

**TESIS**  
**EVALUASI KUALITAS LAYANAN PROGRAM *HOME CARE* DI**  
**PUSKESMAS DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR**

**DISUSUN OLEH**

**RAZAK ABDULLAH SUMARDIN**  
**C012171059**



**PROGRAM PASCA SARJANA**  
**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**MAKASSAR**  
**2021**

**EVALUASI KUALITAS LAYANAN PROGRAM *HOME CARE*  
DI PUSKESMAS DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

**RAZAK ABDULLAH SUMARDIN**  
**C012171059**

Kepada

**PROGRAM STUDI ILMU MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2021**

**LEMBAR PENGESAHAN TESIS**

**EVALUASI KUALITAS LAYANAN PROGRAM *HOME CARE* DI  
PUSKESMAS DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

**RAZAK ABDULLAH SUMARDIN**  
**C012171059**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka  
Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Magister Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin  
pada tanggal 29 Januari 2021  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



**Dr. Rosvidah Arafat, Ns, M.Kep., Sp.Kep.MB**  
NIP. 19850304 201012 2 003



**Syahrul, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D**  
NIP. 19820419 200604 1 002

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan,



**Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes.**  
NIP. 19740422 199903 2 002



Dekan, Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin,

**Dr. Arwanti Saleh, S.Kp., M.Si.**  
NIP. 19680421 200112 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Razak Abdullah Sumardin  
NIM : C012171057  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul

**Evaluasi Kualitas Layanan Program *Home care* Di Puskesmas Dinas  
Kesehatan Kota Makassar**

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan Tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Makassar, 1 Februari 2021



Yang Menyatakan,

Razak Abdullah Sumardin

## KATA PENGANTAR

*Alhamdulillah*, tiada kata yang pantas peneliti ucapkan selain puji dan syukur ke hadirat Allah Subhanahu wa Ta'ala atas rahmat, bimbingan, ujian, kemudahan serta pertolongan-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal tesis yang berjudul “Evaluasi Kualitas Layanan Program *Home care* di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Makassar”.

Penelitian ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, terutama kesediaan pembimbing yang dengan tulus, ikhlas dan sabar meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan penulis agar dapat menyusun proposal ini dengan baik. Dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan tak terhingga kepada Ibu Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB selaku pembimbing I dan Bapak Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes, PhD selaku pembimbing II. Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada Ibu Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa proposal tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, namun demikian penulis telah berupaya dengan segala kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki sehingga proposal ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun dari tim penguji dan pembaca sangat berarti bagi penulis.

Makassar, 1 Januari 2021

Penulis,

Razak AbdullahSumardin

## DAFTAR ISI

### Contents

KATA PENGANTAR .....	ii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I.....	2
PENDAHULUAN .....	2
A.Latar Belakang Masalah.....	2
B.Rumusan Masalah .....	6
C.Tujuan Penelitian .....	7
1. Tujuan Umum .....	7
2. Tujuan Khusus .....	7
D.Manfaat Penelitian .....	7
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	8
F. Originalitas Penelitian.....	8
BAB II.....	9
TINJAUAN PUSTAKA .....	9
A.Algoritma Pencarian.....	9
B. Tinjauan Literatur.....	10
1. <i>Home care</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2. Program <i>Home care</i> Dinas Kesehatan Kota Makassar .....	16
3. Kualitas layanan <i>Home care</i> .....	19
4. Evaluasi kualitas layanan <i>Home care</i> .....	25
D.Kerangka Teori.....	2
BAB III .....	38
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOPTESIS PENELITIAN.....	38
A.Kerangka Konseptual Penelitian .....	38
B.Definisi Operasional.....	38
BAB IV .....	40
METODE PENELITIAN.....	40
A.Desain Penelitian.....	40
B.Tempat dan Waktu Penelitian .....	40
C.Populasi dan Sampel .....	40
D.Instrumen, Metode dan Prosedur Pengumpulan Data.....	43
E. Alur Penelitian .....	48
F. Analisis Data .....	48
G.Etika Penelitian .....	50
BAB V.....	53
HASIL PENELITIAN.....	53
B.Karakteristik Demografi.....	53
C.Deskripsi Kualitas Layanan <i>Home care</i> Berdasarkan Kehandalan ( <i>Reability</i> ) .....	59

D.Deskripsi Kualitas Layanan <i>Home care</i> Berdasarkan Ketanggapan ( <i>Responsiveness</i> ) .....	62
E. Deskripsi Kualitas Layanan <i>Home care</i> Berdasarkan Empati ( <i>Emphaty</i> ) .....	64
F. Deskripsi Kualitas Layanan <i>Home care</i> Berdasarkan Jaminan ( <i>assurance</i> ).....	66
G.Deskripsi Kualitas Layanan <i>Home care</i> Berdasarkan Tampilan Fisik ( <i>Tangible</i> ) .....	69
H.Deskripsi Kualitas Layanan <i>Home care</i> berdasarkan Semua Aspek .....	70
I. Deskripsi Korelasi Karakteristik Demografi dengan Kualitas Layanan <i>Home care</i>	70
<b>BAB VI</b>	
<b>PEMBAHASAN</b> .....	74
A.Evaluasi Kualitas Layanan <i>Home care</i> Berdasarkan Keandalan ( <i>Reability</i> )	74
B.Evaluasi Kualitas Layanan <i>Home care</i> berdasarkan Ketanggapan ( <i>Responsiveness</i> ) .....	79
C.Evaluasi Kualitas Layanan <i>Home care</i> berdasarkan Empati ( <i>Emphaty</i> ) .....	81
D.Evaluasi Kualitas Layanan <i>Home care</i> berdasarkan Jaminan ( <i>assurance</i> ).....	84
E.Evaluasi Kualitas Layanan <i>Home care</i> berdasarkan Tampilan Fisik ( <i>Tangible</i> ) .....	86
F. Korelasi Karakteristik Demografi dengan Kualitas Layanan <i>Home care</i> .....	88
G.Impilkasi Keperawatan.....	90
H.Keterbatasan Penelitian .....	91
<b>BAB VII</b>	
<b>PENUTUP</b> .....	92
A.Kesimpulan .....	92
B.Saran .....	92
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	94
<b>LAMPIRAN</b> .....	105

## ABSTRAK

**RAZAK ABDULLAH SUMARDIN.** Evaluasi Kualitas Layanan Program *Home care* Di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Makassar (dibimbing oleh Rosyidah Arafat dan Syahrul Syahrul).

**Latar Belakang:** *Home care* merupakan program Pemerintah Kota Makassar yang diatur dalam Perwali Kota Makassar no 6 tahun 2016 tentang pelayanan kunjungan rumah 24 jam (*home care*) namun pelaksanaan program *home care* didapati masih belum berbanding lurus dengan penghargaan-penghargaan yang di dapatkan.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi kualitas layanan *home care* di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Makassar.

**Metode:** Metode penelitian deskriptif kualitatif dilakukan dengan 2 tahap yaitu kuantitatif tanggal 21 September s/d 22 Oktober 2020 (jumlah sampel 224) dengan google form, dan kualitatif tanggal 10 s/d 26 Oktober 2020 (jumlah sampel 8) dengan wawancara. Data dianalisa dengan menggunakan uji frekuensi, uji spearman, Uji *Mann Whitney* dan Uji *Kruskal-Wallis*.

**Hasil:** Jenis pelayanan *home care* yang sering dilakukan secara berurut *home care* visit (85,6%), emergency (12,87%), follow up (1,51%) dan paling banyak dilakukan oleh perawat (76,5) melalui pelayanan call center Puskesmas (68,9%). Berdasarkan konsep TERRA, kualitas layanan *home care* paling baik pada aspek empati (*emphaty*) (mean: 4,16) dan paling rendah pada aspek kehandalan (*realibility*) (mean: 3,71). Hasil lainnya tidak ada korelasi antara kualitas layanan *home care* dengan umur (sig: 0.338), lama bekerja (sig: 0.452), serta tidak ada perbedaan berdasarkan jenis kelamin (sig: 0.406), pendidikan (sig: 0.129) dan profesi (0.272).

**Kesimpulan:** Pelayanan *home care* yang paling sering dilakukan yaitu *home care* visit dan paling jarang dilakukan *home care* follow up. Sedangkan evaluasi kuliatas layanan *home care* paling baik pada aspek empati dan paling rendah pada aspek kehandalan.

**Kata Kunci :** Kualitas, layanan *home care*



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional .....	38
Tabel 3.2 Strategi Pencarian .....	44
Tabel 4.1. Jumlah tenaga kesehatan tim <i>home care</i> berdasarkan surat keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar nomor:02.6/DINKES/440/1/2020 tentang Pembentukan Tim <i>Home care</i> Kegiatan Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam Dinas Kesehatan Kota Makassar Tahun Anggaran 2020.....	41
Tabel 4.2. Proses Pengumpulan Sampel Penelitian .....	43
Tabel 5.1 Karakteristik Demografi Responden.....	53
Tabel 5.2. Karakteristik Data Demografi Partisipan.....	54
Tabel 5.3 Tabel Gambaran Jenis Pelayanan, Tenaga Kesehatan dan Pusat Pelayanan Home Care .....	55
Tabel 5.4 Deskripsi Kualitas <i>Home care</i> berdasarkan Kehandalan ( <i>reability</i> ) .....	60
Tabel 5.5 Deskripsi Kualitas <i>Home care</i> berdasarkan Ketanggapan ( <i>Responsiveness</i> ).....	62
Tabel 5.6 Deskripsi Kualitas <i>Home care</i> berdasarkan Empati ( <i>Emphaty</i> ).....	64
Tabel 5.7 Deskripsi Kualitas <i>Home care</i> berdasarkan Jaminan ( <i>assurance</i> ).....	66
Tabel 5.8 Deskripsi Kualitas <i>Home care</i> berdasarkan Tampilan Fisik ( <i>Tangible</i> ).....	69
Tabel 5.9 Deskripsi Kualitas <i>Home care</i> berdasarkan Semua Aspek	70
Tabel 5.10 Hasil Uji Normalitas Lama Bekerja, Jenis Kelamin, Pendidikan, Profesi, Skor Kehandalan, Skor Ketanggapan, Skor Empati, Skor Jaminan, Skor Tampilan Fisik dan Skor Kualitas Layanan <i>Home care</i> .....	71
Tabel 5.11 Korelasi antara Umur dan Lama Bekerja dengan Kualitas Layanan <i>Home care</i> .....	71
Tabel 5.12. Perbedaan kualitas layanan <i>home care</i> berdasarkan jenis kelamin.....	72
Tabel 5.13. Perbedaan kualitas layanan <i>home care</i> berdasarkan pendidikan.....	72
Tabel 5.14. Perbedaan kualitas layanan <i>home care</i> berdasarkan profesi.....	73

