

SKRIPSI

**IMPLEMENTASI PROGRAM HOME CARE (DOTTOROTTA)
SAAT PANDEMI COVID-19 DI PUSKESMAS KASSI KASSI KOTA
MAKASSAR**

RESKI YULIANA SULBANIR

K011171034



**DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

2021

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**IMPLEMENTASI PROGRAM *HOME CARE* (DOTTOROTTA) SAAT
PANDEMI COVID-19 DI PUSKESMAS KASSI KASSI KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

RESKI YULIANA SULBANIR

K011171034

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada tanggal 28 Juli 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Suci Rahmadani, SKM, M.Kes
Nip. 19900401 201903 2 018



Prof. Dr. Darmawansyah, SE, MS.
Nip. 19640424 199103 1 002

Mengetahui,
Ketua Program Studi




Dr. Surtiah, SKM, M.Kes
Nip. 19740520 2002212 2 001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari
Rabu, 28 Juli 2021.

Ketua : Suci Rahmadani, SKM, M.Kes



(.....)

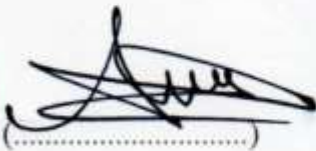
Sekretaris : Prof. Dr. Darmawansyah, SE, MS.



(.....)

Anggota :

1) Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes



(.....)

2) Dr. Wahiduddin, SKM, M.Kes



(.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Reski Yuliana Sulbanir
NIM : K011171034
Fakultas/Prodi : Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat
HP : 085299602898
E-mail : reskiyuliana123@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul “Implementasi Program *Home Care* (Dottorotta) saat Pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar” benar adalah asli karya penulis dan bukan merupakan plagiarism dan atau hasil pencurian hasil karya milik orang lain, kecuali bagian-bagian yang merupakan acuan dan telah disebutkan sumbernya pada daftar pustaka. Apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 28 Juli 2021

Yang Membuat Pernyataan



Reski Yuliana Sulbanir

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin

Reski Yuliana Sulbanir

“Implementasi Program *Home Care* (Dottorotta) saat Pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar”

(xv + 133 halaman + 5 tabel + 11 lampiran)

Home Care adalah layanan kesehatan di rumah tempat tinggal pasien yang yang bisa diperoleh melalui dengan menghubungi *call centre* 112. *Home Care* merupakan salah satu layanan kesehatan di Puskesmas. Namun, saat ini pandemi COVID-19 telah mempengaruhi seluruh aspek dalam kehidupan tak terkecuali pelaksanaan *Home Care* di Puskesmas Kassi Kassi.

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui komunikasi, sumber daya, sikap dan struktur birokrasi pelaksanaan *Home Care* saat pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif untuk mengeksplorasi fenomena dan informasi mengenai implementasi program *Home Care* (Dottorotta) saat pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar. Penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 15 Juni sampai 12 Juli 2021. Adapun teknik pengumpulan data yaitu data sekunder terdiri dari jumlah kunjungan *Home Care* dan buku pedoman *Home Care* dan data primer yang terdiri dari observasi, wawancara dan dokumentasi. Informan dalam penelitian ini sebanyak 6 orang yang terdiri dari Kepala Puskesmas Kassi Kassi, Koordinator *Home Care*, petugas *Home Care* dan 3 orang pasien *Home Care* Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar saat pandemi COVID-19.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Puskesmas Kassi Kassi saat pandemi COVID-19 bahwa komunikasi *Home Care* kepada Dinas Kesehatan Kota Makassar tetap sama seperti sebelum pandemi, komunikasi yang berbeda saat pandemi yaitu sebelum petugas mendatangi pasien terlebih dahulu melakukan kesepakatan jika petugas *Home Care* menggunakan APD serta tidak ada lagi sosialisasi kepada masyarakat mengenai pelaksanaan *Home Care* terutama saat pandemi COVID-19. Kemudian sumber daya atau petugas *Home Care* saat pandemi COVID-19 tetap sama dengan yang bertugas di Puskesmas dan tidak ada kriteria khusus, tidak ada lagi pelatihan khusus kepada petugas *Home Care* saat pandemi dan pasien juga memberikan kesan yang baik kepada tim *Home Care*. Selanjutnya sikap petugas maupun pasien yaitu baik dalam berkomitmen menjalankan maupun menerima layanan *Home Care* serta pasien juga sepakat jika tim *Home Care* menggunakan APD saat bertugas. Struktur birokrasi pelaksanaan *Home Care* di Puskesmas Kassi Kassi sudah berjalan sesuai SOP hanya saja tidak ada struktur organisasi yang dibuat untuk tim *Home Care*.

Selama masa pandemi COVID-19 sebaiknya sosialisasi mengenai pelaksanaan *Home Care* diberikan kepada masyarakat bahwa tim *Home Care* menggunakan APD saat menjalankan tugas dan sebaiknya ada petugas *Home Care* khusus dari yang bertugas di Puskesmas saat pandemi COVID-19.

Kata Kunci: *Home Care*, komunikasi, sumber daya, sikap, struktur birokrasi

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Puji dan syukur kepada *Allah Subhanahu wa Ta'ala* yang telah memberikan banyak anugerah, berkah, rahmat, karunia, kesempatan, kekuatan dan kesehatan kepada kita semua. Shalawat serta salam selalu dikirimkan kepada Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga, sahabat dan orang-orang yang berjalan di atas Manhaj-Nya hingga akhir zaman. Semoga kita semua selalu dimudahkan dalam menghadapi segala urusan. *Aamiin yaa rabbal 'alamin*.

Berkat usaha dan perjalanan panjang sehingga dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul "Implementasi Program *Home Care* (Dottorotta) saat Pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar. Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin.

Terima kasih yang tak terhingga kepada Bapakku, Mamakku, dan Kakakku, Bapak Sultan Hasbal, S.Pd, Ibu Rosmaniar, Kakak Agus Nain Suhbanir dan Kakak Widyawanti atas segala kasih sayang, cinta, pengorbanan serta Do'a yang tulus dan ikhlas yang senantiasa beliau panjatkan kepada Allah SWT sehingga menjadi pelita terang dan semangat yang luar biasa bagi saya dalam menggapai cita-cita. Terima kasih kepada segenap keluarga yang telah memberikan motivasi dan dukungan moril maupun materil demi kesuksesan penulis.

Penulis juga ingin menyampaikan terima kasih khusus kepada Pembimbing Skripsi Ibu Suci Rahmadani SKM sebagai Pembimbing 1 dan Prof. Dr. Darmawansyah, SE, MS sebagai Pembimbing 2 yang telah berkenan meluangkan

waktu, tenaga, pemikiran dalam membimbing dan memberikan petunjuk yang begitu berharga dari awal persiapan penelitian hingga selesainya skripsi ini.

Penyusunan skripsi ini juga dapat diselesaikan dengan baik karena adanya dorongan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes dan Bapak Dr. Wahiduddin, SKM, M.Kes., sebagai penguji yang telah banyak memberikan masukan dan petunjuk sehingga penulis bisa menyempurnakan skripsi ini.
2. Bapak Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes., sebagai Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dan Bapak Muh. Yusri Abadi, SKM, M.Kes., yang selama ini turut membantu dalam kelengkapan berkas hal-hal yang berhubungan dengan administrasi perkuliahan dan kegiatan akademik.
3. Bapak dan Ibu dosen dan staf Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, terima kasih atas ilmu dan pengetahuan yang diberikan serta segala dukungan dan bantuannya.
4. Bapak Muhammad Yusran Amir, SKM, M.PH., sebagai Pembimbing Akademik penulis yang selalu memberikan doa dan restu kepada penulis.
5. Pihak Puskesmas Kassi Kassi yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian dan meluangkan waktu untuk penulis dan juga untuk masyarakat yang telah bersedia meluangkan waktunya dalam menyempurnakan penelitian ini.

6. Kepada sahabat yang selalu memberi kebahagiaan sejak SMA sampai sekarang ini dan selalu menjadi motivasiku Syarwindah Cakariah dan Sri Haryani.
7. Sahabat Kos Nunu (Rezky Ramadani dan Widya Nanda Kusumah) yang telah menjadi teman berjuang sejak awal perkuliahan sampai pada tahap skripsi ini.
8. Kepada saudari sepupuku (Via, Kak Anggra, Anggi) yang selalu memberikan semangat dan bantuan kepada penulis.
9. Teman-teman Angkatan 2017, REWA dan KM FKM Unhas yang telah memberi banyak pengalaman berharga, motivasi, kebersamaan dan kenangan yang menarik sejak awal penulis berada di FKM Unhas.
10. Keluarga besar HAPSC FKM Unhas yang telah menjadi wadah sebagai tempat bagi penulis mendapatkan banyak pengalaman baru.
11. Terima kasih kepada semua pihak yang tidak sempat penulis sebutkan namanya satu persatu atas bantuan dalam rangka penyelesaian skripsi ini.

Semoga segala bantuan, dukungan dan doa yang telah diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT dengan pahala yang berlimpah, Amin. Penulis memohon maaf kepada semua pihak atas segala kekurangan dan kekhilafan, penulis akan selalu menerima kritik dan saran yang membangun. Semoga karya skripsi dapat memberi manfaat yang sangat berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Makassar, Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	ii
PENGESAHAN TIM PENGUJI	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
RINGKASAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Tinjauan Umum tentang Implementasi Kebijakan Kesehatan.....	11
1. Pengertian Implementasi Kebijakan	11
2. Kebijakan Kesehatan	12
3. Model dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan.....	16

B.	Tinjauan Umum tentang Pedoman <i>Home Care</i> (Pedoman <i>Home Care</i> Kota Makassar)	21
C.	Tinjauan Umum tentang Puskesmas	48
D.	Sintesa Penelitian	52
E.	Kerangka Teori	59
BAB III	KERANGKA KONSEP	60
A.	Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti	60
B.	Kerangka Konsep	62
C.	Definisi Konseptual	62
BAB IV	METODE PENELITIAN	65
A.	Jenis Penelitian	65
B.	Lokasi dan Waktu Penelitian	65
C.	Informan	65
D.	Teknik Pengumpulan Data	66
E.	Teknik Analisis Data	70
F.	Teknik Pengujian Keabsahan Data	70
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN	72
A.	Hasil Penelitian	72
1.	Gambaran Umum Lokasi	72
2.	Karakteristik Informan	74
3.	Hasil Peneliti	76
B.	Pembahasan	103
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	127

A. Kesimpulan	127
B. Saran	128
DAFTAR PUSTAKA	130
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Jumlah Kunjungan <i>Home Care</i> Puskesmas Kassi Kassi Setiap Bulan Tahun 2019 dan 2020	4
Tabel 4.1 Matriks Pengumpulan Data Kualitatif	68
Tabel 5.1 Karakteristik Informan Petugas Puskesmas dalam Implementasi Program <i>Home Care</i> saat pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi	75
Tabel 5.2 Karakteristik Informan Pasien dalam Implementasi Program <i>Home Care</i> saat pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi	75
Tabel 5.3 Matriks Hasil Penelitian Implementasi Program <i>Home Care</i> saat pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi	121

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model Implementasi Kebijakan Menurut Van Meter & Van Horn	19
Gambar 2.2 Implementasi sebagai Proses Politik dan Administrasi.....	21
Gambar 2.3 Model Implementasi Kebijakan Menurut Edwards III	59
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	62
Gambar 5. 1 Buku Pedoman <i>Home Care</i>	96
Gambar 5. 2 Buku Daftar Kunjungan <i>Home Care</i>	97
Gambar 5. 3 Papan Informasi <i>Home Care</i>	97
Gambar 5. 4 Call Centre <i>Home Care</i>	98
Gambar 5. 5 Mobil <i>Home Care</i>	99
Gambar 5. 6 Daftar Petugas <i>Home Care</i>	100
Gambar 5. 7 SOP <i>Home Care</i>	101
Gambar 5. 2 Alur Pelayanan <i>Home Care</i>	102

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Pedoman Wawancara
- Lampiran 2 Lembar Observasi
- Lampiran 3 Matriks Wawancara
- Lampiran 4 Surat Pengambilan Data Awal
- Lampiran 5 Surat Izin Penelitian dari Fakultas
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari BPKMD
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari Pemerintah Kota Makassar
- Lampiran 8 Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Makassar
- Lampiran 9 Surat Keterangan Selesai Penelitian
- Lampiran 10 Dokumentasi Wawancara
- Lampiran 11 Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

APD	: Alat Pelindung Diri
COVID-19	: <i>Coronavirus Disease 2019</i>
HAZMAT	: <i>Hazardous Material</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
KBBI	: Kamus Besar Bahasa Indonesia
KEPMENKES	: Keputusan Menteri Kesehatan
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
PERDA	: Peraturan Daerah
PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan
PP	: Peraturan Pemerintah
PUSKEMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat
SARS-CoV-2	: <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SOP	: Standar Operasional Prosedur
UU	: Undang-Undang
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) pada 1946 mendefinisikan keadaan sehat sebagai keadaan sejahtera dari aspek fisik, mental, dan sosial dan tidak hanya terbebasnya seseorang dari penyakit ataupun kecatatan. Selama lebih dari 20 tahun terakhir, pembahasan kebijakan kesehatan berkembang pesat dalam berbagai literatur akademik, kesehatan dan pengobatan dalam konteks ilmu sosial. Pelayanan kesehatan semakin berkembang sejalan dengan pertumbuhan atau perkembangan kehidupan sosial yang semakin kompleks. Kebijakan kesehatan melingkupi berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, serta keterlibatan pelaku atau aktor baik pada skala individu maupun organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, LSM dan representasi masyarakat lainnya yang membawa dampak pada kesehatan (Ayuningtyas, 2015).

