

SKRIPSI

**IMPLEMENTASI PROGRAM *HOME CARE* (*DOTTOROTTA*)
DI KOTA MAKASSAR**

IVA NURUL ARSITA R

Nomor Stambuk: 10561 05193 14



**PROGRAM STUDI ILMU ADMINISTRASI NEGARA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

2019

**IMPLEMENTASI PROGRAM *HOME CARE (DOTTOROTTA)*
DI KOTA MAKASSAR**

Skripsi

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar

Sarjana Ilmu Administrasi Negara

Disusun dan Diajukan Oleh

IVA NURUL ARSITA R

Nomor Stambuk : 10561 05193 14

Kepada

**PROGRAM STUDI ILMU ADMINISTRASI NEGARA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

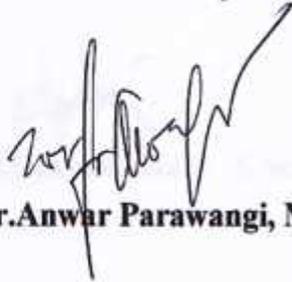
2019

PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Implementasi Program *Home Care (Dottorotta)* di Kota Makassar
Nama Mahasiswa : Iva Nurul Arsita R
Nomor Stambuk : 10561 05193 14
Program Studi : Ilmu Administrasi Negara

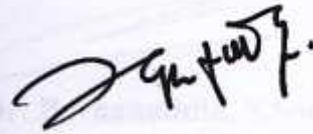
Menyetujui:

Pembimbing I.



Dr. Anwar Parawangi, M.Si

Pembimbing II



Haerana, S.Sos, M.Pd

Mengetahui :

Dekan
Fisipol Unismuh Makassar



Dr. Hj. Ihyani Malik, S.Sos, M.Si

Ketua Jurusan
Ilmu Administrasi Negara



Nasrul Haq, S.Sos, MPA

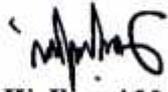
PENERIMAAN TIM

Telah diterima oleh TIM penguji skripsi Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar, berdasarkan surat keputusan/undangan menguji ujian skripsi Dekan Fisipol Universitas Muhammadiyah Makassar, Nomor: 0005/FSP/A.3-VIII/1/40/2019, sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana (S.1) dalam program studi Ilmu Administrasi Negara di Universitas Muhammadiyah Makassar pada hari Sabtu tanggal 26 Januari 2019.

TIM PENILAI

Ketua

Sekretaris



Dr.Hj. Ihyani Malik, S.Sos, M.Si



Dr. Burhanuddin, S.Sos, M.Si

Penguji

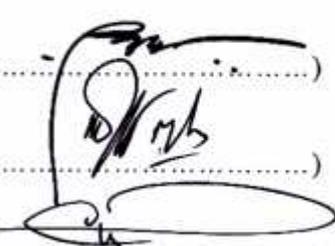
1. Dr. H. Muhammadiyah, MM (ketua)


(.....)

2. Adnan Ma'ruf, S.Sos, M.Si

(.....)

3. Dr. Hj. Sudarmi, M.Si


(.....)

4. Nasrul Haq, S.Sos, MPA

(.....)

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Mahasiswa : Iva Nurul Arsita R

Nomor Stambuk : 10561 05193 14

Program Studi : Ilmu Administrasi Negara

Menyatakan bahwa benar karya ilmiah ini adalah penelitian saya sendiri tanpa bantuan dari pihak lain atau telah ditulis/dipublikasikan orang lain atau melakukan plagiat. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari pernyataan ini tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai aturan yang berlaku, sekalipun itu pencabutan gelar akademik.

Makassar, 26 Januari 2019

Yang Menyatakan,

Iva Nurul Arsita R

ABSTRAK

IVA NURUL ARSITA R. Implementasi Program *Home Care (Dottorotta)* Di Kota Makassar (dibimbing oleh Anwar Parawangi dan Haerana)

Kesehatan merupakan hal penting dalam pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas. Salah satu kebijakan mengenai kesehatan masyarakat ini adalah program *Home Care (Dottorotta)* merupakan salah satu program Pemerintah Kota Makassar di bidang kesehatan. *Home Care* adalah pelayanan kesehatan langsung ke rumah masyarakat selama 24 jam.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi program *Home Care* di Kota Makassar, sehingga keberhasilan dalam pelaksanaan program *Home Care* dapat tercapai. Tipe penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Informan dalam penelitian ini sebanyak 7 orang. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara, dan dokumentasi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa secara pelaksanaan *Home care* telah terlaksana dengan baik. Adanya kejelasan dan konsistensi yang baik dalam pelaksanaan program *Home Care* di tandai dengan pengguna program *Home Care* yang terus meningkat, sumber daya baik sumber daya manusia, sumber daya finansial, serta sarana dan prasarana yang sudah memadai, disposisi dalam program ini berbentuk *inform concent*, dan dalam memberikan pelayanan dilakukan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur yang berlaku.

Kata Kunci: Implementasi, *Home Care*.

KATA PENGANTAR



Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul “Implementasi Program *Home Care (Dottorotta)* di Kota Makassar”

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar sarjana Ilmu Administrasi Negara pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar.

Pada lembaran ini penulis hendak menyampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada kedua orang tua, ayahanda Ridwan, SE dan ibunda Wahida atas segala kasih sayang, cinta, pengorbanan serta do’a yang tulus dan ikhlas yang senantiasa beliau panjatkan kepada Allah SWT sehingga menjadi pelita terang dan semangat yang luar biasa bagi penulis dalam menggapai cita-cita. Ucapan terima kasih kepada saudara saya Muh.Fachrie, Muh.Fikri, Muhammad Farhan Saputra, dan Muh.Faad Sahreza beserta segenap keluarga yang telah memberikan motivasi dan dukungan moril maupun materil demi kesuksesan penulis.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat, Ayahanda Dr.Anwar Parawangi, M.Si

selaku pembimbing I dan Ibunda Haerana, S.Sos, M.Si selaku pembimbing II yang telah berkenan meluangkan waktu dan tenaganya dalam membimbing dan memberikan petunjuk yang begitu berharga dari awal persiapan penelitian hingga selesainya skripsi ini.

Penulis juga tak lupa haturkan terima kasih kepada:

1. Ayahanda Dr. H. Abd Rahman Rahim, S.E, M.M selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Makassar
2. Ibunda Dr. Ihyani Malik, M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar
3. Kakanda Nasrul Haq, S.Sos, MPA selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara yang selama ini turut membantu dalam kelengkapan berkas hal-hal yang berhubungan dengan administrasi perkuliahan dan kegiatan akademik
4. Kakanda Nurbiah Tahir, S.Sos, M.Ap selaku Sekretaris jurusan Ilmu Administrasi Negara berkat motivasi yang diberikan penulis merasakan semangat yang luar biasa dalam melewati masa pahit dan masa sulit di akhir kuliah.
5. Bapak dan Ibu dosen Ilmu Administrasi Negara yang telah menyumbangkan ilmunya kepada penulis selama mengenyam pendidikan di bangku perkuliahan dan seluruh staf Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar yang telah banyak membantu penulis.
6. Para pihak Dinas/Instansi yang ada pada lingkup Pemerintahan Kota Makassar yakni Dinas Kesehatan Kota Makassar, Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan, Puskesmas Rappokalling yang telah memberi izin kepada penulis

untuk melakukan penelitian dan juga untuk masyarakat yang telah bersedia meluangkan waktunya dalam menyempurnakan penelitian ini.

7. Kepada seluruh sahabat se-perkumpulan saya tercinta *The Power Squad* yang selalu ada dan setia menemani, menyemangati, dan tiada duanya di dunia ini dalam memberikan dukungan dan dorongan kepada penulis selama ini, Sitti Nur Rahmah, S.Sos, Ayu Kartika Sari, Rahmiati, Erika Yuliantika dan Andi Meutia AM.
8. Teman-temanku se-perkumpulan saya sejak zaman Sekolah Menengah yang selalu menemani, menyemangati dan memberi dukungan kepada penulis selama ini, Rini Eka Widyawati, Amd.Kep, Nur Hikma Amiruddin, S.Pd, Nur Fatmawati, Anita Talib, Ayu Wandari, Kahimma Hawati Hamid, dan Nurfadhillah Hamzah S.Pdi yang tiada tandingannya.
9. Kepada seluruh keluarga besar sospel Universitas Muhammadiyah Makassar terutama kepada satu angkatan 2014 Ilmu Administrasi Negara terkhusus teman-teman kelas ADN-I semuanya yang tidak bisa penulis sebut satu persatu.
10. Kakanda, adinda, dan teman-teman pengurus HUMANIERA yang telah memberikan ruang untuk berproses didalamnya.
11. Teman-teman KKP Ang. XV Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar yang ter-*the best* masalah *kalasi* Sitti Nur Rahmah S.Sos, Ahmad Nitozi Mansur, Kakanda Muhammad Ifal dan Kakanda Arham Anugrah yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis sehingga skripsi ini bisa terselesaikan dengan baik.

12. Letting-lettingku di AFILIASI 2014 Asmi, Asti, Zakia, Irma, Anti, Risna, Anca, Fajar, Alif, Chua, Mursad (Pokoknya seangkatan yang kenal dengan saya) yang selalu kompak, solid, dan saling membantu selama ini serta memberikan semangat dan dorongan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Di akhir tulisan ini penulis memohon maaf kepada semua pihak atas segala kekurangan dan kekhilafan, disadari maupun tidak disadari. Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Semoga karya skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang sangat berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Makassar, Januari 2019

IVA NURUL ARSITA

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Halaman Persetujuan	ii
Halaman Penerimaan Tim.....	iii
Halaman Pernyataan Keaslian Karya Ilmiah	iv
Abstrak	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran	xiv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dan Teori Implementasi Kebijakan Publik	7
1. Definisi Implementasi Kebijakan Publik	7
2. Unsur-Unsur Implementasi Kebijakan Publik	11
3. Model Implementasi Kebijakan	12
4. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Kebijakan publik	18
B. Konsep Program <i>Home Care (dottoro'ta)</i>	20
C. Kerangka Pikir	24
D. Fokus Penelitian	26
E. Definisi Fokus Penelitian	26

BAB III METODE PENELITIAN

A. Waktu dan Lokasi Penelitian	29
B. Jenis dan Tipe Penelitian	30
C. Sumber Data	30
D. Informan Penelitian	31
E. Teknik Pengumpulan Data.....	31

F. Teknik Analisis Data	32
G. Teknik Pengabsahan Data	33

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Objek Penelitian	35
1. Dinas Kesehatan Kota Makassar.....	35
2. Puskesmas Kassi-Kassi	39
3. Puskesmas Tarakan	42
4. Puskesmas Rappokalling.....	45
B. Standar Pelayanan, Komponen Standar Pelayanan <i>Home Care</i> , Sumber Daya <i>Home Care</i>	48
1. Standar Pelayanan <i>Home Care</i>	48
2. Komponen Standar pelayanan Internal Organisasi	51
3. Sumber Daya <i>Home Care</i> Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan, dan Puskesmas Rappokalling.....	52
C. Implementasi Program <i>Home care (Dottorotta)</i> di Kota Makassar	54
1. <i>Home Care Follow Up</i>	56
a. Komunikasi	57
b. Sumber Daya.....	63
c. Disposisi.....	67
d. Struktur Birokrasi.....	69
2. <i>Home Care Emergency</i>	71
a. Komunikasi	72
b. Sumber Daya.....	73
c. Disposisi.....	75
d. Struktur Birokrasi.....	76
3. <i>Home Care Visit</i>	78
a. Komunikasi	79
b. Sumber Daya.....	81
c. Disposisi.....	82
d. Struktur Birokrasi.....	83

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	86
B. Saran	88

DAFTAR PUSTAKA	90
----------------------	----

LAMPIRAN.....	91
---------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel	Teks	Halaman
Tabel 2.1	<i>Call Center Home Care</i> Puskesmas	21
Tabel 2.2	Jumlah Pasien <i>Home Care</i> di Kota Makassar Tahun 2017	22
Tabel 3.1	Daftar Informan Penelitian	31
Tabel 4.1	Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi	40
Tabel 4.2	Sarana Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi	41
Tabel 4.3	Tenaga Kesehatan Puskesmas Kassi-Kassi	42
Tabel 4.4	Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Tarakan	43
Tabel 4.5	Sarana Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Tarakan	44
Tabel 4.6	Tenaga Kesehatan Puskesmas Tarakan	44
Tabel 4.7	Jumlah Penduduk dan Kepala Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rappokalling	46
Tabel 4.8	Sarana Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rappokalling	47
Tabel 4.9	Tenaga Kesehatan Puskesmas Rappokalling	47
Tabel 4.10	Standar Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) <i>Home Care</i>	48
Tabel 4.11	Komponen Standar Pelayanan Internal Organisasi	51
Tabel 4.12	Perbandingan Sumber Daya Manusia Puskesmas Kassi - Kassi, Puskesmas Tarakan, dan Puskesmas Rappokalling	53
Tabel 4.13	Jumlah Pasien <i>Home Care Follow Up</i> Pada Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan dan Puskesmas Rappokalling Tahun 2017	56
Tabel 4.14	Jumlah Pasien <i>Home Care Emergency</i> Pada Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan dan Puskesmas Rappokalling Tahun 2017	71
Tabel 4.15	Jumlah Pasien <i>Home Care Visit</i> Pada Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan dan Puskesmas Rappokalling Tahun 2017	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Teks	Halaman
Gambar 2.1	Bagan Kerangka Pikir	26
Gambar 4.1	Prosedur Pelayanan <i>Home Care</i> Kota Makassar	50
Gambar 4.2	Pengguna Home Care Pada Tahun 2015-2017	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Teks	Halaman
Lampiran 1	Matriks Wawancara	92
Lampiran 2	Surat Izin Penelitian	96
Lampiran 3	Dokumentasi	102
Lampiran 4	Riwayat Hidup	106

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal penting dalam pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas. Terciptanya masyarakat yang sehat bergantung kepada bagaimana pemerintah selaku fasilitator memberikan pelayanan bidang kesehatan kepada masyarakatnya secara berkelanjutan dan efektif baik pada tingkat pusat maupun daerah. Pelayanan bidang kesehatan yang saat ini tengah digalakkan oleh pemerintah pusat dan daerah adalah melalui program-program yang dirancang khusus bagi masyarakat kelas menengah ke bawah. Adapun program tersebut dapat berupa jaminan kesehatan masyarakat dalam bentuk Kartu Indonesia Sehat (KIS), kesehatan gratis sampai kepada pelayanan yang secara langsung menyentuh masyarakat melalui program *home care* (pemberian layanan kesehatan melalui panggilan telepon ke 112).

Pelayanan kesehatan yang berkualitas bergantung kepada tingkat pelayanan dan tingkat kepuasan masyarakat yang dilayani. Oleh karenanya, merupakan suatu hal yang penting dalam pelayanan kesehatan adalah mutu dari pelayanan yang diberikan. Masyarakat sampai saat ini juga bergantung kepada pelayanan kesehatan melalui berbagai program-program yang dijalankan oleh pemerintah baik pusat maupun daerah. Sejauh apa program kesehatan tersebut mampu membantu masyarakat utamanya bagi masyarakat yang dianggap tidak mampu. Sebuah pelayanan di bidang kesehatan dapat dikatakan efektif apabila dalam pelaksanaannya mampu menyentuh seluruh golongan masyarakat, berjalan secara

berkesinambungan (terdapat kontinuitas program), dapat diterima oleh seluruh lapisan masyarakat dan yang terpenting adalah pelayanan kesehatan tersebut mudah untuk diakses.

Terciptanya masyarakat yang sehat merupakan impian setiap pemerintah daerah sebagai bagian dari tanggung jawab dan perannya selaku fasilitator dan mediator terhadap masyarakat yang dipimpinnya. Oleh karena itu tidak mengherankan apabila di setiap program pemerintah, kesehatan merupakan salah satu prioritas utama mereka sebagai upaya untuk menciptakan masyarakat yang sehat (baik fisik maupun rohaninya). Tercapainya tujuan dari program-program pembangunan di tingkat daerah ditentukan oleh kondisi fisik dari seluruh lapisan masyarakat baik yang memiliki profesi sebagai aparatur pemerintah, swasta bahkan masyarakat biasa.

Sebagaimana yang telah dijelaskan di atas, pemerintah Kota Makassar selama beberapa tahun terakhir berupaya untuk menciptakan konsep masyarakat sehat melalui kebijakan-kebijakan yang dibuatnya. Salah satu kebijakan mengenai kesehatan masyarakat ini adalah melalui program *Home Care* yang dijalankan secara intensif dan berkesinambungan sebagai salah satu cara untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat di masing-masing kecamatan dengan pelayanan 24 jam. Dimana Dinas Kesehatan Kota Makassar selaku penanggungjawab teknis dari program ini memiliki tugas untuk memberikan informasi kepada seluruh tenaga kesehatan di masing-masing puskesmas (46 Puskesmas dari 15 Kecamatan di Kota Makassar) terkait program tersebut sekaligus sebagai pembantu teknis dari program yang akan dijalankan.

Sampai saat ini sudah ada sebanyak 46 puskesmas yang telah bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Kota Makassar dalam rangka menyukseskan pelaksanaan program *Home Care*. Dengan kata lain, efektif atau tidaknya program kesehatan ini juga bergantung kepada kuantitas dari tenaga kesehatan yang tersebar di seluruh kecamatan yang ada di Kota Makassar. Sebab untuk melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan melalui kunjungan ke tiap-tiap rumah selama 24 jam bukanlah hal yang mudah. Oleh karena itu, dituntut adanya kerjasama dari seluruh pihak bukan saja Dinas Kesehatan tetapi juga seluruh aparat pemerintah Kota Makassar khususnya tenaga kesehatan (Dokter dan perawat) serta dibutuhkan adanya *support* dari pemerintah kecamatan, kelurahan dan tokoh-tokoh masyarakat sehingga pelayanan kesehatan ini dapat berjalan secara berkesinambungan dan efektif. Namun dukungan yang diharapkan dari pemerintah di lingkup kecamatan hingga tokoh masyarakat masih sangat minim.

Home Care merupakan salah satu program kesehatan yang ditujukan untuk seluruh kalangan masyarakat melalui program panggilan langsung ke 112 dengan maksud mempermudah pelayanan langsung kepada masyarakat tanpa harus ke puskesmas atau rumah sakit. Selain itu program ini juga sebenarnya adalah pelayanan kesehatan yang langsung mendatangi si pasien ke rumah masing-masing berdasarkan layanan telepon yang diterimanya. Sebab kurang maksimalnya pelayanan kesehatan sampai saat ini tidak lepas dari kemampuan dan kekuatan si pasien untuk mendatangi tempat layanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit) dikarenakan karena kondisi fisik dan usia mereka.

Program *Home Care* yang dilaksanakan di Kota Makassar merupakan program yang telah dijalankan sejak dua tahun yang lalu berdasarkan pada Peraturan Walikota Makassar Nomor 63 Tahun 2015 Tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*Home Care*) di Kota Makassar. Selain dari peraturan Walikota tersebut pelaksanaan kesehatan melalui program *Home Care* ini juga berpedoman kepada Undang-Undang Nomor 36 Tahun Tentang Kesehatan. *Home Care* merupakan program kesehatan yang dilaksanakan secara berkelanjutan dan komprehensif kepada tiap-tiap masyarakat dengan mendatangi rumah mereka secara langsung didasarkan atas panggilan yang diterima oleh Dinas Kesehatan Kota Makassar atau Puskesmas di masing-masing kecamatan se Kota Makassar.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan melalui program *Home Care* di kota Makassar masih terkesan asing di telinga masyarakat disebabkan karena sosialisasi mengenai program ini jarang dilakukan oleh aparat Dinas Kesehatan Kota Makassar selaku penanggungjawab dari program ini. Akibatnya banyak masyarakat yang tidak mengetahui bagaimana sebenarnya konsep program ini dan bagaimana prosedur pelayanannya. Selain karena minimnya sosialisasi mengenai program ini, program *Home Care* sampai sejauh ini hanya terbatas pada pemeriksaan pasien dengan penyakit ringan dan apabila tidak mampu ditangani oleh dokter dan perawat yang bersangkutan, maka akan langsung di rujuk ke puskesmas atau rumah sakit yang ditunjuk.

Selain dari kedua temuan masalah di atas, tingkat kesadaran dan pemahaman masyarakat tentang perlunya menyukseskan program *Home Care* ini juga merupakan masalah tersendiri yang kerap dihadapi oleh pelaksana pelayanan

Home Care. Masyarakat yang enggan menggunakan fasilitas yang telah disediakan oleh pemerintah dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dasarnya dengan menggunakan *Home Care*.

Berdasarkan uraian dari latar belakang yang dijelaskan di atas, maka dari itu penulis tertarik untuk mengangkat penelitian dengan judul "*Implementasi Program Home Care (Dottoro'ta) di Kota Makassar*".

B. Rumusan Masalah

Sesuai dengan uraian dari latar belakang di atas, maka penulis mencoba untuk merumuskan permasalahan yaitu Bagaimana pelaksanaan program pelayanan kesehatan *Home Care* di Kota Makassar ?

C. Tujuan Penulisan

Berdasarkan penjelasan dari rumusan masalah di atas, maka tujuan penulisan ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan program pelayanan kesehatan *Home Care* di Kota Makassar.

D. Kegunaan Penelitian

Sesuai dengan tujuan dari penulisan di atas, maka diharapkan penelitian ini dapat membawa kegunaan/manfaat akademis maupun praktis, yaitu sebagai berikut:

1. Kegunaan Akademis

- a) Diharapkan dapat memberikan sumbangsih pemikiran bagi ilmu pengetahuan khususnya disiplin ilmu administrasi Negara yakni Studi implementasi kebijakan publik dan terkait dengan pelaksanaan program *Home Care* di Kota Makassar.

b) Dapat dijadikan sebagai rujukan/referensi penelitian bagi peneliti yang akan melakukan penelitian dalam hal implementasi kebijakan.

2. Kegunaan Praktis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan rujukan dan pertimbangan bagi pemerintah kota Makassar khususnya Dinas Kesehatan Kota Makassar terkait dengan pelaksanaan program layanan kesehatan *Home Care* sehingga dapat berjalan secara berkelanjutan dan komprehensif yang pada gilirannya akan menciptakan masyarakat sehat baik fisik maupun rohaninya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian, Konsep, dan Teori Implementasi Kebijakan Publik

1. Definisi Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi secara etimologis adalah berasal dari bahasa Inggris yaitu *to implement*. Dalam kamus besar Webster, *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu); dan *to give practical effect to* (untuk menimbulkan dampak/akibat terhadap sesuatu). Selain dalam kamus besar Webster, menurut Agustino (2006) studi implementasi merupakan suatu kajian mengenai studi kebijakan yang mengarah pada proses pelaksanaan suatu kebijakan. Dalam praktiknya, implementasi kebijakan adalah suatu proses yang kompleks bahkan tidak jarang bermuatan politis dengan adanya intervensi berbagai kepentingan (Suratman, 2017).

Mulyadi (2016) berpendapat bahwa implementasi mengacu pada tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan. Tindakan tersebut berusaha untuk mengubah keputusan-keputusan menjadi pola operasional serta berusaha mencapai perubahan-perubahan besar atau kecil sebagaimana yang telah diputuskan sebelumnya. Implementasi pada hakikatnya merupakan upaya pemahaman apa yang seharusnya terjadi setelah program dilaksanakan. sejalan dengan Mulyadi, Gordon (Pasolong, 2013) mengatakan bahwa implementasi berkenaan dengan berbagai kegiatan yang diarahkan pada realisasi program.

Mazmanian dan Sabatier (Nawawi, 2009) Implementasi kebijakan adalah pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan-keputusan badan peradilan lainnya. Keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan dan sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya. Sedangkan menurut Van Meter dan Van Horn (Suratman, 2017) mengemukakan bahwa implementasi kebijakan merupakan tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu, pejabat, atau kelompok-kelompok baik pemerintah maupun swasta yang diarahkan pada pencapaian tujuan-tujuan yang telah disepakati dalam keputusan kebijaksanaan.

Implementasi kebijakan merupakan aspek penting dari keseluruhan proses. Grindle (Suratman, 2017) mengemukakan bahwa pengukuran keberhasilan implementasi dapat dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dengan yang telah ditentukan yaitu melihat *action* program dari *individual projects* dan yang kedua apakah tujuan kebijakan atau program tersebut telah tercapai. Sejalan dengan Grindle, Udoji (Nawawi, 2009). mengemukakan bahwa pelaksanaan kebijakan adalah sesuatu yang sangat penting bahkan mungkin lebih penting daripada pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan hanya akan menjadi sebuah impian atau rencana yang tersimpan rapi dalam arsip jika tidak diimplementasikan. Implementasi kebijakan merupakan tahapan yang sangat penting dalam keseluruhan struktur kebijakan, karena melalui

tahap ini proses kebijakan secara menyeluruh dapat dipengaruhi tingkat keberhasilan pencapaian tujuan.

Implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian yang luas, merupakan tahap dari proses kebijakan segera setelah penetapan undang-undang. Implementasi dipandang secara luas memiliki makna pelaksanaan undang-undang di mana berbagai aktor, organisasi, prosedur dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan-tujuan kebijakan atau program-program (Winarno, 2008), sedangkan menurut Edwards III dalam Mulyadi (2016) mengemukakan bahwa studi implementasi kebijakan adalah krusial bagi *public administration* dan *public policy*. Implementasi kebijakan adalah salah satu tahap kebijakan publik, antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi kebijakan bagi masyarakat yang dipengaruhinya.

Menurut Purwanto dan Sulistyastuti (2012), menjelaskan bahwa proses implementasi bukanlah sesuatu yang mudah. Proses tersebut bukan hanya aktivitas administrasi semata, yaitu hanya dimaknai sebagai fungsi pembagian kerja, pemberian perintah dan mengawasi pelaksanaan suatu pekerjaan atau dalam konseptualisasinya sering disebut sebagai *problem command and control* saja. Namun, kenyataan yang sesungguhnya proses implementasi tersebut melibatkan berbagai elemen, seperti: kualitas kebijakan, kapasitas organisasi yang diberi mandat untuk mengimplementasikan kebijakan, kemampuan sumber daya manusia yang ditugaskan untuk mengimplementasikan kebijakan, ketepatan instrumen untuk mencapai tujuan kebijakan, dan sebagainya.

Jones dalam Nawawi (2009) berpendapat bahwa implementasi merupakan kemampuan untuk membentuk hubungan-hubungan lebih lanjut dalam rangkaian sebab akibat yang menghubungkan antara tindakan dengan tujuan. Kemudian menurut Ripley dan Franklin dalam Winarno (2011) berpendapat bahwa implementasi adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program, kebijakan, keuntungan (*benefit*), atau suatu jenis keluaran yang nyata.

Lebih lanjut, Istilah implementasi merujuk pada sejumlah kegiatan yang mengikuti pernyataan maksud tentang tujuan-tujuan kebijakan atau program dan hasil yang diinginkan oleh para pejabat pemerintah. Implementasi mencakup tindakan-tindakan (tanpa tindakan-tindakan) oleh aktor kebijakan, khususnya para birokrat, lebih khusus para birokrat yang dimaksudkan untuk membuat program berjalan. Ripley dan Franklin mengemukakan bahwa implementasi mencakup berbagai macam kegiatan sebagai berikut:

- a. Badan-badan pelaksana yang ditugasi oleh undang-undang dengan tanggungjawab melaksanakan program haruslah mendapatkan sumber daya yang dibutuhkan agar implementasi berjalan lancar,
- b. Badan-badan pelaksana mengembangkan bahasa anggaran dasar menjadi arahan-arahan konkret, regulasi serta rencana-rencana yang di desain program,
- c. Badan-badan pelaksana mengorganisasikan kegiatan-kegiatan mereka dengan menciptakan unit-unit birokrasi dan rutinitas untuk mengatasi beban kerja,

- d. Badan-badan pelaksana memberikan keuntungan atau pembatasan kepada para pelanggan atau kelompok-kelompok target.

Dari definisi diatas dapat diketahui bahwa implementai kebijakan menyangkut 3 (tiga) hal yaitu; (1) adanya tujuan atau sasaran kebijakan, (2) adanya aktivitas atau kegiatan pencapaian tujuan, dan (3) adanya hasil kegiatan.

2. Unsur-Unsur Implementasi

Unsur-unsur Implementasi menurut Tachjan (Suratman,2017) adalah sebagai berikut:

- a. Unsur Pelaksana. Implementor kebijakan yaitu pelaksana kebijakan merupakan pihak-pihak yang menjalankan kebijakan yang terdiri dari penentuan tujuan dan sasaran organisasional, analisis serta perumusan kebijakan dan strategi organisasi.
- b. Adanya Program yang Dilaksanakan. Suatu kebijakan publik tidak memiliki arti penting tanpa tindakan-tindakan yang riil yang 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, pelaksana program dan sumber daya yang tersedia.
- c. *Target Group* atau Kelompok Sasaran. Ini merupakan sekelompok orang atau organisasi dalam masyarakat yang akan menerima barang atau jasa yang akan dipengaruhi perilakunya oleh kebijakan. Karakteristik yang dimiliki oleh kelompok sasaran seperti besaran kelompok, jenis kelamin, tingkat

pendidikan, pengalaman, usia, serta kondisi sosial ekonomi mempengaruhi terhadap efektivitas implementasi.

3. Model-Model Implementasi

Pemahaman terhadap implementasi kebijakan publik terdapat dua pendekatan yaitu pendekatan *top down* yang merupakan generasi pertama dalam implementasi kebijakan publik dan *bottom up* yang merupakan generasi kedua dari implementasi kebijakan publik. Menurut pendapat Lester dan Steward Jr, (Suratman, 2017) istilah tersebut dinamakan dengan pendekatan kontrol dan komando (*the command and control approach*) yaitu mirip dengan *top down* dan pendekatan pasar (*the market approach*) mirip dengan pendekatan *bottom up approach*.

Masing-masing pendekatan mengajukan model kerangka kerja dengan membentuk keterkaitan antara kebijakan dan hasilnya. Dalam pendekatan *top down* implementasi kebijakan dilakukan secara tersentralisir dari aktor-aktor pusat, dan keputusannya ditetapkan di pusat. Pendekatan *top down* bertitik tolak pada persepektif bahwa keputusan kebijakan yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan harus dilaksanakan oleh implementor ditingkat bawah sesuai dengan prosedur dan tujuan yang telah ditetapkan oleh para pembuat kebijakan (*policy makers*). Berikut adalah model-model implementasi kebijakan pada generasi I:

a. Model Proses Implementasi Edwards III

Model implementasi kebijakan yang perspektif *top down* menurut pandangan Edwards III (Nugroho, 2012) implementasi kebijakan dipengaruhi 4 (empat) variabel, yakni:

- 1) Komunikasi. Implementasi kebijakan publik agar dapat mencapai keberhasilan, mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan secara jelas. Apabila penyampaian tujuan dan sasaran suatu kebijakan tidak jelas, tidak memberikan pemahaman atau bahkan tujuan dari sasaran kebijakan tidak diketahui sama sekali oleh kelompok sasaran, maka kemungkinan akan terjadi penolakan atau resistensi dari kelompok sasaran yang bersangkutan.
- 2) Sumber daya. Dalam implementasi kebijakan harus ditunjang oleh sumber daya baik sumber daya manusia, metoda, dan sumber daya keuangan. sasaran, tujuan dan isi kebijakan walaupun sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumber daya untuk melaksanakan kebijakan atau program, maka implementasi tidak akan berjalan efektif dan efisien.
- 3) Disposisi. Suatu disposisi dalam implementasi dan karakteristik, sikap yang dimiliki oleh implementor kebijakan seperti komitmen, kejujuran, komunikatif, cerdas dan sifat demokratis. Implementor baik harus memiliki disposisi yang baik, maka dia akan mampu menjalankan kebijakan dengan baik seperti yang telah direncanakan oleh para pembuat kebijakan
- 4) Struktur birokrasi. Ciri birokrasi yang baik sangat menunjang keberhasilan implementasi kebijakan. Peta hirarki yang menentukan hubungan antara atasan dan bawahan dan hubungan secara diagonal langsung organisasi melalui lima hal yang harus tergambarkan, yakni: (1) jenjang hirarki jabatan-jabatan manajerial yang jelas sehingga terlihat “siapa yang bertanggungjawab

kepada siapa”, (2) pelembagaan berbagai jenis kegiatan operasional sehingga nyata jawaban terhadap pertanyaan “siapa yang melakukan apa”; (3) berbagai saluran komunikasi yang terdapat dalam organisasi sebagai jawaban dari pertanyaan “siapa yang berhubungan dengan siapa dan untuk kepentingan apa”; (4) jaringan informasi yang dapat digunakan untuk berbagai kepentingan, baik yang bersifat institusional maupun individual; (5) hubungan antara satu kesatuan kerja dengan berbagai satuan kerja yang lain.

b. Model Proses Implementasi Van Meter dan Van Horn

Implementasi kebijakan menurut Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn dalam Subarsono (2010) ada 6 (enam) variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi, yaitu:

- 1) Standar dan Sasaran Kebijakan. Setiap kebijakan publik harus mempunyai standard an suatu sasaran kebijakan yang jelas dan terukur. Dengan ketentuan tersebut maka tujuan dari suatu kebijakan akan terwujud. Dalam standar dan sasaran kebijakan yang tidak jelas, sehingga tidak bisa terjadi multi-interpretasi dan mudah menimbulkan kesalahpahaman dan konflik diantara agen implementasi.
- 2) Sumber daya implementasi. Suatu implementasi kebijakan perlu didukung sumber daya baik sumber daya manusia, sumber daya keuangan, dan sumber daya metoda. dari ketiga sumber daya tersebut yang plaing penting adalah sumber daya manusia karena disamping sebagai subjek implementasi kebijakan dan juga menjadi objek kebijakan publik.

- 3) Komunikasi Antar Organisasi. Dalam banyak program implementasi kebijakan, sebagai realitas dari program kebijakan perlu hubungan baik antar instansi terkait, yaitu dukungan komunikasi dan koordinasi. Karenanya, diperlukan koordinasi dan kerjasama antar instansi bagi keberhasilan program. Komunikasi dan koordinasi merupakan salah satu hal yang penting dari sebuah organisasi agar program-programnya dapat terealisasi dengan maksimal serta dapat mencapai tujuan dan sasarannya.
- 4) Karakteristik Agen Pelaksana. Suatu implementasi kebijakan agar mencapai keberhasilan maksimal harus diidentifikasi dan diketahui karakteristik agen pelaksana yang mencakup struktur birokrasi, norma-norma dan pola-pola yang terjadi dalam birokrasi, semua itu akan mempengaruhi implementasi suatu program kebijakan yang telah ditentukan.
- 5) Disposisi Implementor. Implementasi kebijakan sikap atau disposisi implementor dibedakan menjadi 3 (tiga) hal yakni: (1) respon implementor terhadap kebijakan, yang terkait dengan kemauan implementor untuk melaksanakan kebijakan; (2) kondisi, yakni pemahaman terhadap kebijakan yang telah ditetapkan, dan; (3) intensitas disposisi implementor. yakni preferensi nilai yang dimiliki tersebut.
- 6) Kondisi Lingkungan Sosial, Politik dan Ekonomi. Variabel ini mencakup sumber daya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan. Sejauh mana kelompok-kelompok kepentingan memberikan dukungan bagi implementasi kebijakan; karakteristik para partisipan, yakni mendukung atau menolak, bagaimana sifat opini publik

yang ada dilingkungan dan apakah elit politik mendukung implementasi kebijakan.

c. Model Proses Implementasi Grindle

Implementasi kebijakan menurut Marille S. Grindle (Suratman, 201) dengan 2 variabel sebagai berikut:

- 1) Isi kebijakan, meliputi:
 - a) sejauh mana kepentingan kelompok sasaran terakomodasi,
 - b) jenis manfaat yang diinginkan oleh kebijakan,
 - c) perubahan yang diinginkan,
 - d) kedudukan pembuat kebijakan,
 - e) siapa pembuat kebijakan, dan
 - f) sumber daya
- 2) Konteks implementasi, meliputi:
 - a) seberapa besar kekuasaan dan strategi implementor,
 - b) karakteristik resim yang berkuasa, dan
 - c) tingkat kepatuhan kelompok sasaran.

d. Model Proses Implementasi Mazmanian dan Sabatier

Adapun model implementasi menurut Mazmanian dan Sabatier (Suratman,2017) adalah sebagai berikut:

- 1) Karakteristik dari masalah, meliputi
 - a) tingkat kesulitan teknis dari masalah
 - b) tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran
 - c) cakupan perubahan yang diharapkan

- d) proposi kelompok sasaran terhadap total populasi
 - e) kejelasan dan konsistensi aturan
 - f) tingkat komitmen
- 2) Karakteristik dari kebijakan
- a) kejelasan isi kebijakan
 - b) dukungan teoritis terhadap kebijakan
 - c) besarnya alokasi sumber daya finansial
 - d) kejelasan dan konsistensi aturan badan pelaksana
 - e) akses kelompok luar untuk berpartisipasi
- 3) Kondisi lingkungan, meliputi
- a) kondisi sosial ekonomi masyarakat,
 - b) dukungan publik terhadap kebijakan
 - c) sikap kelompok pemilih
 - d) komitmen dan keterampilan implementor

e. Model Proses Implementasi Cheema dan Rondinelli

Model implementasi menurut Cheema dan Roundinelli (Nawawi,2009) ada 4 (empat) yakni:

- 1) Kondisi Lingkungan,
- 2) Hubungan Antar Organisasi,
- 3) Sumber Daya Organisasi Untuk Implementasi Program,
- 4) Karakteristik Dan Kemampuan Agen Pelaksana.

f. Model Implementasi Menurut Weimer dan Vining

Menurut Weimer dan Vining (Nawawi, 2009) proses implementasi kebijakan dapat dilihat dari 3 (tiga) hal yaitu:

- 1) Logika dari suatu kebijakan. Dimaksudkan agar suatu kebijakan yang telah ditetapkan sesuai dengan pola pemikiran akal sehat,
- 2) Sebuah kebijakan harus sesuai dengan tuntutan lingkungan. Dimaksudkan agar tempat lingkungan kebijakan harus dioperasikan akan mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan yang mencakup lingkungan politik, sosial, ekonomi, hankam, dan fisik atau geografis,
- 3) Kemampuan imlementor. Keberhasilan suatu kebijakan dapat dipengaruhi oleh tingkat kopetensi para implementor kebijakan.yang terkait dengan kompetensi teknikal, sosial, manajerial dan intelektual.

4. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi kebijakan Publik

Kebijakan publik dimaksudkan untuk mempengaruhi atau mengawasi perilaku manusia dalam berbagai cara, untuk membujuk orang agar bertindak sesuai dengan aturan atau tujuan yang ditentukan pemerintah. Pada bagian ini akan dilihat beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan atau tidaknya suatu kebijakan publik (Agustino, 2006), yaitu:

- a. Faktor penentu pemenuhan kebijakan
 - 1) respeknya anggota masyarakat pada otoritas dan keputusan pemerintah,
 - 2) adanya kesadaran untuk menerima kebijakan,
 - 3) adanya sanksi hukum,
 - 4) adanya kepentingan publik,

- 5) adanya kepentingan pribadi.
 - 6) masalah waktu.
- b. Faktor penentu penolakan atau penundaan kebijakan
- 1) adanya kebijakan yang bertentangan dengan sistem nilai yang mengada,
 - 2) tidak adanya kepastian hukum,
 - 3) adanya keanggotaan seseorang dalam organisasi,
 - 4) adanya konsep ketidakpatuhan selektif terhadap hukum.

Kemudian ada 4 (empat) tipe implementasi sebuah kebijakan Goggin et, al dalam Purwanto (2012). Tipologi tersebut menunjukkan potensi kegagalan dan keberhasilan pencapaian tujuan suatu kebijakan/program.

- a. Penyimpangan (*defiance*): tipe implementasi ini diwarnai terjadinya pengunduran atau bahkan pembatalan implementasi oleh *implementer* yang disertai perubahan-perubahan, baik tujuan, kelompok sasaran maupun mekanisme implementasi, yang berakibat tidak tercapainya tujuan,
- b. Penundaan (*delay*) yaitu penundaan tanpa modifikasi. Dalam kasus ini implementer menunda pelaksanaan implementasi, namun tidak melakukan perubahan-perubahan terhadap isi kebijakan,
- c. Penundaan strategi (*strategic delay*), yaitu penundaan disertai modifikasi yang bertujuan memperbesar keberhasilan implementasi,
- d. Taat (*compliance*), yaitu tipe implementasi di mana implementor menjalankan implementasi tanpa disertai dengan perubahan terhadap isi dan mekanisme implementasi kebijakan tersebut.

Menurut Anderson dalam Tahir (2014:56-57), menjelaskan bahwa dalam mengimplementasikan suatu kebijakan ada empat aspek yang harus diperhatikan, yaitu: a) Siapa yang dilibatkan dalam implementasi; b) Hakikat proses administrasi; c) Kepatuhan atas suatu kebijakan; dan d) Efek atau dampak dari implementasi.

Pandangan di atas, menunjukkan bahwa implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis yang melibatkan secara terus menerus usaha-usaha untuk mencapai apa yang mengarah pada penempatan suatu program ke dalam tujuan keputusan yang diinginkan.

B. Konsep Program *Home Care* (*Dottorotta*)

Pemerintah Kota Makassar dalam rangka meningkatkan dan memperbaiki pelayanan kesehatan di Kota Makassar salah satunya dengan membuat program layanan kesehatan 24 jam (*Home Care*) atau yang lebih dikenal dengan istilah *Dottorotta* atau “Dokter Kita” program ini merupakan Peraturan Walikota Makassar Nomor 63 Tahun 2015 Tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*Home Care*) di Kota Makassar. *Home Care* merupakan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan dari penyakit.

