

**EVALUASI PROGRAM *HOME CARE* PADA PUSKESMAS BARA-BARAYA KOTA MAKASSAR*****EVALUATION OF HOME CARE PROGRAM IMPLEMENTATION IN THE BARA-BARAYA PUSKESMAS MAKASSAR CITY*****Ma'mur¹, Wahidin² dan Muh. Syarif Ahmad³**¹Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar
e-mail: haswiramakmur@gmail.com²Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Lembaga Administrasi Negara Makassar
e-mail : wahidin_mussi@yahoo.co.id³Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Lembaga Administrasi Negara Makasar
e-mail : syarifahmad57yahoo.com**Abstrak**

Pelaksanaan Pelayanan *Home Care* di Kota Makassar secara umum telah bagus, akan tetapi ada keluhan warga tentang pelaksanaan pelayanan *home care* pada saat tengah malam. Hal ini disebabkan karena tidak adanya pembagian jadwal petugas *home care* di Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar, khususnya yang bertugas saat malam hari. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi pelaksanaan program *home care* pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif yang menggambarkan serta mengamati secara mendalam tentang evaluasi pelaksanaan program *home care* pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar pada tahun 2018. Sumber data dalam penelitian ini diambil dari empat orang petugas *home care* Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar dan empat orang masyarakat pengguna layanan *home care*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada sub variabel input dapat dikatakan cukup baik. Indikatornya seperti Alat kesehatan berupa termometer, tensimeter, dan stetoskop berfungsi dengan baik dan layak digunakan untuk pelayanan kesehatan *home care*. Kemudian dana operasional seperti honor petugas dibayarkan sesuai jumlah kunjungan ke masyarakat. Dokter sebesar Rp. 100.000/kunjungan dan perawat sebesar 75.000/kunjungan. Namun pada aspek petugas *home care* masih belum memadai. Petugas *home care* memiliki peran ganda antara melayani masyarakat di puskesmas, juga melayani masyarakat di tempat tinggal. Pada sub variabel proses, dapat dikatakan cukup baik. Pada aspek *call center*, masyarakat mudah menghubungi *call center* karena layanan ini bebas pulsa. Kunjungan ke rumah dan observasi telah dilakukan secara seksama. Namun pembagian tugas petugas *home care* belum optimal. Pada sub variabel output, dapat dikatakan sudah baik karena masyarakat dapat merasakan langsung manfaat dari pelayanan *home care*.

Kata kunci : Evaluasi Program, *Home care*, Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar

Abstract

The implementation of Home Care Services in Makassar City has generally been good, but there are complaints from residents about the implementation of home care services at midnight. This is due to the absence of schedule distribution of home care officers at Makassar City Bara-Baraya Health Center, especially those who work at night. This study aims to evaluate the implementation of home care programs at the Bara-Baraya Public Health Center in Makassar City. The approach used in this study is a qualitative approach that depicts and observes in depth about the evaluation of the implementation of home care programs at the Bara-Baraya Health Center in Makassar City in 2018. Data sources in this study were taken from four home care officers at the Bara-Baraya Health Center in Makassar City. and four people who use home care services. The results showed that the input sub-variables can be quite good. Medical devices such as thermometers, tensimeters, and stethoscopes function properly and are suitable for use in home care health services. Then operational funds such as staff salaries are paid according to the number of visits to the community. The doctor for Rp. 100,000 / visit and nurses 75,000 / visit. But in the aspect of home care officers is still inadequate. Home care workers have a dual role between serving the community at the puskesmas, as well as serving the community at the residence. In the process sub-variables, it can be quite good. In the call center aspect, people can easily contact the call center because this service is toll free. Home visits and observations have been carried out carefully. But the division of duties of home care officers is not optimal. In the output sub-variable, it can be said to be good because the community can feel the direct benefits of home care services.

Keywords: *Program Evaluation, Home care, Bara-Baraya Public Health Center, Makassar City*

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan yang inovatif kepada masyarakat adalah suatu cerminan dari perkembangan kota yang semakin kondusif dalam menjaga dan memperhatikan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang baik merupakan suatu kebutuhan masyarakat dan sering kali menjadi ukuran dalam keberhasilan pembangunan. Menyadari bahwa pelayanan kesehatan menjadi kebutuhan setiap warga negara maka pemerintah berupaya dari waktu ke waktu untuk menghasilkan program-program yang dapat meningkatkan pelayanan kesehatan

secara menyeluruh termasuk dengan memanfaatkan teknologi yang ada.

Kemajuan teknologi informasi di bidang kesehatan berdampak pada tingginya pemahaman masyarakat terhadap dunia kesehatan, sehingga tenaga kesehatan juga dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, professional dan mengedepankan perkembangan teknologi di bidang kesehatan itu sendiri. Tuntutan peningkatan pelayanan kesehatan semakin meningkat, seiring dengan semakin banyak dan beragamnya penyakit yang diderita manusia, baik itu penyakit menular maupun

penyakit tidak menular yang berkaitan dengan perubahan gaya hidup dan lingkungan.

