

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Evaluasi

1. Definisi Evaluasi

Kegiatan evaluasi merupakan tahapan penting bagi keseluruhan proses analisis kebijakan publik, terhadap beberapa alasan untuk menjawab mengapa perlu ada kegiatan evaluasi kebijakan. Evaluasi adalah kegiatan untuk menilai tingkat kinerja suatu kebijakan, evaluasi baru dapat dilakukan kalau suatu kebijakan sudah berjalan cukup waktu memang tidak ada batasan waktu yang pasti kapan sebuah kebijakan harus dievaluasi (Sugiono, 2012 :119).

Menurut WHO (dalam Ingriani 2019 : 1),Menyatakan bahwa Monitoring dan evaluasi memungkinkan pengelola program menilai keefektifan inisiatif pengendalian dan harus dilakukan secara terus menerus. Tujuan khusus evaluasi program adalah mengukur pencapaian dan kemajuan program, mendedikasi dan memecahkan masalah , menilai keefektifan dan efisiensi program, mengarahkan alokasi sumber daya program dan mengumpulkan informasi yang di butuhkan untuk merevisi kebijakan.

2. Tujuan Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah meningkatkan mutu program memberikan justifikasi atau penggunaan sumber-sumber yang ada dalam kegiatan memberikan kepuasan dalam pekerjaan dan menelaah setiap yang telah direncanakan. Menurut Suprihanto (Yuliansyah 2019 : 20) mengatakan bahwa tujuan evaluasi antara lain :

- a. Sebagai alat untuk memperbaiki dan perencanaan program yang akan datang
- b. Untuk memperbaiki alokasi sumber dana, daya dan menejement saat ini serta dimasa yang akan datang.
- c. Memperbaiki pelaksanaan dan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program perencanaan kembali suatu program melalui kegiatan mengecek kembali suatu program melalui kegiatan mengecek kembali relevansi dari program dalam hal perubahan kecil yang terus-menerus dan mengukur kemajuan target yang direncanakan.

3. Klasifikasi Evaluasi

Klasifikasikan evaluasi menjadi dua dimensi internal dan eksternal. Yang bersifat internal, antara lain :

- 1) Untuk mengetahui keberhasilan suatu kebijakan dengan adanya evaluasi kebijakan dapat ditemukan informasi apakah suatu kebijakan sukses atau malah sebaliknya.
- 2) Untuk mengetahui efektifitas kebijakan, kegiatan evaluasi kebijakan dapat mengemukakan penilaian apakah suatu kebijakan mencapai tujuannya atau tidak
- 3) Untuk menjamin terhindarnya pengulangan kesalahan (*guarantee to non-recurrence*)

Sedangkan alasan yang bersifat eksternal paling tidak untuk kedua kepentingan, yaitu sebagai berikut :

- 1) Untuk memenuhi prinsip akuntailitas publik
- 2) Untuk mensosialisasikan manfaat sebuah kebijakan

4. Ruang Lingkup Evaluasi

Berdasarkan ruang lingkupnya menurut Azwar (2010) evaluasi dapat dibedakan menjadi tiga kelompok yaitu :

- a. Evaluasi terhadap masukan (input) yang menyangkut pemanfaatan sebagai sumber daya, baik sumber dana , tenaga dan ataupun sumber sarana
- b. Evaluasi terhadap proses (process) lebih dititik beratkan pada pelaksanaan program, apakah sesuai rencana , mulai dari tahap perencanaan , pengorganisasian dan pelaksanaan

- c. Evaluasi terhadap keluaran (output), evaluasi pada tahap akhir ini adalah evaluasi yang dilakukan pada saat program telah selesai dilaksanakan (summative evaluation) yang tujuan utamanya secara umum dapat dibedakan atas dua macam yaitu untuk mengukur keluaran keluaran serta untuk mengukur dampak yang dihasilkan.