Program ini dibawah langsung oleh Dinas Kesehatan Kota Makassar dan bekerjasama dengan 46 Puskesmas di 15 Kecamatan yang ada di Kota Makassar. Guna memperoleh layanan kesehatan, khususnya masyarakat Kota Makassar

mengalami kesulitan saat dirinya sendiri atau keluarga mereka yang sakit. Banyaknya masyarakat Kota Makassar yang tinggal di lorong-lorong ataupun daerah yang bukan jalur angkutan umum merupakan salah satu kendala untuk masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas atau rumah sakit. Karenanya, program *home care* ini bertujuan untuk membantu masyarakat Kota Makassar agar mendapatkan pelayanan kesehatan secara mudah dan tanpa dipungut biaya (gratis). Konsep dari program ini sendiri adalah dengan mengunjungi pasien yang membutuhkan penanganan langsung ke rumahnya dengan menghubungi *call center* 112 atau nomor puskesmas terdekat. Berikut adalah *call center Home Care* di setiap puskesmas di Kota Makassar:

Tabel 2.1 Call Center Home Care Puskesmas

NO.	PUSKESMAS	NOMOR CALL CENTER
1	Andalas	081355077920
2	Antang	085299527028
3	Antang Perumnas	085397721025
4	Antara	082396672870
5	Ballaparang	081245377885
6	Bangkala	081342750110
7	Bara-baraya	0811429872
8	Barombong	081343677797 / 081241777718
9	Barrang Lompo	085299353458
10	Batua	081342654543
11	Bira	081342462638
12	Bulurokeng	082188439628
13	Cendrawasih	081342995995
14	Dahlia	081342622767
15	Jongaya	08124153080
16	Jumpandang Baru	085255452274 / 085399793819
17	Kaluku Bodoa	08175414009 / 082343432329
18	Kapasa	082191395158
19	Karuwisi	082188627274
20	Kassi-kassi	081342322157
21	Kodingareng	081342744813
22	Layang	08138579009
23	Maccini Sawah	085242949292
24	Maccini Sombala	085255099191
25	Makkasau	085299339997
26	Malimongan Baru	0811464456
27	Mamajang	04112151310

28	Mangasa	085299396
29	Maradekaya	081241270299
30	Minasa Upa	082188781575
31	Paccerakkang	085299075022
32	Pampang	081342425654
33	Pannambungan	082187099909
34	Pattialoang	085242524548
35	Pertiwi	081343771296
36	Rappokalling	085397899848
37	Sudiang	085225200600
38	Sudiang Raya	085342004789
39	Tabaringan	085657099655
40	Tamalanrea	085399177387 / 085145986528
41	Tamalate	082189101184
42	Tamalate Raya	082348024480
43	Tamamaung	081342979685
44	Tamangapa	081354810709
45	Tarakang	081280110044
46	Toddopuli	08124251850
47	Dinas Kesehatan	08124223015

Program pelayanan kesehatan ini diharapkan mampu menjadi solusi dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan juga memberikan pelayanan yang baik untuk masyarakat. Dengan penerapan program ini, diharapkan mampu memperbaiki citra pelayanan puskesmas yang cenderung lambat, diskriminatif dan berbelit-belit di mata masyarakat. Berikut dapat kita lihat pengguna Program *Home Care* pada tahun 2017:

Tabel 2.2 Jumlah Pasien Program *Home Care* di Kota Makassar Tahun 2017

NO	NAMA PUSKESMAS	DI RAWAT	DIRUJUK		PASIEN		JENIS HOMECARE			TOTAL
			PKM	RS	MISKIN	UMUM	FOLLOW UP	VISIT	EMERGENCY	
1	ANDALAS	42	8	13	48	15	48	4	11	63
2	ANTANG	110	3	40	136	17	5	144	4	153
3	ANTANG PERUMNAS	288	10	27	56	269	38	267	20	325
4	ANTARA	190	1	10	183	18	2	175	24	201
5	BALLAPARANG	142	2	22	136	30	3	161	2	166
6	BANGKALA	178	7	65	150	100	12	178	60	250
7	BARA-BARAYA	68	6	36	56	54	8	83	19	110
8	BAROMBONG	77	0	17	82	12	5	73	16	94
9	BATUA	106	4	10	100	20	1	98	21	120
10	BIRA	164	1	3	113	55	13	143	12	168

11	BULUROKENG	31	0	9	33	7	0	37	3	40
12	BARANG LOMPO	251	5	6	177	85	39	197	26	262
13	CENDRAWASIH	100	0	36	80	56	18	105	13	136
14	DAHLIA	47	0	16	56	7	1	8	54	63
15	JONGAYA	99	8	24	88	44	1	44	86	131
16	JUMPANDANG BARU	153	3	27	72	111	17	135	31	183
17	KALUKU BODOA	297	1	130	221	207	18	13	397	428
18	KAPASA	90	0	11	94	7	0	93	8	101
19	KARUWISI	54	15	9	74	4	27	34	17	78
20	KASSI-KASSI	149	3	17	54	115	3	164	2	169
21	KODINGARENG	148	0	1	149	0	0	147	2	149
22	LAYANG	165	3	38	193	13	2	184	20	206
23	MACCINI SAWAH	111	0	9	86	34	10	98	12	120
24	MACCINI SOMBALA	78	1	12	86	5	5	36	50	91
25	MAKKASAU	108	2	15	97	28	12	93	20	125
26	MALIMONGAN BARU	47	2	11	45	15	0	47	13	60
27	MAMAJANG	156	0	1	109	48	0	141	16	157
28	MANGASA	193	11	10	177	37	16	183	15	214
29	MARADEKAYA	46	1	9	45	11	8	36	12	56
30	MINASA UPA	248	3	9	225	35	52	137	71	260
31	PACCERAKKANG	116	1	48	96	69	7	114	44	165
32	PAMPANG	111	52	41	177	27	21	134	49	204
33	PANAMBUNGAN	71	2	11	71	13	5	71	8	84
34	PATTINGALLOANG	185	23	32	199	41	50	167	23	240
35	PERTIWI	85	0	8	60	33	4	82	7	93
36	RAPPOKALLING	166	0	8	160	14	12	154	8	174
37	SUDIANG	262	1	24	81	206	11	246	30	287
38	SUDIANG RAYA	79	98	31	80	128	26	167	15	208
39	TABARINGAN	69	0	14	17	66	3	65	15	83
40	TAMALANREA	74	11	27	91	21	21	68	23	112
41	TAMALANREA JAYA	41	8	5	49	5	3	50	1	54
42	TAMALATE	84	13	34	70	61	18	101	12	131
43	TAMAMAUNG	97	0	14	39	72	9	85	17	111
44	TAMANGAPA	351	7	34	236	155	42	294	56	392
45	TARAKAN	166	17	70	189	64	5	14	234	253
46	TODDOPULI	90	0	6	43	53	4	89	3	96
TOTAL		5983	333	1050	4879	2487	605	5159	1602	7366

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Makassar Tahun 2018

C. Kerangka Pikir

Sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa implementasi kebijakan merupakan tindakan-tindakan untuk mencapai tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan. Tindakan tersebut dilakukan baik oleh individu, pejabat pemerintah ataupun swasta. Dunn mengistilahkannya implementasi secara lebih khusus, menyebut dengan istilah implementasi kebijakan. Menurutnya implementasi kebijakan (*policy implementation*) adalah pelaksanaan pengendalian aksi-aksi kebijakan di dalam kurun waktu tertentu.

Lebih lanjut menurut Purwanto dan Sulistyastuti (2012: 11), menjelaskan bahwa proses implementasi bukanlah sesuatu yang mudah. Proses tersebut bukan hanya aktivitas administrasi semata, yaitu hanya dimaknai sebagai fungsi pembagian kerja, pemberian perintah dan mengawasi pelaksanaan suatu pekerjaan atau dalam konseptualisasinya sering disebut sebagai *problem command* dan *control* saja. Namun, kenyataan yang sesungguhnya proses implementasi tersebut melibatkan berbagai elemen, seperti: kualitas kebijakan, kapasitas organisasi yang diberi mandat untuk mengimplementasikan kebijakan, kemampuan sumber daya manusia yang ditugaskan untuk mengimplementasikan kebijakan, ketepatan instrumen untuk mencapa tujuan kebijakan, dan sebagainya. Demikian halnya implementasi kebijakan program pelayanan kesehatan di Kota Makassar yang lebih terkenal dengan sebutan *Home Care (dottorotta)*.

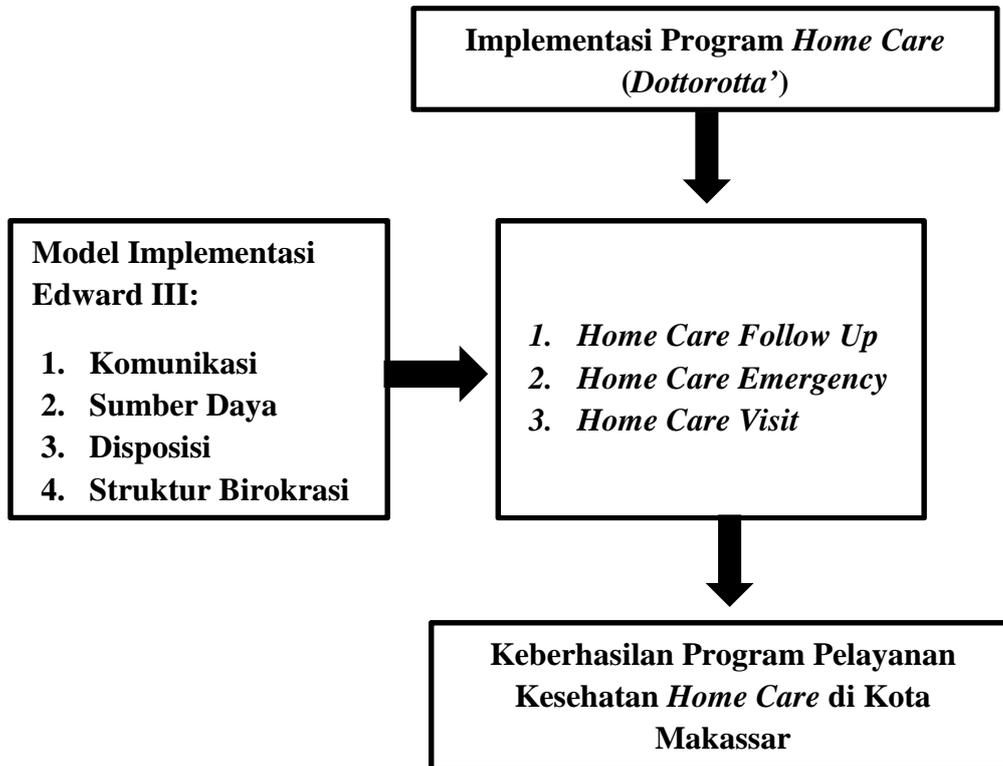
Program pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Kota Makassar melalui Dinas Kesehatan selaku penanggungjawab bertujuan untuk memberikan akses kemudahan kepada para masyarakat terkait perawatan,

konsultasi dan bimbingan kesehatan sehingga program yang dijalankan akan lebih efektif. Akan tetapi, untuk mencapai tujuan dari program tersebut dibutuhkan sebuah model implementasi yang sesuai dengan program yang dijalankan. Dalam penelitian ini penulis memilih model implementasi George Edward III yang dianggap relevan dengan program pelayanan kesehatan atau program *Home Care* yang sedang berlangsung saat ini. Adapun model implementasi Edward III terbagi ke dalam 4 (empat) variabel utama yang menentukan apakah program tersebut dapat berjalan secara efektif, yaitu:

1. Komunikasi (*Communication*), yaitu keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, dimana yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (*target group*), sehingga akan mengurangi distorsi implementasi.
2. Sumber daya (*Resources*), meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan efektif.
3. Disposisi (*Dispotition*), merupakan watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis.
4. Struktur Birokrasi (*Bureaucracy structure*), struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Aspek dari struktur organisasi adalah *Standard Operating Procedure* (SOP) dan fragmentasi.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka penulis mencoba untuk menggambarannya dalam sebuah bagan kerangka pikir sebagai berikut:

Gambar 2.1 Bagan Kerangka Pikir



D. Fokus Penelitian

Berdasarkan uraian kerangka pikir diatas, maka fokus penelitian ini mengenai pelaksanaan program pelayanan kesehatan *Home Care* di Kota Makassar yang meliputi *Home Care follow up*, *Home Care emergency*, dan *Home Care Visit* dengan mengacu pada Teori Model Implementasi menurut Edward III yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi.

E. Deskripsi Fokus Penelitian

Penelitian ini berjudul *Implementasi Program Home Care (Dottoro'ta)* di Kota Makassar. Adapun deskripsi fokus penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Implementasi program *home care* merupakan pelaksanaan kebijakan program Pemerintah Kota Makassar dalam bidang kesehatan untuk melihat sejauh mana program tersebut mampu memberikan pelayanan dan mencukupi kebutuhan masyarakat dalam hal kesehatan.
2. Komunikasi yang dimaksud adalah sejauh mana implementor dari program pelayanan kesehatan (*Home Care*) mengetahui apa saja yang harus dilakukannya dalam hal ini apa yang menjadi sasaran dan tujuan dari program tersebut untuk kemudian mentransmisikannya kepada kelompok sasaran (*target grup*).
3. Sumber daya yang dimaksud dalam penelitian ini adalah sumber daya manusia dan sumber daya finansial. Sumber daya manusia memiliki peranan sebagai pelaksana program pelayanan kesehatan (*Home Care*) seperti tenaga medis (dokter dan perawat kesehatan) dan tenaga teknis (tenaga penyuluh kesehatan dan tenaga peralatan). Sumber daya manusia dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan harus memiliki kompetensi yang sesuai dan dibutuhkan oleh masyarakat. Sedangkan sumber daya finansial berperan untuk membiayai berbagai kebutuhan program pelayanan kesehatan.
4. Disposisi yaitu sikap para implementor (pelaksana) program pelayanan kesehatan dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya demi mencapai tujuan yang diinginkan.
5. Struktur birokrasi yang dimaksud adalah struktur organisasi yang memiliki tugas untuk mengimplementasikan program pelayanan kesehatan (*home care*)

di Kota Makassar, dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan selaku penanggungjawab pelaksanaan program tersebut.

6. *Home Care Follow Up*. Merupakan pemberian pelayanan *Home Care* kepada pasien yang membutuhkan perawatan lanjutan setelah perawatan di rumah sakit guna memaksimalkan proses penyembuhan.
7. *Home Care Emergency*. Merupakan pemberian pelayanan *Home Care* kepada pasien gawat darurat baik dalam bentuk pertolongan pertama , terapi maupun fasilitas rujukan bila dibutuhkan.
8. *Home Care Visit*. merupakan pemberian pelayanan *Home Care* kepada pasien yang tidak mampu untuk mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini berlangsung selama kurang lebih 2 (dua) bulan setelah ujian proposal yakni 8 September-8 November 2018. Penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Makassar Jl. Teduh Bersinar No.1, Kelurahan Gunung Sari Kecamatan Rappocini, serta di 3 (tiga) puskesmas di Kota Makassar yaitu Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan, dan Puskesmas Rappokalling. Adapun alasan dalam pemilihan lokasi didasarkan atas: 1). Dinas Kesehatan Kota Makassar merupakan penanggungjawab program *Home Care* dan secara fungsional bertanggungjawab terhadap Walikota Makassar untuk mewujudkan masyarakat sehat, 2) Tingkat kesehatan masyarakat kota Makassar sangat ditentukan oleh seberapa jauh peran pemerintah kota dalam memberikan pelayanan kesehatan secara cepat dan tepat melalui implemmentasi program inovatif dan berkesinambungan dalam hal ini merupakan tanggung jawab dari Dinas Kesehatan Kota Makassar.

Adapun Pemilihan ketiga puskesmas tersebut didasarkan atas tipe Puskesmas dan pengguna *Home Care* di masing-masing puskesmas dan observasi yang dilakukan oleh penulis. Pertama, Puskesmas Kassi-Kassi yang pengguna *home care*-nya paling banyak, akan tetapi ternyata masih banyak warga yang tidak mengetahui hal tersebut. Kedua, puskesmas Tarakan. Puskesmas ini melakukan sosialisasi mengenai *home care* di masyarakat akan tetapi masyarakat masih enggan menggunakan *home care* ini. Ketiga, puskesmas Rappokalling merupakan

puskesmas yang berada di daerah pesisir dan kumuh tetapi memiliki kelebihan dengan kecepatan pelayanannya karena mencakup daerah cukup bebas dari kemacetan. Adapun pertimbangan dalam pemilihan lokasi penelitian didasarkan atas efektivitas, waktu, dana, dan kemudahan dalam mengumpulkan data karena lokasi tersebut mudah dijangkau oleh penulis.

B. Jenis dan Tipe Penelitian

1. Jenis Penelitian

Berkaitan dengan tujuan penelitian adalah untuk memberikan gambaran mengenai pelaksanaan program *Home Care* di Kota Makassar secara objektif, maka jenis penelitian ini adalah kualitatif, yaitu suatu penelitian yang mendeskripsikan tentang proses pelaksanaan program *home care* di Kota Makassar.

2. Tipe Penelitian

Tipe penelitian ini adalah Deskriptif yang dimaksudkan untuk memberikan gambaran secara jelas tentang subjek yang diteliti dalam hal ini pelayanan program *Home Care* di Kota Makassar.

C. Sumber Data

Sumber data yang digunakan penulis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Data Primer (data utama)

Yaitu data empiris yang diperoleh berdasarkan hasil wawancara oleh informan. Jenis data yang ingin diperoleh adalah mengenai pelaksanaan

program layanan kesehatan *Home Care* di Kota Makassar serta data-data lain yang dibutuhkan untuk melengkapi penyusunan skripsi.

2. Data Sekunder (data penunjang)

Yaitu data yang dikumpulkan oleh penulis dari berbagai laporan-laporan atau dokumen-dokumen yang bersifat informasi tertulis yang digunakan dalam penelitian.

D. Informan Penelitian

Informan dalam penelitian ini dipilih secara sengaja dan merupakan orang-orang yang berhubungan langsung dalam pelaksanaan program *Home Care* di Kota Makassar. Informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Daftar Informan Penelitian

No	Nama Informan	Inisial	Jabatan	Jumlah
1	Dr.Nursaidah Sirajuddin	NS	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional	1 Orang
2	Dr.Al-Adeka Misba	AM	Penanggung Jawab <i>Home Care</i> Puskesmas Kassi-Kassi	1 Orang
3	Hj.Sukriah, S.Kep, NS	HS	Penanggung Jawab <i>Home Care</i> Puskesmas Tarakan	1 Orang
4	Hj.Hasmawati, S.Kep	H	Penanggung Jawab <i>Home Care</i> Puskesmas Rappokalling	1 Orang
5	Labulla Lapanco, SE	L	Pengguna <i>Home Care</i>	1 Orang
6	Sahara	S	Keluarga Pengguna <i>Home Care</i> (Bapak Suratman, S.Pd)	1 Orang
7	Jumriana	J	Keluarga Pengguna <i>Home Care</i> (Bapak Joni)	1 Orang

E. Teknik Pengumpulan Data

Guna memperoleh data yang relevan sesuai dengan tujuan penelitian, maka penulis menggunakan beberapa teknik pengumpulan data, yaitu:

1. Observasi (pengamatan)

Pada tahap ini, penulis melakukan pengamatan secara langsung di lapangan/lokasi penelitian yaitu Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan, dan Puskesmas Rappokalling terkait dengan pelaksanaan program *home care* di Kota Makassar.

2. Wawancara (*interview*)

Penulis melakukan wawancara langsung secara mendalam kepada 7 (tujuh) informan yang menjadi objek dalam penelitian ini yakni Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional, Penanggung Jawab *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi, Penanggung Jawab *Home Care* Puskesmas Tarakan, Penanggung Jawab *Home Care* Puskesmas Rappokalling, dan masyarakat yang menggunakan *Home Care* .

3. Dokumentasi

Dokumentasi yang dimaksud oleh penulis dalam penelitian ini adalah mengenai data-data mengenai program *home care* di Kota Makassar yang meliputi data pengguna *Home Care* pada tahun 2015-2017, Standar Pelayanan *Home Care*, Komponen Standar Pelayanan Internal Organisasi.

F. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data merupakan langkah selanjutnya untuk mengolah data-data yang telah diperoleh untuk menyimpulkan persoalan yang diajukan dalam menyusun penelitian. Dalam analisis data penulis menggunakan 3 (tiga) teknik sebagaimana yang dijelaskan oleh Sugiyono (2017), yaitu sebagai berikut:

1. Reduksi data (*data reduction*), pada tahap ini penulis mencoba memilih data-data yang sesuai atau data yang bersifat pokok untuk selanjutnya dirangkum dan memfokuskan pada hal yang dianggap penting guna mempermudah dalam menggunakan pola penelitian yang diinginkan.
2. Penyajian data (*data display*), merupakan sajian data yang dilakukan oleh penulis dalam bentuk narasi singkat dengan menjelaskan berbagai hubungan yang ada pada tiap-tiap kategori serta melampirkan dalam sebuah bentuk bagan.
3. Penarikan kesimpulan dan verifikasi (*conclusion drawing and verification*), pada tahap ini kesimpulan yang diperoleh oleh penulis masih bersifat sementara sampai ditemukannya bukti dan data yang kuat untuk digunakan pada tahap berikutnya.

G. Teknik Pengabsahan Data

Salah satu cara yang digunakan oleh penulis dalam pengujian kredibilitas data adalah dengan menggunakan triangulasi. Teknik yang digunakan dalam triangulasi adalah sebagai berikut:

1. Triangulasi sumber

Teknik ini dilakukan dengan melakukan pengecekan terhadap sumber-sumber yang menjadi objek penelitian baik melalui pengumpulan dan pengujian data berdasarkan hasil observasi, wawancara serta dokumentasi untuk kemudian penulis melakukan perbandingan hasil dari ketiganya.

2. Triangulasi teknik

Teknik yang dilakukan dengan melakukan pengecekan data kepada sumber yang sama namun dengan menggunakan teknik yang berbeda. Dalam hal ini, data yang telah diperoleh penulis di cek melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi. Apabila terdapat hasil data yang berbeda, maka penulis akan melakukan diskusi kepada informan yang dimaksud dengan tujuan untuk memastikan kebenaran dalam sebuah data.

3. Triangulasi waktu

Waktu sangat menentukan kredibilitas data yang telah dikumpulkan oleh penulis. Sebab data yang diperoleh pada waktu pagi hari belum tentu sama dengan hasil data yang dikumpulkan pada waktu siang ataupun pada malam hari.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Objek Penelitian

Deskripsi umum hasil penelitian dipaparkan dalam pembahasan ini bertujuan untuk memberi gambaran yang komprehensif tentang objek penelitian dan juga menjadi bahan informasi guna menganalisis lebih lanjut tentang implementasi Program *Home Care* di Kota Makassar.

1. Dinas Kesehatan Kota Makassar

Dinas Kesehatan Kota Makassar terletak di Kota Makassar provinsi Sulawesi Selatan. Lokasi Dinas Kesehatan Kota Makassar berada di Kecamatan Rappocini tepatnya sebagai berikut

- 1) Sebelah timur berbatasan dengan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil,
- 2) Sebelah selatan berbatasan dengan Jl. Teduh Bersinar,
- 3) Sebelah utara berbatasan dengan rumah penduduk
- 4) Sebelah barat berbatasan dengan Jl. Teduh Bersinar, Makassar.

a. Tugas Pokok dan Fungsi

Dinas Kesehatan Kota Makassar mempunyai tugas menyelenggarakan urusan di Bidang Kesehatan berdasarkan asas desentralisasi, dekonsentrasi, dan tugas pembantuan. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Dinas Kesehatan Kota Makassar menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

- 1) Penyusunan rumusan kebijaksanaan teknis di bidang kesehatan, pemberantasan dan pencegahan penyakit, pembinaan rumah sakit dan Puskesmas, kesehatan lingkungan dan peran masyarakat.

- 2) Penyusunan rencana serta program di bidang pelayanan kesehatan, pemberantasan dan pencegahan penyakit, pembinaan rumah sakit dan Puskesmas, kesehatan lingkungan dan peran serta masyarakat.
- 3) Pelaksanaan Pengendalian dan penanganan teknis operasional pelayanan kesehatan, pemberantasan dan pencegahan penyakit, pembinaan rumah sakit dan Puskesmas, kesehatan lingkungan dan peran serta masyarakat.
- 4) Memberikan pelayanan umum dan perizinan di bidang kesehatan meliputi pelayanan kesehatan, pemberantasan dan pencegahan penyakit, pembinaan rumah sakit dan Puskesmas, kesehatan lingkungan dan peran serta masyarakat.
- 5) Menyelenggarakan tugas lain-lain yang diberikan langsung oleh Walikota sesuai dengan bidang dan fungsinya masing-masing

Pelaksanaan tugas diatas Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar di dukung oleh unsur-unsur organisasi yang terdiri atas:

- 1) Sekretariat. Ini dipimpin langsung oleh seorang Sekretaris yang bertugas untuk melakukan perencanaan umum dan program, penyediaan data dan informasi kesehatan, kepegawaian, keuangan, perlengkapan surat-menyurat, monitoring dan evaluasi program, humas dan protokol, perpustakaan dan juga hukum kesehatan.
- 2) Bidang Bina Pelayanan Kesehatan. Bidang ini dipimpin langsung oleh Kepala Bidang yang bertugas untuk melakukan pengaturan, pengawasan kegiatan pelayanan kesehatan dasar, pembinaan, pelayanan kesehatan rujukan, dan pelayanan kesehatan pengembangan dan penunjang.