Oleh karena itu, berbagai kebijakan telah dikeluarkan oleh pemerintah agar masyarakat yang sehat dapat dicapai. Masyarakat yang sehat akan menjadi sumber daya yang berkualitas. Terciptanya masyarakat yang sehat tentunya menjadi tanggungjawab bersama baik itu pemerintah maupun masyarakat itu sendiri. Pemerintah pusat maupun daerah sebagai fasilitator baiknya memberikan pelayanan di bidang kesehatan kepada masyarakat secara berkelanjutan dan efektif.

Pelayanan kesehatan yang berkualitas tentunya akan menjadi kepuasan bagi masyarakat yang dilayani. Saat ini pelayanan bidang kesehatan yang dilakukan pemerintah juga dilakukan khusus bagi masyarakat kelas menengah dan ke bawah melalui berbagai program. Program itu dapat berupa jaminan kesehatan masyarakat, kesehatan gratis sampai pada pelayanan kesehatan yang dilakukan secara langsung menyentuh masyarakat melalui program *Home Care* (layanan kesehatan lewat telepon ke 112). *Home care* merupakan pelayanan kesehatan ditempat tinggal individu dan keluarga dengan tujuan meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit, yang dilakukan secara berkelanjutan dan komprehensif (Irham, 2017).

Program *Home Care* yang dilaksanakan di Kota Makassar merupakan Peraturan Walikota Makasar Nomor 63 Tahun 2015 Tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*Home Care*) di Kota Makassar. Selain peraturan dari Walikota *Home Care* juga merupakan pelaksanaan program kesehatan yang berpedoman kepada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Tujuan dasar pelaksanaan *Home Care* adalah untuk meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian, dan meminimalkan akibat dari penyakit untuk mencapai kemampuan individu secara optimal selama mungkin yang dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2015).

Setelah adanya kebijakan selanjutnya adalah mengimplementasikan kebijakan atau pengimpenentasian program tersebut. Pengimplementasian

merupakan cara agar kebijakan atau program dapat mencapai tujuannya (Ayuningtyas, 2015). Seperti halnya pengimplementasian *Home Care* di Puskesmas Kassi Kassi. Puskesmas Kassi Kassi juga melaksanakan program *Home Care* sejak sebelum tahun 2015, namun pelaksanaannya baru teratur setelah diinovasikan oleh Walikota pada tahun 2015.

Puskesmas Kassi Kassi merupakan salah satu puskesmas pemerintah kota Makassar dan merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kota Makassar. Wilayah kerja Puskesmas Kassi Kassi terdiri dari 6 Kelurahan yaitu Kelurahan Tidung, Kelurahan Bontomakkio, Kelurahan Kassi Kassi, Kelurahan Banta-Bantaeng dan kelurahan Karunrung yang dimana terdiri atas 58 RW dan 361 RT. Pemilihan Puskesmas Kassi Kassi sebagai tempat penelitian salah satunya karena puskesmas yang berwilayah di Kota Makassar ini memiliki jumlah penduduk yang paling banyak yaitu 87.359 jiwa pada wilayah kerjanya (KEMENTERIAN KESEHATAN 2019). Selain itu, puskesmas Kassi Kassi menyanggah status model percontohan nasional dengan fasilitas yang terstandarisasi serta sistem online yang tersedia (Primadi, 2017).

Namun selama masa pandemi oleh *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) oleh virus corona atau *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2), pelaksanaan program *Home Care* yang jadwalnya dilaksanakan setiap hari selama 24 jam di Puskesmas Kassi Kassi mengalami beberapa kendala dalam pengimplementasiannya. Seperti yang kita ketahui bahwa di Indonesia mengkonfirmasi kasus COVID-19 pertama kali pada senin

2 Maret 2020. Kemudian WHO (*World Health Organization*) menetapkan wabah COVID-19 sebagai pandemi pada tanggal 11 Maret 2020.

Berdasarkan pernyataan dari salah satu dokter *Home Care* Puskesmas Kassi Kassi bahwa “Selama masa pandemi Covid-19 jumlah layanan *Home Care* di Puskesmas Kassi Kassi tahun 2019 sebanyak 110 pasien dan pada tahun 2020 sebanyak 76 pasien”. Hal tersebut memperlihatkan adanya penurunan jumlah layanan *Home Care* dari tahun 2019 ke tahun 2020 sebanyak 34. Berikut memperlihatkan tabel jumlah kunjungan *Home Care* Puskesmas Kassi Kassi tahun 2019 dan 2020.

Tabel 1.1 Jumlah Kunjungan *Home Care* Puskesmas Kassi Kassi Setiap Bulan Tahun 2019 dan 2020

No.	Bulan	Tahun	
		2019	2020
1	Januari	29	13
2	Februari	11	9
3	Maret	11	16
4	April	11	9
5	Mei	8	8
6	Juni	2	4
7	Juli	7	2
8	Agustus	9	5
9	September	7	3
10	Oktober	9	2
11	November	6	5
12	Desember	0	0
Jumlah		110	76

Sumber: Dinkes Kota Makassar Tahun 2020

Kemudian beberapa pasien *Home Care* yang menelfon ketika dikunjungi kemudian menolak untuk diberi pengobatan. Pasien menolak diberi pengobatan karena petugas *Home Care* menggunakan pakaian yang sesuai dengan protokol COVID-19. Petugas *Home Care* ketika melaksanakan tugas menggunakan pakaian tersebut agar pasien dan petugas *Home Care* sama sama aman dari

bahaya COVID-19. Masalah pasien menolak diberikan pengobatan karena pakaian *Home Care* berarti perlu adanya komunikasi sebelum pasien dikunjungi oleh petugas *Home Care*. Komunikasi adalah proses pemindahan informasi atau pesan dari seseorang kepada orang lain yang dapat mempengaruhi perilaku atau tindakan. Menurut (Agustino, 2006) komunikasi merupakan salah satu variabel penting yang mempengaruhi implementasi kebijakan, komunikasi sangat mempengaruhi atau menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan. Sesuai dengan Undang-Undang RI No. 44 Pasal 32 Tahun 2009 tentang Hak Pasien bahwa pasien berhak mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi pada pradiagnosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan/tindakan medis yang akan dilakukan terhadap dirinya.

Pasien menolak untuk dilayani karena takut jika tetangga melihatnya dikunjungi oleh petugas medis yang menggunakan pakaian yang identik dengan petugas COVID-19. Selain itu pasien juga berhak memberikan persetujuan atau menolak sebagian atau seluruh tindakan yang akan diberikan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap dengan pengecualian yang diatur ketentuan peraturan perundang-undangan. Melihat bagaimana pasien menolak petugas *Home Care* artinya pasien telah melakukan penilaian terhadap dirinya sendiri mengenai tanggapan masyarakat terhadapnya

sehingga menolak petugas *Home Care*. Dimana sikap dapat diartikan sebagai evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, objek atau isu-isu (Ramlah, 2020). Ketika pelaksana program atau implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif.

Puskesmas Kassi Kassi berusaha untuk tetap menjalankan program *Home Care*. Namun masalah karena pandemi *COVID-19* tidak bias dihindari juga. Untuk mengimplementasikan program *Home Care*, sumber daya memiliki peran penting dalam menjalankan sebuah implementasi kebijakan, karena tanpa adanya sumber daya yang mendukung maka sulit untuk mencapai tujuan dari program yang dilaksanakan. Efektivitas dalam pengimplementasian kebijakan ditentukan dengan tersedianya sumber daya yang memadai terutama personil yang akan menjalankannya harus memiliki rasa tanggung jawab yang tinggi serta mempunyai sumber-sumber untuk melakukan pekerjaan secara efektif. Karena itu kita perlu untuk melihat lebih jauh bagaimana faktor sumber daya dalam program *Home Care* saat pandemi di Puskesmas Kassi Kassi.

Meskipun sumber-sumber dalam implementasi telah mencukupi, implementator sudah mengetahui apa dan bagaimana cara melakukannya dan mereka memiliki keinginan untuk melakukannya, implementasi masih memungkinkan tidak berjalan dengan efektif jika belum memiliki struktur birokrasi sehingga dalam menjalankan implementasi kebijakan sumber daya manusia yang ditugaskan tidak memiliki pembagian tugas dan wewenang yang

jelas yang mampu mengakibatkan tidak efektif dan efisiennya apa yang dikerjakannya.

Sementara salah satu misi dari Puskesmas Kassi Kassi adalah meningkatkan kualitas dalam pelayanan kesehatan. Puskesmas dengan sistem digitalisasi yang baik dan berlantai tiga ini jika terus ditolak dalam melayani pasien *Home Care* dapat menjadikan misi tersebut tidak tercapai sepenuhnya jika salah satu layanan tidak maksimal. Yang dimana jumlah layanan Puskesmas Kassi Kassi sebanyak 17 layanan dengan *Home Care* adalah salah satu layanannya. Keluhan pasien *Home Care* tersebut saat mendapatkan pelayanan berbanding terbalik dalam hasil penelitian Suprpto yang berjudul efektivitas penggunaan layanan *Home Care* dalam pelayanan kesehatan pada Puskesmas Barombong Kota Makassar. Kesimpulan dari penelitian tersebut adalah bahwa penggunaan layanan *Home Care* sudah efektif dalam memberikan pelayanan, penilaian ini berdasarkan lima indikator pelayanan yaitu kehandalan, ketanggapan, jaminan, empati dan bukti fisik yang telah diterima oleh masyarakat di Kota Makassar (Suprpto, 2018)

Kemudian pada penelitian mengenai Implementasi Program *Home Care* (Dottorotta) di Kota Makassar pada tahun 2019 oleh (Arsita, 2019) bahwa pelayanan *Home Care* sudah berjalan dan terlaksana dengan maksimal sesuai dengan model implementasi kebijakan yang perspektif *top down* menurut pandangan Edwards III. Dari hasil penelitian ini artinya pelaksanaan *Home Care* di Kota Makassar pada tahun 2019 atau sebelum pandemi COVID-19 sudah berjalan dengan baik. Namun, saat ini diketahui pelaksanaan *Home Care* di

Puskesmas Kassi Kassi menghadapi beberapa kendala yang telah dipaparkan sebelumnya.

Berdasarkan masalah yang telah dijelaskan sebelumnya maka pada penelitian ini menggunakan teori Edward III dimana hal-hal yang dapat mempengaruhi implementasi kebijakan yaitu komunikasi, sumber daya, sikap dan struktur birokrasi. Adapun rancangan penelitian yaitu penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif menurut Denzin dan Lincoln adalah penelitian yang menggunakan latar alamiah, dengan maksud menafsirkan fenomena yang terjadi dan dilakukan dengan menggunakan berbagai metode. Metode penelitian kualitatif disebut sebagai metode penelitian naturalistik, tidak menggunakan model matematik, statistik dan komputer untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian (Mamik, 2015).

