

SKRIPSI

**INOVASI PELAYANAN KESEHATAN MELALUI PROGRAM *HOME CARE (DOTTOROTTA)* DI PUSKESMAS TAMANGAPA KOTA
MAKASSAR**

ST. RAODAH SYAM

Nomor Stambuk : 105640226715



**PROGRAM STUDI ILMU PEMERINTAHAN
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

2019

**INOVASI PELAYANAN KESEHATAN MELALUI PROGRAM *HOME CARE (DOTTOROTTA)* DI PUSKESMAS TAMANGAPA
KOTA MAKASSAR**

Skripsi

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar

Sarjana Ilmu Pemerintahan

Disusun dan Diajukan Oleh

St. Raodah Syam

Nomor Stambuk : 105640226715

Kepada

PROGRAM STUDI ILMU PEMERINTAHAN

FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

2019

PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Inovasi Pelayanan Kesehatan Melalui Program *Home Care (Dottorotta)* di Puskesmas Tamangapa Kota Makassar

Nama Mahasiswa : St. Raodah Syam

Nomor Stambuk : 105640226715

Program Studi : Ilmu Pemerintahan

Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

Menyetujui:

Pembimbing I

Pembimbing II


Dr. Abdul Mahyar, M.Si


Ahmad Taufik, S.IP., M.AP

Mengetahui :

Dekan
Fisipol Unismuh Makassar

Ketua Jurusan
Ilmu Pemerintahan


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


Dr. Nuryanti Mustari, S.IP., M.Si

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 :0054/FSP/A.3-VIII/IX/41/2019 sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana (S.1) dalam Program Studi Ilmu Pemerintahan di Universitas Muhammadiyah Makassar pada hari Rabu tanggal 25 September 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. Abdul Kadir Adys, SH.,MM	 (.....)
3. Dr. Abdul Mahsyar, M.Si	 (.....)
4. Dr. Amir Muhidin, M.Si	 (.....)

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Mahasiswa : St. Raodah Syam

Nomor Stambuk : 105640226715

Program Studi : Ilmu Pemerintahan

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 dikemudian hari pernyataan ini tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai aturan yang berlaku, sekalipun itu pencabutan gelar akademik.

Makassar, 02 September 2019

Yang Menyatakan,

St. Raodah Syam

ABSTRAK

St Raodah Syam, 2019. Inovasi Pelayanan Kesehatan Melalui Program *Home Care (Dottorotta)* di Puskesmas Tamangapa Kota Makassar. (Dibimbing oleh Abdul Mahsyar dan Ahmad Taufik)

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui Inovasi Pelayanan Kesehatan Melalui Program *Home Care (Dottorotta)* di Puskesmas Tamangapa Kota Makassar serta ketersediaan sarana dan prasarana pendukung inovasi Pelayanan Kesehatan *Home Care (Dottorotta)* di Puskesmas Tamangapa Kota Makassar.

Home care adalah pelayanan kesehatan kepada masyarakat kota Makassar selama 24 jam. *Home care* yang mengusung konsep 24 jam masih belum terealisasi diikuti sosialisasi yang masih belum tepat sasaran. Jumlah informan dalam penelitian ini adalah 5 (lima) orang. Penelitian ini merupakan penelitian jenis kualitatif. Teknik pengumpulan data dengan menggunakan metode observasi, wawancara dan dokumentasi. Teknik analisis data yang digunakan adalah reduksi data, penyajian data dan menarik kesimpulan. Teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori Rogers berdasarkan Keuntungan Relatif, Kesesuaian, dan Kerumitan.

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa (a) Keuntungan Relatif, dari adanya inovasi *Home care* ini masyarakat lebih mudah menjangkau pelayanan kesehatan tanpa harus ke rumah sakit atau puskesmas meskipun diluar jam kerja karena pelayanannya 24 jam, (b) Kesesuaian, pengadaan pelayanan *home care* sesuai dengan hukum atau aturan yang berlaku. Tindakan pemeriksaan pelayanan *home care* berjalan sesuai norma-norma yang ada. (c) Adanya kerumitan pada inovasi *home care* yaitu layanan 24 jam, ketika masyarakat membutuhkan layanan itu pada situasi tertentu seperti pada tengah malam tapi dari pelaksana *home care* tidak siap tentunya akan membuat inovasi *home care* akan sulit. Serta pemahaman masyarakat tentang program pelayanan ini masih kurang. (d) Adapun sarana dan prasarana pada Puskesmas Tamangapa sudah cukup memadai sehingga dalam pelaksanaan inovasi *Home Care (Dottorotta)* dapat berjalan dengan baik.

Kata kunci : Inovasi, Pelayanan Kesehatan, *Home Care*

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “ Inovasi Pelayanan Kesehatan Melalui Program *Home Care (Dottorotta)* di Puskesmas Tamangapa Kota Makassar ”.

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

Pada lembaran ini penulis hendak menyampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada orang tua, Bapak Ir.H.Syamsudin, MM dan Mama Hj. Nur Liah 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, serta seluruh keluarga besar penulis yang selalu memberi semangat dan dukungan disertai segala pengorbanan yang tulus dan ikhlas. 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, bapak Dr. Abdul Mahsyar, M.Si selaku pembimbing I dan bapak Ahmad Taufik, S.IP., M.AP 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 ucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. Abd Rahman Rahim, S.E, M.M selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Makassar.
2. Ibu Dr. Ihyani Malik, M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar.
3. Ibu Dr. Nuryanti Mustari, S. IP., M. Si selaku Ketua Prodi Ilmu Pemerintahan yang selama ini turut membantu dalam kelengkapan berkas hal-hal yang berhubungan administrasi perkuliahan dan kegiatan akademik.
4. Bapak dan Ibu dosen Ilmu Pemerintahan 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.
5. Para pihak Dinas Kesehatan kota Makassar dan Puskesmas Tamangapa yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
6. Kepada keluargaku tercinta, Ayah, Ibu, yang memberikan banyak pengorbanan sampai sekarang ini. Kakak ku Nur Afiqah Syam dan Abd Basith yang selalu mensupport. Dan Keponakan ku Nur Imam Ghozali.
7. Terkhusus incesku yang selalu menemani suka duka dikampus Eka, Isda, nuzul, Fhani, Anti, Astri, dan Dhanti. Terima kasih atas segala dukungannya
8. Kepada seluruh keluarga besar fisipol Universitas Muhammadiyah Makassar, terutama kepada satu angkatan 2015 Ilmu Pemerintahan terkhusus kelas F,

Susi, Fera, Mia, Arham, Aqram, Awwal, Salam, Chidu',Sahrul, Anha, Ari, Rafika, Riska, Vista, Fajar, Rizal, fifi, Lina, Risna, Rahma, Hamzah, Fandi, Cybul, dan Ramdhin. Dan teman-teman yang lain, yang tidak bisa saya sebutkan semua namanya.

9. Kepada seluruh teman-teman KKP, Susi, Ninda, Ira, Yuli, Cahya, Asti, Haris, Janwar, dan Joko.

Sehubungan akhir tulisan ini penulis memohon maaf kepada semua pihak atas segala kekurangan dan kehilafan, disadari maupun yang 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 berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Makassar, 02 September 2019

St. Raodah Syam

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Halaman Pengajuan Skripsi	ii
Halaman Persetujuan	iii
Halaman Penerimaan Tim.....	iv
Halaman Pernyataan Keaslian Karya Ilmiah	v
Abstrak	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi.....	x
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Inovasi	8
B. Konsep Pelayanan Kesehatan.....	13
C. Konsep <i>Home Care</i>	18
D. Kerangka Pikir	26
E. Fokus Penelitian.....	27
F. Deskripsi Fokus Penelitian.....	27
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Waktu dan Lokasi Penelitian	29
B. Jenis Dan Tipe Penelitian.....	29
C. Sumber Data.....	30
D. Informan Penelitian.....	30
E. Teknik Pengumpulan Data.....	31
F. Teknik Analisis Data.....	32
G. Keabsahan Data.....	33
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Objek Penelitian	37
B. Inovasi Pelayanan Kesehatan <i>Home Care (Dottorotta)</i> di Puskesmas Tamangapa	46
C. Ketersediaan Sarana dan Prasarana inovasi pelayanan <i>Home Care (Dottorotta)</i>	61
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	63
B. Saran	64

DAFTAR PUSTAKA	65
LAMPIRAN	68



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Pikir.....	26
Gambar 4.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Makassar	43
Gambar 4.2 Peta Wilayah Puskesmas Tamangapa	44
Gambar 4.3 Struktur Organisasi Puskesmas Tamangapa	45
Gambar 4.4 Prosedur Pelayanan <i>Home Care</i>	46
Gambar 4.5 Data Pelayanan <i>Home Care</i> Tahun 2015 – 2019	47
Gambar 4.6 Tim <i>Home Care</i> Puskesmas Tamangapa Menangani Pasien	48



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Informan Penelitian	31
Tabel 4.1 Daftar Puskesmas di Kota Makassar.....	38



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dewasa ini, inovasi telah menjadi praktek nyata yang menjadikan pemerintah di manapun memiliki kinerja yang jauh lebih baik. Artinya, inovasi menjadi sebuah pilihan paling rasional untuk menghindarkan suatu negara dari berbagai bentuk kegagalan. Bahkan, inovasi sesungguhnya sudah tidak lagi menjadi pilihan, melainkan kewajiban dan kebutuhan bagi jajaran pemerintah di semua lini dan semua tingkatan. Tidak berlebihan untuk mengatakan bahwa inovasi merupakan jawaban terhadap setiap permasalahan yang dihadapi oleh sektor publik.

Banyak pakar yang menyatakan pentingnya inovasi. Ezell and Atkinson menegaskan bahwa inovasi memiliki korelasi yang kuat dengan pembangunan ekonomi. Hal ini didukung oleh Fan, Li, Zeng (dalam Utomo, 2016) yang menjelaskan bahwa inovasi sangat erat kaitannya dengan daya saing sebuah bangsa, serta pembangunan sektor jasa keuangan. Inovasi diartikan sebagai sebuah ide, praktek, atau objek yang dianggap baru oleh individu satu unit adopsi lainnya. Sifat kebaruan ini merupakan ciri dasar inovasi dalam menggantikan pengetahuan, cara, objek, teknologi, atau penemuan yang lama yang sudah tidak efektif dalam menyelesaikan suatu masalah walaupun tidak ada satu kesepakatan definisi mengenai inovasi, namun secara umum dapat disimpulkan bahwa inovasi mempunyai atribut yang dapat dijadikan ukuran untuk menilai pelaksanaan inovasi (Rogers dalam M. Tahir, 2018) yaitu: *Relative Advantage* atau

Keuntungan relatif, *Compability* atau Kesesuaian, *Complexity* atau Kerumitan, *Triability* atau Kemungkinan dicoba dan *Observability* atau Kemudahan diamati. Adapun indikator dalam penunjang inovasi menurut Rogers (dalam Djamrut, 2015) seperti: (1) Adanya keinginan untuk merubah diri, dari tidak bisa menjadi bisa dan dari tidak tahu menjadi tahu. (2) Adanya kebebasan untuk berekspresi. (3) Adanya pembimbing yang berwawasan luas dan kreatif. (4) Tersedianya sarana dan prasarana. (5) Kondisi lingkungan yang harmonis, baik lingkungan keluarga, pergaulan, maupun sekolah.

Menciptakan inovasi pelayanan tidaklah mudah dan salah satu tugas pemerintah adalah memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat. Pelayanan kepada masyarakat sudah menjadi tujuan utama dalam penyelenggaraan administrasi publik. Di Indonesia penyelenggaraan pelayanan publik menjadi isu kebijakan yang semakin strategis karena perbaikan pelayanan publik di negara ini cenderung berjalan di tempat, sedangkan implikasinya sebagaimana diketahui sangat luas karena menyentuh seluruh ruang kepublikan baik dalam kehidupan ekonomi, sosial, politik, budaya dan lain-lain. Pelaksanaan pelayanan publik pada prinsipnya ditujukan kepada manusia, bahkan dapat dikatakan bahwa pelayanan tidak dapat dipisahkan dengan kehidupan manusia. Sejak lahirnya manusia sudah membutuhkan pelayanan (Mahsyar, 2011).

Dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik disebutkan pengertian pelayanan publik sebagai kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa,

dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik. Pelayanan publik pada dasarnya menyangkut aspek kehidupan yang sangat luas. Dalam kehidupan bernegara, maka pemerintah memiliki fungsi memberikan berbagai pelayanan publik yang diperlukan oleh masyarakat, mulai dari pelayanan dalam bentuk pengaturan ataupun pelayanan-pelayanan lain dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat dalam bidang pendidikan, kesehatan, utilitas, dan lainnya (Mohammad dalam Mahsyar, 2011). Pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perUndang-undangan bagi setiap warga Negara dan penduduk atas barang, jasa, atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik berdasarkan Peraturan Menteri No. 31 Tahun 2014 (Wulandari, 2016).

Adanya inovasi pelayanan kesehatan pada suatu institusi juga membuktikan adanya kemauan keras dari dalam organisasi kesehatan untuk berbuat lebih baik. Masalah kesehatan merupakan hal yang penting bagi setiap warga Negara. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, atau masyarakat. Jika kesehatan suatu daerah rendah maka akan berdampak pada tingkat produktivitas yang rendah, yang akan menyebabkan kemiskinan dan rendahnya tingkat kesejahteraan masyarakat. Karena itu pemerintah daerah memiliki kewajiban untuk selalu membuat terobosan dan

inovasi dalam meningkatkan pelayanan terhadap kesehatan masyarakatnya (Saenab, 2017).

Program *Home Care (Dottorotta)* kemudian dilahirkan sebagai pelayanan kesehatan warga Makassar. Program inovasi *Home Care* ini adalah Konsep *Smart City* sekaligus visi dan misi dari pemerintah kota Makassar. Konsep yang disebut kota pintar ini adalah konsep yang mengetengahkan sebuah tatanan kota cerdas yang bisa berperan dalam memudahkan masyarakat untuk mendapatkan informasi secara cepat dan tepat. Selain itu, konsep kota pintar ini juga memang dihadirkan sebagai jawaban untuk pengelolaan sumber daya secara efisien. Bisa dibilang, konsep kota cerdas ini adalah integrasi informasi secara langsung dengan masyarakat perkotaan. Kota-kota besar di Indonesia sebenarnya sangat berpotensi besar terhadap gagasan atau konsep *Smart City*, bukan hanya pintar dalam kecanggihan teknologi, namun bagaimana mengedepankan sosio-budaya akan beriringan dengan kemajuan kota itu sendiri (Sudaryono dalam M. Tahir, 2018).

Sebelum *Homecare (Dottorotta)* diluncurkan pada Mei 2014, warga Makassar harus berusaha keras untuk menjangkau pusat pelayanan kesehatan di kota ini. Meski berada di wilayah perkotaan, tetapi dengan kondisi Makassar yang begitu luas, pusat layanan kesehatan tidak bisa menjangkau keseluruhan warga Makassar. Namun, program *Home Care* ini mulai dikeluhkan masyarakat karena banyak permintaan warga yang tidak bisa dilayani langsung kerumah, adanya aturan pembatasan yang bisa di kunjungi ambulans tiap harinya pada awal pelaksanaan program, akhirnya membuat warga menjadi kurang antusias lagi dengan program ini. Fenomena yang lain adalah *Home Care* yang mengusung

konsep 24 jam masih belum terealisasi, masih banyak pasien yang baru bisa dilayani di atas jam 12 siang, diikuti sosialisasi yang masih belum tepat sasaran yang membuat masih banyak sekali masyarakat yang tidak tahu dan tidak menggunakan fasilitas ini, sehingga kebanyakan masyarakat kota Makassar masih belum merasakan manfaat yang dihasilkan dari program ini (Saenab, 2017).

