

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Banyak negara dihadapkan pada masalah keterbatasan pelayanan kesehatan diakibatkan meningkatnya prevalensi penyakit kronis, prevalensi penyakit degeneratif, prevalensi populasi lanjut usia, dan berbagai masalah kesehatan lainnya yang menimbulkan kecacatan (Maresova et al., 2019). Keterbatasan pelayanan kesehatan di rumah sakit ini telah mendorong percepatan perubahan lingkungan perawatan dari rumah sakit ke rumah (Lee & Lee, 2021). Dalam asuhan keperawatan, pengaplikasian perawatan di rumah dilakukan dalam bentuk *homecare*. *Homecare* saat ini menjadi salah satu alternatif solusi dari keterbatasan rumah sakit. Selain berkaitan dengan kapasitas yang terbatas, bagi pasien, rumah adalah tempat berkumpulnya emosi dan fisik, ingatan, dan kenyamanan (Malikal Balqis et al., 2023).

Home care merupakan layanan kesehatan yang dilakukan oleh professional ditempat tinggal pasien untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien dan dilaksanakan oleh tim kesehatan serta melibatkan anggota keluarga sehingga keluarga bisa mandiri dalam mengatasi masalah kesehatan. Pelayanan home care merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di tempat tinggal pasien atau keluarga untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan pasien atau keluarga (Meri Agritubella et al., 2022).

Perkembangan pelayanan kesehatan dirumah sejauh ini bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang dikenal masyarakat dalam sistem pelayanan kesehatan adalah pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Di sisi lain banyak anggota masyarakat yang menderita sakit karena berbagai pertimbangan terpaksa dirawat dirumah dan tidak dirawat inap di institusi pelayanan kesehatan (Arifin Alwi et al., 2019).

Puskesmas Kalukubodo merupakan puskesmas yang telah menjalankan program *homecare*. Namun, masih terdapat kendala- kendala yaitu kurang akuratnya data yang tersedia, kurangnya kerjasama lintas program terkait, kurangnya sarana dan prasarana yang dibutuhkan, kurangnya kemampuan atau keterampilan petugas dan kurangnya motivasi petugas.

Riskesdas tentang *Homecare* di Sulawesi Selatan menyatakan bahwa indeks akses ke pelayanan kesehatan sebanyak 34.89% mengatakan mudah, sebanyak 33.2 % mengatakan sulit dan sebanyak 31.91 % mengatakan terkait pengetahuan kemudahan akses ke puskesmas/ pustu/ 1 desa (Riskesdas Sul-Sel, 2018).



g-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal tkan bahwa pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, an, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam elenggaraan pelayanan kesehatan. Dalam Peraturan Presiden

Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional dijelaskan bahwa untuk melaksanakan upaya kesehatan dalam rangka membangun kesehatan diperlukan adanya sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis maupun kualitas yang terdistribusi secara adil dan merata.

Setiap Puskesmas di Kota Makassar memiliki koordinator yang mengkoordinir dan berhubungan langsung dengan Dinas Kesehatan Kota Makassar. Berdasarkan pernyataan dari koordinator program Home Care di Puskesmas Kaluku Bodoa di Tahun 2021 sebanyak 132 kunjungan dan pada Tahun 2022 sebanyak 206 kunjungan.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan jumlah kunjungan di Tahun 2020 sebanyak 3504 kunjungan yang dilayani, Tahun 2021 sebanyak 3506 kunjungan yang dilayani dan Tahun 2022 sebanyak 4757 kunjungan yang dilayani.

Dinas kesehatan kota makassar memiliki tujuan untuk menjadikan Kota Makassar sebagai kota sehat dan nyaman untuk semua orang. Walikota makassar mengeluarkan peraturan Walikota makassar No. 36 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam Home Care di Kota Makassar. Program Home care adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komperhensif yang diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit. Setelah adanya kebijakan dari pemerintah maka pengimplementasian merupakan cara agar kebijakan tersebut dapat mencapai tujuan.

Pertumbuhan penduduk Indonesia yang semakin banyak pada usia lanjut akan menjadi beban dimana jika masyarakat golongan ini tidak diperhatikan masalah kesehatannya. Semakin menurunnya kualitas usia lanjut akan menjadi beban bertambah bagi golongan usia produktif seiring dengan semakin meningkatnya angka penyakit degenerative. Konsep home care sangat cocok dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pad golongan usia lanjut dalam memenuhi kualitas pelayanan kesehatan. Sehingga sudah selayaknya home care menjadi prioritas utama dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia. Disini home care difokuskan pada kualitas pelayanan dengan fokus utama memandirikan masayrakat dalam memenuhi kebutuhan akan sehat (Yuliawan et al., 2023).

Perkembangan layanan *home care* di Indonesia sudah semakin maju, semakin banyak masyarakat yang mencoba menggunakan jasa pelayanan homecare ini, baik yang disediakan oleh rumah sakit pemerintah, swasta kesmas. Dengan semakin meningkatnya prevalensi penyakit-enerative seperti stroke, diabetes mellitus dan penyakit lainnya prung memerlukan waktu pengobatan dan rehabilitasi yang lama menyebabkan sebagian besar orang memilih homecare. Kesehatan kerumah pasien (homecare) ini dianggap sangat efektif karena bisa memberikan kesempatan pada anggota rumah



tangga lainnya untuk tetap bisa melaksanakan tugas rutin mereka di rumah sambil menjaga pasien.

Disamping itu lingkungan di rumah dirasakan lebih nyaman oleh sebagian besar pasien dibandingkan dengan rumah sakit, sehingga hal ini akan mempercepat kesembuhan mereka (Muh Syarif Ahmad et al., 2019).

World Health Organization (WHO) mendefinisikan keadaan sehat sebagai keadaan sejahtera dari aspek fisik, mental dan sosial dan tidak hanya terbebasnya seseorang dari penyakit maupun kecatatan. Lebih dari 20 tahun terakhir pembahasan tentang kebijakan kesehatan berkembang pesat dalam literatur akademik, kesehatan dan pengobatan dalam konteks ilmu sosial. Pelayanan kesehatan yang semakin berkembang bersama dengan pertumbuhan kehidupan sosial yang semakin kompleks, kebijakan kesehatan mencakup berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek medis dan pelayanan kesehatan serta keterlibatan aktor baik dari skala individu maupun organisasi atau insitusi pemerintah, swasta, LSM, dan representasi masyarakat lain yang membawa dampak kesehatan (Ayuningtias, 2014).

Implementasi diartikan sebagai interaksi antara penyusunan tujuan dengan sarana- sarana, tindakan dalam mencapai tujuan tersebut, atau kemampuan untuk menghubungkan dalam hubungan kausal antara yang diinginkan dengan cara untuk mencapainya Implementasi kebijakan terlaksana dengan efektif menurut Edward III ada empat faktor, memiliki pengaruh terhadap implementasi kebijakan publik. Faktor komunikasi, berpengaruh dalam menciptakan pengertian atau pemahaman yang sama di antara para pelaku kebijakan, yang kemudian berpengaruh pada sikap, tindakan ataupun perilaku, dan kemudian memengaruhi pelaksanaan kerja. Faktor sumber daya, adalah faktor kunci bagi efektivitas pelaksanaan kebijakan, apapun namanya. Tanpa sumber daya yang memadai, tidak mungkin suatu kebijakan dapat diimplementasikan dengan baik. Faktor disposisi atau sikap pelaksana, berkaitan dengan kepatuhan para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan. Sedangkan, faktor struktur birokrasi, berkenaan dengan pembagian kerja, wewenang dan tanggung jawab, yang akan berpengaruh pada pencapaian tujuan kebijakan. Untuk mewujudkan tujuan tersebut, maka kebijakan yang telah ditetapkan harus diimplementasikan dengan sebaik-baiknya (Dalimunthe dan Susilawati, 2022).

Variabel komunikasi ini dimaksudkan untuk melihat sejauh mana pihak-pihak yang terlibat atau yang bertanggungjawab dalam mengimplementasikan memahami atau mengetahui apa yang akan atau yang perlu dilakukan dalam program Homecare, Transmisi yang berkenaan proses penyampaian informasi kebijakan sehingga para pelaksana kebijakan program homecare dan Kejelasan yang berkenaan pemahaman para pelaksana tentang isi kebijakan tersebut dan keterkaitan dengan aturan implementasi yang konsisten dan tidak



berubah-ubah sehingga tidak membingungkan para pelaksana program homecare.

Variabel Sumber Daya ini dimaksudkan melihat implementasi kebijakan berjalan sebagaimana mestinya, para pelaksana harus didukung dengan sumber daya yang memadai. Sumber daya yang penting dalam implementasi kebijakan meliputi Staf pelaksana, jumlah yang memadai, berpengalaman, dan terampil pada bidangnya masing masing unit dalam hal menangani masalah, Informasi berupa data-data yang telah diformulasikan dalam bentuk yang dapat dimengerti oleh para pelaksana kebijakan. Kewenangan dalam berbagai bentuk mulai dari perintah sampai pada menghilangkan perilaku yang menghalangi implementasi kebijakan dan Fasilitas yang diperlukan dalam mengimplementasikan kebijakan, berupa fasilitas kantor, alat-alat penyimpan data atau perlengkapan media tradisional, gedung kantor, kendaraan dan lain sebagainya.

Variabel Disposisi ini maksudkan Faktor Disposisi atau Sikap Pelaksana terhadap Kebijakan. Faktor ini berkaitan dengan ketanggapan yang dimanifestasikan sebagai sikap dan perilaku pelaksana kebijakan *homecare* dan insentif berupa penghargaan yang diberikan kepada pelaksana dilapangan.

Variabel Struktur Birokrasi ini maksudkan Struktur birokrasi merupakan bagian tugas dalam program homecare dan fragmentasi merupakan pembagian tanggung jawab untuk sebuah bidang kebijakan di antara unit-unit organisasional yang tersebar luas.

Dari latar belakang diatas peneliti tertarik meneliti implementasi kebijakan homecare dengan judul “Analisis Implementasi Kebijakan Tentang Program *Homecare* Di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis merumuskan permasalahan yaitu Bagaimana Implementasi Pelayanan Kesehatan Berbasis *Home Care* Di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar ?

1.3 Tujuan Dan Manfaat Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan untuk menganalisis Implementasi Pelayanan Kesehatan Berbasis *Home Care* Di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus pada penelitian tersebut antara lain :

- a) Menganalisis komunikasi mengenai Implementasi Pelayanan Kesehatan Berbasis *Home Care* Di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar.
- b) Menganalisis sumber daya mengenai Implementasi Pelayanan Kesehatan Berbasis *Home Care* Di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar.



- c) Menganalisis birokrasi dan struktur organisasi mengenai Implementasi Pelayanan Kesehatan Berbasis *Home Care* Di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar.
- d) Menganalisis disposisi atau sikap pelaksana mengenai Implementasi Pelayanan Kesehatan Berbasis *Home Care* Di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar.

1.4 Tinjauan Umum Kebijakan Implementasi Kebijakan

a. Pengertian Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan pada dasarnya mengenai pemahaman umum yang dapat diperoleh dari pernyataan implementasi kebijakan merupakan proses umum tindakan administrative 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 (Akib, 2010a). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kebijakan adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar serta dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak (tentang pemerintahan, organisasi) pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip, atau maksud sebagai garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran (Manurung, 2021).

Studi implementasi kebijakan adalah krusial bagi *public administration* dan *public policy*. Implementasi kebijakan adalah salah satu dari tahap kebijakan publik, pembentukan kebijakan dan konsekuensi kebijakan bagi masyarakat (Mulyadi, 2016). Implementasi merujuk pada sejumlah kegiatan yang mengikuti pertanyaan tentang tujuan kebijakan dan program serta hasil yang diinginkan oleh pemerintah.

Ripley dan Franklin mengemukakan bahwa implementasi mencakup berbagai macam kegiatan sebagai berikut:

1. Badan pelaksana yang ditugasi oleh undang-undang dengan tanggung jawab melaksanakan program haruslah mendapatkan sumber daya yang dibutuhkan agar implementasi berjalan lancar.
2. Badan pelaksana mengembangkan Bahasa anggaran dasar menjadi arahan konkrit, regulasi serta rencana-rencana yang di desain program.
3. Badan pelaksana mengorganisasikan kegiatan mereka dengan menciptakan unit-unit birokrasi dan rutinitas untuk mengatasi beban kerja.
4. Badan pelaksana memberikan keuntungan atau pembatasan kepada para pelanggan atau kelompok-kelompok target.

b. Unsur- Unsur Implementasi



Unsur implementasi menurut Tachjan (Suratman, 2017) yaitu:

1. pelaksanaan implementasi kebijakan merupakan pelaksanaan oleh pihak-pihak yang menjalankan kebijakan yang terdiri dari tujuan tujuan atau sasaran organisasi, analisis serta perumusan kebijakan dan strategi organisasi.

2. program yang dilaksanakan suatu kebijakan publik tidak memiliki arti penting tanpa tindakan-tindakan yang nyata dilakukan

dengan program, kegiatan atau proyek. Grindle menjelaskan bahwa isi program harus menggambarkan kepentingan yang dipengaruhi jenis manfaat, derajat perubahan yang diinginkan, status pembuat keputusan, pelaksanaan program dan sumberdaya yang tersedia.

3. Target group atau kelompok sasaran. Ini merupakan sekelompok orang atau organisasi dalam masyarakat yang akan menerima barang atau jasa yang dipengaruhi perilakunya oleh kebijakan. Karakteristik yang dimiliki oleh sasaran seperti besaran kelompok, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman, usia, serta kondisi sosial ekonomi mempengaruhi efektivitas implementasi.

c. Model Implementasi

1. Model Implementasi Edward III

Teori Implementasi menurut *Edward* (1980) dalam (Arifin et al., 2016) menjelaskan bahwa terdapat empat variable kritis dalam implementasi kebijakan public atau program diantaranya, komunikasi atau kejelasan informasi, konsistensi informasi (*communications*), ketersediaan sumberdaya dalam jumlah dan mutu tertentu (*resources*), sikap dan komitmen dari pelaksana program atau kebijakan birokrat (*disposition*), dan struktur birokrasi atau standar operasi yang mengatur tata kerja dan tata laksana (*bureaucratic structure*). Empat variable atau faktor yang dimaksud antara lain:

a) Komunikasi (*communication*)

Komunikasi kebijakan berarti merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan (*policy maker*) kepada pelaksana kebijakan (*implementor*), menurut Edward III, komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik, implementasi yang efektif apabila para pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang mereka kerjakan.

b) Sumber Daya (*Resources*)

Sumber daya yang berkenaan dengan ketersediaan sumber daya manusia sebagai pendukung dan dengan kecakapan pelaksana kebijakan publik untuk *carry out* kebijakan secara efektif.

c) Disposisi (*Disposition*)

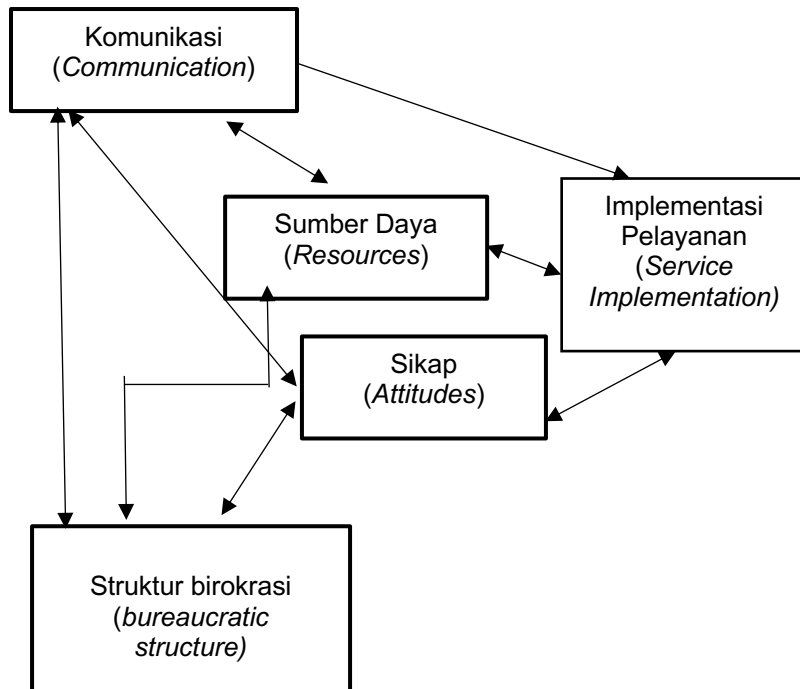
Disposisi merupakan sikap dari pelaksana kebijakan untuk melaksanakan kebijakan serta sungguh-sungguh sehingga tujuan kebijakan dapat diwujudkan. Sikap yang bisa mempengaruhi oleh pengetahuan dari seseorang implementor akan kebijakan tersebut mampu menguntungkan organisasi atau dirinya sendiri. Pada akhirnya intensitas disposisi implementor dapat mempengaruhi pelaksana kebijakan. Kurangnya atau terbatasnya intensitas disposisi ini, akan bisa menyebabkan gagalnya implementasi kebijakan.

d) Struktur Birokrasi (*Bureaucratic Structure*)

Menurut Edward III kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerja sama banyak orang, ketika struktur birokrasi tidak disif pada kebijakan yang tersedia, maka hal ini akan menyebabkan sumber-sumber daya yang tidak termotivasi.



Sehingga terhambat jalan kebijakan. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang telah di putuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi dengan baik. Adapun gambaran teori Edward III Sebagai berikut:



Gambar 1 Model Edward III

2. Model Van Meter and Van Horn

Menurut (Kurniawan & Maani, 2020) *A Model of Policy Implementation* adalah nama acuan kebijakan dari Van Meter dan Van Horn. Van Horn dan Van Meter berangkat dari gagasan bahwa karakteristik kebijakan yang akan dilaksanakan akan memengaruhi perbedaan dalam proses implementasi. Menurut kedua pakar ini, ada sejumlah determinan yang berkorelasi memotong jalur yang menghubungkan kebijakan ke prestasi kerja. Ada enam variabel yang digunakan pada kebijakan publik, yaitu:

a) Ukuran dan tujuan kebijakan

Tingkat keberhasilan evaluasi kebijakan diukur apabila ukuran dan tujuan kebijakan sangat substansial dan sosio-kultur yang mada di tingkatan pelaksanaan kebijakan.

nber daya

Kemampuan untuk mendayagunakaan sumber daya, ncakup manusia, dana, dan waktu sangat penting untuk erhasilan proses evaluasi kebijakan.

akteristik biro pelaksana



Organisasi formal dan informal bertanggung jawab untuk menerapkan kebijakan publik adalah bagian dari fokus biro pelaksana.

d) Sikap para pelaksana

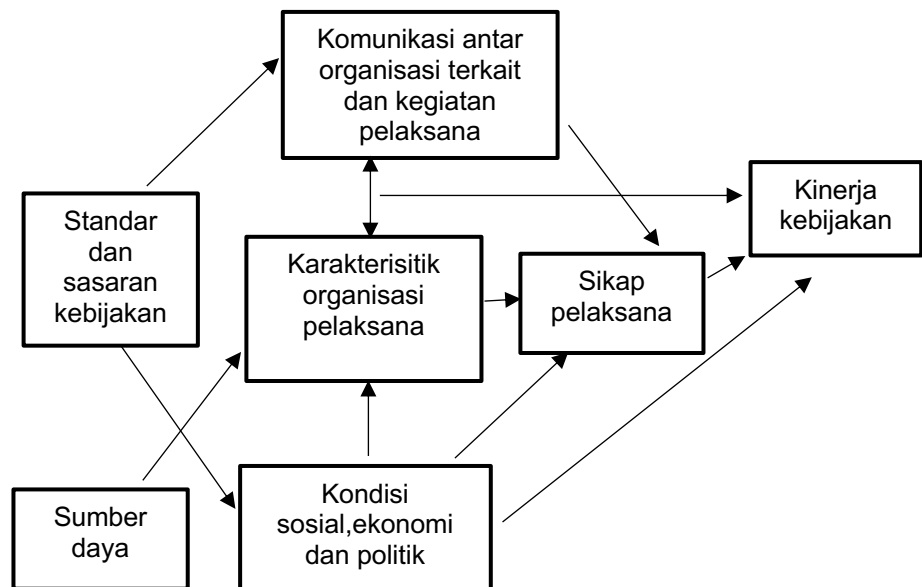
Sikap pelaksana mempengaruhi keberhasilan evaluasi kebijakan publik.

e) Komunikasi antar organisasi dan aktivitas pelaksana

Pada evaluasi kebijakan publik, koordinasi adalah metode yang efektif. Kemungkinan kesalahan berkurang, apabila komunikasi antara aspek-aspek yang terlibat dalam proses implementasi berlangsung dengan baik.

f) Lingkungan ekonomi, sosial dan politik

Keberhasilan kebijakan publik yang telah ditetapkan juga didorong oleh lingkungan eksternal. Kegagalan evaluasi kebijakan dapat terjadi karena aspek sosial, ekonomi, dan politik tidak sehat. Adapun gambaran teori *Van Meter and Van Horn* sebagai berikut:



Gambar 2 Model Van Meter and Van Horn

1.5 Tinjauan Umum Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk ra, meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok masyarakat. Selain itu dapat juga diartikan sebagai pelayanan 1 dalam memenuhi kebutuhan masyarakat berupa tindakan jhan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan fungsi organ erti sedia kala.



Menurut WHO (1997) adalah suatu keadaan sejahtera sempurna yang lengkap meliputi kesejahteraan fisik, mental dan sosial, bukan semata-mata bebas dari penyakit atau kelemahan. Sedangkan untuk sistem kesehatan adalah kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan. Dalam suatu negara yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan (Mubarak, 2005).

Di Indonesia sistem kesehatan nasional (SKN) merupakan suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsanya untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum (Mubarak, 2005). Pelayanan merupakan kegiatan dinamis berupa membantu, menyiapkan, menyediakan dan memproses serta membantu keperluan orang lain.

Berdasarkan pertaian tersebut, dapat dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan tergantung dari beberapa faktor yakni:

1. Pengorganisasian pelayanan: pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan secara sendiri atau bersama-sama sebagai anggota dalam organisasi.
2. Tujuan atau ruang lingkup kegiatan: mencegah penyakit, memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, penyembuhan atau pengobatan dan pemulihan kesehatan.
3. Sasaran pelayanan: Adapun sasaran pelayanan terdiri dari perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat.

b. Jenis Pelayanan Kesehatan

Secara umum jenis pelayanan kesehatan dibedakan atas dua, yaitu:

1. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.

2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (publik health services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama- sama dalam suatu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit serta sasaran utamanya untuk kelompok dan masyarakat.

c. Faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan

Kualitas pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas. Menurut (Muninjaya, 2004) kepuasan pengguna jasa pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor :

1. Pemahaman pengguna jasa tentang jenis pelayanan yang akan

any.

i (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan

ipilan fisik (kerapian) petugas, kondisi kebersihan dan nanan ruangan.

an keamanan yang ditunjukkan oleh petugas Kesehatan



6. Keadaan dan keterampilan petugas kesehatan dalam memberikan perawatan
7. Kecepatan petugas memberikan tanggapan terhadap keluhan pasien.

Terdapat beberapa faktor yang yang mempengaruhi tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah faktor yang berasal dari penyedia layanan kesehatan dan faktor yang berasal dari pengguna pelayanan kesehatan.

d. Stratifikasi pelayanan kesehatan

Strata pelayanan kesehatan yang dianut oleh setiap negara itu berbeda, namun secara umum menurut (Azwar, 2010) strata dapat dikelompokkan menjadi tiga macam yakni:

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (Primary Health Services)
Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (basic health services) dan sangat dibutuhkan oleh mayoritas masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan (ambulatory/out patient services).
2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (Secondary Health Services)
Pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan lanjutan dan sudah bersifat rawat inap (in patient services) serta untuk menyelenggarakannya dibutuhkan tersedianya tenaga- tenaga spesialis.
3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (Tertiary Health Services)
Pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga subspecialis.

e. Tingkat pelayanan Kesehatan

Menurut (Setyawan, 2019), pelayanan kesehatan berdasarkan tingkat pelayanannya dapat dibedakan menjadi:

1. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)

Promosi kesehatan merupakan tingkat kesehatan pertama dalam memberikan pelayanan melalui upaya peningkatan kesehatan. Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan agar masyarakat yang menjadi sasarannya tidak terjadi gangguan kesehatan. Promosi kesehatan meliputi kebersihan perseorangan, perbaikan sanitasi lingkungan, layanan prenatal, layanan lansia dan semua kegiatan yang berhubungan dengan peningkatan status kesehatan baik individu ataupun masyarakat.

2. Perlindungan Khusus (*Specific Protection*)

Perlindungan khusus dilakukan untuk melindungi masyarakat dari ancaman yang akan menyebabkan penurunan status kesehatan atau perlindungan terhadap penyakit- penyakit tertentu yangancam kesehatan individu atau masyarakat. Tindakan kesehatan termasuk dalam perlindungan khusus ini adalah pemberian vaksinasi yang digunakan untuk perlindungan pada penyakit tertentu imunisasi BCG, DPT Hepatitis campak dan lain-lain. Pelayanan



perlindungan keselamatan kerja dimana pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang yang bekerja ditempat yang memiliki risiko tinggi seperti kerja di bagian produksi bahan kimia.

3. *Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (Early Diagnosis and Prompt Treatment)*

Tingkat pelayanan kesehatan ini merupakan tindakan yang dilakukan apabila timbulnya gejala dari suatu penyakit. Tingkat pelayanan ini dilaksanakan untuk mencegah meluasnya atau terjadinya penyebaran penyakit. Bentuk tindakan dari tingkat pelayanan kesehatan ini dapat berupa kegiatan dalam rangka survei pencarian kasus baik secara individu maupun masyarakat, survei penyaringan kasus serta pencegahan terhadap meluasnya kasus.

4. *Pembatasan Kecacatan (Disability Limitation)*

Pembatasan kecacatan dilakukan untuk menghindarkan mencegah agar pasien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit yang ditimbulkan. Tingkat ini dilakukan pada kasus atau penyakit yang mengalami potensi kecacatan. Bentuk tindakan yang dapat dilakukan dapat berupa perawatan untuk menghentikan penyakit, mencegah komplikasi lebih lanjut, pemberian segala fasilitas untuk mengatasi kecacatan dan mencegah kematian.

5. *Rehabilitasi (Rehabilitation)*

Rehabilitasi dilakukan setelah pasien didiagnosa sembuh. Rehabilitasi sering dijumpai pada fase pemulihan terhadap kecacatan sebagaimana program Latihan-latihan yang diberikan kepada pasien, kemudian memberikan fasilitas agar pasien memiliki keyakinan Kembali atau gairah hidup Kembali kemasyarakat dan masyarakat mau menerima dengan senang hati karena kesadaran yang dimilikinya.

f. *Syarat pokok pelayanan Kesehatan*

Pelayanan kedokteran berbeda dengan pelayanan kesehatan masyarakat. Akan tetapi, agar dapat disebut sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik, keduanya harus memiliki berbagai persyaratan pokok. Syarat pokok yang dimaksud adalah (Azwar, 2010):

1. *Tersedia dan berkesinambungan*

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*). Hal tersebut memiliki arti yaitu semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dimasyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

2. *Dapat diterima dan wajar (acceptable and appropriate)*

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima oleh masyarakat dan bersifat wajar. Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan ayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan n adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, dan kepercayaan rakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan atan yang baik.



3. Mudah dicapai (*accessible*)

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai atau dijangkau oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud terutama dari segi lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

4. Mudah dijangkau (*affordable*)

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksudkan terutama dari segi biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat disekitar pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang mahal, mungkin hanya akan dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja dan hal tersebut bukan pelayanan kesehatan yang baik.

5. Bermutu (*quality*)

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang bermutu. Pengertian mutu yang dimaksudkan yaitu yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

1.6 Tinjauan Umum *Home Care*

a. Pengertian *Home Care*

Home care adalah komponen dari pelayanan kesehatan yang komprehensif dimana pelayanan kesehatan disediakan untuk individu dan keluarga ditempat tinggal mereka dengan tujuan mempromosikan, mempertahankan atau memaksimalkan level kemandirian serta meminimalkan efek ketidakmampuan dan kesakitan termasuk didalamnya penyakit terminal. Komponen home care meliputi pasien, keluarga, pemberi pelayanan yang profesional dan tujuannya untuk membantu pasien Kembali pada level kesehatan yang optimum dan kemandirian (Triwibowo, 2012).

Home Care adalah suatu pelayanan kesehatan secara komprehensif yang diberikan kepada klien individu dan atau keluarga di tempat tinggal mereka (di rumah), bertujuan untuk memandirikan klien dalam pemeliharaan kesehatan, meningkatkan derajat kesehatan, upaya pencegahan penyakit dan resiko kekambuhan serta rehabilitasi kesehatan (Bukit, 2008).

Terdapat tiga unsur utama dalam *Home Care*, yakni pengelola pelayanan, pelaksanaan pelayanan dan klien. Pengelola pelayanan adalah unit yang bertanggung jawab terhadap seluruh pengelolaan kesehatan dirumah, baik penyediaan tenaga, sarana dan serta mekanisme pelayanan sesuai standar yang ditetapkan.

Pelaksanaan pelayanan adalah pelaksana yang terdiri dari tenaga profesional yang merupakan kolaborasi praktisi kesehatan perawat, dokter, fisioterapi, ahli gizi dibantu dengan tenaga-tenaga non profesional lain terkait dan tenaga non professional. Klien adalah



penerima perawatan kesehatan di rumah dengan melibatkan salah satu anggota keluarga sebagai penanggung jawab yang mewakili klien. Apabila diperlukan keluarga dapat juga menunjukkan seseorang yang akan menjadi pengasuh (*care-giver*) yang melayani kebutuhan sehari – hari dari klien (Suswati et al, 2018) .

b. Landasan Hukum Home Care

Menurut (Dinkes Kota Makassar, 2017) Landasan hukum home care kota makassar, yaitu:

1. UU Kes. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan.
2. PP No. 25 Tahun 2000 tentang pertimbangan keuangan pusat dan daerah.
3. UU No. 32 Tahun 2004 tentang pemerintah daerah.
4. UU No. 29 Tahun 2004 tentang praktik kedokteran.
5. Kepmenkes No. 1239 Tahun 2002 tentang registrasi dan praktik perawat.
6. Kepmenkes No. 279 tahun 2006 tentang pedoman penyelenggaraan perkesmas.
7. PP No. 32 Tahun 1996 tentang tenaga kesehatan.
8. Permenkes RI No. HK 02.02/MENKES/148/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat.
9. Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang puskesmas.
10. Perda No. 5 Tahun 2014 tentang rencana pembangunan jangka menengah daerah 2014-2016.
11. Peraturan walikota makassar No. 63 Tahun 2015 tentang pelayanan kunjungan rumah 24 jam (Home Care) di kota makassar.

c. Tujuan Home Care

Menurut (Arifin Alwi et al., 2019) pelayanan kesehatan masyarakat berbasis home care memiliki tujuan, yaitu:

1. Terpenuhinya kebutuhan dasar (bio-psiko-sosial-spritual) secara mandiri.
2. Meningkatkan kemandirian keluarga dalam pemeliharaan kesehatan.
3. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah.

d. Ruang lingkup Layanan Home Care

Menurut (Arifin Alwi et al., 2019) menyebutkan ruang lingkup pelayanan home care adalah:

1. Pelayanan medik dan asuhan keperawatan.
2. Pelayanan sosial dan upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik.
3. Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik.
4. Pelayanan informasi dan rujukan.



likan, pelatihan, dan penyuluhan kesehatan.

re dan sanitasi perorangan serta lingkungan.

inan perbaikan untuk kegiatan sosial.

ngkup keperawatan kesehatan berbasis home care menurut (Arifin , 2019) yaitu:

eri asuhan keperawatan yang komprehensif.

ukan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga.