Salah satu langkah yang dapat dilakukan untuk menjawab tantangan kebutuhan pelayanan yang semakin meningkat adalah dengan memanfaatkan teknologi komunikasi secara maksimal dalam menyediakan akses cepat, *cost effective* dan perawatan kesehatan yang berkualitas. Jika dibandingkan dengan beberapa tahun sebelumnya, pelayanan kesehatan di Indonesia semakin berkembang, baik pelayanan yang dilakukan di rumah sakit, puskesmas maupun yang dilaksanakan di rumah (*home care*). Peningkatan masyarakat yang memilih pelayanan *homecare* ini, harus diimbangi dengan peningkatan kualitas pelayanannya.

Home care adalah komponen dari pelayanan kesehatan yang komprehensif dimana pelayanan kesehatan disediakan untuk individu dan keluarga di tempat tinggal mereka dengan tujuan mempromosikan, mempertahankan atau memaksimalkan level kemandirian serta meminimalkan efek ketidakmampuan dan kesakitan termasuk di dalamnya penyakit terminal. Komponen *home care* meliputi pasien, keluarga, pemberi pelayanan yang profesional dan tujuannya untuk membantu pasien kembali pada level

kesehatan optimum dan kemandirian (Triwibowo, 2012:7).

Perkembangan layanan *home care* di Indonesia sudah semakin maju, semakin banyak masyarakat yang mencoba menggunakan jasa pelayanan *home care* ini, baik yang disediakan oleh rumah sakit pemerintah, swasta maupun puskesmas. Dengan semakin meningkatnya prevalensi penyakit-penyakit *degenerative* seperti stroke, diabetes mellitus dan penyakit lainnya yang cenderung memerlukan waktu pengobatan dan rehabilitasi yang relative lebih lama menyebabkan sebagian besar orang memilih *home care*. Pelayanan kesehatan ke rumah pasien (*home care*) ini dianggap sangat efektif dan efisien, karena bisa memberikan kesempatan pada anggota rumah tangga lainnya untuk tetap bisa melaksanakan tugas rutin mereka di rumah sambil menjaga pasien. Disamping itu lingkungan di rumah dirasakan lebih nyaman oleh sebagian besar pasien dibandingkan dengan rumah sakit, sehingga hal ini akan mempercepat kesembuhan mereka (Yoyok, 2012:12).

Selain itu, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi membuat para tenaga medis merespon hal ini dengan mengembangkan sebuah inovasi *telemedicine*. Keberadaan *telemedicine* sangat menunjang pekerjaan

tenaga medis karena merupakan sarana yang memungkinkan dokter serta tenaga medis lainnya untuk saling berkomunikasi dengan tenaga medis lainnya di tempat yang berbeda dalam hal memberikan konsultasi, menegakkan diagnosis, hingga melaksanakan operasi. Selain itu, melalui *Telemedicine* ini dapat dibangun *networking* antarpusat pelayanan kesehatan. *Telemedicine* ini dapat digambarkan sebagai dua orang profesional di bidang kesehatan yang saling berdiskusi dari jarak jauh secara real time, dengan menggunakan telepon, teknologi satelit ataupun *vedeo conference*. Secara umum, *telemedicine* merujuk pada penggunaan alat komunikasi dan teknologi informasi untuk mengirim perawatan kesehatan (Kusumadewi, 2009 : 56).

Program *home care* dan *Telemedicine*, sebenarnya adalah satu usaha dalam memaksimalkan kerja puskesmas sebagai lini terdepan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, dalam hal ini memberikan pertolongan pertama sebelum pasien/masyarakat dirujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan lanjutan. Hal ini akan dapat mengurangi penumpukan pasien pada ruang *Intensive Care Unit* (ICU). Adanya *home care* ini juga akan membuat pelayanan kesehatan di kota Makassar

diharapkan menjadi paripurna dan komprehensif.

Pelayanan kesehatan yang berbasis teknologi informasi dan inovasi ini merupakan salah satu program unggulan dari Walikota Makassar. Program tersebut adalah Program *Home Care* dan *Telemedicine* di kota Makassar yang diluncurkan tahun 2015 berdasarkan Peraturan Walikota Makassar Nomor 6 Tahun 2016 adalah merupakan program inovasi pelayanan di bidang kesehatan dari Pemerintah Kota Makassar. Namun timbul keluhan dari masyarakat tentang sulitnya mengakses layanan kesehatan yang cepat, tingginya biaya yang dikeluarkan untuk mendatangi fasilitas kesehatan, banyak kasus yang tidak tertangani dengan cepat serta adanya masalah kesehatan yang kadang tidak terdeteksi, dan baru diketahui setelah media memberitakannya.

Seperti yang dilansir Berita Kota Makassar Tanggal 18 Maret 2019, salah seorang warga mengaku kadang kala mobil *home care* tidak datang meski telah dihubungi.

Kemudian dalam media *online* makassarmetro.com Tanggal 15 Maret 2019 memuat judul pelayanan *home care* saat tengah malam banyak dikeluhkan warga. Menurut Kepala Dinas Kesehatan Makassar,

masalah yang tengah dihadapi saat ini ialah soal pembagian shift dan upah kepada para tenaga medis yang bertugas.

Selain permasalahan di atas, petugas *home care* di Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar tidak memiliki jadwal tetap. Petugas hanya dibagi dalam beberapa tim. Sehingga, jika ada permintaan layanan *home care*, petugas yang berangkat adalah petugas yang memiliki waktu luang di Puskesmas bukan petugas yang seharusnya memiliki jadwal tetap.