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	37
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian .....	38
Gambar 4.1. Alur Penelitian.....	50

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Tabel PICOT
- Lampiran 2. Tabel Komparasi
- Lampiran 3. Algoritma Pencarian
- Lampiran 4. Sintesis Grid
- Lampiran 5. Lembar Penjelasan Untuk Responden
- Lampiran 6. Lembar Persetujuan Setelah PEnjelasan
- Lampiran 7. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 8. Matriks Instrumen Penelitian
- Lampiran 9. Master Tabel Uji Validitas dan Realibilitas
- Lampiran 10. Hasil Uji Validitas dan Realibilitas
- Lampiran 11. Etik Poltekkes
- Lampiran 12. Ijin Penelitian
- Lampiran 13. Master Tabel Kualitas Layanan *Home care*
- Lampiran 14. Hasil Analisis Kuesioner Kualitas Layanan *Home care*
- Lampiran 15. Panduan Wawancara
- Lampiran 16. Hasil Analisa Data Kualitatif

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu hak mendasar masyarakat yang penyediaannya wajib diselenggarakan oleh pemerintah. Sebagaimana telah diamanatkan dalam *Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan* yang berbunyi, “Kesehatan merupakan hak asasi manusia”. Salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan berdasarkan Pancasila dan *Undang-Undang Dasar Negara RI Tahun 1945* yaitu setiap pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan, memperhatikan kesehatan masyarakat yang merupakan tanggung jawab semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat. Bentuk perwujudan pelayanan kesehatan dari *Undang-Undang Dasar Negara RI Tahun 1945* yaitu tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada seluruh masyarakat.

Salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia yaitu Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) yang merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional. Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perserempakan tingkat pertama untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Salah satu bentuk upaya kesehatan perserempakan tingkat pertama yaitu dengan pelaksanaan *Home care* (*Permenkes Nomor 35 Tahun 2014*).

*Home care* adalah bentuk pelayanan kesehatan yang komprehensif yang memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan mempromosikan, mempertahankan, atau meningkatkan level kemandirian serta meminimalkan efek ketidakmampuan dan kesakitan termasuk di dalamnya penyakit terminal. Beberapa komponen *home care* meliputi pasien, keluarga, pemberi pelayanan yang profesional dan tujuannya untuk membantu pasien kembali pada level kesehatan optimum dan kemandirian (Tribowo, 2012).

Di Indonesia, *home care* telah diperkenalkan sejak tahun 1974 oleh Almarhum Jenderal A.H. Nasution yang ketika itu lebih berfokus pada

pemberian makanan bergizi kepada lanjut usia. Programnya dikenal dengan *home care* kini telah berkembang pesat di tengah-tengah masyarakat Indonesia dalam beberapa tahun terakhir (Direktorat Pelayanan Sosial Lanjut Usia, 2014; Parellangi, 2018). *Home care* erat kaitannya dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 dimana salah satu pilar utama Program Indonesia Sehat yaitu penguatan pelayanan kesehatan yang dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015).

Pada awal tahun 2014 hingga bulan November 2014, Kota Makassar belum menerapkan sistem pelayanan kesehatan dengan kunjungan rumah. Pelayanan kesehatan masih berpusat di Pusat kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang tersebar di 46 Puskesmas Kota Makassar. Dengan luas wilayah yang mencapai 175,77 km<sup>2</sup> dan penduduk yang berjumlah 1,398,804 jiwa pelayanan di 46 Puskesmas itu tentu saja tak memadai. Warga pun kesulitan mencapai pusat-pusat pelayanan kesehatan. Sebab, sebagian tinggal di lorong-lorong yang jauh dari unit pelayanan kesehatan. Kondisi itu membuat tingkat kesakitan yang tertangani menjadi sangat kurang. Sehingga di akhir tahun 2014 digagas program *Home care* untuk memaksimalkan fungsi 46 Puskesmas.

Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar memberikan ulasan bahwa salah satu poin kebijakan umum pembangunan kesehatan Kota Makassar tahun 2014-2019 yaitu pelayanan kesehatan langsung kerumah (*Home care*) sesuai dengan konsep *Home care* di Indonesia yaitu pasien yang sakit dengan kriteria tertentu (terutama yang tidak memerlukan peralatan Rumah Sakit) tidak lagi harus ke Rumah Sakit, tetapi tenaga kesehatan yang mendatangi rumah pasien dengan fokus utama pada Kemandirian pasien dan keluarganya.

Hal ini sejalan dengan salah satu visi misi pemerintah kota Makassar dalam bidang kesehatan yang dimuat dalam *Peraturan daerah Kota Makassar Nomor 5 Tahun 2014 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Makassar Tahun 2014-2019* tentang rencana pembangunan jangka menengah daerah Kota Makassar tahun 2014-2019 adalah meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui

pelayanan kunjungan rumah 24 jam. Kebijakan tersebut dibarengi dengan *Peraturan Walikota Makassar Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (Home care ) di Kota Makassar* sebagai pengakses kesehatan langsung untuk masyarakat.

Berkat layanan ini Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (2016) memberikan penghargaan kepada Pemkot Makassar dengan meraih Top 35 Inovasi Pelayanan Publik 2016. Untuk mendukung efektivitas program *home care* maka Pemerintah Kota Makassar telah melakukan penambahan armada *Home care* yang diberi nama Mobil *Dottoro'ta*. Saat ini, 46 Puskesmas yang ada di Kota Makassar bisa digunakan untuk mendukung pelaksanaan *Home care*.

Hasil kajian pelayanan kesehatan di Kota Makassar menunjukkan data kesakitan dengan total kunjungan sakit pada 46 Puskesmas pada tahun 2014 adalah 1,316,693 jiwa, pada tahun 2015 adalah 1,367,787 jiwa dan pada tahun 2016 adalah 1,243,437 jiwa. Dengan data kesakitan tersebut sehingga diharapkan dengan adanya program *Home care* yang tidak dapat terlayani dengan baik di Puskesmas akibat akses layanan yang sulit, dapat teratasi. Data saat awal program *Home care* dilaksanakan yaitu pada tahun 2015 dengan jumlah penduduk dengan 1,710,114 jiwa sebesar 2,266 jiwa pada total layanan *Home care* di 46 Puskesmas Kota Makassar, Sedangkan pada tahun 2016 total layanan *Home care* 4,685 jiwa di 46 Puskesmas Kota Makassar.

Pelayanan *home care* didapatkan tidak sesuai dengan penghargaan yang diraih. Menurut (Kasim et al., 2018) dipaparkan bahwa hasil observasi beberapa pasien *home care* di Puskesmas Batua Kota Makassar terdapat masalah yaitu seringnya terjadi keterlambatan kunjungan pengobatan di rumah pasien dikarenakan petugas tidak standby pada saat di hubungi dan membuat pasien lama menunggu sehingga pasien harus di rujuk ke Rumah Sakit.

Selain permasalahan diatas, kualitas layanan merupakan keluhan paling tinggi yang dilaporkan ke ombudsman, diikuti dengan keluhan yang berkaitan dengan administrasi (Troyer & Sause, 2013). kualitas layanan kesehatan juga berdasarkan keluhan pasien. Pasien mengeluhkan jumlah kunjungan yang terbatas dan durasinya yang singkat (Almoajel et al., 2016).

Berkembangnya *home care* dikalangan masyarakat menjadi lebih baik jika diimbangi dengan kualitas pelayanannya. Organisasi *home care* yang berkualitas dan sesuai dengan tuntutan jaman akan tercapai jika organisasi tersebut mampu beradaptasi dengan kompleksitas kebutuhan pasien dan jenis pelayanan (Nakrem, 2015). Isu terkait dengan kualitas *home care* belum mendapat perhatian besar, sehingga dibutuhkan parameter yang bisa menggambarkan kualitas layanan *home care* (Barbosa & Tronchin, 2015).

Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas *home care* salah satunya adalah peran tenaga kesehatan sebagai pemberi pelayanan yang memberikan outcome tercapainya kualitas layanan kesehatan yang maksimal. (Foebel et al., 2015). Konsep kualitas layanan menurut (Parasuraman et al., 1985, 1988, 1991, 1994, 2011) adalah menunjukkan segala bentuk aktualisasi kegiatan pelayanan yang memuaskan responden-responden yang menerima pelayanan sesuai dengan bukti fisik (*tangible*) yang dapat dilihatnya, menurut empati (*empathy*) dari responden-responden yang memberikan pelayanan, kehandalannya (*reliability*) menjalankan tugas pelayanan yang diberikan secara konsekuen untuk memuaskan yang menerima pelayanan, daya tanggap (*responsiveness*) dan menumbuhkan adanya jaminan (*assurance*). Bentuk-bentuk aplikasi kualitas layanan yang menerapkan konsep “TERRA”.

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis kelapangan untuk mengamati pelaksanaan program *home care* ini didapati masih belum berbanding lurus dengan penghargaan-penghargaan yang di dapatkannya. Masalah awal muncul ketika mobil *home care* ini mulai dikeluhkan masyarakat karena banyak permintaan warga yang tidak bisa di layani langsung kerumah, adanya aturan pembatasan yang bisa di kunjungi ambulans tiap harinya pada awal pelaksanaan program akhirnya membuat warga menjadi kurang antusias lagi dengan program ini. Fenomena yang lain adalah *home care* yang mengusung konsep 24 jam masih belum terealisasi, masih banyak pasien yang baru bisa dilayani di atas jam 12 siang, diikuti sosialisasi yang masih belum tepat sasaran yang membuat masih banyak sekali masyarakat yang tidak tahu dan tidak menggunakan fasilitas ini, sehingga kebanyakan masyarakat Kota Makassar masih belum merasakan manfaat yang dihasilkan dari program ini.

Berdasarkan pemaparan di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui dan meneliti bagaimana penerapan program *home care* tersebut dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan di Kota Makassar serta bagaimana kepuasan masyarakat terhadap pelayanan *home care* yang ada saat ini, sehingga dapat dijadikan sebuah pelajaran (*lesson learned*) bagi pemerintah daerah lainnya. Oleh karena itu, penulis melakukan penelitian dengan judul : **Evaluasi Kualitas Layanan *Home care* di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Makassar.**

## **B. Rumusan Masalah**

*Home care* atau perawatan kesehatan di rumah merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka. Tujuan dari pelayanan *home care* adalah untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan komplikasi akibat dari penyakit serta memenuhi kebutuhan dasar pasien dan keluarga.

Lingkungan di rumah dirasa lebih nyaman bagi sebagian pasien dibandingkan dengan perawatan di Rumah Sakit. Hal ini berpengaruh pada proses penyembuhan pasien yang cenderung akan lebih cepat masa penyembuhannya jika mereka merasa nyaman dan bahagia (Yoyok, 2012). Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas *home care* , peran tenaga kesehatan adalah salah satu factor yang ikut mempengaruhi, sehingga outcome yang dihasilkan dipengaruhi oleh kualitas layanan formal dari petugas kesehatan khususnya perawat. evaluasi kualitas layanan *home care* adalah kunci untuk memastikan bahwa kebutuhan pasien terpenuhi, dan menetapkan intervensi yang harus dilakukan untuk meningkatkan pelayanan (Foebel et al., 2015).

Evaluasi pelayanan bisa didapatkan dari perspektif pasien maupun perspektif tenaga kesehatan dalam melakukan proses perawatan yang berdasarkan standar yang sudah ditentukan sehingga kualitas layanan *home care* dapat di maksimalkan. Makassar sendiri telah menurunkan peraturan dari pemerintah daerah mengenai pelayanan *home care* , seiring dengan pengaplikasian secara menyeluruh perlu diadakan evaluasi mengenai program *home care* tersebut ditemukan banyak hambatan dalam pelaksanaannya. Untuk



itu penulis ingin merumuskan masalah “Bagaimana program pelayanan *home care* di Puskesmas Dinas kesehatan kota makassar?”

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi kualitas layanan *home care* di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Makassar.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui gambaran tampilan fisik (*tangible*) petugas kesehatan terhadap pelayanan *home care* di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Makassar
- b. Untuk mengetahui gambaran empati (*empathy*) petugas kesehatan terhadap pelayanan *home care* di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Makassar
- c. Untuk mengetahui gambaran kehandalan (*reability*) petugas kesehatan terhadap pelayanan *home care* di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Makassar
- d. Untuk mengetahui gambaran ketanggapan (*responsiveness*) petugas kesehatan terhadap pelayanan *home care* di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Makassar
- e. Untuk mengetahui gambaran jaminan (*assurance*) petugas kesehatan terhadap pelayanan *home care* di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Makassar
- f. Untuk mengetahui korelasi antara umur, lama bekerja, jenis kelamin, pendidikan, dan profesi dengan aspek skor kualitas *home care* yaitu skor tampilan fisik (*tangible*), skor empati (*empathy*), skor kehandalan (*reability*), skor ketanggapan (*responsiveness*), dan skor jaminan (*assurance*)

### **D. Manfaat Penelitian**

#### **1. Untuk institusi pendidikan**

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi bagi institusi pendidikan keperawatan dalam menambahkan pembelajaran klinik yang tepat untuk meningkatkan kemampuan baik secara skill dan pengetahuan dalam

melakukan layanan *home care* yang berkualitas yang akan di aplikasikan oleh tenaga kesehatan di masyarakat.

2. Untuk peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi peneliti selanjutnya dalam penelitian yang erat hubungannya dengan layanan keperawatan pada *home care* pada unit Puskesmas.

3. Bagi ilmu pengetahuan

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam meningkatkan skill secara clinical dan pengetahuan terkait pelayanan *home care* .

#### **E. Ruang Lingkup Penelitian**

Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah evaluasi kualitas program layanan *home care* di Puskesmas Dinas kesehatan kota makassar dari sudut pandang tenaga kesehatan sebagai pelaksana program layanan *home care*.

#### **F. Originalitas Penelitian**

Menilai kualitas *home care* sebelumnya pernah diteliti dengan judul “asosiasi antara ukuran kualitas *home care* panti jompo dan dua sumber keluhan *home care* panti jompo” yang dilihat dari persepektif pengasuh (Troyer & Sause, 2013). Selain itu, penelitian mengenai evaluasi program layanan *home care* ini juga pernah dilakukan namun dengan menggunakan metode kualitatif dan terbatas hanya satu Puskesmas di daerah makassar yaitu Puskesmas Batua (Kasim et al., 2018), oleh karena itu peneliti ingin mengevaluasi secara keseluruhan mengenai program *home care* yang telah diatur oleh pemerintah daerah makassar di lingkungan Puskesmas dinas kesehatan kota makassar dengan metode yang berbeda yaitu dengan melakukan penelitian kuantitatif yang kemudian dieksplorasi lagi melalui metode kualitatif/wawancara.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Algoritma Pencarian

Tinjauan literatur ini melalui penelusuran hasil publikasi ilmiah dengan rentang tahun 2010-2020 menggunakan database PubMed, ScienceDirect, dan Google Scholar.

Pencarian pada database PubMed *Advanced Search* menggunakan keyword 1 “nurse (title/abstract)” AND “*home care evaluation*” (title/abstract) ditemukan 23.256 artikel. Keyword 2 “quality of service (title/abstract)” ditemukan 42.378 artikel. Keyword 3 dilakukan penggabungan keyword 1 dan 2 yaitu “nurse (title/abstract)” AND “*home care evaluation*” (title abstract) AND “quality of service (title/abstract)” ditemukan 54.290 artikel. Pada keyword ke 3 dilakukan filter publikasi 10 tahun terakhir di temukan artikel sebanyak 59 artikel.

Pada database *Science direct* digunakan *keyword evaluation AND home care AND Quality (Title, Abstract, Keyword)* didapatkan 20.300 artikel Setelah itu dilakukan *filter* tahun 2010-2020, *human*, dan berbahasa inggris didapatkan 8 artikel. Pada database *ScienceDirect* digunakan *keyword evaluation AND home care AND quality (Title, Abstract, Keyword)* didapatkan 3614 artikel Setelah itu dilakukan *filter* artikel tahun terakhir, *human*, dan berbahasa inggris didapatkan 25 artikel.

Pada data base Geogle Scholar menggunakan bahasa inggris dan bahasa Indonesia dengan menggunakan *keyword I* pada kolom pencarian “*Home care* ” menampilkan sebanyak 150.539 artikel, kemudian dilanjutkan dengan keyword AND “Quality of *home care* ” dengan menambahkan filter “open access” menampilkan hasil sebanyak 11.898 artikel, lalu kemudian memasukkan *keyword II* “*Evaluation of home care quality*” menampilkan hasil sebanyak 67 artikel dengan filter antara tahun 2010 – 2020, di batasi pada penelitian *medicine and social research, patient education and counseling* dengan full text, penelitian pada manusia dan menggunakan bahasa Inggris diambil 39 artikel yang sesuai.

## **B. Tinjauan Literatur**

### **1. *Home care***

#### **a. Definisi**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia (PMK) No. 9 tahun 2014 tentang klinik, *Home care* adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan dampak penyakit (Widyastoeti, 2014).

Pelayanan kesehatan rumah (*home care*) merupakan penyedia layanan dengan peralatan profesional medis yang diberikan bagi pasien dan keluarganya di rumah untuk menjaga kesehatan, edukasi, pencegahan penyakit, diagnosis, penanganan penyakit, terapi paliatif dan rehabilitasi (Potter & Perry, 2009).

#### **b. Tujuan**

Tujuan dari pelayanan *home care* adalah untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan komplikasi akibat dari penyakit serta pemenuhan kebutuhan dasar pasien dan keluarga. Lingkungan di rumah dirasa lebih nyaman bagi sebagian pasien dibandingkan dengan perawatan di Rumah Sakit. Hal ini berpengaruh pada proses penyembuhan pasien yang cenderung akan lebih cepat masa penyembuhannya jika mereka merasa nyaman dan bahagia, tujuan *Home care* secara luas dapat dikategorikan menjadi beberapa bagian yaitu:

- 1) Mempromosikan gaya hidup sehat dan mencegah penyakit dengan memotivasi dan mendukung anggota masyarakat untuk secara proaktif memelihara dan melawan ancaman terhadap kesehatan mereka. Ketergantungan pada diri individu, keluarga dan komunitas, dan secara mandiri mencari pelayanan kesehatan yang layak.

- 2) Mengelola efek penyakit dengan memenuhi kebutuhan mereka dalam membutuhkan perawatan sebagai akibat dari perubahan fisik, psikologis, sosial dan perubahan kognitif sepanjang umur.
- 3) Melayani kebutuhan mereka yang rentan dan kurang mampu dengan cara menjangkau mereka dan memenuhi kebutuhan kesehatan mereka sebagaimana diidentifikasi di masyarakat termasuk para penyandang cacat, ibu dan anak-anak, responden tua, dan kelompok miskin dan minoritas.
- 4) Mendukung pengasuh informal dengan mengakui kontribusi keluarga anggota, tetangga dan relawan dan memberi mereka pengetahuan, Model Perawatan Kesehatan Berbasis Masyarakat dan Rumahan yang Komprehensif , keterampilan, sumber daya, dan dukungan emosional untuk memungkinkan mereka terus menyediakan perawatan langsung di rumah.
- 5) Memperkuat masyarakat dengan membangun, dan / atau memperkuat kemitraan dan jejaring antara komunitas, penyedia layanan kesehatan dan sektor-sektor lain dalam pemerintahan dan organisasi non-pemerintah (LSM) untuk memfasilitasi tindakan masyarakat untuk kesehatan dan kesejahteraan.

**c. Prinsip – Prinsip *Home care***

Triwibowo (2013) menjelaskan beberapa prinsip *Home care* yang perlu diperhatikan sebagai berikut :

- 1) Mengelola pelayanan keperawatan kesehatan di rumah dilaksanakan oleh perawat /TIM yang memiliki keahlian khusus bidang tersebut.
- 2) Mengaplikasi konsep sebagai dasar mengambil keputusan dalam praktik.
- 3) Mengumpulkan dan mencatat data dengan sistematis, akurat dan komprehensif secara terus menerus.
- 4) Menggunakan data hasil pengkajian untuk menetapkan diagnosa keperawatan.

