

Implementasi Program *Home Care* Puskesmas Tabaringan Dalam Meningkatkan Layanan Publik Di Kota Makassar

Rizka Wahyuni Hatibie¹, Muh. Andi Aqsa Putra², Melisa Yanuar Susilo³, Yusri⁴
Prodi Teknologi Rekayasa Pengendalian Pencemaran Lingkungan Politeknik Banggai Industri^{1,2}
Jln. Nurmal Kel. Tombang Permai Kec. Luwuk Selatan Kab. Banggai^{1,2}
Prodi Ilmu administrasi Niaga STIA Abdul Haris Makassar³
Jln. Tanggul Patompo No. 19-21 Kec. Tamalate Kota Makassar³
Prodi Komputerisasi Akuntansi AMIK Luwuk Banggai⁴
Jl. Laniang, Tamalanrea, Kec. Tamalanrea, Kota Makassar, Sulawesi Selatan⁴
rizkawahyunihatibie@gmail.com¹, andiaqsa7@gmail.com² melisa.y.susilo@gmail.com³
yusri.acho@gmail.com⁴

ABSTRAK

Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui Implementasi Program *Home Care* Puskesmas Tabaringan Dalam Meningkatkan Layanan Publik Di Kota Makassar. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan Observasi. Informan dalam penelitian ini yaitu Dokter, Perawat, Kepala Puskesmas, dan Pasien *Home Care*. Hasil Penelitian diperoleh sumber daya untuk implementasi program *Home Care* di Puskesmas tabaringan sudah cukup memadai, dengan kendala kurangnya petugas pria di Puskesmas Tabaringan. Komunikasi terkait sosialisai selalu dilakukan oleh pihak Puskesmas maupun Dinas Kesehatan namun masih adanya masyarakat yang belum paham dengan program *home care* sehingga dalam implementasinya tidak sesuai dengan Perwali Nomor: 6 tahun 2016. Tanggapan masyarakat terhadap pelaksanaan program cukup baik, Namun masih adanya sebagian pasien yang tidak puas dikarenakan pelayanan yang diberikan belum sesuai dengan yang di harapkan seperti keterlambatan pihak pelaksana. Disposisi atau sikap pelaksana yang dimiliki oleh pihak pelaksana program sudah baik. Walaupun terkadang harus melakukan pelayanan di luar prosedur yang ada para pelaksana tetap menjalankannya dengan penuh rasa tanggungjawab dan kesabaran. Diharapkan pihak Dinas Kesehatan menyediakan sumber daya khusus *home care* di Puskesmas. Kemudian para pelaksana program lebih memperhatikan isi informasi yang akan disampaikan dan memperhatikan kuantitas para pelaksana dengan harapan lebih maksimal dalam melakukan pelayanan publik yang sesuai perwali.

Kata Kunci: *Home Care*, Sumber Daya, Pelayanan Publik, Lingkungan Eksternal

ABSTRACT

The purpose of this research is to determine the implementation of the Home Care Program at the Tabaringan Health Center in Improving Public Services in Makassar City. This research is qualitative research. Data collection was carried out by in-depth interviews and observations. The informants in this research were doctors, nurses, heads of community health centers and home care patients. The research results showed that resources for implementing the Home Care program at the Tabaringan Community Health Center were quite adequate, with the constraint being that there was a lack of male staff at the Tabaringan Community Health Center. Communication related to socialization is always carried out by the Community Health Center and the Health Service, however there are still people who do not understand the home care program so that its implementation is not in accordance with Perwali Number: 6 of 2016. The public response to the implementation of the program is quite good, however there are still some patients who are dissatisfied because the services provided are not in accordance with expectations such as delays on the part of the implementers. The disposition or

attitude of the program implementer is good. Even though sometimes they have to carry out services outside of existing procedures, implementers still carry them out with a sense of responsibility and patience. It is hoped that the Health Service will provide special home care resources at the Community Health Center. Then the program implementers pay more attention to the content of the information that will be conveyed and pay attention to the quantity of implementers in the hope of providing maximum public services in accordance with the guardian.

Keywords: Home Care, Resources, Public Services, and External Environment

PENDAHULUAN

Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Ini tak lepas dari kebutuhan warga Negara untuk tetap hidup sehat. Pelayanan kesehatan yang memadai merupakan tumpuan masyarakat dan menjadi salah satu kebutuhan mendasar selain pangan dan juga pendidikan.

Pelayanan kesehatan Republik Indonesia sebagaimana yang tertuang dalam peraturan Menteri Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat (Permenkes RI No 36 2009).

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan publik dibidang kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes RI Nomor: 75 Tahun 2014).

Indonesia sendiri telah menerapkan program pelayanan ini di beberapa kota. Salah satunya di Kota Makassar. Pada tahun 2021 Walikota Makassar mengeluarkan program pelayanan kunjungan rumah 24 jam *Home Care*). Program ini bertujuan untuk 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 individu secara optimal, memberikan perlindungan kepada masyarakat dan petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan serta meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, Pemerintah Kota terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan. (Perwali Nomor: 6 Tahun 2016).

Dalam program *Home Care* pemerintah Kota Makassar menyediakan (3) tiga jenis pelayanan yang diberikan kepada masyarakat, *Home Care follow up* yaitu pelayanan *Home Care* yang diberikan kepada pasien yang membutuhkan perawatan lanjutan setelah perawatan di Rumah sakit guna memaksimalkan proses penyembuhan pasien kemudian *Home Care emergency* dimana pelayanan pasien gawat darurat baik berupa pertolongan pertama, terapi maupun fasilitas rujukan bila dibutuhkan, terakhir *Home Care visit*, adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang memiliki ketidakmampuan untuk datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (Perwali Nomor: 6 Tahun 2016).

Pada Awal tahun 2016 program ini menjadi sangat kreatif karena didukung oleh pengadaan mobil "DOTTORO'TA" atau mobil dokter kita. Kendaraan ini berjenis *City Car* dan dimodifikasi bisa bergerak bebas hingga memasuki lorong – lorong di kota Makassar. Tentunya program yang dijalankan di semua puskesmas makassar ini telah diatur dalam SOP (standar operasional pelayanan) yang kemudian menjadi pedoman bagi tenaga kesehatan yang menjalankan *Home Care* tersebut (*tribunnews makassar*, 2024).

Salah satu puskesmas yang telah menjalankan program ini ialah Puskemas

Tabaringan. Berdasarkan observasi dan data awal yang peneliti dapatkan di Puskesmas Tabaringan memiliki 6 tenaga kesehatan pelayanan *Home Care*. Sejak pada tahun 2017 jumlah pasien *Home Care* mencapai 108 orang dengan jumlah kunjungan dan tenaga kesehatan yang ada ternyata masih adanya kendala dalam mengimplementasikan pelayanan kesehatan *Home Care*. Tenaga kesehatan yang kadang tidak datang pada saat tengah malam ketika pasien *Home Care* memanggil dan masih adanya masyarakat yang langsung memanggil ke Puskesmas Tabaringan untuk datang melakukan perawatan di rumahnya. tentunya hal ini belum efektif di karenakan tidak sesuai dengan standar operasional prosedur pelayanan *Home Care* yang menyebutkan bahwa pasien/keluarga pasien meminta pelayanan *Home Care* melalui *call center Home Care* puskesmas setempat atau melalui *call center Home Care* kota makassar.

LANDASAN TEORI

1. Pengertian Tentang Implementasi Kebijakan

Pemerintah Sebagai penyelenggara negara mempunyai tanggung jawab kepada rakyatnya. Fungsi pemerintah adalah menyelenggarakan negara berdasarkan kewenangannya. Kewenangan yang diberikan kepada pemerintah merupakan dasar bagi pembuatan sampai penetapan kebijakan. Peran pemerintah sangat menentukan dalam penyelesaian permasalahan yang ada dalam masyarakat. Permasalahan yang terjadi di masyarakat akan terselesaikan dengan baik melalui kebijakan yang di tetapkan oleh pemerintah (Agustino, 2012).

Menurut Budi Winarno, pengertian implementasi adalah tindakan-tindakan yang harus dilakukan oleh sekelompok individu yang telah ditunjuk untuk menyelesaikan suatu tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. (Budi Winarno, 2007).

Pengertian Implementasi adalah pelaksanaan dari kebijakan dasar hukum juga berbentuk dalam bentuk perintah atau keputusan, atau putusan pengadilan proses pelaksanaan berlangsung setelah sejumlah tahapan seperti tahapan pengesahan undang-

undang, dan kemudian *output* dalam bentuk pelaksanaan keputusan kebijakan, dan seterusnya sampai kebijakan korektif yang bersangkutan. (Mazmanian dan Sabatier, 1999).

Menurut Daniel A. Mazmanian dan Paul Sabatier, pengertian implementasi adalah pemahaman yang akan terjadi setelah menetapkan suatu program yang menjadi fokus perhatian pemerintah yang merancang implmentasi kebijakan. (Daniel A. Mazmanian dan Paul Sabatier, 1999)

Menurut Hanifah Harsono, Implementasi adalah suatu proses untuk melaksanakan kebijakan menjadi tindakan kebijakan dari politik ke dalam administrasi. Pengembangan kebijakan dalam rangka penyempurnaan suatu program. (Harsono, 2022: 67)

Pandangan Implementasi menurut Solichin Abdul Wahab adalah tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu, pejabat-pejabat, atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan. (Solichin Abdul Wahab, 2019: 63)

Implementasi sebagai kebijakan publik adalah proses kegiatan administrasi yang dilakukan setelah kebijakan ditetapkan atau disetujui Kegiatan ini terletak di antara perumusan kebijakan dan Implementasi Kebijakan evaluasi kebijakan mengandung logika yang *top-down*, yang berarti lebih rendah atau alternatif menginterpretasikan. (H. Tachjan, 2023)

2. Tinjauan Umum Tentang pelayanan kesehatan

Menurut Levey dan Loomba (1973) dalam Azwar (2022), pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Dengan batasan-batasan tersebut bentuk dan jenis pelayanan kesehatan ada beberapa macam. Hal tersebut ditentukan oleh:

- a. Pengorganisasian pelayanan apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi;
- b. Ruang lingkup kegiatan apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya; dan
- c. Sarana pelayanan kesehatan, apakah untuk perorangan, keluarga, kelompok, ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan.

Pelayanan rawat jalan (*ambulatory service*) adalah salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran. Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap (*hospitalization*). Kedalam pengertian pelayanan rawat jalan ini termasuk tidak hanya diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan yang telah lazim dikenal seperti Rumah Sakit (*Home Care*) serta di rumah perawatan (*nursing home*).

Banyak faktor yang berperan sebagai penyebab makin berkembangnya pelayanan dan juga sarana pelayanan berobat jalan ini. Jika disederhanakan paling tidak dapat dibedakan atas lima (5) macam:

- a. Sarana dan prasarana yang diperlukan untuk menyelenggarakan pelayanan rawat jalan relative lebih sederhana dan murah, dan karena itu lebih banyak didirikan;
- b. Kebijakan pemerintah untuk mengendalikan biaya kesehatan mendorong dikembangkannya sebagai sarana pelayanan rawat jalan;
- c. Tingkat kesadaran kesehatan penduduk yang semakin meningkat, yang tidak lagi membutuhkan pelayanan untuk mengobati penyakit saja, tetapi juga untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang umumnya dapat dilayani oleh sarana pelayanan rawat jalan saja;
- d. Kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran yang dulunya memerlukan pelayanan rawat inap, tetapi saat ini cukup dilayani dengan pelayanan rawat jalan saja; dan

Utilisasi rumah sakit yang makin terbatas, dan karenanya untuk meningkatkan pendapatan, kecuali lebih mengembangkan pelayanan rawat jalan yang ada di rumah sakit juga terpaksa mendirikan berbagai sarana pelayanan rawat jalan diluar rumah sakit.

Salah satu cara mendefereasikan pelayanan jasa kesehatan termasuk pelayanan rawat jalan adalah memberikan jasa pelayanan kesehatan yang berkualitas, lebih tinggi dari pesaing secara konsisten. Kuncinya adalah memenuhi atau melebihi harapan pasien tentang mutu pelayanan yang diterimanya. Setelah menerima jasa pelayanan kesehatan, pasien akan membandingkan jasa yang dialami dengan jasa yang diharapkan.

3. Tinjauan Umum Tentang *Home Care*

a. Pengertian *Home Care*

Menurut Departemen Kesehatan (2022) *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 memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit.

Home Health Care adalah sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang yang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya (Neis dan Mc.Ewen, 2021)

Menurut Habbs dan Perrin, 1985 (dalam Lerman D. & Eric B.L, 1999) *Home Care* merupakan layanan kesehatan yang dilakukan di rumah pasien, sehingga *Home Care* dalam keperawatan merupakan layanan keperawatan di rumah pasien yang telah melalui sejarah yang panjang.

b. Konsep Model/Teori Keperawatan yang Mendukung *Home Care*

Menurut Hidayat (2024), Model atau teori keperawatan yang mendukung *Home Care* antara lain:

1. Teori Lingkungan (*Florence Nightingale*)

Lingkungan menurut Nightingale merujuk pada lingkungan fisik eksternal yang mempengaruhi proses penyembuhan dan kesehatan yang meliputi lima komponen lingkungan terpenting dalam mempertahankan kesehatan individu yang meliputi:

- a) Udara bersih;
- b) Air yang bersih;
- c) Pemeliharaan yang efisien;
- d) Kebersihan; dan
- e) Penerangan atau pencahayaan.

Nightingale lebih menekankan pada lingkungan fisik daripada lingkungan sosial dan psikologis yang dieksplor secara lebih terperinci dalam tulisannya. Penekanannya terhadap lingkungan sangat jelas melalui pernyataannya bahwa jika ingin meramalkan masalah kesehatan, maka yang harus dilakukan adalah mengkaji keadaan rumah, kondisi dan cara hidup seseorang daripada mengkaji fisik atau tubuhnya.

2. Teori konsep manusia sebagai unit (*Martha E. Rogers*)

Dalam memahami konsep model dan teori ini, Rogers berasumsi bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh yang memiliki sifat dan karakter yang berbeda-beda. Dalam proses kehidupan manusia yang dinamis, manusia dalam proses kehidupan manusia setiap individu akan berbeda satu dengan yang lain dan manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikan tersendiri. Asumsi tersebut didasarkan pada kekuatan yang berkembang secara alamiah yaitu keutuhan manusia dan lingkungan, kemudian system ketersediaan sebagai satu kesatuan yang utuh serta proses kehidupan manusia berdasarkan konsep homeodinamik yang terdiri dari integritas, resonansi dan *helicy*. Integritas berarti individu sebagai satu kesatuan dengan lingkungan yang tidak dapat dipisahkan, dan saling mempengaruhi satu dengan yang lain. Resonansi mengandung arti bahwa proses kehidupan antara individu dengan lingkungan berlangsung dengan berirama dengan frekuensi yang bervariasi dan *helicy* merupakan proses terjadinya interaksi antara manusia dengan lingkungan akan terjadi perubahan baik

perlahan-lahan maupun berlangsung dengan cepat.

3. Teori *Transkultural nursing* (*Leininger*)

Leininger percaya bahwa tujuan teori ini adalah untuk memberikan pelayanan yang berbasis pada kultur. Dia percaya bahwa perawat harus bekerja dengan prinsip "care" dan pemahaman yang dalam mengenai "care" sehingga *culture's care*, nilai-nilai, keyakinan, dan pola hidup memberikan landasan yang reliabel dan akurat untuk perencanaan dan implementasi yang efektif terhadap pelayanan pada kultur tertentu. Dia meyakini bahwa seorang perawat tidak dapat memisahkan cara pandangan dunia, struktur sosial dan keyakinan kultur (orang biasa dan profesional) terhadap kesehatan, kesejahteraan, sakit, atau pelayanan saat bekerja dalam suatu kelompok masyarakat tertentu, karena faktor-faktor ini saling berhubungan satu sama lain. Struktur sosial seperti kepercayaan, politik, ekonomi dan kekeluargaan adalah kekuatan signifikan yang berdampak pada "care" dan mempengaruhi kesejahteraan dan kondisi sakit (Leininger).

4. *Theory of Human Caring* (*Watson, 1979*)

Teori ini mempertegas bahwa *caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh. Pandangan teori Jean Watson ini memahami bahwa manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan diantaranya kebutuhan dasar biofisikial (kebutuhan untuk hidup) yang meliputi kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan ventilasi, kebutuhan psikofisikal (kebutuhan fungsional) yang meliputi kebutuhan aktivitas dan istirahat, kebutuhan seksual, kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri. (Watson, 1979).

5. Teori *Self Care* (*Dorothea Orem*)

Pandangan teori Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada

kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Dalam konsep praktik keperawatan Orem mengembangkan dua bentuk teori *Self Care*, di antaranya:

- a) Perawatan diri sendiri (*Self Care*)
 - 1) *Self Care*: merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan;
 - 2) *Self Care Agency*: merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain;
 - 3) *Theurapeutic Self Care Demand*: tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat; dan
 - 4) *Self Care Requisites*: kebutuhan *self care* merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh. *Self Care Requisites* terdiri dari beberapa jenis, yaitu : *Universal Self Care Requisites* (kebutuhan universal manusia yang merupakan kebutuhan dasar), *Developmental Self Care Requisites* (kebutuhan yang berhubungan perkembangan individu) dan *Health Deviation Requisites* (kebutuhan yang timbul sebagai hasil dari kondisi pasien).
- b) *Self Care Defisit*
Self Care Defisit merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan seseorang pada saat tidak

mampu atau terbatas untuk melakukan *self care*nya secara terus menerus. *Self care defisit* dapat diterapkan pada anak yang belum dewasa, atau kebutuhan yang melebihi kemampuan serta adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan *self care*, baik secara kualitas maupun kuantitas. Dalam pemenuhan perawatan diri sendiri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, *Orem* memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi *support*, meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain. (*Dorothea Orem*).

c. Teori *Dinamic* dan *Self Determination for Self Care* (*Rice*)

Perawat sebagai fasilitator dan koordinator dari pilihan keseimbangan sehat sakit yang ditetapkan oleh pasien.

c. Landasan Hukum *Home Care*

1. Fungsi hukum dalam Praktik Perawat:
 - a. Memberikan kerangka untuk menentukan tindakan keperawatan mana yang sesuai dengan hukum;
 - b. Membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi lain;
 - c. Membantu menentukan batas-batas kewenangan tindakan keperawatan mandiri; dan
 - d. Membantu mempertahankan *standard* praktik keperawatan dengan meletakkan posisi perawat memiliki akuntabilitas dibawah hukum;
2. Landasan hukum :
 - a. UU Nomor: 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran;
 - b. UU Nomor: 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah;
 - c. UU Nomor: 36 tahun 2009 tentang kesehatan;
 - d. PP Nomor: 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan;

- e. PP Nomor: 25 tahun 2000 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah;
- f. PP Nomor: 47 tahun 2006 tentang Jabatan fungsional dokter, dokter gigi, apoteker, asisisten apoteker, pranata lab. kesehatan. epidemiologi kesehatan, entomology kesehatan, sanitarian, administrator kesehatan, penyuluh kesehatan masyarakat, perawat gigi, nutrisisionis, bidan, perawat, radiographer, rekam medis, dan teknisi elektromedis;
- g. SK Menpan Nomor: 94/KEP/M.PAN/11/2001 tentang jabatan fungsional perawat;
- h. Kepmenkes Nomor: 128 tahun 2004 tentang kebijakan dasar puskesmas;
- i. Kepmenkes Nomor: 279 tahun 2006 tentang pedoman penyelenggaraan Puskesmas;
- j. Kepmenkes Nomor: 374 tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
- k. Kepmenkes Nomor: 267 tahun 2010 tentang penetapan roadmap reformasi kesmasy;
- l. Permenkes Nomor: 920 tahun 1986 tentang pelayan medik swasta; dan Permenkes Nomor: 148 tahun 2010 tentang ijin dan penyelenggaraan praktik keperawatan.

d. Lingkup Pelayanan *Home Care*

Menurut Nuryandari (2024) 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;
5. Pendidikan, pelatihan dan penyuluhan kesehatan;
6. *Higiene* dan sanitasi perorangan serta lingkungan; dan
7. Pelayanan perbaikan untuk kegiatan sosial.

Menurut Rice (2001) jenis kasus yang dapat dilayani pada perawatan kesehatan di rumah meliputi kasus-kasus yang umum

pasca perawatan di rumah sakit dan kasus-kasus khusus yang di jumpai di komunitas.

a. Kasus umum yang merupakan pasca perawatan di rumah sakit adalah:

- 1) Klien dengan penyakit obstruktif paru kronis;
- 2) Klien dengan penyakit gagal jantung;
- 3) Klien dengan gangguan oksigenasi;
- 4) Klien dengan perlukaan kronis;
- 5) Klien dengan diabetes;
- 6) Klien dengan gangguan fungsi perkemihan;
- 7) Klien dengan kondisi pemulihan kesehatan atau rehabilitasi;
- 8) Klien dengan terapi cairan infus di rumah;
- 9) Klien dengan gangguan fungsi persyarafan;
- 10) Klien dengan HIV/AIDS.