B. Tinjauan Umum Tentang Pelayanan *Home Care*

1. Definisi *Home Care*

Home care adalah komponen dari pelayanan kesehatan yang di sediakan untuk individu dan keluarga ditempat tinggal mereka dengan tujuan mempromosikan, mempertahankan, atau memaksimalkan level kemandirian serta meminimalkan efek ketidakmampuan dan kesakitan termasuk di dalamnya penyakitnya terminal. Defenisi ini menggabungkan komponen dari *Home care* yang meliputi pasien, keluarga, pemberian pelayanan yang professional (*multidisiplin*) dan tujuannya, yaitu untuk membantu pasien kembali pada level kesehatan optimum dan kemandirian (Yuliansyah,2019).

Neis dan Mc.Ewen menyatakan *Home care* adalah sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang cacat atau oarang-orang yang bagus harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya.

Menurut *America Medicine Associatin*, *Home Care* merupakan penyediaan peralatan dan jasa pelayanan keperawatan kepada pasien di rumah yang bertujuan untuk memulihkan dan mempertahankan secara maksimal tingkat kenyamanan dan kesehatan . Dalam kasus apapun efektifitas perawatan berbasis rumah membutuhkan upaya kolaboratif pasien, keluarga dan profesional .

Berdasarkan Depertemen Kesehatan menyebutkan bahwa *Home Care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komperhensif yang di berikan kepada individu dan keluarga di tempatkan tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit (Depkes RI, 2002)

Program *Home care* Dottoro'ta merupakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat kota makassar selama 24 jam. Layanan kesehatan merupakan hal yang utama dan di butuhkan oleh masyarakat, baik masyarakat kota maaupun masyarakat luar kota makassar, layanan ini bersifat tidak di pungut biaya / gartis. pasien perlu memiliki kartu jaminan kesehatan (BPJS) atau Kartu Identitas (KTP) untuk merasakan layanan ini dan yang terpenting karena mereka tidak perlu lagi mengantri.

Moda transportasi menjadi salah satu penunjang tercapainya kesehatan masyarakat . Hal tersebut disadari oleh Wali Kota Makassar Mohammad Ramdhan Pomanto dengan menyediakan 48 unit mobil berlabel Dottoro'ta. "Program pertama yang saya bangun bukan membangun taman, karena orang sakit tidak akan sembuh dengan melihat taman. Harus kesehatan lebih dulu," kata Danny, dalam acara "refleksi Akhir Tahun Pemerintah Kota Makassar 2016". Pertimbangan prioritas masalah tersebut, menurutnya, diambil dari pengamatan fasilitas layanan publik yang memperhatikan bahwa akses tersulit sebelumnya adalah kesehatan. Niat memperbaiki pun mulai dengan mencetuskan puluhan program inovatif kota.

Khusus sektor kesehatan disediakan *Home care* 24 jam yang terintegrasi dengan layanan telemedicine serta mobil *Home care* Dottoro'ta. Impian sang wali kota supaya memiliki program layanan kesehatan ke rumah masyarakat 24 jam terealisasi. Sebanyak puskesmas memiliki satu unit mobil yang dilengkapi dengan peralatan medis seperti USG dan EKG. Layanan mobil ini memungkinkan diagnosa dokter dilakukan di lapangan sehingga penanganan bisa dilakukan secara tepat.

Diagnosa juga dikirimkan melalui perangkat aplikasi teknologi dan masuk dalam catatan medis per warga yang terekam secara menyeluruh. Dengan program ini, masyarakat tidak selalu

harus mendatangi pusat layanan kesehatan. Total, saat ini tersedia Dottoro'ta yang melayani 1,4 juta penduduk di 143 kelurahan. Semuanya terhubung dalam layanan online di 46 puskesmas. Kebermanfaatannya pun langsung dirasakan oleh warga Kota *Angin Mamiri*.

2. Landasan Hukum *Home care*

Fungsi hukum dalam praktik perawat adalah :

- a. Memberikan kerangka untuk menentukan tindakan keperawatan mana yang sesuai hukum.
- b. Membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi lain.
- c. Membantu menentukan batas-batas kewenangan tindakan keperawatan mandiri.
- d. Membantu mempertahankan standard praktik keperawatan dengan meletakkan posisi perawat memiliki akuntabilitas dibawah hukum.

Landasan hukum praktek perawat adalah :

- a. UU Kes. No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan.
- b. PP No. 25 tahun 2000 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah.
- c. UU No. 32 tahun 2004 tentang pemerintah daerah.
- d. UU No. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran.

