Artikel Penelitian

CASE MANAGEMENT UNTUK PELAYANAN RUMAH SAKIT YANG ADIL DAN BERMUTU

PRITA MULIARINI¹, YUSRIZAL SAPUTRA², EDI SUMARSONO³

¹Universitas Muhammadiyah Malang dan HOGSI Malang

²RSUD Raja Ahmad Thabib

³Universitas Merdeka Malang

Email korespondensi: drpritamuliarini@yahoo.com

Dikirimkan 16 September 2020, Diterima 9 Desember 2020

Abstrak

Latar Belakang: Pelayanan berpusat pada pasien (*patient-centered care*) sebagai salah satu domain kualitas pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien melalui model pelayanan *case management* (CM). Pelaksanaan CM secara profesional berfungsi sebagai sarana untuk mencapai kesejahteraan dan otonomi klien, meningkatkan pengalaman perawatan individu, meningkatkan kesehatan populasi, dan mengurangi biaya perawatan. Pentingnya akuntabilitas dan transparansi dalam pelayanan kesehatan masyarakat serta menghargai hak pasien semakin menekankan perlunya CM. Namun, pelaksanaan CM di rumah sakit (RS) masih belum mempunyai pengaturan yang jelas dalam produk hukum yang telah ada.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menemukan dasar hukum pelaksanaan CM di fasilitas kesehatan dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian yuridis normatif, dengan pendekatan *statute approach* dan *conceptual approach*. Data yang digunakan adalah data sekunder yang terdiri dari bahan hukum primer, bahan hukum sekunder dan bahan hukum tersier yang berasal dari peraturan perundang-undangan yang berhubungan dengan tata kelola RS dan praktik kedokteran di Indonesia. Data dianalisis secara kualitatif dengan penarikan kesimpulan secara deduktif.

Hasil: Dalam peraturan perundang-undangan, pelayanan kesehatan secara paripurna meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dapat dicapai melalui kesinambungan perawatan (*continuum of care*) secara terkoordinasi dan bersifat kolaboratif, seperti yang terdapat dalam proses CM. Penghargaan hak pasien yang disebutkan dalam peraturan perundangan dapat terwujud melalui pendekatan kemitraan kolaboratif yang berpusat pada klien dan responsif terhadap budaya, preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai yang diyakini pasien. Belum ditemukan sumber hukum terkait *case manager* dan CM sebagai subjek dan objek hukum di Indonesia.

Kesimpulan: *Case management* dalam *patient-centered care* merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang menjunjung tinggi hak pelayanan kesehatan seperti partisipasi, akuntabilitas, non-diskriminasi, transparansi, menjunjung martabat manusia, pemberdayaan, dan berdasarkan peraturan hukum. Pelaksanaan CM membutuhkan regulasi berupa peraturan perundang-undangan sebagai sumber hukum yang menaungi proses CM dan *case manager* di Indonesia.

Kata kunci: *case management*, manajer kasus, manajemen pelayanan, *patient-centered care*

Latar Belakang

Salah satu dasar arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional 2015-2019 adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata¹. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan² juga mengatur secara tegas mengenai kepastian terselenggaranya

pelayanan yang berkualitas bagi pengguna layanan, yakni masyarakat. Pelayanan kesehatan harus diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama, serta adanya jaminan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Institute of Healthcare Improvement (IHI) menetapkan tiga pokok tujuan pelayanan kesehatan (*Triple Aim*) yaitu meningkatkan pengalaman perawatan individu, meningkatkan kesehatan populasi, dan mengurangi biaya perawatan per kapita^{3,4}. Tujuan ini kemudian berkembang menjadi empat tujuan (*quadruple aim*), yaitu dengan menambahkan kesejahteraan dan kehidupan kerja bagi penyedia layanan kesehatan dan praktisi lainnya⁵. Penyedia layanan kesehatan dituntut untuk memberikan perawatan kepada pasien secara efektif, sekaligus harus menurunkan risiko kesehatan dan biaya pelayanan kesehatan⁶.

Patient-centered care merupakan salah satu domain kualitas pelayanan kesehatan⁷. *Patient-centered care* yang efektif dan efisien dapat dicapai dengan model pelayanan CM⁸. Untuk mencapai hal tersebut, transisi perawatan yang aman membutuhkan kolaborasi di antara penyedia layanan di sepanjang rangkaian perawatan⁹. Hal tersebut sejalan dengan definisi CM, yaitu proses kolaboratif sejak pengkajian, perencanaan, fasilitas, koordinasi perawatan, evaluasi dan advokasi untuk opsi dan layanan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan komprehensif individu dan keluarga melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia untuk mempromosikan keselamatan pasien, kualitas perawatan, dan biaya yang efektif¹⁰. Definisi ini menunjukkan bahwa, alih-alih menjadi intervensi tunggal, CM merujuk pada paket perawatan yang mencakup berbagai kegiatan yang bervariasi antar program dan non-duplikatif¹¹.

CM atau disebut juga manajemen pelayanan, memiliki dua tujuan penting yang sering bertentangan: (1) meningkatkan kualitas perawatan untuk populasi yang rentan, dan (2) mengendalikan biaya perawatan tersebut. Proses ini melibatkan advokasi dan aksi sosial, di samping berfungsi sebagai cara untuk memastikan akuntabilitas penyedia dan sistem layanan¹². Umumnya CM berfokus pada satu episode penyakit dan mencakup semua area di mana pasien menerima perawatan terutama untuk pasien atau populasi yang memerlukan perawatan intensif (mereka yang berada pada tahap akhir kehidupan, lanjut usia, sering dirawat di rumah sakit, ataupun faktor sosial ekonomi yang berisiko)¹³. Pakar lain¹⁴ memberikan rekomendasi agar CM dapat ditawarkan kepada pasien, terutama yang tidak memiliki asuransi, berpenghasilan rendah atau dianggap membutuhkan oleh penyedia layanan kesehatan, serta memiliki kebutuhan perawatan kesehatan yang kompleks. Agar lebih efektif CM harus dikombinasikan dengan intervensi berintensitas tinggi dan/atau melibatkan multidisiplin atau interorganisasional.

CM yang efektif mensyaratkan tersedianya berbagai layanan yang sesuai dan terkoordinasi serta dapat diakses dalam kerangka waktu yang realistis dan tepat. Namun CM bukan hanya alat administratif yang mengelola akses klien ke layanan, atau mekanisme penghubung saja, tetapi merupakan sebuah prinsip yang memandu penyediaan berbagai layanan yang dibutuhkan pasien. Selain itu, CM merupakan salah satu komponen dari sistem perawatan komprehensif, bukan cara untuk memperbaiki sistem perawatan yang tidak adekuat ataupun tidak lengkap¹².

Secara filosofis, CM didasarkan pada kenyataan bahwa ketika seseorang mencapai tingkat kesehatan dan kemampuan

fungsional yang optimal, maka semua orang mendapat manfaat, baik individu klien yang dilayani, sistem pemberi pelayanan, sistem reimbursemen pasien, sistem dukungan pasien, dan pihak-pihak lain yang terlibat seperti pengusaha maupun advokat konsumen. CM yang dilaksanakan secara profesional berfungsi sebagai sarana untuk mencapai kesejahteraan dan otonomi klien melalui advokasi, komunikasi berkelanjutan, pendidikan kesehatan, identifikasi sumber daya layanan, dan memfasilitasi layanan. CM mendorong keterlibatan klien dan komunikasi langsung antara manajer pelayanan, klien, keluarga klien atau pengasuh keluarga, dan petugas, untuk mengoptimalkan hasil kesehatan bagi semua yang berkepentingan¹⁰.