3. Mengembangkan pemberdayaan pasien dan keluarga.

e. Prinsip Home Care

Menurut (Arifin Alwi et al., 2019) menyebutkan bahwa prinsip-prinsip dari home care, yaitu:

1. Pengelolaan home care dilaksanakan oleh perawat.
2. Pelaksanaan home care adalah terdiri dari profesi kesehatan yang ada (dokter, bidan, perawat, ahli gizi, apoteker, sanitarian dan tenaga profesi yang lain).
3. Mengaplikasikan konsep sebagai dasar dari mengambil keputusan dalam praktik.
4. Mengumpulkan data secara sistematis, akurat dan komprehensif.
5. Menggunakan data hasil pengkajian dan hasil pemeriksaan dalam menetapkan diagnosis.
6. Mengembangkan rencana keperawatan didasarkan pada kebutuhan.
7. Memberi pelayanan paripurna yang terdiri dari preventif, kuratif, promotif dan rehabilitatif.
8. Mengevaluasi respons pasien dan keluarganya dalam intervensi keperawatan, medis dan lainnya.
9. Bertanggung jawab terhadap pelayanan yang bermutu melalui manajemen.
10. Memelihara dan menjamin hubungan baik diantara anggota tim.
11. Mengembangkan kemampuan profesional.
12. Berpartisipasi pada kegiatan riset untuk pengembangan home care.
13. Menggunakan kode etik profesi dalam melaksanakan pelayanan di home care.

f. Pelayanan Home Care

Home care adalah pelayanan interkolaborasi yang diberikan kepada pasien dirumahnya. Pelayanan interkolaborasi ini mencakup pelayanan medis, keperawatan, fisioterapi dan pelayanan kesehatan lainnya sesuai kebutuhan pasien. Berdasarkan pada pasal 8 peraturan Walikota Makassar nomor 6 tahun 2016, pelayanan homecare Kota Makassar meliputi:

1. Home Care Follow Up

Pelayanan Home Care follow up adalah pemberian pelayanan Home Care yang diberikan kepada pasien yang membutuhkan perawatan lanjutan setelah perawatan di rumah sakit guna memaksimalkan proses penyembuhan pasien.

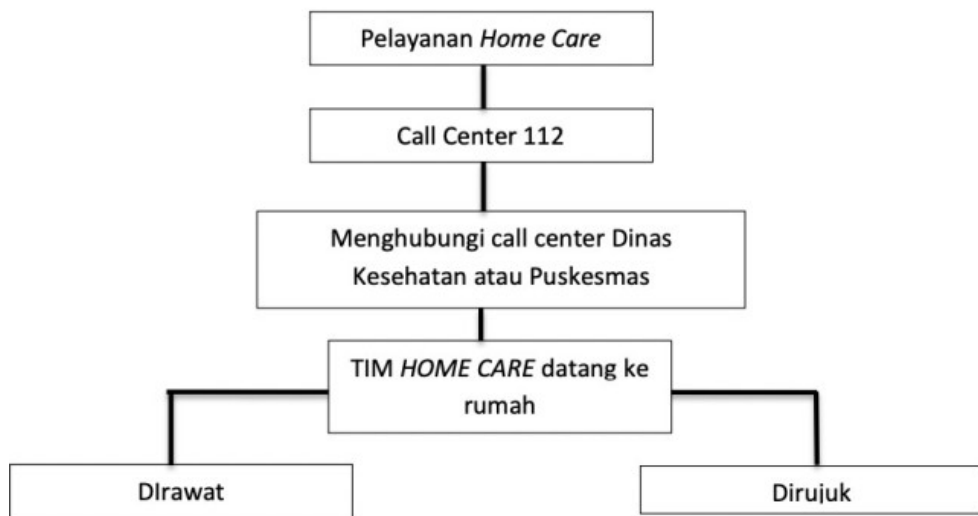
2. Home Care Emergency

Home Care emergency adalah pemberian pelayanan medis/keperawatan untuk pasien gawat darurat baik berupa pertolongan pertama, terapi maupun fasilitas rujukan bila diperlukan.

Care Visit

Home Care visit adalah pelayanan medis/keperawatan untuk pasien yang memiliki ketidakmampuan untuk datang ke fasilitas kesehatan.





Gambar 3 Home care Visit

1.7 Tinjauan Umum Puskesmas

a. Pengertian Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat disebutkan bahwa Puskesmas yaitu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya.

Dilihat dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, maka peranan dan kedudukan Puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia dikarenakan peranan dan kedudukan Puskesmas di Indonesia adalah sangat unik. Sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia maka Puskesmas kecuali bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran (Azwar, 2010).

Terdapat 17 kegiatan puskesmas yaitu Usaha Pelayanan Rawat Jalan, Usaha Kesejahteraan Ibu dan Anak, Usaha Keluarga Berencana, Usaha Kesehatan Gigi, Usaha Kesehatan Gizi, Usaha Kesehatan Sekolah, Usaha Kesehatan Lingkungan, Usaha Kesehatan Jiwa, Usaha Pendidikan Kesehatan, Usaha Perawatan Kesehatan Masyarakat, Usaha Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Usaha Kesehatan Olahraga, Usaha Kesehatan Lanjut Usia, Usaha Kesehatan Mata, Usaha Kesehatan Kerja, Usaha Pencatatan dan Pelaporan serta Usaha Laboratorium Kesehatan (Azwar, 2010).

Puskesmas

sebagai kerangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan, yang bertujuan untuk mewujudkan masyarakat memiliki perilaku yang meliputi :

1. Perilaku hidup bersih dan sehat, 2. Perilaku hidup sehat, 3. Perilaku hidup aman, kemauan dan kemampuan hidup sehat.



2. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu.
3. Hidup dalam lingkungan yang sehat.
4. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat.

c. Visi Dan Misi Puskesmas

1. Visi Puskesmas

Menurut Kementerian Kesehatan (2014) untuk mencapai tujuan program pembangunan kesehatan, visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang memiliki perilaku yang sehat dan lingkungan yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi – tingginya.

2. Misi Puskesmas

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, misi Puskesmas diuraikan sebagai berikut :

- a) Menggerakkan pembangunan Kecamatan yang berwawasan kesehatan. Puskesmas akan selalu menggerakkan pembangunan sektor lain agar memperhatikan aspek kesehatan yaitu agar pembangunan tersebut mendorong lingkungan dan perilaku masyarakat yang semakin sehat.
- b) Mendorong kemandirian masyarakat dan keluarga untuk hidup sehat. Puskesmas selalu berupaya agar keluarga dan masyarakat makin berdaya guna di bidang kesehatan, melalui peningkatan, pengetahuan dan kemampuan untuk hidup sehat. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau. Puskesmas harus selalu berupaya untuk menjaga agar cakupan dan kualitas layanannya tidak menurun, bahkan harus lebih bias ditingkatkan lagi agar semakin besar cakupannya dan semakin bagus kualitas layanannya.

d. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, bahwa prinsip Puskesmas meliputi:

1. Paradigma Sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang pi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui Gerakan rakat Hidup Sehat.

ggung jawaban Wilayah

smas dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan yah kerjanya.

idirian Masyarakat



Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

4. Ketersediaan Akses pelayanan Kesehatan

Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya, dan kepercayaan.

5. Teknologi Tepat Guna

Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan, dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

6. Keterpaduan dan Kesinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

Selain prinsip-prinsip tersebut, puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

Adapun dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Puskesmas menyelenggarakan fungsi sebagai berikut (Permenkes, 2014):

1. Penyelenggara UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya Dalam melaksanakan fungsi upaya kesehatan masyarakat, puskesmas memiliki wewenang untuk :
 - a) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
 - b) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
 - c) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan juga pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
 - d) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain yang terkait.
 - e) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat.
 - f) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia
 - g) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.



akan melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan.

Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat nasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon tanggap darurat penyakit.

Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerja.