- e. Kepmenkes No. 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat.
- f. Kepmenkes No. 279 tahun 2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan puskesmas.
- g. PP No. 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan .
- h. Permenkes RI No. HK. 02.02/MENKES/148/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat
- i. Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas
- j. Perda No. 5 Tahun 2014 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah 2014-2016
- k. Peraturan Walikota Makassar No. 63 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kunjungan Rumah 24 Jam (*Home care*) di Kota Makassar

3. Tujuan *Home care*

Tujuan yang paling mendasar dari pelayanan *Home care* adalah untuk meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian, dan meminimalkan akibat dari penyakit untuk mencapai kemampuan individu secara optimal selama mungkin yang dilakukan secara komperhensif dan berkesinambungan (Tribowo, 2012).

Menurut Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Depertemen Kesehatan RI dalam makalahnya pada seminar nasional

2007 tentang *Home care*:“ Bukti Kemandirian Perawat “ menyebutkan bahwa tujuan umum dari pelayanan kesehatan di rumah adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga.

Secara khusus *Home care* bertujuan untuk meningkatkan upaya promotif, prefentif, kuratif, dan rehabilitative, mengurangi frekuensi hospitalisasi, meningkatkan efisiensi waktu, biaya, tenaga, dan pikiran. Menurut Direktorat Bina pelayanan Keperawatan Dapertemen RI dalam makalahnya pada seminar nasional 2007 tentang *Home care*:“Bukti Kemandirian Perawat” menyebutkan bahwa tujuan khusus dari pelayanan kesehatan di rumah antara lain:

- a. Terpenuhi kebutuhan dasar bagi pasien secara bio-psiko-sosio-spritual
- b. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga dalam pemeliharaan dan perawatan anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan
- c. Terpenuhi kebutuhan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah sesuai kebutuhan pasien

4. Manfaat *Home care*

Manfaat dari pelayanan *Home care* bagi pasien antara lain:

- a. Pelayanan akan lebih sempurna, holistik dan komprehensif.
- b. Pelayanan lebih profesional

- c. Pelayanan keperawatan mandiri bisa diaplikasikan dengan di bawah naungan legal dan etik- keperawatan
- d. Kebutuhan pasien akan dapat terpenuhi sehingga pasien akan lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang professional (Tribowo, 2012)

5. Prinsip-Prinsip *Home care*

- a. Mengelola pelayanan keperawatan kesehatan di rumah dilaksanakan oleh perawat /TIM yang memiliki keahlian khusus bidang tersebut.
- b. Mengaplikasi konsep sebagai dasar mengambil keputusan dalam praktik.
- c. Mengumpulkan dan mencatat data dengan sistematis, akurat dan komprehensif secara terus menerus.
- d. Menggunakan data hasil pengkajian untuk menetapkan diagnosa keperawatan.
- e. Mengembangkan rencana keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan yang dikaitkan dengan tindakan-tindakan pencegahan, terapi dan pemulihan.

- f. Memberikan pelayanan keperawatan dalam rangka menjaga kenyamanan, penyembuhan, peningkatan kesehatan dan pencegahan komplikasi.
- g. Mengevaluasi secara terus menerus respon pasien dan keluarga terhadap intervensi keperawatan.
- h. Bertanggung jawab terhadap pasien dan keluarga akan pelayanan yang bermutu melalui manajemen kasus, rencana penghentian asuhan keperawatan (discharge planning) dan koordinasi dengan sumber-sumber di komunitas.
- i. Memelihara hubungan diantara anggota tim untuk menjamin agar kegiatan yang dilakukan anggota tim saling mendukung.
- j. Mengembangkan kemampuan professional dan berkontribusi pada pertumbuhan kemampuan professional tenaga yang lain.
- k. Berpartipasi dalam aktifitas riset untuk mengembangkan pengetahuan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah.
- l. Menggunakan kode etik keperawatan dalam melaksanakan praktik keperawatan (Tribowo, 2012).