- 3) Bidang Bina Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Bidang ini dipimpin langsung oleh Kepala Bidang yang bertugas melaksanakan pengaturan, pembinaan dan pengawasan, pengamatan penyakit menular dan tidak menular, pengendalian penyakit dan kejadian luar biasa, penanganan korban bencana dan situasi khusus kegiatan penyehatan lingkungan.
- 4) Bidang Bina Kesehatan Masyarakat. Bidang ini dipimpin langsung oleh Kepala Bidang yang bertugas melaksanakan pengaturan, pengawasan dan pembinaan upaya pelayanan gizi masyarakat serta pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat (individu dan kelompok).
- 5) Bidang Bina Pengembangan Sumber Daya Kesehatan. Bidang ini dipimpin oleh Kepala Bidang yang bertugas untuk melaksanakan pengaturan, pembinaan dan pengawasan dalam upaya pembiayaan dan jaminan kesehatan, upaya pengembangan tenaga kesehatan dan pelaksanaan upaya farmasi dan pembekalan kesehatan.

b. Struktur Organisasi

Dinas Kesehatan Kota Makassar memiliki struktur organisasi sebagai berikut:

- 1) Kepala Dinas
- 2) Sekretariat
 - a) Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
 - b) Sub Bagian Keuangan
 - c) Sub Bagian Perlengkapan
- 3) Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan:
 - a) Seksi Pelayanan Kesehatan Primer & Tradisional

- b) Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan
- c) Seksi Faryankes dan Penngkatan Mutu
- 4) Kepala Bidang Bina Pengembangan Sumber Daya Kesehatan:
 - a) Seksi Kefarmasian
 - b) Seksi Alat Kesehatan Pembekalan Kesehatan & Jaminan Kesehatan
 - c) Seksi SDM Kesehatan dan Registrasi Kesehatan
- 5) Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
 - a) Seksi Pencegahan Pengendalian Penyakit Menular
 - b) Seksi Pencegahan Pengendalian Penyakit Menular & Keswa
 - c) Seksi Surveilans dan Imunisasi
- 6) Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat
 - a) Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi
 - b) Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
 - c) Seksi Kesehatan Lingkungan Kesehatan Kerja dan Olahraga
- 7) Sekretaris KORPRI

c. Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kota Makassar

Pembangunan kesehatan di kota Makassar diselenggarakan dalam upaya mencapai Visi “Makassar Kota Dunia Berlandaskan Kearifan Lokal”. Sebagai pembangunan kesehatan, maka dalam melakukan pembangunan kesehatan, Dinas Kesehatan Kota Makassar berdasar pada pembangunan kesehatan yaitu:

- 1) Perikemanusiaan;
- 2) Pemberdayaan dan Kemandirian;
- 3) Adil dan Merata;

4) Pengutamaan dan Manfaat.

Karenanya, Visi Dinas Kesehatan Kota Makassar adalah “Makassar Sehat Menuju Kota Dunia”.

Masyarakat Sehat Menuju Kota Dunia merupakan situasi dimana masyarakat Kota Makassar mampu dan ingin menyadari dan mengenali, melakukan pencegahan dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapinya, agar terbebas dari gangguan kesehatan.

Misi Dinas Kesehatan Kota Makassar adalah “Mewujudkan Warga Kota Yang Sehat”. Dimana Dinas Kesehatan Kota Makassar harus menjadi penggerak dan fasilitator dalam pembangunan di bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah bersama-sama dengan masyarakat dan pihak swasta, agar terwujudnya rakyat sehat, baik fisik, mental (rohani) dan sosial

2. Puskesmas Kassi-Kassi

a. Keadaan Geografis

Puskesmas Kassi-Kassi merupakan salah satu Puskesmas Pemerintah Kota Makassar dan merupakan Puskesmas perawatan yang terletak di jalan Tamalate I No.43 Kel. Kassi-Kassi Kec. Rappocini Kota Makassar.

Adapun letak atau batas-batas wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi adalah sebagai berikut:

- 1) Sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Ballaparang Rappocini
- 2) Sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan Mangasa Jongaya
- 3) Sebelah timur bebatasan dengan Kelurahan Panikang Tamangapa
- 4) Sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Maricaya Parangtambung

Puskesmas Kassi-Kassi memiliki luas wilayah kerja $\pm 5,2$ Kha. Wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi terdiri dari 6 Kelurahan yaitu Kelurahan Tidung, Kelurahan Bontomakkio, Kelurahan Kassi-Kassi, Kelurahan Banta-Bantaeng, dan Kelurahan Karunrung yang dimana terdiri atas 58 RW dan 361 RT.

b. Keadaan Demografi

Adapun jumlah penduduk pada wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi pada tahun 2016 disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.1 Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Tahun 2016.

NO	KELURAHAN	JUMLAH PERJENIS KELAMIN		Jumlah
		Laki-Laki	Perempuan	
1	Tidung	7.089	7.793	14.882
2	Bontomakkio	2.086	2.257	4.343
3	Kassi-Kassi	8.737	8.898	17.635
4	Mappala	5.720	5.709	11.420
5	Banta-Bantaeng	10.127	9.997	20.124
6	Karunrung	6.595	6.135	12.730
Jumlah		42.354	40.789	83.143

Sumber : Puskesmas Kassi-Kassi 2018

Kepadatan penduduk sangat berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan rakyat. Berdasarkan data yang diperoleh Puskesmas Kassi-Kassi, kepadatan penduduknya adalah 11342,27 jiwa per km². Kepala keluarga (KK) pada tahun 2016 di Puskesmas adalah 16.393 KK jumlah ini melebihi banyaknya rumah yang ada (15.452 rumah).

c. Visi dan Misi Puskesmas Kassi-Kassi

1) Visi Puskesmas Kassi-Kassi

Adapun visi dari Puskesmas Kassi-Kassi yaitu: “Terwujudnya Kemandirian Masyarakat Untuk Sehat”

2) Misi Puskesmas Kassi-Kassi

Adapun misi dari Puskesmas Kassi-Kassi adalah sebagai berikut:

- a) Meningkatkan kualitas SDM Puskesmas.
- b) Meningkatkan pembinaan program untuk masyarakat.
- c) Meningkatkan kerjasama bersama para lintas sektor.
- d) Meningkatkan kualitas dalam pelayanan kesehatan.
- e) Meningkatkan sarana dan prasarana Puskesmas.
- f) Meningkatkan pencegahan penyakit serta promosi.

d. Saran-Prasarana dan Tenaga Kesehatan

Sarana kesehatan milik pemerintah, swasta dan peran serta penduduk yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi ikut berperan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat/penduduk di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi:

Tabel 4.2 Sarana Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi.

NO	SARANA PRASARANA	JUMLAH
1	Rumah Sakit Umum	2 buah
2	RS Ibu dan Anak(Bersalin)	1 buah
3	Puskesmas	1 buah
4	Puskesmas pembantu	1 buah
5	Balai/Klinik Pengobatan	2 buah
6	Dokter Praktik	30 Orang
7	Bidan praktik Swasta	20 orang
8	Apotek	10 buah
9	Posyandu	59 buah

Sumber : Puskesmas Kassi-Kassi 2018

Adapun jumlah tenaga kesehatan yang terdapat di Puskesmas Kassi-Kassi tahun 2016 sebanyak 60 orang dengan berbagai spesifikasi, yang terdiri dari:

Tabel 4.3 Tenaga Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Tahun 2016.

NO	TENAGA KERJA PUSKESMAS KASSI-KASSI	JUMLAH
1	Dokter umum	9 orang
2	Dokter Gigi	2 orang
3	Perawat	17 orang
4	Perawat Gigi	2 orang
5	Bidan	11 orang
6	Sanitarian	1 orang
7	Nutrisionis	3 orang
8	Pranata Laboratorium	2 orang
9	Apoteker	2 orang
10	Asisten Apoteker	1 orang
11	Rekam Medik	3 orang
12	Sarjana Ekonomi	1 orang
13	Sarjana kesehatan masyarakat	4 orang
14	SMA	1 orang

Sumber : Puskesmas Kassi-Kassi 2018

3. Puskesmas Tarakan

a. Keadaan Geografis

Puskesmas Tarakan berada disebelah barat Kota Makassar tepatnya terletak di Kecamatan Wajo, Kelurahan Mampu. Luas wilayah Puskesmas Tarakan yaitu 1,75 km² yang meliputi 4 Kelurahan, yaitu Kelurahan Butung, Kelurahan Mampu, Kelurahan, dan Kelurahan Malimongan Tua

Adapun batas batas wilayah kerja Puskesmas Tarakan adalah sebagai berikut:

- 1) Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Ujung Tanah.
- 2) Sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Bontoala.
- 3) Sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Ujung Pandang.
- 4) Sebelah barat berbatasan Kecamatan Selat Makassar.

b. Keadaan Demografi

Jumlah Penduduk/masyarakat pada wilayah kerja Puskesmas Tarakan sebanyak 14.715 jiwa di 4 kelurahan. Berikut rincian data penduduk menurut Kelurahan & Jenis Kelamin.

Tabel 4.4 Jumlah Penduduk berdasarkan Jenis Kelamin pada Wilayah Kerja Puskesmas Tarakan Tahun 2016.

No	Kelurahan	Laki - Laki	Perempuan	Total
1	Malimongan Tua	1944	2910	4854
2	Malimongan	1758	2636	4394
3	Butung	904	1356	2261
4	Mampu	1282	1924	3206
	Jumlah	5888	8832	14715

Sumber : Puskesmas Tarakan 2018

c. Visi dan Misi Puskesmas Tarakan

1) Visi

“Mewujudkan Masyarakat yang Sehat pada Wilayah Kerja Puskesmas Tarakan di Tahun 2025”.

2) Misi

Adapun misi dari Puskesmas Tarakan adalah sebagai berikut:

- a) Meningkatkan peran serta Masyarakat demi mencapai derajat kesehatan Masyarakat.
- b) Memberikan Pelayanan kesehatan Sesuai dengan *Standard Operational Procedurs* (SOP).
- c) Menciptakan Lingkungan yang Sehat Berbasis Masyarakat
- d) Meningkatkan Kualitas SDM
- e) Meningkatkan partisipasi Masyarakat agar mendukung perilaku hidup sehat

Demi tercapainya Visi dan Misi diatas maka dilakukan hal-hal sebagai berikut:

- a) Menerapkan sistem manajemen ISO 9001 – 2008 secara efektif dan efisien
- b) Memberikan pelayanan prima kepada masyarakat
- c) Meningkatkan partisipasi masyarakat menuju hidup mandiri dan sehat baik individu mampu masyarakat
- d) Meningkatkan sarana prasarana kesehatan dan lingkungan
- e) Meningkatkan Sumber Daya Manusia pendidikan layanan

d. Sarana-Prasarana dan Tenaga Kerja Puskesmas Tarakan

Sarana kesehatan milik pemerintah, swasta dan peran masyarakat yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas Tarakan ikut berperan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Tarakan:

Tabel 4.5 Sarana Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Tarakan

NO	SARANA PRASARANA	JUMLAH
1	Puskesmas	1 buah
2	RS Ibu dan Anak(Bersalin)	1 buah
3	Klinik	1 buah
4	Posyandu	16 buah
5	Apotek	7 buah

Sumber : Puskesmas Tarakan 2018

Adapun banyaknya tenaga kesehatan yang terdapat di Puskesmas Tarakan terdiri dari 24 orang dengan berbagai spesifikasi, yaitu:

Tabel 4.6 Tenaga Kerja Puskesmas Tarakan.

NO	TENAGA KERJA PUSKESMAS KASSI-KASSI	JUMLAH
1	Dokter umum	2 orang
2	Dokter Gigi	2 orang
3	Perawat	7 orang

4	Perawat Gigi	2 orang
5	Bidan	4 orang
6	Sanitarian	1 orang
7	Nutrisionis	1 orang
8	Pranata Laboratorium	1 orang
9	Asisten Apoteker	1 orang
10	Administrasi	3 orang

Sumber : Puskesmas Tarakan 2018

4. Puskesmas Rappokalling

a. Keadaan Geografis

Puskesmas Rappokalling berada di wilayah Kecamatan Tallo Kota Makassar dengan luas wilayah kerja $\pm 5,83$ km². Dari 4 (empat) Kelurahan yang berada pada wilayah kerja Puskesmas terdapat 22 RW dan 119 RT. Kecamatan Tallo merupakan daerah yang wilayahnya sebagian berada pada daerah aliran Sungai Tallo. Wilayah kerja

Adapun wilayah ini memiliki batas-batas wilayah sebagai berikut:

- 1) Sebelah utara berbatasan dengan Selat Makassar
- 2) Sebelah timur berbatasan dengan Sungai Tallo
- 3) Sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan Jumpandang Baru
- 4) Sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Kaluku Bodoa

b. Keadaan Demografi

Wilayah kerja Puskesmas Rappokalling dibagi menjadi 4 Kelurahan. Terdiri dari Kelurahan Rappokalling, Kelurahan Tammua, Kelurahan Buloa dan Kelurahan Tallo. Adapun jumlah keseluruhan penduduk dari pendataan BPS tahun 2017 sebanyak 41.138 jiwa (Laki-laki 20.726 jiwa atau 50.38% dan Perempuan 20.412 jiwa atau 49.62%) dengan jumlah Kepala Keluarga 9.494 KK.

Distribusi penduduk berdasarkan jenis kelamin dan golongan umur di wilayah kerja Puskesmas tahun 2017 dilihat pada Tabel sebagai berikut:

Tabel 4.7 Jumlah Penduduk dan Kepala Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rappokalling Tahun 2017

NO	KELURAHAN	KK	PENDUDUK		Jumlah
			Laki-Laki	Perempuan	
1	Rappokalling	3.526	7.443	7.495	14.938
2	Tammua	2.272	5.041	4.835	9.876
3	Buloa	1.854	4.124	3.941	8.065
4	Tallo	1.842	4.118	4.141	8.259
Jumlah		9.494	20.726	20.412	41.138

Sumber : Puskesmas Rapokalling 2018

c. Visi dan Misi Puskesmas Rappokalling

1) Visi

Puskesmas Rappokalling dalam melaksanakan fungsinya mempunyai visi sebagai berikut:

“Terwujudnya Masyarakat Sehat dan Mandiri di Wilayah Puskesmas Rappokalling”

2) Misi

Untuk mewujudkan visi tersebut, Puskesmas Rappokalling memiliki misi sebagai berikut:

- a) Penggerakan pembangunan yang berwawasan pada kesehatan
- b) Terwujudnya kemandirian masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.
- c) Meningkatkan kualitas sdm
- d) Meningkatkan mula pelayanan kesehatan masyarakat yang merata dan terjangkau.

d. Sarana-Prasarana dan Tenaga Kesehatan

Sarana kesehatan milik pemerintah, swasta dan peran serta masyarakat yang berada pada wilayah kerja Puskesmas Rappokalling ikut andil dalam meningkatkan derajat kesehatan untuk masyarakat pada wilayah kerja Puskesmas Rappokalling. Jenis sarana kesehatan yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Rappokalling tahun 2017 terdiri:

Tabel 4.8 Sarana Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Rappokalling

NO	SARANA PRASARANA	JUMLAH
1	Puskesmas	1 buah
2	Puskesmas Pembantu	2 buah
3	Klinik Pengobatan	1 buah
4	Dokter Praktek	5 orang
5	Bidan Praktek Swasta	6 orang
6	Posyandu	30 buah
7	Apotek	2 buah

Sumber : Puskesmas Rapokalling 2018

Adapun jumlah tenaga kerja kesehatan yang ada pada Puskesmas Rappokalling sebanyak 27 orang dengan berbagai spesifikasi, yang terdiri dari:

Tabel 4.9 Tenaga Kerja Puskesmas Rappokalling.

NO	TENAGA KERJA PUSKESMAS KASSI-KASSI	JUMLAH
1	Dokter umum	3 orang
2	Dokter Gigi	1 orang
3	Perawat	6 orang
4	Perawat Gigi	1 orang
5	Bidan	4 orang
6	Sanitarian	3 orang
7	Nutrisisionis	1 orang
8	Pranata Laboratorium	1 orang
9	Asisten Apoteker	1 orang
10	Sarjana Kesehatan Masyarakat	5 orang

Sumber : Puskesmas Rapokalling 2018

B. Standar Pelayanan, Komponen Standar Pelayanan *Home Care*, Sumber Daya *Home Care*

Pelayanan kesehatan kunjungan rumah 24 jam *Home Care* memiliki standar pelayanan dan komponen standar pelayanan internal organisasi tersendiri yaitu terdiri dari:

1. Standar Pelayanan *Home Care*

Tabel 4.10 Standar Pelayanan (*Service Delivery*) *Home Care*

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Persyaratan	Berada dalam wilayah kerja Puskesmas.
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien/keluarga pasien/ tokoh masyarakat/masyarakat menelpon ke <i>Call Center Home Care</i> 112. b. <i>Call center</i> 112 mnghubungi <i>Call Center</i> Puskesmas yang menjadi wilayah kerja pasien. c. Tim <i>Home Care</i> yang bertugas menghubungi nomor telepon pasien/keluarga pasien/tokoh masyarakat/masyarakat untuk memastikan alamat pasien sudah sesuai atau belum. d. Jika sudah sesuai petugas <i>Home Care</i> menuju lokasi pasien. e. Melakukan <i>Inform Consent Home Care</i> f. Melakukan Anamnesa, Pemeriksaan fisik, Tindakan medis sesuai dengan kebutuhan pasien dan pengobatan. g. Memberikan informasi dan edukasi tentang penyakit pasien h. Mengantar pasien ke Puskesmas atau rumah sakit jika kondisi pasien tidak memungkinkan

		untuk dirawat di rumahnya (dengan izin keluarga/wali pasien)
3	Jangka Waktu Pelayanan	Sesuai kondisi pasien
4	Biaya	Gratis
5	Prosedur Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mendapatkan pemeriksaan dan penjelasan tentang penyakit. b. Memperoleh tindakan yang diperlukan c. Memperoleh pengobatan sesuai diagnosa d. Mendapatkan surat rujukan apabila diperlukan.
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	<ul style="list-style-type: none"> a. Aduan langsung ke petugas <i>Home Care</i> yang bertugas saat itu. b. Menghubungi Call Center 112 c. Menghubungi Call Center Puskesmas

Sumber : Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar

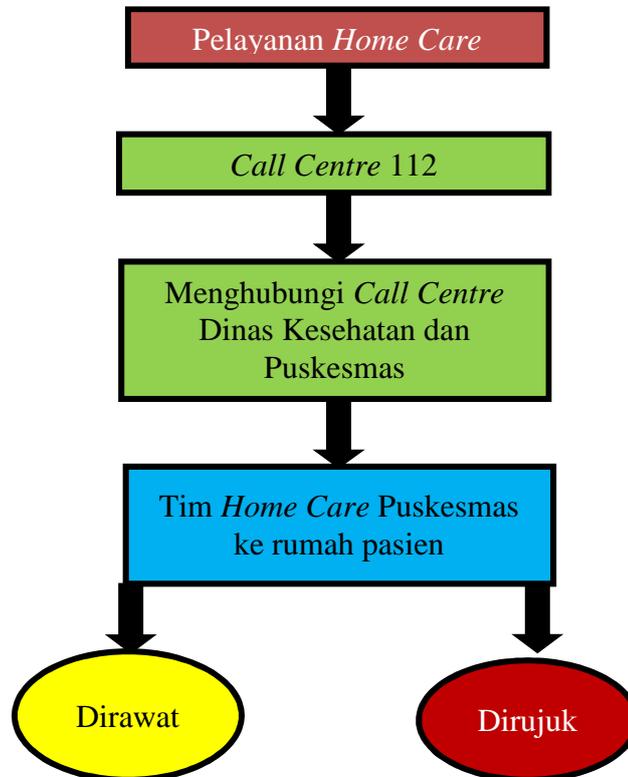
Dari tabel diatas dapat kita lihat bahwa standar pelayanan Program *Home Care* sudah sangat jelas. Dimana untuk mendapatkan pelayanan dari Puskesmas pasien harus berada dalam wilayah Puskesmas itu sendiri. Kemudian sistem dan mekanismenya adalah pasien/keluarga pasien ataupun masyarakat menelpon call center 112 agar bisa mendapatkan perawatan dari Tim *Home Care*. Kemudian call center 112 menghubungi pihak Puskesmas yang berada dalam wilayah kerja pasien untuk di tindak lanjuti.

Sistem pelayanannya sendiri adalah pertama Tim *Home Care* dari Puskesmas menghubungi nomor pasien yang telah diberikan oleh pihak call center 112 dan menuju lokasi pasien. Setelah tiba di rumah pasien, tim *Home Care* melakukan *Inform Consent* atau proses untuk mendapatkan izin sebelum memberikan perawatan kesehatan kepada keluarga pasien agar bisa ditindak lanjuti. Setelah

mendapatkan persetujuan maka tim *Home Care* melakukan pemeriksaan kepada pasien dan memberikan pengobatan sesuai dengan kondisi pasien. Kemudian, tim *Home Care* memberikan informasi atau edukasi mengenai penyakit pasien.