Dalam menyelenggarakan fungsi upaya kesehatan perorangan, puskesmas memiliki wewenang untuk :

- a) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu.
- b) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotive dan preventif.
- c) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- d) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung.
- e) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerjasama internal dan antar profesi.
- f) Melaksanakan rekam medis.
- g) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan.
- h) Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan.
- i) Mengkoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama diwilayah kerjanya.
- j) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.



1.8 Tabel Sintesa

Tabel 1 Tabel sintesa penelitian

No.	Peneliti dan Nama Jurnal	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
1	Wahidim dan Dahlan, 2019	Evaluasi program home care pada puskesmas bara-baraya kota makassar.	Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel input dapat dikatakan cukup baik. Indikatornya seperti Alat kesehatan berupa termometer, tensimeter, dan stetoskop berfungsi dengan baik dan layak digunakan untuk pelayanan kesehatan <i>home care</i> . Dana operasional seperti honor petugas dibayarkan sesuai jumlah kunjungan ke masyarakat. Namun pada aspek petugas <i>home care</i> masih belum memadai. Petugas <i>home care</i> memiliki peran ganda antara melayani masyarakat di puskesmas, juga melayani masyarakat di tempat tinggal.
2	Maresova, et al, 2019	Consequences of cronic diseases and other limitations associated with old age- a scoping review	Metode penelitian kualitatif	Hasil penelitian ini menunjukkan disabilitas sebagai masalah utama yang terkait dengan ketergantungan aktivitas hidup sehari-hari lansia. Kami menemukan tujuh kategori kondisi yang berbeda masalah psikologis, kesulitan mobilitas, fungsi kognitif yang buruk, jatuh dan insiden, luka dan cedera, kekurangan gizi, dan masalah komunikasi. Untuk meminimalkan dampak penuaan, beberapa bidang memerlukan perhatian lebih, seperti pendidikan dan pelatihan; alat teknologi; dukungan pemerintah dan sistem kesejahteraan; diagnosis dini kekurangan gizi, gangguan kognitif, dan penyakit lainnya; solusi komunikasi; solusi mobilitas; dan kontribusi sosial.
3	De veer et al, 2022	Home care for patients with dirty homes: a qualitative study of the problems experienced by nurses and possible solutions	Metode penelitian kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendekatan perawatan terpadu yang berpusat pada orang seringkali diperlukan dan perawat perawatan di rumah memerlukan dukungan ekstra untuk memberikan perawatan tersebut, intervensi seharusnya tidak hanya berfokus pada pasien, namun ditujukan pada perawat, organisasi, dan kolaborasi antar organisasi di masyarakat.
2		Implementasi Kebijakan Perwali No. 6 Tahun 2016 Tentang Layanan Homecare di Wilayah Kerja Puskesmas Layang Dinas Kesehatan Kota	Metode penelitian kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan pelayanan <i>home care</i> berupa koordinasi antara pasien, pihak call center dan petugas <i>home care</i> dan layanan kesehatan yang diberikan tidak dipungut biaya, untuk seluruh masyarakat yang ada di Kota Makassar serta layanan 24 jam, kebijakan pelayanan <i>home care</i> , meliputi pelayanan dilakukan di rumah atau pelayanan rujukan sesuai dengan kondisi pasien, pelayanan home care berupa masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan selama 24 jam meskipun tidak memiliki jaminan kesehatan.



		Makassar		
5	Nurdin, et al 2023	Implementasi Kebijakan Perwali No.6 Tahun 2016 Tentang Layanan Home Care di Wilayah Kerja Puskesmas Sudiang Kota Makassar	Metode penelitian kualitatif	Hasil penelitian ini menunjukkan kebijakan pelayanan <i>home care</i> berupa ketersediaan tenaga medis, kepuasan pasien, jenis pelayanan yang diberikan dan biaya. Puskesmas Sudiang sudah menunjukkan komitmennya dengan menjadi ke-9 terbanyak pasien yang ditangani se-Kota Makassar, meskipun pesiennya sebagian besar mengalami penyakit ringan.
6	Lee You, et al, 2022	Experiences of Families, Staff, Volunteers, and Administrators With Namaste Care for Persons With Advanced Dementia in Canadian Long-Term Care Homes	Metode penelitian kualitatif	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Sebanyak 16 pengasuh keluarga dan 21 staf LTC, administrator dan relawan berpartisipasi dalam penelitian ini. Namaste Care ditemukan dapat diterima dan berhasil dalam meningkatkan kualitas hidup warga karena upaya kolaboratif dari semua kelompok peserta. Keluarga, relawan, dan staf mencatat respons positif warga, seperti tersenyum dan tertawa. Lingkungan program mendukung pengembangan hubungan dalam komunitas LTC, yang mencakup keluarga, warga, staf, dan relawan.
7	Sabetsarvestani et al, 2021	Barriers to efficient management of in-home care: A qualitative content analysis	Metode penelitian kualitatif	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa standar yang efektif, interaksi yang tidak efektif, konteks budaya/sosial dan masalah professional yang tidak sesuai.
8	Brown Msc et al, 2021	How does the delivery of paid home care compare to the care plan for clients living with dementia	Metode penelitian kualitatif	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa banyak ketidakonsistenan antara rencana perawatan dan perawatan yang diberikan. Rencana perawatan yang komprehensif mengenai kebutuhan perawatan, dan kaya akan informasi spesifik individu membantu pemberian perawatan yang berpusat pada individu. Kurangnya dokumentasi terkadang dikaitkan dengan kegagalan yang diamati dalam perawatan yang berpusat pada individu, karena informasi dan strategi yang berguna tidak dibagikan .
9.	Ma'mur Haswira dkk, 2019	Evaluasi Program Home Care Pada Puskesmas Baraya Kota Makassar	Metode penelitian kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada sub variabel input dapat dikatakan cukup baik. Indikatornya seperti Alat kesehatan berupa termometer, tensimeter, dan stetoskop berfungsi dengan baik dan layak digunakan untuk pelayanan kesehatan home care. Kemudian dana operasional seperti honor petugas dibayarkan sesuai jumlah kunjungan ke masyarakat. Dokter sebesar Rp. 100.000/kunjungan dan perawat sebesar 75.000/kunjungan. Namun pada aspek petugas home care masih belum memadai. Petugas <i>home care</i> memiliki peran ganda antara melayani masyarakat di puskesmas, juga melayani masyarakat di tempat tinggal. Pada sub variabel proses, dapat dikatakan cukup baik. Pada aspek <i>call center</i> , masyarakat mudah menghubungi <i>call center</i> karena layanan ini bebas pulsa. Kunjungan ke rumah dan observasi telah dilakukan secara seksama. Namun pembagian tugas petugas <i>home care</i> belum optimal. Pada sub variabel output, dapat dikatakan sudah cukup baik karena masyarakat dapat merasakan langsung manfaat dari pelayanan home



10.	Nurwahida Kasim, 2018	Evaluasi program layanan home care di wilayah kerja puskesmas batua kota makassar	Metode penelitian kualitatif	care. Hasil penelitian menunjukkan bahwa evaluasi pada tahap input, meliputi 5M. Dari segi Man di Puskesmas Batua adalah perlu menambahkan jumlah tenaga pelaksana terkhusus untuk program <i>Home Care</i> . Segi <i>Machine</i> , peralatan yang digunakan dalam pelayanan <i>Home Care</i> sudah lengkap. segi <i>Method</i> telah sesuai dengan protap yang ada dan yang berlaku, dari segi <i>Money</i> dalam pelayanan <i>Home Care</i> berasal dari APBD dan itu telah ditentukan dan diutus dari Dinas Kesehatan Kota Makassar. Untuk Materials (dokumentasi/laporan) menggunakan kamera handphone dan dikirim menggunakan W A ke Group WA Pelayanan <i>Home Care</i> Puskesmas Batua, kemudian evaluasi pada tahap proses perlu koordinasi yang tepat agar tidak terkendala pada tahap pelaksanaan, dan evaluasi pada tahap output yaitu kurangnya keterampilan perawat untuk mempengaruhi kemandirian pasien
-----	--------------------------	---	------------------------------	---



1.9 Kerangka Teori

Implementasi kebijakan menurut (Nugroho 2017) merupakan proses yang krusial karena seberapa baiknya suatu kebijakan jika tidak di persiapkan dan di rencanakan dengan baik implementasinya maka yang menjadi tujuan kebijakan publik tidak akan terwujud. Begitu pula sebaliknya, bagaimanapun baiknya persiapan dan perencanaan implementasi kebijakan, kalau kebijakannya tidak di rumuskan dengan baik apa yang menjadi tujuan kebijakan juga tidak bisa tercapai. Oleh karena itu untuk mencapai tujuan kebijakan, perumusan kebijakan dan implementasi harus di persiapkan dan di rencanakan dengan baik.