6. Mekanisme Pelayanan *Home care*

Pasien atau klien yang memperoleh pelayanan keperawatan di rumah dapat merupakan rujukan dan klinik rawat jalan, unit rawat inap rumah sakit, maupun puskesmas, namun klien dapat langsung menghubungi agens pelayanan keperawatan di

rumah atau praktek keperawatan per orang-an untuk memperoleh pelayanan. Mekanisme yang harus dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Pasien pasca rawat inap atau rawat jalan harus terlihat terlebih dahulu oleh dokter untuk menentukan apakah secara medis layak untuk dirawat di rumah atau tidak.
- b. Selanjutnya apabila dokter telah menetapkan bahwa klien layak dirawat di rumah, maka dilakukan pengkajian oleh koordinator kasus yang merupakan staf dari pengelola atau agensi perawatan kesehatan di rumah, kemudian bersama-sama klien dan keluarga akan menentukan masalahnya dan membuat perencanaan, membuat keputusan, membuat kesepakatan mengenai pelayanan apa yang akan diterima oleh klien, kesepakatan juga mencakup jenis pelayanan, jenis peralatan, dan jenis sistem pembayaran, serta jangka waktu pelayanan.
- c. Selanjutnya klien akan menerima pelayanan dari pelaksana pelayanan keperawatan di rumah baik dari pelaksana pelayanan yang dikontrak atau pelaksana yang direkrut oleh pengelola perawatan di rumah. Pelayanan dikoordinir dan dikendalikan oleh koordinator kasus, setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh tenaga pelaksana pelayanan harus diketahui oleh koordinator kasus.

- d. Secara periodik koordinator kasus akan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan apakah sudah sesuai dengan kesepakatan (Ode, 2012)

Persyaratan klien yang menerima pelayanan perawatan di rumah adalah :

- a. Mempunyai keluarga atau pihak lain yang bertanggung jawab atau menjadi pendamping bagi klien dalam berinteraksi dengan pengelola.
- b. Bersedia menandatangani persetujuan setelah diberikan informasi (*informed consent*).
- c. Bersedia melakukan perjanjian kerja dengan pengelola perawatan kesehatan di rumah untuk memenuhi kewajiban, tanggung jawab dan haknya dalam menerima pelayanan.

Tahapan mekanisme pelayanan *Home care* adalah :

- a. Proses penerimaan kasus
 - 1) *Home care* menerima pasien dari rumah sakit puskesmas, sarana lain, keluarga.
 - 2) Pimpinan *Home care* menunjuk manajer kasus untuk mengelola kasus.
 - 3) Manajer kasus membuat surat perjanjian dan proses pengelolaan kasus.
- b. Proses pelayanan *Home care*

1) Persiapan

- a) Pastikan identitas pasien
- b) Bawa denah/petunjuk tempat tinggal pasien
- c) Lengkapi kartu identitas unit tempat kerja
- d) Pastikan perlengkapan pasien untuk di rumah
- e) Siapkan file asuhan keperawatan
- f) Siapkan alat bantu media untuk pendidikan

2) Pelaksanaan

- a) Perkenalkan diri dan jelaskan tujuan
- b) Observasi lingkungan yang berkaitan dengan keamanan perawat
- c) Lengkapi data hasil pengkajian dasar pasien
- d) Membuat rencana pelayanan
- e) Lakukan perawatan langsung
- f) Diskusikan kebutuhan rujukan, kolaborasi, konsultasi, dll.
- g) Diskusikan rencana kunjungan selanjutnya dan aktifitas yang akan dilakukan
- h) Dokumentasikan kegiatan.

3) Monitoring dan evaluasi

- a) Keakuratan dan kelengkapan pengkajian awal
- b) Kesesuaian perencanaan dan ketepatan tindakan

- c) Efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tindakan oleh pelaksanaan.
- 4) Proses penghentian pelayanan *Home care* dengan kriteria:
 - a) Tercapai sesuai tujuan
 - b) Kondisi pasien stabil
 - c) Program rehabilitasi tercapai secara maximal
 - d) Keluarga sudah mampu melakukan perawatan pasien
 - e) Pasien di rujuk
 - f) Pasien menolak pelayanan lanjutan
 - g) Pasien meninggal dunia (Ode, 2012).