b. Sedangkan kasus dengan kondisi khusus, meliputi :

- 1) Klien dengan post partum;
- 2) Klien dengan gangguan kesehatan mental; dan
- 3) Klien dengan kondisi usia lanjut.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini akan dilaksanakan di Puskesmas Tabaringan Kota Makassar pada bulan Desember sampai Februari tahun 2025. Adapun cara mengumpulkan data, menggunakan, informan kunci, informan biasa, dan informan pendukung. Begitupula teknik pengumpulan datanya menerapkan teknik observasi, wawancara, dan dokumentasi. Sumber Data yaitu: 1) Data primer merupakan sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data Dalam hal ini data primer cara memperolehnya dengan menyebarkan kuesioner kepada responden. Responden yang mengembalikan kuesioner yang telah diisi akan dijadikan sampel penelitian; dan 2) Data sekunder merupakan sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data penelitian ini berasal dari jurnal-jurnal, buku, tesis, skripsi, serta internet yang berkaitan dengan penelitian ini. Instrumen Penelitian dalam penelitian ini, yang menjadi

instrumen penelitian adalah peneliti sendiri atau *Human Instrumen*. Hal ini karena dalam penelitian data dikumpulkan umumnya secara partisipasi (pengamatan berperan serta) dan peneliti dapat menyesuaikan diri terhadap kenyataan yang ada dilapangan / semua aspek yang tidak bisa diperkirakan sebelumnya (Tohirin, 2012).

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Sumber Daya

Berdasarkan Hasil wawancara yang didapatkan bahwa sumber daya sarana dan prasana yang tersedia sudah mencukupi begitupun anggaran yang telah disediakan mampu untuk melaksanakan program *Home Care* di lingkungan wilayah Puskesmas Tabaringan terkait dengan tenaga kesehatan yang menjalankan program tersebut. Adapun kutipan wawancara dengan informan biasa.

Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti lakukan dengan informan kunci dan biasa menjelaskan bahwa ketersediaan SDM *Home Care* yang ada di Puskesmas Tabaringan telah tersedia. Informan menjelaskan bahwasannya alat-alat yang digunakan untuk memberikan pelayanan sudah tersedia kemudian tenaga kesehatan yang ada telah mempunyai shift kerja atau waktu kerja yang telah di tentukan oleh kepala puskesmas sehingga mudah dalam melakukan pelayanan walaupun terkadang tidak sesuai dengan jadwal kerja ketika datang panggilan malam dikarenakan tenaga kesehatan yang rumahnya jauh dari sekitar puskesmas.

2. Komunikasi Dinas Kesehatan Dan Tim Puskesmas

Komunikasi dalam bentuk sosialisasi telah di lakukan oleh pihak dinas kesehatan dan puskesmas itu sendiri karena dengan adanya penyampaian yang jelas maka jelas pula program yang akan dijalankan.

Berdasarkan Hasil wawancara yang peneliti dapatkan dari informan biasa. Beliau mengatakan sosialisasi yang diberikan kepada masyarakat sudah sering dilakukan tetapi masih

adanya masyarakat yang tidak tahu bagaimana kemudian menggunakan pelayanan *Home Care*.

Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti lakukan dengan informan kunci dan biasa menjelaskan bahwa komunikasi terkait dengan sosialisasi yang di berikan kepada masyarakat sudah maksimal. Walaupun begitu masih adanya masyarakat belum terlalu paham dengan pelayanan *Home Care* contohnya masih adanya masyarakat yang langsung datang ke puskesmas tanpa melalui prosedur dengan menelfon 112 kemudian adanya masyarakat yang tidak paham dengan jenis penyakit yang hanya di tangani oleh *Home Care*.

3. Tanggapan Masyarakat

Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti dapatkan dari informan pendukung menjelaskan pelayanan *Home Care* yang sudah sesuai dengan yang di butuhkan dan mudah dalam mendapatkannya.

Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti lakukan dengan pasien *Home Care* sebagai informan pendukung menjelaskan tanggapan mereka terkait dengan pelayanan *Home Care* yang diberikan. Sebagian informan menjelaskan sudah tau bagaimana cara mendapatkan pelayanan *Home Care* meskipun masih adanya masyarakat yang belum tau bagaimana cara mendapatkan pelayanan. kemudian informan menjelaskan pelayanan yang diberikan sudah maksimal walaupun masih adanya informan yang belum mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar prosedur yang ada.