Adapun variabel dalam penelitian ini ialah komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi dalam Analisis Implementasi Pelayanan Kesehatan Berbasis Home Care di Puskesmas Kalukubodoa Kota Makassar.

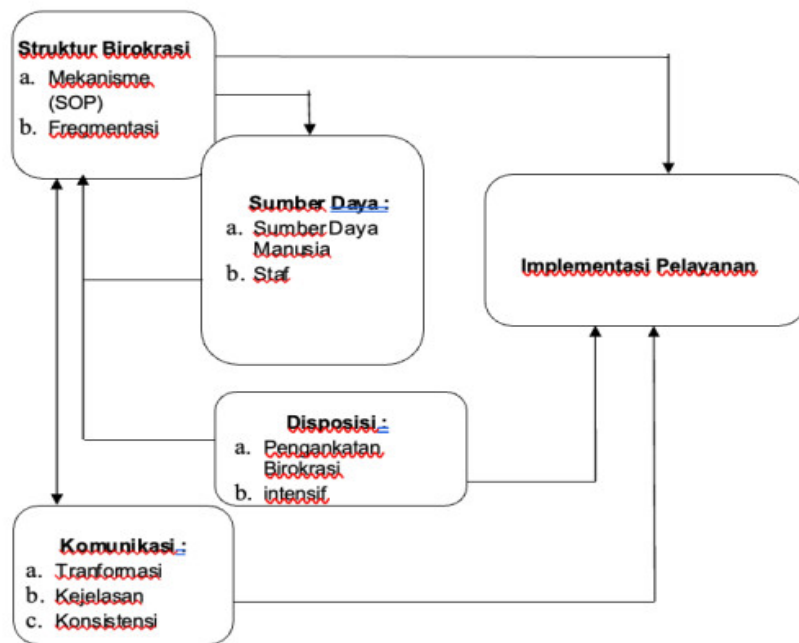
Komunikasi yang di maksud dalam penelitian ini adalah untuk melihat proses penyampaian informasi yang dapat di sampaikan oleh pelaksana implementasi kepada sasaran dan pihak yang terkait dengan kebijakan yang di jalankan serta mengetahui tujuan di laksanakan kebijakan tersebut. Pada variabel komunikasi terdapat sub variabel yaitu transmisi, kejelasan, dan konsistensi.

Sumber Daya yang di maksud dalam penelitian ini adalah sumber daya yang dapat mendukung terlaksananya implementasi kebijakan sesuai dengan apa yang telah di perintahkan kepada pelaksana. Pada variabel sumber daya terdapat sub variabel yaitu sumber daya manusia serta sarana dan prasarana.

Disposisi yang di maksud dalam penelitian ini adalah bagaimana sikap dari pelaksana kebijakan untuk melaksanakan kebijakan tersebut dengan sungguh-sungguh sehingga dapat mewujudkan tujuan kebijakan yang telah di laksanakan. Dalam variabel disposisi terdapat sub variabel yaitu pengangkatan birokrasi dan intensif.

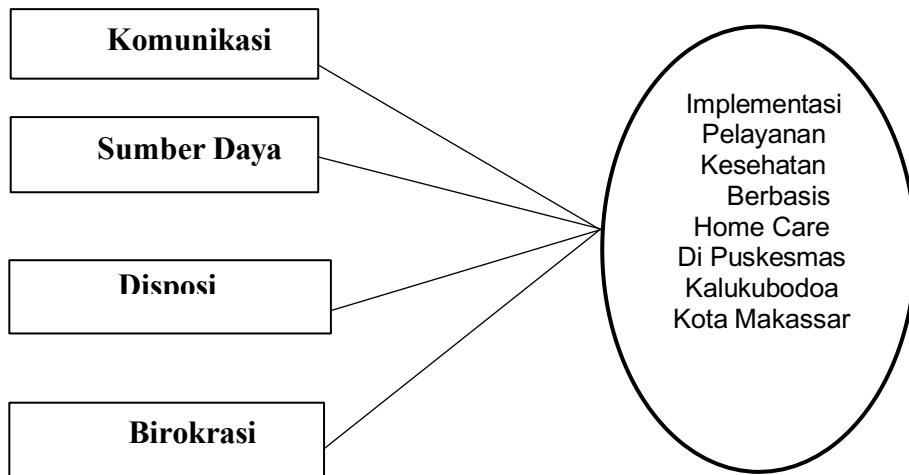
Struktur Birokrasi yang di maksud dalam penelitian ini adalah adanya kerja sama dari banyak orang agar para pelaksana termotivasi sehingga dapat mendukung terlaksananya kebijakan yang di jalankan dan mampu melakukan koordinasi dengan baik. Dalam variabel Struktur Birokrasi terdapat sub variabel yaitu, membuat *standard operating procedur* (SOPs) dan fragmentasi. Adapun kerangka teori sebagai berikut





Gambar 4 Kerangka Teori Penelitian

1.10 Kerangka Konsep



Gambar 5 Kerangka Konsep Penelitian



septual

si

nunikasi yang dimaksud adalah penyampaian informasi oleh aksana dalam Analisis Implementasi Pelayanan Kesehatan Home Care Di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar kepada

target sasaran dan pihak yang terkait agar informasi tersampaikan secara jelas. Variabel komunikasi ini memiliki tiga sub variabel yaitu:

1. Transmisi

Dengan penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik. Sehingga dapat menunjang terlaksananya Analisis Implementasi Pelayanan Kesehatan Berbasis Home Care Di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar dapat berjalan dengan baik dan sesuai dengan yang telah rencanakan.

2. Kejelasan

Komunikasi yang diberikan harus dapat di terima dengan jelas sehingga pihak pelaksana Analisis Implementasi Pelayanan Kesehatan Berbasis Home Care Di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar dapat mengetahui maksud tujuan dan sasaran agar isi dari kebijakan tersebut dapat di laksanakan secara efektif dan efesien.

3. Konsistensi

Perintah yang diberikan dalam pelaksanaan kebijakan harus jelas dan tidak berubah-ubah agar tidak dapat menimbulkan kebingungan terhadap pelaksana Analisis Implementasi Pelayanan Kesehatan Berbasis Home Care Di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar.

b. Sumber Daya

Sumber daya yang dimaksud dalam penelitian ini adalah sumber daya manusia serta sarana dan prasarana. Sumber daya manusia memiliki peran penting sebagai pelaksana pelayanan kesehatan program home care seperti tenaga medis (dokter dan perawat) dan tenaga teknis (penyuluh kesehatan dan tenaga peralatan). Sumber daya manusia dalam pelayanan kesehatan harus memiliki kompetensi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Sedangkan, sumber daya finansial sebagai pembiayaan berbagai kebutuhan pelayanan kesehatan.

c. Disposisi atau sikap

Disposisi adalah sikap atau tindakan yang dimiliki pelaksana kebijakan dalam Analisis Implementasi Pelayanan Kesehatan Berbasis Home Care Di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar seperti komitmen, kejujuran, komunikatif dan sifat demogratis dan dukungan dari sasaran program yang menerima pelayanan home care. Sikap dari pelaksana kebijakan maupun penerima kebijakan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan suatu program yaitu home care. Serta, pemberian insentif kepada petugas Pelayanan Kesehatan Berbasis Home Care di Puskesmas Kaluku Bodoa

assar.

irokrasi

struktur birokrasi adalah badan pelaksana Kebijakan Analisis tasi Pelayanan Kesehatan Berbasis Home Care Di Puskesmas odoa Kota Makassar. Struktur birokrasi yang dimaksud adalah organisasi yang memiliki tugas untuk mengimplementasikan



pelayanan kesehatan home care atau adanya pembagian wewenang dan SOP terhadap pelaksanaan program home care di Puskesmas Kaluku Bodoa.

e. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara, meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Selain itu dapat juga diartikan sebagai pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan masyarakat berupa tindakan penyembuhan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan fungsi organ tubuh seperti sedia kala.

f. Home Care

Home care adalah komponen dari pelayanan kesehata yang komprehensif dimana pelayanan kesehatan disediakan untuk individu dan keluarga ditempat tinggal mereka dengan tujuan mempromosikan, mempertahankan atau memaksimalkan level kemandirian serta meminimalkan efek ketidakmampuan dan kesakitan termasuk didalamnya penyakit terminal. Komponen home care meliputi pasien, keluarga, pemberi pelayanan yang professional dan tujuannya untuk membantu pasien Kembali pada level kesehatan yang optimum dan kemandirian (Triwibowo, 2012).