- 5) Mengembangkan rencana keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan yang dikaitkan dengan tindakan-tindakan pencegahan, terapi dan pemulihan.
- 6) Memberikan pelayanan keperawatan dalam rangka menjaga kenyamanan, penyembuhan, peningkatan kesehatan dan pencegahan komplikasi.
- 7) Mengevaluasi secara terus menerus respon pasien dan keluarga terhadap intervensi keperawatan.
- 8) Bertanggung jawab terhadap pasien dan keluarga akan pelayanan yang bermutu melalui manajemen kasus, rencana penghentian asuhan keperawatan (*discharge planning*) dan koordinasi dengan sumber-sumber di komunitas.
- 9) Memelihara hubungan diantara anggota tim untuk menjamin agar kegiatan yang dilakukan anggota tim saling mendukung.
- 10) Mengembangkan kemampuan professional dan berkontribusi pada pertumbuhan kemampuan professional tenaga yang lain.
- 11) Berpartisipasi dalam aktifitas riset untuk mengembangkan pengetahuan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah.
- 12) Menggunakan kode etik keperawatan dalam melaksanakan praktik keperawatan (Triwibowo, 2013).

**d. Jenis Institusi Pemberi Layanan**

Ada beberapa jenis institusi yang dapat memberikan layanan *home care* antara lain:

1) Institusi pemerintah

Di Indonesia pelayanan *home care* yang telah lama berlangsung dilakukan adalah dalam bentuk perawatan kasus/keluarga resiko tinggi (baik ibu, bayi, balita maupun lansia) yang dilaksanakan oleh tenaga keperawatan Puskesmas. Pasien yang dilayani Puskesmas biasanya adalah kalangan menengah ke bawah.

2) Institusi sosial

Melaksanakan pelayanan *home care* dengan sukarela dan tidak memungut biaya. Biasanya dilakukan oleh LSM atau organisasi keagamaan dengan penyandang dananya dari donatur

3) Institusi swasta

Dalam bentuk praktek mandiri baik perrespondenan maupun kelompok yang menyelenggarakan pelayanan *home care* dengan menerima imbalan jasa baik secara langsung dari pasien maupun pembayaran melalui pihak ketiga (asuransi).

4) *Home care* berbasis Rumah Sakit (*Hospital Home care*).

Merupakan perawatan lanjutan pada pasien yang telah dirawat di Rumah Sakit, karena masih memerlukan bantuan layanan keperawatan, maka dilanjutkan di rumah. Alasannya munculnya *Home care* jenis program ini adalah :

- a) Ambulasi dini dengan resiko memendeknya hari rawat, sehingga kesempatan untuk melakukan pendidikan kesehatan sangat kurang
- b) Menghindari resiko infeksi nosokomial yang dapat terjadi pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit.
- c) Makin banyaknya penyakit kronis, yang bila dirawat di Rumah Sakit tentu memerlukan biaya yang besar.
- d) Perlunya kesinambungan perawatan pasien dari Rumah Sakit ke rumah, sehingga akan meningkatkan kepuasan pasien maupun tenaga kesehatan (Sudana, 2001).

**e. Mekanisme *Home care***

Pasien atau pasien yang memperoleh pelayanan keperawatan di rumah dapat merupakan rujukan dan klinik rawat jalan, unit rawat inap Rumah Sakit, maupun Puskesmas, namun pasien dapat langsung menghubungi agens pelayanan keperawatan di rumah atau praktek keperawatan per respondenan untuk memperoleh pelayanan. (Ode, 2015) menjelaskan mekanisme yang harus dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Pasien pasca rawat inap atau rawat jalan harus terlihat 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 koordinator kasus yang merupakan staf dari pengelola atau agensi perawatan kesehatan di rumah, 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 keperawatan di rumah baik dari pelaksana pelayanan yang dikontrak atau pelaksana yang direkrut oleh pengelola perawatan di rumah. Pelayanan dikoordinir dan dikendalikan oleh koordinator kasus, setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh tenaga pelaksana pelayanan harus diketahui oleh coordinator kasus.
- 4) Secara periodik koordinator kasus akan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan apakah sudah sesuai dengan kesepakatan.

**f. Pemberi pelayanan *Home care***

- 1) Dokter

Pemberian *Home care* harus berada di bawah perawatan dokter. Dokter harus sudah menyetujui rencana perawatan sebelum perawatan diberikan kepada pasien. Rencana perawatan meliputi: diagnosa, 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 actual 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. Perawatan tidak langsung meliputi konsultasi dengan petugas *home care* lain dan berkontribusi dalam 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 makan yang dialami pasien.

5) Social worker (pekerja social)

Pekerja social membantu pasien dan keluarga untuk menyesuaikan diri dengan faktor sosial, emosional, dan lingkungan yang berpengaruh pada kesehatan mereka.

6) Homemaker/home health aide

Tugas dari home health aide adalah untuk membantu pasien mencapai level kemandirian dengan cara sementara waktu memberikan personal hygiene. Tugas tambahan meliputi pencahayaan rumah dan keterampilan rumah tangga lain (Bukit, 2008).

## 2. Program *Home care* Dinas Kesehatan Kota Makassar

Pelayanan *home care* di kota makassar telah diatur dalam peraturan walikota no 6 tahun 2016 yang menjelaskan beberapa poin yang telah ditetapkan yaitu :

a. Definisi

*Home care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit tanpa dipungut biaya. Pengaturan *home care* ini berazaskan perikemanusiaan, perikeadilan manfaat bagi masyarakat dan no diskriminatif.

b. Pengaturan *home care* bertujuan untuk

- 1) Menjamin pemenuhan hak dasar masyarakat dalam pelayanan kesehatan dasar dalam rangka mempertahankan, meningkatkan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit untuk mencapai kemampuan iindividu secara optimal.
- 2) Memberikan perlindungan kepada masyarakat dan petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan
- 3) Meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat , pemerintah kota terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan.

c. Prinsip

Prinsip pelayanan *home care* sebagaimana yang dimaksud adalah pelayanan dilaksanakan secara komprehensif (promotive, preventif kuratif dan rehabilitative) serta berkesinambungan.

d. Ruang lingkup

- 1) Pelayanan *home care*
- 2) Kewajiban dan tanggungjawab
- 3) Koordinasi dan kerja sama
- 4) Pembinaan dan pengawasan

e. Pelayanan kunjungan rumah

Unsur pelayanan *home care* dikota makassar terdiri dari :

- 1) Pengelola *home care* adalah dinas kesehatan kota makassar yang bertanggungjawab terhadap pelayanan *home care* di kota makassar.
- 2) Pelaksana pelayanan *home care* adalah Puskesmas kota makassar yang terdiri dari dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya
- 3) Pasien adalah pasien *home care* dan keluarga yang bertanggungjawab dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan sehari – hari.
- 4) Koordinator kasus adalah responden perawat dengan kriteria tertentu yang masih aktif yang berasal dari Puskesmas setempat yang berperan dalam pengelolaan kasus *home care* seseresponden koordinatpor kasus mengkoordinir pelaksana perawat.

f. Kriteria dan jenis pelayanan

Kriteria pelayanan *home care* terdiri atas umum dan khusus

- 1) Umum adalah semua penyakit yang dalam pasien dan tidak sempat mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk pasien dengan pasca stroke, penyakit degenerative, luka diabetes, luka pasca bedah, post kemoterapi dan penyakit tidak menular lainnya.
- 2) Kriteria pelayanan khusus sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf b adalah semua pasien dengan kegawatdaruratan medik.

g. Prosedur

Prosedur pelayanan *home care* pasien atau masyarakat sebagai berikut :

- 1) Pasien keluarga pasien meminta pelayanan *home care* melalui *Call center home care* Puskesmas setempat atau melalui *Call center home care* kota makassar.
- 2) Setelah menerima telepon dari pasien/keluarga, tim pelaksana *home care* mengunjungi pasien untuk melakukan pelayanan *home care* .

h. Hak dan kewajiban petugas kesehatan

Petugas kesehatan dalam melakukan pelayanan *home care* mempunyai hak :

- 1) Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar prosedur operasional
- 2) Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya dari peraturan perundang – undangan
- 3) Menerima penghasilan sesuai dengan jasa yang diberikan sesuai dengan peraturan perundang- undangan.

Petugas kesehatan dalam melakukan pelayanan *home care* mempunyai kewajiban :

- 1) Melakukan pelayanan medis sesuai standar profesi prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien
- 2) Merujuk pasien ke fasilitas kesehatan yang mempunyai sarana dan prasarana dan sumber daya manusia yang lebih baik apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan.
- 3) Merahasiakan sesuatu yang diketahuinya tentang pasien.

i. Mekanisme Pelayanan *Home care* Kota Makassar

Pelayanan *Home care* Kota Makassar melalui dua jalur, antara lain sebagai berikut :

- 1) *Home care* pada pasien pasca perawatan di Rumah Sakit.

Pelayanan *Home care* yang dimaksud dalam hal ini adalah pelayanan lanjutan pada pasien yang sebelumnya telah dirawat di Rumah Sakit. Secara umum, berikut mekanisme pelayanan *Home care* bagi pasien pasca perawatan di Rumah Sakit. A

- a) Pasien pasca rawat inap atau rawat jalan harus terlihat terlebih dahulu disetujui dokter untuk menentukan apakah secara medis layak untuk mendapatkan pelayanan *Home care* atau tidak.
  - b) Selanjutnya apabila dokter telah menetapkan bahwa pasien layak dirawat di rumah, maka dilakukan pengkajian oleh koordinator kasus yang merupakan perawat penanggung jawab, 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.
  - c) 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 tenaga pelaksana pelayanan harus diketahui oleh koordinator khusus.
  - d) Secara periodik koordinator khusus akan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan apakah sudah sesuai dengan kesepakatan.
- 2) *Home care* atas permintaan pasien

Pelayanan *Home care* yang dimaksud dalam hal ini adalah pelayanan *Home care* atas permintaan pasien/ pasien yang telah dirawat di Rumah Sakit yang belum memiliki tim *Home care* di Rumah Sakit sehingga tidak teridentifikasi untuk pelayanan *Home care* dan kemudian meminta pengelola *Home care* dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Makassar untuk diberikan pelayanan *Home care*

### **3. Kualitas layanan *Home care***

Puskesmas merupakan suatu lembaga yang berfungsi mewujudkan pranata upaya pelayanan kesehatan terbesar pada masyarakat di jaman modern ini. Menurut Ivancevich dalam (Ii & Teori, 2009), pelayanan adalah produk-produk yang tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang melibatkan usaha-usaha manusia dan menggunakan peralatan. Sedangkan menurut Gronroos dalam (Ii & Teori, 2009) bahwa pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas bersifat tidak kasat mata yang terjadi sebagai

akibat adanya interaksi antara konsumen dan petugas atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi layanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan pelanggan.