Adapun penelitian yang telah dilakukan oleh Prawira (2014) terkait Inovasi layanan (Studi Kasus *Call Center* SPGDT(Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu) 119 sebagai layanan Gawat Darurat pada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta) dimana menunjukkan bahwa layanan *Call Center* SPGDT 119 ini memiliki kualitas yang baik dan dapat memenuhi kebutuhan layanan kesehatan yang ada pada masyarakat. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Zindar Tamimi (2015) melakukan kajian terhadap Inovasi Manajemen layanan publik *TimEmergency Service* yang merupakan bentuk inovasi dari kabupaten Bantaeng. Dari hasil penelitian ditemukan bahwa salah satu faktor pendukung keberhasilan *Tim Emergency Service* Kabupaten Bantaeng adalah *Mix Management* antara manajemen pemerintahan dan manajemen perusahaan, dan keseimbangan antara sistem dan budaya merupakan kunci keberhasilan *Tim Emergency Service* Kabupaten Bantaeng.

Berdasarkan pemaparan di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui dan meneliti bagaimana penerapan Program *Home Care (Dottorotta)* dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Makassar sehingga penulis melakukan penelitian dengan judul : ***“Inovasi Pelayanan Kesehatan Melalui Program Home Care (Dottorotta) di Puskesmas Tamangapa Kota Makassar”***.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang, selanjutnya dirumuskan permasalahan pokok dalam penelitian yaitu :

1. Bagaimana Penerapan Inovasi Pelayanan Kesehatan Melalui Program *Home Care (Dottorotta)* Di Puskesmas Tamangapa Kota Makassar?
2. Bagaimana Ketersediaan Saranan Dan Prasarana Dalam Inovasi Pelayanan Kesehatan Melalui Program *Home Care (Dottorotta)* Di Puskesmas Tamangapa Kota Makassar?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka yang menjadi tujuan penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui bagaimana penerapan inovasi pelayanan kesehatan melalui program *Home Care (Dottorotta)* di Puskesmas Tamangapa kota Makassar
2. Untuk mengetahui bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana dalam inovasi pelayanan kesehatan melalui program *Home Care (Dottorotta)* di Puskesmas Tamangapa kota Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Kajian ini dimaksudkan untuk meninjau peran program inovasi layanan *Home Care* dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dikota Makassar dan untuk menambah pengetahuan dalam pengembangan ilmu

sosial dan politik atau Inovasi Pemerintahan, khususnya menyangkut inovasi layanan pemerintahan daerah.

2. Manfaat praktis

Secara umum hasil kajian ini dapat memberi kontribusi pemikiran dan bahan pertimbangan bagi daerah-daerah otonom lain di Indonesia dalam pembuatan inovasi-inovasi kebijakan yang lebih baik dari Kota Makassar.

Secara khusus hasil-hasil kajian ini diharapkan menjadi masukan bagi pemerintah daerah, dan *stakeholders* yang terkait dalam pelaksanaan Inovasi layanan. Manfaat lain dari hasil penelitian ini adalah dapat menjadi referensi tambahan atau rujukan bagi peneliti-peneliti lain, terutama bagi peneliti yang berminat meneliti topik tentang inovasi pada sektor publik terutama dalam penyelenggaraan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Inovasi

Inovasi (*innovation*) adalah ide, barang, kejadian, metode yang dirasakan atau diamati sebagai suatu hal yang baru bagi seseorang atau sekelompok orang (masyarakat), baik berupa hasil invention maupun *discovery*. Inovasi diadakan untuk mencapai tujuan tertentu atau memecahkan suatu masalah tertentu (Rusdiana, 2014:25).

Definisi inovasi menurut West & Far (Ancok, 2012:34) adalah pengenalan dan penerapan dengan sengaja gagasan, proses, produk, dan prosedur yang baru pada unit yang menerapkannya, yang dirancang untuk memberikan keuntungan bagi individu, kelompok, organisasi, dan masyarakat luas. Evert M. Rogers (Suwarno, 2008:9) mendefinisikan bahwa inovasi adalah suatu ide, gagasan, praktek, atau objek yang disadari dan diterima sebagai suatu hal yang baru oleh seseorang atau kelompok untuk diadopsi. Secara umum, inovasi dapat dibedakan menjadi beberapa bagian. Menurut Damanpour (Suwarno, 2008:9), inovasi organisasi sebagai gagasan atau perilaku baru dalam organisasi dapat berupa produk atau jasa yang baru, teknologi yang baru, teknologi proses, sistem struktur dan administrasi baru atau rencana baru bagi anggota organisasi.

Dilihat dari prosesnya, inovasi juga dapat dibedakan dalam dua kategori, yaitu (Muluk, 2008:48): 1. *Sustaining Innovation* (inovasi terusan) merupakan proses inovasi yang membawa perubahan baru namun dengan tetap mendasarkan diri pada kondisi pelayanan dan sistem yang sedang berjalan atau produk yang

sudah ada; 2. *Discontinuous Innovation* (inovasi terputus) merupakan proses inovasi yang membawa perubahan yang sama sekali baru dan tidak lagi berdasar pada kondisi yang sudah ada sebelumnya.

Albury (dalam M.Tahir, 2018:282) secara lebih sederhana mendefinisikan inovasi sebagai *new ideas that work*. Ini berarti bahwa inovasi adalah berhubungan erat dengan ide-ide baru yang bermanfaat. Inovasi dengan sifat kebaruannya harus mempunyai nilai manfaat. Selanjutnya Albury secara rinci menjelaskan bahwa ciri dari inovasi yang berhasil adalah adanya bentuk penciptaan dan pemanfaatan proses baru, produk baru, jasa baru, dan metode penyampaian yang baru, yang menghasilkan perbaikan yang signifikan dalam hal efisiensi, efektivitas maupun kualitas.

Selanjutnya Inovasi menurut Undang-undang No.18 Tahun 2002 (dalam Fadli, 2016:1732) Inovasi adalah kegiatan penelitian, pengembangan, atau perekayasaan yang bertujuan mengembangkan penerapan praktis nilai dan konteks ilmu pengetahuan yang baru, atau cara baru untuk menerapkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang telah ada ke dalam produk atau proses produksi.

Manfaat inovasi masih bisa diidentifikasi dalam banyak hal sebagaimana publikasi *United Nations* dan *World Bank* (dalam Utomo, 2016:6). *United Nations* menegaskan bahwa inovasi bertujuan untuk merevitalisasi administrasi publik, membuatnya lebih proaktif, efisien, akuntabel dan lebih berorientasi pada pelayanan. Sementara *World Bank* meyakini bahwa inovasi memberi efek positif dalam beragam bidang melalui pernyataan sebagai berikut:

“Innovation has always played a decisive role in the economic and social development of countries: it is the main source of economic growth, it helps improve productivity, it is the foundation of competitiveness, and it improves welfare.” Also, “ Innovation is essential to tackling climate change”.

Indikator Penunjang Inovasi Menurut Rogers (dalam Djamrut,2015:1478)

Inovasi dapat ditunjang oleh beberapa faktor pendukung seperti:

1. Adanya keinginan untuk merubah diri, dari tidak bisa menjadi bisa dan dari tidak tahu menjadi tahu.
2. Adanya kebebasan untuk berekspresi.
3. Adanya pembimbing yang berwawasan luas dan kreatif.
4. Tersedianya sarana dan prasarana.
5. Kondisi lingkungan yang harmonis, baik lingkungan keluarga, pergaulan, maupun sekolah.

Penerapan inovasi dalam kehidupan masyarakat akan mendapatkan manfaat dari segi sosial dan ekonomi. (Muluk, 2008:47) membagi inovasi menjadi 3 level, yaitu inovasi inkremental, radikal dan transformatif. Inovasi Inkremental, berarti inovasi yang membawa perubahan-perubahan kecil terhadap proses atau layanan yang ada. Inovasi Radikal merupakan perubahan mendasar dalam pelayanan public atau pengenalan cara-cara yang sama sekali baru dalam proses keorganisasian atau pelayanan. Inovasi Transformatif atau sistematis, membawa perubahan dalam struktur angkatan kerja dan keorganisasian dengan mentransformasi semua sektor secara dramatis mengubah hubungan keorganisasian. Adapun sumber-sumber penerapan inovasi adalah sebagai berikut:

1. Kejadian yang diharapkan
2. Proses sesuai dengan kebutuhan
3. Perubahan pada industri dan pasar
4. Ketidakharmonisan
5. Perubahan demografi
6. Perubahan persepsi
7. Konsep pengetahuan dasar

Konsep Penerapan Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), pengertian penerapan adalah perbuatan menerapkan. Menurut beberapa ahli berpendapat bahwa, penerapan adalah suatu perbuatan mempraktekkan suatu teori, metode, dan hal lain untuk mencapai tujuan tertentu dan untuk suatu kepentingan yang diinginkan oleh suatu kelompok atau golongan yang telah terencana dan tersusun sebelumnya. Adapun unsur-unsur penerapan meliputi :

1. Adanya program yang dilaksanakan
2. Adanya kelompok target, yaitu masyarakat yang menjadi sasaran dan diharapkan akan menerima manfaat dari program tersebut.
3. Adanya pelaksanaan, baik organisasi atau perorangan yang bertanggung jawab dalam pengelolaan, pelaksanaan maupun pengawasan dari proses penerapan tersebut.

Dalam penerapannya, inovasi memiliki atribut yang melekat didalam inovasi tersebut, Atribut inovasi yang dimaksud menurut Rogers (Suwarno, 2008:16-18), antara lain sebagai berikut:

1. *Relative Advantage* atau Keuntungan relatif, sebuah inovasi harus mempunyai keunggulan dan nilai lebih dibandingkan dengan inovasi sebelumnya. Selalu ada sebuah nilai kebaruan yang melekat dalam inovasi yang menjadi ciri yang membedakannya dengan yang lain;
2. *Compatibility* atau Kesesuaian, inovasi juga mempunyai sifat kompatibel atau sesuai dengan inovasi yang digantinya. Hal ini dimaksudkan agar inovasi yang lama tidak serta merta dibuang begitu saja, selain karena alasan faktor biaya yang tidak sedikit, namun juga inovasi yang lama menjadi bagian proses transisi ke inovasi terbaru, juga dapat memudahkan proses adaptasi dan pembelajaran terhadap inovasi itu secara lebih cepat.
3. *Complexity* atau Kerumitan, dengan sifatnya yang baru, maka inovasi mempunyai tingkat kerumitan yang boleh menjadi lebih tinggi dibandingkan dengan inovasi sebelumnya. Namun demikian, karena sebuah inovasi menawarkan cara yang lebih baru dan lebih baik, maka tingkat kerumitan ini pada umumnya tidak menjadi masalah penting.
4. *Triability* atau Kemungkinan dicoba, inovasi hanya bisa diterima apabila telah teruji dan terbukti mempunyai keuntungan atau nilai lebih dibandingkan dengan inovasi yang lama. Sehingga sebuah produk inovasi harus melewati fase “uji coba”, dimana setiap orang atau pihak mempunyai kesempatan untuk menguji kualitas dari sebuah inovasi.
5. *Observability* atau Kemudahan diamati, sebuah inovasi harus juga dapat diamati, dari segi bagaimana ia bekerja dan menghasilkan sesuatu yang lebih baik.

B. Konsep Pelayanan Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Dalam hirarki Maslow dijelaskan bahwa kebutuhan dasar manusia menyangkut didalamnya pemenuhan kebutuhan fisik. Perlindungan fisik salah satunya berupa ancaman tubuh atau hidup yang dapat berupa penyakit. Seseorang yang mengalami sakit akan berupaya untuk mencari pelayanan kesehatan agar dirinya dapat kembali pada keadaan sehat. Pelayanan kesehatan diantaranya rumah sakit, puskesmas dan tempat-tempat praktik kesehatan lainnya. Berbagai macam pelayanan ditawarkan kepada pasien yang ingin meningkatkan kesehatannya (Mulyanasari, 2014).

Pelayanan kesehatan, baik di puskesmas, rumah sakit, atau institusi pelayanan kesehatan lainnya, merupakan suatu sistem yang terdiri dari berbagai komponen yang saling terkait, saling tergantung, dan saling mempengaruhi antara satu dengan lainnya. Mutu pelayanan kesehatan di puskesmas dan rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek pelayanan (Bustami dalam Ningrum dkk, 2014:2).

Pelayanan kesehatan merupakan ranah yang tidak terlepas dari pengaruh globalisasi yang sedang trend pada saat ini. Globalisasi telah mengubah cara hidup orang banyak, menentukan suka, duka, selera, dan pilihan-pilihan orang dimanapun, akan terjadi persaingan yang bebas, tidak mengenal belas kasihan, dan persaingan yang kejam yang akan melibas dan meninggalkan yang lemah apabila tidak siap menghadapinya. Hal ini membuat banyak organisasi termasuk pelayanan kesehatan untuk melakukan inovasi dalam memberikan pelayanan.

Pelayanan yang inovatif dan menguntungkan masyarakat sebagai pengguna jasa akan lebih diminati masyarakat.

Menurut Levei dan Loamba (dalam Sukowati 2013:1197), Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Lingkungan pelayanan kesehatan meliputi sistem pembiayaan kesehatan, peraturan perundang-undangan, kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan, kebijakan pembiayaan dan peraturan keuangan, serta sistem regulasi kesehatan. Seluruh sistem yang berlaku di masyarakat sangat berpengaruh terhadap sistem organisasi pelayanan kesehatan dan sistem mikro pelayanan kesehatan.

Trihono (dalam Arianto, 2013:40) yang mendefinisikan pelayanan kesehatan masyarakat sebagai seluruh upaya kesehatan yang bersifat promotif, preventif baik untuk sasaran bayi, anak, remaja, ibu hamil, ibu menyusui, bapak, maupun yang sudah lanjut usia. Lokasinya menyeluruh dan berada mulai dari tingkat rumah tangga, tempat kerja dan tempat-tempat umum maupun tatanan sekolah. Pelayanan kesehatan masyarakat lebih mengutamakan pelayanan promotif dan preventif dengan pendekatan kelompok masyarakat dan keluarga, serta sebagian besar diselenggarakan bersama masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas. Berdasarkan beberapa pendapat para ahli di atas, menunjukkan bahwa sejatinya pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab utama negara atau pemerintah untuk menjamin pelayanan kesehatan yang baik

bagi setiap warga negara. Namun di sisi lain, keterlibatan sektor swasta dan masyarakat juga sangat dibutuhkan untuk mengatasi berbagai permasalahan kesehatan yang terjadi di masyarakat yang belum mampu sepenuhnya diselesaikan oleh pemerintah. Keterbatasan kemampuan pemerintah hendaknya menjadi dorongan bagi *stakeholders* lainnya untuk membantu pemenuhan kebutuhan akan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan pasal 5 ayat (2) menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau, dalam pasal 30 ayat (1) menyatakan fasilitas pelayanan kesehatan menurut jenis pelayanannya terdiri dari Pelayanan Kesehatan Perseorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat, ayat (2) fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, tingkat dua dan tingkat ketiga. Upaya-upaya kesehatan, dalam hal ini upaya kesehatan perseorangan, diselenggarakan melalui upaya-upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, pemulihan dan paliatif yang ditujukan pada perseorangan, dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, berkesinambungan, dan di dukung sistem rujukan yang berfungsi secara mantap (Ali dkk, 2015:222).

Salah satu indikator keberhasilan pelayanan kesehatan adalah kepuasan pasien (Depertemen Kesehatan RI dalam Respati, 2015:1). Parasuraman mengemukakan bahwa konsep mutu layanan yang berkaitan dengan kepuasan pasien ditentukan oleh lima unsur yang biasa dikenal dengan istilah mutu layanan “SERVQUAL” (*responsiveness, assurance, tangible, empathy dan reliability*).

Penilaian dimensi mutu pelayanan kesehatan dapat ditinjau 1) dari penyelenggara pelayanan, 2) Penyandang dana dan 3) Pemakai jasa pelayanan kesehatan. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan penilaian mutu lebih terkait dengan dimensi kesesuaian mutu pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Bagi penyandang dana penilaian mutu lebih terkait dengan dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajiban pembiayaan, kemampuan pelayanan kesehatan, mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan. (Trimurthy,2008:25)

Secara umum, jenis pelayanan kesehatan pada fasilitas atau sarana kesehatan dibagi menjadi dua (Syafrudin dan Hamidah dalam Adawiyah, 2015:12), yaitu:

1. Rawat inap, adalah pelayanan kesehatan dimana pasien diinapkan di fasilitas kesehatan karena kondisinya yang membutuhkan pemantauan tenaga medis setiap saat.
2. Rawat jalan, adalah pelayanan kesehatan dimana pasien mendapatkan penatalaksanaan medis tanpa menginap di fasilitas kesehatan.

Menurut Azwar (dalam Adawiyah, 2015:12) syarat pokok pelayanan kesehatan harus dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Ketersediaan dan Kestinambungan Pelayanan

Pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang tersedia dimasyarakat (*acceptable*) serta berkesinambungan (*sustainable*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat ditemukan

serta keberadaannya dalam masyarakat adalah ada pada tiap saat dibutuhkan.

2. Kewajaran dan Penerimaan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang baik adalah bersifat wajar (*appropriate*) dan dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat. Artinya pelayanan kesehatan tersebut dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

3. Mudah Dicapai oleh Masyarakat

Pengertian dicapai yang dimaksud disini terutama dari letak sudut lokasi mudah dijangkau oleh masyarakat, sehingga distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Jangkauan fasilitas pembantu untuk menentukan permintaan yang efektif. Bila fasilitas mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat pengguna di masa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa akan datang.

4. Terjangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang terjangkau (*affordable*) oleh masyarakat, dimana diupayakan biaya pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian masyarakat saja.

5. Mutu

Mutu (kualitas) yaitu menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan menunjukkan kesembuhan penyakit serta keamanan tindakan yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

C. Konsep *Home Care*

Home Care atau perawatan kesehatan merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang diterapkan di beberapa kota-kota besar di Indonesia. Pelayanan ini bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan dan memaksimalkan tingkat kemandirian serta meminimalkan komplikasi akibat dari penyakit serta memenuhi kebutuhan dasar pasien dan keluarga di rumah (Aziz dkk, 2018:305).

Perkembangan *home care* di Indonesia sudah semakin maju sehingga banyak masyarakat yang mengetahui *home care* dan mencoba menggunakan jasa pelayanan *home care* yang disediakan oleh rumah sakit baik pemerintah maupun swasta. *Home care* atau perawatan kesehatan di rumah merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka. Tujuan dari pelayanan *home care* adalah untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan komplikasi akibat dari penyakit serta memenuhi kebutuhan dasar pasien dan keluarga. Lingkungan di rumah dirasa lebih nyaman bagi sebagian pasien dibandingkan dengan perawatan di rumah sakit. Hal ini berpengaruh pada proses penyembuhan pasien yang cenderung akan lebih cepat masa

penyembuhannya jika mereka merasa nyaman dan bahagia. Prinsip pelayanan home care tidak jauh berbeda dengan pelayanan yang diberikan di rumah sakit yaitu harus berfokus pada kebutuhan pasien.

Pelayanan *Home Care* merupakan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, individu dan keluarga yang dalam prosesnya direncanakan, di koordinasikan, dan disediakan oleh pemberi pelayanan. Kemudian kegiatan pelayanan kesehatan diorganisir sehingga tenaga medis dapat memberi pelayanan rumah melalui operator perawat dirumah sakit atau memberikan pengaturan berdasarkan perjanjian kontrak pelayanan *Home Care* sesuai dengan kebutuhan pasien (Roip, 2017:230).

Di beberapa Negara maju, *Home Care* bukan merupakan sebuah konsep yang baru. Konsep ini telah dikembangkan oleh William Rathon sejak tahun 1859 di Liverpool yang dinamakan perawatan di rumah dalam bentuk kunjungan tenaga keperawatan ke rumah untuk mengobati pasien yang sakit dan tidak bersedia dibawa ke rumah sakit. Florence Nightingale juga melakukan perawatan di rumah dengan memberikan perawatan kepada pasien yang mengalami sakit terutama bagi pasien dengan dengan status ekonomi rendah, kondisi sanitasi, kebersihan diri dan lingkungan dan gizi buruk sehingga beresiko terhadap berbagai jenis infeksi yang umum ditemukan di masyarakat (Rahmi & Ramadhanti, 2017:79).

Inovasi *Home Care (Dottorotta)* ini meliputi; (1) Mengupayakan tercapainya pelayanan kesehatan secara merata; (2) Meningkatkan kualitas pelayanan terutama untuk daerah kepulauan; (3) Mengurangi rujukan ke dokter atau pelayanan kesehatan dirumah sakit; (4) Mempercepat akses pasien ke rumah

sakit; (5) Pasien mudah mendapatkan pertolongan dari dokter ahli; (6) Pasien merasakan tetap dekat dengan rumah; (7) Menyeleksi antara pasien-pasien yang perlu dibawa ke rumah sakit; (8) Efisiensi biaya dan waktu. Adapun prinsip *Home care* adalah sebagai berikut: *Controlled*, memiliki fungsi kendali sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan keputusan sehingga setiap tindakan yang diambil berdasar pada kondisi-kondisi logis yang nyata dan dapat dipertanggungjawabkan. *Service*, memenuhi segala aspek pelayanan yang menyeluruh tanpa terbatas ruang dan waktu. *Educative*, dapat menjadi sarana pendidikan dengan pola problem based learning antar tenaga kesehatan *Easy*, mudah dalam penggunaan, dokumentasi, dan transfer informasi yang cepat serta berkualitas.

Program *Home Care* diakui sebagai program asli dari Makassar dan yang dilaksanakan oleh Pemkot Makassar adalah yang pertama di Indonesia, program tersebut dinilai berhasil dalam pelaksanaannya sehingga dijadikan sebuah referensi yang dapat dicontoh oleh pemerintah daerah lainnya. Inovasi layanan kesehatan *Home care (Dottorotta)* adalah layanan kesehatan ke rumah selama 24 jam yang akan menjadi percontohan secara nasional. Berkat layanan ini Pemkot Makassar meraih penghargaan Top 35 Inovasi Pelayanan Publik 2016 (Saenab, 2017: 8). Landasan hukum *Home Care* (dalam Azikin, 2017:7) :

1. UU Kes No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
2. PP No. 25 Tahun 2000 Tentang Perimbangan Keuangan Pusat Dan Daerah
3. UU No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah
4. UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran

5. Kepmenkes No. 1239 Tahun 2001 Tentang Registrasi Dan Praktik Perawat
 6. Kepmenkes No. 279 Tahun 2006 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Perkesmas
 7. PP No. 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan
 8. Permenkes RI No. HK. 02.02/MENKES/148/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Perawat
 9. Permenkes No. 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas
 10. Perda No. 5 Tahun 2014 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah 2014-2016
 11. Peraturan Walikota Makassar No. 63 Tahun 2015 Tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*Home Care*) Dikota Makassar.
- Dasar hukum *Home Care* adalah dalam: Peraturan Walikota Makassar No. 6 Tahun 2016 Tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*Home Care*) Dikota Makassar:
- Menimbang: a. bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peranan penting dan strategis dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- b. bahwa salah satu visi misi Pemerintah kota Makassar dalam bidang kesehatan yang muat dalam Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2014 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) kota Makassar Tahun 2014-2019 adalah meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan kepada

masyarakat melalui pelayanan kunjungan rumah 24 jam (*Home Care*);

- c. bahwa sehubungan dengan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b diatas, perlu ditetapkan dengan Peraturan Walikota Makassar.

Mengingat: 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat II di Sulawesi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1822);

3. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);

6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor

- 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang perubahan kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 1971 tentang perubahan batas-batas daerah kotamadya Makassar dan Kabupaten Gowa, Maros dan Pangkajene dan Kepulauan dalam lingkungan daerah provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1971 Nomor 65, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2970);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 1999 Tentang perubahan nama kota Ujung pandang menjadi kota Makassar dalam wilayah provinsi Sulawesi selatan Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 193);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan penerapan standar pelayanan minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Sistem Informasi kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang petunjuk teknis penyusunan dan penerapan standar pelayanan minimal;
14. Peraturan menteri dalam negeri nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 741 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten /Kota
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perseorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 122);

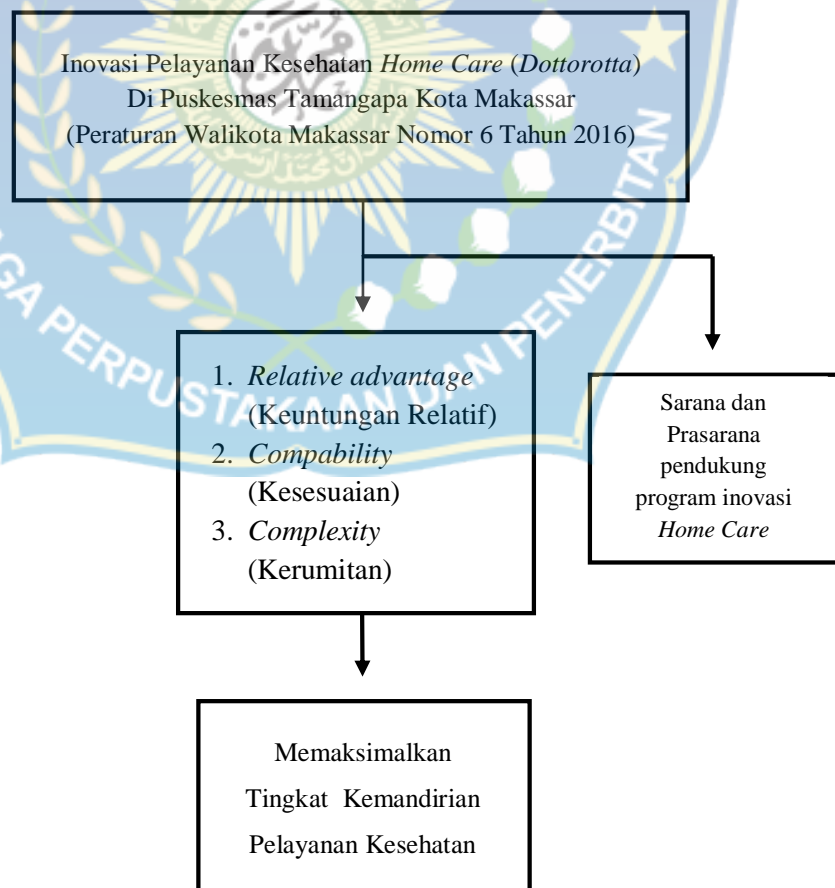
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);
19. Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 3 Tahun 2009 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Perangkat Daerah Kota Makassar (Lembaran Daerah Kota Makassar Nomor 3 Tahun 2009) Sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 7 Tahun 2013 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 3 Tahun 2009 Tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Perangkat Daerah Kota Makassar Makassar (Lembaran Daerah Kota Makassar Nomor 7 Tahun 2013);
20. Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 7 Tahun 2009 tentang Pelayanan Kesehatan di Kota Makassar Makassar (Lembaran Daerah Kota Makassar Nomor 7 Tahun 2009).

Menetapkan: Peraturan Walikota Makassar Tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*Home Care*) Di Kota Makassar.

D. Kerangka Pikir

Inovasi sangat diperlukan dalam pengembangan suatu pelayanan publik. Ini artinya bahwa setiap pelayanan publik, pada prinsipnya harus memuat sebuah inovasi baru. Adanya inovasi pelayanan kesehatan pada suatu institusi juga membuktikan adanya kemauan keras dari dalam organisasi kesehatan untuk berbuat lebih baik. Atribut yang dapat dijadikan ukuran untuk menilai pelaksanaan inovasi menurut Rogers adalah keuntungan relatif, kesesuaian dan kerumitan. Untuk memahami masalah yang diteliti maka digunakan indikator penelitian yaitu keuntungan relatif, kesesuaian dan kerumitan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat melalui bagan kerangka pikir sebagai berikut:

Gambar 1 : Bagan Kerangka Pikir



E. Fokus Penelitian

Yang menjadi fokus dalam penelitian ini yaitu bagaimana penerapan inovasi tersebut di puskesmas Tamangapa dengan memfokuskan konsep inovasi melalui 3 konsep yaitu :

1. *Relative advantage* (Keuntungan Relatif)
2. *Compability* (Kesesuaian)
3. *Complexity* (Kerumitan)

Serta bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana program inovasi *Home Care (Dottorotta)* di Puskesmas Tamangapa kota Makassar.

F. Deskripsi Fokus Penelitian

1. Yang menjadi Konsep inovasi dalam penelitian ini yaitu :
 - a. *Relative advantage* (Keuntungan Relatif), dengan adanya inovasi *home care (Dottorotta)* dapat memudahkan masyarakat kota Makassar mendapatkan pelayanan kesehatan 24 jam, serta dapat membantu masyarakat yang keterbatasan biaya karena pelayanannya tidak dipungut biaya. Berkat layanan ini, Pemerintah kota Makassar meraih penghargaan Top 35 inovasi pelayanan publik 2016.
 - b. *Compability* (Kesesuaian), bagaimana inovasi *home care* ini berjalan sesuai dengan kebutuhan masyarakat kota Makassar. Inovasi *home care* ini juga sesuai dengan hukum atau aturan yang berlaku dengan adanya PERMENKES No.75 Tahun 2014 dan diperkuat dengan PERWALI No.6 Tahun 2016 tentang pelayanan kunjungan rumah 24 jam (*Home Care*) di kota Makassar.

- c. *Complexity* (Kerumitan), Kerumitan dari inovasi *home care* ini adalah program yang mengusung konsep 24 jam masih belum terealisasi, disamping itu juga sosialisasi yang masih belum tepat sasaran yang membuat masih banyak masyarakat kota Makassar yang tidak tahu atau kurang paham dengan pelayanan ini.
2. Ketersediaan Sarana dan Prasarana, dalam Inovasi *home care* (*Dottorotta*) Dinas kesehatan kota makassar telah menyiapkan 48 unit mobil *home care*, 46 Tele-Usg, 46 Tele-Ekg, 7 Tele-Spirometri yang tersebar di semua puskesmas yang ada di kota Makassar.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Waktu dan Lokasi Penelitian

Waktu penelitian dilakukan selama 2 bulan terhitung dari tanggal 22 Juni s.d 22 Agustus 2019. Lokasi penelitian dilakukan di Dinas Kesehatan kota Makassar dan Puskesmas Tamangapa. Adapun alasan penulis melakukan penelitian di Dinas Kesehatan kota Makassar dan Puskesmas Tamangapa karena kedua lokasi tersebut menerapkan inovasi *Home Care (Dottorotta)* sehingga lokasi tersebut memiliki keterkaitan dan informasi mengenai inovasi *Home Care (Dottorotta)*.

B. Jenis dan Tipe Penelitian

1. Jenis penelitian

Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode penelitian kualitatif, artinya data yang dikumpulkan bukan berupa angka-angka melainkan data tersebut berasal dari hasil wawancara, catatan lapangan, dokumen pribadi, dan dokumem resmi lainnya. Sehingga yang menjadi tujuan dari penelitian kualitatif ini adalah fenomena secara terperinci, mendalam dan tuntas tentang inovasi pelayanan kesehatan *Home Care (Dottorotta)* di Puskesmas Tamangapa.

2. Tipe penelitian

Tipe penelitian yang digunakan oleh penulis dalam penelitian ini adalah deskriptif, terbatas pada usaha mengungkapkan suatu masalah sebagaimana adanya sehingga bersifat sekedar untuk mengungkapkan

fakta dan memberikan gambaran secara obyektif tentang keadaan sebenarnya dari obyek yang diteliti.

C. Sumber Data

Sumber data adalah tempat dari mana data diperoleh, diambil dan dikumpulkan. Dalam penelitian ini menggunakan dua sumber data yaitu data sekunder dan data primer.

1. Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung dari lokasi penelitian yakni sumber data dari informan yang bersangkutan dengan cara wawancara dan pengamatan atau observasi pada informan.
2. Data sekunder merupakan data yang berasal dari survey lapangan dan diperoleh dengan mempelajari bahan-bahan pustaka yang berupa buku-buku, literatur, dokumen-dokumen, laporan-laporan maupun arsip-arsip resmi yang dapat mendukung kelengkapan data primer.

D. Informan Penelitian

Informan adalah orang yang berada pada lingkup penelitian, artinya orang yang dapat memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Pemilihan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *Purposive Sampling* yaitu teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Atau dengan kata lain pengambilan sampel diambil berdasarkan kebutuhan penelitian.

Adapun yang menjadi informan pada penelitian tentang inovasi *Home Care (Dottorotta)* ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 : Informan Penelitian

No.	Informan	Inisial	Jabatan/Staf
1.	Dr. Nursaidah Sirajuddin	NS	Penanggung Jawab <i>Home Care</i> Dinas Kesehatan Kota Makassar
2.	Dr. Erna Mempron, MM	EM	Penanggung Jawab <i>Home Care</i> Puskesmas Tamangapa
3.	Muhammad Alif	MA	Masyarakat
4.	Sriwahyuni	SI	Masyarakat
5.	Jumatia Asi	JA	Masyarakat

E. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini jenis data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder. Untuk mengumpulkan data primer dan data sekunder tersebut penulis menggunakan teknik pengumpulan data yaitu :

1. Telaah dokumen

Telaah dokumen, yaitu dilakukan dengan menelusuri beberapa dokumen yang berkaitan dengan objek penelitian guna mendapatkan data sekunder yang berhubungan dengan buku, Undang-undang, Jurnal, Skripsi, Artikel dan dokumen - dokumen tentang inovasi *Home Care* (*Dottorotta*).

2. Observasi

Observasi adalah suatu pengamatan secara langsung dengan sistematis terhadap gejala-gejala yang hendak diteliti. Observasi merupakan proses yang kompleks, suatu proses yang tersusun dari proses biologis dan psikologis. Dua diantaranya yang terpenting yaitu proses pengamatan dan ingatan. Penulis melakukan pengamatan dilokasi penelitian guna memperoleh keterangan data yang lebih akurat mengenai hal-hal yang

diteliti terkait dengan penerapan *Home Care (Dottorotta)* di Puskesmas Tamangapa Kota Makassar.

3. Wawancara

Wawancara yaitu suatu cara untuk mendapatkan dan mengumpulkan data melalui tanya jawab dan dialog atau diskusi dengan informan yang dianggap mengetahui banyak tentang obyek dan masalah penelitian inovasi *Home Care (Dottorotta)*.

F. Teknik Analisis data

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lainnya dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, dan membuat kesimpulan sehingga dapat dipahami dengan mudah.

Untuk menghasilkan dan memperoleh data yang akurat dan objektif sesuai dengan apa yang menjadi tujuan dalam penelitian ini adalah teknik analisis data kualitatif dengan cara analisis konteks dari telaah pustaka dan analisis pernyataan dari hasil wawancara dari informan. Dalam melakukan analisis data peneliti mengacu pada beberapa tahapan yang terdiri dari:

1. Reduksi Data

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian atau penyerderhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan lapangan. Reduksi data berlangsung terus menerus

selama proses penelitian berlangsung dan berlanjut terus setelah penelitian lapangan, sampai laporan akhir lengkap tersusun.

2. Penyajian Data

Penyajian data merupakan upaya penyusunan sekumpulan informasi kedalam suatu matriks atau bentuk yang mudah dipahami. Penyajian data yang mudah dipahami adalah cara utama untuk menganalisis data kualitatif yang valid.

3. Menarik Kesimpulan

Dari permulaan pengolahan data, peneliti mulai mencari makna dari data-data yang telah terkumpul. Selanjutnya mencari arti dan penjelasannya kemudian menyusun pola-pola hubungan tertentu yang mudah dipahami dan ditafsirkan. Data tersebut dihubungkan dan dibandingkan antara satu dengan lainnya sehingga mudah ditarik kesimpulan sebagai jawaban atas setiap permasalahan yang ada.

G. Keabsahan Data

Menurut Moloeng (2011) Untuk menetapkan keabsahan data diperlukan teknik pemeriksaan. Pelaksanaan teknik pemeriksaan didasarkan atas sejumlah kriteria tertentu. Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi validitas internal, validitas eksternal, reliabilitas, dan obyektifitas.

1. Validitas internal

Penerapan kriteria ini pada dasarnya menggantikan konsep validitas internal dari nonkualitatif. Kriteria ini berfungsi :pertama, melaksanakan inkuiri sedemikian rupa sehingga tingkat kepercayaan penemuannya dapat

dicapai; kedua, mempertunjukkan derajat kepercayaan hasil-hasil penemuan dengan jalan pembuktian oleh peneliti pada kenyataan ganda yang sedang diteliti.

Uji kredibilitas data atau kepercayaan terhadap data penelitian kualitatif antara lain dilakukan dengan perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negatif, dan *membercheck*.

a. Perpanjangan pengamatan

Dengan perpanjangan pengamatan peneliti kembali kelapangan, melakukan pengamatan, wawancara lagi dengan sumber data yang pernah ditemui maupun yang baru. Sehingga, hubungan peneliti dengan nara sumber akan terbentuk hubungan, semakin akrabsemakin terbuka, saling mempercayai, sehingga tidak ada informasi yang disembunyikan.

b. Meningkatkan ketekunan

Peneliti melakukan pengamatan secara lebih cermat dan berkesinambungan. Dengan cara tersebut maka kepastian data dan urutan peristiwa akan dapat direkam secara pasti dan sistematis.

c. Triangulasi

Triangulasi dalam pengujian kredilitas ini diartikan sebagai pengecekan data dari berbagi sumber, berbagai cara, dan berbagai waktu. Dengan demikian terdapat triangulasi sumber, triangulasi teknik pengumpulan data, dan triangulasi waktu.

d. Diskusi dengan teman sejawat

Peneliti melakukan diskusi dengan teman atau orang lain yang paham dengan data-data tersebut sehingga data menjadi semakin valid.

e. Analisis kasus negatif

Ketika peneliti menemukan adanya ketidaksesuaian pada data, maka dilakukan analisis ini, yang berarti peneliti mencari data yang berbeda atau bertentangan dengan temuan, berarti data yang ditemukan sudah dapat dipercaya.

f. Menggunakan bahan referensi

Bahan referensi yang dimaksud adalah adanya pendukung untuk membuktikan data yang telah ditemukan oleh peneliti. Sebagai contoh, data hasil wawancara perlu didukung dengan adanya rekaman wawancara.

g. Mengadakan *membercheck*

Membercheck adalah proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada pemberi data. Apabila data yang ditemukan disepakati oleh para pemberi data berarti data tersebut sudah valid, sehingga semakin dipercaya, tetapi apabila data yang ditemukan peneliti dengan berbagai penafsirannya, tidak disepakati oleh pemberi data, dan apabila perbedaannya tajam, maka peneliti harus merubah temuannya.

2. Validitas eksternal

Kriteria ini berbeda dengan validitas eksternal dari nonkualitatif. Konsep validitas itu menyatakan bahwa generalisasi suatu penemuan dapat berlaku

atau diterapkan pada konteks dalam populasi yang sama atas dasar penemuan yang diperoleh oleh sampel yang secara representatif mewakili populasi itu.

3. Reliabilitas

Uji reliabilitas dilaksanakan untuk menilai apakah proses penelitian kualitatif bermutu atau tidak, dengan mengecek apakah peneliti sudah cukup hati-hati, apakah peneliti membuat kesalahan dalam mengkonseptualisasikan rencana penelitiannya, pengumpulan data, dan penginterpretasiannya.

4. Obyektifitas

Uji obyektifitas dilaksanakan dengan menganalisa apakah hasil penelitian disepakati banyak orang atau tidak. Penelitian dikatakan obyektif jika disepakati banyak orang.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Objek Penelitian

1. Gambaran umum Kota Makassar

a. Letak Geografis

Kota Makassar menjadi ibukota Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1965, (Lembaran Negara Tahun 1965 Nomor 94), dan kemudian berdasarkan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1965 Daerah Tingkat II Kotapraja Makassar diubah menjadi Daerah Tingkat II Kotamadya Makassar.

Kota Makassar yang merupakan Ibukota Provinsi Sulawesi Selatan terletak di Pantai Barat pulau Sulawesi berada dalam titik koordinat $119^{\circ} 18' 30,18''$ sampai dengan $119^{\circ} 32' 31,03''$ BT dan $5^{\circ} 00' 30,18''$ sampai dengan $5^{\circ} 14' 6,49''$ LS. Di bagian selatan terdiri atas Kecamatan Tamalate dan Kecamatan Rappocini. Di bagian Timur terbagi atas Kecamatan Manggala dan Kecamatan Panakkukang. Bagian barat adalah Kecamatan Wajo, Kecamatan Bontoala, Kecamatan Ujung Pandang, Kecamatan Makassar, Kecamatan Mamajang, dan Kecamatan Mariso.

Luas Wilayah Kota Makassar tercatat 175,77 km persegi. Secara administratif Kota Makassar terbagi atas 14 Kecamatan dan 143 Kelurahan. Bagian utara kota terdiri atas Kecamatan Biringkanaya, Kecamatan Tamalanrea, Kecamatan Tallo, dan Kecamatan Ujung Tanah.

b. Sarana Kesehatan

Keadaan sarana kesehatan di Kota Makassar dalam jumlah dan distribusi Puskesmas dan Puskesmas Pembantu sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dasar telah lebih merata. Untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang merata kepada masyarakat, Pemerintah Kota Makassar telah memprioritaskan peningkatan jangkauan dan kualitas pelayanan pada masyarakat dan menyediakan ruang yang seluas-luasnya kepada masyarakat untuk turut berpartisipasi dalam pembangunan daerah khususnya pembangunan di bidang kesehatan.

Hal ini sejalan dengan misi Pemerintah Kota Makassar untuk memberikan pelayanan kesehatan yang merata dan terjangkau bagi seluruh masyarakatnya. Jumlah Puskesmas di Kota Makassar sebanyak 46 unit. Berikut 46 Puskesmas yang ada di kota Makassar :

Tabel 4.1 : Puskesmas di Kota Makassar

No.	Puskesmas	Kode Puskesmas
1.	Dahlia	1070764
2.	Panambungan	1070765
3.	Pertiwi	1070766
4.	Mamajang	1070766
5.	Cendrawasih	1070768
6.	Barombong	1070769
7.	Jongaya	1070770
8.	Tamalate	1070771
9.	Maccini sombala	1070772
10.	Kassi-kassi	1070773
11..	Minasa upa	1070774

12.	Mangasa	1070775
13.	Ballaparang	1071285
14.	Bara-baraya	1070776
15.	Maradekaya	1070777
16.	Maccini sawah	1070778
17.	Makkasau	1070779
18.	Tarakang	1070780
19.	Andalas	1070781
20.	Layang	1070782
21.	Malimongan baru	1070783
22.	Pattingalloang	1070784
23.	Barang lompo	1070785
24.	Tabaringan	1070786
25.	Pulau kodingareng	1070787
26.	Jumpandang baru	1070788
27.	Kaluku bodoa	1070789
28.	Rappokalling	1070790
29.	Batua	1070791
30.	Karuwisi	1070792
31.	Pampang	1070793
32.	Tamamaung	1070794
33.	Toddopuli	1071286
34.	Antang	1070795
35.	Antang perumnas	1070796
36.	Tamangapa	1070797
37.	Bangkala	1070798
38.	Sudiang raya	1070799
39.	Sudiang	1070800
40.	Kapasa	1070801
41.	Tamalanrea jaya	1071287

42.	Antara	1070802
43.	Bira	1070803
44.	Tamalanrea	1070804
45.	Bulurokeng	1070805
46.	Paccerakkang	1070806

Dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan masyarakat, berbagai upaya dilakukan dengan memanfaatkan potensi dan sumberdaya yang ada termasuk yang terdapat di masyarakat. Melalui pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan diharapkan masyarakat mampu mengatasi sendiri masalah kesehatan mereka secara mandiri. UKBM 88 diantaranya adalah Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), Polindes (Pondok Bersalin Desa), Desa Siaga.

c. Visi dan Misi Kota Makassar

Visi: Mewujudkan makassar kota dunia yang nyaman untuk semua.

Misi: 1. Merekonstruksi nasib rakyat menjadi masyarakat sejahtera standar dunia
 2. Merestorasi tata ruang kota menjadi kota nyaman kelas dunia
 3. Mereformasi tata pemerintahan menjadi pelayanan publik kelas dunia bebas korupsi.

2. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kota Makassar

a. Letak geografis

Dinas Kesehatan kota Makassar terletak di ibu kota provinsi Sulawesi Selatan yaitu kota Makassar. Lokasi gedung Dinas Kesehatan kota Makassar bertempat di Kecamatan Rappocini tepatnya berada pada bagian timur Dinas

Kependudukan dan Catatan Sipil, bagian selatan jalan Teduh Bersinar, bagian utara rumah penduduk dan bagian barat jalan Teduh Bersinar Makassar.

b. Tugas dan Fungsi Dinas Kesehatan

Dinas Kesehatan mempunyai tugas pokok membantu Gubernur dalam melaksanakan kewenangan wajib Pemerintahan dibidang kesehatan yang diserahkan kepada Pemerintah Daerah sesuai dengan PP Nomor 38/2007, melaksanakan tugas dekonsentrasi dan tugas pembantuan dibidang kesehatan sesuai dengan PP nomor 7/ 2007, melaksanakan tugas lainnya yang dilimpahkan oleh Gubernur sesuai dengan tugas-tugas Dinas Kesehatan.

Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana tersebut dalam Pasal 3, di atas Dinas Kesehatan mempunyai fungsi :

1. Perumusan kebijakan teknis dibidang kesehatan sesuai dengan kebijaksanaan yang ditetapkan Gubernur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
2. Koordinasi penyusunan program pembangunan kesehatan, pengolahan data dan informasi kesehatan serta penelitian dan pengembangan kesehatan;
3. Pelaksanaan pengendalian dan pencegahan penyakit, penanggulangan wabah dan kejadian luar biasa (KLB) serta pembinaan penyehatan lingkungan;
4. Penyusunan perumusan dan penjabaran kebijakan teknis pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan khusus;

5. Pengendalian kefarmasian dan alat kesehatan, makanan dan minuman serta obat tradisional;
6. Pemberian registrasi, sertifikasi, lisensi dan akreditasi terhadap tenaga kesehatan, teknologi kesehatan dan gizi;
7. Pembinaan, pendayagunaan dan pengembangan sumber daya kesehatan, teknologi kesehatan dan gizi;
8. Pembinaan promosi kesehatan, pemberdayaan kesehatan masyarakat, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dan komunikasi publik;
9. Pembinaan, pelayanan, pengawasan, pengendalian, monitoring, evaluasi dan pelaporan penyelenggaraan kesehatan;
10. Penyelenggaraan urusan kesekretariatan dinas;
11. Melaksanakan fungsi lainnya yang dilimpahkan oleh Gubernur sesuai dengan fungsi Dinas Kesehatan;

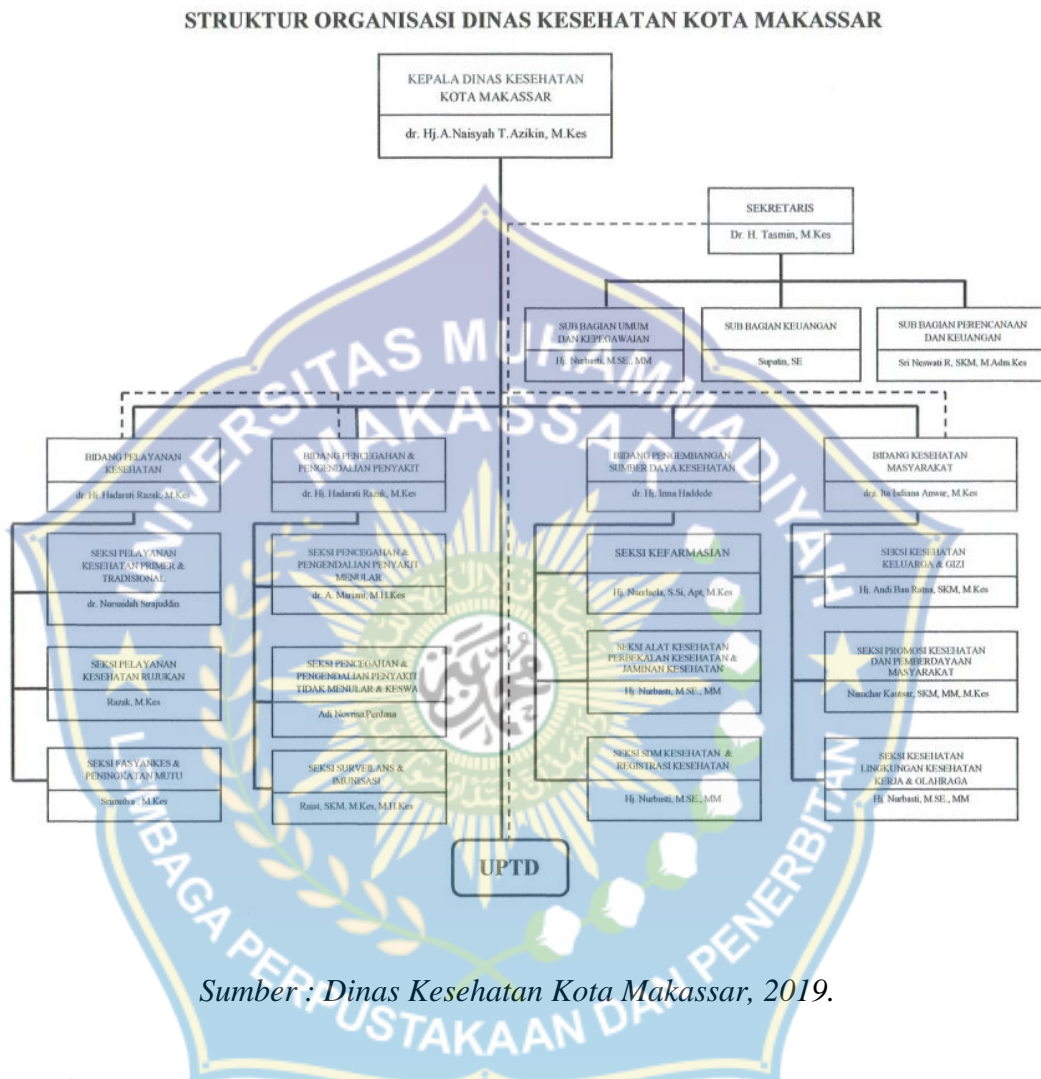
c. Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kota Makassar

Visi: Makassar sehat dan nyaman untuk semua menuju kota dunia

- Misi: 1. Meningkatkan Pelayanan Kesehatan yang merata, bermutu dan terjangkau berbasis teknologi
2. Meningkatkan kesehatan masyarakat serta pemberdayaan masyarakat
 3. Menjamin kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan kesehatan
 4. Menciptakan lingkungan sehat

d. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Makassar

Gambar 4.1: Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Makassar



3. Gambaran Umum Puskesmas Tamangapa

a. Keadaan geografis

Puskesmas Tamangapa berada dalam wilayah Kecamatan Manggala, dengan wilayah kerja meliputi dua kelurahan yaitu Kelurahan Tamangapa dan Kelurahan Bangkala. Kelurahan Tamangapa terdiri dari 7 RW dan 30 RT, dengan

luas wilayah 662 ha. Sedangkan Kelurahan Bangkala terdiri dari 14 RW dan 97 RT, dengan luas wilayah 430 ha.

Gambar 4.2 : Peta wilayah Puskesmas Tamangapa



Sumber : Puskesmas Tamangapa, 2019.

Adapun batas wilayah kerja Puskesmas Tamangapa adalah Sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Antang, Sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Gowa, Sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Gowa dan Sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Panakukang.

b. Upaya Kesehatan

Puskesmas Tamangapa memiliki 12 ruangan yang terdiri atas Ruang Periksa/Ruang Dokter, Ruang Tindakan, Ruang Kepala Puskesmas, Apotek,/Kamar Obat, Ruang Gizi dan PSM, Poliklinik Gigi, Ruang P2 dan Kesling, Ruang Tata Usaha, Ruang KIA dan KB, Ruang Laboratorium dan 2 buah WC.

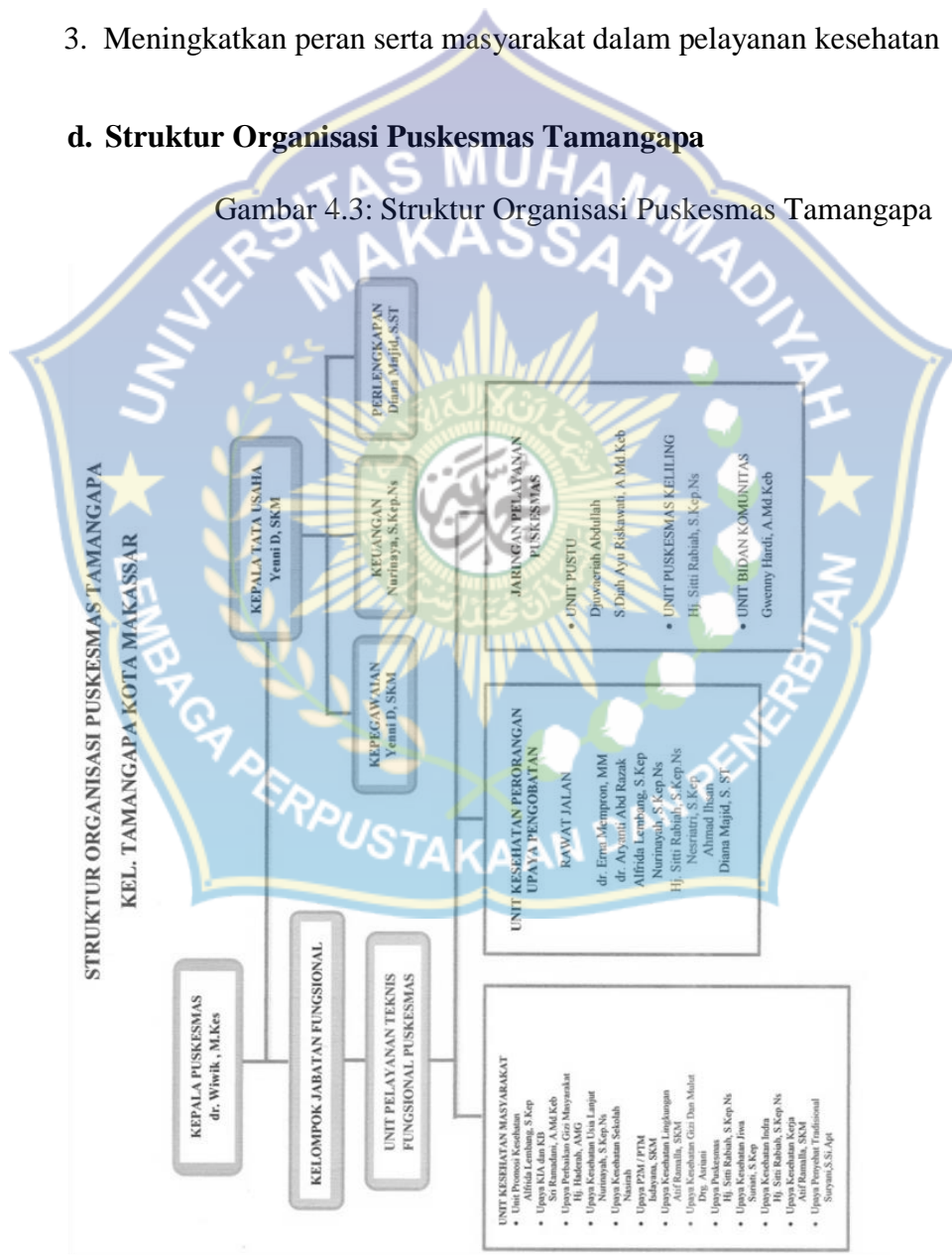
c. Visi dan Misi Puskesmas Tamangapa

Visi: Puskesmas Tamangapa menjadi pusat pelayanan kesehatan yang bermutu, berorientasi dan mandiri menuju kota dunia.

- Misi: 1. Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan
 2. Meningkatkan profesionalisme dalam pelayanan kesehatan
 3. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan

d. Struktur Organisasi Puskesmas Tamangapa

Gambar 4.3: Struktur Organisasi Puskesmas Tamangapa



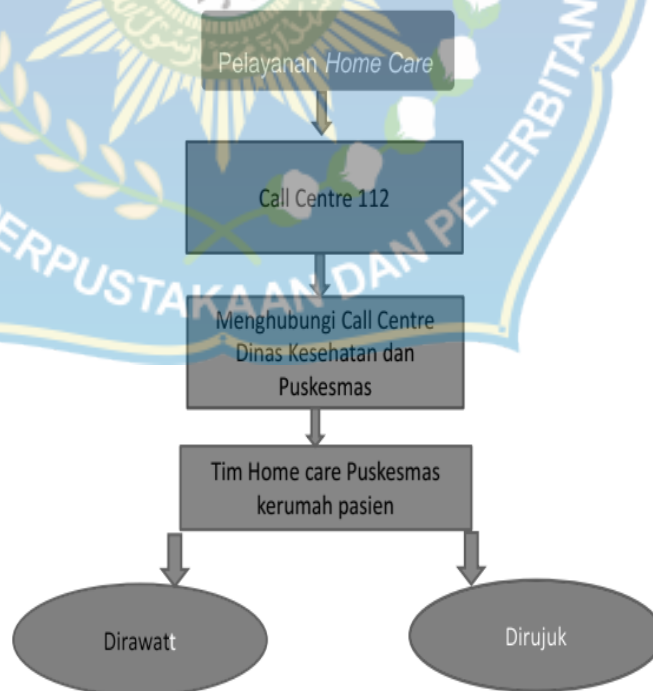
Sumber : Puskesmas Tamangapa, 2019.

B. Inovasi Pelayanan Kesehatan *Home Care (Dottorotta)* di Puskesmas Tamangapa kota Makassar

Pelayanan kesehatan merupakan hal yang utama dan dibutuhkan oleh masyarakat, baik masyarakat Kota maupun di luar Kota Makassar, layanan ini sifatnya tidak dipungut biaya atau gratis. Pasien tidak perlu memiliki kartu jaminan kesehatan atau identitas lainnya. *Home Care* membuat pelayanan kesehatan di Kota Makassar telah lebih sempurna, holistik dan komprehensif. Hal itu membuat kebutuhan pasien telah dapat terpenuhi sehingga pasien telah lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang profesional. Berikut adalah prosedur dalam pelaksanaan pelayanan *home care Dottorotta*:

Gambar 4.4 : *Prosedure* Pelayanan *Home Care*

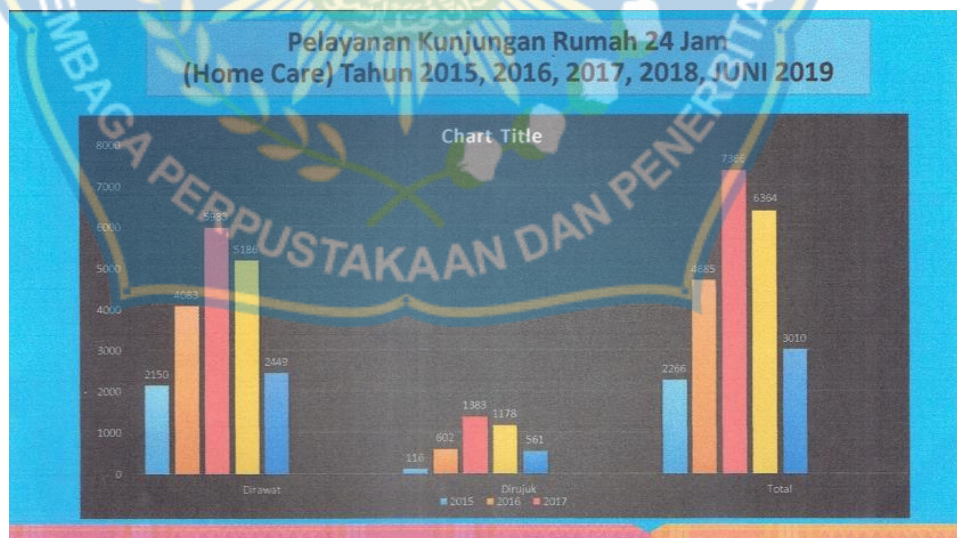
PROSEDURE PELAYANAN HOME CARE



Sumber : Puskesmas Tamangapa, 2019.

Program inovasi *Home Care* ini adalah visi dan misi dari Walikota Makassar. *Home Care* merupakan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan berkesinambungan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal, Pelayanan ini mendekatkan layanan kesehatan ke masyarakat, karena petugas medis yang mendatangi mereka kerumahnya. Bahkan, jika dalam kondisi tidak memungkinkan pasien untuk ditangani di rumah, pasien langsung dilarikan ke rumah sakit. Saat ini sudah ada beberapa unit kendaraan operasional roda empat bernama *Dottorotta* telah disiagakan 1x24 jam. *Dottorotta* ini dilengkapi dengan sejumlah obat, alat medis lainnya dan tabung oksigen. Bahkan akan dilengkapi dengan alat monitor kondisi pasien yang menghubungkan langsung ke dokter ahli melalui *wall room*. Berikut adalah data pelayanan *Home Care* dari tahun 2015 sampai Juni 2019 dari Dinas Kesehatan Kota Makassar :

Gambar 4.5 : Data Pelayanan *Home care* Tahun 2015 – 2019



Sumber : Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2019.

Jumlah pasien yang tertangani meningkat tajam dari waktu ke waktu. Pasien tidak perlu mengeluarkan sumber daya untuk perjalanan, antri ataupun

biaya. Pemerintah kota Makassar menerapkan inovasi *home care* sebagai layanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dirumahnya, disamping pelayanan puskesmas. Konsep dasarnya adalah mengubah pelayanan tunggu bola menjadi jemput bola dengan memindahkan sebagian pelayanan dasar kesehatan kerumah warga yang tidak mampu. *Home care* memastikan bahwa warga yang mengalami masalah kesehatan dapat ditolong dengan cepat.

Puskesmas Tamangapa memiliki 1 unit mobil Dottorotta yang dilengkapi dengan peralatan dan obat-obatan. Di Puskesmas Tamangapa tim *Home Care* dibagi menjadi 3 Tim dan di dukung oleh 3 petugas, seorang dokter, perawat, dan sopir yang siap siaga selama 24 jam. Dalam sebulan melayani 30 sampai 40 pasien *Home Care Dottorotta*. Dapat dikatakan bahwa masyarakat yang berada di Kelurahan Tamangapa sudah banyak yang mengetahui adanya pelayanan *Home Care*.

Gambar 4.6 : Tim *Home Care* Puskesmas Tamangapa menangani pasien



Gambar diatas adalah *Tim Home Care* Puskesmas Tamangapa yang sedang menangani pasien anak kecil berusia 3 tahun yang ingin mengganti perban setelah menjalani operasi.

Sudah cukup lama Pemerintah kota Makassar memiliki pelayanan kesehatan *Home Care "Dottorotta"*. Belakangan layanan itu diapresiasi pemerintah sebagai salah satu top inovasi pelayanan publik. Bagaimana sebetulnya layanan kesehatan ini?

1. Keuntungan Relatif (*Relative Advantage*)

Sebuah inovasi harus mempunyai keunggulan dan nilai lebih dibandingkan dengan inovasi sebelumnya. Selalu ada sebuah nilai kebaruan yang melekat dalam inovasi yang menjadi ciri yang membedakannya dengan yang lain. Keuntungan relatif atau *Relative Advantage* adalah salah satu karakteristik atau atribut inovasi yang dipakai sebagai sebuah alat untuk menjelaskan keunggulan suatu inovasi, nilai lebih, dan nilai kebaruan yang terdapat dalam suatu inovasi sehingga dapat dijadikan sebuah pembeda dengan inovasi lainnya yang ada. Dengan demikian karakteristik atau atribut inovasi keuntungan relatif menyuguhkan suatu nilai keunggulan yang dimiliki suatu inovasi yang otomatis memiliki ciri khas dan perbedaan dengan inovasi yang lain.

Pemerintah kota Makassar selaku yang melahirkan inovasi *Home Care (dottorotta)* tentunya berharap bisa memberikan keuntungan bagi masyarakat. Berikut hasil wawancara penulis dengan NS selaku penanggung jawab *Home Care* dari Dinas Kesehatan Kota Makassar mengenai Keuntungan Relatif dari adanya inovasi *Home Care (dottorotta)* :

“Keuntungannya bahwa yang ada di wilayah-wilayah pesisir, wilayah yang sulit terjangkau pelayanan kesehatan, itu bisa terjangkau dengan adanya pelayanan *home care* 24 jam. Masyarakat mudah menjangkau pelayanan kesehatan khususnya untuk pelayanan *home care*, dimana pelayanan *home care* yang sangat terasa oleh masyarakat itu layanan setelah jam 2 siang, setelah jam 2 itu kami tetap turun atau bertugas sampai pagi, dimana masyarakat yang membutuhkan kami langsung turun. Jadi mekanismenya pasien itu menelepon ke *call center* 112, dari *call center* 112 langsung menghubungi puskesmas terdekat dari tempat menelepon, nah dari puskesmas itu langsung turun ke rumah pasien, pada saat itu kami membutuhkan waktu 5 sampai 10 menit, bila tidak ada hambatan yang berarti 5 sampai 10 menit itu petugas sudah ada dirumah pasien atau menelepon. Pada saat tim *home care* memeriksa pasien, itu ada 2, apakah dia tuntas disitu, atau dia harus dirujuk kerumah sakit, nah dengan mobil *dottorotta* yang kecil itu, bisa dipakai merujuk. Jadi tempat duduk sebelah sopir itu bisa dipanjangkan layaknya pakai brankar ambulance.” (Hasil wawancara dengan informan NS 31 Juli 2019).

Senada dengan pernyataan penanggung jawab *home care* sekaligus dokter *home care* di Puskesmas Tamangapa yang mengatakan bahwa:

“Inovasi *home care* ini lebih memudahkan masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan walaupun diluar jam kerja, kan biasanya kalau sudah lewat jam 2 siang, sudah tidak bisa dilayani di puskesmas, tapi dengan adanya pelayanan *home care*, entah itu tengah malam, pagi, sore, kalau misalnya pasien ada hal-hal yang menyebabkan dia tidak mampu ke puskesmas, kita dipanggil, kita layani, kita datang, atau ada yang mau dirujuk dari rumahnya kerumah sakit, boleh juga, tidak mesti ke puskesmas lagi.” (Hasil wawancara dengan informan EM 27 Juli 2019)

Berdasarkan hasil wawancara informan NS dan EM maka dapat disimpulkan bahwa keuntungan relatif pada inovasi *home care* ini adalah masyarakat lebih mudah menjangkau pelayanan kesehatan tanpa harus ke puskesmas meskipun diluar jam kerja karena pelayanannya 24 jam, yang apabila masyarakat membutuhkan pelayanan kesehatan, cukup dengan menelepon ke *call center* 112, tim *home care* akan langsung datang kerumah menelepon. Program ini tidak memandang status warga. Siapa pun warga Makassar yang menghubungi *Call Center Home Care* Puskesmas terdekat dari rumahnya akan didatangi tim

medis reaksi cepat sesuai dengan kondisi penyakit warga. Dengan menggunakan mobil Ambulance Mini *Dottorotta* yang dilengkapi peralatan dan obat-obatan standar, dokter akan memeriksa kondisi pasien untuk menentukan tindak lanjut perawatan pasien, untuk dirawat di puskesmas atau di rumah sakit. Jika tidak membutuhkan perawatan serius, warga hanya diedukasi untuk memeriksakan kesehatannya di puskesmas. Berikut hasil wawancara penulis dengan informan NS selaku penanggung jawab inovasi *home care* dari Dinas Kesehatan kota Makassar mengenai inovasi *home care* :

“*Home care* itu ada sejak tahun 2014 akhir, dan mulai dilaksanakan dikota Makassar januari 2015, tetapi SK dalam PERWALI untuk *home care* itu ada tahun 2016. Kenapa lahir inovasi *home care*? Karena Bapak Walikota yang mempunyai gagasan bahwa dia melihat dilorong-lorong khususnya di kota Makassar, walaupun kita sudah berada di kota metropolitan tetapi masih banyak warga yang tidak terjangkau pelayanan kesehatan, khususnya dilorong-lorong, nah itulah awal mulanya kenapa inovasi *home care* ada di kota Makassar.” (Hasil wawancara dengan informan NS 31 Juli 2019).

Sebagai kesimpulan wawancara diatas bahwa pengadaan pelayanan *home care* itu secara bertahap dari tahun 2014 sampai adanya SK dalam PERWALI tahun 2016. Inovasi *home care* adalah inovasi walikota yang diteruskan ke Dinas Kesehatan, kemudian diteruskan ke Puskesmas. Inovasi ini hadir agar masyarakat tidak kesulitan lagi mendapatkan pelayanan kesehatan khususnya di lorong-lorong.

Berikut hasil wawancara penulis dengan informan MA selaku masyarakat yang merasakan pelayanan kesehatan *home care* mengenai keuntungan relatif :

“Saya sangat terbantu dengan adanya *home care* ini, karena waktu anak saya sakit dan sudah malam, darurat juga, jadi saya langsung hubungi *home care*. Timnya juga sigap, ramah dan peralatannya lengkap..” (Hasil wawancara dengan informan MA 01 Agustus 2019).

Senada dengan pernyataan masyarakat yang pernah merasakan layanan *home care* yang mengatakan bahwa :

“Selama ada ini (program *home care*) saya sudah tidak khawatir dengan biaya pengobatannya, apalagi kita ini rakyat kecil, belum lagi kalo biaya transportasinya ke puskesmas atau rumah sakit, ini tinggal di telpon, dokternya datang kerumah.” (Hasil wawancara dengan informan SI 03 Agustus 2019).

Sebagai kesimpulan wawancara informan MA dan SI diatas bahwa berkat layanan ini, masyarakat tidak perlu khawatir lagi apabila membutuhkan pelayanan kesehatan, entah itu tengah malam, pagi, apabila pasien ada hal-hal yang menyebabkan dia tidak mampu ke puskesmas, tim *home care* akan melayani dan mendatangi pasien. Disamping itu juga, pelayanan kesehatan *home care* ini tidak dipungut biaya. Banyaknya masyarakat miskin yang tidak mampu ke puskesmas walau layanan di unit kesehatan itu diberikan gratis, dikarenakan tidak mempunyai kemampuan memperoleh transportasi yang cepat ke layanan kesehatan, juga dikarenakan wilayah tempat tinggal yang terpencil. Kemiskinan dan kesehatan adalah dua hal yang sangat berkaitan satu sama lain. Jadi tidak ada alasan lagi bagi masyarakat untuk tidak mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini dipertegas oleh EM selaku penanggung jawab sekaligus dokter *home care* di Puskesmas Tamangapa yang mengatakan bahwa:

“Pelayanan *home care* itu tidak dipungut biaya, alias gratis. Keluarga yang tinggal di Maros kemudian berkunjung ke kota Makassar lalu dia sakit, itu berhak mendapatkan pelayanan *home care* bila dalam keadaan darurat. Apabila dia dirujuk kerumah sakit, kita hanya sampai batas rumah sakit setelah itu urusan pasien dengan pihak rumah sakit, karena kalau kita merujuk, otomatis pasien mempunyai kartu JKN karena setelah itu kita lepas tangan.” (Hasil wawancara dengan informan EM 27 Juli 2019)

Sebagai kesimpulan wawancara informan EM diatas, bahwa pelayanan *home care* ini sangat membatu masyarakat apalagi dari segi ekonomi. Program ini tidak memandang status warga. Siapa pun warga Makassar yang menghubungi *Call Center Home Care* Puskesmas terdekat dari rumahnya akan didatangi tim medis reaksi cepat sesuai dengan kondisi penyakit warga.

Berdasarkan hasil penelitian dan observasi di lokasi penelitian bahwa keuntungan relatif dari inovasi *home care* bahwa layanan ini mendekatkan layanan kesehatan ke masyarakat karena petugas medis yang mendatangi rumah pasien, bahkan jika dalam kondisi tidak memungkinkan pasien untuk ditangani di rumah dapat langsung dilarikan ke rumah sakit. Untuk mendapatkan pertolongan pada *Home Care Dottorotta*, pasien terlebih dahulu harus menghubungi kontak nomor Makassar *Home Care Dottorotta*. Program ini juga melibatkan akan kesadaran masyarakat untuk sadar akan kesehatannya sendiri, bahwasanya kalau masyarakat tidak sempat ke puskesmas atau rumah sakit, boleh melalui *home care*. Program *home care dottorotta* merupakan pelayanan kesehatan selama 24 jam dan layanan ini sifatnya tidak dipungut biaya atau gratis. Dari segi ekonomi program *home care dottorotta* mampu membatu masyarakat yang kurang mampu. Melalui inovasi tersebut pemerintah Kota Makassar telah berhasil meraih penghargaan Top 35 inovasi pelayanan publik 2016 yang diserahkan langsung oleh Wakil Presiden RI, Jusuf Kalla.

2. Kesesuaian atau *Compability*

Kompatibel ialah tingkat kesesuaian inovasi dengan nilai, pengalaman lalu, dan kebutuhan dari penerima. Hal tersebut dimaksudkan agar inovasi yang

lama tidak serta merta dibuang begitu saja selain karena alasan faktor biaya yang sedikit namun juga inovasi yang lama menjadi bagian dari proses transisi ke inovasi baru, selain itu, dapat memudahkan proses adaptasi dan proses pembelajaran terhadap inovasi secara lebih cepat, akan tetapi, inovasi yang tidak sesuai dengan nilai atau norma yang diyakini oleh penerima tidak akan diterima secepat inovasi yang sesuai dengan norma yang ada di masyarakat. Berikut hasil wawancara penulis dengan informan NS selaku penanggung jawab *home care* di Dinas Kesehatan kota Makassar mengenai kesesuaian dalam pelaksanaan inovasi *home care* :

“*Home care* itu memang ada di pelayanan *home care* di PERMENKES No.75, diperkuat dengan adanya PERWALI No.63 Tahun 2016, jadi kuat dasar hukumnya untuk pelayanan *home care*.” (Hasil wawancara dengan informan NS 31 Juli 2019).

Senada dengan pernyataan penanggung jawab sekaligus dokter *home care* di Puskesmas Tamangapa yang mengatakan bahwa :

“Kalau bicara sesuai tidaknya, ada SK *home care* yang kita dikasi dari Dinas Kesehatan, itu patokannya kita, habis itu kita membuat lagi SK puskesmas untuk penyuluhan penanggung jawab dan yang terlibat didalamnya, Adapun kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan didalam itu saya rasa secara teknisnya tidak ada yang menyalahi aturan, karena yang pertama di *home care* itu ka nada system pertanggung jawabannya, jadi yang dikirim ke dinas kesehatan itu ada foto dokumentasi, foto digunakan untuk pelaporan saja. Dan kami tidak pernah mengekspos kegiatan-kegiatan. Persetujuan tindakan, persetujuan pemeriksaan,ada setiap pasien.” (Hasil wawancara dengan informan EM 27 Juli 2019)

Sebagai kesimpulan wawancara diatas bahwa pengadaan pelayanan *home care* itu sesuai dengan hukum atau aturan yang berlaku. Tindakan pemeriksaan layanan *home care* berjalan sesuai norma-norma yang ada. Untuk menanganngani seorang pasien yang sakit di suatu rumah tentu haruslah teruji. Karena hal ini

merupakan pekerjaan dengan tanggung jawab yang cukup berat, pekerjaan ini berhubungan dengan nyawa seseorang yang dirawat oleh seseorang dari *home care* tersebut. Maka dari itu peran dalam tim *home care* harus jelas dan tidak boleh salah atau asal-asalan. Pihak *home care* juga harus memilih perawat yang berpengalaman dan berkualitas dalam merawat orang sakit. Lebih dari itu seorang perawat juga harus memiliki ilmu pengetahuan yang lebih, tentang suatu penyakit atau kesehatan pasien. Berikut hasil wawancara penulis dengan informan NS selaku penanggung jawab *home care* di Dinas kesehatan kota Makassar mengenai pelaksanaan inovasi *home care* :

“*Home care* itu ada disemua puskesmas, 46 puskesmas ada *home care*, di semua puskesmas ini terbentuk namanya tim *home care*, tim *home care* itu berdasarkan SDM yang ada di puskesmas, SDM itu ada yang membuat SK nya 3 atau 4 tim, ada juga cuma 2 tim, nah 1 tim terdiri atas 1 dokter, 1 perawat, dan 1 sopir, jadi mereka bertiga. Transport mereka turun itu dibayarkan oleh Dinas Kesehatan, kami menganggarkan di Dinas Kesehatan itu perkali turun mereka 100 ribu perorang, jadi tidak melihat apakah dia itu dokter, perawat, dan dia sopir karena ini transport, nah kalau mereka turun berkali-kali, itu dikalikan dengan 100 ribu.” (Hasil wawancara dengan informan NS 31 Juli 2019).

Sebagai kesimpulan wawancara diatas bahwa setiap puskesmas terbentuk tim *home care* yang siap untuk masyarakat yang perlu pelayanan kesehatan, disamping itu Dinas kesehatan sudah menganggarkan biaya transport untuk setiap orang dalam tim *home care*.

Berdasarkan hasil penelitian dan observasi di lokasi penelitian bahwa kesesuaian dari inovasi *home care* ini adalah konsep standar pelayanan, sebuah standar pelayanan seharusnya memuat norma-norma pelayanan kesehatan yang akan diterima oleh pengguna layanan. *Home care* sebagai program inovatif di bidang kesehatan pemerintah kota Makassar adalah pelayanan kesehatan yang

berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka. Dalam pelayanan *Home Care*, terdapat beberapa unsur pelayanan yang tercakup di dalamnya, yaitu: Pengelola adalah Dinas Kesehatan Kota Makassar yang bertanggung jawab terhadap pelayanan *Home Care* Kota Makassar; Pelaksana terdiri dari dokter, perawat, bidan, tenaga gizi, apoteker, sanitarian dan tenaga profesi yang lain; dan Klien adalah pasien *Home Care* dan keluarga yang bertanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan pelayanan sehari-hari pasien.

3. Kerumitan (*Complexity*)

Complexity atau kerumitan merupakan indikator ketiga yang terdapat dalam atribut inovasi yang digunakan untuk mengetahui tingkat kerumitan dari adanya inovasi tersebut. Dengan adanya inovasi tingkat kerumitan dari prosedur pelayanan bisa jadi lebih tinggi dari pada prosedur pelayanan sebelumnya. Tetapi inovasi menawarkan cara yang lebih baru dan lebih baik, tergantung bagaimana suatu organisasi menjalankan inovasi tersebut.

Kompleksitas adalah tingkat kesukaran untuk memahami dan menggunakan inovasi bagi penerima, dengan sifatnya yang baru maka inovasi mempunyai tingkat kerumitan yang lebih tinggi dibandingkan dengan inovasi sebelumnya. Namun, karena sebuah inovasi menawarkan cara yang lebih baru dan lebih baik maka tingkat kerumitan ini pada umumnya tidak menjadi masalah yang penting. Berikut hasil wawancara penulis dengan informan NS selaku penanggung jawab *home care* di Dinas kesehatan kota Makassar mengenai kerumitan dalam pelaksanaan inovasi *home care* :

“Yang menjadi kerumitan atau kendala di *home care* ini, di awal itu kan kita pelayanannya 24 jam otomatis yang menghambat itu kalau jam-jam tengah malam, ada telfon tengah malam, dimana pada saat petugas sementara lagi tidur terlelap, jadi serta merta harus dulu dibangunkan sopirnya, harus dulu dibangunkan timnya, itu agak lambat pelayanannya, tetapi bila dalam kondisi dia tidak tidur, cepat tanggapnya seperti pada saat jam-jam yang biasa. Di awal juga masih ada pasien walaupun sakitnya masih bisa diobati di puskesmas, dia tetap menelfon ke *home care*, misalnya batuk pilek, sakit kepala, gatal-gatal, itukan hal yang sebenarnya bisa diselesaikan di puskesmas, karena mungkin pemahamannya mereka bahwa apapun penyakitnya akan dikunjungi, nah itu kendala di awal-awal, tetapi dengan berjalannya waktu, berjalan dari tahun ke tahun, kita melakukan perubahan-perubahan yang menuju kearah yang lebih baik.” (Hasil wawancara dengan informan NS 31 Juli 2019).

Sebagai kesimpulan wawancara diatas bahwa pada awal-awal berjalannya *home care* masih banyak masyarakat yang masih kurang pemahamannya tentang program layanan ini. Program ini adalah pelayanan kesehatan masyarakat yang betul-betul tidak bisa menjangkau layanan kesehatan dalam artian dia tidak bisa bangkit ataupun berjalan untuk ke puskesmas. Program *home care* lebih berpatokan pada penyakit kalau pasien betul-betul tidak bisa menjangkau layanan kesehatan.

Berikut hasil wawancara dari informan EM penanggung jawab sekaligus dokter *home care* di puskesmas Tamangapa mengenai kerumitan pada pelaksanaan inovasi *home care* :

“Kendalanya itu kalau misalkan ada tiba-tiba 2 pasien yang bersamaan untuk ditangani, tapi pasien yang lebih gawat lebih dahulu ditangani, pasien yang satunya mungkin harus lebih sabar atau menunggu setelah pasien yang satunya ditangani, untuk ke pasien yang satunya mungkin agak tertunda dengan catatan sudah mengetahui kondisi pasien, maka pasien yang lebih gawat didahulukan atau panggil tim lain untuk menanganinya. Kendala-kendala lainnya apabila ada yang menelfon ke 112, begitu petugas berkunjung, ternyata rumah kosong, tidak ada orang sakit. Tetapi kendala-kendala itu bukan berarti stop sampai disitu. Dan Alhamdulillah lambat laun berkurang kendala-kendalanya itu sampai saat ini karena kita

terus mengevaluasi bagaimana kita bisa menjadi lebih baik dari tahun ke tahun.” (Hasil wawancara dengan informan EM 27 Juli 2019)

Berdasarkan paparan diatas dapat diketahui bahwa kerumitan atau kesulitan pada pelaksanaan inovasi *home care* ini adalah pada saat petugas *home care* mendapatkan penelpon *home care* yang bersamaan, dalam hal ini petugas *home care* agar lebih sigap dan tanggap dalam melaksanakan pelayanan karena tidak mudah melakukan program ini diluar jam kerja apalagi jam-jam tertentu.

Berikut hasil wawancara penulis dengan informan SI selaku masyarakat yang merasakan pelayanan kesehatan *home care* mengenai kerumitan inovasi *home care* :

“Itu biasa nomor *home care*, sebenarnya bagusmi dulu ada nomor untuk langsung di puskesmas, tapi ini katanya nelpon ke 112, jadi agak lambatki kurasa.” (Hasil wawancara dengan informan SI 03 Agustus 2019).

Senada dengan pernyataan informan JA selaku masyarakat yang merasakan pelayanan kesehatan *home care* :

“Ini *home care* bingungka yang mana di hubungi, karna dulu sebelumnya ada memang untuk puskesmas masing-masing tapi di ubah lagi jadi 112.” (Hasil wawancara dengan informan JA 03 Agustus 2019).

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan SI dan JA yang mengatakan bahwa dirinya kesulitan soal *call center*nya yang diubah, karena sebelumnya ada *call center* puskesmas Tamangapa dan sekarang sudah dialihkan ke 112. Hal ini dipertegas oleh NS selaku penanggung jawab *home care* di Dinas Kesehatan kota Makassar yang mengatakan bahwa:

“Jadi mekanismenya pasien itu menelepon ke *call center* 112, karena disana sudah ada pemetaan wilayah, nah dari sana langsung menghubungi puskesmas yang terdekat dari tempat penelepon. Kalau dari 112 tidak nyambung, bisa langsung menelepon ke penanggung jawab puskesmas,

tapi sebaiknya menelepon ke *call center* 112.” (Hasil wawancara dengan informan NS 31 Juli 2019).

Berdasarkan paparan diatas dapat diketahui bahwa masyarakat yang ingin mengakses pelayanan *home care* di satukan dalam *call center* 112. 112 merupakan layanan bebas pulsa baik menggunakan ponsel maupun telpon rumah dan bisa diakses setiap saat selama 24 jam penuh.

Berdasarkan hasil wawancara dari informan dapat ditarik kesimpulan bahwa dalam pelaksanaannya ada beberapa kendala dirasakan oleh pelaksana program *home care*, sebagai berikut:

1. Pada awal program petugas merasakan adanya rasa kurang percaya masyarakat terhadap pelayanan *Home Care*. Hal ini terjadi karena program ini terhitung baru. Masyarakat belum mempercayai kemampuan program dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan keluarganya. Sebagai sosialisasi maka, sosialisasi dilakukan dengan memasuki wilayah-wilayah penduduk pinggiran di Kota Makassar. Sosialisasi dilakukan dengan melibatkan seluruh *stakeholder* terutama aparat Pemerintah setempat, tokoh masyarakat dan kader kesehatan.
2. Program ini juga awalnya terkendala pada situasi dan keadaan lingkungan serta akses transportasi. Sebagian wilayah layanan berada di lorong-lorong yang sempit. Maka untuk mengatasinya dilakukan dengan melakukan modifikasi terhadap armada *Home Care* yang cocok dengan daerah sempit. Mobil *Home Care Dottorotta* adalah kendaraan mungil dan ramping yg bisa menembus lorong-lorong sempit.

3. Sering ada panggilan kunjungan yang tidak diperlukan. Ada masyarakat yang sebenarnya kendala kesehatannya ringan dan masih bisa diatasi sendiri serta masih bisa menjangkau puskesmas tetapi sudah melakukan panggilan ke *Home Care*. Hal ini tentu akan membuang waktu, tenaga dan biaya. Kendala ini diatasi dengan melakukan kegiatan pengecekan terlebih dahulu sebelum berangkat. Pengecekan dilakukan dengan cara menghubungi kembali nomor telepon yang diberikan oleh calon keluarga pasien oleh tim *Home Care* sebelum tim *Home Care* turun ke rumah pasien.

Kerumitan atau kesulitan dari program *home care* lebih kepada skill sumber daya manusianya yang berbeda walaupun tersedia dan kebutuhan masyarakat apabila dalam situasi tertentu sehingga tujuan dari program tersebut tidak terganggu dan dapat tercapai. Beberapa inovasi tentu ada yang dengan mudahnya dapat dipahami ataupun digunakan ada juga yang sebaliknya semakin sulit untuk dipahami dan dimengerti maka semakin lama suatu inovasi dapat diadopsi.

Dengan kerumitan yang ada pada inovasi *home care* tentunya akan berpengaruh kepada masyarakat juga selaku pengguna dan inovasi *home care* juga tentunya harus bisa cocok pada semua situasi jika yang layanan 24 jam akan tetapi ketika masyarakat membutuhkan layanan itu pada situasi tertentu seperti pada tengah malam tapi dari pelaksana *home care* tidak siap karena tidak adanya sumber daya manusia tentunya akan membuat inovasi *home care* akan sulit.

C. Sarana dan Prasarana dalam inovasi pelayanan kesehatan *Home Care*

Kelengkapan sarana prasarana yang baik merupakan hal yang sangat penting dalam menciptakan kepuasan pelanggan. Sarana prasarana pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai proses kerjasama pendayagunaan semua sarana dan prasarana kesehatan secara efektif dan efisien untuk memberikan layanan secara profesional dibidang sarana dan prasarana dalam proses pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien pula (Muhammad dalam Yunari, 2017).

Berikut hasil wawancara penulis dengan informan NS selaku penanggung jawab *home care* di Dinas kesehatan kota Makassar mengenai Sarana dan Prasarana dalam pelaksanaan inovasi *home care* :

“Sarana dan Prasarana itu, ada mobil *home care*, pengadaan kita Tele-EKG, Tele-USG, itu semua bertahap. Itu tidak serta merta, jadi 2014, 2015, itu kita adakan setengah dulu dari puskesmas yang ada, sudah itu kita pengadaan lagi 2016, 2017, 2018, sampai 2019 itu hanya pemeliharaan saja. Mobil jumlahnya 48, kita simpan 2 mobil di kantor Dinas Kesehatan kota Makassar, itu agar supaya kita juga mempunyai tim bayangan disini, 46 kita sebar kesemua puskesmas, 1 puskesmas, 1 mobil *home care*.” (Hasil wawancara dengan informan NS 31 Juli 2019).

Senada dengan pernyataan penanggung jawab sekaligus dokter *home care* di Puskesmas Tamangapa yang mengatakan bahwa :

“Ada mobil *home care*, perlengkapan Tele-EKG dan Tele-USG juga sudah disiapkan dari dinas kesehatan dll. Sarana dan Prasarana saya rasa sudah cukup memadai dan lengkap di Puskesmas Tamangapa ini.” (Hasil wawancara dengan informan EM 27 Juli 2019)

Dari beberapa hasil wawancara diatas maka dapat diketahui bahwa sarana dan prasarana dalam inovasi *home care* sudah cukup memadai, dengan sarana dan prasarana yang lengkap petugas *home care* ini dapat menjalankan tugas dan tujuannya dengan baik untuk pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Secara keseluruhan berdasarkan hasil wawancara dari informan dapat ditarik kesimpulan bahwa program *Home Care* dapat berjalan dengan baik yang didukung sarana dan prasarana yang memadai. Fasilitas ini perlu disediakan untuk mempermudah dan mempercepat pelayanan atas dasar pelayanan yang murah, cepat dan berkualitas. Adapun sarana dan Prasarana yang telah disiapkan Dinas kesehatan kota Makassar antara lain: 48 Unit Mobil *Home Care*, 46 Tele-Ekg, 46 Tele-Usg, 7 Tele-Spirometri yang tersebar di Puskesmas yang ada di kota Makassar. Begitu juga sarana dan prasarana pada Puskesmas Tamangapa sudah cukup memadai sehingga dalam pelaksanaan inovasi *Home Care (Dottorotta)* dapat berjalan dengan baik dan lancar.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil observasi penulis yang diangkat dalam pembahasan terkait Inovasi Pelayanan Kesehatan Melalui Program *Home Care (Dottorotta)* Di Puskesmas Tamangapa Kota Makassar, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa Inovasi *Home Care Dottorotta* merupakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat kota makassar selama 24 jam yang ada sejak tahun 2014 dan mulai dilaksanakan di kota Makassar Januari 2015. *Home Care* membuat pelayanan kesehatan di Kota Makassar telah lebih sempurna, holistik dan komprehensif.

1. Keuntungan Relatif (*Relative Advantage*)

Kuntungan relatif dari adanya inovasi *Home care* ini adalah masyarakat lebih mudah menjangkau pelayanan kesehatan tanpa harus ke rumah sakit atau puskesmas meskipun diluar jam kerja karena pelayanannya 24 jam. Program ini tidak memandang status warga.

2. Kesesuaian (*Compatibility*)

Pengadaan pelayanan *home care* itu sesuai dengan hukum atau aturan yang berlaku. Tindakan pemeriksaan layanan *home care* berjalan sesuai norma-norma yang ada.

3. Kerumitan (*Complexity*)

Kerumitan pada inovasi *home care* yaitu layanan 24 jam, ketika masyarakat membutuhkan layanan itu pada situasi tertentu seperti pada tengah malam tapi dari pelaksana *home care* tidak siap tentunya akan membuat inovasi

home care akan sulit. Serta pemahaman masyarakat tentang program layanan ini masih kurang.

2. Sarana dan Prasarana dalam inovasi pelayanan kesehatan *Home care*

Adapun sarana dan Prasarana yang telah disiapkan Dinas kesehatan kota Makassar antara lain: 48 Unit Mobil *Home Care*, 46 Tele-Ekg, 46 Tele-Usg, 7 Tele-Spirometri yang tersebar di Puskesmas yang ada di kota Makassar. Begitu juga sarana dan prasarana pada Puskesmas Tamangapa sudah cukup memadai sehingga dalam pelaksanaan inovasi *Home Care (Dottorotta)* dapat berjalan dengan baik dan lancar.

B. Saran

Program ini harus dipertahankan keberadaannya terutama jaminan bahwa program terus berjalan. Untuk itu harapan penulis untuk inovasi *home care* ini adalah agar terus dilakukan sosialisasi dan penyuluhan terkait bagaimana sebenarnya layanan kesehatan *home care* tersebut guna menciptakan kerjasama yang baik dari petugas pelayanan *home care* dengan masyarakat yang masih kurang paham dengan program ini.

Daftar Pustaka

- Ali, F.A dkk. 2015. *Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Puskesmas Siko Dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate Tahun 2014*. Dikutip dari Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Unsrat Vol.5, No.3.
- Adawiyah, Rizqiana. 2015. *Gambaran Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Sedan Kabupaten Rembang Jawa Tengah Tahun 2015*. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Ancok, Djameludin. 2012. *Psikologi Kepemimpinan & Inovasi*. Erlangga: Jakarta.
- Anggraeny, C. 2013. *Inovasi Pelayanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan di Puskesmas Jagir Kota Surabaya*. Jurnal Kebijakan Publik dan Manajemen Publik, Vol.1 No.1.
- Arianto, K., & Fitriana, E. N. 2013. *Modal sosial dalam kemandirian masyarakat di bidang kesehatan*. JKAP. Jurnal Kebijakan dan Administrasi Publik. Vol. 17 No. 2, 37- 49.
- Artha, Ardian. 2016. *Inovasi dan Good Practise Pelayanan Kesehatan di Kota Yogyakarta*. S2 Manajemen dan Kebijakan Publik.
- Azikin, Naisyah. 2017. *Pelayanan Telemedisin Kota Makassar*. DJPK: Departemen Keuangan.
- Aziz, I.K dkk. 2018. *Pengaruh Kualitas Layanan Home Care Terhadap Kepuasan Dan Kepercayaan Pasien Di Kecamatan Panakkukang Kota Makassar*. Di kutip dari Jurnal Kesehatan, Vol.1 No. 3
- Djaenuri, M.Aries. 2014. *Sistem Pemerintahan Daerah*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Djamrut, D. E. 2015. *Inovasi Pelayanan Publik di Kecamatan Sungai Kunjang Kota Samarinda*. Di kutip dari Jurnal Ilmu Pemerintahan Vol.3, No.3
- Fadli, Muhammad. 2016. *Inovasi Pemerintah Daerah Dalam Pembangunan Fisik (Studi Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Dinas Pekerjaan Umum (Uptd Pu) Di Kabupaten Penajam Paser Utara)*. Di kutip dari Jurnal Ilmu Pemerintahan Vol.4, No.4
- Mahsyar, A. 2011. *Masalah Pelayanan Publik di Indonesia dalam Perspektif Administrasi Publik*. Di kutip dari Jurnal Ilmu Pemerintahan Vol.1, No.2

- M. Tahir, Muchlas. 2018. *Inovasi Pemerintah Daerah Dalam Pelaksanaan Program Smart Card Di Kota Makassar*.
- Muluk, Khairul M.R. 2008. *Knowledge Management: Kunci Sukses Inovasi Pemerintah Daerah*. Banyumedia Publishing, Malang.
- Mulyanasari, F. 2014. *Evaluasi Pelaksanaan Pendidikan Pasien dan Keluarga Pada Pelayanan Home Care Berstandar Joint Commission International Di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta* (Doctoral dissertation, Universitas Gadjah Mada).
- Ningrum, R. M. dkk. 2014. *Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan BPJS Terhadap Kepuasan Pasien Di Poli Klinik THT Rumkital dr. Ramelan Surabaya*. Surabaya: STIKES Hang Tuah
- Ningtyas dkk.2014.*Upaya Pemerintah Daerah dalam Meningkatkan Kapasitas Kelembagaan (Studi pada Bagian Organisasi dan Tata Laksana Pemerintah Kota Blitar)*. Di kutip dari Jurnal Administrasi Publik Vol.2, No.4
- Prawira, Maulana arief. 2014. *Inovasi Layanan (Studi Kasus Call Center SPGDT 119 sebagai Layanan Gawat Darurat pada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta)*.Di kutip dari Jurnal Administrasi Publik Vol.2, No.4
- Putra,Arjuna, J.A. 2018. *Inovasi Pelayanan Publik Bidang Kesehatan Berbasis Home Care Di Kota Makassar*. Di kutip dari Jurnal Administrasi Publik Vol.3, No.3
- Rahmi, U., & Ramadhanti, D. 2017. *Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Manajemen Pelayanan Hospital Homecare Di Rsud Al-Ihsan Jawa Barat*. Di kutip dari Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia Vol.3, No.1
- Respati, S. A. 2015. *Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Di Puskesmas Halmahera Kota Semarang Tahun 2014*.Universitas Negeri Semarang.
- Rifqiya, P. 2013. *Implementasi Kebijakan Peraturan Walikota Bandung No. 996 Tahun 2009 Tentang Pedoman Operasional Pemeriksaan Reguler Inspektorat Kota Bandung*.
- Roip, P. N. 2017. *Perancangan Model Data Sistem Pelayanan Kesehatan Mandiri (Homecare) Di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya*.Di kutip dari Jurnal Ilmu dan Teknik Teknologi Vol.1, No.3

- Rusdiana. 2014. *Konsep Inovasi Pendidikan*. Bandung : CV.Pustaka Setia
- Saenab. 2017. *Inovasi Pelayanan Publik Dalam Pelayanan Kesehatan Melalui Program Home Care (Dottorotta) Di Kota Makassar*. Universitas Hasanuddin.
- Sari, D. P. 2017. *Inovasi pemerintah daerah dalam peningkatan Pendapatan Asli Daerah Di Kabupaten Bone*. Universitas Hasanuddin
- Sukowati, N. P. 2013. *Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Non Kuota (Jaminan Kesehatan Daerah Dan Surat Pernyataan Miskin)(Studi Di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)*. Jurnal Administrasi Publik, Vol.1 No. 6, 1195-1202.
- Sutarjo, U. S. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Suwarno, Yogi. 2008. *Inovasi di Sektor Publik*. Jakarta: STIA LAN Press
- Tamimi, Zindar. 2015. *Inovasi Manajemen Pelayanan Publik TimEmergency Service kabupaten bantaeng*. Dikutip dari Jurnal politika Vol.6 No.1
- Trimurthy, I.G.A. 2008. *Analisis hubungan persepsi pasien tentang mutu pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Pandanaran Kota Semarang* (Doctoral dissertation, Program Pascasarjana Universitas Diponegoro).
- Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
- Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah
- Widodo, Tri & Utomo. 2016. *Inovasi Sebagai Keniscayaan Baru Dalam Ilmu Dan Praktek Administrasi Publik Di Indonesia*. Bandung: Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi.
- Wulandari, F. 2016. *Efektivitas Penerapan Layanan E-Puskesmas Di Kota Makassar* (Doctoral dissertation). Universitas Hasanuddin.
- Yunari, I. 2017. *Pengaruh Sarana Prasarana Dan Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien (Studi Pada Pasien Rawat Jalan Unit Poliklinik IPDN Jatinangor)*. Coopetition, Vol.8, No.2

LAMPIRAN



Lokasi Penelitian



Lokasi Penelitian



Mobil Home Care Dottorotta Puskesmas Tamangapa



Peralatan Home Care Dottorotta



Gambar diatas adalah wawancara dengan Dr. Erna Mempron, MM Penanggung Jawab *Home Care* sekaligus Dokter *Home Care* di Puskesmas Tamangapa



Gambar diatas adalah wawancara dengan Dr. Nursaidah Sirajuddin Penanggung Jawab *Home Care* Dinas Kesehatan Kota Makassar



Tim Home Care Puskesmas Tamangapa yang sedang menangani pasien



Tim Home Care Puskesmas Tamangapa yang sedang menangani pasien



Masyarakat yang merasakan pelayanan Home Care



Masyarakat yang pernah merasakan pelayanan *Home Care*



Masyarakat yang pernah merasakan pelayanan *Home Care*



**Universitas
Muhammadiyah
Makassar**
Integrity - Professionalism - Entrepreneurship

Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Faculty of Social and Political Sciences

Menara Iqra Lantai 5 - Jalan Sultan Alauddin No. 259 Makassar 90221
Telp: (0411) 866 972 Fax: (0411) 865 588
Official Email : fisip@unismuh.ac.id
Official Web : <https://fisip.unismuh.ac.id>

Nomor : 1432 /FSP/A.6-VIII/VI/1440 H/2019 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.

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

Nama Mahasiswa : St. Raodah Syam

Stambuk : 105640226715

Jurusan : Ilmu Pemerintahan

Lokasi Penelitian : Di Pusat Kesehatan Masyarakat Tamangapa Kota Makassar.

Judul Skripsi : *"Inovasi Pemerintah Daerah dalam Pelayanan Kesehatan Melalui Program Home Care (Dottorotta) 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, 17 Juni 2019

Dekan,

Ub. Wakil Dekan I

Dr. Burhanuddin S.Sos., M.Si

NPM. 1084 366



Kemajuan Untuk Bangsa dan Ummat Manusia
Progress for the Nation and Humankind

Ilmu Administrasi Negara - Ilmu Pemerintahan - Ilmu Komunikasi
Public Administration - Government Studies - Communication Science



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

LEMBAGA PENELITIAN PENGEMBANGAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jl. Sultan Alauddin No. 259 Telp.866972 Fax (0411)865588 Makassar 90221 E-mail :lp3munismuh@plasa.com



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 1884/05/C.4-VIII/V/1440/2019
Lamp : 1 (satu) Rangkap Proposal
Hal : Permohonan Izin Penelitian

14 Syawal 1440 H
17 June 2019 M

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

أَسْأَلُكُمْ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ وَرَحْمَةً لِقَدْرِهِ

Berdasarkan surat Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Muhammadiyah Makassar, nomor: 1432/ESP/A.6-VIII/VI/1440 H/2019 M tanggal 15 Juni 2019, menerangkan bahwa mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : ST. RAODAH SYAM
No. Stambuk : 10564 0226715
Fakultas : Fakultas Ilmu Sosial dan Politik
Jurusan : Ilmu Pemerintahan
Pekerjaan : Mahasiswa

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

"Inovasi Pemerintah Daerah dalam Pelayanan Kesehatan Melalui Program Home Care (Dottirota) di Kota Makassar"

Yang akan dilaksanakan dari tanggal 22 Juni 2019 s/d 22 Agustus 2019.

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.

أَسْأَلُكُمْ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ وَرَحْمَةً لِقَدْرِهِ

Ketua LP3M,



Dr. Ir. Abubakar Idhan, MP.
NBM 101 7716



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

Nomor : 17770/S.01/PTSP/2019
Lampiran :
Perihal : **Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Walikota Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Ketua LP3M UNISMUH Makassar Nomor : 1884/05/C.4-VIII/VI/1440/2019 tanggal 17 Juni 2019 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **ST. RADAH SYAM**
Nomor Pokok : 105640226715
Program Studi : Ilmu Pemerintahan
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 :

" INOVASI PEMERINTAH DAERAH DALAM PELAYANAN KESEHATAN MELALUI PROGRAM HOME CARE (DOTTOROTTA) DI KOTA MAKASSAR "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 22 Juni s/d 22 Agustus 2019

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

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 18 Juni 2019

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN

Selaku Gubernur Sulawesi Selatan, Pelayanan Perizinan Terpadu



Tembusan Yth
1. Ketua LP3M UNISMUH Makassar di Makassar;
2. Peringatan.



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

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

Makassar, 19 Juni 2019

K e p a d a

Nomor : 070 / 1949-II/BKBP/VI/2019
Sifat :
Perihal : Izin Penelitian

Yth. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA MAKASSAR

Di -

MAKASSAR

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan Nomor : 17770/S.01/PTSP/2019 Tanggal 18 Juni 2019, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa :

Nama : ST. RAODAH SYAM
NIM / Jurusan : 105640226715 / Ilmu Pemerintahan
Pekerjaan : Mahasiswa (S1) / UNISMUH
Alamat : Jl. Slt Alauddin No.259, Makassar
Judul : "INOVASI PEMERINTAHAN DAERAH DALAM PELAYANAN KESEHATAN MELALUI PROGRAM HOME CARE (DOTTOROTTA) DI KOTA MAKASSAR"

Bermaksud mengadakan *Penelitian* pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka *Penyusunan Skripsi* sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal **22 Juni s/d 22 Agustus 2019**.

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



Dr. ANDI SYAHRUM, SE, M.Si

Rangkat : Pembina Tk. I

NIP : 19660517 200112 1 002

Tembusan :

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Prov. Sul – Sel. di Makassar;



**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS KESEHATAN**

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



Nomor : 440/158 /PSDK/VI/2019
Lampiran :
Perihal : Penelitian

Kepada yth,

Ka.Puskesmas Tamangapa

Di,-

Tempat

Sehubungan surat dari badan kesatuan bangsa dan kesatuan politik, No:070/921-II-BKBP/V/2019, Tanggal 20 Juni 2019, perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada saudara bahwa :

Nama : ST.Raodah Syam
NIM : 105640226715
Jurusan : S1 ilmu pemerintahan
Institusi : UNISMUH Makassar
Judul : Inovasi pemerintahan daerah dalam pelayanan kesehatan melalui program Home Care (dottorotta) di puskesmas Tamangapa

Akan melaksanakan penelitian di wilayah kerja saudara yang akan dilaksanakan pada tanggal 22 Juni 2019 s/d 22 Agustus 2019

Demikianlah disampaikan, atas kerjasamanya diucapkan terima kasih

Makassar, 24 Juni 2019
an. Kepala Dinas kesehatan
Kota Makassar
Sekretaris

dr. H.  Kes
NIP.1962070119870100

RIWAYAT HIDUP



ST. RAODAH SYAM, Lahir di Kota Makassar pada Tanggal 19 Maret 1997. Anak Kedua dari dua bersaudara dari pasangan Syamsuddin dan Nurliah. Penulis menyelesaikan pendidikan sekolah dasar di SD INPRES TAMANGAPA pada tahun 2009. Pada tahun itu juga penulis melanjutkan pendidikan di SMP NEGERI 17 MAKASSAR dan tamat pada tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan di SMA NEGERI 10 MAKASSAR dan tamat pada tahun 2015. Selanjutnya pada tahun 2015 penulis melanjutkan pendidikan di Universitas Muhammadiyah Makassar pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik program studi Ilmu Pemerintahan. Pada tahun 2019 ini akan mengantarkan penulis untuk mendapatkan gelar Sarjana Strata Satu (S.1) dengan menyusun karya ilmiah yang berjudul “Inovasi Pelayanan Kesehatan Melalui Program *Home Care (Dottorotta)* di Puskesmas Tamangapa Kota Makassar”.