Peningkatan akuntabilitas dan transparansi dalam pelayanan kesehatan masyarakat serta pentingnya menghargai hak pasien, semakin menekankan pentingnya *patient-centered care*, *continuum of care*, manajemen perawatan/kasus, dan transisi perawatan sebagai strategi yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan¹⁵. Namun demikian, pelaksanaan CM di RS masih belum mempunyai pengaturan yang jelas dalam aturan hukum yang telah ada. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan menemukan dasar hukum pelaksanaan CM pada fasilitas kesehatan dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendorong pelaksanaan model pelayanan CM yang berkualitas di RS di seluruh Indonesia guna mencapai derajat kesejahteraan pasien yang optimal dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian yuridis normatif, dengan menggunakan pendekatan *statute approach* dan *conceptual approach*. Penelitian yuridis normatif adalah penelitian yang bersumber pada data sekunder yang berasal dari literatur. Penelitian ini menggunakan bahan hukum primer, yaitu bahan hukum yang mengikat seperti peraturan perundang-undangan, hukum tertulis dan keputusan pengadilan. Pada kajian ini, penulis menggunakan bahan hukum primer yang terdiri dari Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/PER/X/2011 Tentang Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran^{16,17,18,19}. Di samping itu, kajian ini menggunakan bahan hukum sekunder dan bahan hukum tersier yang terkait dengan topik penelitian.

Analisis data dalam kajian yuridis normatif ini menggunakan metode analisis kualitatif. Analisis bahan hukum yang digunakan dalam penelitian ini adalah interpretasi, yaitu dengan penggunaan metode yuridis dalam membahas suatu persoalan hukum. Ada dua metode penafsiran dalam penelitian ilmu hukum normatif, yakni: 1) penafsiran gramatikal yaitu penafsiran menurut tata bahasa dan kata-kata yang merupakan alat bagi pembuat undang-undang untuk menyatakan maksud dan kehendaknya; dan 2) penafsiran sistematis yaitu penafsiran yang menghubungkan pasal yang satu dengan pasal yang lain dalam suatu perundang-undangan atau pada perundang-

undangan hukum lainnya, atau membaca penjelasan suatu perundang-undangan, sehingga dapat dimengerti maksudnya.

Hasil

Menurut Pasal 1 UU 44/2009 dan Pasal 1 Permenkes 4/2018, RS adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat kepada setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung^{16,18}.

Pasal 29 ayat (1) UU 44/2009 dan Pasal 2 ayat (1) Permenkes 4/2018 menyebutkan bahwa salah satu kewajiban RS adalah menghormati dan melindungi hak-hak pasien. Penghargaan terhadap hak pasien akan mendorong keterlibatan pasien dalam perawatan, sehingga tercapai pelayanan yang paripurna. Pelayanan kepada pasien secara paripurna oleh rumah sakit dapat terpenuhi apabila pasien mendapatkan pelayanan yang efektif, efisien, dan bermutu dengan mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien^{16,18}.

Pengaturan mengenai hak pasien dan hak RS secara eksplisit telah diatur dalam hukum positif di Indonesia. Pasien berhak mendapatkan pelayanan yang efektif dan bermutu sebagaimana disebutkan dalam Pasal 32 huruf e UU 44/2009 dan Pasal 17 ayat (2) huruf e Permenkes 4/2018. Pasal 29 ayat (1) UU 44/2009 dan 2 ayat (1) huruf b Permenkes 4/2018 menegaskan bahwa rumah sakit berkewajiban untuk memberikan layanan yang bermutu dan efektif^{16,18}. Sementara menurut Pasal 49 UU 29/2004 pelayanan yang efisien, efektif, dan berkualitas yang memenuhi kebutuhan pasien merupakan bagian dari kendali mutu pelayanan kedokteran¹⁷. Pasal 6 ayat (2) Permenkes 4/2018 menegaskan bahwa pelayanan kesehatan yang aman dan efektif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit dilaksanakan melalui sasaran keselamatan pasien rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan¹⁸. Perihal keselamatan pasien juga diamanatkan dalam UU 44/2009 antara lain Pasal 2 sebagai asas dan tujuan rumah sakit, Pasal 3 mengatur keselamatan pasien dalam penyelenggaraan rumah sakit, Pasal 8 menyangkut keamanan pasien terkait lokasi rumah sakit, Pasal 9 terkait bangunan rumah sakit; Pasal 11 terkait prasarana, Pasal 13 terkait ketenagaan, Pasal 16 terkait peralatan, Pasal 32 terkait keselamatan sebagai hak pasien, Pasal 43 terkait standar keselamatan rumah sakit, Pasal 54 yang mengatur aspek keselamatan pasien sebagai bagian pembinaan dan pengawasan rumah sakit oleh pemerintah daerah¹⁶.

Demikian halnya dalam Pasal 2 UU 29/2004 yang menyatakan bahwa pelayanan kepada pasien juga harus mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien¹⁷. Hal ini telah sesuai dengan Pasal 32 huruf (e) UU 44/2009 yang menyebutkan bahwa RS harus mencegah resiko pasien mengalami kerugian fisik dan materi¹⁶. Sehingga pelayanan harus diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien sebagaimana disebutkan dalam Pasal 51 huruf (a) UU 29/2004, Pasal 52 huruf (c) UU 29/2004, dan Pasal 21 ayat (2) Permenkes 2052/2011 juga menegaskan bahwa dokter berkewajiban memberikan pelayanan medis sesuai kebutuhan medis pasien^{17,19}.

Berdasarkan analisis terhadap berbagai peraturan perundang-undangan di atas peneliti menemukan bahwa belum ada sumber hukum terkait *case manager* dan CM sebagai subjek dan objek hukum di Indonesia.

Pembahasan

Model CM merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif di RS melalui *continuum of care* secara terkoordinasi dan bersifat kolaboratif untuk mencapai derajat kesehatan pasien yang setinggi-tingginya²⁰. CM telah terbukti efektif menurunkan biaya perawatan, lama perawatan, maupun jumlah pemeriksaan pada pasien²¹. Kesenambungan dan koordinasi perawatan merupakan komponen yang saling berkaitan satu sama lain. Kontinuitas pelayanan memungkinkan koordinasi perawatan dengan menciptakan kondisi dan hubungan yang mendukung interaksi tanpa batas antar sektor perawatan²². Kesenjangan antara penyedia, tim perawatan, pengaturan, dan informasi yang penting untuk rencana perawatan serta alur pasien selama perawatan akan mendorong adanya koordinasi perawatan yang lemah. Selain itu, CM dirancang untuk membantu pasien dan sistem pendukung mereka dalam mengelola kondisi kesehatan medis/sosial/mental mereka secara lebih efisien dan efektif²³.

Institute of Medicine (IOM) menetapkan enam domain kualitas pelayanan kesehatan, yaitu keamanan pasien, efektivitas, efisiensi, tepat waktu, berpusat pada pasien, dan setara/adil⁷. Pasal 36 UU 44/2009 dan Pasal 6 ayat (3) Permenkes 4/2018 telah menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan harus dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan RS sebagai bagian dari tata kelola klinis yang baik^{16,18}. Selanjutnya dalam Pasal 13 dan Pasal 29 UU 44/2009 diatur bahwa pelayanan tersebut harus memperhatikan standar profesi, standar pelayanan masing-masing Tenaga Kesehatan, standar prosedur operasional, kode etik profesi dan kode etik RS¹⁶. Lebih lanjut hal ini juga diatur dalam Pasal 6 ayat (4) Permenkes 4/2018¹⁸. Demikian pula disebutkan dalam Pasal 51 huruf (a) UU 29/2004 dan Pasal 21 ayat (2) Permenkes 2052/2011 juga menegaskan bahwa dokter berkewajiban memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional^{17,19}. Sehingga adanya kebijakan dan regulasi terkait CM di RS akan mendukung tercapainya pelayanan yang bermutu dan efektif dan mengutamakan kepentingan pasien di RS (Pasal 29 huruf (g) UU 44/2009 dan Pasal 11 Permenkes 4/2018)^{16,18}.

Pergeseran pelayanan dari *provider-centered care* menjadi *patient-centered care* merupakan bentuk penghargaan terhadap hak pasien dalam pelayanan kesehatan sebagaimana tercantum dalam Pasal 32 UU 44/2009 dan Pasal 17 Permenkes 4/2018^{16,18}. Secara umum kedua pasal tersebut menyebutkan bahwa pasien berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif, dan efisien. *Patient-centered care* merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang menjunjung tinggi hak pelayanan kesehatan seperti partisipasi, akuntabilitas, non-diskriminasi, transparansi, menjunjung martabat manusia, pemberdayaan, dan berdasarkan peraturan hukum²⁴. *Patient-centered care* merupakan dimensi kualitas perawatan kesehatan dalam hak pasien sendiri, yaitu adanya pergeseran kontrol dan kekuasaan, dari pemberi perawatan kepada mereka yang menerimanya²⁵. Efektivitas pelayanan akan tercapai jika tujuan utama pelayanan

dapat dipenuhi, yaitu derajat kesehatan pasien tersebut, pengalaman perawatan individu; kesehatan populasi; biaya perawatan per kapita^{3,4} serta kesejahteraan dan kehidupan kerja bagi penyedia layanan kesehatan dan praktisi lainnya⁵.