Ruang lingkup penilaian suatu program kegiatan pelayanan kesehatan dibedakan dalam 6 jenis yaitu : status kesehatan yang dihasilkan (*health status outcomes*), kualitas pelayanan yang diselenggarakan (*estimated quality of services*), kuantitas pelayanan yang dihasilkan (*quantity of services provided*), sikap masyarakat terhadap program kesehatan (*attitude of recipients*), sumber daya yang tersedia (*resources made available*), biaya yang dipergunakan (*cost of the program*). (Azwar, 2010).

Memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik, bukanlah sesuatu yang mudah bagi pihak Puskesmas karena pelayanan yang diberikan menyangkut kualitas hidup para pasiennya, sehingga bila terjadi kesalahan dalam tindakan medis dapat berdampak buruk bagi pasien. Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi fungsional merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Fungsi Puskesmas adalah mengembangkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh seiring dengan misinya. Pelayanan kesehatan tersebut harus bersifat menyeluruh atau yang disebut dengan Comprehensive Health Care Service, meliputi: aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Menurut rangkuman dari berbagai sumber informasi, ada 3 (tiga) fungsi utama yang diemban Puskesmas dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) kepada seluruh target sasaran masyarakat di wilayah kerjanya, sebagai berikut:

a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Berperan sebagai motivator terselenggaranya pembangunan yang mengacu, berorientasi dan berlandaskan pada kesehatan sebagai faktor utama pertimbangan. Pembangunan yang diselenggarakan harus

berdampak positif pada pembentukan lingkungan sehat, perilaku sehat sebagai tujuan akhir adalah peningkatan kesehatan masyarakat.

b. Pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga

Fungsi Puskesmas diupayakan pada peningkatan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengenal masalah serta pemecahannya dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas yang ada, baik lintas sektoral maupun lintas program. Sedangkan pada pemberdayaan keluarga ditujukan untuk peningkatan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam mengenal masalah serta pemecahannya dan mengambil keputusan dengan benar tanpa atau dengan bantuan pihak lain.

c. Pusat Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer) secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (kontinyu), mencakup: pelayanan kesehatan perrespondenan, dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Melihat fungsi Puskesmas yang sangat strategis sebagai penggerak pembangunan kesehatan terdepan di tengah masyarakat, maka diperlukan kebijakan umum seperti dukungan dana, anggaran, sarana dan tenaga yang berkompeten, dari para penentu kebijakan berwenang yang dapat memberdayakan pelayanan Puskesmas secara maksimal.

Prioritas yang harus dikembangkan oleh Puskesmas harus diarahkan ke bentuk pelayanan kesehatan dasar (basic health care services) yang lebih mengedepankan upaya promosi dan pencegahan (public health service). Seiring dengan semangat otonomi daerah, maka Puskesmas dituntut untuk mandiri dalam menentukan kegiatan pelayanannya yang akan dilaksanakan, tetapi pembiayaannya tetap didukung oleh pemerintah.

Kegiatan pokok Puskesmas dilaksanakan sesuai kemampuan tenaga maupun fasilitasnya, karenanya kegiatan pokok di setiap Puskesmas dapat berbeda-beda. Namun demikian, kegiatan pokok Puskesmas yang lazim dan seharusnya dilaksanakan adalah: a) Kesejahteraan ibu dan anak (KIA); b) Keluarga Berencana; c) Usaha peningkatan gizi; d) Kesehatan

lingkungan; e) Pemberantasan penyakit menular; f) Upaya pengobatan termasuk pelayanan darurat kecelakaan; g) Penyuluhan kesehatan masyarakat; h) Usaha Kesehatan Sekolah; i) Kesehatan Olah Raga; j) Perawatan Kesehatan Masyarakat; k) Usaha Kesehatan Kerja; l) Usaha Kesehatan Gigi dan Mulut; m) Usaha Kesehatan Jiwa; n) Kesehatan Mata; o) Laboratorium (diupayakan tidak lagi sederhana); p) Pencatatan dan pelaporan sistem informasi kesehatan; q) Kesehatan usia lanjut; dan r) Pembinaan Pengobatan Tradisional (Supriyono, 2005).

Banyak cara yang dilakukan oleh pemerintah untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk masyarakatnya melalui berbagai program. Pelayanan tersebut tentunya harus memuaskan masyarakat. Untuk mencapai kepuasan masyarakat sangat ditentukan oleh kualitas pelayanan. Kualitas menjadi sangat penting karena menjadi tolak ukur pelaksanaan pelayanan oleh penyelenggara pelayanan. Menurut Sinambela (2010), kata kualitas memiliki beberapa definisi yang berbeda dan bervariasi dimulai dari konvensional hingga yang lebih strategis. Definisi atau pengertian kualitas secara konvensional biasanya menggambarkan ciri atau karakteristik secara langsung dari suatu produk seperti, kinerja, keandalan, mudah dalam penggunaan dan estetika. Sedangkan definisi kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan.

Menurut Gaspersz dalam Sinambela (2010) mengemukakan bahwa pada dasarnya kualitas mengacu kepada pengertian bahwa kualitas terdiri atas sejumlah keistimewaan produk, baik keistimewaan langsung maupun keistimewaan atraktif yang memenuhi keinginan pelanggan dan memberikan kepuasan atas penggunaan produk. Kualitas sangat berkaitan dengan mutu atau tingkat baik dan buruknya suatu program pemerintah. Kualitas tidak berbentuk fisik melainkan hanya dapat dialami dan dirasakan. Jika dihubungkan dengan pelayanan, maka pelayanan yang diberikan oleh pemerintah dapat dikatakan berkualitas apabila suatu pelayanan tersebut memenuhi beberapa indikator atau prinsip-prinsip dari kualitas dan



pelayanan yang diberikan dapat memuaskan masyarakat sebagai sasaran dari suatu program.

Kualitas layanan kesehatan menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Mulyadi et al., 2013) meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk dan berdasarkan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Kemudian dalam memberikan pelayanan kesehatan, seresponden tenaga medis harus berpedoman pada beberapa syarat atau indikator pelayanan yaitu berdasarkan *Standar Operational Procedure* (SOP). Program perawatan kesehatan masyarakat, */home care* adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang komprehensif.

*Home care* merupakan produk jasa yang dibuat untuk melayani pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan ini. Dalam suatu produk, ada factor utama yang dibutuhkan oleh suatu organisasi agar dapat beroperasi secara maksimal. Jasa pelayanan kesehatan *home care* tidak lepas dari manajemen yang diterapkan oleh instansi. Dalam buku Dasar – Dasar Manajemen (Herujito, 2001) dan pada buku Nursalam (2014) menjelaskan bahwa manajemen mempunyai lima unsur pada proses input, yaitu :

*a. Man*

*Man* merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. Dalam manajemen, faktor manusia adalah yang paling menentukan. Manusia yang membuat tujuan dan manusia pula yang melakukan proses untuk mencapai tujuan. Tanpa ada manusia tidak ada proses kerja, sebab pada dasarnya manusia adalah makhluk kerja. Oleh karena itu, manajemen timbul karena adanya responden responden yang berkerja sama untuk mencapai tujuan. *Man* yang dimaksud dalam pelayanan kesehatan seperti ketersediaanya tenaga kerja seperti dokter, perawat, dokter spesialis, farmasis, administrasi, dan lain sebagainya.

*b. Money*

*Money* atau uang merupakan salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai. Besar-kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar dalam perusahaan. Oleh karena itu uang merupakan alat (tools) yang penting untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional. Hal ini akan berhubungan dengan berapa uang yang harus disediakan untuk membiayai gaji tenaga kerja, alat-alat yang dibutuhkan dan harus dibeli serta berapa hasil yang akan dicapai dari suatu organisasi. Dalam pelayanan kesehatan uang digunakan untuk biaya operasional maupun biaya investasi untuk menjalankan fungsi pelayanan.

*c. Materials*

*Material* terdiri dari bahan setengah jadi (raw material) dan bahan jadi. Dalam dunia usaha untuk mencapai hasil yang lebih baik, selain manusia yang ahli dalam bidangnya juga harus dapat menggunakan bahan/materi-materi sebagai salah satu sarana. Sebab materi dan manusia tidak dapat dipisahkan, tanpa materi tidak akan tercapai hasil yang dikehendaki. Dalam pelayanan kesehatan material berhubungan dengan logistic pelayanan kesehatan seperti obat – obatan, alat suntik, dan lain sebagainya.

*d. Mechine*

*Machine* atau peralatan digunakan untuk memberi kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja. Dalam pelayanan kesehatan mesin berhubungan dengan peraalatan laboratorium, peralatan penunjang, incubator dan lain sebagainya.

*e. Methods*

Metode adalah suatu tata cara kerja yang memperlancar jalannya pekerjaan manajer. Sebuah metode daat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang

tersedia dan penggunaan waktu, serta uang dan kegiatan usaha. Perlu diingat meskipun metode baik, sedangkan responden yang melaksanakannya tidak mengerti atau tidak mempunyai pengalaman maka hasilnya tidak akan memuaskan. Dengan demikian, peranan utama dalam manajemen tetap manusianya sendiri.

Dalam pelayanan kesehatan *method* berhubungan dengan standar operasional prosedur (SOP) tindakan pelayanan, standar pelayanan minimum yang dimiliki oleh instansi kesehatan tersebut. Pelayanan keperawatan kesehatan di rumah merupakan pemberian pelayanan keperawatan yang berkualitas terhadap pasien di lingkungan rumahnya yang disediakan secara *intermitten* atau *part time*. Kebijakan standar dan prosedur perawatan juga akan mempengaruhi pelayanan perawatan pasien sebagaimana ketersediaan sumber- sumber seperti ; peralatan, bahan-bahan, biaya dan sistem keluarga, Sehingga dalam menentukan pelayanan *home care* yang berkualitas perlu dilakukan sebuah evaluasi.

#### **4. Evaluasi kualitas layanan *Home care***

Menurut Baranovskaya & Shaforostova (2017) evaluasi merupakan proses membuat penilaian berdasarkan informasi dari satu atau lebih sumber. Bos et al. (2007) menjelaskan pemerintah, institusi dan pasien sendiri terus berlanjut untuk menuntut pelayanan perawatan kesehatan kualitas tinggi. *Home care* adalah bagian penting kesehatan, karena fungsi yang menghubungkan antara perawatan masyarakat dan kelembagaan. Pasien menerima perawatan *home care* dengan alasan mereka berada pada titik balik di kehidupan mereka.