Lebih lanjut, dalam pemeriksaan kondisi pasien dibutuhkan waktu yang tidak bisa ditentukan karena melihat kondisi pasien dan penanganannya itu sendiri. Setelah pasien mendapatkan perawatan maka tim *Home Care* melihat apakah pasien bisa dirawat di rumah ataukah harus dirujuk ke Puskesmas atau rumah sakit. Apabila harus dirujuk maka pasien akan dibawa oleh tim *Home Care* dengan mobil *dottorotta* dan mendapatkan surat rujukan. Berikut skema sederhana prosedur pelayanan *Home Care* di Kota Makassar:

Gambar 4.1 Prosedur Pelayanan *Home Care* Kota Makassar



2. Komponen Standar Pelayanan Internal Organisasi (*Manufacturing*)

Tabel 4.11 Komponen Standar Pelayanan Internal Organisasi

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar hukum	Permenkes RI No 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)
2	Sarana dan Prasarana	<ul style="list-style-type: none"> a. Mobil <i>dottorotta</i> dilengkapi dengan GPS b. Obat-obatan c. Tensimeter dan stetoskop d. Thermometer e. Senter f. Peralatan infus g. Peralatan NGT h. Oksigen i. Tandu lipat j. Matras k. Masker l. Handscoen m. USG Fortable n. EKG Fortable o. AED p. Tablet ASUS q. Handphone r. ATK s. <i>Inform Consent</i>
3	Kompetensi pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> a. Dokter umum b. Perawat c. Bidan
4	Pengawasan internal	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Call center</i> 112 menghubungi pasien/keluarga pasien/tokoh masyarakat/masyarakat untuk memastikan bahwa pasien sudah di respon atau belum oleh tim <i>Home Care</i> Puskesmas b. Koordinator <i>Home Care</i> mengontrol kegiatan <i>Home Care</i> dan melaporkan setiap bulan ke bagian Pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan kota Makassar c. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan melaporkan ke Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar d. Kepala Dinas Kesehatan melaporkan ke Walikota Makassar
5	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> a. Terdapat SOP (Standar Operasional Prosedur) <i>Home Care</i> b. Walikota Makassar menjadikan <i>Home Care</i> sebagai program inovasi Kota Makassar dan sudah memperoleh penghargaan ditingkat Nasional c. Maklumat pelayanan.
6	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Seluruh tim <i>Home Care</i> Puskesmas sudah sesuai dengan kompetensinya.
7	Evaluasi kinerja pelaksana	Setiap saat Call Center 112 akan melaporkan kepada Walikota Makassar dan Kepala Dinas Kota Makassar jika terdapat masalah yang berkaitan dengan <i>Home Care</i>

Dari tabel 4.11, dapat kita lihat komponen-komponen standar pelayanan internal organisasi dalam program *Home Care* yang ada di setiap Puskesmas. Pertama adalah sarana dan prasarana yang didapatkan adalah mobil *dottorotta*, obat-obatan, peralatan medis, alat komunikasi, portable USG Adan EKG dan lain sebagainya. Tim *Home Care* terdiri atas Dokter, Perawat/Bidan, dan Sopir yang telah di SK-kan oleh Dinas Kesehatan Kota Makassar yang sudah kompeten di bidangnya masing-masing.

Pengawasan internalnya sendiri dilakukan oleh call center 112, Koordinator *Home Care*, dan pihak Dinas Kesehatan. Jaminan pelayanan dilakukan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) Program *Home Care* sesuai dengan tabel 4.4. Evaluasi kinerja program *Home Care* sendiri adalah dilakukannya pelaporan setiap saat call center 12 kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar dan

Walikota Makassar apabila terdapat masalah atau keluhan masyarakat tentang program *Home Care*.

3. Sumber Daya *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan, dan Puskesmas Rappokalling

Sumber daya merupakan salah satu komponen yang penting dalam pelaksanaan suatu kebijakan atau program. Walaupun program yang dilaksanakan bagus namun tidak memiliki sumber daya yang memadai maka pelaksanaannya pun juga tidak akan maksimal. Dalam pembahasan ini, sumber daya yang dimaksud adalah sumber daya manusia, sumber daya finansial, serta sarana dan prasarana.

Program *Home Care* yang merupakan program pelayanan di bidang kesehatan di laksanakan di 46 Puskesmas di seluruh wilayah di Kota Makassar yang tentunya memerlukan sumber daya yang tidak sedikit baik sumber daya manusia, finansial serta sarana dan prasarana. Berdasarkan penjelasan diatas, maka penulis mengambil 3 (tiga) sampel Puskesmas yaitu Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan, dan Puskesmas Rappokalling. Berikut adalah perbandingan sumber daya manusia di Puskesmas pada tabel 4.6 sebagai berikut:

Tabel 4.12 Perbandingan Sumber Daya Manusia Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan, dan Puskesmas Rappokalling.

NO	PUSKESMAS	WILAYAH KERJA	SUMBER DAYA MANUSIA
1	Puskesmas Kassi-Kassi	6 Kelurahan	4 Tim Pelaksana <i>Home Care</i> : a. Dokter umum : 8 orang b. Perawat D3 : 11 Orang c. Sopir : 1 orang d. Bidan : 7 orang
2	Puskesmas Tarakan	4 Kelurahan	2 Tim Pelaksana <i>Home Care</i> : a. Dokter umum : 2 orang b. Perawat D3 : 10 orang c. Sopir : 1 orang
3	Puskesmas Rappokalling	4 Kelurahan	2 Tim Pelaksana <i>Home Care</i> : a. Dokter umum : 1 orang b. Perawat D3 : 4 orang c. Sopir : 1 orang

Sumber : Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan, Puskesmas Rappokalling

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa sumber daya manusia di ketiga Puskesmas yang menjadi lokasi penelitian memiliki jumlah wilayah kerja yang berbeda dan memiliki jumlah sumber daya yang berbeda pula. Dalam pelaksanaan program *Home Care* diperlukan sumber daya yang memadai baik sumber daya manusia, finansial serta sarana dan prasarana.

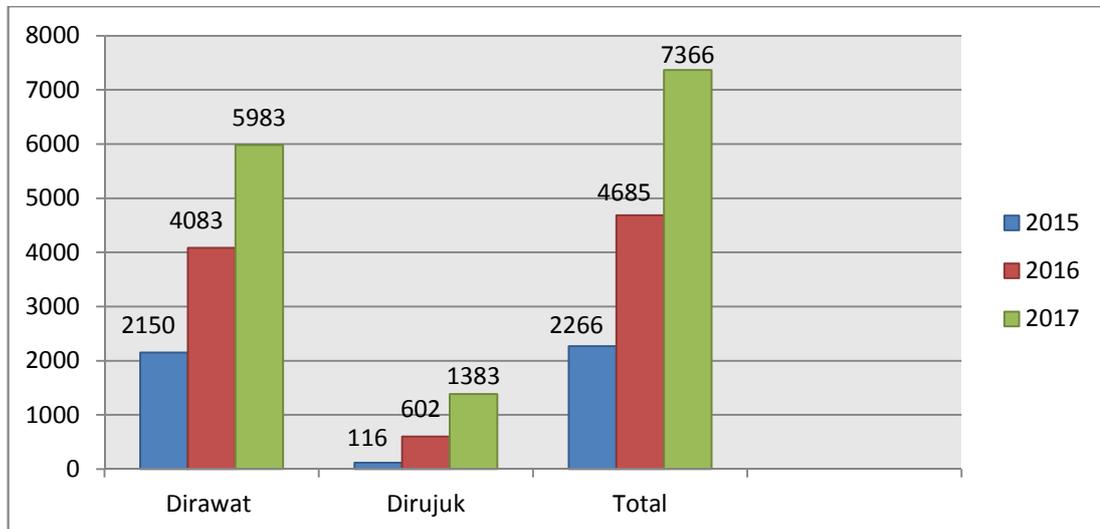
C. Implementasi Program *Home Care (Dottorotta)* di Kota Makassar

Sesuai dengan Perwali Nomor 63 Tahun 2015 Tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*Home Care*) di Kota Makassar dalam rangka pemenuhan hak dasar masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dalam rangka mempertahankan, meningkatkan atau memaksimalkan tingkat kemandirian serta meminimalkan akibat dari penyakit agar tercapai kemampuan individu dengan optimal. Maka Pemerintah Kota Makassar dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Makassar telah melaksanakan/menjalankan Program ini di mulai pada Tahun 2015.

Home Care merupakan pelayanan kesehatan ke rumah penduduk dengan 3 (tiga) bentuk pelayanan antara lain, pertama adalah *Follow Up* yang merupakan pemberian pelayanan *Home Care* kepada pasien yang memerlukan perawatan pasca perawatan di rumah sakit untuk memaksimalkan proses penyembuhan. Kedua, *Emergency* yang merupakan pemberian pelayanan *Home Care* kepada pasien gawat darurat baik dalam bentuk pertolongan pertama , terapi maupun fasilitas rujukan bila dibutuhkan. Ketiga, *Visit* yang merupakan pemberian pelayanan *Home Care* kepada pasien yang tidak mampu untuk mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan.

Sejauh ini pengguna *Home Care* di Kota Makassar sejak tahun 2015 sampai saat ini terus mengalami perkembangan, program *Home Care* yang telah dilaksanakan di 46 Puskesmas sebagai UPTD (Unit Pelaksana Tugas Daerah) yang dimana jumlah penggunaanya sejak tahun 2015-2017 tersebar di 46 Puskesmas di Kota Makassar dengan rincian sebagai berikut:

Gambar 4.2 Pengguna *Home Care* Pada Tahun 2015 - 2017



Sumber : Dinas Kesehatan Kota Makassar

Dari gambar grafik diatas kita dapat melihat masyarakat yang menggunakan *Home Care* terus mengalami peningkatan sejak terlaksananya tahun 2015 lalu. Dimana pada tahun 2015 pengguna *Home Care* sebanyak 2266 orang dengan sebanyak 2150 orang yang dirawat dan 116 orang dirujuk. Pada tahun 2016 pengguna *Home Care* mengalami kenaikan yaitu sebanyak 4685 orang dengan sebanyak 4083 orang di rawat dan sebanyak 602 orang yang dirujuk. Pada tahun 2017 pengguna *Home Care* mencapai 7366 orang, dimana sebanyak 5983 orang dirawat dan sebanyak 1383 orang dirujuk. Pencapaian ini dapat menjadi bukti bahwa setelah 3 (tiga) tahun pelaksanaannya program ini telah berjalan dengan cukup baik dengan semakin meningkatnya jumlah masyarakat yang menggunakan program ini dalam menerima pelayanan kesehatan yang di sediakan oleh Pemerintah Kota Makassar.

1. *Home Care Follow Up*

Pelayanan kesehatan *Home Care* terdiri atas 3 jenis pelayanan salah satunya adalah *follow up*. *Home Care Follow up* dalam Perwali Nomor 63 Tahun 2015 Tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*Home Care*) di Kota Makassar merupakan pemberian pelayanan *Home Care* yang diberikan oleh pasien yang membutuhkan perawatan lanjutan setelah perawatan di rumah sakit guna memaksimalkan proses penyembuhan pasien. *Follow up* yang dimaksud dalam hal ini adalah ketika pasien *Home Care* telah di berikan perawatan oleh tim selama 2 kali atau lebih. Jumlah masyarakat yang menjadi pasien *follow up* pada 3 (tiga) lokasi penelitian yaitu Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan dan Puskesmas Rappokalling tahun 2017 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.13 Jumlah Pasien *Home Care Follow Up* Pada Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan dan Puskesmas Rappokalling Tahun 2017

NO	Puskesmas	Jumlah Pasien <i>Home Care Follow Up</i>
1	Puskesmas Kassi-Kassi	3 orang
2	Puskesmas Tarakan	5 orang
3	Puskesmas Rappokalling	12 Orang

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Makassar Tahun 2018

Dari tabel diatas dapat kita lihat bahwa jumlah pasien *Home Care follow up* pada ketiga Puskesmas yang menjadi lokasi penelitian pada penelitian ini sangat sedikit yaitu pada puskesmas Kassi-Kassi hanya 3 orang, Puskesmas tarakan 5 orang, dan Puskesmas Rappokalling 12 orang.

a. Komunikasi

Komunikasi merupakan salah satu cara dalam mencapai tujuan suatu program. Keberhasilan implementasi suatu program mensyaratkan agar implementor dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Makassar mengetahui apa saja yang harus dilakukan, yang dimana hal tersebut menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus di transmisikan kepada *target group* (kelompok sasaran) sehingga ada kejelasan mengenai program *Home Care* di Kota Makassar. Sebelum melangkah lebih jauh mengenai bentuk komunikasi yang lebih rinci mengenai *Home Care Follow Up*, penulis akan membahas mengenai Program *Home Care* secara umum, sebagai berikut:

Berdasarkan hasil wawancara bersama Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer & Tradisional Dinas Kesehatan Kota Makassar mengenai program *Home Care*, beliau mengatakan bahwa:

“*Home Care* adalah layanan kesehatan ke rumah penduduk, *Home Care* terdiri atas 3 yaitu *Home Care visit*, *Home Care Emergency* dan *Home Care follow up*. *Home Care* itu dimulai sejak 2015 sesuai dengan Perwali Nomor 63 Tahun 2015. Adapun metode pelayanannya itu Puskesmas membentuk tim, tim terdiri atas 1 dokter, 1 perawat dan 1 sopir. Setiap Puskesmas terbagi atas beberapa tim tergantung SDM yang ada di Puskesmas masing-masing mereka terbagi atas 2-4 tim dimana tim pertama bertugas di minggu pertama, tim ke 2 bertugas di minggu kedua begitu pula selanjutnya, dirolling seperti itu. (hasil kutipan dengan informan NS 19 September 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa *Home Care* merupakan layanan kesehatan yang langsung mendatangi rumah masyarakat. Program *Home Care* memiliki 3 (tiga) jenis pelayanan yakni *Home Care follow up*, *Home Care Emergency*, dan *Home Care visit*. Program *Home Care* dimulai sejak tahun 2015 sesuai dengan Perwali Nomor 63 Tahun 2015.

Kemudian, Dinas Kesehatan Kota Makassar juga memberikan sosialisasi kepada masyarakat. Berikut adalah wawancara bersama Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer & Tradisional Dinas Kesehatan Kota Makassar mengenai sosialisasi yang dilakukan:

“Model sosialisasi yang sering kami lakukan disini adalah kami melakukan sosialisasi yang ada di seluruh Kecamatan di Kota Makassar. Pertama yang saya lakukan sosialisasi kepada kader-kader Puskesmas, yang kedua kepada RT/RW, Kelurahan bahkan sampai Kecamatan dan lintas SKPD itu kami lakukan 1 tahun itu sampai 10 kegiatan sosialisasi untuk masyarakat dan 1 kegiatan untuk lintas SKPD. Kami memanggil ke suatu gedung atau di hotel. Itu metode sosialisasi yang Dinas Kesehatan lakukan tapi yang Puskesmas lakukan itu bisa *face to face*, misalnya mereka melakukan penyuluhan ke posyandu-posyandu atau mereka promotif, preventif ke masyarakat mereka menyisipkan bahwa kami ada pelayanan *Home Care*, dimana pelayanan home itu kami lakukan pada pasien-pasien yang betul-betul membutuhkan pelayanan *Home Care* jangan sampai hanya batuk beringus saja itu di *Home Care*, itu tidak bisa. Itu tetap harus ke Puskesmas. (Hasil kutipan dengan informan NS 19 September 2018)”

Penyataan yang disampaikan oleh Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer & Tradisional Dinas Kesehatan Kota Makassar dalam hal sosialisasi yang dilakukan mengenai program *Home Care* ini di dukung oleh pernyataan Penanggung jawab *Home Care* Puskesmas Tarakan yang menyatakan bahwa:

“Pertama, selalu ada seperti pelatihan, rapat-rapat rutin, kita ada pertemuan rutin untuk semua koordinator *Home Care*. Kedua kita mensosialisasikan kepada masyarakat tentang *Home Care*, jadi ada interuksi dari Dinas Kesehatan dari koordinator ke masyarakat. Kemudian, dari Dinas Kesehatan juga memberikan sosialisasi juga kepada semua warga makassar tentang *Home Care* agar mereka semua merasakan bagaimana dan apa manfaat dari pada *Home Care*. Iya, kami sosialisasikan secara perorangan, pertemuan-pertemuan rutin kemudian lewat posyandu kemudian bulan ini juga ada dari Dinas semua Puskesmas ada diberikan sosialisasi kepada semua warga dan kader. (Wawancara dengan HS, 22 September 2018)”

Kedua pernyataan di atas sejalan dengan pernyataan salah satu masyarakat yang merasakan program *Home Care* sebagai berikut:

“Saya mengetahui tentang *Home Care* dari Pak RT, saya juga pernah melihat *Home Care* di rumah tetangga sebelah saat mereka semua sakit satu keluarga. Jadi waktu saya lihat karena suami saya sudah tidak sanggup bergerak jadi saya menelepon *Home Care*. (Wawancara dengan S, 3 Oktober 2018)

Berdasarkan wawancara diatas, bahwa para implementor baik dari pihak Dinas Kesehatan sebagai Penanggungjawab Program dan Puskesmas sebagai pelaksana Program *Home Care* dalam mensosialisasikan program ini dengan sangat baik. Namun ternyata masih ada masyarakat di Kota Makassar yang tidak mengetahui dengan pasti mengenai program *Home Care* ini. Berikut salah satu pernyataan masyarakat yang telah merasakan pelayanan *Home Care* namun tidak mengetahui tentang *Home Care* itu sendiri:

“Saya tidak mengetahui apa itu *Home Care*, kemarin pak RT datang melihat kondisi warganya jadi beliau menelepon *Home Care*. Saya juga tidak pernah mendapatkan sosialisasi mengenai *Home Care* karena kemarin Pak RT kami yang telepon. (Hasil wawancara dengan informan J, 4 Oktober 2018)”

Hal tersebut diatas merupakan salah satu bukti bahwa masih ada masyarakat yang tidak mengetahui tentang program *Home Care* meskipun dia merupakan pengguna *Home Care* itu sendiri. Hal ini sejalan dan diakui oleh Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer & Tradisional merupakan hambatan tersendiri yang dirasakan oleh pihak Dinas Kesehatan Kota Makassar. Berikut pernyataan yang disampaikan oleh Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer & Tradisional mengenai hal tersebut:

“Ini masih tantangan kami ternyata kami sudah melakukan sosialisasi gencar-gencar ke RT/RW, Kader, Camat, Lurah, Lintas SKPD, ternyata pada saat kita mensurvey masih sangat sedikit yang mengetahui apa itu *Home Care* rupanya masyarakat itu lebih mengenal kalau kita bilang *dottorotta* di bandingkan *Home Care*. Pada dasarnya itu sama *dottorotta* itu adalah fasilitas mobilnya sedangkan *Home Care* itu adalah pelayanannya. (Wawancara dengan informan NS 19 September 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi mengenai hal tersebut, penulis menyimpulkan bahwa dalam melakukan sosialisasi pihak Dinas Kesehatan maupun Puskesmas sudah dilakukan baik melalui penyuluhan, pertemuan-pertemuan lintas sektor maupun dengan cara lain seperti melalui media online dan media cetak. Walaupun sampai saat ini masih ada yang belum mengetahui tentang program *Home Care* ini namun pihak Pemerintah Kota, Dinas Kesehatan Kota Makassar, dan Puskesmas masih gencar melakukan sosialisasi dengan baik sampai saat ini. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Edwards III (Subarsono, 2011) bahwa keberhasilan suatu implementasi kebijakan/program mensyaratkan bahwa implementor harus mampu mentransmisikan suatu program dengan baik kepada kelompok sasaran (*target group*) guna mengurangi distorsi implementasi.

Setelah penjelasan di atas mengenai bentuk transmisi dan kejelasan secara umum mengenai program *Home Care*, kita akan membahas secara rinci mengenai bentuk komunikasi (transmisi dan kejelasan) *Home Care Follow Up*. Tim *Home Care* dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat juga melakukan komunikasi baik secara penyaluran komunikasi (transmisi) dan juga kejelasan kepada masyarakat dalam hal ini pasien *Home Care* dengan memberikan berbagai edukasi dan penjelasan mengenai kondisi pasien baik dalam kategori pasien *Follow Up*, *Visit* atau *Emergency* kepada pasien ataupun keluarga pasien. Berikut hasil wawancara dengan Penanggungjawab Puskesmas Rappokalling sebagai berikut:

“Komunikasinya yaitu kami berkomunikasi langsung dengan pasien atau keluarga pasien. Apabila kami mendapatkan telepon kami langsung bergerak

ke rumah pasien, setiba disana kami lakukan pemeriksaan, setelah itu tim mengkomunikasikan ke pasien penyakitnya apa dan pengobatannya bagaimana.(Wawancara dengan informan H, 31 Oktober 2018)”

Home Care Follow up merupakan penanganan pasien yang dilakukan selama 2 kali atau lebih yang bertujuan untuk penanganan pasca perawatan dari rumah sakit guna memaksimalkan penyembuhan. Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Penanggung jawab Puskesmas Tarakan yang mengatakan bahwa:

“*Follow up* merupakan jenis pelayanan *Home Care* untuk pasien yang istilahnya rawat jalan. Apabila pasiennya dalam kategori *follow up* yang biasanya baru keluar dari rumah sakit kami berikan penjelasan untuk menghubungi dan membantu penanganan aktivitas pasien dirumah dan biasanya kami suruh mereka menelpon kembali kalau sudah beberapa hari itu gunanya agar kami bisa pantau perkembangan pasien.(Wawancara dengan informan HS, 30 Oktober 2018)”

Dari hasil wawancara dengan penanggung jawab *Home Care* Puskesmas Tarakan bahwa *follow up* dalam *Home Care* merupakan penanganan pasien rawat jalan atau pasca keluar dari rumah sakit. Dilihat dari segi komunikasi bahwa tim *Home Care* memberikan penjelasan atau edukasi kepada pasien tentang penanganan aktivitas di rumah selama perawatan dan juga menginstruksikan kepada pasien agar menelpon kembali agar pasien bisa dipantau perkembangannya. Senada dengan pernyataan diatas, Penanggung Jawab Puskesmas Kassi-Kassi mengatakan bahwa:

“*Follow Up* itu merupakan kunjungan kepada pasien yang berlangsung 2 kali atau lebih biasanya merupakan pasien-pasien yang baru saja keluar dari rumah sakit. Kemudian kami berikan penjelasan. Apabila dia *follow up* maka kami sampaikan kepada keluarga pasien untuk terus infokan perkembangannya dan harus dirawat lagi. (Wawancara dengan informan AM, 6 November 2018)”

Berdasarkan dari hasil wawancara dengan informan AM dapat diketahui bahwa *Home Care follow up* merupakan pasien yang membutuhkan perawatan lebih lanjut setelah keluar dari rumah sakit yang berlangsung selama 2 kali kunjungan atau lebih. Dalam penanganan pasien *Home Care Follow Up* tim memberikan penjelasan mengenai kondisi pasien dan juga edukasi mengenai penyakit pasien. Berikut wawancara dengan salah satu keluarga pasien *Home Care Follow Up* yang mengatakan bahwa:

“Iya sudah 2 kali saya memakai layanan *Home Care*. Ini untuk ganti keteter suami saya sudah 8 bulan sakit. Mereka memberikan penjelasan kepada saya dan juga berbagai macam anjuran mengenai pemasangan keteter suami saya. (Hasil wawancara dengan Informan S, 3 Oktober 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas dan hasil observasi dilapangan dapat disimpulkan bahwa pasien *Home Care Follow Up* merupakan pasien yang diberikan penanganan oleh tim *Home Care* sebanyak 2 kali atau lebih. Dalam penyaluran komunikasi tim *Home Care* telah memberikan penjelasan kepada keluarga pasien dengan sangat baik, baik mengenai kondisi pasien, edukasi mengenai penyakit dan cara perawatan. Selain itu pasien *Home Care Follow Up* terus diawasi perkembangannya oleh tim *Home Care* dan diberikan arahan oleh tim *Home Care* untuk melakukan panggilan kembali untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut

Selain transmisi dan kejelasan, dalam komunikasi diperlukan konsistensi agar dalam pelaksanaan program *Home Care* dapat berjalan dengan maksimal tanpa menimbulkan kebingungan untuk para pemberi layanan *Home Care* di lapangan. Berikut adalah kutipan wawancara bersama Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan

Primer & Tradisional tentang konsistensi dalam pelaksanaan program *Home Care* di Kota Makassar.