Masalah yang dihadapi oleh Puskesmas Kassi Kassi dalam melaksanakan program *Home Care* menjadi salah satu alasan dipilihnya menjadi tempat penelitian. Setelah melihat kendala yang disebutkan sebelumnya mengenai pelaksanaan program *Home Care* saat pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi, sepertinya sudah tidak berjalan dengan maksimal. Oleh karena itu, diperlukan adanya penelitian dan pengkajian mengenai mengapa hal tersebut terjadi di Puskemas Kass -Kassi.

B. Rumusan Masalah

Sesuai dengan uraian latar belakang di atas, maka peneliti mencoba untuk merumuskan permasalahan yaitu bagaimana melaksanakan program pelayanan

kesehatan *Home Care* (Dottorotta) saat Pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan untuk mengetahui pelaksanaan program pelayanan kesehatan *Home Care* (Dottorotta) saat Pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui bagaimana komunikasi pelaksanaan program pelayanan kesehatan *Home Care* (Dottorotta) saat Pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar.

b. Untuk mengetahui bagaimana sumber daya pelaksanaan program pelayanan kesehatan *Home Care* (Dottorotta) saat Pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar.

c. Untuk mengetahui bagaimana sikap pelaksanaan program pelayanan kesehatan *Home Care* (Dottorotta) saat Pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar.

d. Untuk mengetahui bagaimana struktur birokrasi pelaksanaan program pelayanan kesehatan *Home Care* (Dottorotta) saat Pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi Dinas Kesehatan Kota Makassar

Hasil penelitian ini diharapkan akan menjadi masukan mengenai pelaksanaan program pelayanan kesehatan *Home Care* (Dottorotta) saat Pandemi COVID-19.

2. Manfaat bagi Puskesmas Kassi Kassi

Hasil penelitian ini diharapkan akan menjadi pertimbangan dan masukan dalam pelaksanaan program *Home Care* (Dottorotta) saat Pandemi COVID-19 di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar.

3. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan akan menjadi salah satu sumber untuk memperkaya ilmu pengetahuan dan referensi bagi peneliti selanjutnya maupun pembaca, terutama pada aspek pelayanan kesehatan dan program kebijakan kesehatan.

4. Manfaat Bagi Penulis

Bagi penulis pada penelitian ini akan mendapatkan banyak pengalaman yang sangat berharga, dapat melihat kondisi sosial dan kesehatan masyarakat sesuai dengan ilmu yang telah dipelajari dalam menerapkan ilmu pengetahuan serta salah satu syarat untuk mendapat gelar SKM.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Implementasi Kebijakan Kesehatan

1. Pengertian Implementasi Kebijakan

a. Implementasi Kebijakan

Dalam KBBI implementasi berarti pelaksanaan, penerapan. Sedangkan mengimplementasikan berarti melaksanakan, menerapkan. Implementasi kebijakan pada dasarnya adalah sebuah proses yang dilakukan untuk mencapai suatu tujuan (Rahayu, Suprpto and Palupi, 2020). Implementasi kebijakan merupakan aktivitas yang terlihat setelah dikeluarkan pengarahannya yang sah dari suatu kebijakan yang meliputi upaya mengelola input untuk menghasilkan output atau outcomes bagi masyarakat. Grindle (1980) dalam (Akib, 2020) bahwa implementasi merupakan proses umum tindakan administratif yang dapat diteliti pada tingkat program tertentu.

Proses implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, program kegiatan telah tersusun dan dana telah siap dan disalurkan untuk mencapai sasaran. (Wibawa and Samodra, 1994) bahwa implementasi kebijakan merupakan tindakan yang dilakukan oleh (organisasi) pemerintah dan swasta baik secara individu maupun secara kelompok yang dimaksudkan untuk mencapai tujuan. Ini berarti implementasi sebagai salah satu proses dalam kebijakan berperan penting agar kebijakan dapat diwujudkan dengan maksimal.

b. Kebijakan

Berikut pengertian kebijakan menurut beberapa ahli dalam (Nawawi, 2009), yaitu

- 1) Menurut Jones kebijakan adalah keputusan tetap yang dicirikan oleh konsistensi dan pengulangan (repetitiveness) tingkah laku dari mereka yang membuat dan dari mereka yang mematuhi keputusan tersebut.
- 2) Prewitt (1973), kebijakan adalah sebuah ketetapan yang berlaku yang dicirikan oleh perilaku yang konsisten dan berulang, baik dari yang membuatnya maupun yang mentaatinya (yang terkena kebijakan itu).
- 3) Timtuss (1974) mendefinisikan kebijakan sebagai prinsip-prinsip yang mengatur tindakan yang diarahkan kepada tujuan-tujuan tertentu. Menurut Timtuss kebijakan selalu berorientasi pada masalah dan berorientasi pada tindakan.

Berdasarkan pengertian-pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa kebijakan adalah suatu keputusan atau ketetapan yang mengandung prinsip-prinsip yang dibuat untuk dipatuhi dan ditaati agar suatu tujuan bisa tercapai.

2. Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan melingkupi berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang berdampak pada kesehatan yang melingkupi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, dengan melibatkan pelaku/aktor baik pada skala individu maupun organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, LSM dan representasi masyarakat (Ayuningtyas, 2015).

Sederhananya, kebijakan kesehatan juga dapat dipahami sebagai kebijakan publik yang berlaku di bidang kesehatan. Urgensi kebijakan kesehatan sebagai bagian dari kebijakan publik semakin menguat mengingat karakteristik unik yang ada pada sector kesehatan yaitu

- a. Karena sektor kesehatan menyangkut hidup orang banyak dan kepentingan masyarakat luas menjadikan sektor kesehatan sangat kompleks.
- b. *Consumer igronance*, keawanan masyarakat membuat posisi dan relasi antara masarakat dan tenaga medis menjadi tidak seaja dan cenderung berpola paternalistk. Artinya masyarakat atau pasien tidak memiliki posisi tawar yang baik, bahkan hamper tanpa daya tawar ataupun daya pilih.
- c. Kesehatan juga memiliki sifat ketidakpastian (*uncertainty*). Kemampuan ekonomi rakyat sama sekali tidak terkait akan kebutuhan pelayanan kesehatan. Siapapun itu baik yang kaya maupun miskin, ketika ia sakit tentunya akan membutuhkan layanan kesehatan. Selain itu, seseorang tidak akan pernah tahu kapan ia akan sakit dan berapa biaya yang akan ia keluarkan. Karena itu, pemerintah harus berperan untuk menjamin masyarakat bisa mendapatkan pelayanan kesehatan ketika membutuhkan, utamanya masyarakat miskin.
- d. Karakteristik sektor kesehatan selanjutnya adalah eksternalitas, yaitu keuntungan yang dinikmati atau kerugian yang diderita oleh sebagian masyarakat karena tindakan kelompok masyarakat lainnya. Eksternaltas

ini dapat berbentuk positif atau negatif dalam sektor kesehatan. Contohnya, jika disuatu lingkungan rukun warga sebagian besar masyarakat tidak menerapkan pola hidup sehat sehingga terdapat sarang nyamuk *Aedes aegypti*, maka dampaknya kemungkinan tidak hanya mengenai sebagian masyarakat tersebut melainkan diderita pula oleh kelompok masyarakat lain yang telah menerapkan perilaku hidup bersih.

Dengan berbagai karakteristik kesehatan di atas, artinya pemerintah wajib berperan dalam membuat kebijakan di sektor kesehatan dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan bagi setiap warga negara. Karena begitu strategis dan pentingnya sektor kesehatan, WHO menetapkan delapan elemen yang harus tercakup dan menentukan kualitas dari sebuah kebijakan kesehatan (Ayuningtyas, 2015), yaitu

- a. Pendekatan holistik, kesehatan sebaiknya didefinisikan sebagai sesuatu yang dinamis dan lengkap dari dimensi fisik, mental, sosial dan spiritual. Artinya, pendekatan dalam kebijakan kesehatan tidak dapat semata-mata mengandalkan upaya kuratif, tetapi lebih mempertimbangkan upaya preventif, promotif dan rehabilitatif.
- b. Partisipatori, partisipasi masyarakat akan meningkatkan efisiensi dan efektivitas kebijakan, karena melalui partisipasi masyarakat dapat dibangun *collective action* atau aksi bersama masyarakat) yang akan menjadi kekuatan pendorong dalam pengimplementasian kebijakan dan penyelesaian masalah.

- c. Kebijakan publik yang sehat, yaitu setiap kebijakan harus diarahkan untuk mendukung terciptanya pembangunan kesehatan yang kondusif dan berorientasi kepada masyarakat.
- d. Ekuitas, yaitu harus terdapat distribusi yang merata dari layanan kesehatan. Ini berarti negara wajib menjamin pelayanan kesehatan setiap warga negara tanpa memandang status ekonomi maupun status sosialnya karena kesehatan merupakan hak asasi manusia dan merupakan peran negara yang paling minimal dalam melindungi warga negaranya.
- e. Efisiensi, yaitu layanan kesehatan harus berorientasi proaktif dengan mengoptimalkan biaya dan teknologi.
- f. Kualitas, artinya pemerintah harus menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh warga negara. Disamping itu, dalam menghadapi persaingan pasar bebas dan menekan pengaruh globalisasi dalam sektor kesehatan, pemerintah perlu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan setara dengan pelayanan kesehatan bertaraf internasional.
- g. Pemberdayaan masyarakat, terutama pada daerah terpencil, dan daerah perbatasan untuk mengoptimalkan kapasitas sumber daya yang dimiliki. Pemberdayaan ini dilakukan dengan mengoptimalkan *social capital*.
- h. *Self-reliant*, kebijakan kesehatan yang ditetapkan sebisa mungkin dapat memenuhi keyakinan dan kepercayaan masyarakat akan kapasitas kesehatan di wilayah sendiri. Pengembangan teknologi dan riset bertujuan untuk membantu memberdayakan masyarakat dan otoritas

nasional dalam mencapai standar kesehatan yang ditetapkan di masing-masing negara.

3. Model dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan

Berbagai pendekatan dalam implementasi kebijakan baik terkait dengan implementor, sumber daya lingkungan, metoda, permasalahan dan tingkat kemajemukan sebagai implementor mempunyai peranan penting dalam pengendalian implementasi kebijakan. Keberhasilan implementasi kebijakan akan ditentukan oleh banyak variabel atau faktor dan masing-masing variabel tersebut saling berhubungan satu sama lain (Nawawi, 2009). Berikut adalah model atau teori implementasi

a. Teori George C. Edwards III

Model implementasi kebijakan yang berspektif top down menurut pandangan Edwards III (1980) dalam (Nawawi, 2009). Edward III dalam (Ayuningtyas, 2018) menjelaskan bahwa ada empat isu pokok agar implementasi kebijakan menjadi efektif yaitu, komunikasi, sumber daya, disposisi atau sikap dan struktur birokrasi.

1) Komunikasi yang berkenaan dengan bagaimana kebijakan dikomunikasikan pada suatu organisasi atau publik, ketersediaan sumber daya dalam pelaksanaan program, sikap dan tanggapan dari pihak yang terlibat, dan bagaimana struktur organisasi pelaksana kebijakan.

- 2) Sumber daya yang berkenaan dengan ketersediaan sumber daya manusia sebagai pendukung dan dengan kecakapan pelaksana kebijakan publik untuk carry out kebijakan secara efektif.
- 3) Sikap sebagai derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu objek psikologis. Sikap sebagai suatu pola perilaku, tendensi, atau kesiapan antisipatifm predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial atau sikap adalah respon terhadap stimulus sosial yang telah terkondisikan.
- 4) Struktur birokrasi yang berkenaan dengan kesesuaian organisasi birokrasi yang menjadi penyelenggara implementasi.

b. Teori Donald S. Van Meter & Carl E. Van Horn (1975)

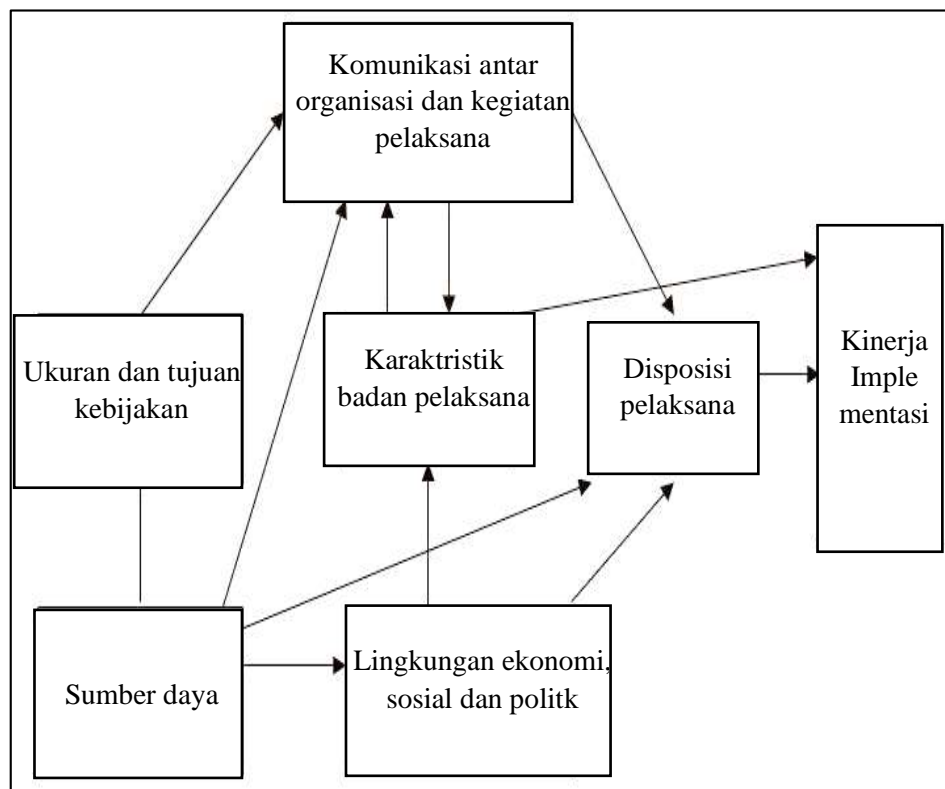
Dalam implementasi kebijakan menurut Donald S. Van Meter & Carl E. Van Horn dalam (Nawawi, 2009), ada 6 variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi, yakni

- 1) Standar sasaran kebijakan. Setiap kebijakan harus mempunyai standa suatu sasaran kebijakan jelas dan terukur. Dengan ketentuan tersebut tujuannya dapat terwujudkan. Dalam standard an sasaran kebijakan tidak jelas, sehingga tidak bias terjadi multi-interpretasi dan mudah menimbulkan kesalahpahaman dan konflik antara para agen implementasi.
- 2) Sumber daya. Dalam suatu implementasi kebijakan perlu dukungan sumber daya baik sumber daya manusia (*human resources*), maupun sumber daya matrial (*matrial resources*), dan sumber data metoda

(*method resources*). Dari ketiga sumber daya tersebut, yang paling penting adalah sumber daya manusia, karena disamping sebagai subjek implementasi kebijakan juga termasuk objek kebijakan publik.

- 3) Komunikasi antar organisasi dan penguatan aktivitas. Dalam banyak program implementasi kebijakan, sebagai realitas dari program kebijakan perlu hubungan yang baik antar instansi yang terkait, yaitu dukungan komunikasi dan koordinasi. Untuk itu, diperlukan koordinasi dan kerjasama antar instansi bagi keberhasilan suatu program tersebut. Komunikasi dan koordinasi merupakan salah satu urat nadi dari sebuah organisasi agar program p
- 4) Karakteristik agen pelaksana. Dalam suatu implementasi kebijakan agar tercapai keberhasilan maksimal harus diidentifikasi dan diketahui karakteristik agen pelaksana yang mencakup struktur birokrasi, norma-norma dan pola-pola hubungan yang terjadi dalam birokrasi, semua itu akan mempengaruhi implementasi suatu program kebijakan yang telah ditentukan.
- 5) Disposisi implementor. Dalam implementasi kebijakan sikap atau disposisi implementor dibedakan menjadi tiga hal yaitu pertama, respon implementor terhadap kebijakan, yang terkait dengan kemampuan implementor untuk melaksanakan kebijakan. Kedua, kondisi yaitu pemahaman terhadap kebijakan yang telah ditetapkan. Ketiga, intensitas disposisi implementor yaitu preferensi nilai yang dimiliki tersebut.

6) Lingkungan kondisi sosial, ekonomi dan politik. Variabel ini mencakup sumber daya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan, sejauh mana kelompok-kelompok kepentingan memberikan dukungan bagi implementasi kebijakan, karakteristik pada partisipan yaitu mendukung atau menolak, bagaimana sifat opini publik yang ada di lingkungan dan apakah elit politik mendukung implementasi kebijakan.



Gambar 2.1 Model Implementasi Kebijakan Menurut Van Meter & Van Horn

Sumber : (Nawawi, 2009)

c. Teori Marille S. Grindle (1980)

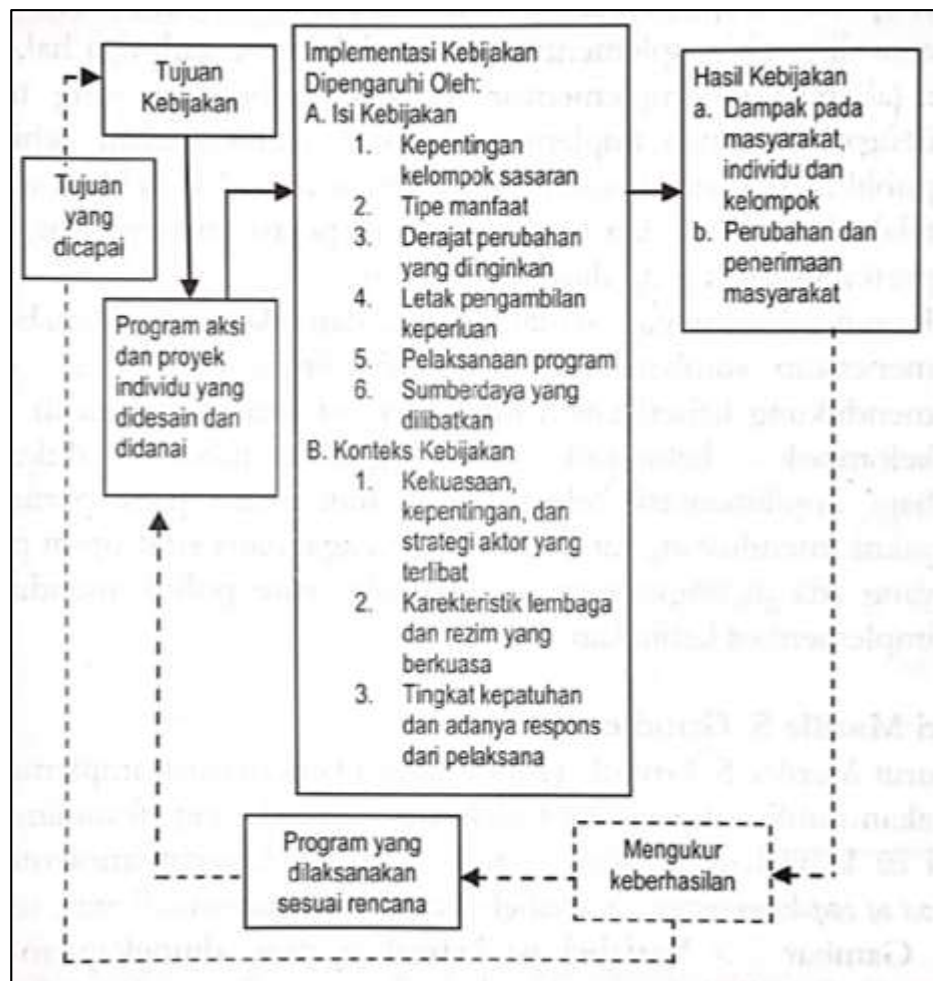
Menurut Merilee S. Grindle (1980) dalam (Nawawi, 2009) bahwa keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh dua variabel yang fundamental, yakni isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan

implementasi (*context of implementation*). Variabel isi kebijakan model ini mencakup hal sebagai berikut.

- 1) Sejauh mana kepentingan kelompok sasaran atau *target groups* termuat dalam ini kebijakan publik
- 2) Jenis manfaat yang diterima oleh *target group*
- 3) Sejauh mana perubahan yang diinginkan oleh kebijakan
- 4) Apakah letak sebuah program sudah tepat
- 5) Apakah sebuah kebijakan telah menyebutkan implementornya dengan rinci
- 6) Sumber daya yang disebutkan apakah sebuah program didukung sumber daya yang memadai.

Sedangkan, variabel lingkungan kebijakan mencakup hal-hal sebagai berikut, yaitu :

- 1) Seberapa besar kekuasaan, kepentingan dan strategi yang dimiliki oleh para actor yang terlibat dalam implementasi kebijakan
- 2) Karakteristik institusi dan rezim yang sedang berkuasa
- 3) Tingkat kepatuhan dan responsivitas kelompok sasaran



Gambar 2.2 Implementasi sebagai Proses Politik dan Administrasi
 Sumber : (Nawawi, 2009)

B. Tinjauan Umum tentang Pedoman *Home Care* (Pedoman *Home Care* Kota Makassar)

1. Definisi *Home Care*

Home Care berasal dari kata *Home* : rumah dan *Care* : perawatan.

Sehingga dapat dikatakan bahwa *Home Care* adalah perawatan yang dilakukan di rumah. *Home Care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan

meminimalkan akibat dari penyakit. Menurut (Kholifah, 2018) *Home Care* merupakan salah satu bentuk pelayanan keperawatan termasuk pada asuhan keperawatan komunitas yang dilaksanakan di rumah. Pelaksanaan *Home Care* sendiri merupakan aplikasi dari berbagai macam ilmu keperawatan yang mempelajari manusia baik sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2. Landasan Hukum

Landasan Hukum *Home Care* adalah sebagai berikut.

- a. UU Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- b. PP No. 25 Tahun 2020 tentang Perimbangan Keuangan Pusat Dan Daerah.
- c. UU No 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
- d. UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- e. Kepmenkes No. 1239 Tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat,
- f. Kepmenkes No. 279 Tahun 2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Permenkes.
- g. PP No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
- h. Permenkes RI No. HK. 02.02/MENKES/148/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat.
- i. Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas.
- j. Perda No. 5 Tahun 2014 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah 2014-2016.

- k. Peraturan Walikota Makassar No. 63 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*Home Care*) di Kota Makassar.

3. Tujuan dan Manfaat *Home Care*

Tujuan khusus dari pelayanan *Home Care* antara lain :

- a. Terpenuhi kebutuhan dasar bagi pasien secara bio-psiko-sosio-spiritual
- b. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga dalam pemeliharaan dan perawatan anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan
- c. Terepuhinya kebutuhan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah sesuai kebutuhan pasien (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Departemen RI)

Manfaat dari pelayanan *Home Care* bagi pasien antara lain :

- a. Pelayanan akan lebih sempurna, holistic dan komprehensif
- b. Pelayanan lebih profesional
- c. Pelayanan keperawatan mandiri bisa diaplikasikan dengan dibawah naungan legal dan etik keperawatan.
- d. Kebutuhan pasien akan dapat terpenuhi sehingga pasien akan lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang profesional.

4. Prinsip *Home Care*

Adapun beberapa prinsip pelayanan *Home Care* yaitu sebagai berikut.

- a. Mengelola pelayanan keperawatan kesehatan di rumah yang dilaksanakan oleh perawat/TIM yang memiliki keahlian khusus dibidang tersebut

- b. Pelaksana *Home Care* adalah terdiri dari profesi kesehatan yang ada (dokter, bidan, perawat, ahli gizi, apoteker, sanitarian dan tenaga profesi yang lain)
- c. Mengaplikasikan konsep sebagai dasar mengambil keputusan dalam praktik.
- d. Mengumpulkan dan mencatat data dengan sistematis, akurat dan komprehensif secara terus-menerus.
- e. Menggunakan data hasil pengkajian untuk menetapkan diagnose keperawatan.
- f. Mengembangkan rencana keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan yang dikaitkan dengan tindakan-tindakan pencegahan, terapi dan pemulihan.
- g. Memberikan pelayanan keperawatan dalam rangka menjaga kenyamanan, penyembuhan, peningkatan kesehatan dan pencegahan komplikasi.
- h. Mengevaluasi secara terus-menerus respon pasien dan keluarga terhadap intervensi keperawatan.
- i. Bertanggungjawab terhadap pasien dan keluarga akan pelayanan yang bermutu melalui manajemen kasus, rencana penghentian asuhan keperawatan (*discharge planning*) dan koordinasi dengan sumber-sumber di komunitas.
- j. Memelihara hubungan diantara anggota tim untuk menjamin agar kegiatan yang dilakukan anggota tim saling mendukung.

- k. Mengembangkan kemampuan professional dan berkontribusi pada pertumbuhan kemampuan professional tenaga yang lain.
- l. Berpartisipasi dalam aktivitas riset untuk mengembangkan pengetahuan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah.
- m. Menggunakan kode etik keperawatan dalam melaksanakan praktik keperawatan.

5. Unsur Pelayanan *Home Care*

Unsur pelayanan *Home Care* ada 4 yaitu

- a. Pengelola adalah Dinas Kesehatan Kota Makassar yang bertanggungjawab terhadap pelayanan *Home Care* Kota Makassar.
- b. Pelaksana terdiri dari dokter, tenaga keperawatan dan tenaga professional lain dan non professional dari seluruh Puskesmas di Makassar.
- c. Klien adalah pasien *Home Care* dan keluarga yang bertanggungjawab dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien.
- d. Koordinator kasus adalah seorang perawat dengan kriteria tertentu baik yang masih aktif maupun yang sudah memasuki masa pension. Mereka bisa berasal dari Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik, Petugas Kesehatan Swasta dan lain-lain. Seorang Koordinator Kasus dapat mengkoordinir 10 sampai 20 orang pelaksana perawatan yang bekerja baik secara sukarela maupun yang menerima imbalan dari Lembaga Swadaya Masyarakat atau masyarakat.

6. Pemanfaatan *Home Care*

a. Kriteria Pendaftaran *Home Care*

Kriteria yang umum pasien berhak mendapatkan pelayanan *Home Care* :

- 1) *Homebund* yaitu pasien yang akan mendapatkan pelayanan *Home Care* memiliki tempat tinggal.
- 2) Kebutuhan akan pelayanan terampil. Terdapat perawat yang memenuhi kualifikasi dan telah mengikuti pelatihan *Home Care*.
- 3) Rencana Penanganan. Dimana pasien berada dibawah penanganan seorang dokter. Serta, perawat dan dokter bekerjasama dengan pasien mengembangkan suatu rencana perawatan meliputi semua diagnosis, pelayanan dan peralatan yang dibutuhkan pasien.
- 4) Masuk akal dan diperlukan. Pasien yang akan menerima pelayanan *Home Care* memenuhi persyaratan pasien *Home Care* Kota Makassar.

b. Syarat Pasien *Home Care*

Persyaratan pasien yang menerima pelayanan *Home Care* adalah

- 1) Mempunyai keluarga atau pihak lain yang bertanggungjawab atau menjadi pendamping bagi pasien dalam berinteraksi dengan pengelola.
- 2) Bersedia menandatangani persetujuan setelah diberikan informasi (*informed consent*).
- 3) Bersedia melakukan perjanjian kerja dengan pengelola perawatan kesehatan di rumah untuk memenuhi kewajiban, tanggungjawab dan haknya dalam menerima pelayanan

c. Hal Legal Pasien dan Kerahasiaan

1) Hak dan Tanggungjawab Pasien

Hak pasien yang dilindungi oleh hukum yaitu sebagai berikut.

- a) Pasien berhak atas perawatan yang lengkap, dilakukan dengan kompeten dan memiliki kualitas tertinggi.
- b) Pasien harus mendapat respons yang cepat saat membutuhkan bantuan.
- c) Pasien harus diperlakukan sama dan tanpa membedakan ras, keyakinan, jenis kelamin, umur, suku, kebangsaan, ketidakmampuan atau sumber asuransi.
- d) Pasien memiliki hak untuk mengetahui masalah, rencana perawatan dan pengobatannya.
- e) Pasien memiliki supaya *property*/perabotannya di rumah diperlakukan dengan hormat.
- f) Pasien memiliki hak supaya informasi medisnya dirahasiakan.
- g) Pasien memiliki hak untuk mengungkapkan duka cita atau keberatan tanpa suatu rasa takut bahwa ia akan dibalas.
- h) Pasien berhak mendapat informasi dari perawat jika ia akan dipulangkan.
- i) Pasien berhak untuk memformulasikan dokumen tertulis (*advance directive*)
- j) Pasien berhak menolak tindakan setelah mendapat informasi lengkap.

2) Kewajiban Pasien

- a) Mematuhi perjanjian
 - b) Mentaati rencana yang telah dibuat
 - c) Membayar jasa pelayanan
 - d) Menghargai hak pelaksana
- 3) Tanggungjawab pasien yang harus disampaikan oleh perawat pada saat kunjungan pertama. Tanggungjawab ini meliputi :
- a) Memberi tahu perawat atau dokter jika pasien mengalami perubahan status fungsi, sosial atau fisik.
 - b) Memberitahu perawat atau dokter jika terdapat masalah atau perubahan yang akan mempengaruhi rencana perawatan.
 - c) Bekerjasama seluas mungkin dengan perawat pelaksana perawatan dirumah, ahli terapi, asisten dan pemberi perawatan yang lain.
 - d) Mengikuti rencana perawatan yang disusun berdasarkan pemahaman, persetujuan dan kerjasamanya sendiri.

4) Kerahasiaan Pasien

Ada beberapa langkah yang sangat mendasar yang harus diikuti perawat dalam melindungi kerahasiaan pasien, diantaranya :

- a) Perawat tidak boleh meninggalkan catatan medis pasien sembarangan, seperti di dalam mobil atau di dalam tas.
- b) Perawat tidak boleh menulis catatan klinis di tempat umum yang memungkinkan orang lain memperoleh akses untuk mendapatkan informasi medis pasien.

- c) Jika seorang perawat menggunakan pelayanan pengetikan untuk mengetik catatan diktatnya, identitas pasien harus dihapus. Gunakan inisial pasien atau nomor registrasi untuk mengidentifikasi pasien.
- d) Selalu lindungi catatan klinis dan akses yang tidak memiliki wewenang, misalnya dengan menutup catatan klinis atau membalik catatan saat meninggalkan ruangan atau meja tulis seseorang untuk sementara.

5) Kerahasiaan di Dalam Rumah Pasien

Perawat tidak boleh secara terbuka membagi rahasia pribadi pasien dengan anggota keluarga tanpa diketahui atau tanpa persetujuan pasien. Hal ini khususnya berlaku pada kerahasiaan kasus HIV, seperti perilaku seksual, penggunaan obat-obatan intravena.

6) *Informed Consent*

Pasien harus menandatangani *informed consent* sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan.

d. Pemberi Pelayanan *Home Care*

Pemberi pelayanan *Home Care* Kota Makassar adalah :

1) Dokter

Pemberi *Home Care* harus berada di bawah perawatan dokter. Dokter harus sudah menyetujui rencana perawatan, sebelum perawatan diberikan kepada pasien. Rencana perawatan meliputi : diagnose, status mental, tipe pelayanan dan peralatan yang dibutuhkan, frekuensi

kunjungan, prognosis, kemungkinan untuk rehabilitasi, pembatasan fungsional, aktivitas yang diperbolehkan, kebutuhan nutrisi, pengobatan dan perawatan.

2) Perawat

Bidang keperawatan dalam *Home Care*, mencakup fungsi langsung dan tidak langsung. *Direct care* yaitu aspek fisik aktual dari perawatan, semua yang membutuhkan kontak fisik dan interaksi *face to face*. Aktivitas yang termasuk dalam *direct care* mencakup pemeriksaan fisik, perawatan luka, injeksi, pemasangan dan penggantian kateter dan terapi intravena. *Direct care* juga mencakup tindakan mengajarkan pada pasien dan keluarga bagaimana menjalankan suatu prosedur dengan benar. *Indirect care* terjadi ketika pasien tidak perlu mengadakan kontak personal dengan perawat. Tipe perawatan ini terlihat saat perawat *Home Care* berperan sebagai konsultan untuk personil kesehatan yang lain atau bahkan pada penyedia perawatan di rumah sakit.

3) *Physical Therapist*

Menyediakan perawatan pemeliharaan, pencegahan dan penyembuhan pada pasien di rumah. Perawatan yang diberikan meliputi perawatan langsung dan tidak langsung. Perawatan langsung meliputi penguatan otot, pemulihan mobilitas, mengontrol spastisitas, latihan berjalan dan mengajarkan latihan gerak pasif dan aktif. Perawat tidak

langsung meliputi konsultasi dengan petugas *Home Care* lain dan berkontribusi dalam konferensi konferensi perawatan pasien.

4) *Speech Pathologist*

Tujuan dari *speech therapy* adalah untuk membantu pasien mengembangkan dan memelihara kemampuan berbicara dan berbahasa. *Speech pathologist* juga bertugas memberi konsultasi kepada keluarga agar dapat berkomunikasi dengan pasien, serta mengatasi masalah gangguan menelan dan malan yang dialami pasien.

e. **Pengelola *Home Care***

1) Persyaratan Pengelola

- a) Merupakan bagian institusi pelayanan kesehatan pemerintah atau swasta atau unit mandiri yang berbadan hukum.
- b) Mendapat izin mengelola dari Pemda dengan rekomendasi dari Dinkes.
- c) Memiliki kantor dengan alamat jelas.
- d) Memiliki sarana komunikasi.
- e) Memiliki peralatan pelayanan kesehatan.
- f) Mampu menyediakan transportasi yang dibutuhkan klien,
- g) Memiliki tenaga (pimpinan, administrasi dan perawat minimal D3 yang purna waktu).
- h) Mampu menyediakan tenaga profesional atau non yang bersertifikat pelatihan *Home Care*.
- i) Punya kerjasama dengan Rumah Sakit Rujukan.

2) Hak Pengelola

- a) Mengelola *Home Care* sesuai standar.
- b) Menerima hak imbalan jasa.
- c) Punya akses dengan pemerintah yang mengendalikan *Home Care*.
- d) Mendapat dukungan dari pelaksana pelayanan dan klien atas pengelola yang menjadi tanggungjawabnya.
- e) Mendapatkan tenaga pelaksana pelayanan *Home Care*.
- f) Menetapkan mitra kerja yang mendukung *Home Care*.

3) Kewajiban

- a) Pengelola menjamin pelayanan professional dan bermutu.
- b) Mematuhi kontrak.
- c) Memberikan perlakuan yang baik kepada pelaksana dan klien.
- d) Meningkatkan pengetahuan pelaksana pelayanan.
- e) Menyediakan sarana administrasi.
- f) Mematuhi peraturan yang berlaku terkait *Home Care*.
- g) Menerapkan system *reward* dan *punishment*.
- h) Melaksanakan pengawasan, pengendalian terhadap kinerja pelaksana.
- i) Melaksanakan kewajiban yang harus diberikan kepada pelaksana dan klien.

4) Syarat Perawat *Home Care*

- a) Berdasarkan SK Dirjen YAN MED Nomor : HK.00.06.5.1.311 menyebutkan ada 23 tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan oleh perawat *Home Care*
- b) Kompetensi dasar yang harus dimiliki dalam melaksanakan tindakan *Home Care* yaitu
- (1) Memahami dasar-dasar anatomi, fisiologi, patologi tubuh secara umum.
 - (2) Melaksanakan pemberian obat kepada klien/pasien
 - (3) Memahami jenis pemeriksaan laboratorium dasar yang diperlukan oleh klien/pasien.
 - (4) Menunjukkan kemampuan melakukan komunikasi terapeutik.
 - (5) Menunjukkan kemampuan mengasuh bayi, balita, anak, dan lansia sesuai tingkat perkembangan.
 - (6) Menunjukkan kemampuan melayani klien/pasien berpenyakit ringan.
 - (7) Mendokumentasikan hasil pelaksanaan kebutuhan pasien/klien yang penyakit ringan.
 - (8) Menerapkan Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Lingkungan Hidup (K3LH).
 - (9) Memahami kontinum sehat-sakit
 - (10) Memahami dasar-dasar penyakit sederhana yang umum di masyarakat.

- (11) Memahami peningkatan kesehatan dan pelayanan kesehatan utama.
- (12) Memahami pemberian obat.
- (13) Memahami kemampuan interpersonal dan massa.
- (14) Prinsip-prinsip perkembangan manusia.
- (15) Memahami tahap-tahap perkembangan manusia.
- (16) Dewasa muda.
- (17) Memahami sikap pelayanan perawat sesuai dengan tahapan perkembangan.
- (18) Memahami tentang stress.
- (19) Memahami kebutuhan dasar manusia.
- (20) Memahami tentang kesehatan reproduksi.
- (21) Memahami perilaku empatik.
- (22) Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital.
- (23) Melakukan mobilisasi pasif terhadap klien/pasien.
- (24) Melakukan pemberian nutrisi.
- (25) Melaksanakan dokumentasi tindakan keperawatan,
- (26) Melaksanakan tugas sesuai dengan etika keperawatan dan kaidah hukum

5) Lingkup Praktek Keperawatan *Home Care*

Lingkup pelayanan *Home Care* dalam praktik keperawatan meliputi :

- a) Pelayanan medik dan asuhan keperawatan.

- b) Pelayanan sosial dan upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik
- c) Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik
- d) Pelayanan informasi dan rujukan
- e) Pendidikan, pelatihan dan penyuluhan kesehatan
- f) Hygiene dan sanitasi perorangan serta lingkungan

Lingkup praktik keperawatan mandiri meliputi asuhan keperawatan perinatal, asuhan keperawatan neonatal, asuhan keperawatan anak, asuhan keperawatan dewasa, asuhan keperawatan maternitas, asuhan keperawatan jiwa dan asuhan keperawatan gerontik dilaksanakan sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggungjawab. Keperawatan dapat dilakukan dengan melakukan keperawatan langsung, mendokumentasikan setiap tindakan pelayanan, melakukan koordinasi dengan tim, membela/mendukung (advokat) pasien dalam memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan di rumah serta menentukan frekuensi dan lamanya perawatan kesehatan di rumah.

f. Standar Alat *Home Care*

- 1) Alat Kesehatan
 - a) Tas/kit
 - b) Pemeriksaan Fisik
 - c) Set perawatan luka
 - d) Set emergency
 - e) Set pemasangan selang lambung
 - f) Set huknah

- g) Set memandikan
 - h) Set pengambilan preparat
 - i) Set pemeriksaan lab. sederhana
 - j) Set infus/injeksi
 - k) Sterilisator
 - l) Pot/urinal
 - m) Tiang infus
 - n) Tempat tidur khusus orang sakit
 - o) Pengisap lender
 - p) Perlengkapan oxygen
 - q) Kursi roda
 - r) Tongkat/tripot
 - s) Perlak/alat tenun
- 2) Alat Habis Pakai
- a) Obat emergency
 - b) Perawatan luka
 - c) Suntik/pengambilan darah
 - d) Set infus
 - e) NGT dengan berbagai ukuran
 - f) Huknah
 - g) Kateter
 - h) Sarung tangan, masker
- 3) Sarana lain

- a) Alat dan media pendidikan kesehatan
- b) Ruangan beserta perlengkapannya
- c) Kendaraan
- d) Alat komunikasi
- e) Dokumentasi

g. Mekanisme Pelayanan *Home Care*

Pasien yang memperoleh pelayanan keperawatan di rumah dapat merupakan rujukan dan klinik rawat jalan, unit rawat inap rumah, maupun puskesmas, namun pasien dapat langsung menghubungi *Call Centre* Dinas Kesehatan Kota Makassar untuk memperoleh pelayanan. Mekanisme yang harus dilakukan adalah sebagai berikut.

- 1) Pasien pasca rawat inap atau rawat jalan harus terlebih dahulu oleh dokter untuk menentukan apakah secara medis layak untuk dirawat di rumah atau tidak.
- 2) Selanjutnya apabila dokter telah menetapkan bahwa pasien layak dirawat di rumah, maka dilakukan pengkajian oleh coordinator kasus yang merupakan perawat penanggungjawab, kemudian bersama-sama pasien dan keluarga akan menentukan masalahnya dan membuat perencanaan, membuat keputusan, membuat kesepakatan mengenai pelayanan apa yang akan diterima oleh pasien, kesepakatan juga mencakup jenis pelayanan, jenis peralatan dan jenis sistem pembayaran serta jangka waktu pelayanan.

- 3) Selanjutnya pasien akan menerima pelayanan dari pelaksana pelayanan *Home Care* baik dari puskesmas ataupun dari rumah sakit yang memiliki kerjasama dengan pelaksana *Home Care* Dinas Kesehatan Kota Makassar. Pelayanan dikoordinir dan dikendalikan oleh coordinator kasus setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh tenaga pelaksana pelayanan harus diketahui oleh koordinator kasus.
- 4) Secara periodik koordinator kasus akan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan apakah sudah sesuai dengan kesepakatan.

Adapun prosedur tetap *Home Care* yaitu

1) Prosedur Tetap *Home Care*

Prosedur tetap (Protap) umum *Home Care* adalah pedoman tatalaksana perawatan secara umum, berlaku bagi segenap komponen pelaksana *Home Care*, baik bagi dokter maupun bidan dan perawat.

a) Pelaksana *Home Care* menerima pasien dari dokter penanggungjawab, dokter praktik, institusi pelayanan medis atau atas kemauan pasien (keluarganya) dengan indikasi rawat inap maupun pemulohan kesehatan (*rehabilitatif*) dan perawatan penunjang (*paliatif*) karena berbagai alasan. Langkah awal adalah :

- (1) Pelaksana *Home Care* mencatat identitas pasien di buku register dan kartu status *Home Care*
- (2) Memeriksa tanda-tanda vital (tensi, suhu, nadi, respirasi) dan mencatat di kartu status pasien.

- b) Melakukan hal-hal sebagai berikut.
- (1) Bila ada instruksi tertulis, lakukan sesuai instruksi/tindakan
 - (2) Bila belum ada instruksi, konsultasi dokter
 - (3) Bila dokter sulit dihubungi, berikan pertolongan pertama sesuai keadaan pasien pada saat itu, misalnya pasang infus, perawatan luka, pasang kateter dan lain-lain.
 - (4) Setelah diberikan terapi/tindakan, berikan penjelasan kepada pasien atau keluarganya tentang cara-cara mengawasi infus dan tindakan medis lainnya.
 - (5) Mencatat setiap tindakan/terapi/konsultasi dalam lembar status pasien.
 - (6) Memberitahu keluarga pasien tentang cara menghubungi pelaksana bila sewaktu-waktu diperlukan terkait dengan keluhan pasien.
- c) Awasi keadaan pasien secara berkala, termasuk pengamatan tanda vital. Tulis dan catat dilembar catatan perawat setiap melakukan pengukuran tanda-tanda vital.
- d) Melaksanakan petunjuk/perintah pengobatan selanjutnya dari dokter.
- e) Pemberian obat oral diatur sesuai jadwal pengobatan dan kenyamanan pasien.
- f) Apabila kondisi pasien menurun atau mengalami perubahan mendadak, segera konsultasi ke dokter konsultan (dokter

- penanggungjawab) atau langsung di rujuk ke rumah sakit dengan pendampingan.
- g) Jika terjadi anafilaksis shock, tangani sesuai protap anafilaksis, kemudian baru konsultasi.
 - h) Pelaksana *Home Care* hendaknya memberikan tindakan atas rekomendasi dokter, kecuali dokter tidak bisa dihubungi atau passion memerlukan tindakan cepat.
 - i) Penggunaan obat dan BHP (Bahan Habis Pakai) dicatat dibuku stok masing-masing pelaksana *Home Care*.
 - j) Pasien yang memerlukan pemeriksaan laboratorium disiapkan oleh petugas pelaksana *Home Care*, kemudian dikirim ke bagian laboratorium rumah sakit terdekat. Selanjutnya hasil laboratorium dikonsultasikan ke dokter.
 - k) Konsultasi pasien dapat dilaksanakan melalui telepon atau SMS
 - l) Jika diperlukan follow up, pasien dapat diperiksa ke dokter konsultasn (praktek).
 - m) Rujukan ke rumah sakit didampingi oleh petugas jaga.
 - n) Pasien yang tidak dapat ditangani di rumah atau memerlukan tindakan lebih lanjut atau tindakan operatif, dirujuk ke rumah sakit disertai rujukan dan tindakan sementara yang sudah dilakukan.
 - o) Penggunaan mobil ambulance hendaknya bekerjasama dengan pihak puskesmas atau rumah sakit dan dikenai tarif sesuai dengan

ketentuan yang berlaku, sesuai daftar tariff ambulance di rumah sakit rujukan.

- p) Dokter dan pelaksana *Home Care* tidak diperkenankan menerima sesuatu dan melakukan perjanjian-perjanjian dengan pihak manapun yang berujung pada pembengkakan biaya *Home Care*.
- q) Dokter bersama pelaksana *Home Care* hendaknya membuat standarisasi obat sesuai keperluan berdasarkan indikasi medis dan bekerjasama dengan apotek rumah sakit dalam pengadaan obat. Dalam menentukan jenis obat tentunya mempertimbangkan daya jangkau pasien tanpa mengurangi kualitas obat.
- r) Penggantian petugas pelaksana, oleh sebagai sebab, hendaknya melakukan serah terima, meliputi: kondisi pasien, obat dan tindakan medis, sesuai jadwal yang telah ditetapkan
- s) Semua komponen *Home Care* hendaknya bersikap ramah dengan pasien dan keluarganya, memberikan support serta mendidik pasien berkenaan dengan penyakitnya.

2) Alur Pelayanan *Home Care*

Secara garis besar alur pelayanan yang diberikan adalah :

- a) Setiap pasien, mendapatkan pelayanan *Home Care* melalui dokter penanggungjawab, dokter konsultan atau langsung melalui petugas pelaksana *Home Care*.

- b) Petugas pelaksana *Home Care* melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan instruksi dokter atau prosedur tetap *Home Care* yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Kota Makassar
- c) Petugas pelaksana *Home Care* membuat registrasi dan mencatat di lembar status pasien.
- d) Petugas pelaksana mengunjungi rumah pasien secara berkala.
- e) Petugas pelaksana yang berhalangan dalam perawatan *Home Care* dapat digantikan oleh petugas lain dengan melakukan serah terima
- f) Pasien dirawat hingga sembuh atau hingga akhir perawatan pada perawatan paliatif
- g) Apabila perlu dirujuk, maka pasien dirujuk setelah mendapatkan tindakan stabilitasi.
- h) Apabila penderita meninggal dunia, petugas pelaksana membuat laporan kematian sejak masa perawatan.

Alur pelayanan *Home Care* pasca perawatan bagi Tim *Home Care* rumah sakit :

- a) Tim *Home Care* rumah sakit akan mengidentifikasi pasien yang akan diberikan pelayanan *Home Care*.
- b) Tim *Home Care* rumah sakit kemudian melakukan *assessment* mengenai pelayanan *Home Care* apa saja yang dibutuhkan oleh pasien.
- c) Tim *Home Care* rumah sakit saat melaporkan ke pengelola *Home Care* rumah sakit.

- d) Pengelola *Home Care* rumah sakit menyampaikan laporan ke *Call Centre Home Care* di Dinas Kesehatan Kota Makassar.
- e) *Call centre Home Care* mengidentifikasi puskesmas terdekat yang akan melaksanakan pelayanan *Home Care*.
- f) *Call centre Home Care* menghubungi puskesmas terdekat (kontak person perawat *Home Care* puskesmas) untuk selanjutnya melaksanakan *Home Care*.
- g) *Call centre Home Care* selanjutnya menghubungi keluarga pasien untuk mengkonfirmasi jadwal pelaksanaan *Home Care* pasien.

Alur pelayanan *Home Care* pasca perawatan bagi Tim *Home Care* puskesmas :

- a) *Call centre Home Care* akan menghubungi puskesmas terdekat untuk selanjutnya melaksanakan *Home Care*.
- b) Tim *Home Care* Puskesmas akan mengunjungi pasien *Home Care* dan memeriksa lembaran *assessment* lanjutan dari rumah sakit.
- c) Bila terdapat ketidakjelasan dalam lembar *assessment* lanjutan *Home Care* pasien maka tim *Home Care* puskesmas dapat langsung berkoordinasi ke Tim *Home Care* rumah sakit untuk mendapatkan penjelasan.
- d) Tim *Home Care* Puskesmas membuat perencanaan terkait *assessment Home Care* lanjutan dari rumah sakit serta menghubungi pihak terkait dalam pelayanan *Home Care* (jika dibutuhkan).

- e) Tim *Home Care* akan memberikan *informed-consent* mengenai pelayanan *Home Care* terhadap pasien.
- f) Pasien menandatangani *informed-consent* pelayanan *Home Care*
- g) Tim *Home Care* puskesmas dan profesi lain (jika dibutuhkan) melaksanakan pelayanan *Home Care* (penatalaksanaan medis, asuhan keperawatan, edukasi, dll) sesuai perencanaan yang telah dibuat.
- h) Bila terdapat keluhan pasien terkait pelayanan *Home Care* yang diberikan maka pasien dapat menghubungi tim *Home Care* puskesmas untuk berkonsultasi langsung.

Alur monitoring dan evaluasi pasien *Home Care*

- a) Tim *Home Care* Puskesmas (dokter puskesmas bersama profesi kesehatan lain) wajib melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kondisi pasien.
- b) Monitoring dan evaluasi pasien dilaksanakan sesuai perencanaan pelaksanaan *Home Care* yang disepakati oleh tim *Home Care* puskesmas dan pasien
- c) Monitoring dan evaluasi pasien didokumentasikan dalam lembar *follow up* pasien serta dokumentasi lain yang mendukung.
- d) Bila hasil monitoring dan evaluasi pasien dinilai memburuk, maka tim *Home Care* akan merujuk pasien untuk kembali mendapatkan perawatan ke rumah sakit.

- e) Bila hasil monitoring dan evaluasi pasien dinilai membaik, maka tim *Home Care* akan melanjutkan pelayanan *Home Care* sesuai jadwal *Home Care* yang direncanakan hingga pasien dinyatakan tidak lagi memerlukan pelayanan *Home Care* sesuai kriteria penghentian pelayanan *Home Care*
- f) Tim *Home Care* Puskesmas akan melaporkan ke *call centre* mengenai kondisi pasien (dirujuk/dihentikan)
- g) *Call centre* akan menghubungi pengelola *Home Care* rumah sakit mengenai kondisi pasien.

7. Penghentian Perawatan *Home Care*

Penghentian pelayanan *Home Care* sangat berbeda dalam beberapa hal. Walaupun terdapat aspek tertentu yang berhubungan dengan penghentian perawatan yang fundamental terhadap proses penghentian itu sendiri, tanpa memperhatikan lingkungan perawatan pasien.

a. Perencanaan Penghentian Perawatan

Rencana penghentian perawatan harus dilakukan melalui diskusi dengan pasien dan keluarga.

b. Kriteria Penghentian Perawatan

Secara ideal, perawatan pasien dihentikan saat tujuan atau hasil akhir perawatan dicapai.

c. Pasien yang Stabil Secara Medis

Kestabilan kondisi medis pasien merupakan alasan yang sangat sering muncul dalam penghentian perawatan pasien di rumah dan merupakan hasil akhir yang diharapkan dan diinginkan untuk semua pasien.

d. Keluarga Pasien

Kriteria ini dapat merupakan alasan dan sekaligus solusi yang mungkin supaya perawatan pasien di rumah dihentikan.

e. Pasien Tidak Bersedia untuk Berpartisipasi dalam Rencana Perawatan

Hal ini dapat diketahui melalui beberapa bentuk penolakan aktif, seperti pasien secara terbuka menyatakan tidak ingin mempelajari atau melakukan tindakan tertentu

f. Alasan Penghentian Perawatan yang Lain

Alasannya meliputi pasien tidak stabil (dirawat), pasien menolak pelayanan lebih lanjut, pasien pindah ke tingkat perawatan lain (panti jompo/hospice care/pusat rehabilitasi), pasien pindah (tidak dapat ditemukan), dokter tidak mau menandatangani surat persetujuan atau pasien meninggal.

g. Pendokumentasian Penghentian Perawatan

Setelah perawatan pasien dihentikan, perawatan tidaklah lengkap sebelum pendokumentasian yang tepat selesai. Isi dokumentasi penghentian perawatan pasien diperiksa oleh badan berwenang yang menilik penyelenggaraan perawatan di rumah, juga oleh kebijakan serta prosedur lembaga penyelenggara perawatan di rumah yang khusus.

Adapun alur penghentian layanan *Home Care*

- a. Tim *Home Care* Puskesmas (dokter puskesmas bersama profesi kesehatan lain) melakukan *assessment* terhadap kondisi pasien.
- b. Pelayanan *Home Care* akan dihentikan apabila memenuhi kriteria berikut.
 - 1) Kondisi pasien stabil
 - 2) Program rehabilitasi tercapai maksimal
 - 3) Keluarga pasien sudah mampu melakukan perawatan secara mandiri
 - 4) Pasien dirujuk
 - 5) Pasien menolak pelayanan lanjutan
 - 6) Pasien meninggal dunia
- c. Bila Tim *Home Care* Puskesmas menilai pasien telah memenuhi kriteria penghentian pelayanan *Home Care*, maka Tim *Home Care* akan memberi edukasi ke pasien dan keluarganya bahwa pelayanan *Home Care* akan dihentikan termasuk jadwal control pasien untuk selanjutnya berobat ke puskesmas.
- d. Tim *Home Care* pasien akan melaporkan penghentian pelayanan *Home Care* pasien tersebut kepada *Call Centre Home Care* kemudian jadwal kontrol pasien ke puskesmas.
- e. *Call Centre Home Care* akan melaporkan penghentian pelayanan *Home Care* kepada pengelola *Home Care* rumah sakit
- f. *Call Centre Home Care* akan mengkonfirmasi/mengingatkan pasien pada jadwal yang telah ditetapkan.

8. Kekurangan dan Kelebihan Home Care

a. Kelebihan Pelayanan *Home Care*

- 1) Bisa meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga dalam melakukan pemeliharaan kesehatan
- 2) Meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan
- 3) Pembiayaan yang lebih murah

b. Kekurangan Pelayanan *Home Care*

- 1) Penanganan masa kritis kurang cepat dan kurang efektif
- 2) Kurang perhatian atau pengawasan dari tenaga medis
- 3) Letak geografis yang berjauhan, sehingga sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

C. Tinjauan Umum tentang Puskesmas

1. Definisi Puskesmas

Berikut beberapa pengertian puskesmas, yaitu

- a) Dr. Azrul Azwar, MPH (1980). Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas) adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam suatu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok (Effendy, 1997).
- b) Departemen Kesehatan RI (2004). Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja (Effendi, 2009)

c) Puskesmas adalah sebagai pusat pembangunan kesehatan yang berfungsi mengembangkan dan membina kesehatan masyarakat serta menyelenggarakan pelayanan kesehatan terdepan dan terdekat dengan masyarakat dalam bentuk kegiatan pokok yang menyeluruh dan terpadu di wilayah kerjanya (Anggraeni, 2019).

Dengan demikian puskesmas merupakan organisasi fungsional dalam suatu kabupaten atau kota yang paling pertama memberikan pelayanan kesehatan masyarakat yang bertanggungjawab dalam mengembangkan dan membina masyarakat dengan usaha-usaha di wilayah kerjanya.

2. Tugas, Fungsi dan Kewenangan Puskesmas

Puskesmas menurut Kemenkes (2014) mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Anita, Febriawati and Yandrizal, 2019).

a) Penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat Tingkat Pertama di Wilayah Kerjanya

Dalam melaksanakan fungsi upaya kesehatan masyarakat, puskesmas berwenang untuk :

- 1) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
- 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan

- 4) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sector lain terkait
- 5) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
- 6) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
- 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
- 8) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu dan cakupan pelayanan kesehatan
- 9) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap system kewaspadaan dini dan respon penganggulangan penyakit.

b) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan Tingkat Pertama di Wilayah Kerjanya

Dalam menyelenggarakan fungsi upaya kesehatan perorangan, Puskesmas berwenang untuk :

- 1) Menyenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu
- 2) Menyenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
- 3) Menyenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat

- 4) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung
- 5) Melaksanakan rekam medis
- 6) Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan
- 7) Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan
- 8) Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya
- 9) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan system rujukan.

3. Peran Puskesmas

Puskesmas mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis, dituntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Peran tersebut ditunjukkan dalam bentuk keikutsertaan dalam menentukan kebijakan daerah melalui sistem perencanaan yang matang dan realistis, tata laksana kegiatan yang tersusun rapi, serta sistem evaluasi dan pemantauan yang akurat. Pada masa mendatang, puskesmas juga dituntut berperan dalam pemanfaatan teknologi informasi terkait upaya peningkatan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan terpadu (Effendi, 2009).

D. Sintesa Penelitian

NO	JUDUL (PENELITI/ TAHUN/Type)	MASALAH UTAMA	SUBJEK	INSTRUMENT	METODE	HASIL
1	Evaluasi Program <i>Home Care</i> pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar/ (Ma'mur, Wahidin and Ahmad, 2019)/Jurnal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kadang kala mobil <i>Home Care</i> tidak datang meski telah dihubungi. 2. Pelayanan <i>Home Care</i> saat tengah malam banyak dikeluhkan warga. 3. Pembagian shift dan upah kepada para tenaga medis yang bertugas. 4. Petugas <i>Home Care</i> di Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar tidak memiliki jadwal tetap 	Sumber data dalam penelitian ini diambil dari empat orang petugas <i>Home Care</i>	Pedoman Wawancara dan Teknik Pengumpulan Data dilakukan secara langsung dengan melakukan Observasi dan Wawancara	Pendekatan kualitatif dengan tingkat eksplanasi deskriptif yang menggambarkan serta mengamati secara mendalam	Hasil penelitian menunjukkan bahwa <ul style="list-style-type: none"> - Pada sub variabel input dapat dikatakan cukup baik dengan penilaian indicator alat kesehatan. - Aspek petugas <i>Home Care</i> masih belum memadai karena peran ganda antara melayani masyarakat di puskesmas, juga melayani masyarakat di tempat tinggal. - Pada sub variabel proses, dapat dikatakan cukup baik. - Pada sub variabel output, dapat dikatakan sudah baik karena masyarakat dapat merasakan langsung manfaat dari pelayanan home care.
2	Faktor yang Berhubungan dengan Minat <i>Home Care</i> pada Lansia Penderita Diabetes Melitus di	1. Masyarakat luas masih beranggapan bahwa biaya program untuk menggunakan pelayanan <i>Home Care</i> (perawatan di rumah) mahal karena seseorang yang ingin melakukan pengobatan	Lansia penderita diabetes melitus yang berkunjung di Puskesmas Sudiang Raya sebanyak 57	Pengambilan sampel menggunakan purposive sampling	Penelitian Kuantitatif dengan metode metode survei analitik dengan rancangan Cross sectional.	<ul style="list-style-type: none"> - Ada hubungan antara Pengetahuan dengan minat <i>Home Care</i> pada lansia penderita diabetes melitus - Ada hubungan antara Dukungan keluarga dengan minat home care pada lansia penderita diabetes melitus - Ada hubungan antara Status ekonomi dengan minat <i>Home Care</i> pada lansia

	Puskesmas Sudiang Raya/(Faisal, Muzakkir and Maria, 2018)/Jurnal	didatangi langsung kerumahnya. 2. Jumlah kunjungan pasien lansia Puskesmas Sudiang Raya sangat sedikit bahkan ada ditahun 2016 kemudian tahun berikutnya tidak ada.	orang.			penderita diabetes mellitus
3	Hubungan Kualitas Pelayanan <i>Home Care</i> dengan Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar/(Fahr epi, Rate and Hadi, 2019)/Jurnal	Pelayanan kesehatan di rumah merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang dilakukan ditempat tinggal keluarga untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan keluarga. Home care mengutamakan pemenuhan kepuasan pasien melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa melanggar kode etik dan standar mutu pelayanan profesi.	Keluarga pasien sebanyak 76 orang	Data dikumpul melalui wawancara menggunakan kuesioner serta analisis data secara univariat dan bivariat	Metode survey deskriptif dengan pendekatan cross sectional study.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kehandalan akan berpengaruh terhadap kepuasan pasien pengguna pelayanan <i>Home Care</i>. 2. 49 (85,7%) responden yang menyatakan puas dan 27 (44,4%) responden yang menyatakan kurang puas terhadap jaminan dalam pelayanan <i>Home Care</i> di wilayah Puskesmas Batua 3. 44 (88,6%) responden yang menyatakan puas terhadap bukti langsung pelayanan <i>Home Care</i> selebihnya menyatakan tidak puas. 4. 48 responden yang menyatakan puas dan 28 responden yang menyatakan kurang puas terhadap empati dalam pelayanan <i>Home Care</i>. 5. 53 responden yang menyatakan puas serta 23 responden yang menyatakan kurang puas terhadap daya tanggap dalam pelayanan <i>Home Care</i>

4	Efektivitas Penggunaan Layanan <i>Home Care</i> dalam Pelayanan Kesehatan pada Puskesmas Barombong Kota Makassar/(Supr apto, 2018)/Skripsi	Penyelenggara pelayanan publik kurang mampu memberikan pemahaman kepada publik tentang mekanisme pelayanan yang diselenggarakan sehingga pengguna layanan lebih banyak merasa kecewa.	Masyarakat	Wawancara	Penelitian kuantitatif dengan metode deskriptif.	Penggunaan layanan <i>Home Care</i> sudah Efektif dalam memberikan pelayanan, terbukti dari lima indikator pelayanan, yaitu kehandalan, ketanggapan, jaminan, empati dan bukti fisik yang telah diterima masyarakat kota Makassar. Hal ini menunjukkan setiap individu yang menggunakan layanan sebagian besar menerima bentuk pelayanan yang sama.
5	Inovasi Pelayanan Publik Bidang Kesehatan Berbasis Home Care di Kota Makassar/(Putra , Usman and Abdi, 2017)/Jurnal	Inovasi pelayanan membuat pelayanan public lebih baik jika diselenggarakan dengan baik pula, jangan sampai inovasi hanya mengikuti trend saja sehingga akan mati kemudian. Inovasi harus berkelanjutan sehingga inovasi dapat berubah-ubah sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masyarakat.	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Makassar, Penanggung Jawab Home Care Puskesmas Batua, Penanggung Jawab Home Care Puskesmas	wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi.	Penelitian kualitatif. Tipe penelitan adalah fenomenologi.	Secara umum pelaksanaan home care di Kota Makassar yang berjalan sejak tahun 2015 yang dilaksanakan oleh 48 Puskesmas di seluruh wilayah Kota Makassar hingga saat ini telah terlaksana dengan baik tentunya hal ini dibuktikan dengan jumlah pengguna inovasi home care pada tahun 2016 dengan jumlah 3379 orang.

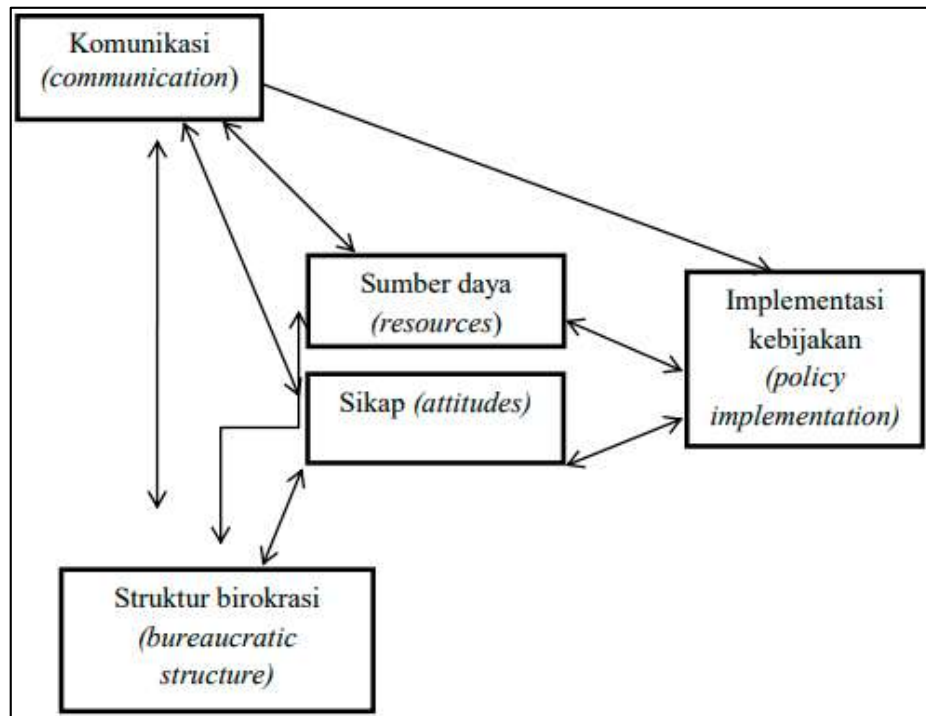
			Panambungan dan Masyarakat 3 orang.			
6	Efektivitas Penggunaan Media Layanan <i>Home Care</i> Terhadap Kepuasan Informasi Layanan Publik di Kota Makassar/(Haeri awati, 2018)/Jurnal	Kehadiran media layanan <i>Home Care</i> belum menjamin atau mampu menyelesaikan keluhan masyarakat sepenuhnya karena dianggap merupakan program pemerintah yang baru dijalankan selama satu tahun. Tingginya tingkat pengaduan masyarakat serta tidak tersedianya sumber daya manusia yang dapat bekerja secara profesional pada bidangnya.	seluruh Masyarakat di 14 Kelurahan yang ada di Kota Makassar yang pernah menggunakan media layanan <i>Home Care</i> .	Pertanyaan-pertanyaan	Penelitian kuantitatif, metode deskriptif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan Media Layanan Homecare sudah Efektif dalam memberikan pelayanan, terbukti dari lima indikator pelayanan, yaitu kehandalan, ketanggapan, jaminan, empati dan bukti fisik yang telah diterima masyarakat kota Makassar. 2. Tingkat kepuasan informasi layanan dilihat dari pelayanan yang diberikan sesuai dengan informasi layanan yang dijanjikan, pelayanan yang baik dan memberikan kepuasan bagi pengguna layanan, dan pelayanan yang diberikan sesuai dengan harapan pengguna layanan.
7	Implementasi Program <i>Home Care</i> (Dottorotta) di Kota Makassar/(Arsit a, 2019)/Skripsi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minimnya pengetahuan dan sosialisasi mengenai <i>Home Care</i> pada masyarakat. 2. Masalah tingkat kesadaran dan pemahaman masyarakat tentang perlunya 	Orang-orang yang berhubungan langsung dengan program <i>Home Care</i> sebanyak 7 orang	Pedoman wawancara	Penelitian kualitatif dengan metode deskriptif	Pelaksanaan <i>Home Care</i> telah terlaksana dengan baik. Adanya kejelasan dan konsistensi yang baik dalam pelaksanaan program <i>Home Care</i> di tandai dengan pengguna program <i>Home Care</i> yang terus meningkat, sumber daya baik sumber daya manusia, sumber daya finansial, serta sarana dan prasarana yang sudah memadai,

		menyukseskan program <i>Home Care</i>				disposisi dalam program ini berbentuk <i>inform concent</i> , dan dalam memberikan pelayanan dilakukan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur yang berlaku.
8.	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan <i>Home Care</i> Puskesmas Antara Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar/(Irham, 2017)/Skripsi	Di daerah Kelurahan Tamalanrea Indah jalan Damai belakang kampus Universitas Hasanuddin, masih banyak masyarakat sekitar yang belum mengetahui tentang apa itu <i>Home Care</i> , bagaimana cara menghubungi <i>Home Care</i> , dan apasaja syarat-syarat untuk mendapatkan pelayanan <i>Home Care</i> .	Kepala Puskesmas Antara, Tim <i>Home Care</i> (Dokter, Perawat, dan Staf Puskesmas Antara), Masyarakat Kelurahan Tamalanrea Indah yang telah mendapatkan pelayanan <i>Home Care</i> Puskesmas Antara	Penelitian Kualitatif	Pedoman wawancara dan dokumen-dokumen <i>Home Care</i> Puskesmas Antara	Kualitas pelayanan yang digunakan untuk mengetahui kepuasan pasien <i>Home Care</i> Puskesmas Antara telah terpenuhi dan sesuai dengan harapan masyarakat.
9.	Pemanfaatan Teknologi <i>Telehealth</i> pada Perawat di	Indonesia merupakan negara kepulauan yang berdampak pada sulitnya jangkauan akses pelayanan	Jurnal Internasional terindeks dan bulletin	<i>Literature review</i>	Media dan alat yang memadai	1. <i>Telehealth</i> menjadi solusi dalam meningkatkan kesenjangan pelayanan kesehatan yang disebabkan karena akses.

	Layanan <i>Home Care</i> /(Istifada, Sukihananto and Laagu, 2017)/Jurnal	kesehatan di beberapa daerah terluar dan perbatasan. Kondisi ini menyebabkan lemahnya tingkat kesadaran masyarakat mengenai kesehatan.	teknologi kesehatan dengan kata kunci <i>the use of telehealth</i>			2. Perawat dapat memanfaatkan perkembangan teknologi dalam layanan <i>telehealth</i> . Penerapan layanan ini dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan berupa tindakan <i>preventif</i> dan <i>rehabilitative</i> . 3. Penggunaan <i>telehealth</i> ini sangat efektif dalam layanan homecare. Hal ini akan mencapai kesehatan yang mandiri, efektif, dan efisien seiring perkembangan teknologi dan informasi.
10.	Perancangan Program Pendampingan Lanjut Usia Berbasis <i>Home Care</i> Di Posbindu Kelurahan Geger Kalong/(Nurfatih, Rifa'i and Jubaedah, 2017)/Jurnal	Pendampingan berbasis <i>Home Care</i> bagi lansia merupakan masalah yang diangkat dalam penelitian, terkait manfaat yang diberikan sangat besar terhadap pemenuhan kebutuhan lansia melalui pendampingan dengan melibatkan keluarga lansia, Posbindu dan lingkungan masyarakat.	12 keluarga lansia yang tersebar di setiap RT di RW. 08 Kelurahan Geger Kalong Kecamatan Sukasari Kota Bandung.	Metode <i>Research and Development</i> dengan Model <i>Addie</i> .	Pedoman wawancara, format validasi <i>expert judgment</i> dan pedoman observasi program	1. Program pendampingan lansia berbasis <i>Home Care</i> dirancang terdiri dari komponen program seperti: tujuan, sasaran, bentuk pendampingan, lembaga penyelenggara dan pelaksana program pendampingan. Bentuk program pendampingan meliputi aspek fisik, sosial, mental dan spiritual. 2. Hasil <i>expert judgment</i> yang dilakukan oleh akademisi dan praktisi lembaga pelayanan lansia menyatakan bahwa program layak untuk diuji coba sesuai dengan saran atau masukan sebagai perbaikan program pendampingan lansia berbasis <i>Home Care</i>
11.	Peningkatan Pengetahuan	Kurangnya pengetahuan lansia di Desa Blimbing	Lansia yang menjadi pasien	Pemeriksaan kesehatan dan	Alat kesehatan dan pedoman	Pelayanan kesehatan yang dilakukan dengan cara berkunjung kerumah atau

	Masyarakat Tentang Kesehatan Melalui <i>Home Care</i> Pada Masyarakat Blimbing Tarokan Kabupaten Kediri/(Astuti <i>et al.</i> , 2021)/Jurnal	Tarokan dalam tatalaksana penyakit yang dialami serta kurangnya kesadaran lansia untuk berobat secara rutin.	Klinik Tentrem Rahayu yang berada di Desa Blimbing Kecamatan Tarokan Kabupaten Kediri	wawancara mendalam	wawancara	<i>Home Care</i> dapat meningkatkan pengetahuan lansia dan keluarga dalam penatalaksanaan penyakit yang diderita sehingga dalam masa senja yang dilalui lansia tetap dapat mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik
12.	Kualitas Hidup Pasien Stroke dalam Perawatan <i>Palliative Home Care</i> /(Karim and Lubis, 2017)/Jurnal	Stroke merupakan penyakit defisit neurologis multi kompleks yang menyebabkan kecacatan fisik atau mental dapat mempengaruhi semua aspek kehidupan individu termasuk kualitas hidup pasien.	Pasien yang mengalami stroke pada fase sub akut dan kronis yaitu: antara 2 minggu-6 bulan pasca stroke dan Stroke fase kronis: diatas 6 bulan pasca stroke.	Metode penelitian kualitatif eksploratif dengan pendekatan fenomenologi.	Lembar pedoman wawancara	Kualitas hidup informan domain psikologis mengalami peningkatan motivasi hidup dan perasaan bahagia. Kemampuan aktivitas fisik, pola makan, mobilisasi fisik dan bicara meningkat, sehingga mempengaruhi motivasi hidup dan perasaan bahagia

E. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Model Implementasi Kebijakan Menurut Edwards III
Sumber : (Nawawi, 2009)