Sebagai suatu inovasi pelayanan publik di bidang kesehatan *home care* 24 jam ini, terintegrasi dengan layanan *Telemedicine* serta mobil *home care Dottoro'ta*. Layanan mobil ini memungkinkan diagnosa dokter dilakukan di lapangan sehingga penanganan bisa dilakukan dengan cepat. Diagnosa juga dikirimkan melalui perangkat dan aplikasi teknologi dan masuk dalam catatan medis per warga yang terekam secara menyeluruh. Mobil *Dottoro'ta* juga dilengkapi dengan sejumlah obat, alat medis, tabung oksigenserta dilengkapi dengan alat monitor kondisi pasien yang menghubungkan langsung ke dokter ahli melalui *wall room*. Pada tahun 2016, Program *home care* dan *Telemedicine* ini masuk dalam Top 99 dan Top 35 program inovasi pelayanan publik.

Sejak Program *home care* dilaksanakan di Kota Makassar tahun 2015, sarana prasarana dan fasilitas lainnya masih terbatas termasuk tenaga medis, dokter, perawat, obat-obatan, serta fasilitas kendaraan ambulans yang belum memadai. Adapun sarana prasarana dan fasilitas lainnya dalam pelaksanaan *home care* adalah ketersediaan petugas pelayanan *home care* pada Puskesmas Bara-baraya yaitu 3 orang dokter, 13 orang perawat, 8 orang bidan, dan 2 unit mobil ambulance. Sedangkan jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya sebanyak 38.977 yang meliputi 6 Kelurahan. Pelayanan *home care* yang telah dilaksanakan tahun 2015, kini sudah 3 tahun pelayanan berjalan di Kota Makassar, namun belum diketahui secara akurat kemanfaatan program tersebut, untuk itu diperlukan evaluasi untuk mengetahui pelaksanaan kebijakan Program *Home Care* serta manfaatnya kepada masyarakat yang mendapat pelayanan.

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan Evaluasi Program *Home Care* Pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar.

METODE PENELITIAN

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif

dengan tingkat eksplanasi deskriptif yang menggambarkan serta mengamati secara mendalam tentang Evaluasi Program *Home Care* Pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Pemilihan lokasi penelitian dikarenakan merupakan tempat kerja peneliti sekaligus instansi pelaksana kebijakan *home care*. Instrumen penelitian ini menggunakan pedoman Wawancara dan Teknik Pengumpulan Data dalam penelitian ini dilakukan secara langsung dengan melakukan Observasi dan Wawancara. Adapun Teknik Analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga data yang dihasilkan bersifat jenuh. Berikut teknik metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah Reduksi Data (*Data Reduction*), Penyajian Data, dan Penarikan Kesimpulan.

HASIL PENELITIAN

Home care merupakan salah satu jenis dari perawatan jangka panjang (*long term care*) yang dapat diberikan oleh tenaga profesional maupun non profesional yang telah mendapatkan pelatihan. Homecare juga merupakan suatu komponen rentang pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk

meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan serta memaksimalkan tingkat kemandirian, sehingga yang perlu menjadi perhatian dalam pelaksanaan *home care* ini adalah keberhasilan proses *discharge planning* pasien yang perlu diperhatikan selama pasien dalam perawatan dan koordinasi yang terjalin dengan baik antara pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan tim pemberi pelayanan kesehatan di komunitas. Pasien dan anggota keluarga merupakan bagian yang penting dalam *dischargeplanning*. Ketidakadaan kekuatan *discharge planning* dan *follow-up* merupakan penyebab kembalinya pasien ke ruang rawat dalam waktu cepat (Triwibowo, 2012:7).

Dalam Peraturan Wali Kota Makassar Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*home care*) di Kota Makassar disebutkan bahwa :Pelayanan kunjungan rumah 24 jam yang selanjutnya disebut pelayanan *home care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan

meminimalkan akibat dari penyakit tanpa dipungut biaya.

Berdasarkan peraturan tersebut dapat diketahui bahwa *home care* merupakan pelayanan kunjungan rumah yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka tanpa dipungut biaya dengan tujuan meningkatkan, mempertahankan, atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit.

Bukit (2008:16) mengemukakan bahwa perawatan kesehatan di rumah bertujuan : 1) Membantu klien memelihara atau meningkatkan status kesehatan dan kualitas hidupnya. 2) Meningkatkan keadekuatan dan keefektifan perawatan pada anggota keluarga dengan masalah kesehatan dan kecacatan. 3) Menguatkan fungsi keluarga dan kedekatan antar keluarga. 4) Membantu klien tinggal atau kembali ke rumah dan mendapatkan perawatan yang diperlukan, rehabilitasi atau perawatan paliatif. 5) Biaya kesehatan akan lebih terkendali.

1) Aspek Input

Input merupakan sumber daya yang dimanfaatkan untuk melaksanakan program *Home Care* Pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Sumber daya yang dimaksud adalah manusia, peralatan, anggaran. Tanpa sumber daya ini, pelaksanaan program *home*

care di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya tidak akan berjalan sebagaimana yang telah direncanakan sebelumnya. Adapun indikator penelitian pada aspek input adalah tenaga kesehatan, sarana medis, dana operasional.

Tenaga kesehatan adalah unsur yang sangat penting dalam pelaksanaan *home care*. Tanpa tenaga kesehatan baik dari kuantitas dan kualitasnya, pelaksanaan *home care* dan *Telemedicine* tidak akan berjalan dengan baik. Tenaga kesehatan dalam penelitian ini adalah petugas pelaksana *home care* pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Petugas kesehatan memiliki peran yang penting dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang maksimal. Berikut hasil penelitian terkait tenaga kesehatan pelaksana program *Home Care* Pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa petugas *home care* sebanyak 24 orang. 8 Bidan, 13 perawat dan 3 dokter. Dapat dikatakan semua perawat dan dokter di Puskesmas Bara-Baraya merupakan petugas *home care*. Artinya, tidak ada petugas khusus pelayanan *home care*. Yang ada hanya petugas puskesmas yang masing-masing memiliki tugas pokok di puskesmas. Lebih lanjut menurut informan, petugas cukup untuk pelayanan *home care* jika pasien yang

datang ke puskesmas kurang atau dapat dikatakan, petugas *home care* tidak cukup jika di puskesmas sedang menerima Banyak pasien. Dari hasil observasi, tidak terdapat surat tugas atau surat keputusan khusus pegawai pelaksana *home care* di luar pegawai Puskesmas Bara-Baraya. Yang ada hanya Surat Keputusan Kepala Puskesmas Bara-Baraya Nomor : 22.1/PUSK-BRY/sk/i/2017 tentang Pembentukan tim *home care* di Puskesmas Bara-Baraya yang anggotanya berasal dari petugas Puskesmas Bara-Baraya. Berdasarkan hasil wawancara, dapat diketahui bahwa perawat di puskesmas memiliki banyak tugas di posyandu, penyuluhan di luar puskesmas, program imunisasi, puskel atau puskesmas keliling. Sehingga, jika pasien banyak di puskesmas ditambah pelayanan *home care*, pelayanan di dua kegiatan tersebut mengalami keterlambatan.

Demi menunjang pelayanan *home care*, sarana medis merupakan unsur yang juga sangat penting setelah petugas kesehatan. Sarana medis digunakan tidak hanya di puskesmas melainkan digunakan saat kunjungan ke rumah warga yang sedang membutuhkan bantuan pelayanan kesehatan. Berikut hasil penelitian terkait sarana medis program *home care* Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar.

Berdasarkan hasil wawancara dengan seluruh informan dan dokumentasi di lapangan, dapat disimpulkan bahwa sarana medis telah melengkapi untuk melaksanakan program *home care* di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Sarana medis meliputi tensi meter, thermometer, stetoskop, dan ambulans *dottoro'ta*. Semua sarana medis dalam kondisi baik dan layak digunakan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat.

Dana operasional merupakan dana kesehatan yang dianggarkan untuk pelaksanaan *home care*. Dana ini digunakan untuk membiayai biaya operasional pelayanan *home care* saat melakukan kunjungan ke rumah warga di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Termasuk di dalam biaya operasional honor tim pelaksana *home care*. Berdasarkan Peraturan Wali Kota Makassar Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*home care*) di Kota Makassar Tanggal 5 Februari 2016 menyebutkan dalam Pasal 17 bahwa Pemerintah Kota menyediakan dana program pelayanan *home care* yang bersumber dari APBD. Berikut hasil penelitian terkait dana operasional *home care* Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar.

Berdasarkan hasil wawancara dengan seluruh informan, dapat disimpulkan bahwa informan sama sekali tidak mengetahui berapa alokasi anggaran untuk program *home care*. Petugas hanya mengetahui jumlah honor yang dibayarkan sebesar 100.000 untuk seorang dokter dan 75.000 untuk seorang perawat. Honor tersebut tidak dibayar dengan waktu yang bersamaan saat kunjungan tetapi harus menunggu satu sampai dua bulan untuk dibayarkan.

2) Aspek Proses

Proses merupakan tahapan atau rangkaian kegiatan pelaksanaan *home care* di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Rangkaian kegiatan pelaksanaan *home care* mulai dari pembagian tugas, *call center*, kunjungan ke rumah hingga pada tahap observasi jika diperlukan. Pembagian kerja merupakan pembagian tanggung jawab kepada petugas Puskesmas Bara-Baraya dalam melaksanakan program *home care* di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya. Pembagian kerja petugas sangat penting dilakukan untuk menghindari tumpang tindih pekerjaan yang menyebabkan pelayanan menjadi lambat dan tidak efektif. Berikut hasil penelitian terkait pembagian kerja petugas Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Berdasarkan hasil wawancara dengan seluruh informan dan dokumentasi

serta observasi di lapangan dapat disimpulkan bahwa terjadi tumpang tindih pekerjaan antara melayani pasien di puskesmas dan melayani *home care* di rumah warga. Berdasarkan Surat Keputusan Kepala Puskesmas Bara-Baraya Nomor : 22.1/PUSK-BRY/sk/i/2017 tentang Pembentukan tim *home care* di Puskesmas Bara-Baraya, petugas hanya dibagi ke dalam beberapa tim, bukan dalam bentuk petugas khusus yang bertanggung jawab melaksanakan *home care*. Petugas khusus yang dimaksud adalah petugas yang bebas dari tugas pokok di puskesmas. Hanya fokus ke pelayanan *home care*.

Call center 112 merupakan pusat panggilan pelayanan *home care* di kota Makassar. Masyarakat yang ingin menggunakan jasa pelayanan *home care* terlebih dahulu menghubungi 112 kemudian petugas *home care* datang mengunjungi pasien yang sedang membutuhkan pelayanan kesehatan. Berikut hasil penelitian terkait *call center* 112. Berdasarkan hasil wawancara dengan seluruh informan dapat disimpulkan bahwa pasien atau keluarga pasien meminta pelayanan *home care* melalui *call center home care* puskesmas setempat atau melalui *call center home care* kota Makassar 112. Layanan *call center* 112 tidak dipungut biaya atau bebas pulsa.

Setelah pasien menghubungi call center 112, tugas selanjutnya adalah mengunjungi rumah pasien untuk diberikan pelayanan kesehatan. Seperti yang tertuang dalam prosedur pelayanan Peraturan Wali Kota Makassar Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*home care*) di Kota Makassar Pasal 9 ayat (2) bahwa setelah menerima telepon dari pasien/keluarga, tim pelaksana *home care* mengunjungi pasien untuk melakukan pelayanan *home care*.

Jenis pelayanan *home care* dalam Peraturan Wali Kota Makassar Nomor 6 Tahun 2016 terdiri atas *home care follow up*, *home care visit*, dan *home care emergency*.

1) Pelayanan *home care follow up* adalah pemberian pelayanan *home care* yang diberikan kepada pasien yang membutuhkan perawatan lanjutan setelah perawatan di rumah sakit guna memaksimalkan proses penyembuhan pasien. 2) Pelayanan *home care visit* adalah pemberian pelayanan medis/keperawatan untuk pasien gawat darurat baik berupa pertolongan pertama, terapi, maupun fasilitas rujukan bila diperlukan. 3) Pelayanan *home care emergency* pemberian pelayanan medis/keperawatan untuk pasien yang memiliki ketidakmampuan untuk datang ke

fasilitas pelayanan kesehatan. Berikut hasil penelitian terkait kunjungan ke rumah pasien.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa terdapat standar operasional prosedur kunjungan ke rumah. Untuk mendapatkan pelayanan *home care*, masyarakat terlebih dahulu menghubungi 112. Kunjungan ke pasien yang sama dilakukan sebanyak satu sampai dua kali tergantung kondisi pasien. Dari hasil telaah dokumen hal tersebut juga disebutkan dalam Peraturan Wali Kota Makassar Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*home care*) di Kota Makassar Pasal 9 bahwa pasien atau keluarga pasien meminta pelayanan *home care* melalui *call center home care* puskesmas setempat atau melalui *call center home care* kota Makassar. Kemudian dalam ayat (2) disebutkan bahwa setelah menerima telepon dari pasien/keluarga, tim pelaksana *home care* mengunjungi pasien untuk melakukan pelayanan *home care*.

Sejalan dengan standar operasional prosedur *home care* nomor 88.7/PUSK-BRY/SOP-C-7/3/17 Puskesmas Bara-Baraya yang memuat langkah-langkah sebagai berikut : 1) Telepon masuk di layanan Homecare (CS 112 atau CS Puskesmas). 2) Perawat homecare melakukan registrasi. 3) Tim homecare melakukan kunjungan ke rumah

pasien memberikan tindakan. 4) Jika kondisi pasien membutuhkan perawatan lanjutan di Puskesmas atau Rumah sakit, maka pasien di rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan. 5) Jika kondisi pasien tidak membutuhkan rujukan, maka tim homecare memberikan terapi obat/tindakan di rumah pasien.

Observasi merupakan pelayanan pasien yang membutuhkan pemantauan terkait perkembangan kesehatan pasien yang dilakukan secara berkala. Hal tersebut dilakukan untuk memastikan bahwa pasien mengalami perkembangan kesehatan yang signifikan. Berikut hasil penelitian terkait observasi.

Berdasarkan hasil wawancara dengan seluruh informan dapat disimpulkan bahwa semua pasien *home care* yang dikunjungi mendapatkan layanan observasi. Namun, ada beberapa pasien yang mendapatkan keutamaan di antaranya adalah pasien yang telah melakukan operasi, stroke, dan telah diopname di rumah sakit.

3) Aspek Output

Output merupakan keluaran dari program *home care* yang diselenggarakan Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Keluaran yang dimaksud adalah hasil yang diterima atau manfaat yang dirasakan masyarakat pengguna layanan *homecare*.