7. Pemberi Pelayanan *Home care*

a. Dokter

Pemberian *Home care* harus berada di bawah perawatan dokter. Dokter harus sudah menyetujui rencana perawatan sebelum perawatan diberikan kepada pasien. Rencana perawatan meliputi: diagnosa, status mental, tipe pelayanan dan peralatan yang dibutuhkan, frekuensi kunjungan, prognosis, kemungkinan untuk rehabilitasi, pembatasan fungsional, aktivitas yang diperbolehkan, kebutuhan nutrisi, pengobatan, dan perawatan.

b. Perawat

Bidang keperawatan dalam *Home care*, mencakup fungsi langsung dan tidak langsung. *Direct care* yaitu aspek fisik actual dari perawatan, semua yang membutuhkan kontak fisik dan interaksi *face to face*. Aktivitas yang termasuk dalam direct care mencakup pemeriksaan fisik, perawatan luka, injeksi, pemasangan dan penggantian kateter, dan terapi intravena. *Direct care* juga mencakup tindakan mengajarkan pada pasien dan keluarga bagaimana menjalankan suatu prosedur dengan benar. *Indirect care* terjadi ketika pasien tidak perlu mengadakan kontak personal dengan perawat. Tipe perawatan ini terlihat saat perawat *Home care* berperan sebagai konsultan untuk personil kesehatan yang lain atau bahkan pada penyedia perawatan di rumah sakit.

c. Physical Therapist

Menyediakan perawatan pemeliharaan, pencegahan, dan penyembuhan pada pasien di rumah. Perawatan yang diberikan meliputi perawatan langsung dan tidak langsung. Perawatan langsung meliputi: penguatan otot, pemulihan mobilitas, mengontrol spastisitas, latihan berjalan, dan mengajarkan latihan gerak pasif dan aktif. Perawatan tidak langsung meliputi konsultasi dengan petugas *Home care* lain dan berkontribusi dalam konferensi perawatan pasien

d. Speech Pathologist

Tujuan dari *speech therapy* adalah untuk membantu pasien mengembangkan dan memelihara kemampuan berbicara dan berbahasa. *Speech pathologist* juga bertugas memberi konsultasi kepada keluarga agar dapat berkomunikasi dengan pasien, serta mengatasi masalah gangguan menelan dan makan yang dialami pasien.

e. Social Worker (Pekerja Sosial)

Pekerja social membantu pasien dan keluarga untuk menyesuaikan diri dengan faktor sosial, emosional, dan lingkungan yang berpengaruh pada kesehatan mereka.

f. Home Maker / Home Health Aide

Tugas dari *home health aide* adalah untuk membantu pasien mencapai level kemandirian dengan cara sementara waktu memberikan *personal hygiene*. Tugas tambahan meliputi pencahayaan rumah dan keterampilan rumah tangga lain.

C. Tinjauan Umum Tentang Puskesmas

1. Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta

masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu. Pengelolaan puskesmas biasanya berada di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota.

Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan dan merupakan Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Upaya pelayanan yang diselenggarakan adalah :

- a. Pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu upaya promotif dan preventif pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas.
- b. Pelayanan medik dasar yaitu upaya kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga melalui upaya perawatan yang tujuannya untuk menyembuhkan penyakit untuk kondisi tertentu.

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu. Program Puskesmas merupakan program kesehatan dasar, meliputi :

- a. Promosi kesehatan

- b. Kesehatan Lingkungan
- c. KIA & KB
- d. Perbaikan gizi
- e. Pemberantasan penyakit menular
- f. Pengobatan yang terdiri dari rawat jalan, rawat inap, penunjang medik (laboratorium dan farmasi)

2. Pelayanan Puskesmas

Pelayanan puskesmas dibagi menjadi dua, yaitu puskesmas rawat jalan dan puskesmas rawat inap.

a. Pelayanan Rawat Jalan

Rawat Jalan merupakan salah satu unit kerja di puskesmas yang melayani pasien yang berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik. Pada waktu yang akan datang, rawat jalan merupakan bagian terbesar dari pelayanan kesehatan di Puskesmas. Pertumbuhan yang cepat dari rawat jalan ditentukan oleh tiga faktor yaitu:

- 1) Penekanan biaya untuk mengontrol peningkatan harga perawatan kesehatan dibandingkan dengan rawat inap,
- 2) Peningkatan kemampuan dan sistem reimbursement untuk prosedur di rawat jalan