4. Sikap Pelaksana

Sikap pelaksana pelayanan *Home Care* secara umum menggambarkan sudah sesuai dengan mekanisme atau perwali yang ada meskipun begitu masih adanya keluhan dari pihak pelaksana program.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan biasa beliau masih mengeluhkan terkait dengan pelaksanaan program di karenakan masih adanya masyarakat yang tidak paham dengan jenis penyakit apa yang harus di layani dengan *Home Care*.

Berdasarkan hasil wawancara dengan seluruh informan biasa dan informan kunci menjelaskan sikap informan terhadap implementasi program *Home Care* yang dijalankan. Dalam pelaksanaannya program *Home Care* sudah berjalan dengan baik meskipun masih adanya faktor yang membuat informan terkendala dalam pelaksanaannya seperti masih adanya masyarakat yang tidak paham dengan model pelayanan *Home Care*, kemudian dari segi petugas kurangnya petugas yang siaga dalam pelayanan malam hari dikarenakan tempat tinggal yang jauh dan lebih banyaknya petugas perempuan.

B. Pembahasan

Layanan *Home Care* merupakan salah satu cara pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan khususnya bagi masyarakat yang kondisinya *emergency* ataupun kondisi yang tidak memungkinkan untuk bisa datang ke Puskesmas. Sehingga layanan ini perlu dinilai apakah merupakan sebuah cara baru dalam memberikan pelayanan kesehatan dan memberikan nilai tambah terhadap layanan sebelumnya.

Puskesmas Tabaringan merupakan salah satu Puskesmas di Kota Makassar yang telah menjalankan program *Home Care*. Pelayanan tersebut memberikan 3 bentuk layanan diantaranya *Home Care Visited*, *Home Care Emergency*, dan *Home Care Follow Up*. Biaya untuk akses *Home Care* bagi masyarakat gratis dan untuk semua masyarakat tanpa melihat status sosial. Mekanisme pelayanan *Home Care* yang mudah cukup dengan *call center* 112 pihak dari Puskesmas akan datang ke rumah dan Layanan *Home Care* 24 jam namun.

Berdasarkan hasil penelitian secara mendalam dengan informan atau para pelaksana program mengatakan menerima atau cukup senang dengan program yang telah ditetapkan oleh pemerintah tentu dengan adanya beberapa keluhan yang disampaikan seperti masih tidak sesuai program yang dijalankan dengan Perwali yang ada di karenakan masyarakat belum tau atau bahkan tidak paham dengan prosedur pelayanan *Home Care* sehingga membuat pelaksana kebijakan terkadang

mengeluh dengan hal tersebut. Walaupun seperti para pelaksana kebijakan tetap melaksanakan dengan catatan memberitahu kembali kepada pasien atau masyarakat yang tidak paham tadi tentang prosedur pelayanan *Home Care*. Kemudian pelaksana yang terkadang susah melaksanakan pelayanan pada situasi tertentu seperti pada tengah malam dan pada saat jam kerja di Puskesmas.

Secara garis besar para pelaksana menilai program tersebut dengan cukup baik. Tentunya para pelaksana telah diberikan pelatihan terkait dengan program yang akan dijalankan walaupun dengan beberapa keluhan yang disampaikan para pelaksana, mereka tetap menjalankan program dengan ketaatan dan tanggung jawab.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian dan pembahasan mengenai implementasi program *Home Care* di Puskesmas Tabaringan Kota Makassar, maka dapat ditarik kesimpulan penelitian sebagai berikut:

1. Sumber daya sarana prasarana, tenaga kesehatan dan peralatan medis untuk implementasi program *Home Care* di Puskesmas Tabaringan dirasa sudah cukup memadai, namun masih ada hal yang perlu diperhatikan terkait kuantitas tenaga kesehatan dengan menambah petugas pria;
2. Tanggapan Masyarakat dalam hal ini tanggapan masyarakat terhadap program *Home Care* sudah cukup baik dengan puasnya pasien yang mendapatkan pelayanan *Home Care*, Namun masih adanya juga sebagian pasien yang tidak puas dikarenakan pelayanan yang diberikan belum sesuai dengan yang diharapkan seperti keterlambatan para petugas;
3. Komunikasi terkait dengan sosialisasi telah disampaikan oleh pihak pemerintah kota, dinas kesehatan maupun pihak Puskesmas kepada masyarakat wilayah kerja Puskesmas Tabaringan namun masih adanya sebagian kecil masyarakat yang belum tau bahkan tidak paham dengan program *Home Care* yang sedang dijalankan. Hal itu yang membuat pemerintah Kota Makassar melalui Dinas kesehatan dan