“Alhamdulillah pada saat dimulai tahun 2015 sudah banyak pasien yang tertangani, itu konsistensi mereka melayani dengan terbukti adanya data yang masuk ke kami itu yang pertama. Kemudian kedua, kami terus mengevaluasi kinerja mereka melalui grup. Kami mempunyai grup *Home Care*, di grup *Home Care* itu kami melihat apabila mereka melayani mereka langsung masukkan ke grup ini (*Home Care* dan *telemedisin*) jadi mereka pada saat bertugas kelapangan langsung memberikan laporan melalui grup, jadi pemantauan kami lewat grup dan melalui laporan Puskesmas setiap bulan, laporan ada berarti pelaksanaan jalan. (Wawancara dengan informan NS 19 September 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan NS, mengatakan bahwa dalam konsistensi pelaksanaan di Program *Home Care* yaitu dengan melakukan komunikasi grup aplikasi WhatsApp dengan melakukan pelaporan langsung dan juga pelaporan tertulis setiap akhir bulan. Konsistensi dalam pelaksanaan program *Home Care* ini sudah sangat baik di buktikan dengan berbagai laporan yang dilakukan Tim *Home Care* kepada Dinas Kesehatan Kota Makassar. Konsistensi dalam pelaksanaan program *Home Care* ini juga bisa kita lihat dari gambar 4.1 tentang pengguna *Home Care* yang terus mengalami meningkat setiap tahun.

b. Sumber Daya

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya bahwa sumber daya merupakan salah satu komponen yang sangat diperlukan demi kelangsungan suatu program, begitu pula dengan program *Home Care* ini baik sumber daya manusia maupun sarana dan prasarana. Pada dasarnya sumber daya manusia pada program ini adalah sama yaitu disebut sebagai tim *Home Care* di setiap Puskesmas. Berikut hasil wawancara dengan Penanggung jawab *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi yang mengatakan bahwa:

“Sumber daya manusia yang menangani pasien yaitu sesuai dengan yang bertugas pada saat ada telepon dari *call center* 112. Kemudian kalau *follow up* kami sesuaikan kondisi pasien juga apabila pasien membutuhkan bidan maka kami turunkan bidan jika hanya butuh perawat maka kami turunkan perawat untuk menangani pasien. Karena biasanya ada pasien yang baru keliat dari rumah sakit pasca melahirkan menelpon karena kondisinya atau karena kondisi bayinya. (Hasil wawancara dengan AM, 3 Oktober 2018)”

Penyataan diatas senada dengan yang di kemukakan oleh penanggungjawab

Home Care Puskesmas Rappokalling:

“Sumber daya yang menangani pasien *follow up* itu sebenarnya sama tergantung siapa yang bertugas pada hari itu. Karena kami pakai sistem rolling setiap minggunya. (Hasil wawancara dengan H, 24 September 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa dalam memberikan pelayanan kepada pasien *Home Care follow up* sumber daya yang menangani pasien adalah sama tergantung dengan siapa yang bertugas pada saat itu karena dalam bertugas sebagai tim *home care* dilakukan sistem rolling atau shift-shift tugas. Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat tentunya para Tim *Home Care* merupakan tenaga kesehatan yang sudah ahli di bidangnya yang telah diberikan berbagai macam pelatihan dalam menangani pasien (masyarakat) Berikut adalah wawancara dengan Kepala Puskesmas Rappokalling mengenai *SDM Home Care*:

“Ada pelatihannya, kami diberi pelatihan setelah Puskesmas di bentuk timnya. Waktu pertama mengenai EKG kemudian ada pertemuan lagi dan pelatihan lagi.(Wawancara dengan informan H, 24 September 2018)”

Dari hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa para tim *Home Care* di setiap Puskesmas telah melalui banyak pelatihan-pelatihan dari Dinas Kesehatan. Baik merupakan pelatihan-pelatihan secara khusus tentang *Home Care* baik pelatihan dasar maupun pelatihan penggunaan alat medis seperti portable EKG.

Senada dengan hal itu Penanggung Jawab Puskesmas Kassi-Kassi mengatakan bahwa:

“Iya. Dilatih jadi sering-sering ada pelatihan, tentang *Home Care* jadi apa-apa saja yang layak untuk di *Home Care* dengan pemakaian alat-alatnya bagaimana. Karena di *Home Care* itu disediakan beberapa alat seperti EKG, kemudian ada obat-obatan dan ada beberapa alat yang lain. Jadi kami dilatih terlebih dahulu sebelum program *Home Care* ini berjalan, jadi sudah dilatih dari dulu ada dokter dan ada perawat. (Kutipan wawancara informan AM, 3 Oktober 2018)”

Berdasarkan wawancara tersebut, Tim *Home Care* di setiap Puskesmas telah mendapatkan pelatihan khusus dari Dinas Kesehatan dalam menjalankan Program *Home Care* ini. Dengan adanya pelatihan yang rutin tentunya diharapkan mampu memberikan pelayanan maksimal untuk masyarakat. Pelatihan-pelatihan yang khusus sangat penting dalam mengembangkan kemampuan sumber daya manusia dalam pelaksanaan suatu program agar dapat memberikan hasil yang maksimal dalam pelaksanaannya. Berikut kutipan wawancara bersama Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer & Tradisional mengenai Sumber daya manusia dan pelatihan yang diberikan kepada tim *Home Care*:

“Mereka dilatih bagaimana pelayanan cepat, mereka dilatih bagaimana pelayanan penyakit-penyakit dilapangan dan mereka dilatih bahkan sampai *telemedicin*, EKG dokter-dokter yang ada dilapangan itu sudah ada khusus. Dokter apabila ia mempunyai SIP (Surat Izin Praktek) itu boleh bekerja sebagai tim dalam *Home Care* sama halnya dengan perawat harus memiliki SIK (Surat Izin Kerja), itu salah satu persyaratan yang harus mereka penuhi dan mereka pakai karena sudah ada tupoksi masing-masing dan mereka pada saat bertugas, mereka diberikan semacam transport dari Dinas Kesehatan 100rb/orang perkali kunjungan.(Wawancara dengan informan NS 19 September 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan NS mengatakan bahwa Tim *Home Care* di bentuk oleh Puskesmas sendiri dan mereka juga telah memenuhi syarat secara administrasi dengan adanya SIP (Surat Izin Praktek) untuk Dokter

dan adanya SIK (Surat Izin Kerja) yang dimiliki Perawat. Mereka diberikan pelatihan secara khusus oleh pihak Dinas Kesehatan secara rutin. Tentunya dengan *skill* (kemampuan) yang didapatkan melalui pelatihan-pelatihan tersebut diharapkan mampu memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada para pengguna layanan *Home Care*. Berikut hasil wawancara dengan salah satu masyarakat yang menggunakan pelayanan *Home Care*:

“Pemberian pelayanannya bagus. Mereka langsung datang, dokter dan perawatnya dengan fasilitas yang lengkap. Pada saat mereka tiba disini, mereka langsung memeriksa kondisi saya dan dokternya pun langsung mengetahui bahwa saya bermasalah dengan jantung karena saat itu saya tidak bisa berbaring. Saya dulu dirujuk dan dibawa ke rumah sakit dengan menggunakan mobil *dottorotta*. (Wawancara dengan informan L, 7 Oktober 2018)”

Berdasarkan hasil penelitian dan observasi di lapangan, Sumber Daya Manusia dalam program *Home Care* sudah cukup baik dan cukup terlatih dalam pemberian layanan kesehatan untuk masyarakat dan juga tercapainya kepuasan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan *Home Care* ini, sesuai dengan pelatihan-pelatihan yang mereka dapatkan dalam menjalankan program selaku pelaksana atau pemberi layanan di lapangan.

Hal tersebut diatas sesuai dengan pandangan yang dikemukakan oleh Edwards III (Winarno, 2008) bahwa dalam implementasi kebijakan atau program dibutuhkan sumber daya agar implementasi dapat berjalan secara efektif. Sumber-sumber daya yang penting meliputi staff yang memadai serta keahlian-keahlian yang baik untuk melaksanakan tugas-tugas, wewenang dan fasilitas-fasilitas yang diperlukan untuk melaksanakan tugas.

Selain harus adanya kualitas SDM yang memadai dan terlatih di butuhkan pula sarana dan prasarana dalam menunjang program *Home Care* agar dalam pelaksanaannya dapat berjalan dengan maksimal mengingat program ini merupakan program layanan kesehatan yang langsung ke rumah masyarakat. Tentunya dalam pelaksanaan program tersebut diperlukan ketersediaan sarana dan prasarana penunjang agar dalam memberikan pelayanan dapat maksimal dan dapat terlaksana sesuai dengan tujuan program *Home Care* itu sendiri. Berikut hasil wawancara dengan penanggungjawab *Home Care* Puskesmas Tarakan yang mengatakan bahwa:

“Kalau sarana dan prasarana yang digunakan untuk pasien follow up itu yang umum-umum saja untuk pemeriksaan seperti stetoskop, tensimeter, thermometer. Sesuai kondisi pasien saja. (Hasil wawancara dengan informan HS, 30 Oktober 2018)

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa dalam pemberian layanan atau penanganan untuk pasien kategori *follow up* (rawat jalan) dilakukan oleh petugas yang bertugas pada saat pasien melakukan panggilan ke *call center* 112 dan dalam pemberian pelayanan fasilitas atau sarana dan prasarana yang digunakan menggunakan alat-alat pemeriksaan kesehatan pada umumnya sesuai dengan kondisi pasien pada saat itu.

c. Disposisi

Disposisi merupakan suatu disposisi dalam implementasi yaitu sikap implementor (pelaksana). Pelaksana kebijakan harus mempunyai disposisi yang baik pula, agar mampu menjalankan kebijakan dengan baik seperti yang telah direncanakan oleh para pembuat kebijakan dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya demi mencapai tujuan yang diinginkan.

Sikap yang dimaksud dalam hal ini adalah komitmen baik dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam mengimplementasikan Program *Home Care*. Komitmen sangat dibutuhkan agar suatu kebijakan atau program dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan dan agar tujuan kebijakan atau program pun dapat tercapai. Berikut merupakan wawancara bersama Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer & Tradisional yang mengatakan bahwa:

“Sangat berkomitmen hal tersebut dibuktikan dengan adanya SK, Kepala Dinas kesehatan membuat SK Dinas untuk penguatan, ini merupakan bentuk kerjasama antara Dinas Kesehatan dan Puskesmas artinya Puskesmas bekerja di bawah komando Dinas Kesehatan dan harus berkomitmen. Dan Alhamdulillah sejak dimulainya sejak tahun 2015 itu kendala-kendala sudah pasti ada. Kendala-kendala di awal otomatis ada. Kendala-kendala misalnya kendala apabila tim *Home Care* harus bertugas tengah malam di awal, kemudian yang jadi kendala kami di awal, banyaknya penelpon-penelpon gelap yang memberikan alamat palsu. (Wawancara dengan informan NS 19 September 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan NS, Komitmen yang dilakukan antara Dinas Kesehatan Kota Makassar dengan setiap Puskesmas sebagai UPTD (Unit Pelaksana Teknis Daerah) Dinas Kesehatan Kota Makassar adalah dengan adanya SK (Surat Keputusan) yang di buat oleh pihak Dinas Kesehatan dalam melaksanakan program *Home Care* ini. Jika komitmen yang dilakukan antara Dinas Kesehatan Kota Makassar dengan Puskesmas dalam bentuk SK (Surat Keputusan) maka lain halnya dengan komitmen antara tim *Home Care* Puskesmas dengan masyarakat yang disebut dengan *inform consent*. Berikut adalah hasil wawancara dengan penanggung jawab *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi yang mengatakan bahwa:

“Ada *inform consent*. Jadi itu semacam persetujuan tindakan dari keluarga pasien sebagai legalitas. Karena apabila sesuatu terjadi pada pasien ada bukti

bahwa kami sudah tindak lanjuti.(wawancara dengan informan AM, 6 November 2018)”

Hal diatas menunjukkan bahwa adanya komitmen yang dilakukan antara tim *Home Care* selaku pemberi layanan dan masyarakat yang merupakan kelompok sasaran program yaitu dengan *inform consent*. Hal ini didukung dengan pernyataan salah satu masyarakat yang menggunakan *Home Care* mengatakan bahwa:

“Iya sebelum penanganan kakak saya, saya disuruh tanda tangan dulu, kata petugas *Home Care* itu sebagai persetujuan tindakan untuk pasien.(Wawancara dengan informan S, 3 Oktober 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat kita simpulkan bahwa dalam memberikan pelayanan kepada pasien *Home Care* dalam kategori *follow up*, *visit* atau *emergency* sebelum dilakukan penanganan dilakukan *inform consent* terlebih dahulu, maksudnya adalah persetujuan tindakan atau penanganan oleh pasien atau keluarga pasien dan juga untuk menghindari hal-hal atau sesuatu yang tidak diinginkan terjadi kepada pasien selama pemeriksaan oleh petugas.

d. Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi merupakan salah satu hal yang menjadi faktor untuk mengkaji implementasi sebuah program. Aspek dari struktur birokrasi mencakup Standar Operasional Prosedur (SOP) dan fragmentasi. Namun dalam poin ini kita hanya akan membahas mengenai standar pelayanan yang digunakan untuk pasien *Home Care Follow Up*. Sebagaimana yang kita ketahui SOP dalam program ini dapat kita lihat pada tabel 4.10 dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dilakukan tanpa adanya perbedaan. Hanya saja prosedur untuk pasien *Home Care follow up*, masyarakat (pasien) untuk mendapatkan penanganan selanjutnya setelah

penanganan pertama harus menelpon kembali ke call center 112 atau call center Puskesmas. Berikut adalah hasil wawancara dengan Penanggungjawab *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi yang mengatakan bahwa:

“Standar pelayanan yang digunakan sama kecuali Kalau *follow up* pertama kali biasanya menelpon ke 112 tapi biasanya kalau kunjungan kedua biasanya keluarga pasien langsung telpon ke call center puskesmas. (Wawancara dengan informan AM, 6 November 2018)”

Hal diatas menunjukkan bahwa standar pelayanan yang digunakan adalah sama saja dengan *Home Care* jenis lain. Perbedaan terletak pada nomor telepon yang bisa dihubungi oleh masyarakat (pasien/keluarga pasien) yaitu *call center* 112 dan untuk menelpon untuk selanjutnya bisa langsung menghubungi *call center* Puskesmas. Senada dengan hal diatas, berikut wawancara dengan Penanggungjawab *Home Care* Puskesmas Tarakan yang mengatakan bahwa:

“Standar pelayanannya sebenarnya sama, alurnya juga sama. Apabila dia pasien *follow up* itu bisa kontrol kembali atau menelpon kembali atau biasanya kami yang langsung melakukan *follow up* apabila ada perkembangan pasien. Dan sebenarnya kita jadikan pasien tersebut menjadi pasien Perkesmas (Perawatan Kesehatan Masyarakat) seperti itu. (Wawancara dengan informan HS, 30 Oktober 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat kita ketahui bahwa standar pelayanan yang digunakan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang masuk dalam kategori *Home Care Follow Up* sesuai dengan SOP yang ada, yang menjadi perbedaan adalah untuk perawatan kedua masyarakat bisa langsung menelpon pada *call center Home Care* Puskesmas tidak perlu ke *call center* 112 lagi. Dan untuk pasien *Home Care Follow Up* di Puskesmas Tarakan sendiri biasanya menjadikan pasien *Home Care Follow Up* menjadi pasien Perkesmas

(Perawatan kesehatan Masyarakat) yang bertujuan untuk mempermudah dilakukannya *follow up* kepada pasien.

2. *Home Care Emergency*

Emergency merupakan salah satu jenis pelayanan dalam program *Home Care* di Kota Makassar. *Home Care emergency* menurut Perwali Nomor 63 Tahun 2015 adalah pemberian layanan kesehatan atau medis untuk pasien gawat darurat baik berupa pertolongan pertama, terapi, maupun fasilitas rujukan apabila di butuhkan. Sebagaimana yang telah disebutkan dalam aturan mengenai *Home Care* maka yang dimaksud dengan *emergency* adalah pasien gawat darurat yang harus ditangani atau mendapatkan penanganan dengan cepat dari petugas *Home Care*.

Jumlah pengguna *Home Care* dengan kategori *emergency* pada ketiga lokasi penelitian yakni Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan, dan Puskesmas Rappokalling dapat kita lihat pada tabel berikut:

Tabel 4.14 Jumlah Pasien *Home Care Emergency* Pada Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan dan Puskesmas Rappokalling Tahun 2017

No	Puskesmas	Jumlah Pasien <i>Home Care Emergency</i>
1	Puskesmas Kassi-Kassi	2 Orang
2	Puskesmas Tarakan	234 Orang
3	Puskesmas Rappokalling	8 Orang

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Makassar Tahun 2018

Dari tabel diatas dapat kita lihat pasien *Home Care emergency* pada ketiga lokasi penelitian ini berbeda-beda. Dimana pada Puskesmas Kassi-Kassi ada 2

orang, Puskesmas Rappokalling 8 orang dan pasien *Home Care emergency* terbanyak ada pada Puskesmas Tarakan yaitu sebanyak 234 orang.

a. Komunikasi

Tim *Home Care* dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yang termasuk dalam kategori *emergency* juga melakukan komunikasi kepada pasien atau keluarga pasien dengan memberikan informasi dan juga penjelasan mengenai apa yang dialami oleh pasien. *Home Care emergency* merupakan penanganan pasien yang dalam kondisi darurat dan memerlukan penanganan segera. Hal ini sesuai dengan pernyataan Penanggungjawab *Home Care* Puskesmas Tarakan. Berikut hasil wawancara dengan informan HS yang mengatakan bahwa:

“Untuk kategori *emergency* itu pasien gawat darurat. Jadi pasien telepon ke *call center* 112 atau biasa mereka langsung datang sendiri dengan waktu yang tidak ditentukan terkadang malam hari jadi kita bertugas apabila ada masyarakat yang membutuhkan pertolongan *Home Care*. Apabila pasien *emergency* itu biasanya stroke, sesak nafas jadi biasanya kita katakan ke keluarga pasien untuk di rujuk ke Puskesmas atau rumah sakit.(Wawancara dengan informan HS, 30 Oktober 2018)”

Dari kutipan wawancara diatas bersama informan HS mengatakan bahwa *Home Care emergency* merupakan pasien gawat darurat yang dimana tidak mengenal waktu dalam penanganannya. Kategori pasien *emergency* ini pada dasarnya selalu di intruksikan untuk melakukan rujukan ke Puskesmas atau rumah sakit. Senada dengan hasil wawancara diatas, Penanggungjawab Puskesmas Rappokalling yang mengatakan bahwa:

“*Emergency* yah itu pasien darurat dimana pasien mendadak sesak nafas atau penyakit-penyakit yang sifatnya darurat seperti masalah jantung dan stoke. itu biasa kita harus tangani dengan cepat. Kami berikan penjelasan biasanya ke keluarga pasien untuk di rujuk ke Puskesmas atau rumah sakit karena

memang kalau *emergency* semua pasti di rujuk. (Wawancara dengan informan H, 24 September 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara dengan penanggung jawab *Home Care* Rappokalling dapat diketahui bahwa *Home Care emergency* merupakan pasien gawat darurat yang memerlukan penanganan medis sesegera mungkin dari tim *Home Care* Puskesmas baik yang bersifat pertolongan pertama, terapi maupun rujukan untuk masyarakat. Pernyataan diatas di dukung dengan pernyataan salah satu pengguna *Home Care* yang menyatakan bahwa:

“Dulu waktu saya sakit, setelah diperiksa oleh dokter dia jelaskan ke istri saya bahwa saya ada masalah dengan jantung jadi waktu hari itu saya dirujuk. (Wawancara dengan informan L, 7 Oktober 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas dan observasi dilapangan bahwa dalam penyaluran komunikasi berupa informasi dan penjelasan kepada pasien *emergency* dilakukan dengan baik kepada masyarakat yakni pasien *Home Care*, petugas atau tim *Home Care* melakukan pemeriksaan terlebih dahulu kepada pasien dengan kategori *emergency* apabila pasien dalam keadaan yang sangat darurat maka tim *Home Care* memberikan arahan kepada keluarga pasien untuk membawa langsung ke UGD Puskesmas atau rumah sakit namun apabila pasien dalam keadaan tidak terlalu gawat maka tim *Home Care* bergegas ke rumah pasien untuk dilakukan pemeriksaan namun pada dasarnya selalu dilakukan rujukan ke Puskesmas atau rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang lebih baik.

b. Sumber Daya

Sumber daya tetaplah menjadi salah satu komponen yang penting dalam menjalankan program dengan sebaik-baiknya baik itu merupakan sumber daya

manusia, sumber daya finansial dan sarana-prasarana. Berdasarkan dengan hasil wawancara pada poin *Home Care Follow up* di poin b mengenai sumber daya bahwa sumber daya manusia yang diberlakukan untuk pasien *Home Care* baik dalam kategori *follow up*, *emergency* ataupun *visit* adalah sama. Hal yang membedakan adalah tim yang bertugas pada saat penanganan bisa saja berbeda sesuai dengan jadwal bertugas atau shift tim-tim *Home Care* di Puskesmas.

