai bagian dari tim manajer kasus (91,5%). Tim manajemen kasus membantu manajer kasus mengembangkan pemahaman komprehensif tentang konsep integrasi, memenuhi kebutuhan kompleks orang lanjut usia, dan mengubah praktik profesional mereka. Tim manajemen kasus multidisiplin menambah nilai dengan membantu manajer kasus beralih dari teori ke praktik, dengan mendorong mereka mengembangkan visi klinis yang komprehensif, dan dengan memulai pendekatan interdisipliner.

### **C. Landasan Teori**

Model pelayanan terhadap pasien menggunakan pendekatan pelayanan berfokus pada pasien. Dalam model pelayanan berfokus pada pasien, proses asuhan berjalan secara dinamis, melibatkan banyak profesional pemberi asuhan (PPA). Agar dapat berjalan dengan optimal, terutama pada pelayanan yang kompleks perlu diintegrasikan dan

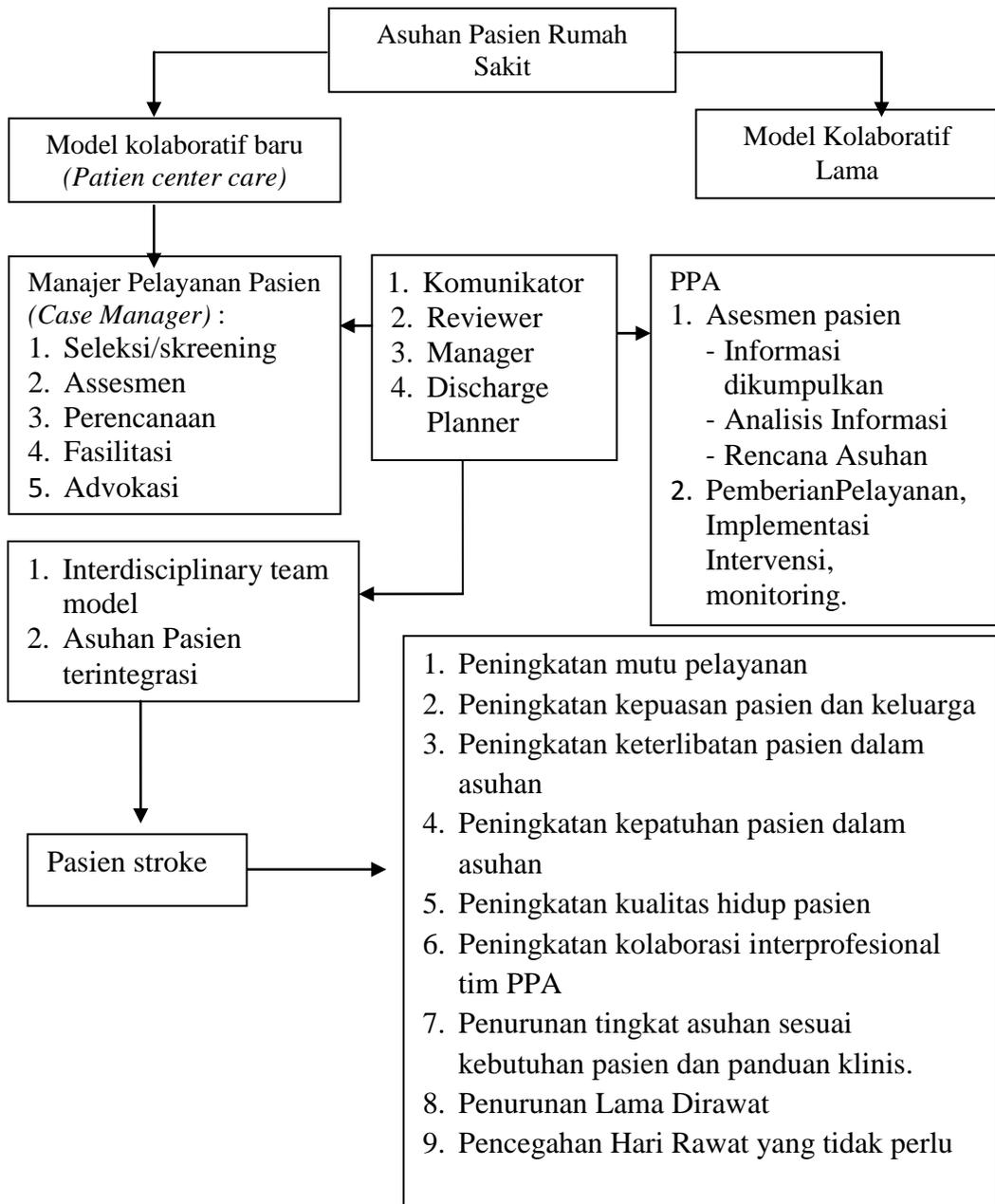
dikoordinasikan oleh manajer pelayanan pasien/*case manager*.