- Puskesmas terus mensosialisasikan program *Home Care*; dan
4. Disposisi atau sikap pelaksana yang dimiliki oleh pihak pelaksana program sudah baik. Walaupun terkadang harus melakukan pelayanan di luar prosedur yang ada para pelaksana tetap menjalankannya dengan penuh tanggung jawab dan kesabaran.
- B. Saran**
1. Perlu memperhatikan Sumber Daya tenaga kesehatan dengan menambah petugas laki laki sehingga tidak kewalahan ketika mendapatkan pelayanan dalam situasi yang tertentu;
 2. Melihat dan memperhatikan kembali Komunikasi ke masyarakat dalam hal ini isi informasi yang ingin disampaikan ketika hendak melakukan sosialisasi terkait dengan program *Home Care* kepada masyarakat;
 3. Masyarakat atau pasien *Home Care* harus lebih jeli dan memperhatikan keadaan apa saja yang memang membutuhkan pelayanan *Home Care* dan mana yang tidak. Kemudian mendengarkan dan menyimak informasi dengan baik ketika para petugas sedang menyampaikan atau memberikan sosialisasi terkait dengan program *Home Care*; dan
 4. Perlu kembali memperhatikan jenis jenis penyakit dan jenis pasien yang membutuhkan pelayanan *Home Care* dengan demikian para tenaga kesehatan tidak lagi melakukan pelayanan diluar Standar Operasional yang telah di tetapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustino, Leo. (2012). *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Alfabeta: Bandung.
- Departemen Kesehatan RI. (2009). *Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Depkes RI.
- Arjuna Putra , Jaelan Usman , Abdi. (2017). *Inovasi Pelayanan Publik Bidang Kesehatan Berbasis Home Care Di Kota Makassar*. Vol. 3, No.3.
- Depkes, R.I. (2002). *Pedoman Penerapan Home Care*. Jakarta: Dirjen Pelayanan Medik.
- Dinkes Makassar. (2017). Ringkasan *Home Care*.
- Budi Winarno, (2017). *Kebijakan Publik: Teori dan Proses Edisi Revisi*, Yogyakarta: Media Presindo.
- Mazmanian, Daniel A., dan Paul A. Sabatier. (1983). *Implementation and Public Policy*. USA: Scott, Foresman Anda Company.
- Hanifah Harsono, (2002), *Implementasi Kebijakan dan Politik*, Jakarta: Rineka Cipta
- Abdul Wahab, Solichin. (1997). *Analisis Kebijaksanaan: Dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: Penerbit PT Bumi Aksara.
- Tachjan. (2006). *Implementasi Kebijakan Publik*. Bandung: AIPI.
- Meter, Donal, Van and Carl E. Van Horn. (2005) *The Policy Implementation Process*. Sage Publication: Beverly Hill.
- Friedrich, Carl J., (1963), *Man and His Government*. New York: McGraw-Hill.
- Usman, Nurdin. (2002). *Konteks Implementasi Berbasis Kurikulum*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Usman, Nurdin. (2004). *Konteks Implementasi Berbasis Kurikulum*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Dwidjowijoto, Riant Nugroho. (2006). *Kebijakan Publik untuk Negara-Negara Berkembang*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Edward III, George C. (1980), *Implementing Public Policy, Congressional Quarterly Press*, Washington.
- Azwar,A. (2010). *Pengantar Adnministrasi Kesehatan*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Herlambang, Susatyo. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Nies & McEwen (2001). *Community Health Nursing Promoting The Health of*

Populations. Philadelphia: WB Saunders Company.

Hidayat, Aziz Alimul. (2004). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika.

Watson, J. (2007). *Watson's Theory of Human Caring and Subjective Living Experiences: Carative Factors/Caritas Processes As A Disciplinary Guide To The Professional Nursing Practice1. Texto Contexto Enferm*, Florianópolis,JanMar; 16(1): 129-35.

Nuryandari. (2004). Konsep Implementasi *Home Care Paliatif*. Yogyakarta: Andi Offset.

Putra, Arjuna (2017). Inovasi Pelayanan Publik *Home Care*. Yogyakarta: Graha Ilmu