Salah satu hal yang menjadi perbedaan dalam ketiga kategori pasien ini adalah sarana prasarana yang digunakan begitu pula dengan sarana dan prasarana yang digunakan untuk pasien *Home Care emergency*. Berikut hasil wawancara dengan Penanggungjawab *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi yang mengatakan bahwa:

“Fasilitas yang digunakan untuk pasien yang *emergency* itu sebenarnya hampir sama juga dengan yang lain. Tapi apabila pasien itu pasien gawat darurat biasa fasilitasnya pakai oksigen, tandu lipat, dan juga mobil *dottorotta* yang digunakan untuk membawa pasien ke Puskesmas atau rumah sakit. (Wawancara dengan informan AM, 6 November 2018)”

Pernyataan diatas didukung dengan pernyataan Penanggungjawab *Home Care* Puskesmas Rappokalling yang mengatakan bahwa:

“Kalau pasiennya *emergency* itu biasanya digunakan fasilitas yang lebih kompleks yah. Misalnya apabila pasien bermasalah dengan jantung kita gunakan portable EKG, tabung oksigen, alat-alat dasar dan kita juga memakai fasilitas mobil *Home Care* untuk dipakai merujuk pasien. (Hasil wawancara dengan informan H, 24 September 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas, dapat disimpulkan bahwa sumber daya manusia untuk pasien *emergency* adalah sama dengan pasien *follow up* atau *visit* yang membedakan hanyalah tim yang bertugas saat penanganan pasien. Sarana dan prasarana yang digunakan pada pasien *emergency* cenderung lebih kompleks

seperti portable EKG, tandu, tabung oksigen dan juga mobil *dottorotta* yang digunakan untuk membawa pasien yang dirujuk mengingat pasien *emergency* merupakan pasien gawat darurat yang pada dasarnya memang membutuhkan peralatan medis yang lebih dari pada pasien jenis lainnya.

c. Disposisi

Disposisi merupakan sikap implementor atau pelaksana program, disposisi juga berkaitan dengan komitmen pelaksana. Pada poin sebelumnya pada pembahasan disposisi *Home Care follow up* komitmen antara tim *Home Care* Puskesmas dengan masyarakat baik untuk pasien *emergency* juga sama yaitu disebut dengan *inform consent*. Berikut adalah hasil wawancara dengan penanggung jawab *Home Care* Puskesmas Tarakan yang mengatakan bahwa:

“Ada *Inform consent*. Apabila tim berkunjung ke pasien entah itu adalah pasien *Follow Up, Visit* ataupun *Emergency* harus ada *inform consent*, maksudnya adalah apabila ada sesuatu yang tidak diinginkan terjadi kepada pasien makanya harus ada hitam diatas putih karena kita tidak tahu kondisi pasien seperti apa, mungkin dalam keadaan kritis atau apabila pasien tiba-tiba drop selama pemeriksaan. Itulah mengapa harus ada *inform consent* yaitu semacam perjanjian antara tim *Home Care* dengan pasien dan keluarga. (Hasil wawancara dengan HS, 30 Oktober 2018)”

Dari hasil wawancara diatas dengan informan HS, setiap kunjungan atau penanganan pasien harus dilakukan *inform consent* terlebih dahulu dengan pasien atau keluarga pasien baik pasien merupakan pasien *home care follow up, home care emergency* atau *home care visit*. Terlebih apabila pasien merupakan pasien *emergency* karena kondisi pasien yang kemungkinan kritis bisa tiba-tiba mengalami drop selama pemeriksaan berlangsung maka harus ada hitam diatas putih sebelum penanganan lebih lanjut. Pernyataan diatas didukung dengan yang dikemukakan oleh salah satu pengguna *Home Care* yang menyatakan bahwa:

“Dulu iya, istri saya menandatangani berkas dulu sebelum saya diperiksa itu gunanya untuk persetujuan tindakan. (Wawancara dengan informan L, 7 Oktober 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa bentuk komitmen antara masyarakat selaku target group dan tim *Home Care* sebagai pelaksana program (pemberi layanan) adalah dengan *inform concent*. Hal ini dimaksudkan untuk persetujuan tindakan antyara tim Home Care dengan pasien atau keluarga pasien dan *inform concent* juga dimaksudkan sebagai perjanjian bahwa masyarakat tidak akan melakukan penuntutan apabila sesuatu hal yang tidak diinginkan terjadi.

d. Struktur Birokrasi

Seperti yang telah penulis bahas pada poin pertama bagian d yang membahas struktur birokrasi. Pada poin ini penulis juga akan membahas tentang Standar Operasional Prosedur (SOP) yang digunakan tim *Home Care* dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat apabila ia termasuk dalam kategori emergency, yaitu pertama pasien menelpon *call center* 112 guna mendapatkan pelayanan, kemudian *call canter* 112 menghubungi Puskesmas yang berada dalam wilayah kerja pasien, setelah itu Koordinator *Home Care* Puskesmas menghubungi kembali pasien guna memastikan kondisi dan alamat pasien dengan lebih jelas dan tim *Home Care* menuju rumah pasien dan melakukan pemeriksaan. Berikut hasil wawancara dengan penanggungjawab *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi-Kassi yang menyatakan bahwa:

“Standar pelayanan yang digunakan sama. Yaitu pasien/keluarga pasien menelpon ke 112 kemudian yang berbeda hanya pasien *Home Care emergency* tidak bisa dirawat dirumah maka pasien berhak mendapatkan surat

rujukan dari tim *Home Care*. (Wawancara dengan informan AM, 6 November 2018)”

Dari hasil wawancara bersama penanggungjawab *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi bahwa standar pelayanan atau Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk pasien *Home Care emergency* sama dengan SOP yang berlaku (tabel 4.10). Perbedaan pasien *emergency* adalah biasanya harus dilakukan rujukan untuk mendapatkan perawatan yang lebih intensif. Pernyataan diatas didukung oleh pernyataan salah satu pengguna *Home Care* yang menjadi pasien *emergency*, yang mengatakan bahwa:

“Iya waktu saya ibu Tini yang menelpon *Home Care* kemudian petugas datang dan memeriksa keadaan saya. Karena saya di rujuk jadi saya diberikan surat rujukan sekaligus dibawa dengan mobil ke rumah sakit daya. (Wawancara dengan informan L, 7 Oktober 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa untuk pasien *Home Care emergency* standar pelayanan atau SOP yang digunakan adalah sama baik alur penanganan pasien dan pemeriksaan yang sesuai dengan kondisi pasien. Salah satu hal yang menjadi pembeda adalah apabila pasien merupakan pasien gawat darurat dan harus dirujuk maka pasien berhak mendapatkan surat rujukan dari tim *Home Care* agar masyarakat (pasien) bisa mendapatkan penanganan yang lebih baik dari pihak Puskesmas atau rumah sakit.

Pelaksanaan suatu kebijakan atau program tidak terlepas dari berbagai hambatan termasuk program *Home Care*. Apabila terjadi suatu penanganan pasien secara bersamaan maka para tim *Home Care* di setiap Puskesmas harus tetap menangani pasien. Dalam menghadapi hal seperti itu setiap Puskesmas telah

mempunyai beberapa cara. Berikut wawancara dengan Penanggung jawab *Home Care* Puskesmas Tarakan:

“Ada dokter dan Puskesmas Tarakan ada 2 tim *Home Care*. Sebagai tim memang kami harus mengatur waktu sebaik-baiknya. Apabila ada dua pasien atau lebih yang membutuhkan mobil secara bersamaan (pasien *emergency*) maka kita harus menyampaikan keterbatasan pada keluarga. Dan bisa kita juga menghubungi tim *Home Care* dari Puskesmas terdekat. Karena ini darurat dan puskesmas lain wajib membantu. (Wawancara dengan informan HS, 6 Januari 2019)”

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan HS dapat disimpulkan bahwa dalam menangani persoalan seperti perlunya penanganan pasien secara bersamaan maka tim *Home Care* Puskesmas Tarakan memiliki cara tersendiri yaitu dengan menghubungi Puskesmas terdekat untuk membantu apabila kondisi kedua pasien adalah pasien gawat darurat yang memerlukan penanganan secara cepat.

3. *Home Care Visit*

Visit merupakan salah satu jenis pelayanan program *Home Care* di Kota Makassar. *Home Care visit* dalam Perwali 63 Tahun 2015 adalah pemberian pelayananan keperawatan atau medis untuk pasien yang memiliki ketidakmampuan untuk datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Sebagaimana yang telah disebutkan dalam aturan tersebut maka dapat diketahui bahwa *Home Care visit* merupakan jenis pelayanan untuk pasien yang tidak mampu untuk datang ke Puskesmas atau rumah sakit, juga dapat diartikan bahwa *Home Care visit* merupakan pasien yang perawatannya dilakukan hanya dengan satu kali kunjungan.

Untuk jenis pelayanan *Home Care* ini merupakan salah satu jenis pelayanan yang paling sering dilakukan untuk masyarakat di seluruh Puskesmas di Kota Makassar yaitu pada tahun 2017 sebanyak 5159 orang dibandingkan dengan pasien *follow up* yang hanya 605 orang dan *emergency* 1602 orang (*data selengkapnya pada tabel 2.2*). berikut adalah jumlah pasien *Home Care Visit* di ketiga lokasi penelitian ini:

Tabel 4.15 Jumlah Pasien *Home Care Visit* Pada Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Tarakan dan Puskesmas Rappokalling Tahun 2017

No	Puskesmas	Jumlah Pengguna <i>Home Care Visit</i>
1	Puskesmas Kassi-Kassi	164 Orang
2	Puskesmas Tarakan	14 Orang
3	Puskesmas Rappokalling	154 Orang

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Makassar Tahun 2018

Dari tabel diatas dapat kita lihat bahwa pengguna *Home Care visit* dari ketiga lokasi penelitian ini paling banyak berada di Puskesmas Kassi-Kassi mengingat memang wilayah kerjanya yang luas, kemudian Puskesmas Rappokalling sebanyak 154 orang dan Puskesmas Tarakan dengan jumlah paling sedikit yaitu 14 orang.

a. Komunikasi

Home Care visit merupakan jenis pelayanan *Home Care* dimana perawatan pasien hanya dilakukan dengan satu kali kunjungan. Tim Home Care dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat termasuk pasien *Home Care visit* juga melakukan komunikasi baik penjelasan mengenai kondisi pasien, edukasi dan perawatan diri tentang penyakit yang dialami pasien. Berikut adalah hasil

wawancara dengan Penanggungjawab *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi mengenai kejelasan dalam pelayanan *visit* dalam program *Home Care* yang mengatakan sebagai berikut:

“*Visit* itu pasien yang hanya satu kali dilakukan kunjungan. Jadi apabila kita periksa dan di berikan obat, kemudian kita lihat perkembangannya. Apabila sudah membaik maka tidak perlu di kunjungi lagi namun apabila perlu penanganan lagi maka pasien masuk dalam kategori *follow up*. Jenis penyakit pasien biasa yang ringan-ringan seperti maag, hipertensi jadi kami berikan penjelasan namun kami hanya sampaikan cara perawatannya saja, edukasi tentang penyakit dan intruksi-intruksi mengenai pola hidup sehat. (Wawancara dengan informan AM, 6 November 2018)”

Dari hasil wawancara bersama informan AM, bahwa *Home Care visit* merupakan pasien *home care* dengan hanya satu kali kunjungan saja namun tetap memantau perkembangan kesembuhan pasien. Apabila pasien tersebut telah membaik maka tim *Home Care* tidak perlu melakukan perawatan lagi. Komunikasi yang dilakukan sama dengan *Home Care follow up* dan *emergency* yaitu penjelasan mengenai kondisi, edukasi tentang penyakit dan cara perawatan. Senada dengan pernyataan Penanggungjawab *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi, Penanggungjawab Puskesmas Rappokalling mengatakan bahwa:

“*Visit* itu merupakan jenis pelayanan *Home Care* untuk pasien yang sudah tidak mampu untuk ke Puskesmas atau rumah sakit. Jadi, untuk kategori *visit* itu pasien yang sudah tidak mampu ke rumah sakit atau puskesmas biasanya itu pasien lansia biasanya untuk cek up juga pasien yang penyakitnya ringan jadi kami komunikasikan saja edukasi mengenai penyakit, cara perawatan dan pemberian obat. (Wawancara dengan informan H, 24 September 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa pasien dengan kategori *visit* adalah pasien yang memiliki penyakit ringan dan bisa dirawat dirumah saja. Komunikasi yang tim *Home Care* berikan adalah dengan memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga mengenai kondisi pasien,

edukasi penyakit dan juga pemberian obat-obatan. Hal tersebut diatas didukung dengan pernyataan salah satu masyarakat yang merasakan program Home Care yang mengatakan bahwa:

“Kakak saya yang dirawat, beliau sakit hipertensi dan punya asam urat juga jadi waktu dilihat kondisinya sama pak RT, pak RT langsung telponkan. Iya dokternya jelaskan penyakit dengan kondisi kakak juga disarankan soal makanan yang bagus untuk beliau(pasien) makan. (Hasil wawancara dengan informan J, 4 Oktober 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa pasien dengan kategori *visit* mendapatkan informasi mengenai penyakit, mendapatkan perawatan serta edukasi mengenai penyakit yang dialami oleh pasien. Artinya, penyaluran komunikasi antara tim *Home Care* kepada masyarakat berjalan dengan sangat baik.

b. Sumber Daya

Sumber daya adalah salah satu hal yang terpenting dalam menjelankan suatu program termasuk program *Home Care* guna kelangsungan dalam mengimplementasikan program. Sumber daya yang dimaksud adalah sumber daya manusia dan sarana-prasarana. Berdasarkan hasil wawancara pada poin 5 bagian b tentang sumber daya *Home Care follow up* yaitu bahwa sumber daya manusia yang bertugas untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat adalah sama termasuk untuk pasien *Home Care visit*.

Seperti yang dijelaskan sebelumnya, yang menjadi pembeda perihal sumber daya dalam program ini untuk 3 (tiga) jenis pelayanan *Home Care* adalah sarana dan prasarana atau fasilitas yang digunakan. Berikut adalah hasil wawancara dengan Penanggungjawab Puskesmas Rappokalling yang mengatakan bahwa:

“Untuk pasien visit fasilitas yang digunakan hampir sama dengan *follow up*, peralatan medis dasar itupun sesuai dengan kondisi pasien apabila pasien alami hipertensi kita pakai alat tensimeter dan lain-lain, kalau pasien butuh infus, biasanya kita pakai peralatan infus.(Hasil wawancara dengan informan H, 24 September 2018)”

Dari hasil wawancara bersama informan H, dapat diketahui bahwa fasilitas atau saran-prasarana yang digunakan untuk pasien *Home Care visit* adalah peralatan medis dasar mengingat kondisi pasien *visit* hanya sebatas penyakit ringan. Senada dengan pernyataan diatas, Penanggungjawab Tarakan mengatakan bahwa:

“Kalau sarana dan prasarana yang digunakan untuk pasien itu yang umum-umum saja untuk pemeriksaan seperti stetoskop, tensimeter, thermometer. Sesuai kondisi pasien saja. (Hasil wawancara dengan informan HS, 30 Oktober 2018)

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa fasilitas yang digunakan untuk pasien *visit* adalah peralatan medis dasar untuk pemeriksaannya dan hampir sama dengan fasilitas yang digunakan untuk pasien *follow up*, karena pada dasarnya antara *visit* dan *follow up* hampir sama hanya saja pasien *visit* hanya dilakukan satu kali penanganan sedangkan pasien *follow up* ditangani dua kali atau lebih.

c. Disposisi

Disposisi merupakan sikap implementor atau pelaksana program, disposisi juga berkaitan dengan komitmen pelaksana. Pada poin sebelumnya pada pembahasan disposisi *Home Care follow up* dan *Home Care emergency* komitmen antara tim *Home Care* Puskesmas dengan masyarakat baik untuk pasien *visit* juga sama yaitu disebut dengan *inform consent*. Berikut adalah hasil wawancara

dengan penanggung jawab *Home Care* Puskesmas Tarakan yang mengatakan bahwa:

“Sebelum kami melakukan perawatan kepada pasien, keluarga pasien harus tanda tangani *inform consent* dulu, maksudnya adalah sebagai persetujuan tindakan atau perawatan dan apabila ada sesuatu yang tidak diinginkan terjadi kepada pasien makanya ada yang dimaksud hitam diatas putih. Tapi selama ini semua aman-aman saja dalam memberikan pelayanan tidak ada yang berbahaya. (Hasil wawancara dengan H, 24 September 2018)”

Tim *Home Care* sebelum memberikan pelayanan kepada masyarakat baik untuk pasien *follow up*, *emergency* dan *visit* harus mendapatkan persetujuan tindakan terlebih dahulu dari pasien atau keluarga pasien. Wawancara diatas didukung dengan pernyataan masyarakat yang menggunakan *Home Care* yang mengatakan bahwa:

“Iya adek, sebelum kemarin kakak saya diperiksa sama dokternya saya disuruh tanda tangan untuk persetujuan tindakan dan perawatan terlebih dahulu. (Hasil wawancara dengan informan J, 4 Oktober 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat kita ketahui bahwa untuk semua jenis pelayanan *Home Care* dilakukan *inform consent* atau persetujuan tindakan dari keluarga pasien terlebih dahulu guna menghindari hal-hal yang tidak diinginkan terjadi.

d. Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi merupakan salah satu yang menjadi pelengkap dalam mengimplementasikan suatu program atau kebijakan termasuk program *Home Care*. Salah satu aspek yang akan dibahas pada poin ini sama seperti sebelumnya yaitu Standar Operasional Prosedur (SOP) yang digunakan dalam memberikan pelayanan yaitu pertama pasien menelpon *call center* 112 guna mendapatkan pelayanan, kemudian *call canter* 112 menghubungi Puskesmas yang berada dalam

wilayah kerja pasien, setelah itu Koordinator *Home Care* Puskesmas menghubungi kembali pasien guna memastikan kondisi dan alamat pasien dengan lebih jelas dan tim *Home Care* menuju rumah pasien dan melakukan pemeriksaan. Pada poin ini akan dibahas mengenai standar pelayanan yang digunakan untuk pasien *Home Care visit*. Berikut hasil wawancara dengan penanggung jawab *Home Care* Puskesmas Rappokalling yang mengatakan bahwa:

“Standar pelayanan yang digunakan untuk *Home Care visit* itu yang sesuai SOP *Home Care*, pertama menelpon ke *call center* 112 kemudian tim *Home Care* datang ke rumah pasien, *inform consent* dan dilakukan perawatan. Ini prosedur yang paling sederhana digunakan dibanding dengan *follow up* dan *emergency*. (Hasil wawancara dengan informan H, 24 September 2018)”

Dari hasil wawancara bersama informan H, Standar Operasional Prosedur yang digunakan untuk *Home Care visit* sesuai dengan SOP yang berlaku (tabel 4.10) yaitu pasien atau keluarga pasien harus melakukan panggilan ke *call center* 112 kemudian tim *Home Care* mendatangi rumah pasien, melakukan *inform consent* dan melakukan perawatan sesuai kondisi pasien. Senada dengan hal wawancara diatas, Penanggungjawab *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi yang mengatakan bahwa:

“Standar pelayanan yang digunakan sama menelpon *call center* 112 yah, kalau *visit* hanya satu kali perawatan kalau memang kondisinya sudah membaik setelah diberikan perawatan dan obat yang diperlukan maka cukup sampai disitu saja perawatannya. Tapi sebenarnya *follow up* dengan *visit* itu hampir sama. (Wawancara dengan informan AM, 6 November 2018)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas pada dasarnya standar pelayanan yang diberlakukan untuk masyarakat baik *Home Care follow up*, *emergency*, dan *visit* adalah sama. Masyarakat harus mengikuti alur yang ada sesuai dengan SOP *Home Care* yaitu menelpon ke *call center* 112 atau Puskesmas untuk mendapatkan

perawatan setelah itu pasien di konfirmasi oleh tim *Home Care* Puskesmas dan mendapatkan perawatan yang diperlukan.

Pelaksanaan suatu kebijakan atau program tidak terlepas dari berbagai hambatan termasuk program *Home Care*. Apabila terjadi suatu penanganan pasien secara bersamaan maka para tim *Home Care* di setiap Puskesmas harus tetap menangani pasien. Dalam menghadapi hal seperti itu setiap Puskesmas telah mempunyai beberapa cara. Berikut wawancara dengan Penanggung jawab *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi yang mengatakan bahwa:

“Apabila ada pasien yang harus ditangani bersamaan. Sebelum turun ke lokasi tim *Home Care* menghubungi pasien terlebih dahulu dan konfirmasi ulang. Nah, apabila ada pasien yang perlu penanganan secara bersamaan (bukan pasien darurat) maka tim *Home Care* meminta maaf dan memohon salah satu pasien untuk bersabar. Jadi biasanya masyarakat juga mengerti dan mau menunggu. Intinya ada komunikasi yang baik dan jelas. (Wawancara dengan informan AM, 6 Januari 2019)”

Berdasarkan hasil wawancara diatas apabila ada hal seperti perlunya penanganan secara bersamaan maka tim *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi menanganinya dengan memberikan pengertian kepada salah satu pasien agar bisa menunggu apabila kedua pasien bukan dalam kondisi yang darurat. Dan masyarakat juga memberikan dukungan dan pengertian apabila hal seperti tersebut diatas terjadi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa Implementasi Program *Home Care* di Kota Makassar dilihat dari segi pelayanan dengan menggunakan teori Edwards III maka dapat disimpulkan bahwa program ini sudah terlaksana dan berjalan dengan maksimal. Maka ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. *Home Care Follow Up*. Pada indikator ini dapat disimpulkan bahwa:
 - a. Komunikasi. Dari kacamata komunikasi tim *home care* dalam memberikan komunikasi dalam hal ini penyaluran komunikasi dan kejelasan dilakukan dengan sangat baik baik mengenai kondisi pasien, edukasi penyakit dan juga cara perawatan pasca keluar dari rumah sakit.
 - b. Sumber daya. Sumber daya manusia yang memberikan pelayanan untuk pasien *follow up* adalah sama hanya yang membedakan adalah jadwal dari setiap tim dan juga fasilitas (sarana dan prasarana) yang digunakan sesuai dengan kondisi pasien.
 - c. Disposisi. Disposisi antara pasien *home care* dan tim *home care* adalah dalam bentuk *inform consent* atau lebih dikenal dengan persetujuan tindakan.
 - d. Struktur birokrasi. pada poin ini penulis lebih menekankan pada Standar Operasional Prosedur (SOP) yang digunakan dalam memberikan pelayanan. Untuk standar pelayanan yang digunakan adalah sama namun yang membedakan pada poin ini adalah pasien mendapatkan

penanganan/perawatan sebanyak dua kali atau lebih guna memaksimalkan penyembuhan pasca keluar dari rumah sakit.