Jumlah penerima layanan dalam penelitian ini adalah masyarakat yang menggunakan pelayanan *homecare* di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Berikut hasil penelitian terkait jumlah penerima layanan *homecare*. Berdasarkan hasil wawancara, observasi dan telaah dokumen dengan informan dapat disimpulkan jumlah pasien yang menggunakan pelayanan *home care* mencapai satu sampai dua orang. Bahkan, kadang-kadang tidak ada pasien. Untuk tahun 2018, total pengguna layanan *home care* di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar mencapai 185 orang

Manfaat *home care* dalam penelitian ini adalah manfaat yang diterima masyarakat pengguna layanan *home care* baik dari segi pemeriksaan dokter, kesembuhan pasien, dan berkurangnya biaya transportasi datang ke Puskesmas. Berikut hasil wawancara terkait manfaat yang dirasakan masyarakat pengguna layanan *home care* di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Berdasarkan hasil wawancara dengan seluruh informan dapat disimpulkan bahwa masyarakat pengguna layanan *home care* merasa terbantu dengan adanya *home care* di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Sebab, pasien hanya menunggu petugas *home care* sampai di

tempat tinggal pasien untuk memberikan pelayanan kesehatan.

Kemudahan mengakses adalah kemudahan memperoleh layanan *home care* baik dari sejak menghubungi call center hingga petugas ada di tempat tinggal warga yang membutuhkan pelayanan *home care* di wilayah Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Berikut hasil penelitian terkait kemudahan mengakses. Berdasarkan hasil wawancara dengan seluruh informan dapat disimpulkan bahwa sangat mudah mengakses pelayanan *home care*. Hanya dengan menghubungi *call center* 112, petugas *home care* segera datang ke tempat tinggal warga di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar.

PEMBAHASAN

1) Aspek Input

Input merupakan sumber daya yang dimanfaatkan untuk melaksanakan program *home care* Pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Sumber daya yang dimaksud adalah manusia, peralatan, anggaran. Sejalan dengan pendapat yang dikemukakan Azwar. Azwar (2010:88) mengemukakan bahwa ruang lingkup evaluasi atau penilaian secara sederhana dapat dibedakan atas empat kelompok, salah satunya yaitu penilaian terhadap masukan termasuk kedalam

penilaian terhadap masukan (input) ialah yang menyangkut pemanfaatan berbagai sumber daya, baik dana, tenaga, metode maupun saran-prasarana.

Tanpa sumber daya ini, pelaksanaan program *home care* di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya tidak akan berjalan sebagaimana yang telah direncanakan sebelumnya. Dalam Pandangan Edwards III (Subarsono 2013:90) implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, salah satunya yakni yakni Sumber daya. Walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementator kekurangan sumber daya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud manusia, yakni kompetensi implementator, dan sumber daya finansial. Sumber daya adalah faktor penting untuk implementasi kebijakan agar efektif. Tanpa sumber daya, kebijakan hanya tinggal di kertas menjadi dokumen saja.

Menurut Abidin (2004 : 199) mengemukakan bahwa : Ada dua konsep dasar berkenaan dengan pelaksanaan kebijakan, pertama, konsep peralatan kebijakan (*policy instruments*). Peralatan kebijakan adalah cara yang dipakai dalam menerapkan kebijakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan atau yang ingin

dicapai. Peralatan kebijakan berhubungan dengan sumberdaya manusia, khususnya sumberdaya aparatur dan organisasi. Sumberdaya manusia aparatur atau aparatur pemerintah adalah subjek dan sekaligus juga objek dalam pelaksanaan kebijakan. Kedua, konsep tentang kewenangan yang tersedia untuk melakukan pelaksanaan. Kewenangan adalah kekuasaan tertentu yang dipunyai dan secara formal diakui pihak-pihak lain untuk menggunakan peralatan yang tersedia dalam melaksanakan kebijakan.

2) Aspek Proses

Proses merupakan tahapan atau rangkaian kegiatan pelaksanaan *home care*. Azwar (2010:88) mengemukakan bahwa ruang lingkup evaluasi atau penilaian secara sederhana dapat dibedakan atas empat kelompok salah satunya yaitu :Penilaian terhadap proses. Penilaian ini lebih dititik beratkan pada pelaksanaan program, apakah sudah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. Proses yang dimaksud disini mencakup semua tahap administrasi, mulai dari tahap perencanaan, pengorganisasian, dan pelaksanaan program.

Pendapat disimpulkan bahwa proses adalah pelaksanaan program. Apakah sudah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. Dalam pandangan pelayanan *home care*, proses melihat bagaimana pelaksanaan

home care di lapangan. Apakah sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Hal itu mencakup semua tahap administrasi, mulai dari tahap pembagian tugas pelaksana *home care*, *call center*, kunjungan ke rumah, dan observasi.

Abidin (2004:215), mengemukakan bahwa “evaluasi kebijakan merupakan langkah terakhir dalam proses suatu kebijakan”, namun evaluasi secara lengkap mengandung tiga pengertian yaitu : 1) Evaluasi awal, sejak dari proses perumusan kebijakan sampai sat sebelum dilaksanakan (*ex-ante evaluation*). 2) Evaluasi dalam prses pelaksanaan atau monitoring. 3) Evaluasi akhir, yang dilakukan setelah selesai proses pelaksanaan kebijakan (*ex-post evaluation*).

Pendapat di atas, penulis dapat menyimpulkan bahwa evaluasi kebijakan merupakan tindakan untuk menilai proses kebijakan yang dimulai pada saat perumusan kebijakan, implementasi kebijakan hingga pada saat kebejakersebut telah dilaksanakan. Jadi, kesimpulan evaluasi menurut pandangan di atas tidak hanya pada akhir kegiatan tetapi evaluasi dilakukan selama proses kebijakan.