*Case manager* berperan serta dalam pengaturan pasien dengan menekankan koordinasi lintas professional pemberi asuhan dan menjadi penghubung agar asuhan pasien berjalan dengan lancar sesuai *clinical pathway* dan standar prosedur operasional rumah sakit. *Case manager* sebagai profesional yang bertanggung jawab mengkoordinasikan perawatan dari profesi yang berbeda (Aarhus *et al.*, 2019).

Dalam asuhan pasien team PPA perlu fokus pada perkembangan perawatan, sedangkan *case manager* fokus pada edukasi, koordinasi, transisi perawatan, termasuk penerimaan pendapatan (Alejandro J, (2019).

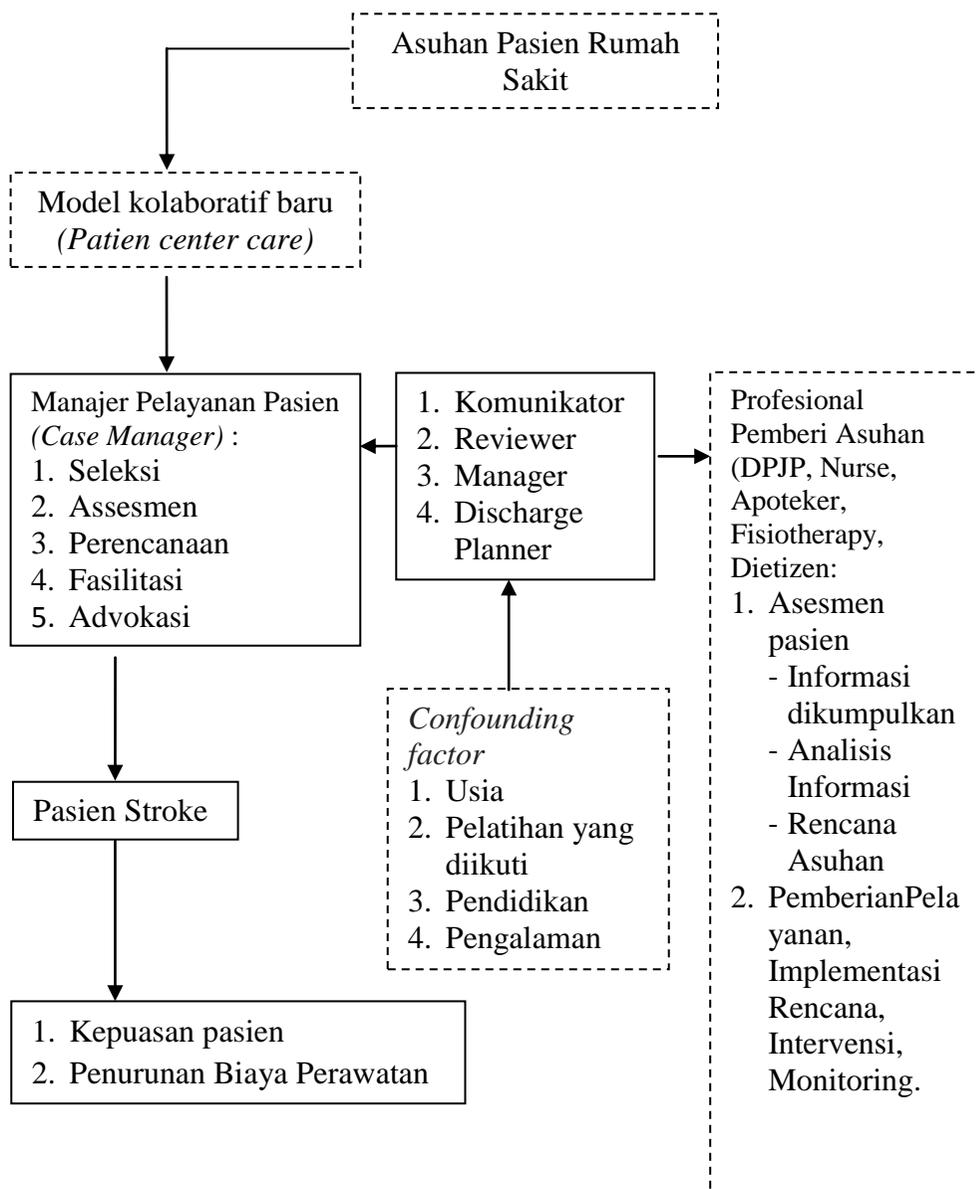
Keberadaan *case manager* dalam kolaborasi asuhan berfokus pada pasien diharapkan dapat berdampak terhadap mutu dan kualitas sehingga kepuasan pasien meningkat dan mengurangi biaya selama perawatan (Arana M *et al.*, (2017).

## Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori

#### D. Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka Konsep

## **E. Hipotesis**

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Terdapat perbedaan kepuasan pasien stroke rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen sebelum dan sesudah optimalisasi *case manager*.
2. Terdapat perbedaan optimalisasi *case manager* terhadap biaya perawatan pasien stroke yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.