BAB II

METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian Dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan menggunakan pendekatan Studi Kasus. Studi kasus adalah studi yang mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam, dan menyertakan berbagai sumber informasi. Penelitian ini di batasi oleh waktu, tempat dan kasus yang dipelajari berupa program, peristiwa, aktivitas atau individu (Nugroho 2017).

Metode penelitian kualitatif sering disebut metode penelitian naturalistik karena penelitian dilakukan pada kondisi yang alamiah (*natural setting*) dan menggunakan pendekatan studi kasus, penelitian studi kasus adalah penelitian yang dilakukan terhadap suatu objek yang dilakukan seutuhnya, menyeluruh dan mendalam dengan menggunakan berbagai sumber data (Nugroho 2017).

2.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Kalukubodoa Kota Makassar dengan waktu penelitian pada bulan Desember 2023 – Februari 2024.

2.3 Informan Penelitian

Pada penelitian kualitatif ini menggunakan tehnik sampling yang sering digunakan adalah *purposive sampling*. Peneliti menggunakan tehnik pengambilan data dengan tehnik *purposive sampling* yaitu penentuan sumber data dipilih berdasarkan pertimbangan tujuan tertentu (Permenkes, 2014)

a. Informan Kunci

Informan kunci adalah yang sangat memahami dan dapat memberikan penjelasan berbagai hal yang berkaitan dengan penelitian (Permenkes, 2014) Informan kunci adalah Pemegang Program home care, petugas pelaksana dan perawat yang memiliki STR dengan jenjang pendidikan Ners di Puskesmas Kaluku Bodoa.

b. Informan Pendukung

Informan adalah siapa saja yang ditemukan di wilayah penelitian yang diduga dapat memberikan informasi tentang masalah yang diteliti (Permenkes, 2014). Informan adalah kader kesehatan, masyarakat yang pernah merasakan kegiatan dari program home care di dinas kesehatan kota makassar.

2.4 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara dan catatan (*notes*) yang telah disiapkan, kamera, telepon genggam, dan ballpoint. Kamera digunakan untuk melakukan observasi untuk mendokumentasikan kejadian penting yang berkaitan dengan penelitian. Telepon genggam digunakan sebagai

sedangkan ballpoint digunakan untuk menuliskan informasi yang nforman penelitian

ngumpulan Data

ngumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam a tujuan utama dari penelitian adalah mendapat data. Macam-ngumpulan data digambarkan antara lain (Sugiyono, 2016) :



a. Teknik Wawancara Mendalam.

Wawancara adalah merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu (Sugiyono, 2016), Wawancara dalam penelitian ini menggunakan pedoman wawancara yang telah disusun.

b. Teknik Observasi

Observasi merupakan teknik pengumpulan data yang mempunyai ciri yang spesifik bila dibandingkan dengan teknik yang lain. Observasi juga tidak terbatas pada orang, tetapi juga objek- objek alam yang lain. Melalui kegiatan observasi peneliti dapat belajar tentang perilaku dan makna dari perilaku tersebut (Sugiyono, 2016). Observasi dalam penelitian ini yaitu dengan melakukan pengamatan langsung di lapangan mengenai masalah Implementasi pelayanan kesehatan berbasis Home Care di Puskesmas Kalukubodoa Kota Makassar.

c. Dokumentasi

Dokumentasi adalah suatu cara yang digunakan untuk memperoleh data dan informasi dalam bentuk buku, arsip, dokumen, tulisan angka dan gambar yang berupa laporan serta keterangan yang dapat mendukung penelitian (Sugiyono, 2016). Dokumentasi dalam penelitian yang digunakan berupa dokumen yang berkaitan dengan Implementasi pelayanan kesehatan berbasis Home Care di Puskesmas Kalukubodoa Kota Makassar.

2.6 Sumber Data

Ada dua macam sumber data dalam penelitian ini, yaitu:

a. Data Primer

Data primer yaitu sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data. Data dikumpulkan sendiri oleh peneliti langsung dari sumber pertama atau tempat objek penelitian dilakukan (Sugiyono, 2016). Peneliti menggunakan hasil wawancara mendalam dan pengamatan langsung di lapangan (observasi) yang didapatkan dari informan mengenai Implementasi pelayanan kesehatan berbasis Home Care di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar.

b. Data Sekunder

Data sekunder yaitu sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini yang menjadi sumber data sekunder adalah sesuai dengan buku, jurnal, artikel yang berkaitan dengan topik penelitian mengenai Implementasi Implementasi pelayanan kesehatan berbasis Home Care di Puskesmas Kaluku Bodoa Kota Makassar.



ata adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi, dengan isasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, sa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang dan membuat simpulan sehingga mudah dipahamioleh diri sendiri in. Analisis yang digunakan peneliti dengan menggunakan metode

analisis isi (*content analysis*). Teknik analisis data kualitatif yaitu dengan melalui reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Analisis data dalam penelitian ini terdapat 3 (tiga) tahap antara lain:

a. Reduksi Data

Reduksi data merupakan bagian dari analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu, dan mengorganisasi data dengan cara sedemikian rupa. Pada saat pengumpulan data berlangsung, terjadilah tahapan reduksi selanjutnya membuat ringkasan, mengkode, dan menelusur tema.

b. Penyajian Data

Sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan simpulan dan pengambilan tindakan. Penyajian yang paling sering digunakan pada data kualitatif pada masa yang lalu adalah bentuk teks naratif (catatan lapangan), matriks, grafik, jaringan dan bagan.

c. Penarikan Kesimpulan

Simpulan adalah intisari dari temuan penelitian yang menggambarkan pendapat-pendapat terakhir yang berdasarkan pada uraian-uraian sebelumnya atau, keputusan yang diperoleh. Penarikan simpulan dihasilkan dalam bentuk teks yang naratif.

2.8 Keabsahan Data

Peneliti menggunakan triangulasi untuk memperoleh kebenaran tingkat tinggi jika didekati dari berbagai sudut pandang. Memotret fenomena tunggal dari sudut pandang yang berbeda-beda akan memungkinkan diperoleh tingkat kebenaran yang handal. Karena itu, triangulasi ialah usaha mengecek kebenaran data atau informasi yang diperoleh peneliti. Triangulasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber data, triangulasi teori, dan triangulasi teknik (Sugiyono, 2016).

a. Triangulasi Sumber Data

Triangulasi sumber untuk mengkaji data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber. Triangulasi sumber data dilakukan berupa informasi dari tempat, peristiwa dan dokumen serta arsip yang memuat catatan berkaitan dengan data yang dimaksud.

b. Triangulasi Teori

Triangulasi teori adalah penggunaan sejumlah perspektif atau teori dalam menafsir seperangkat data. Triangulasi teori yang digunakan adalah hasil wawancara informan. Berbagai perspektif atau teori yang didapatkan di lapangan maka peneliti akan memilih teori yang relevan dengan masalah yang diteliti.



c. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik (Metode) yaitu untuk menguji data dilakukan dengan mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda. Pengumpulan data yang berasal dari wawancara, observasi, dan