Dunn (Abidin 2004:219) mengemukakan bahwa monitoring ditujukan untuk menjawab pertanyaan tentang apa yang terjadi dalam proses pelaksanaan, bagaimana terjadinya

dan mengapa, *what happened, how, and why*? sementara evaluasi akhir menjawab persoalan tentang perubahan-perubahan apa yang telah terjadi, *what differences does it make*?

Pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa monitoring merupakan evaluasi selama proses pelaksanaan tentang bagaimana terjadinya, apa yang terjadi, bagaimana dan mengapa.

Proses kebijakan menurut Hill (Keban 2014:66) adalah Berkenaan dengan proses membuat pilihan-pilihan kebijakan lengkap dengan tahapan tahapannya, yang secara teoritis dilandasi oleh berbagai faktor atau pertimbangan, dan Nampak dalam model-model kebijakan publik.

Proses analisis kebijakan adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang bersifat politis. Aktivitas politis tersebut tampak dalam serangkaian kegiatan yang mencakup penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan penilaian kebijakan. sedangkan aktivitas perumusan masalah, *forecasting*, rekomendasi kebijakan, monitoring, dan evaluasi kebijakan adalah aktivitas yang lebih bersifat intelektual.

3) Aspek Output

Output merupakan keluaran dari program

home care yang diselenggarakan Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar. Azwar (2010: 87), membagi tiga jenis penilaian yaitu :Pertama penilaian pada tahap awal program (*formative evaluation*), penilaian ini bermaksud untuk mengukur kesesuaian program dengan masalah yang ada atau sering disebut studi peninjauan, kedua penilaian pada tahap pelaksanaan program (*promotive evaluation*) dengan tujuan utama apakah program program yang sedang dilaksanakan telah sesuai rencana atau tidak, atau apakah terjadi penyimpangan yang dapat mengganggu pencapaian tujuan dari program atau sering disebut monitoring. Ketiga adalah penilaian pada tahap akhir program (*summative evaluation*) dengan dua tujuan utama yaitu untuk mengukur keluaran (*output*) dan mengukur dampak yang dihasilkan.

Pada aspek evaluasi keluaran (*output*), penilaian ini dilakukan dengan melihat hasil yang dicapai dari program yang dilaksanakan. Dalam hal pelayanan *home care*, evaluasi keluaran meliputi jumlah penerima layanan *home care*, manfaat *home care*, dan kemudahan akses masyarakat pengguna *home care*.

Menurut Dunn (Abidin 2012:168) menunjuk empat dimensi dari evaluasi ekhbir sebagai berikut : 1) *Value -focus*, artinya evaluasi lebih memusatkan diri pada nilai

atau kepatutan dalam pencapaian hasil dari suatu kebijakan. 2) *Fact-value interdependence*, artinya di satu pihak, evaluasi memberi tekanan yang sama antara fakta dan nilai. Di lain pihak, tingkat keberhasilan suatu kebijakan dinilai tidak hanya bermanfaat terhadap seseorang atau suatu masyarakat, tetapi juga kemampuannya dalam memecahkan masalah tertentu. 3) *Present and past orientation*, orientasi evaluasi tidak hanya pada nilai ekarang, tetapi juga pada nilai masa lampau. 4) *Value duality*, artinya bahwa evaluasi mempunyai dua posisi, yaitu sebagai tujuan (*ends*) dan sekaligus sebagai alat (*means*). Sebagai tujuan, evaluasi menghasilkan penilaian terhadap apa yang telah dicapai. Sedangkan alat, evaluasi merupakan sarana untuk membuat rekomendasi. Tanpa evaluasi yang tepat, sulit dibayangkan untuk dapat dibuat rekomendasi yang tepat.

Menurut Jones (Nawawi 2009:155) mengemukakan evaluasi suatu aktivitas yang dirancang untuk menimbang manfaat program dan proses pemerintahan. Ia bervariasi dalam spesifikasi kriteria, teknik pengukuran, metoda analisis, dan bentuk analisis, dengan uraian di bawah ini : 1) Spesifikasi, merupakan sub kegiatan terpenting. Ia mengacu pada identifikasi tujuan serta kriteria-kriteria tujuan yang

harus dievaluasi dalam suatu proses atau program. 2) Pengukuran (*measurement*), secara sederhana mengacu pada pengumpulan informasi yang relevan dengan tujuan informasi. 3) Analisis adalah penyerapan dan penggunaan informasi yang dikumpulkan guna membuat kesimpulan. 4) Rekomendasi adalah suatu penentuan atau penemuan mengenai apa yang akan dilanjutkan selanjutnya.

Berdasarkan pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa evaluasi meliputi spesifikasi kriteria, teknik pengukuran, metoda analisis, bentuk analisis serta mengacu pada tujuan atau output yang akan dicapai.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dengan judul penelitian Evaluasi Pelaksanaan Program *Home Care* Pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar maka dapat disimpulkan sebagai berikut : 1) Pada sub variabel input dapat dikatakan cukup baik. Alat kesehatan seperti termometer, tensimeter, dan stetoskop berfungsi dengan baik dan layak digunakan untuk pelayanan kesehatan *home care*. Kemudian dana operasional seperti honor petugas dibayarkan sesuai jumlah kunjungan ke masyarakat. Dokter sebesar Rp. 100.000/kunjungan dan

perawat sebesar 75.000/kunjungan. Hanya saja, honor tersebut tidak dibayar langsung bersamaan saat kunjungan dilakukan tetapi menunggu waktu satu sampai dua bulan untuk dibayarkan. Meski demikian, pada aspek yang paling penting yakni petugas *home care* masih belum memadai. Petugas *home care* yang ada saat ini juga merupakan petugas puskesmas yang memiliki tugas pokok. Artinya, petugas *home care* memiliki peran ganda antara melayani masyarakat di puskesmas, juga melayani masyarakat di tempat tinggal. Akibatnya, pelayanan di Puskesmas Bara-Baraya atau pelayanan *home care* mengalami keterlambatan. Padahal aspek sumber daya manusia merupakan bagian yang paling penting sehingga perlu perhatian untuk ditingkatkan kuantitas dan kualitasnya. 2) Pada sub variabel proses, dapat dikatakan cukup baik. Pada aspek *call center* 112, masyarakat mudah mengakses karena akses tersebut tidak menggunakan pulsa. Kunjungan ke rumah juga dilakukan sesuai alamat pasien. Meski demikian, petugas *home care* juga mengalami kesulitan mencari alamat pasien. Kemudian observasi telah dilakukan secara seksama, sesuai dengan penyakit yang diderita pasien. Namun kembali pada aspek yang paling penting yakni pembagian tugas petugas *home care* belum optimal. Tidak ada

petugas khusus yang melaksanakan program *home care*. Petugas khusus yang dimaksud adalah petugas yang dibebastugaskan dari tugas-tugas di puskesmas. Sehingga bisa fokus ke pelayanan *home care*. Selain itu, Puskesmas Bara-Baraya tidak memiliki jadwal tetap petugas *home care* sehingga petugas yang melakukan kunjungan ke rumah adalah siapa saja petugas yang memiliki waktu luang di Puskesmas. 3) Pada sub variabel output, dapat dikatakan sudah baik karena masyarakat dapat merasakan langsung manfaat dari pelayanan *home care*. Masyarakat mendapat pelayanan kesehatan tanpa harus ke puskesmas. Meski demikian, kendala yang terjadi di lapangan adalah lambatnya petugas *home care* disebabkan karena banyaknya tugas-tugas di puskesmas. Rekomendasi yang dapat diberikan setelah dilakukan Evaluasi Pelaksanaan Program *Home Care* Pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar di antaranya adalah 1) Menetapkan petugas khusus untuk melaksanakan pelayanan *home care*. Petugas yang dibebaskan dari tugas-tugas pokok puskesmas sehingga bisa fokus melakukan percepatan pelayanan *home care*. Kemudian menyusun jadwal tetap petugas *home care* pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar sehingga petugas yang bertugas sesuai hari yang telah ditetapkan telah siap melakukan

kunjungan ke masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan *home care*. Selain itu, Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar perlu menambah petugas *home care* agar pelayanan di puskesmas tidak terganggu. 2) Membatasi pelayanan *home care* untuk penyakit tertentu. Pelayanan *home care* khusus untuk pasien dengan penyakit yang menyulitkan mereka datang ke puskesmas atau ke rumah sakit seperti pasien habis operasi, stroke, pasien telah dioperasi dan penyakit tertentu lainnya. Hal tersebut dilakukan untuk menjaga stabilitas pelayanan masyarakat di puskesmas. Selain penyakit tertentu, pelayanan *home care* juga dibatasi berdasarkan jarak rumah pasien. Rumah pasien yang dekat dari puskesmas disarankan untuk datang ke puskesmas kecuali pasien yang gawat darurat dan tidak mampu ke rumah sakit karena kondisi yang memprihatinkan. 3) Tetap menjaga manfaat pelayanan *home care* yang kini dirasakan oleh masyarakat melalui observasi dan pengobatan pasien yang berkelanjutan dan berkesinambungan.

REFERENSI

- Abidin ZS. 2004. *Kebijakan Publik*. Jakarta: Penerbit : Yayasan Pancur Siwah.
- , 2012. *Kebijakan Publik*. Jakarta : Saleba Humanika
- Azwar A.2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta:Penerbit :BinarupaAksara
- Keban, Yeremias T. 2014. *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik Konsep, Teori dan Isu Edisi Ketiga*. Yogyakarta : Gava Media
- Kusumadewi,Sri,dkk. 2009. *Informatika Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit :Graha Ilmu.
- Subarsono, 2013, *Analisis Kebijakan Publik. Konsep, teori, dan aplikasi*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Triwibowo Cecep. 2012. *Home Care Konsep Kesehatan Masa Kini*.Ygyakarta: Penerbit : Nuha Medika.
- Yoyok 2012. *Evaluasi Pelaksanaan Pendidikan Pasien dan Keluarga pada Pelayanan Homecare*.
- Bukit, E.K. 2008. Perawatan Kesehatan Di Rumah (Home Health Care). USU eRepository. Diunduh tanggal 05 November 2015. Dari <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3585/1/Eva%20Karota%20Bukit.pdf>