2. *Home Care Emergency*. Pada indikator ini dapat disimpulkan bahwa:
 - a. Komunikasi. Dari kacamata komunikasi tim *home care* dalam memberikan komunikasi dalam hal ini penyaluran komunikasi dan kejelasan dilakukan dengan sangat baik baik mengenai kondisi pasien, edukasi penyakit, dan instruksi rujukan apabila dibutuhkan pasien.
 - b. Sumber daya. Sumber daya manusia yang memberikan pelayanan untuk pasien *emergency* adalah sama hanya yang membedakan adalah jadwal dari setiap tim dan juga fasilitas (sarana dan prasarana) yang digunakan sesuai dengan kondisi pasien.
 - c. Disposisi. Disposisi antara pasien *home care* dan tim *home care* adalah dalam bentuk *inform consent* atau lebih dikenal dengan persetujuan tindakan.
 - d. Struktur birokrasi. pada poin ini penulis lebih menekankan pada Standar Operasional Prosedur (SOP) yang digunakan dalam memberikan pelayanan. Untuk standar pelayanan yang digunakan adalah sama namun yang membedakan pada poin ini adalah pasien *emergency* berhak mendapatkan surat rujukan apabila diperlukan.
3. *Home Care Visit*. Pada indikator ini dapat disimpulkan bahwa:
 - a. Komunikasi. Dari kacamata komunikasi tim *home care* dalam memberikan komunikasi dalam hal ini penyaluran komunikasi dan

kejelasan dilakukan dengan sangat baik baik mengenai kondisi pasien, edukasi penyakit dan perawatan.

- b. Sumber daya. Sumber daya manusia yang memberikan pelayanan untuk pasien *visit* adalah sama hanya yang membedakan adalah jadwal dari setiap tim dan juga fasilitas (sarana dan prasarana) yang digunakan sesuai dengan kondisi pasien.
- c. Disposisi. Disposisi antara pasien *home care* dan tim *home care* adalah dalam bentuk *inform consent* atau lebih dikenal dengan persetujuan tindakan.
- d. Struktur birokrasi. pada poin ini penulis lebih menekankan pada Standar Operasional Prosedur (SOP) yang digunakan dalam memberikan pelayanan. Untuk standar pelayanan yang digunakan adalah sesuai dengan SOP *Home Care*, untuk *Home Care visit* menggunakan standar pelayanan yang paling sederhana dibandingkan dengan *Home Care follow up* dan *emergency*.

B. Saran

Dengan memperhatikan kesimpulan diatas dan menganalisa hasil pembahasan pada bab sebelumnya maka penulis merasa perlu memberikan masukan sebagai berikut:

1. Untuk pihak Dinas Kesehatan Kota Makassar perlu adanya peningkatan lagi dalam melakukan sosialisasi kepada masyarakat agar semakin banyak masyarakat yang mengetahui dan merasakan Program *Home Care* ini baik melalui media, *face to face* dan lain sebagainya.

2. Untuk Dinas Kesehatan Kota Makassar, perlu kiranya untuk memperadakan aplikasi *Home Care* untuk *smartphone* agar dapat memudahkan masyarakat dalam mengetahui kepastian waktu dan pelayanan *Home Care*.
3. Diharapkan untuk setiap Tokoh Masyarakat yang mengetahui tentang Program *Home Care* juga mensosialisasikan langsung ke masyarakat agar masyarakat juga tahu mengenai program ini.
4. Perlu adanya kerjasama yang lebih baik lagi dalam mensosialisasikan program ini mulai dari pihak pemerintah, puskesmas dan tokoh masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustino, Leo.2006.*Dasar-dasar Kebijakan Publik*.Bandung:ALFABETA.
- Aneta, Asna.2010. Implementasi kebijakan Program Penanggulangan Kemiskinan Perkotaan (P2KP) Di Kota Gorontalo. *Volume 1 Nomor 1*.
- Arjuna Putra.2017. Inovasi Pelayanan Berbasis Home Care di Kota Makassar. *Volume 3 Nomor 3*.
- Dwijowijoto, Riant Nugroho.2012.*Public Policy*. Jakarta: PT Elex media komputindo kelompok gramedia.
- Iqbal Ruliansyah.2018. Evaluasi Kebijakan Pembangunan Terminal Hamid Rusdi Kota Malang.*Volume 4 Nomor 1*.
- Muhammad Iqrana Dwinanda, Deasy Mauliana.2016. Inovasi Pelayanan Home Care Pada Puskesmas Antang Perumnas Makassar.*Volume 22 Nomor 3*.
- Mulyadi, Deddy.2016. *Studi Kebijakan Publik dan Pelayanan Publik*.Bandung: ALFABETA.
- Nawawi, Ismail.2009. *Public Policy Analisis, Strategi Advokasi Teori Dan Praktek*. Surabaya: PMN CV Putra Media Nusantara.
- Pasolong, Harbani.2013.*Teori Adminisrtasi Publik*.Bandung:ALFABETA.
- Peraturan Walikota Nomor 63 Tahun 2015. Tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*Home Care*) di Kota Makassar.
- Subarsono.2010.*Analisis Kebijakan Publik (Konsep, Teori, Dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sugiyono.2017.*Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*.Bandung:ALFABETA.
- Suratman. 2017. *Generasi Implementasi dan Evaluasi Kebijakan Publik*. Cetakan Pertama. CAPIYA Publishing: Surabaya.
- Tahir, Arifin. 2014. *Kebijakan Publik dan Transisi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah*. Cetakan I. CV. Alfabeta: Bandung.
- Winarno, Budi.2008. *Kebijakan Publik: Teori Dan Proses*.Yogyakarta: Media Pessindo.
- Winarno, Budi.2011.*Kebijakan Publik (Teori, Proses Dan Studi Kasus)*.Yogyakarta C A P S.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Matriks Wawancara

IMPLEMENTASI PROGRAM HOME CARE (DOTTOROTTA) DI KOTA MAKASSAR

NO	FOKUS PENELITIAN	INDIKATOR	SUB INDIKATOR	PERTANYAAN	INFORMAN
1	Implementasi program Home Care (Dottorotta) Di Kota Makassar	1. Komunikasi	1. Transmisi 2. Kejelasan	a. Bisakah Bapak/Ibu menjelaskan apakah program pelayanan kesehatan <i>Home Care</i> itu? b. Bagaimana komunikasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dengan Puskesmas dalam pelaksanaan program <i>home care</i> ? c. Model sosialisasi seperti apa yang dilakukan agar menarik minat masyarakat menggunakan <i>home care</i> ?	Dinas Kesehatan Kota Makassar
			3. Konsistensi	Menurut Bapak/Ibu apakah sejauh ini pelaksanaan pelayanan kesehatan Home Care tetap konsisten?	Dinas Kesehatan Kota Makassar
		2. Sumber Daya	1. Sumber Daya Manusia	a. Menurut Bapak/Ibu bagaimana cara pemilihan SDM dalam pemberian pelayanan <i>home care</i> kepada masyarakat? b. Menurut Bapak/Ibu apakah tenaga medis yang bertugas (dokter umum/dokter spesialis dan perawat/suster memiliki kemampuan	Dinas Kesehatan Kota Makassar

				yang cukup? c. Apakah ada pelatihan khusus untuk para dokter dan perawat yang menjadi pelaksana/pemberi layanan home care?	
			2. Sarana dan Prasarana	Apakah sarana prasarana yang diperlukan dalam melaksanakan program home care sudah memenuhi standar yang diperlukan baik secara kualitas maupun kuantitas (sudah memadai)?	
		3. Disposisi	1. Komitmen	a. Bagaimana komitmen Dinas Kesehatan dengan Puskesmas dalam pelaksanaan dan pencapaian tujuan program home care ini? b. Menurut Bapak/Ibu apakah program pelayanan kesehatan yang diberikan tetap berjalan secara berkelanjutan dan dapat dinikmati oleh seluruh lapisan masyarakat ataukah pernah mengalami kemacetan dalam pelaksanaannya disebabkan oleh beberapa hal?	Dinas Kesehatan Kota Makassar
		4. Struktur Birokrasi	1. Fragmentasi	Menurut Bapak/Ibu apakah dalam pelaksanaan program layanan kesehatan Home Care ini terkadang mendapatkan pertentangan atau tekanan dari pihak tertentu seperti pejabat pemerintah Kota Makassar, Anggota DPRD Kota Makassar, atau anggota LSM yang terdapat di Kota Makassar?	
	Pelayanan Home	1, Komunikasi	1. Transimisi		Penanggung Jawab

	Care Follow Up, Visit, Emergency		2. Kejelasan	a. Bagaimana penyaluran komunikasi yang dilakukan antara tim home care dengan pasien? b. Adakah kejelasan yang diberikan kepada pasien mengenai kondisinya?	Home Care Puskesmas
		2. Sumber daya	1. Sumber daya manusia	Apakah yang bertugas dalam memberikan pelayanan berbeda untuk setiap kategori pelayanan <i>home care</i> ?	Penanggung Jawab Home Care Puskesmas
			2. Sarana Prasarana	Apa sajakah sarana dan prasarana yang digunakan dalam memberika pelayanan berbeda?	
		3. Disposisi	1. Komitmen	Apakah ada bentuk komitmen yang dilakukan antara tim <i>home care</i> dengan pasien?	Penanggung Jawab Home Care Puskesmas
		4. Struktur Birokrasi	1. SOP	Bagaimanakah Standar Operasional Prosedur yang diberlakukan untuk memberikan pelayanan kepada pasien, baik pasien <i>Home Care follow up, emergency</i> maupun <i>visit</i> ?	Penanggung Jawab Home Care Puskesmas
		1. Komunikasi	1. Transmisi 2. Kejelasan	a. Bagaimana Bapak/Ibu mengetahui ada program pelayanan home care (Kunjungan 24 jam) di Kota Makassar? b. Apakah Bapak/Ibu pernah mendapatkan sosialisasi langsung oleh pemerintah (Dinas Kesehatan, Puskesmas, Pemerintah Setempat) mengenai program ini? c. Apakah bapak/ibu diberikan penjelasan dengan baik oleh tim home care selama pelayanan?	Masyarakat
		2. Sumber Daya	1. Sumber Daya Manusia	Menurut Bapak/Ibu bagaimana kualitas para dokter/perawat dalam memberikan	Masyarakat

				elayanan home care?	
		3. Disposisi	1. Komitmen	Apakah bapak/ibu melakukan komitmen dengan tim home care sebelum mendapatkan pelayanan?	Masyarakat
		4. Struktur Birokrasi	1. SOP 2. Fragmentasi	a. Menurut Bapak/Ibu apakah program home care ini sangat membantu dalam pemberian pelayanan kesehatan? b. Bagaimanakah kualitas pelayanan yang bapak/ibu terima dari tim Home Care? c. Pelayanan seperti apa yang bapak/ibu perlukan saat menggunakan pelayanan home care ini? d. Apakah dalam mendapatkan pelayanan bapak/ibu menunggu lama? e. Apakah bapak/ibu mendukung adanya program ini?	Masyarakat

Lampiran 2 Surat Izin Penelitian



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

Kampus Tamalatea : Jl. Sultan Alauddin Km. 7 Makassar 90221
Telp. 0411 - 866972 Ps. 25 Faks. (0411) 865588



Nomor : 1397/FSP/A.1-VIII/IX/1439 H/2018 M
Lamp. : 1 (satu) Eksamplar
Hal : **Pengantar Penelitian**

Kepada Yth.
Bapak Rektor, Cq. Lembaga Penelitian dan
Pengabdian pada Masyarakat (LP3M) Unismuh
Di -
Makassar

Assalamu Alaikum Wr. Wb.

Schubungan dengan rencana penelitian mahasiswa untuk melengkapi data dalam rangka Penulisan Skripsi, maka diharapkan kepada Bapak/Ibu kiranya dapat memberikan Pengantar Penelitian kepada :

Nama Mahasiswa : Iva Nurul Arsita R
S t a m b u k : 10561 05193 14
J u r u s a n : Ilmu Administrasi Negara
Lokasi Penelitian : Di Kota Makassar
Judul Skripsi : **"Implementasi Program Home Care (Dottoro'ta) di Kota Makassar"**

Demikian Pengantar Penelitian ini disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya yang baik, diucapkan banyak terima kasih.

Jazakumullahu Khaeran Katziraa.

Wassalamu Alaikum Wr. Wb.

Makassar, 5 September 2018

D e k a n,
UB, Wakil Dekan I


Dr. Burhanuddin, S.Sos, M.Si
NBM : 1084 366



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

LEMBAGA PENELITIAN PENGEMBANGAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jl. Sultan Alauddin No. 259 Telp. 866972 Fax (0411) 865388 Makassar 90221 E-mail: lp3m@umhijplusa.com



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 2253/Izn-5/C.4-VIII/IX/37/2018
Lamp : 1 (satu) Rangkap Proposal
Hal : Permohonan Izin Penelitian

26 Dzulhijjah 1439 H
06 September 2018 M

Kepada Yth,
Bapak Gubernur Prov. Sul-Sel
Cq. Kepala UPT P2T BKPMD Prov. Sul-Sel
di -
Makassar

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Berdasarkan surat Dekan Fakultas Sosial dan Politik Universitas Muhammadiyah Makassar, nomor: 1397/FSP/A.1-VIII/LX/1439 H/2018 M tanggal 3 September 2018, menerangkan bahwa mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : **IVA NURUL ARSITA R.**
No. Stambuk : **10561 05193 14**
Fakultas : **Fakultas Sosial dan Politik**
Jurusan : **Ilmu Administrasi Negara**
Pekerjaan : **Mahasiswa**

Bermaksud melaksanakan penelitian/pengumpulan data dalam rangka penulisan Skripsi dengan judul :

"Implementasi Program Home Care (Dottoro' ta) Kota Makassar"

Yang akan dilaksanakan dari tanggal 8 September 2018 s/d 8 Nopember 2018.

Sehubungan dengan maksud di atas, kiranya Mahasiswa tersebut diberikan izin untuk melakukan penelitian sesuai ketentuan yang berlaku.
Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan Jazakumullahu khaeran katziraa.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 5986/S.01/PTSP/2018
Lampiran :
Perihal : **Izin Penelitian**

KepadaYth.
Walikota Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Ketua LP3M UNISMUH Makassar Nomor : 2253/Izn-5/C.4-VIII/IX/37/2018 tanggal 05 September 2018 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **IVA NURUL ARSITA R**
Nomor Pokok : 105610519314
Program Studi : Ilmu Adm. Negara
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)
Alamat : Jl. Sit Alauddin No. 259, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

" IMPLEMENTASI PROGRAM HOME CARE (DOTTORO"TA) KOTA MAKASSAR "

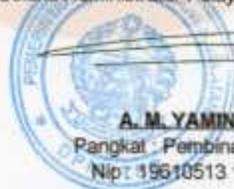
Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **10 September s/d 10 November 2018**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 07 September 2018

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



A. M. YAMIN, SE., MS.
Pangkat : Pembina Utama Madya
Nip: 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth
1. Ketua LP3M UNISMUH Makassar di Makassar.
2. Paringgal



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Yani No 2 Makassar 90111
Telp +62411 – 3615867 Fax +62411 – 3615867
Email : Kesbang@makassar.go.id Home page : <http://www.makassar.go.id>



Makassar, 10 September 2018

Kepada

Nomor : 070 / 2007 -II/BKBP/IX/2018
Sifat :
Perihal : Izin Penelitian

Yth. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA MAKASSAR

Di -

MAKASSAR

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Dinas Koordinasi Penanaman Modal Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor : 5986/S.01/PTSP/2018 Tanggal 07 September 2018, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak/Ibu bahwa:

NAMA : IVA NURUL ARSITA R
NIM Jurusan : 105610519314 / Ilmu Adm. Negara
Pekerjaan : Mahasiswa (S1) / UNISMUH
Alamat : Jl. Sit Alauddin No. 259, Makassar
Judul : **"IMPLEMENTASI PROGRAM HOME CARE (DOTTORO"TA)
KOTA MAKASSAR"**

Bermaksud mengadakan **Penelitian** pada Instansi / Wilayah Bapak / Ibu , dalam rangka **Penyusunan Skripsi** sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal **10 September s/d 10 November 2018**.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat **menyetujui dengan memberikan surat rekomendasi izin penelitian ini** dan harap diberikan bantuan dan fasilitas seperlunya.

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.

A.n. WALIKOTA MAKASSAR
KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
LUB. KABID HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA



Drs. IRIANSJAH R. PAWELLERI, M.AP

Pangkat : Pembina

NIP. K A 3 19621110 198603 1 042

DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR
JL. TEDUH BERSINAR NO.1 Tlp (0411) 881549
FAX. (0411) 887710

Surat dari : KESBAN	Diterima : 12/9/19
Tanggal : 10/9/19	Nomor : 3624
Nomor Surat :	diteruskan Kepada :

ISI Disposisi

1. Untuk diketahui seperlunya/diarsipkan
2. Untuk
3. Untuk ditanggapi
4. Untuk ditindaklanjuti
5. Untuk menghadiri

I. SEKRETARIS DINAS KESEHATAN

1. Subag Umum dan Kepegawaian
2. Subag Keuangan
3. Subag Perencanaan dan Pelaporan

II. KEPALA BIDANG PELAYANAN KESEHATAN

4. Seksi Pelayanan Kesehatan Primer & Tradisional
5. Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan
6. Seksi Fasyankes dan Peningkatan Mutu

III. KEPALA BIDANG PENGEMBANGAN SUMBER DAYA KESEHATAN

4. Seksi Kefarmasian
5. Seksi Alat Kesehatan Perbekalan Kesehatan & Jaminan Kesehatan
6. Seksi SDM Kesehatan dan Registrasi Kesehatan

IV. KEPALA BIDANG PENCEGAHAN & PENGENDALIAN PENYAKIT

4. Seksi Pencegahan Pengendalian Penyakit Menular
5. Seksi Pencegahan Pengendalian Penyakit Menular & Keswa
6. Seksi Surveilans dan Imunisasi

V. KEPALA BIDANG KESEHATAN MASYARAKAT

1. Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi
2. Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
3. Seksi Kesehatan Lingkungan Kesehatan Kerja dan Olahraga

VI. SEKRETARIS KORPRI

w/ Kabid yannus

mohon dibantu sy d 12/9.



**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS KESEHATAN**

Jl. Teduh Bersinar No 1 Tlp. (0411) 881549, Fax (0411) 887710
MAKASSAR



Nomor : 440/ 107 /PSDK/IX/2018

Kepada Yth,

Lampiran :

1. Ka.Puskesmas Kassi kassi

Perihal : Penelitian

2. Ka.Puskesmas Tarakan

3. Ka.Puskesmas Rappokalling

Di –

Tempat

Sehubungan dengan surat dari Badan Kesatuan bangsa dan Kesatuan Politik ,No. 070/3087 -II-/BKBP/VI/2018 , tanggal 17 September 2018, perihal tersebut di atas,maka bersama ini disampaikan kepada saudara bahwa :

Nama : Iva Nurul Arsita R

NIM : 105610519314

Jurusan : S1 Ilmu Adm.Negara

Institusi : UNISMUH Makassar

Judul : Implementasi Program Home Care (Dottorota) Kota Makassar

Akan melaksanakan Penelitian di wilayah kerja puskesmas saudara pada tanggal 10 September s.d 10 November 2018 .

Demikian disampaikan atas kerjasamanya diucapkan banyak terima kasih

Makassar, 10 September 2018
Kepala Dinas kesehatan
Kota Makassar



dr. Hj. A. Naisyah T. Azikin M. Kes

Nip.19601014198902 2 001

Lampiran 3 Dokumentasi



Wawancara bersama Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional
(Dr. Nursaidah Sirajuddin)



Wawancara bersama Penanggung Jawab *Home Care* Puskesmas Kassi-Kassi
(Dr. Al-Adeka Misbah)



Wawancara bersama Penanggung Jawab *Home Care* Puskesmas
Tarakan
(Hj.Sukriah, S.Kep, NS)



Wawancara bersama Penanggung Jawab *Home Care* Puskesmas
Tarakan
(Hj.Hasmawati, S.Kep)



Wawancara bersama Masyarakat yang Menggunakan *Home Care* (Bapak Suratman, S.Pd)



Wawancara bersama Keluarga Pasien *Home Care* (Jumriana)



Wawancara bersama Masyarakat yang Menggunakan *Home Care* (Bapak Labula Lapanco, SE)



Potret Pelayanan Masyarakat yang Menggunakan *Home Care*



Potret Pelayanan Masyarakat yang Menggunakan *Home Care*

RIWAYAT HIDUP



Iva Nurul Arsita R, anak kedua dari lima orang bersaudara lahir dari pasangan Ridwan, SE dan Wahida. Penulis berdarah asli keturunan Makassar lahir di Ujung Pandang, tepatnya tanggal 21 Juni 1996. Besarnya semangat dan kegigihannya berhasil menempuh jenjang pendidikan formal mulai dari bersekolah di SD Negeri Beroangin selama 4 Tahun dan pindah sekolah di SDN Tallo Tua 69 dan lulus tahun 2008. Lanjut pada jenjang sekolah menengah pertama di SMP Negeri 7 Makassar dan lulus ditahun 2011. Di tahun 2014 lulus sebagai siswi di SMA Negeri 4 Makassar. Universitas Muhammadiyah Makassar menjadi tempat yang dipercayai oleh penulis untuk kembali melanjutkan pendidikannya ke tahap perguruan tinggi di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Strata 1 (S1). Dalam Organisasi intra kampus penulis merupakan salah satu pengurus di Himpunan Mahasiswa Jurusan Ilmu Administrasi Negara dengan jabatan Departemen Publikasi Kesehatan Masyarakat Periode 2016/2017 dan menjabat sebagai Ketua Bidang Apresiasi Seni Budaya dan Olahraga Periode 2017/2018. Selama menuntut ilmu di PTS penulis berhasil menyelesaikan tugas akhir skripsinya. Akhir kata penulis mengucapkan rasa syukur yang sebesar-besarnya atas terselesaikannya skripsi yang berjudul **“Implementasi Program *Home Care* di Kota Makassar”**.