- 3) Perkembangan secara terus menerus dari teknologi tinggi untuk pelayanan rawat jalan akan menyebabkan pertumbuhan rawat jalan Tujuan pelayanan rawat jalan diantaranya untuk menentukan diagnosa penyakit dengan tindakan pengobatan, untuk rawat inap atau untuk tindakan rujukan

Tenaga pelayanan di rawat jalan adalah tenaga yang langsung berhubungan dengan pasien, yaitu:

- 1) Tenaga administrasi (*non medis*) yang memberikan pelayanan penerimaan pendaftaran dan pembayaran,
- 2) Tenaga keperawatan (*paramedis*) sebagai mitra dokter dalam memberikan pelayanan pemeriksaan / pengobatan,
- 3) Tenaga dokter (*medis*) pada masing-masing poliklinik yang ada .

Tujuan pelayanan rawat jalan di antaranya adalah untuk memberikan konsultasi kepada pasien yang memerlukan pendapat dari seorang dokter spesialis, dengan tindakan pengobatan atau tidak dan untuk menyediakan tindak lanjut bagi pasien rawat inap yang sudah diijinkan pulang tetapi masih harus dikontrol kondisi kesehatannya.

Rawat Jalan hendaknya memiliki lingkungan yang nyaman dan menyenangkan bagi pasien. Hal ini penting untuk

diperhatikan karena dari rawat jalanlah pasien mendapatkan kesan pertama mengenai puskesmas tersebut. Lingkungan rawat jalan yang baik hendaknya cukup luas dan memiliki sirkulasi udara yang lancar, tempat duduk yang nyaman perabotan yang menarik dan tidak terdapat suara-suara yang mengganggu.

b. Pelayanan Rawat Inap

Puskesmas rawat inap adalah puskesmas yang diberi tambahan ruangan dan fasilitas untuk menolong pasien gawat darurat, baik berupa tindakan operatif terbatas maupun asuhan keperawatan sementara dengan kapasitas kurang lebih 10 tempat tidur. Rawat inap itu sendiri berfungsi sebagai rujukan antara yang melayani pasien sebelum dirujuk ke institusi rujukan yang lebih mampu, atau dipulangkan kembali ke rumah. Kemudian mendapat asuhan perawatan tindak lanjut oleh petugas perawat kesehatan masyarakat dari puskesmas yang bersangkutan di rumah pasien.

Pendirian puskesmas harus memenuhi kriteria sebagai berikut :

- 1) Puskesmas terletak kurang lebih 20 km dari rumah sakit,
- 2) puskesmas mudah dicapai dengan kendaraan bermotor dari puskesmas sekitarnya,
- 3) Puskesmas dipimpin oleh seorang dokter dan telah mempunyai tenaga yang memadai,

- 4) Jumlah kunjungan puskesmas minimal 100 orang per hari,
- 5) Penduduk wilayah kerja puskesmas dan penduduk wilayah 3 puskesmas disekelilingnya minimal rata-rata 20.000 orang/Puskesmas,
- 6) Pemerintah daerah bersedia untuk menyediakan anggaran rutin yang memadai (Depkes RI, 2009).

Puskesmas rawat inap diarahkan untuk melakukan kegiatankegiatan sebagai berikut :

- 1) Melakukan tindakan operatif terbatas terhadap penderita gawat darurat antara lain; kecelakaan lalu lintas, persalinan dengan penyulit, penyakit lain yang mendadak dan gawat.
- 2) Merawat sementara penderita gawat darurat atau untuk observasi penderita dalam rangka diagnostik dengan rata-rata hari perawatan tiga (3) hari atau maksimal tujuh (7) hari
- 3) Melakukan pertolongan sementara untuk mempersiapkan pengiriman penderita lebih lanjut ke Rumah Sakit.
- 4) Melakukan metoda operasi pria dan metoda operasi wanita untuk keluarga berencana.

Selain itu ruang rawat inap dilengkapi dengan fasilitas tambahan berupa :

- 1) Ruangan tambahan seluas 246 meter persegi yang terdiri dari ruangan perawatan, operasi sederhana, persalinan,

perawat jaga, pos operasi, kamar linen, kamar cuci, dapur, laboratorium.