Terdapat kerangka konsep PCC dalam tiga domain, yaitu struktur, proses, dan *outcome* (Gambar. 1)²⁶. Domain struktur terkait dengan sistem layanan kesehatan atau konteks di mana layanan diberikan dan merupakan landasan untuk *patient-centered care*, meliputi material yang diperlukan, sumber daya layanan kesehatan, dan karakteristik organisasi. Domain proses terkait dengan interaksi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Sementara domain *outcome* menunjukkan nilai penerapan *patient-centered care*, dengan domain yang berkaitan dengan hasil dari interaksi antara sistem layanan kesehatan, penyedia layanan dan pasien. Kerangka menggambarkan implementasi *patient-centered care* praktis sesuai urutan yang harus dilaksanakan, mulai dari domain struktural sebagai prasyarat, untuk memfasilitasi proses dan mempengaruhi *outcome patient-centered care*.

Penghargaan hak pasien dalam pelayanan kesehatan dapat terwujud melalui pendekatan kemitraan kolaboratif berpusat pada klien yang responsif terhadap budaya, preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai yang diyakini pasien¹⁰. Sejalan dengan hal tersebut, CM bertujuan untuk memberdayakan klien dalam mengatasi masalah mereka sendiri, berdasarkan hak-hak yang mereka miliki, terutama terkait informasi yang sensitif berkaitan dengan kondisi yang dialami¹².

Dalam perspektif CM, otonomi dan hak pasien merupakan fokus pelayanan, di samping optimalisasi kualitas hidup seseorang, kemandirian, dan fungsi pasien atau keluarga²⁰. Dalam nada yang sama, hak pasien dalam Pasal 32 UU 44/2009 dan Pasal 17 Permenkes 4/2018 mengharuskan adanya pemberdayaan dan keterlibatan pasien dalam pelayanan yang diberikan padanya, antara lain seperti hak untuk memilih dokter yang merawat, kelas perawatan yang diinginkan, meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain, mendapat informasi lengkap mengenai kondisinya, hingga mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya^{16,18}. Pasien berhak mendapatkan informasi maupun menolak tindakan medis yang diterimanya yang disebutkan dalam Pasal 52 UU 29/2004 juga dapat dianggap sebagai bagian dari pemberdayaan pasien¹⁷.

Praktik kedokteran dilaksanakan berdasarkan pada kesepakatan berdasarkan hubungan kepercayaan antara dokter dengan pasien dalam upaya pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan, melalui upaya maksimal dalam penyembuhan dan pemulihan kesehatan pasien sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional dan kebutuhan medis pasien (Pasal 21 Permenkes 2052/2011; Pasal 39 UU 29/2004)^{19,17}. Artinya hubungan tersebut adalah hubungan hukum, di mana masing-masing pihak (dokter dan pasien) merupakan subjek hukum yang dapat dibebankan padanya hak dan kewajiban sesuai peraturan yang berlaku.

Prinsip, intervensi, dan strategi CM menargetkan pencapaian kesehatan, fungsi, dan otonomi yang optimal untuk klien dan

keluarga klien ataupun *caregiver* melalui advokasi, penilaian, perencanaan, komunikasi, pendidikan kesehatan, manajemen sumber daya, koordinasi perawatan, kolaborasi, dan memfasilitasi layanan. *Case manager* yang profesional menerapkan prinsip-prinsip ini dalam praktik berdasarkan pada kebutuhan dan nilai-nilai individual klien untuk memastikan, bekerja sama dengan tim perawatan kesehatan interprofesional, penyediaan layanan yang aman, tepat, efektif, berpusat pada klien, tepat waktu, efisien, dan perawatan dan layanan yang adil (CSMA). Dalam perspektif *clinical governance*, *case manager* dengan keterampilan klinis dan manajerial serta keuangannya, berperan sebagai tokoh kunci untuk memastikan kualitas sebagai serangkaian aspek efisiensi, efektivitas, keselamatan, kesesuaian, partisipasi, dan kesetaraan¹³.

Seorang *case manager* bertugas untuk 1) Memberikan layanan *case management* kepada pasien dan keluarga mereka; 2) Mengakses serta memfasilitasi akses pasien ke program, layanan, dan sumber daya keuangan dan komunitas; 3) Memberikan layanan rehabilitasi, memfasilitasi kesehatan, fungsi, atau produktivitas optimal dan semua kegiatan terperinci yang perlu dilakukan, terutama setelah penyakit atau cedera akut yang serius; 4) Mengelola pemanfaatan layanan kesehatan, pendidikan kesehatan, penggunaan sumber daya yang tepat dan konsep asuransi kesehatan, dan mengadvokasi apa yang menjadi kepentingan terbaik pasien dan keluarga; 5) Mengevaluasi dan mengukur kualitas dan hasil, mencakup penilaian, pemantauan, pengumpulan data hasil, dan evaluasi hasil terkait pasien, serta menekankan penggunaan pedoman praktik berbasis bukti dalam pengembangan rencana *case management*; dan 6) Mematuhi standar etika, hukum, dan praktik, mencakup kepatuhan terhadap persyaratan hukum, peraturan, etika, profesi, dan akreditasi yang berkaitan dengan praktik *case management*, dan pendidikan kesehatan klien tentang hak banding, serta perlunya *case manager* untuk menerapkan dan mematuhi standar praktik *case management*²⁰.

Model pelayanan CM di Indonesia masih menemui berbagai tantangan. Penelitian lain menemukan bahwa belum ada panduan kompetensi *case manager*, sementara peraturan perundangan mengharuskan adanya pelayanan yang dilaksanakan oleh tenaga yang kompeten. Mereka juga menemukan bahwa *case manager* yang terlibat dalam penelitiannya belum mendapatkan pelatihan yang memadai, penilaian kinerja yang belum jelas, uraian tugas yang tidak sesuai, hingga efikasi diri yang rendah²⁷. Kurangnya kompetensi standar dan pendidikan bagi *case manager* akan menciptakan risiko untuk rumah sakit dan sistem perawatan kesehatan²⁸.

Bentuk tantangan lain bagi *case manager* adalah ruang lingkup praktik yang tidak jelas, kegiatan manajemen perawatan yang beragam dan kompleks, dan hubungan yang kompleks dengan penyedia layanan kesehatan lainnya maupun klien yang sebagian karena peran advokasi pasien²⁹. *Case manager* dihadapkan pada dilema etis dari peran yang dijalani, yaitu peran advokasi pasien dan peran *gatekeeper* bagi institusi dia bekerja. *Case manager* seringkali mengalami kesulitan dalam menyeimbangkan tuntutan keduanya. Pada satu sisi, pasien membutuhkan perawatan dan layanan pasien yang optimal, sedangkan di sisi lainnya menuntut pengendalian biaya dan alokasi sumber daya yang ketat²⁰. Sebagaimana amanat Pasal 49 ayat (1) UU 29/2004 bahwa setiap pelayanan kedokteran wajib

menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya¹⁷. Hal yang sama juga disebutkan dalam Pasal 56 ayat (5) huruf d UU 44/2009 yang mengatur aspek kendali mutu dan biaya dalam tugas dewan pengawas rumah sakit¹⁶.

Oleh karena itu, diperlukan pengembangan pedoman dan standar profesional untuk seorang *case manager* yang jelas, dimana pedoman dan standar tersebut harus menggabungkan *evidence-based practice* dan pembelajaran situasional di seluruh tatanan dan populasi layanan kesehatan, evaluasi kompetensi *case manager* secara berkelanjutan, dan membuat perbaikan sistem dalam rangka untuk meningkatkan praktik dan mencapai tujuan pelayanan dalam CM³⁰. Proses CM juga harus memasukkan aspek fisik/medis, perilaku/kognitif, dan faktor-faktor penentu sosial dalam tahap penilaian, intervensi, dan proses evaluasi³¹. *Case manager* dituntut untuk membekali diri dengan pengetahuan terkait konsep dan strategi CM, manajemen dan pemberian perawatan kesehatan, *reimbursement* biaya perawatan kesehatan, konsep dan strategi rehabilitasi dan vokasi, sistem psikososial dan dukungan¹⁵,

pengukuran kualitas dan evaluasi hasil, serta standar praktik, legal dan etis²⁰. Seorang *case manager*, selain bekerja dengan pasien, keluarga, dan sistem, ia juga harus bekerja secara holistik dan efisien. Disamping itu, yang bersangkutan juga dituntut untuk mampu mengelola rencana perawatan dengan cara yang paling hemat biaya. Yang paling utama, seorang *case manager* wajib memahami bahwa kualitas tidak boleh dikompromikan untuk tujuan fiskal³².

Case Management yang tergambar dalam skema ini, secara eksplisit tertuang dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia antara lain Pasal 1-2, Pasal 29, Pasal 32, Pasal 36 UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit; Pasal 2, Pasal 29 ayat (1), Pasal 49, Pasal 51 huruf (a), Pasal 52 huruf (c) UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran; Pasal 1, Pasal 2 ayat (1), Pasal 6 ayat, Pasal 17 ayat (2) Permenkes 4/2018 Tentang Kewajiban RS dan Kewajiban Pasien; serta Pasal 21 ayat (2) Permenkes 2052/2011 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran^{16,17,18,19}.

Gambar 1. Kerangka pelaksanaan *patient-centered care*¹⁰

Kesimpulan

Case management merupakan bentuk pelayanan rumah sakit dan kedokteran yang adil dan bermutu berdasarkan peraturan perundangan di Indonesia. Prinsip-prinsip dasar CM pada dasarnya telah tercantum dalam peraturan perundangan di Indonesia antara lain Pasal 1, Pasal 2, Pasal 29, Pasal 32, Pasal 36 UU 44/2009 Tentang Rumah Sakit; Pasal 2, Pasal 29 ayat (1), Pasal 49, Pasal 51 huruf (a), Pasal 52 huruf (c) UU 29/2004 Tentang Praktik Kedokteran; Pasal 1, Pasal 2 ayat (1), Pasal 6 ayat, Pasal 17 ayat (2) Permenkes 4/2018 Tentang Kewajiban

Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien; serta Pasal 21 ayat (2) Permenkes 2052/2011 Tentang Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran^{16,17,18,19}. Prinsip pelayanan kesehatan yang bermutu telah diatur dalam pasal-pasal tersebut. Penghargaan terhadap hak-hak pasien yang disebutkan dalam pasal-pasal di atas merupakan bentuk asas keadilan dalam pelayanan kesehatan.

Rumah sakit berkewajiban untuk menawarkan model pelayanan ini kepada pasien yang tidak memiliki asuransi, berpenghasilan rendah atau dianggap membutuhkan oleh

penyedia layanan kesehatan, serta memiliki kebutuhan perawatan kesehatan yang kompleks. Melalui CM yang merupakan, RS diharapkan mempunyai model pelayanan yang mendorong pencapaian kesehatan, fungsi, dan otonomi yang optimal bagi pasien dan keluarganya. CM yang dijalankan secara profesional akan menciptakan bentuk pelayanan yang aman, tepat, efektif, berpusat pada klien, tepat waktu, efisien, dan adil.

Demikian pula, secara konseptual, panduan *case manager* yang diterbitkan oleh KARS telah mampu menjawab peran dan fungsi *case manager*. Namun, konsep mengenai kedudukan, kompetensi, dan wewenang *case manager*, dalam panduan tersebut, belum dapat menjawab kemungkinan munculnya permasalahan etik-medikolegal dalam pelayanan kesehatan di masa akan datang. Oleh karena itu, diperlukan sumber hukum yang secara eksplisit mengatur model pelayanan ini. Selain itu, diperlukan pengembangan pedoman dan standar profesional *case manager* yang jelas, menggabungkan *evidence-based practice* dan pembelajaran situasional di seluruh tatanan dan populasi layanan kesehatan, evaluasi kompetensi *case manager* secara berkelanjutan, dan membuat perbaikan sistem dalam rangka untuk meningkatkan praktik dan mencapai tujuan pelayanan dalam CM.

Referensi

- Kementerian Kesehatan RI. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. (2015).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. (2009).
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs* 2008;27(3):759-769, doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>.
- Institute for Healthcare Improvement. Triple Aim-Concept Design. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
- Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient. *Annals of Family Medicine* 2014;12(6):573-576, doi: <https://doi.org/10.1370/afm.1713>.Center.
- Agency of Healthcare Research and Quality. Case Management: Implications for Medical Practice, Health Policy, and Health Services. Rockville, MD: Agency of Healthcare Research and Quality; 2019.
- Institute for Healthcare Improvement. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
- Lovelace D, Hancock D, Hughes SS, dkk. A Patient-Centered Transitional Care Case Management Program. *Professional Case Management* 2016;21(6):277-290. Doi: <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000158>.
- The Joint Commission. Transitions of Care : The need for a more effective approach to continuing patient care. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2013.
- Case Management Society of America. *Standards of Practice for Case Management*. Brentwood, TN: Case Management Society of America; 2016.
- Ross S, Curry N, Goodwin N. Case management: What it is and how it can best be implemented. London: The King's Fund; 2011.
- Frankel AJ, Gelman SR. Case Management: An Introduction to Concepts and Skills. Oxford: Oxford University Press; 2016.
- Fabbri E, De Maria M, Bertolaccini L. Case management: an up-to-date review of literature and a proposal of a county utilization. *Annals of Translational Medicine* 2017;5(20):396-396. Doi: <https://doi.org/10.21037/atm.2017.07.26>.
- Hudon C, Chouinard MC, Pluye P, dkk. Characteristics of Case Management in Primary Care Associated With Positive Outcomes for Frequent Users of Health Care: A Systematic Review. *The Annals of Family Medicine* 2019;17(5): 448-458. Doi: <https://doi.org/10.1370/afm.2419>.
- Tahan HM, Watson AC, Sminkey PV. What Case Managers Should Know About Their Roles and Functions. *Professional Case Management* 2015;20(6):271-296.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. (2009).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. (2004).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien. (2018).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/PER/X/2011 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. (2011).
- Powell SK, Tahan HM. Case Management: A Practical Guide for Education and Practice (4th ed.). Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer Health; 2019.
- Grover C, Sughair J, Stoope S, dkk. Case Management Reduces Length of Stay, Charges, and Testing in Emergency Department Frequent Users. *Western Journal of Emergency Medicine* 2018;19(2):238-244. Doi: <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.9.34710>.
- World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization (WHO); 2018.
- McLaughlin-Davis M. The Practice of Hospital Case Management. *Professional Case Management* 2019;24(6):280-296. Doi: <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000391>.
- Gloppen S, Langford M, Yamin A, dkk. Operationalizing a Rights-Based Approach to Health Service Delivery. Norway: CHR Michelsen Institute; 2015.
- Berwick DM. What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist. *Health Affairs* 2009; 28 Supplement 1:555-565. Doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w555>.
- Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, dkk. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations* 2018;21(2):429-440. Doi: <https://doi.org/10.1111/hex.12640>.
- Avia I, Handiyani H. Analisis Kompetensi Case Manager Pada Rumah Sakit di Jakarta: Studi Kasus. *Jurnal Perawat Indonesia* 2019;3(1):16-27.
- Stark P. Advancing Complex Case Management Competencies in a Health Care System. *Professional Case Management* 2020; 25(1):19-25. Doi: <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000361>.
- Joo JY, Huber DL. Case Management Effectiveness on Health Care Utilization Outcomes: A Systematic Review of Reviews. *Western Journal of Nursing Research* 2019;41(1): 111-133. Doi: <https://doi.org/10.1177/0193945918762135>.

30. Harris RC, Popejoy LL. Case Management: An Evolving Role. *Western Journal of Nursing Research* 2019;41(1):3-5. Doi: <https://doi.org/10.1177/0193945918797601>.
31. Case Management Society of America. *Case Management Model Act*. Brentwood, TN: Case Management Society of America; 2017.
32. McLaughlin-Davis M. The Integrated Case Management Program. *Professional Case Management* 2018;23(3):147-149. Doi: <https://doi.org/10.1097/NCM.000000000000288>.