Perawatan *Home care* yang berkualitas baik dapat memberikan kemandirian dalam waktu lama hidup di masyarakat, sedangkan perawatan *Home care* yang kurang optimal dapat menyebabkan penurunan kesehatan yang tidak perlu. Kualitas perawatannya kompleks dan multi dimensi konsep. Banyak penelitian telah dilakukan dalam peningkatan kualitas perawatan, mulai dari metode pemantauan (mis., basis data klinis, epidemiologis studi, statistik mortalitas dan morbiditas) untuk aspek

pemantauan yang berpotensi mempengaruhi kualitas perawatan (organisasi Rumah Sakit, karakteristik pasien dan dokter).

Salah satu metode mengidentifikasi yang berpotensi baik dan kualitas perawatan yang buruk adalah penggunaan indikator kualitas dalam mengevaluasi kualitas pelayanan *home care*, yang dapat didefinisikan sebagai “penanda yang menunjukkan keberadaan atau tidak adanya praktik perawatan yang berpotensi buruk. Tujuan dari indikator kualitas adalah untuk mengidentifikasi penyediaan perawatan klinis yang berguna dalam memperbaiki proses perawatan dan untuk menentukan kinerja individu penyedia perawatan.

Evaluasi kualitas layanan *home care* adalah kunci untuk memastikan bahwa kebutuhan pasien terpenuhi, dan menetapkan intervensi yang harus dilakukan untuk meningkatkan pelayanan (Foebel et al., 2015). Kualitas layanan kesehatan dapat ditelaah dari tiga (Donabedian, 2011), yaitu:

- a. Struktur (sarana fisik, peralatan, dana, tenaga kesehatan dan non kesehatan, dan pasien).
- b. Proses (manajemen interpersonal, teknis maupun pelayanan keperawatan yang tercermin pada tindakan medis dan nonmedis kepada pasien).
- c. Outcome.

Bagian penerimaan pasien mempunyai pengaruh dan nilai walaupun mungkin belum ada tindakan-tindakan pelayanan medis khusus yang diberikan kepada pasien. Kesan pertama akan memberikan arti tersendiri bagi pasien untuk melalui proses pelayanan selanjutnya. Kesiapan petugas, kelengkapan sarana/prasarana di bagian penerimaan pasien haruslah optimal. Pelayanan jasa yang diselenggarakan di Puskesmas untuk melayani kebutuhan masyarakat khususnya di bidang perawatan adalah pelayanan rawat inap dan pelayanan rawat jalan. Pelayanan rawat jalan, pasien memperoleh pelayanan kesehatan pada jam-jam tertentu dan tidak perlu pemondokan, sedangkan pelayanan rawat inap dimana pasien memperoleh pelayanan kesehatan yang berlangsung lebih dari 24 jam (Mulyadi, 2016).

Penderita membutuhkan pelayanan kesehatan di Puskesmas, maka terpikir pertama kali adalah dokternya, baru kemudian mengharapkan perawatan yang baik dari perawat. Tenaga medik mempunyai pengabdian yang tinggi dalam memberikan pelayanan kepada pasien disertai rasa kasih sayang, penuh perhatian, pengertian, memberikan rasa aman, serta harus berusaha sekuat tenaga dalam mengobati dan merawat pasien. Suatu Puskesmas agar bisa professional, tidak cukup mempunyai sumber daya manusia saja, tetapi harus didukung pula oleh fasilitas penunjang Puskesmas baik penunjang medis maupun non medis serta sarana penunjang seperti: laboratorium, instalasi farmasi, radiologi, pelayanan makan pasien, dan lain-lain. Fasilitas penunjang Puskesmas juga sangat menentukan terhadap kualitas layanan kesehatan.

Kualitas layanan Puskesmas juga ditentukan oleh lingkungan Puskesmas. Persyaratan kesehatan di lingkungan Puskesmas adalah:

- a. Lokasi atau lingkungan Puskesmas seperti nyaman, tenang, aman, terhindar dari pencemaran, dan selalu dalam keadaan bersih.
- b. Ruangan: berlantai dan berdinding bersih, penerangan cukup, tersedia tempat sampah, bebas bau yang tidak sedap, bebas dari gangguan serangga, tikus dan binatang pengganggu lainnya, penghawaan cukup, dan ventilasi udara yang baik.
- c. Atap, langit-langit, pintu sesuai dengan syarat yang telah ditentukan.

Pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas sangat ditentukan oleh standar pelayanan minimal yang diterapkan. Para tenaga bidang kesehatan harus mempunyai pendidikan dan keahlian dalam melakukan pekerjaan yang berhubungan dengan jiwa dan fisik manusia serta lingkungannya. Pemerintah juga berkewajiban untuk mengadakan dan mengatur upaya pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau masyarakatnya. Masyarakat dari semua lapisan memiliki hak dan kesempatan yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas. Tenaga kesehatan yaitu responden yang mengabdikan diri di bidang kesehatan, memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu

memerlukan pelatihan khusus seperti tenaga pemasang alat kontrasepsi KB, juru immunisasi, dan keahlian khusus lainnya (A Azwar, 2015).

Kualitas adalah sebuah kata yang bagi penyedia jasa merupakan sesuatu yang harus dikerjakan dengan baik. Menurut (Tjiptono, 2015) mendefinisikan kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan.

Konsep kualitas layanan adalah menunjukkan segala bentuk aktualisasi kegiatan pelayanan yang memuaskan responden-responden yang menerima pelayanan sesuai dengan bukti fisik (*tangible*) yang dapat dilihatnya, menurut empati (*empathy*) dari responden-responden yang memberikan pelayanan, keandalannya (*reliability*) menjalankan tugas pelayanan yang diberikan secara konsekuen untuk memuaskan yang menerima pelayanan, daya tanggap (*responsiveness*) dan menumbuhkan adanya jaminan (*assurance*).

Bentuk-bentuk aplikasi kualitas layanan yang menerapkan konsep “TERRA” sebagaimana dikemukakan oleh (Parasuraman et al., 1985) (Parasuraman et al., 1988) (Parasuraman et al., 1991)(Parasuraman et al., 2011) sebagai berikut:

a. Tampilan fisik (*tangible*)

Pengertian bukti fisik dalam kualitas layanan adalah bentuk aktualisasi nyata secara fisik dapat terlihat atau digunakan oleh pegawai sesuai dengan penggunaan dan pemanfaatannya yang dapat dirasakan membantu pelayanan yang diterima oleh responden yang menginginkan pelayanan, sehingga puas atas pelayanan yang dirasakan, sekaligus menunjukkan kepuasan atas pemberian pelayanan yang diberikan (Parasuraman et al., 1985) (Parasuraman et al., 1988) (Parasuraman et al., 1991). Sehubungan dengan memberikan pelayanan, setiap responden yang menginginkan pelayanan dapat merasakan pentingnya bukti fisik yang ditunjukkan oleh pengembang pelayanan, sehingga pelayanan yang diberikan memberikan kepuasan. Bentuk pelayanan bukti fisik biasanya berupa sarana dan prasarana pelayanan tersedia,

teknologi pelayanan yang digunakan, performance pemberi pelayanan yang sesuai dengan karakteristik pelayanan yang diberikan dalam bentuk pelayanan fisik yang dapat dilihat.

Bentuk-bentuk pelayanan fisik yang ditunjukkan sebagai dimensi kualitas layanan dalam rangka meningkatkan kepuasan, merupakan salah satu pertimbangan dalam manajemen organisasi. Menurut (Sutojo, 2011), kepuasan ditunjukkan oleh individu sumberdaya manusia, menjadi penilaian dalam mengaplikasikan aktivitas kerjanya yang dapat dinilai dari bentuk pelayanan fisik yang ditunjukkan. Bentuk pelayanan fisik tersebut berupa kemampuan menggunakan dan memanfaatkan segala fasilitas alat dan perlengkapan di dalam memberikan pelayanan, sesuai dengan kemampuan penguasaan teknologi yang ditunjukkan secara fisik dan bentuk tampilan dari pemberi pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan.

Identifikasi kualitas layanan fisik dapat tercermin dari aplikasi lingkungan kerja berupa:

- 1) Kemampuan menunjukkan kepuasan pelayanan dalam menggunakan alat dan perlengkapan kerja secara efisien dan efektif.
- 2) Kemampuan menunjukkan penguasaan teknologi dalam berbagai akses data dan inventarisasi otomasi kerja sesuai dengan dinamika dan perkembangan dunia kerja yang dihadapinya.
- 3) Kemampuan menunjukkan integritas diri sesuai dengan penampilan yang menunjukkan kecakapan, kewibawaan dan dedikasi kerja.

Uraian ini secara umum memberikan suatu indikator yang jelas bahwa dimensi kualitas layanan sangat ditentukan menurut kondisi fisik pelayanan, yang inti adalah kemampuan dalam menggunakan alat dan perlengkapan kerja yang dapat dilihat secara fisik, menunjukkan kemampuan secara fisik dalam berbagai penguasaan teknologi kerja dan menunjukkan penampilan yang sesuai dengan kecakapan, kewibawaan dan dedikasi kerja.

b. Empati (*empathy*)

Setiap kegiatan atau aktivitas pelayanan memerlukan adanya pemahaman dan pengertian dalam kebersamaan asumsi/kepentingan terhadap suatu hal yang berkaitan dengan pelayanan. Pelayanan akan berjalan dengan lancar dan berkualitas apabila setiap pihak yang berkepentingan dengan pelayanan memiliki adanya rasa empati (*empathy*) dalam menyelesaikan atau mengurus atau memiliki komitmen yang sama terhadap pelayanan (Parasuraman et al., 1985) (Parasuraman et al., 1988)(Parasuraman et al., 1994)(Parasuraman et al., 2011)

Empati dalam suatu pelayanan adalah adanya suatu perhatian, keseriusan, simpatik, pengertian dan keterlibatan pihak-pihak yang berkepentingan dengan pelayanan mengembangkan dan melakukan aktivitas pelayanan sesuai dengan tingkat pengertian dan pemahaman dari masing-masing pihak tersebut. Pihak yang memberi pelayanan harus memiliki empati memahami masalah dari pihak yang ingin dilayani. Pihak yang dilayani seyogyanya memahami keterbatasan dan kemampuan responden yang melayani, sehingga keterpaduan antara pihak yang melayani dan mendapat pelayanan memiliki perasaan yang sama.

Setiap bentuk pelayanan yang diberikan kepada responden yang dilayani diperlukan adanya empati terhadap berbagai masalah yang dihadapi responden yang membutuhkan pelayanan. Pihak yang menginginkan pelayanan membutuhkan adanya rasa kepedulian atas segala bentuk pengurusan pelayanan, dengan merasakan dan memahami kebutuhan tuntutan pelayanan yang cepat, mengerti berbagai bentuk perubahan pelayanan yang menyebabkan adanya keluhan dari bentuk pelayanan yang harus dihindari, sehingga pelayanan tersebut berjalan sesuai dengan aktivitas yang diinginkan oleh pemberi pelayanan dan yang membutuhkan pelayanan.



Menurut (Ardhanari et al., 2013), suatu bentuk kualitas layanan dari empati responden-responden pemberi pelayanan terhadap yang mendapatkan pelayanan harus diwujudkan dalam lima hal, yaitu:

- 1) Mampu memberikan perhatian terhadap berbagai bentuk pelayanan diberikan, sehingga yang dilayani merasa menjadi responden penting.
- 2) Mampu memberikan keseriusan atas aktivitas kerja pelayanan yang diberikan, sehingga yang dilayani mempunyai kesan bahwa pemberi pelayanan menyikapi pelayanan yang diinginkan.
- 3) Mampu menunjukkan rasa simpatik atas pelayanan yang diberikan, sehingga yang dilayani merasa memiliki wibawa atas pelayanan yang dilakukan.
- 4) Mampu menunjukkan pengertian yang mendalam atas berbagai hal yang diungkapkan, sehingga yang dilayani lega dalam menghadapi bentuk-bentuk pelayanan yang dirasakan.
- 5) Mampu menunjukkan keterlibatannya dalam memberikan pelayanan atas berbagai hal yang dilakukan, sehingga yang dilayani menjadi tertolong menghadapi berbagai bentuk kesulitan pelayanan.

#### C. Kehandalan (*reliability*)

Setiap pelayanan memerlukan bentuk pelayanan yang handal, artinya dalam memberikan pelayanan, setiap petugas diharapkan memiliki kemampuan dalam pengetahuan, keahlian, kemandirian, penguasaan dan profesionalisme kerja yang tinggi, sehingga aktivitas kerja yang dikerjakan menghasilkan bentuk pelayanan yang memuaskan, tanpa ada keluhan dan kesan yang berlebihan atas pelayanan yang diterima oleh masyarakat (Parasuraman et al., 1985) (Parasuraman et al., 1991)(Parasuraman et al., 2011)

Tuntutan kehandalan petugas dalam memberikan pelayanan yang cepat, tepat, mudah dan lancar menjadi syarat penilaian bagi responden yang dilayani dalam memperlihatkan aktualisasi kerja pegawai dalam memahami lingkup dan uraian kerja yang menjadi perhatian dan fokus dari setiap pegawai dalam memberikan

pelayanannya. Inti pelayanan kehandalan adalah setiap pegawai memiliki kemampuan yang handal, mengetahui mengenai seluk beluk prosedur kerja, mekanisme kerja, memperbaiki berbagai kekurangan atau penyimpangan yang tidak sesuai dengan prosedur kerja dan mampu menunjukkan, mengarahkan dan memberikan arahan yang benar kepada setiap bentuk pelayanan yang belum dimengerti oleh masyarakat, sehingga memberikan dampak positif atas pelayanan tersebut yaitu pegawai memahami, menguasai, handal, mandiri dan profesional atas uraian kerja yang ditekuninya (Parasuraman et al., 1985) (Parasuraman et al., 1988)(Parasuraman et al., 2011)

Kehandalan dari seresponden pegawai yang berprestasi, dapat dilihat dari:

- 1) Kehandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan tingkat pengetahuan terhadap uraian kerjanya.
- 2) Kehandalan dalam memberikan pelayanan yang terampil sesuai tingkat keterampilan kerja yang dimilikinya dalam menjalankan aktivitas pelayanan yang efisien dan efektif.
- 3) Kehandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan pengalaman kerja yang dimilikinya, sehingga penguasaan tentang uraian kerja dapat dilakukan secara cepat, tepat, mudah dan berkualitas sesuai pengalamannya.
- 4) Kehandalan dalam mengaplikasikan penguasaan teknologi untuk memperoleh pelayanan yang akurat dan memuaskan sesuai hasil output penggunaan teknologi yang ditunjukkan.

Seresponden pegawai dapat handal apabila tingkat pengetahuannya digunakan dengan baik dalam memberikan pelayanan yang handal, kemampuan keterampilan yang dimiliki diterapkan sesuai dengan penguasaan bakat yang terampil, pengalaman kerja mendukung setiap pegawai untuk melaksanakan aktivitas kerjanya secara handal dan penggunaan teknologi menjadi syarat dari setiap pegawai yang handal untuk melakukan berbagai bentuk kreasi kerja termasuk memecahkan berbagai permasalahan kerja yang dihadapinya secara handal.

d. Ketanggapan (*responsiveness*)

Setiap pegawai dalam memberikan bentuk-bentuk pelayanan, mengutamakan aspek pelayanan yang sangat mempengaruhi perilaku responden yang mendapat pelayanan, sehingga diperlukan kemampuan daya tanggap dari pegawai untuk melayani masyarakat sesuai dengan tingkat penyerapan, pengertian, ketidaksesuaian atas berbagai bentuk pelayanan yang tidak diketahuinya. Hal ini pula memerlukan adanya penjelasan yang bijaksana, mendetail, membina, mengarahkan dan membujuk agar menyikapi segala bentuk-bentuk prosedur dan mekanisme kerja yang berlaku dalam satu organisasi, sehingga bentuk pelayanan mendapat respon positif (Parasuraman et al., 1985) (Parasuraman et al., 2011)

Pada prinsipnya, inti dari bentuk pelayanan yang diterapkan dalam suatu instansi atau aktivitas pelayanan kerja yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan tingkat ketanggapan atas permasalahan pelayanan yang diberikan. Kurangnya tanggapan tersebut dari responden yang menerima pelayanan, karena bentuk pelayanan tersebut baru dihadapi pertama kali, sehingga memerlukan banyak informasi mengenai syarat dan prosedur pelayanan yang cepat, mudah dan lancar, sehingga pihak pegawai atau pemberi pelayanan seyogyanya menuntun responden yang dilayani sesuai dengan penjelasan-penjelasan yang mendetail, singkat dan jelas yang tidak menimbulkan berbagai pertanyaan atau hal-hal yang menimbulkan keluhan dari responden yang mendapat pelayanan. Apabila hal ini dilakukan dengan baik, berarti pegawai tersebut memiliki kemampuan daya tanggap terhadap pelayanan yang diberikan dengan optimal sesuai tingkat kecepatan, kemudahan dan kelancaran dari suatu pelayanan yang ditangani oleh pegawai (Parasuraman et al., 2011).

Apabila pelayanan daya tanggap diberikan dengan baik atas penjelasan yang bijaksana, penjelasan yang mendetail, penjelasan yang membina, penjelasan yang mengarahkan dan yang bersifat membujuk, apabila hal tersebut secara jelas dimengerti oleh individu yang mendapat

pelayanan, maka secara langsung pelayanan daya tanggap dianggap berhasil, dan ini menjadi suatu bentuk keberhasilan kerja.

Menurut (Ardhanari et al., 2013), kualitas layanan daya tanggap adalah suatu bentuk pelayanan tanggap dan menanggapi pelayanan yang diterima, sehingga diperlukan adanya unsur kualitas layanan daya tanggap sebagai berikut:

- 1) Memberikan penjelasan secara bijaksana sesuai dengan bentuk-bentuk pelayanan yang dihadapinya. Penjelasan bijaksana tersebut mengantar individu yang mendapat pelayanan, mampu mengerti dan menyetujui segala bentuk pelayanan yang diterima.
- 2) Memberikan penjelasan yang mendetail yaitu bentuk penjelasan yang substantif dengan persoalan pelayanan yang dihadapi, yang bersifat jelas, transparan, singkat dan dapat dipertanggungjawabkan.
- 3) Memberikan pembinaan atas bentuk-bentuk pelayanan yang dianggap masih kurang atau belum sesuai dengan syarat-syarat atau prosedur pelayanan yang ditunjukkan.
- 4) Mengarahkan setiap bentuk pelayanan dari individu yang dilayani untuk menyiapkan, melaksanakan dan mengikuti berbagai ketentuan pelayanan yang harus dipenuhi.
- 5) Membujuk responden dilayani apabila menghadapi suatu permasalahan yang dianggap bertentangan, berlawanan atau tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

e. Jaminan (*assurance*)

Setiap bentuk pelayanan memerlukan adanya kepastian atas pelayanan yang diberikan. Bentuk kepastian dari suatu pelayanan sangat ditentukan oleh jaminan dari pegawai yang memberikan pelayanan, sehingga responden yang menerima pelayanan merasa puas dan yakin bahwa segala bentuk urusan pelayanan yang dilakukan atas tuntas dan selesai sesuai dengan kecepatan, ketepatan, kemudahan, kelancaran dan kualitas layanan yang diberikan (Parasuraman et al., 2011).

Jaminan atas pelayanan yang diberikan oleh pegawai sangat ditentukan oleh performance atau kinerja pelayanan, sehingga diyakini

bahwa pegawai tersebut mampu memberikan pelayanan yang handal, mandiri dan profesional yang berdampak pada kepuasan pelayanan yang diterima. Selain dari performance tersebut, jaminan dari suatu pelayanan juga ditentukan dari adanya komitmen organisasi yang kuat, yang menganjurkan agar setiap pegawai memberikan pelayanan secara serius dan sungguh-sungguh untuk memuaskan responden yang dilayani. Bentuk jaminan yang lain yaitu jaminan terhadap pegawai yang memiliki perilaku kepribadian (personality behavior) yang baik dalam memberikan pelayanan, tentu akan berbeda pegawai memiliki watak atau karakter yang kurang baik dalam memberikan pelayanan (Barata, 2013).

Menurut (Ardhanari et al., 2013), suatu organisasi kerja sangat memerlukan adanya kepercayaan yang diyakini sesuai dengan kenyataan bahwa organisasi tersebut mampu memberikan kualitas layanan yang dapat dijamin sesuai dengan:

- 1) Mampu memberikan kepuasan dalam pelayanan yaitu setiap pegawai akan memberikan pelayanan yang cepat, tepat, mudah, lancar dan berkualitas, dan hal tersebut menjadi bentuk konkrit yang memuaskan responden yang mendapat pelayanan.
- 2) Mampu menunjukkan komitmen kerja yang tinggi sesuai dengan bentuk-bentuk integritas kerja, etos kerja dan budaya kerja yang sesuai dengan aplikasi dari visi, misi suatu organisasi dalam memberikan pelayanan.
- 3) Mampu memberikan kepastian atas pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan, agar responden yang mendapat pelayanan yakin sesuai dengan perilaku yang dilihatnya.

Berdasarkan ketiga dimensi kualitas layanan tersebut banyak digunakan oleh para ahli dalam menjelaskan kualitas pelayanan. Dari ketiga dimensi tersebut dapat mengevaluasi kualitas layanan dengan cara membandingkan pelayanan yang diharapkan dan pelayanan yang dirasakan. Kesenjangan antara pelayanan yang diharapkan dan

pelayanan yang dirasakan untuk setiap dimensi merupakan ukuran kualitas layanan berdasarkan persepsi pelanggan.

Mengukur kualitas layanan merupakan suatu tantangan karena kepuasan pelanggan ditentukan oleh banyak faktor yang tak terwujud. Pengukuran kualitas barang dapat dilakukan dengan relatif mudah karena karakteristik fisik barang dapat diukur dengan obyektif, sedangkan kualitas layanan jasa mengandung banyak karakteristik psikologis yang menyangkut persepsi pelanggan.

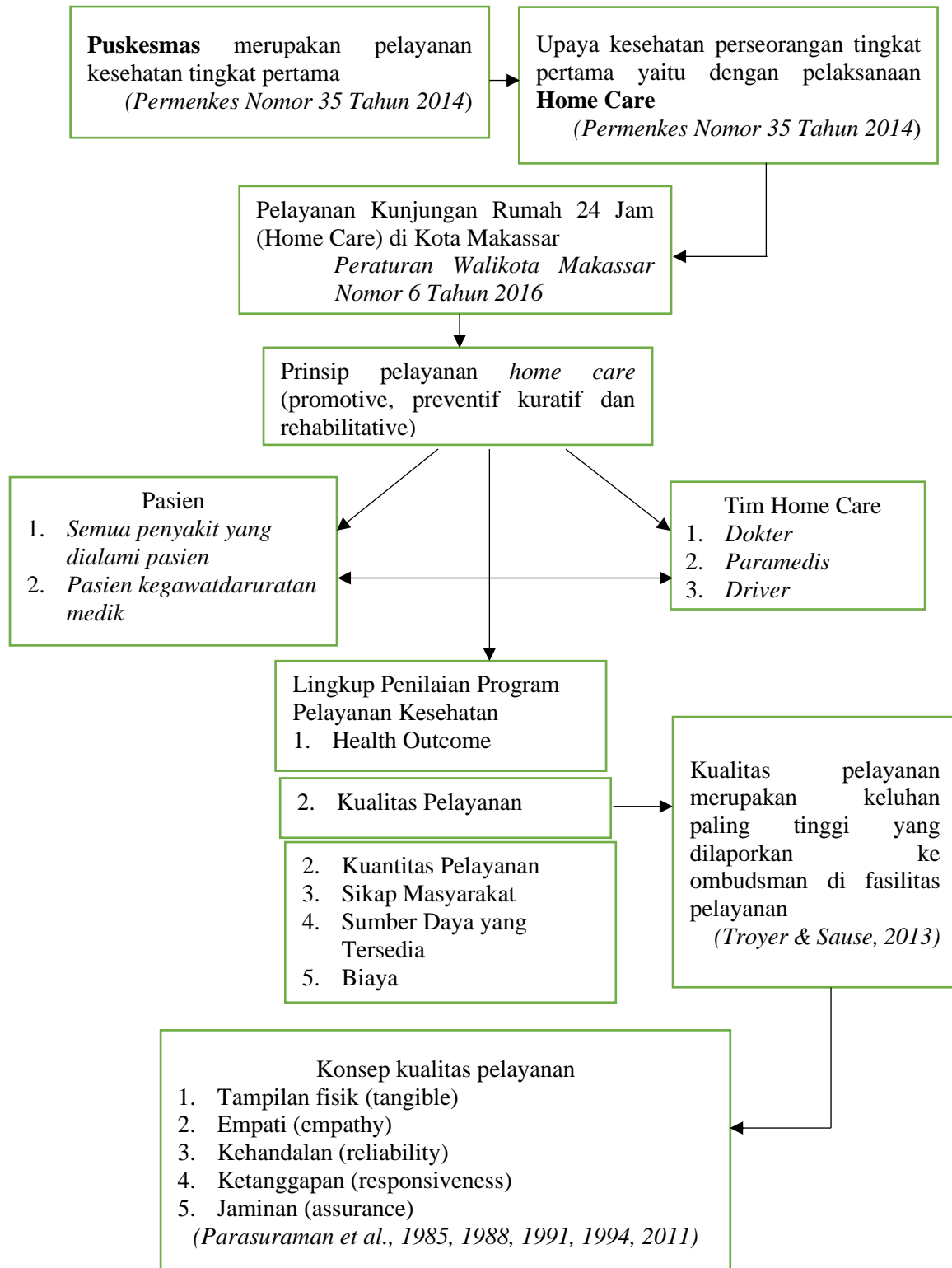
Menurut (Tjiptono, 2015), ada tiga hal yang patut diperhatikan dalam pengukuran kualitas pelayanan, adalah:

- 1) Kualitas suatu pelayanan lebih sulit untuk dievaluasi oleh pelanggan daripada kualitas barang. Oleh karena itu, peneliti pemasaran relatif lebih sulit dalam memahami kriteria yang digunakan oleh pelanggan untuk mengevaluasi suatu pelayanan.
- 2) Dalam mengevaluasi kualitas pelayanan, pelanggan tidak semata-mata melihat dari hasil suatu pelayanan (outcome) tetapi juga mempertimbangkan bagaimana proses pemberian pelayanan.
- 3) Kriteria kualitas layanan yang relevan ialah kriteria yang diterapkan oleh pelanggan. Kualitas layanan hanya dapat diukur dari sudut pandang pelanggan dan bukan dari sudut pandang perusahaan.

Untuk mengukur kualitas layanan dikenal dua model, yaitu: 1) *Service Quality* yang menggunakan skala yang hanya menangkap persepsi tentang kinerja; dan 2) *Service Quality* yang menggunakan skala perbandingan antara harapan (expectation) dengan persepsi tentang kinerja (performance). Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka kualitas layanan Rumah Sakit kepada setiap pasien dilakukan sesuai dengan bentuk-bentuk kualitas layanan yang ditunjukkan dapat dipercaya dan menjadi aktualisasi pencerminan kepuasan pasien yang dapat dicapai atas adanya pelayanan petugas kesehatan.



## D. Kerangka Teori

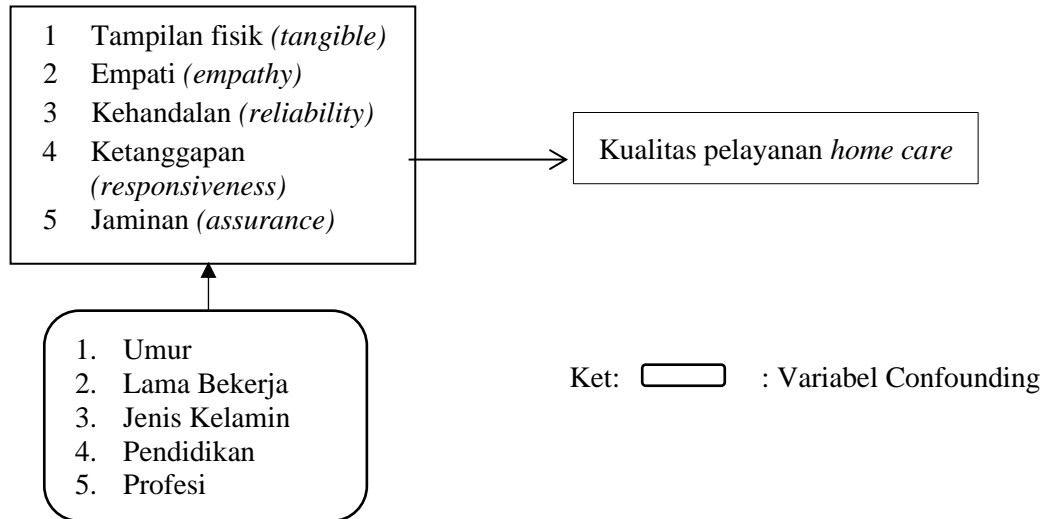


Gambar 2.1 Kerangka Teori



**BAB III**  
**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOPTESIS PENELITIAN**

**A. Kerangka Konseptual Penelitian**



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

**B. Definisi Operasional**

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi opsional	Alat ukur	Kategori
Kehandalan ( <i>reliability</i> )	Kehandalan adalah penilaian tenaga kesehatan terhadap kemampuan memberikan pelayanan <i>home care</i> yang dijanjikan dengan benar.	Google form	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat setuju
Ketanggapan ( <i>responsiveness</i> )	Ketanggapan adalah kemampuan petugas kesehatan dalam menanggapi dan melakukan sesuatu yang diinginkan dan dibutuhkan pasien <i>home care</i> .	Google form	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat setuju
Empati ( <i>empathy</i> )	Empati adalah kepedulian tenaga kesehatan untuk memberikan perhatian pribadi dan kenyamanan kepada pasien <i>home care</i> .	Google form	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat setuju
Jaminan ( <i>assurance</i> )	Jaminan adalah kepastian pelayanan <i>home care</i> yang dapat mengatasi keluhan pasien.	Google form	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat setuju
Tampilan fisik ( <i>tangible</i> )	Tampilan fisik adalah penampilan fisik seperti bangunan fisik, kelengkapan fasilitas, kebersihan	Google form	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Netral

	ruangan, dan penampilan petugas kesehatan yang dilihat langsung oleh tenaga kesehatan.		4. Setuju 5. Sangat setuju
Umur	Lamanya kehidupan seseorang dihitung dari tahun lahir sampai tahun saat dilakukan penelitian.		Data numerik
Lama Bekerja	Lamanya bekerja responden sebagai petugas layanan <i>home care</i> hingga saat dilakukan penelitian yang dihitung berdasarkan tahun	Google form	Data numerik
Jenis Kelamin	Pembagian jenis seksual yang ditentukan secara biologis dan anatomis yang dinyatakan dalam jenis kelamin laki-laki dan jenis kelamin perempuan	Google form	1. Laki-laki 2. Perempuan
Pendidikan	Jenjang Pendidikan formal yang diselesaikan oleh responden berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Google form	1. Diploma 2. Strata 1 3. Strata 2
Profesi	Jenis profesi yang ditekuni berdasarkan pendidikan formal yang diselesaikan	Google form	1. Dokter 2. Bidan 3. Perawat 4. Kesmas

---