- 2) Peralatan medis dan perawatan berupa peralatan operasi terbatas, *obstetric patologis*, *resusitasi*, *vasektomi*, dan *tubektomi*, tempat tidur dan perlengkapan perawatan.
- 3) Tambahan tenaga meliputi seorang dokter yang telah mendapat pelatihan klinis di Rumah sakit selama 6 bulan (dalam bidang kebidanan, kandungan, bedah, anak dan penyakit dalam), 2 orang 11 perawat/bidan yang diberi tugas secara bergiliran dan seorang petugas kesehatan untuk melaksanakan tugas administratif di ruang rawat inap.

Pendirian puskesmas rawat inap didasarkan pada kebijaksanaan :

- 1) Puskesmas dengan ruang rawat inap sebagai pusat rujukan antara dalam sistem rujukan, berfungsi untuk menunjang upaya penurunan kematian bayi dan ibu maternal, keadaan-keadaan gawat darurat serta pembatasan kemungkinan timbulnya kecacatan.
- 2) Menerapkan standar praktek keperawatan yang bertugas di ruang rawat inap puskesmas sesuai dengan prosedur yang diterapkan

- 3) Melibatkan pasien dan keluarganya secara optimal dalam meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan (Depkes RI, 2002)

Pelayanan yang diberikan oleh puskesmas antara lain yaitu :

- a. Upaya kesehatan wajib, yang terdiri dari :

- 1) Upaya promosi kesehatan
- 2) Upaya kesehatan lingkungan
- 3) Upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana
- 4) Upaya perbaikan gizi masyarakat
- 5) Upaya pengobatan
- 6) Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit
- 7) Unit kesehatan pengembangan.

- b. Upaya kesehatan pengembangan yang terdiri dari :

- 1) Upaya kesehatan gigi dan mulut
- 2) Upaya kesehatan sekolah
- 3) Upaya perawatan kesehatan masyarakat
- 4) Upaya kesehatan mata
- 5) Upaya kesehatan jiwa
- 6) Upaya kesehatan usia lanjut
- 7) Upaya kesehatan kerja
- 8) Upaya kesehatan olah raga
- 9) Upaya pembinaan pengobatan tradisional.

3. Tugas dan Fungsi

Tugas dan fungsi puskesmas diatur berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 128/MENKES/SK/II/2004 tentang kebijakan dasar pusat kesehatan masyarakat yaitu :

a. Tugas Puskesmas

Melaksanakan pelayanan kesehatan strata pertama yang bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.

b. Fungsi Puskesmas

Fungsi puskesmas, meliputi :

1) Fungsi Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan.

Fungsi ini bermakna bahwa Puskesmas harus berperan sebagai motor penggerak serta motivator bagi terselenggaranya pembangunan yang mengacu dan berorientasi serta dilandasi oleh kesehatan sebagai faktor pertimbangan utama, sehingga pembangunan yang dilaksanakan di wilayah kecamatan akan berdampak positif

bagi lingkungan sehat dan perilaku sehat, yang akan bermuara pada peningkatan kesehatan masyarakat.

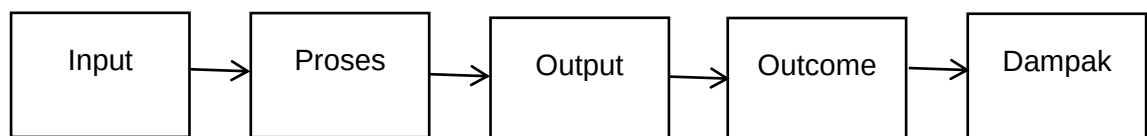
2) Fungsi Pemberdayaan Keluarga dan Masyarakat yang Sehat.

Fungsi ini berupa upaya fasilitasi non instruktif guna peningkatan pengetahuan keluarga dan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektoral maupun LSM, swasta serta tokoh masyarakat.

3) Fungsi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Upaya pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan yang mutlak perlu yang sangat dibutuhkan sebagian besar masyarakat, serta mempunyai nilai strategis untuk meningkat derajat kesehatan masyarakat, dilaksanakan secara *holistic* dan terpadu.

D. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori