

MENINGKATKAN DERAJAT KESEHATAN MELALUI PELAYANAN *HOME CARE* MENUJU *MEDICAL TOURISM*



Penulis :

dr. Muhammad Rizal, M.M., M.Kes | Dr. Katmini, S.Kep., Ns., M.Kes

Dr. Indasah, Ir., M.Kes | Dr. dr. Sentot Imam Suprpto, M.M



Alamat Penerbit :

Dusun Sumurlo RT 17/ RW 06 Nomor 36,
Desa Blendis Kecamatan Gondang
Kabupaten Tulungagung, Jawa Timur,
Indonesia, Kode Pos 66263



**MENINGKATKAN DERAJAT KESEHATAN MELALUI
PELAYANAN *HOME CARE* MENUJU *MEDICAL TOURISM***

Penulis:

dr. Muhammad Rizal, M.M., M.Kes

Dr. Katmini, S.Kep., Ns., M.Kes

Dr. Indasah, Ir., M.Kes

Dr. dr. Sentot Imam Suprpto, M.M



Penerbit :

Tata Mutiara Hidup Indonesia

**MENINGKATKAN DERAJAT KESEHATAN MELALUI
PELAYANAN *HOME CARE* MENUJU *MEDICAL TOURISM***

Penulis:

dr. Muhammad Rizal, M.M., M.Kes

Dr. Katmini, S.Kep., Ns., M.Kes

Dr. Indasah, Ir., M.Kes

Dr. dr. Sentot Imam Suprpto, M.M

Diterbitkan oleh:



ISBN 978-623-88425-4-4 (PDF)



Nama Penerbit : Tata Mutiara Hidup Indonesia

Telp : 0877 0249 8138

Email : tatamutiarahidupindonesia@gmail.com

ISBN: 978-623-88425-4-4 (PDF)

Ukuran, 18 cm x 25 cm

1 Jil., 74 Halaman

Cetakan 1, Maret 2023

**Sanksi Pelanggaran Pasal 72
Undang-undang Nomor 19 Tahun 2002
Tentang Hak Cipta:**

- (1) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak ciptaan pencipta atau memberi izin untuk itu, dapat dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)
- (2) Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta atau hak terkait, dapat dipidana dengan pidana paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas berkah, Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan buku dengan judul “**MENINGKATKAN DERAJAT KESEHATAN MELALUI PELAYANAN *HOME CARE* MENUJU *MEDICAL TOURISM***”. Permasalahan kesehatan yang sangat kompleks memerlukan kolaborasi kesehatan dari berbagai sektor dan kalangan dalam penyelesaiannya, sehingga diperlukan upaya yang komprehensif dan dukungan regulasi agar dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat agar mandiri dan sampai sekarang masih menjadi sebuah permasalahan yang terjadi pada tingkat regional maupun nasional. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa buku ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, masukan, saran dan kritikan yang sifatnya korektif dan konstruktif dari semua pihak sangat diharapkan. Akhirnya kepada Allah SWT kami berdo'a semoga segala usaha dan kerja keras penulis dalam proses penyusunan dan penyelesaian buku ini dapat menghasilkan karya yang bermanfaat bagi kemaslahatan manusia, bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan bernilai ibadah oleh-NYA. Aamiin ya Rabbil alamin.

Kediri, Maret 2023

Penulis

DAFTAR ISI

kata Pengantar.....	3
Daftar Isi.....	4
Bab 1 Paradigma Peningkatan Derajat Kesehatan	5
Bab 2 Kebijakan Kesehatan.....	16
Bab 3 Hubungan Ketanggapan Sistem Pelayanan Kesehatan dengan Ilmu Perilaku Kesehatan	30
Bab 4 Rumah Sakit.....	40
Bab 5 Pelayanan <i>Home Care</i>	42
Bab 6 <i>Medical Tourism</i>	48
Bab 7 <i>Evidence Based</i>	51
Daftar Pustaka	71

BAB 1

PARADIGMA PENINGKATAN DERAJAT KESEHATAN

Pembangunan Kesehatan

Konsep hidup sehat sampai saat ini masih relevan untuk diterapkan. Kondisi sehat secara holistik bukan saja kondisi sehat secara fisik melainkan juga spiritual dan sosial dalam bermasyarakat. Untuk menciptakan kondisi sehat seperti ini diperlukan suatu keharmonisan dalam menjaga kesehatan tubuh dimana ada empat faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Keempat faktor tersebut merupakan faktor determinan timbulnya masalah kesehatan. Keempat faktor tersebut terdiri dari faktor perilaku/gaya hidup (life style), faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya), faktor pelayanan kesehatan (jenis cakupan dan kualitasnya) dan faktor genetik (keturunan/heriditer/penduduk). Keempat faktor tersebut saling berinteraksi yang mempengaruhi kesehatan perorangan dan derajat kesehatan masyarakat.

Derajat kesehatan ditentukan oleh 40% faktor lingkungan, 30% faktor perilaku, 20% faktor pelayanan kesehatan, dan 10% faktor genetika (keturunan). Dengan kata lain, faktor lingkungan yang dalam hal ini seperti menjaga kebersihan lingkungan dan sanitasi harus baik, menjadi faktor penentu tertinggi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Namun yang terjadi di masyarakat saat ini, dalam meningkatkan derajat kesehatan justru lebih tinggi pada pelayanan kesehatan yang artinya banyak masyarakat yang dilakukan pengobatan atau kuratif di fasilitas kesehatan tapi kebersihan lingkungan kurang diperhatikan. Dibutuhkan sebuah sistem kesehatan untuk merubah

paradigma di masyarakat agar paradigma sakit menjadi paradigma sehat ini dapat membuat masyarakat menjadi mandiri dalam mengusahakan dan menjalankan upaya kesehatannya, hal ini sesuai dengan visi Indonesia sehat, yaitu “Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan”

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis (Renstra Kemenkes, 2015)

Pembangunan kesehatan adalah investasi utama bagi pembangunan sumber daya manusia Indonesia. Pembangunan kesehatan pada dasarnya adalah upaya untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, serta kemampuan setiap orang untuk dapat berperilaku hidup yang sehat untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mewujudkan hal tersebut, perlu perencanaan pembangunan kesehatan yang sistematis, terarah, terpadu dan menyeluruh, serta dibutuhkan keterlibatan berbagai sektor dan seluruh komponen bangsa dalam pelaksanaannya. (Kemenkes 2020).

Sasaran dari pembangunan kesehatan adalah penentu kebijakan itu sendiri yang terdiri dari berbagai bidang kepentingan lintas sektoral yang memperhatikan dampak dari kebijakan kesehatan yang dicanangkannya. Sasaran selanjutnya adalah petugas kesehatan yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Institusi kesehatan juga menjadi sasaran pembangunan kesehatan yang sebagai

pihak yang mengawasi penerapan standar mutu pelayanan kesehatan. Selanjutnya yang menjadi sasaran pembangunan kesehatan adalah masyarakat yang harus menyadari bahwa kesehatan adalah harta berharga yang harus dijaga.

Arah pembangunan kesehatan:

1. Pembangunan kesehatan adalah bagian integral dari pembangunan nasional
2. pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat harus diselenggarakan secara bermutu, adil dan merata dengan memberikan pelayanan khusus kepada penduduk miskin, anak-anak, dan para lanjut usia yang terlantar, baik di perkotaan maupun di pedesaan
3. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan strategi pembangunan profesionalisme, desentralisasi dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dengan memperhatikan berbagai tantangan yang ada saat ini.
4. Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat dilaksanakan melalui program peningkatan perilaku hidup sehat, pemeliharaan lingkungan sehat, pelayanan kesehatan dan didukung oleh sistem pengamatan, Informasi dan manajemen yang handal, meliputi:
 - a. Pengadaan dan peningkatan prasarana dan sarana kesehatan terus dilanjutkan.
 - b. Tenaga yang mempunyai sikap nasional, etis dan profesional, juga memiliki semangat pengabdian yang tinggi kepada bangsa dan negara, berdisiplin, kreatif, berilmu dan terampil, berbudi luhur dan dapat memegang teguh etika profesi.

- c. Meningkatkan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma sehat, yang memberikan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan pencegahan, penyembuhan, pemulihan dan rehabilitasi sejak pembuahan dalam kandungan sampai lanjut usia.
- d. Meningkatkan dan memelihara mutu lembaga dan pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan sumber daya manusia secara berkelanjutan dan sarana prasarana dalam bidang medis, termasuk ketersediaan obat yang dapat dijangkau oleh masyarakat.
- e. Mengembangkan sistem jaminan sosial tenaga kerja bagi seluruh tenaga kerja bagi seluruh tenaga kerja untuk mendapatkan perlindungan, keamanan, dan keselamatan kerja yang memadai, yang pengelolaannya melibatkan pemerintah, perusahaan dan pekerja.
- f. Membangun ketahanan sosial yang mampu memberi bantuan penyelamatan dan pemberdayaann terhadap penyandang masalah kesejahteraan sosial dan korban bencana serta mencegah timbulnya gizi buruk dan turunnya kualitas generasi muda.
- g. Membangun apresiasi terhadap penduduk lanjut usia dan veteran untuk menjaga harkat martabatnya serta memanfaatkan pengalamannya.
- h. Meningkatkan kepedulian terhadap penyandang cacat, fakir miskin dan anak-anak terlantar, serta kelompok rentan sosial melalui penyediaan lapangan kerja yang seluas-luasnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat.
- i. Meningkatkan kualitas penduduk melalui pengendalian kelahiran, memperkecil angka kematian, peningkatan kualitas program keluarga berencana.

- j. Memberantas secara sistematis perdagangan dan penyalahgunaan narkotik dan obat-obatan terlarang dengan memberikan sanksi yang seberat-beratnya kepada produsen, pengedar dan pemakai

Sistem Kesehatan Nasional

SKN adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945. Dari rumusan pengertian di atas, jelaslah SKN tidak hanya menghimpun upaya sektor kesehatan sajamelainkan juga upaya dari berbagai sektor lainnya termasuk masyarakat dan swasta. Sesungguhnya keberhasilan pembangunan kesehatan tidak ditentukan hanya oleh sektor kesehatan saja. Dengan demikian, pada hakikatnya SKN adalah juga merupakan wujud dan sekaligus metode penyelenggaraan pembangunan kesehatan, yang memadukan berbagai upaya Bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan

Supra Sistem SKN adalah Sistem Penyelenggaraan Negara, SKN dengan berbagai Subsistem lainnya diarahkan untuk mencapai tujuan bangsa Indonesia seperti yang tercantum dalam pembukaan UUD 1945. Dalam SKN terdapat subsistem upaya kesehatan terdiri dari Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit termasuk dalam UKP Strata kedua dan ketiga yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran spesialis dan subspecialistik.

Saat ini penekanan arah pembangunan kesehatan lebih diarahkan pada upaya promotif dan preventif dengan tidak mengabaikan upaya

kuratif dan rehabilitatif. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Sistem kesehatan berdasarkan undang-undang merupakan salah satu cara bagi pemenuhan hak-hak masyarakat oleh negara. Sistem kesehatan nasional (SKN) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya (perpres no.72 tahun 2012). Indikator kinerja ditentukan oleh distribusi tingkat kesehatan ditinjau dari kematian balita, ketanggapan sistem kesehatan dengan peningkatan akses layanan kesehatan, dan cakupan jaminan kesehatan. Diperlukan upaya penguatan tiga pilar pembangunan kesehatan yaitu:

1. Paradigma Sehat,
2. Penguatan pelayanan kesehatan
3. Jaminan Kesehatan Nasional.

Adapun subsistemnya meliputi:

1. Upaya kesehatan
2. Pembiayaan kesehatan
3. Sumberdaya manusia kesehatan
4. Obat dan perbekalan kesehatan
5. Pemberdayaan masyarakat
6. Manajemen kesehatan

Saat ini penekanan arah pembangunan kesehatan lebih diarahkan pada upaya promotif dan preventif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk

meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. konsep pemberdayaan dapat mendukung terciptanya kemandirian dalam masyarakat, baik secara sosial maupun secara ekonomi. Pemberdayaan masyarakat juga dapat dilaksanakan untuk meningkatkan kesejahteraan hidup bagi tiap-tiap individu masyarakat, serta meningkatkan kualitas lingkungan sekitar. Selanjutnya, pemberdayaan masyarakat kedalam beberapa aspek, antara lain yaitu kegiatan peningkatan prakarsa dan swadaya masyarakat, perbaikan lingkungan, serta kegiatan peningkatan kemampuan masyarakat (Theresia, 2015). Hurairah dalam Risky menyebutkan bahwa tujuan dari pemberdayaan masyarakat dimaksudkan untuk memperbaiki kualitas kehidupan yang berdasarkan pada potensi atau kekuatan masyarakat itu sendiri (Pusut, Kimbal & Mamentu, M, 2017). Sejalan dengan apa yang disampaikan oleh Hurairah, Fahrudin juga menyebutkan bahwa pemberdayaan masyarakat dilaksanakan dengan cara melakukan optimalisasi terhadap sumber daya dan potensi masyarakat. Selanjutnya, Sedarmayanti juga memaknai pemberdayaan masyarakat adalah bentuk upaya untuk menciptakan masyarakat yang mandiri (Fahrudin, 2012).

Kesimpulannya bahwa pemberdayaan masyarakat dianggap sebagai upaya untuk meningkatkan partisipasi masyarakat disemua aspek pembangunan didalam masyarakat. Sementara itu, pemberdayaan masyarakat pada kesehatan sangat dipengaruhi oleh fungsi kerja sama lintas sektor lembaga kesehatan dalam mendidik masyarakat. Output yang diharapkan adalah adanya penyediaan pelayanan kesehatan bagi semua pihak dengan harga terjangkau (Adisasmito, 2012). Kesehatan

masyarakat yang optimal merupakan salah satu kunci penting akan kesuksesan sebuah negara. Kolaborasi antar profesi kesehatan adalah satu usaha untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Dilakukan dengan upaya preventif dan promotif tanpa mengabaikan pendekatan kuratif dan rehabilitative. Sekarang ini banyak sistem kesehatan di negara-negara di dunia yang mengimplementasikan pelayanan kesehatan. karena permasalahan kesehatan sebenarnya menyangkut banyak aspek dalam kehidupan, dan untuk dapat memecahkan satu persatu permasalahan tersebut atau untuk meningkatkan kualitas kesehatan itu sendiri, tidak dapat dilakukan hanya dengan sistem uniprofesional. Pentingnya kontribusi berbagai disiplin ilmu ternyata memberi dampak positif dalam penyelesaian berbagai masalah kesehatan (WHO, 2010).

Kerja sama lintas sektor telah disadari benar sebagai strategi penting dalam pembangunan kesehatan. Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Jakarta bahkan telah melibatkan pihak swasta (non government organization) sebagai peserta. Pada saat itu dibahas tentang tanggungjawab sosial “organisasi/perusahaan” dalam kesehatan (coporate social responsibility) (Unicef, 2013). Pada Konferensi Internasional Promosi Kesehatan yang ke tujuh di Nairobi-Kenya, kemitraan dan kerja sama lintas sektor menjadi isu penting yang dibahas. Demikian pula pada Konferensi Promosi Kesehatan yang ke sembilan di Pattaya Thailand, dibahas beberapa tantangan promosi kesehatan pada tahun 2013. Konferensi tersebut mengeksplorasi tingkat investasi dalam promosi kesehatan, bagaimana promosi kesehatan lebih efektif dalam mendukung program dan kebijakan kesehatan, serta peran praktisi

promosi kesehatan, peneliti dan pembuat kebijakan dalam menjaga investasi kesehatan (Sparks, 2013).

Kementerian Kesehatan mempunyai peran dan berkontribusi dalam tercapainya di seluruh Nawacita terutama dalam meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Terdapat dua tujuan Kementerian Kesehatan pada tahun 2020-2024, yaitu:

1. Meningkatnya status kesehatan masyarakat dan;
2. Meningkatnya daya tanggap (responsivitas) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan. Tujuan indikator Kementerian Kesehatan bersifat dampak (impact atau outcome) (Kemenkes,2020)

Dalam pemberdayaan masyarakat Terdapat dari tiga unsur utama, yakni pemberdayaan perorangan, pemberdayaan kelompok, dan pemberdayaan masyarakat umum.

1. Pemberdayaan perorangan adalah upaya meningkatkan peran, fungsi, dan kemampuan perorangan dalam membuat keputusan untuk memelihara kesehatan. Target minimal yang diharapkan adalah untuk diri sendiri yakni mempraktikkan PHBS yang diteladani oleh keluarga dan masyarakat sekitar. Target maksimal adalah berperan aktif sebagai kader kesehatan dalam menggerakkan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.
2. Pemberdayaan kelompok adalah upaya meningkatkan peran, fungsi, dan kemampuan kelompok-kelompok di masyarakat, termasuk swasta sehingga di satu pihak dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi kelompok dan di pihak lain dapat aktif dalam upaya meningkatkan derajat kesmas. kegiatan yang dilakukan dapat berupa program pengabdian (to serve), memperjuangkan kepentingan

masyarakat di bidang kesehatan (to advocate), atau melakukan pengawasan sosial terhadap pembangunan kesehatan (to watch)

3. Pemberdayaan masyarakat umum adalah upaya meningkatkan peran, fungsi, dan kemampuan masyarakat, termasuk swasta sedemikian rupa sehingga di satu pihak dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada di masyarakat dan di pihak lain dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Kegiatan yang dilakukan dapat berupa program pengabdian, memperjuangkan kepentingan masyarakat di bidang kesehatan, atau melakukan pengawasan sosial terhadap pembangunan kesehatan. Berbasis pada tata nilai perorangan, keluarga, masyarakat, sesuai dengan sosial budaya, kebutuhan, dan potensi setempat. Dilakukan dengan meningkatkan akses untuk memperoleh informasi dan kesempatan untuk mengemukakan pendapat, keterlibatan dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Perwujudan dari pemberdayaan masyarakat terhadap peningkatan pelayanan kesehatan di sarana kesehatan merupakan kolaborasi yang berperan penting dimana penentu sehat bukan hanya terletak pada seberapa baiknya kualitas pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan atau seberapa lengkapnya bentuk pelayanan di sarana kesehatan akan tetapi kontribusi keinginan atau kemandirian masyarakat untuk hidup sehat dengan diimbangi intervensi perilaku yang memungkinkan masyarakat lebih sadar, mau dan mampu melakukan hidup sehat sebagai prasyarat pembangunan yang berkelanjutan (sustainable development). Untuk menjadikan masyarakat mampu hidup

sehat, masyarakat harus dibekali dengan pengetahuan tentang cara-cara hidup sehat.

BAB 2

KEBIJAKAN KESEHATAN

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan dan melandaskan pada memperhatikan kebijakan umum (Kemenkes 2020) yang dikelompokkan sebagai berikut:

1. Peningkatan Kerjasama Lintas Sektor.

Untuk optimalisasi hasil pembangunan berwawasan kesehatan, kerjasama lintas sektor merupakan hal yang utama dan karena itu perlu digalang serta dimantapkan secara seksama. Sosialisasi masalah-masalah kesehatan pada sektor lain perlu dilakukan secara intensif dan berkala. Kerjasama lintas sektor harus mencakup pada tahap perencanaan, pelaksanaan dan penilaian serta melandaskan dengan seksama pada dasar-dasar pembangunan Kesehatan.

2. Peningkatan perilaku, Pemberdayaan Masyarakat dan Kemitraan Swasta.

Masyarakat dan swasta perlu berperan aktif dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Dalam kaitan ini perilaku hidup masyarakat sejak usia dini perlu ditingkatkan melalui berbagai kegiatan penyuluhan dan pendidikan kesehatan, sehingga menjadi bagian dari norma hidup dan budaya masyarakat dalam rangka meningkatkan kesadaran dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan terutama melalui penerapan konsep pembangunan kesehatan masyarakat tetap didorong bahkan dikembangkan untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan serta keseimbangan upaya kesehatan.

3. Peningkatan Kesehatan Lingkungan.

Kesehatan lingkungan perlu diselenggarakan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, yaitu keadaan lingkungan yang bebas dari resiko yang membahayakan kesehatan dan keselamatan hidup manusia. Upaya ini perlu untuk meningkatkan mutu lingkungan hidup dan meningkatkan kemauan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat dalam merencanakan dan melaksanakan pembangunan berwawasan Kesehatan. Kesehatan lingkungan pemukiman, tempat kerja dan tempat-tempat umum serta tempat pariwisata ditingkatkan melalui penyediaan serta pengawasan mutu air yang memenuhi persyaratan terutama perpipaan, penerbitan tempat pembuangan sampah, penyediaan sarana pembangunan limbah serta berbagai sarana sanitasi lingkungan lainnya. Kualitas air, udara dan tanah ditingkatkan untuk menjamin hidup sehat dan produktif sehingga masyarakat terhindar dari keadaan yang dapat menimbulkan bahaya kesehatan. Untuk itu diperlukan peningkatan dan perbaikan berbagai peraturan perundang-undangan, pendidikan lingkungan sehat sejak dini usia muda serta pembakuan standar lingkungan.

4. Peningkatan Upaya Kesehatan.

Penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pennyembuhan penyakit dan pemuluhan kesehatan serta upaya khusus melalui pelayanan kemanusiaan dan darurat atau kritis. Selanjutnya, pemerataan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan perlu terus –menerus diupayakan.

Dalam rangka mempertahankan status kesehatan masyarakat selama kritis ekonomi, upaya kesehatan diprioritaskan untuk mengatasi dampak kritis disamping tetap mempertahankan peningkatan pembangunan kesehatan. Perhatikan khusus dalam mengatasi dampak kritis diberikan kepada kelompok berisiko dari keluarga-keluarga miskin agar derajat kesehatan tidak memburuk dan tetap hidup produktif. Pemerintah bertanggung jawab terhadap biaya pelayanan kesehatan untuk penduduk miskin. Setelah melewati krisis ekonomi, status kesehatan masyarakat diusahakan ditigkatkan melalui pencegahan dan pangurangan mordibitas, mortalitas, dan kecacatan dalam masyarakat terutama pada bayi, anak balita, dan wanita hamil, melahirkan dan masa nifas, melalui upaya peningkatan (promosi) hidup sehat, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular serta pengobatan penyakit dan rehabilitas. Prioritas utama diberikan kepada penaggulangan penyakit menular dan wabah yang cenderung meningkat.

Perhatian yang lebih besar diberikan untuk mewujudkan produktifitas kerja yang tinggi, melalui berbagai upaya pelayanan kesehatan kerja termasuk perbaikan gizi dan kebugaran jasmani tenaga kerja serta upaya kesehatan lain yang menyangkut kesehatan lingkungan kerja dan lingkungan pemukiman terutama bagi penduduk yang tinggal di daerah yang kumuh.

5. Peningkatan Sumber Daya Kesehatan

Pengembangan tenaga kesehatan harus menunjang seluruh upaya pembangunan kesehatan dan diarahkan untuk menciptakan tenaga kesehatan yang ahli dan terampil sesuai pengembangan ilmu dan teknologi, beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, serta berpegang teguh pada pengabdian bangsa dan negara dari etika profesi.

Pengembangan tenaga kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pemberdayaan atau daya guna tenaga dan penyediaan jumlah serta mutu tenaga kesehatan dari masyarakat dan pemerintah yang mampu melaksanakan pembangunan kesehatan. Dalam perencanaan tenaga kesehatan perlu diutamakan penentu kebutuhan tenaga di kabupaten dan kota juga keperluan tenaga berbagai negara di luar negeri dalam rangka globalisasi. Pengembangan karier tenaga kesehatan masyarakat dan pemerintah perlu ditingkatkan dengan terarah dan seksama serta diserasikan secara bertahap.

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JK PM) yakni cara pelayanan kesehatan melalui penyebaran secara prapayasa dikembangkan terus untuk menjamin tersekenggaranya pemeliharaan kesehatan yang lebih merata dan bermutu dengan harga yang terkendali. JKPM diselenggarakan sebagai upaya bersama antar masyarakat, swasta dan pemerintah untuk memenuhi kebutuhan biaya pelayanan kesehatan yang terus meningkat. Tarif pelayanan kesehatan perlu disesuaikan atas dasar nilai jasa dan barang yang diterima oleh anggota masyarakat yang memperoleh pelayanan. Masyarakat yang tidak mampu akan dibantu melalui system JKPM yang disubsidi oleh pemerintah. Bersamaan dengan itu dikembangkan pula asuransi kesehatan sebagai pelengkap/pendamping JKPM. Pengembangan asuransi kesehatan berada dibawah pembinaan pemerintah dan asosiasi perasuransian. Secara bertahap puskesmas dan rumahsakit milik pemewrintah akan dikelola secara swadana.

6. Peningkatan Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan.

Kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan perlu makin ditingkatkan terutama melalui peningkatan secara strategis dalam

kerjasama antara sektor kesehatan dan sektor lain yang yang terkait, dan antara berbagai program kesehatan serta antara para pelaku dalam pembangunan kesehatan sendiri. Manajemen upaya kesehatan yang terdiri dari perencanaan, pengerakan pelaksanaan, pengendalian, dan penilaian diselenggarakan secara sistematis untuk menjamin upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh. Manajemen tersebut didukung oleh sistem informasi yang handal guna menghasilkan pengambilan keputusan dan cara kerja yang efisien. Sistem informasi tersebut dikembangkan secara komprehensif diberbagai tingkat administrasi kesehatan sebagai bagian dari pengembangan administrasi kesehatan. Organisasi Departemen Kesehatan perlu disesuaikan kembali dengan fungsi-fungsi : regulasi, perencanaan nasional, pembinaan dan pengawasan.

Desentralisasi atas dasar prinsip otonomi yang nyata, dinamis, serasi dan bertanggung jawab dipercepat melalui pelimpahan tanggung jawab pengelolaan upaya kesehatan kepada daerah Dinas Kesehatan ditingkatkan terus kemampuan manajemennya sehingga dapat melaksanakan secara lebih bertanggung jawab dalam perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan upaya kesehatan. Peningkatan kemampuan manajemen tersebut dilakukan melalui rangkaian pendidikan dan pelatihan yang sesuai dengan pembangunan kesehatan yang ada. Upaya tersebut pula didukung oleh tersedianya pembiayaan kesehatan yang memadai. Untuk itu perlu diupayakan peningkatan pendanaan kesehatan yang baik berasal dari anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional maupun dari anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

7. Peningkatan Ilmu Pengetahuan dan teknologi Kesehatan.

Penelitian dan pengembangan dibidang kesehatan akan terus dikembangkan secara terarah dan bertahap dalam rangka menunjang upaya kesehatan, utamanya untuk mendukung perumusan kebijaksanaan, membantu memecahkan masalah kesehatan dan mengatasi kendala dalam pelaksanaan program kesehatan. Penelitian dan pengembangan kesehatan akan terus dikembangkan melalui jaringan kemitraan dan didesentralisasikan sehingga menjadi bagian penting dari pembangunan kesehatan daerah.

Pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi didorong untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, gizi, pendayagunaan obat dan pengembangan obat asli Indonesia, pemberatasan penyakit dan perbaikan lingkungan. Penelitian yang berkaitan dengan ekonomi kesehatan dikembangkan untuk mengoptimalkan pemanfaatan pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan swasta. Setra meningkatkan kontribusi pemerintah dalam pembiayaan kesehatan yang terbatas. Penelitian bidang sosial budaya dan perilaku sehat dilakukan untuk mengembangkan gaya hidup sehat dan mengurangi masalah kesehatan masyarakat yang ada.

8. Peningkatan Lingkungan Sosial Budaya.

Selain berpengaruh positif, globalisasi juga menimbulkan perubahan lingkungan sosial dan budaya masyarakat yang dapat berpengaruh negatif terhadap pembangunan kesehatan. Untuk itu sangat diperlukan peningkatan ketahanan sosial dan budaya masyarakat melalui peningkatan sosioekonomi masyarakat, sehingga dapat mengambil manfaat yang sebesar-besarnya dan sekaligus meminimalkan dampak negatif dari globalisasi. Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Persoalan ketanggapan sistem kesehatan

Pemerintah mulai berbenah diri dalam mengatasi persoalan ketanggapan sistem Kesehatan. Dalam Rakernas 2020 pemerintah fokus pada 5 masalah Kesehatan pada konteks pendekatan promotif dan preventif, antara lain:

1. Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi (AKI/AKB)
2. Pengendalian Stunting
3. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
4. Germas
5. Tata Kelola Sistem Kesehatan.

Rumuskan rencana aksi program/kegiatan yang akan dilakukan tahun 2020-2024. kebijakan pembangunan kesehatan diarahkan pada upaya meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan melalui peningkatan upaya promotif dan preventif. Dirjen Kirana melanjutkan, dibutuhkan pula dukungan dan inovasi serta pemanfaatan teknologi, sehingga pada Bonus Demografi mendatang Indonesia dapat memperoleh sumber daya manusia (SDM) yang unggul dan berdaya saing. Transformasi kesehatan rencananya akan dilakukan dari tahun 2021 hingga 2024, dengan berfokus pada 6 bidang. Keenam bidang tersebut yakni:

1. Transformasi layanan primer
2. Transformasi layanan rujukan
3. Transformasi sistem ketahanan Kesehatan
4. Transformasi sistem pembiayaan Kesehatan
5. Transformasi SDM kesehatan,
6. Transformasi teknologi kesehatan.

Persoalan ketanggapan sistem kesehatan dengan peningkatan akses layanan kesehatan

Meningkatnya status kesehatan masyarakat sekaligus peningkatan derajat kesehatan dapat dijamin dengan adanya penyediaan pelayanan kesehatan bagi semua pihak. Penyediaan pelayanan kesehatan diartikan juga peningkatan akses layanan kesehatan. Persoalan timbul ketika respon masyarakat melalui optimalisasi pemberdayaan masyarakat meningkat tidak didukung dengan adanya penyediaan kesehatan pelayanan dan kemudahan akses layanan Kesehatan.

Sistem layanan kesehatan adalah hal yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan. Dengan adanya sistem layanan kesehatan ini tujuan dalam maningkatkan derajat kesehatan dapat tercapai secara efektif, efisien dan tepat sasaran. Sistem layanan kesehatan ini dapat tercapai bergantung pada komponen yang ada antara lain dana, fasilitas penunjang dan sumber daya manusia yang ada contohnya dokter, perawat, ahli gizi dan tim kesehatan lainnya (Chayatin 2014).

Menurut Kozier (2012) faktor-faktor yang berpengaruh dalam pemilihan layanan kesehatan seseorang diantaranya:

- a. Variabel demografis meliputi usia, jenis kelamin, ras, dan suku bangsa. Etnisitas atau suku adalah klasifikasi 14 atau afiliasi dengan setiap kelompok dasar yang dibedakan oleh adat, karakteristik, bahasa, atau faktor pembeda lain yang sejenis. Perbedaan ini meluas termasuk ke struktur keluarga, bahasa, kesukaan makanan, kode, moral dan ekspresi emosi. Untuk pengaturan suatu standar perilaku beberapa kelompok budaya mengembangkan orientasi rasa bersalah dan rasa malu

- b. Variabel sosio-psikologis, yaitu faktor sosial dan emosional. Faktor sosial dapat berasal dari keluarga dan luar lingkungan keluarga. Keluarga mempunyai nilai-nilai yang akan ditanamkan terhadap anak. Proses tersebut disebut proses sosialisasi, yaitu proses ketika anak mendapat keyakinan, nilai, dan perilaku tertentu untuk dapat berfungsi dalam kelompok tersebut.
- c. Tekanan sosial, merupakan pengaruh dari teman kelompok yang dapat mempengaruhi dalam persepsi mengenai suatu hal.
- d. Cues of action, dapat berupa isyarat internal atau eksternal misalnya perasaan lemah, gejala yang tidak menyenangkan atau anggapan seseorang terhadap kondisi orang terdekat yang menderita suatu penyakit. 15 Beberapa faktor yang mempengaruhi dalam memilih layanan kesehatan diatas secara garis besar dapat di bagi menjadi faktor internal dan eksternal. Internal seperti faktor demografi, psikologis dan emosional, status kesehatan, nilai dan kepercayaan dan kebutuhan. Faktor eksternal seperti tekanan sosial, lingkungan, peran dan pengalaman masa lalu.

Menurut Kamra (2016), ada beberapa alasan yang mempengaruhi pemilihan layanan kesehatan (Rumah Sakit) berdasarkan data dari konsumen rumah sakit yaitu: fasilitas, reputasi dan kualitas, bangunan dan infrastruktur, kemudahan dan keterjangkauan, pengalaman, responsivitas layanan, rekomendasi dan saran, dukungan klinis, privasi dan berbagai informasi, layanan.

Pada jurnal penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan pemilihan pelayanan (Ditasari E. et al., 2019), terdapat beberapa faktor yang menjadi penentu pengambilan keputusan masyarakat dalam memilih jasa penyedia layanan kesehatan, beberapa

diantaranya adalah biaya atau harga pelayanan, fasilitas pelayanan, fasilitas rumah sakit, dan juga jarak. Terdapat juga faktor dari masyarakat pengguna pelayanan kesehatan itu sendiri, yaitu faktor pendidikan, status sosial ekonomi masyarakat, penghasilan, dan pekerjaan.

Kementerian kesehatan melalui kebijakan digitalisasi kesehatan berfokus pada:

1. Telemedicine

Telemedicine merupakan pelayanan utama dalam pengembangan pelayanan kesehatan berbasis digital yang mengarah pada teknologi yang fokus pada pelayanan klinis.

2. E-pharmacy

Guna mencapai derajat paripurna, telemedicine disertai dengan penerapan e-pharmacy yang menyediakan akses obat yang aman, bermutu, dan berkhasiat

3. Electronic medical record

Seluruh catatan kesehatan tersimpan aman dalam database pasien dengan bantuan kecanggihan teknologi.

4. Device innovation

Pemanfaatan inovasi teknologi di bidang Kesehatan

5. Health information system

Informasi Kesehatan dapat diakses secara universal di setiap fasilitas Kesehatan.

Persoalan ketanggapan sistem kesehatan dengan Transformasi Teknologi Kesehatan

Keadaan masyarakat masa saat ini yang mengandung berbagai kemungkinan tersebut menjadi peluang dan tantangan tersendiri yang justru perlu dipelajari dan masih mungkin untuk direncanakan. Era digital sudah menyatu dengan kondisi masyarakat saat ini. Kondisi ini menyebabkan masyarakat semakin mudah dan memiliki peluang yang lebih besar dalam mengakses berbagai informasi, terlebih lagi salah satu manfaat dari teknologi informasi yang mampu memanfaatkan keterbatasan ruang dan waktu. Dengan adanya perkembangan yang begitu pesat karena semakin mudah dan cepat dalam mengakses teknologi terbaru, maka penyebaran informasi juga semakin cepat. Karena hanya dengan upaya pemberdayaan yang tepat diharapkan para masyarakat dapat terbentengi dari berbagai kemungkinan yang bisa saja muncul sebagai dampak dari era digital (Suri, 2019)

Transformasi teknologi Kesehatan terbagi atas transformasi teknologi informasi kesehatan dan transformasi teknologi Kesehatan. Meningkatnya status kesehatan masyarakat sekaligus peningkatan derajat kesehatan dapat dijamin dengan adanya penyediaan pelayanan kesehatan bagi semua pihak dengan diiringi teknologi. Persoalan timbul ketika respon masyarakat melalui optimalisasi pemberdayaan masyarakat meningkat tidak didukung dengan adanya kemampuan penguasaan teknologi. dan sosialisasi informasi terkait akses dan penggunaan teknologi baik oleh tenaga kesehatan dan masyarakat.

Teknologi informasi itu sendiri menurut Bambang Warsita (2012) adalah sarana dan prasarana (hardware, software, useware) sistem dan metode untuk memperoleh, mengirimkan, mengolah, menafsirkan,

menyimpan, mengorganisasikan dan menggunakan data secara bermakna. Oleh karena itu, teknologi informasi menyediakan banyak kemudahan dalam mengelola Informasi dalam arti menyimpan, mengambil kembali dan pemutahiran informasi

SDM tenaga Kesehatan dituntut untuk menguasai pelayanan Kesehatan berbasis teknologi. Peran manajemen sumber daya manusia telah berubah dan akan terus berkembang seiring dengan perubahan teknologi yang kompetitif serta adanya kesadaran bahwa manajemen SDM harus memerankan peran stretegiknya demi keberhasilan organisasi. Afiffudin (2015) menjelaskan bahwa: Tantangan manajemen sumber daya manusia dibagi menjadi tiga, diantaranya:

1. Tantangan Internal muncul karena adanya sumber daya manusia yang mengejar pertimbangan, diantaranya adalah finansial, penjualan, servis, produksi dan lain-lain.
2. Tantangan Eksternal yaitu mencakup perubahan teknologi, pengaturan pemerintah, faktor sosial budaya, faktor politik, dan lain-lain.
3. Tantangan Global menyebabkan terjadinya perubahan yang menuntut perusahaan untuk lebih beradaptasi, mempunyai ketahanan, dan melakukan perubahan serta memusatkan perhatiannya kepada pelanggan.

Tenaga Kesehatan diharuskan mampu menguasai teknologi begitu juga sebaliknya masyarakat juga diharapkan mengerti, memahami dan menguasai teknologi agar tercipta kolaborasi yang ideal dalam pelayanan Kesehatan. Dalam hal ini kembali lagi pada personal masing masing dalam menerima perubahan kemajuan teknologi yang ada, karena sebagus apapun dan secanggih apapun teknologi apabila sumber daya manusia (SDM) yang ada baik itu pemberi pelayanan dan penerima

pelayanan tidak bisa menerima dan melakukan perubahan tidak akan ada artinya kecanggihan teknologi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi penguasaan teknologi dan informasi (Iskandar, 2014), antara lain:

1. Lokasi

Tenaga Kesehatan dan masyarakat di daerah terpencil, teknologi canggih seperti komputer bukanlah sesuatu yang urgen untuk dikuasai karena kebutuhan untuk menggunakannya sangat rendah.

2. Kesadaran

Kesadaran yang masih rendah mengenai arti penting Teknologi

3. Tidak adanya kesempatan dan peluang untuk bisa lebih dekat dengan teknologi canggih.

Menurut Machfud, faktor-faktor yang muncul di lapangan, dari berbagai upaya yang telah dilaksanakan untuk membantu menguasai teknologi dan informasi, penyebabnya adalah:

1. Takut akan kesalahan yang diperbuat, sehingga dapat mengakibatkan kerusakan media
2. Merasa usianya sudah tua, sehingga kurang bermanfaat bagi dirinya
3. Kurang memahami bahasa teknik TI (bahasa inggris)
4. Banyaknya rutinitas di luar pelajaran TIK.

Sedangkan menurut Mohammad Juri, faktor-faktor umum yang mempengaruhi guru dalam penguasaan teknologi dan informasi adalah

1. Tidak ada fasilitas komputer di sekolah.
2. Tidak dana untuk pengadaan.
3. Sikap kurang pro aktif dalam menghadapi kemajuan.

Hasil penelitian yg ditulis pada jurnal Irfan Nugroho faktor-faktor yang mempengaruhi penguasaan teknologi informasi tidak jauh berbeda dari pendapat-pendapat diatas bahwa faktor yang mempengaruhi adalah

1. Keterbatasan media teknologi informasi.
2. Faktor geografis sekolah.
3. 3. Belum mendapatkan kesempatan pelatihan keterampilan yang berhubungan dengan teknologi dan informasi
4. Usia lanjut bahwa menganggap cara konvensional sudah cukup.

Dari Indikator-indikator diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi penguasaan teknologi dan informasi pada guru dapat digolongkan pada dua faktor yaitu:

1. Faktor Internal yaitu kesadaran yang masih rendah, usia yang sudah tua, kurang memahami bahasa teknik teknologi informasi dan komunikasi dan sikap yang kurang pro aktif dalam menghadapi kemajuan teknologi informasi
2. Faktor Eksternal yaitu lokasi, tidak ada fasilitas teknologi dan informasi, tidak ada dana untuk pengadaan fasilitas teknologi dan informasi, dan tidak ada kesempatan untuk mempelajari atau tidak adanya pelatihan bagi guru yang ingin mempelajari.

BAB 3

HUBUNGAN KETANGGAPAN SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DENGAN ILMU PERILAKU KESEHATAN

Konsep Perilaku

Perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi baik oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor genetik dan lingkungan merupakan penentu dari perilaku makhluk hidup termasuk perilaku manusia. Hereditas atau faktor keturunan adalah konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup untuk selanjutnya. Sedangkan lingkungan adalah kondisi atau lahan untuk perkembangan perilaku tersebut (Notoatmodjo, 2012).

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik diamati langsung maupun yang tidak diamati oleh lingkungan luar. Perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan manusia itu sendiri yang bentangnya sangat luas dari mulai berbicara, menangis, berjalan, tertawa, bekerja dan sebagainya. Sehat adalah suatu keadaan yang dinamis dimana individu dapat menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan dari lingkungan internal dan eksternal untuk mempertahankan kesehatannya. (Fitriani, 2011).

Bentuk Perilaku Kesehatan

Notoatmodjo (2012) menjelaskan terdapat dua bentuk perilaku, yaitu:

1. Bentuk pasif Bentuk pasif adalah respons internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Misalnya mengetahui bahaya merokok tapi masih merokok, maka bentuk sikap seperti ini bersifat terselubung (convert behavior).
2. Bentuk aktif Bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu dapat diobservasi atau dilihat secara langsung. Perilaku yang sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata, misalnya membaca buku pelajaran, berhenti merokok, dan selalu memeriksakan kehamilan bagi ibu hamil, maka bentuk sikap seperti ini disebut (overt behavior).

Mekanisme Pembentukan Perilaku

1. Menurut aliran behaviorisme (Kholid, 2012)

Behaviorisme memandang bahwa pola-pola perilaku itu dapat dibentuk melalui proses pembiasaan dan penguatan (reinforcement) dengan mengkondisikan atau menciptakan stimulus-stimulus (rangsangan) tertentu dalam lingkungan. Behaviorisme menjelaskan mekanisme proses terjadi dan berlangsungnya perilaku individu dapat digambarkan dalam bagan berikut :

$S > R$ atau $S > O > R$

S = stimulus (rangsangan)

R = respons (perilaku, aktivitas), dan

O = organisme (individu/manusia).

Karena stimulus datang dari lingkungan (W = world) dan R juga ditunjukkan kepadanya, maka mekanisme terjadi dan berlangsungnya dapat dilengkapkan seperti dalam bagan berikut ini : $W > S > O > R > W$

Yang dimaksud dengan lingkungan (W = world) disini dapat dibagi ke dalam dua jenis yaitu:

Lingkungan objektif (umgebung = segala sesuatu yang ada disekitar individu dan secara potensial dapat melahirkan S).

Lingkungan efektif (umwelt = segala sesuatu yang aktual merangsang organisme karena sesuai dengan pribadinya sehingga menimbulkan kesadaran tertentu pada diri organisme dan ia meresponnya).

Perilaku yang berlangsung seperti dilukiskan dalam bagan diatas biasa disebut dengan perilaku spontan.

2. Menurut aliran holistik (Humanisme) (Kholid, 2012)

Holistik atau humanisme memandang bahwa perilaku itu bertujuan, yang berarti aspek-aspek intrinsik (niat, motif, tekad) dari dalam diri individu merupakan factor penentu untuk melahirkan suatu perilaku, meskipun tanpa ada stimulus yang datang dari lingkungan. Holistik atau humanisme menjelaskan mekanisme perilaku individu dalam konteks what (apa), how (bagaimana), dan why (mengapa).

- a. What (apa) menunjukkan kepada tujuan (goals/incentives/purpose) apa yang hendak dicapai dengan perilaku itu.
- b. How (bagaimana) menunjukkan kepada jenis dan bentuk cara mencapai tujuan (goals/incentives/purpose), yakni perilakunya itu sendiri.

- c. why (mengapa) menunjukkan kepada motivasi yang menggerakkan terjadinya dan berlangsungnya perilaku
- d. (how), baik bersumber dari diri individu itu sendiri (motivasi intrinsik) maupun yang bersumber dari luar individu (motivasi ekstrinsik).

Domain Perilaku Kesehatan

Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2014) membagi perilaku itu kedalam 3 domain, pembagian tersebut dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan. Bahwa dalam tujuan suatu pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari ranah kognitif (kognitif domain), ranah afektif (affective domain), dan ranah psikomotor (psychomotor domain). Dalam perkembangan berikutnya oleh ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain ini diukur dari: pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (knowledge), sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (attitude), dan praktik atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (practice).

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Notoatmodjo

(2014) menjelaskan bahwa pengetahuan dalam domain kognitif memiliki enam tingkatan, antara lain : a. Tahu (Know)

Tahu merupakan tingkatan yang paling rendah. Seseorang dapat dikatakan tahu ketika dapat mengingat suatu materi yang telah dipelajari, termasuk mengingat kembali sesuatu yang lebih spesifik dari bahan materi yang telah diterimanya. Contohnya anak dapat menyebutkan manfaat mandi.

a. Memahami (Comprehension)

Seseorang dikatakan memahami jika ia mampu menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menarik kesimpulan materi tersebut secara benar. Misalnya anak dapat menjelaskan pentingnya mandi setiap hari.

b. Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah ia pelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Misalnya seorang anak akan melakukan mandi setiap hari ketika ia memahami materi kesehatan kulit.

c. Analisis (Analysis)

Seseorang dikatakan mencapai tingkat analisis ketika ia mampu menjabarkan materi kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur yang sama dan berkaitan satu sama lain. Ia mampu membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan lain sebagainya.

d. Sintesis (Synthesis)

Sintesis merupakan kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Seseorang mampu menyusun formulasi-formulasi baru. Misalnya

anak dapat menyusun, merencanakan, menyesuaikan terhadap suatu teori dan rumusan yang telah ada.

e. Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi. Misalnya membandingkan antara anak yang rajin menggosok gigi dengan yang tidak.

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Newcomb salah satu seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Dalam bagian lain Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2014) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (trend to behave). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total attitude). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan berfikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Suatu contoh misalnya, 11 seorang ibu telah mendengarkan penyakit polio (penyebabnya, akibatnya, pencegahannya, dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membawa si ibu untuk berfikir dan berusaha supaya anaknya tidak terkena polio. Dalam berfikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga si ibu tersebut berniat akan mengimunitasikan anaknya untuk mencegah supaya anaknya tidak terkena polio. Sehingga si ibu ini mempunyai sikap tertentu

terhadap objek yang berupa penyakit polio itu. Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu:

1) Menerima (Receiving)

Menerima, diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian itu terhadap ceramah-ceramah.

2) Merespons (Responding)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah, berarti orang menerima ide tersebut.

3) Mengahargai (Valuing)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya, seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya, saudaranya, dan sebagainya), untuk pergi menimbang anaknya ke posyandu, atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

4) Bertanggung jawab (Responsible)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya, seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapat tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri.

3. Praktik atau Tindakan Practice

Tingkatan praktek:

a. Persepsi (Perception)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

b. Respon Terpimpin (Guided Respons)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah indikator praktik tingkat dua.

c. Mekanisme (Mecanism)

Apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

d. Adaptasi (Adaption)

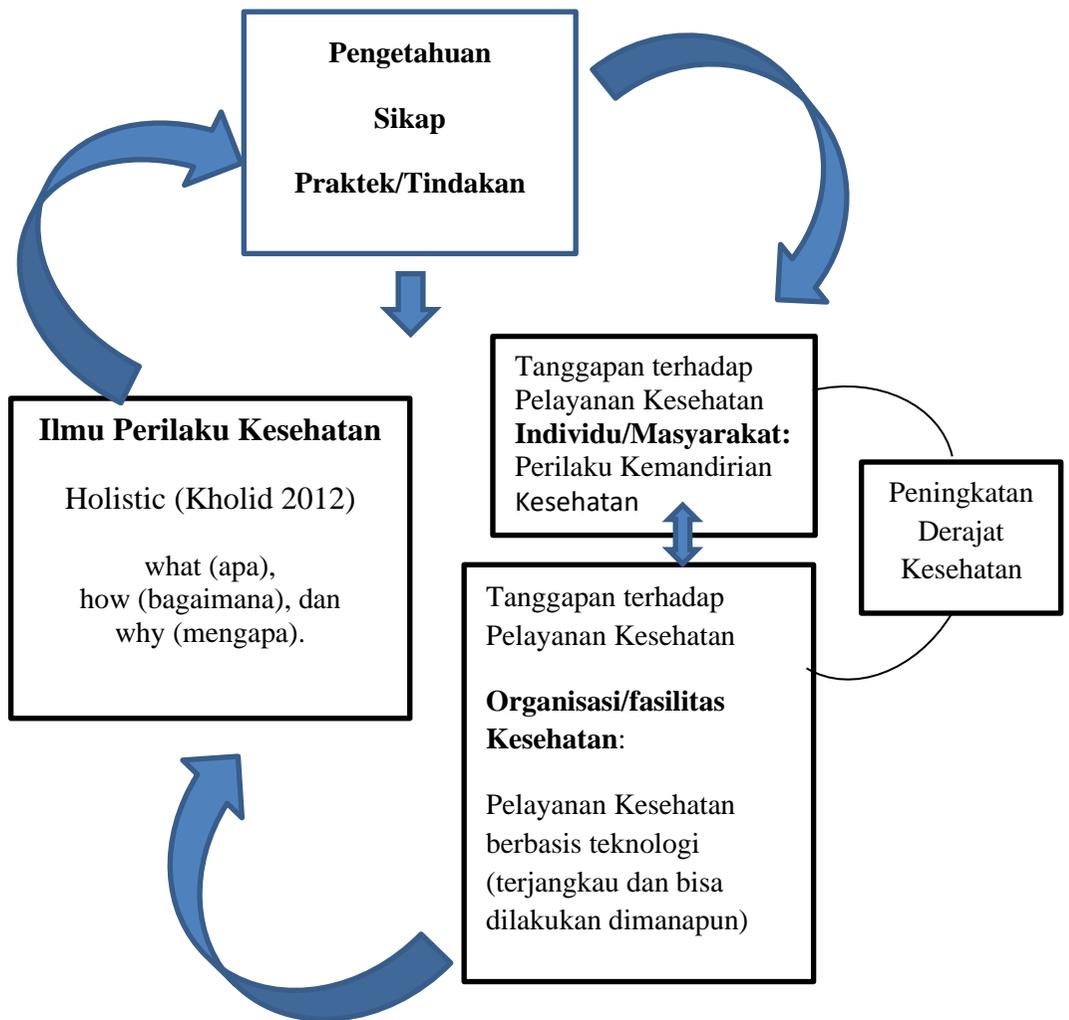
Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya tersebut.

Hubungan Ilmu Perilaku Kesehatan Terhadap Ketanggapan Sistem Pelayanan Kesehatan

Perilaku masyarakat terhadap respon pelayanan kesehatan terbentuk karena adanya pengetahuan akan pentingnya kesehatan bagi individu dan masyarakat. Pola tersebut membentuk sebuah sikap untuk menjaga kesehatan tidak hanya pada waktu sakit akan tetapi membentuk sikap kemandirian dengan menjaga kesehatan dalam kondisi apapun. Sikap ini menumbuhkan kepedulian akan pentingnya menjaga kesehatan bagi keluarga dan lingkungan sekitar. Apabila tiap individu memiliki sikap kemandirian akan pentingnya kesehatan maka akan membentuk

sebuah sistem. Dalam lingkungan masyarakat akan terbentuk sebuah tindakan yang bersifat positif yaitu pembentukan untuk menumbuhkan kemandirian kesehatan dan dapat terbentuk sistem pemberdayaan masyarakat.

Pada organisasi pelayanan ilmu perilaku kesehatan mendorong terbentuknya sebuah kebijakan kesehatan dalam pelayanan. Unsur yang terbentuk pada sistem kebijakan mengandung unsur what (apa), how (bagaimana), dan why (mengapa). Era transformasi digital mendorong pelayanan di fasilitas kesehatan tidak hanya mengedepankan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap, akan tetapi pelayanan bergeser pada pelayanan kesehatan bisa dilakukan dimanapun, terjangkau dengan memanfaatkan teknologi dengan mengedepankan peningkatan derajat Kesehatan.



Gambar I
Konsep Ilmu Perilaku Terhadap Tanggapan Pelayanan Kesehatan

BAB 4

RUMAH SAKIT

Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) menyebutkan bahwa rumah sakit adalah gedung tempat merawat orang sakit atau Gedung tempat menyediakan dan memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi berbagai masalah kesehatan. Berdasarkan Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”. Sedangkan menurut World Health Organization (WHO), rumah sakit adalah suatu badan usaha yang menyediakan pemondokan yang menyediakan jasa pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observasi, diagnostik terapeutik, dan rehabilitatif untuk orang yang menderita sakit, terluka, dan mereka yang melahirkan.

Fasilitas kesehatan adalah tempat yang menyediakan layanan kesehatan secara medis bagi masyarakat meliputi Rumah sakit, Puskesmas, Klinik, dan lain-lain. Rumah sakit merupakan tempat penyelenggara upaya kesehatan dalam memelihara, dan meningkatkan, derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat (Mariyana, 2015)

Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (UU No.44 pasal 4, 2009). Sedangkan berdasarkan pasal 5, Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang Kesehatan.

Dalam pasal 3 Undang Undang No 44 tahun 2009 penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan:

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, dan
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

BAB 5

PELAYANAN *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).

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, 2020). 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).

Manfaat dari pelayanan Home carebagi pasien antara lain: a. Pelayanan akan lebih sempurna, holistik dan komperhensif. b. Pelayanan lebih professional 18 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).

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:

1. 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.
2. Selanjutnya apabila dokter telah menetapkan bahwa klien layak dirawat dirumah, 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.
3. 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.

4. 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:

1. Mempunyai keluarga atau pihak lain yang bertanggung jawab atau menjadi pendamping bagi klien dalam berinteraksi dengan pengelola.
2. Bersedia menandatangani persetujuan setelah diberikan informasi (informed consent).
3. 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:

1. Proses penerimaan kasus
 - a. Home care menerima pasien dari rumah sakit puskesmas, sarana lain, keluarga.
 - b. Pimpinan Home care menunjuk manajer kasus untuk mengelola kasus.
 - c. Manajer kasus membuat surat perjanjian dan proses pengelolaan kasus.
2. Proses pelayanan Home care
 - a. Persiapan
 - 1) Pastikan identitas pasien
 - 2) Bawa denah/petunjuk tempat tinggal pasien

- 3) Lengkapi kartu identitas unit tempat kerja d) Pastikan perlengkapan pasien untuk di rumah
- 4) Siapkan file asuhan keperawatan
- 5) Siapkan alat bantu media untuk pendidikan
- b. Pelaksanaan
 - 1) Perkenalkan diri dan jelaskan tujuan
 - 2) Observasi lingkungan yang berkaitan dengan keamanan perawat
 - 3) Lengkapi data hasil pengkajian dasar pasien
 - 4) Membuat rencana pelayanan
 - 5) Lakukan perawatan langsung
 - 6) Diskusikan kebutuhan rujukan, kolaborasi, konsultasi, dll.
 - 7) Diskusikan rencana kunjungan selanjutnya dan aktifitas yang akan dilakukan
 - 8) Dokumentasikan kegiatan.
- c. Monitoring dan evaluasi
 - 1) Keakuratan dan kelengkapan pengkajian awal
 - 2) Kesesuaian perencanaan dan ketepatan tindakan
 - 3) Efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tindakan oleh pelaksanaan.
- d. Proses penghentian pelayanan Home care dengan kriteria:
 - 1) Tercapai sesuai tujuan
 - 2) Kondisi pasien stabil
 - 3) Program rehabilitasi tercapai secara maksimal
 - 4) Keluarga sudah mampu melakukan perawatan pasien
 - 5) Pasien di rujuk
 - 6) Pasien menolak pelayanan lanjutan g) Pasien meninggal dunia (Ode, 2012).

Pemberi Pelayanan Home care, dilakukan oleh:

- 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.

BAB 6

MEDICAL TOURISM

Medical Tourism didefinisikan oleh Goodrich dan Goodrich (1987) dalam (Heung, Kucukusta and Song, 2010) sebagai definisikan sebagai upaya pihak fasilitas atau tujuan wisata untuk menarik wisatawan dengan secara mempromosikan layanan dan fasilitas layanan kesehatannya, di samping fasilitas wisata regulernya, sehingga menekankan pada penyedia layanan

Medical tourism adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh suatu individu untuk mendapatkan suatu pelayanan kesehatan atau perawatan medis ke luar negeri, biaya yang digunakan oleh para wisatawan dalam kegiatan medical tourism dikeluarkan secara langsung dari biaya wisatawan. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi wisatawan melakukan kegiatan medical tourism yaitu akses mencapai pelayanan ke luar negeri, akses yang tidak memadai di Rumah Sakit (RS) yang terdapat di daerah wisatawan, serta waktu tunggu untuk perawatan medis tersebut (Crooks et al, 2012).

Persepsi dari wisatawan dalam pengambilan keputusan untuk melakukan medical tourism berdasarkan beberapa faktor, diantaranya: adanya hubungan mengenai biaya, kualitas dari pelayanan kesehatan, jenis pengobatan yang terdapat di pelayanan kesehatan tersebut, ketersediaan dan dampak dari hasil pemasaran yang telah dilakukan oleh RS di luar negeri (Sarwar et al, 2012).

Selain itu menurut (Snyder, Johnston and Crooks, 2015) panjangnya daftar tunggu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan membuat pasien untuk mencari alternatif lain dengan berobat keluar

negeri yang tidak memiliki antrian Panjang namun secara kualitas dan biaya tidak berbeda jauh. Pada tahun 2018 Indonesia merupakan salah satu negara tujuan wisatawan asing, sehingga peluang untuk medical tourism di Indonesia sangat besar. Hal ini harus dimanfaatkan sebaik - baik nya oleh RS untuk menjadi rumah sakit unggulan dan kompetitif serta meningkatkan profit sebesar besarnya melalui medical tourism. Implikasi bisnis yang tepat dan faktor –faktor penunjang yang harus disiapkan oleh rumah sakit untuk bisa melakukan pelayanan paripurna harus disiapkan dengan matang, sehingga kualitas layanan yang diberikan terhadap pasien asing atau tourist dapat maksimal. Berdasarkan permasalahan tersebut perlu diidentifikasi faktor faktor apa saja yang dibutuhkan atau yang perlu disiapkan oleh rumah sakit untuk menghadapi medical tourism. Dalam pelaksanaan dan perkembangan medical tourism di Indonesia diperlukan juga sebuah kebijakan dan regulasi dari pemerintah yaitu dinas terkait yang mengatur penerapan medical tourism sebagai bentuk jaminan terhadap pasien atau jasa penyedia layanan tersebut. Menurut Pocock dan Phua (2011), regulasi sebagai kontrol terhadap kualitas pelayanan yang diberikan dalam medical tourism sehingga bagi pengguna jasa pelayanan mendapat jaminan dan kesamaan dalam pelayanan yang berkualitas.

Ada banyak faktor yang menyebabkan terbentuknya sebuah RS atau wilayah menjadi tujuan medical tourism. Menurut (Rokni, Pourahmad and Moteiey, 2013), seorang turis mencari layanan kesehatan keluar negaranya dipengaruhi oleh 7 faktor dari marketing mix yaitu layanan, lokasi, promosi, harga, petugas kesehatan, fasilitas dan proses. Faktor – faktor lain yang saling mempengaruhi dan menjadikannya sebagai suatu hal yang kompleks yaitu:

1. Komitmen yang besar terhadap akreditasi internasional, quality assurance, dan transparansi outcome pelayanan
2. Transparansi dan stabilitas politik
3. Kemudahan akses infrastruktur yang mendukung tourism
4. Reputasi terkait kemampuan spesialisik
5. Riwayat inovasi-inovasi dan pencapaian dalam pelayanan kesehatan
6. Keberhasilan dalam mengadopsi praktek - praktek terbaik dan teknologi medis terkini.
7. Ketersediaan staf medis yang terlatih dan berpengalaman di level internasional Menurut (Turner, 2010), ada beberapa hal yang dapat meningkatkan minat pasien asing untuk melakukan Medical Tourism ke sebuah negara yaitu :
 - a. Akreditasi rumah sakit yang sudah bertaraf internasional seperti JCI
 - b. Pelatihan staf yang sudah bertaraf internasional
 - c. Membangun brand rumah sakit ke kancah internasional
 - d. Teknologi alat kesehatan yang mutakhir Selain itu, menurut (Reddy, 2017) Medical Tourism juga sangat dipengaruhi oleh promosi dari rumah sakit itu sendiri ke kancah Internasional. Hal tersebut dapat dilakukan dengan berbagai cara, baik dengan menunjukkan kompetensi setiap dokternya, fasilitas yang tersedia maupun akreditasi rumah sakit yang telah diterima. Melakukan pembaharuan (updating) website rumah sakit juga menjadi salah satu cara untuk melakukan promosi dengan memberikan informasi terbaru tentang layanan rumah sakit (Jabbari et al., 2013).

BAB 7

EVIDENCE BASED

Gambaran Umum Rumah Sakit Karsa Husada Batu

Rumah Sakit Umum Daerah Karsa Husada Batu pada awal mula berdirinya tahun 1912 pada masa penjajahan Belanda dikenal dengan nama Sanatorium dengan pelayanan rawat jalan untuk penyakit paru yang berlokasi di Kota Batu. Pada tanggal 20 Maret 1934 dibuka ruang perawatan (Rawat Inap) yang diresmikan oleh Mas Soemarto (Patih Kabupaten Malang), JA Seven (Poning Master), de Ruyter de Wild (Voorith Bob). Pada masa penjajahan Belanda, Rumah Sakit Paru Batu dikuasai oleh Pemerintah Belanda dan dijadikan Rumah Sakit Belanda. Setelah Indonesia Merdeka, Rumah Sakit Paru Batu diserahkan ke Pemerintah Republik Indonesia khususnya Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 37 Tahun 2000 dan Keputusan Gubernur Nomor 26 Tahun 2002, Rumah Sakit Paru ditetapkan sebagai salah satu Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: YM.02.04.3.3.3228 pada tanggal 4 Juli 2007 diberikan Ijin penyelenggaraan Rumah Sakit Khusus dengan nama Rumah Sakit Paru Batu dan pada tanggal 29 Desember 2009 berdasarkan Keputusan Gubernur Nomor: 118/259/KPTS/013/2009 Rumah Sakit Paru Batu di tetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) berstatus BLUD penuh. Rumah Sakit Paru Batu pada tanggal 14 September 2011 berhasil mendapatkan penghargaan berupa

Lulus Akreditasi Tingkat Dasar oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit dengan nomor sertifikat KARS-SERT/74/IX/2011.

Pada tanggal 12 Mei 2015 , berdasarkan Pergub Jatim No. 32 tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Rumah Sakit Paru Batu menjadi Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu. Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu

Pada bulan September 2016 berhasil mendapatkan penghargaan berupa Lulus Akreditasi Tingkat Paripurna oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Sejak 1 Februari 2021, RSUD Karsa Husada Batu berubah menjadi RSUD Karsa Husada Batu sesuai dengan Pergub Jatim No. 10 Tahun 2021 tentang Nomenklatur, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Karsa Husada Batu. RSUD Karsa Husada Batu pada bulan Desember Tahun 2022 berhasil mempertahankan penghargaan berupa Lulus Akreditasi Tingkat Paripurna oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit dengan nomor sertifikat KARS-SERT/760/I/2023.

Visi Rumah Sakit Umum Daerah Karsa Husada Batu adalah gambaran arah pembangunan atau kondisi masa depan yang ingin dicapai RSUD Karsa Husada Batu melalui penyelenggaraan tugas dan fungsi dalam kurun waktu 5 (lima) tahun yang akan datang. Visi dan misi RSUD Karsa Husada Batu menunjukkan apa yang menjadi cita-cita layanan terbaik RSUD Karsa Husada Batu baik dalam upaya mewujudkan visi dan misi kepala daerah maupun dalam upaya mencapai kinerja pembangunan daerah pada aspek kesejahteraan, layanan, dan peningkatan daya saing daerah dengan mempertimbangkan permasalahan dan isu strategis yang relevan.

Dalam rangka mendukung upaya keterlaksanaan Misi Pemerintah Provinsi Jawa Timur untuk memenuhi kebutuhan dasar terutama di bidang kesehatan, maka rencana strategis RSUD Karsa Husada Batu berjalan dengan landasan Visi: ”MENJADI RUMAH SAKIT PILIHAN UTAMA MASYARAKAT”

Menjadi rumah sakit pilihan utama masyarakat khususnya di wilayah Batu dan Malang Raya merupakan suatu upaya untuk meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan. Dalam upaya peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan perlu dilakukan perbaikan dan pengembangan manajemen yang berkualitas dan profesional, peningkatan profesionalisme SDM. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan profesional di rumah sakit dengan memberikan pelayanan kesehatan yang adil bagi seluruh lapisan masyarakat tanpa membedakan suku, agama maupun kaya atau miskin.

Untuk mencapai visi “Menjadi Rumah Sakit Pilihan Utama Masyarakat”, maka ditempuh misi sebagai berikut:

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan aman, ramah dan berkualitas.
2. Meningkatkan tata kelola rumah sakit yang professional dan akuntabel yang berbasis teknologi informasi.
3. Mewujudkan RSUD Karsa Husada Batu sebagai RSU Kelas B Pendidikan
4. Mewujudkan *Smart Hospital*
5. Meningkatkan kesejahteraan karyawan berdasarkan profesionalisme dan kepuasan pelanggan

RSUD Karsa Husada Batu dalam Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 115 Tahun 2021 tentang Nomenklatur, Susunan Organisasi, Uraian Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit

Umum Daerah Karsa Husada Batu merupakan unit organisasi bersifat khusus yang memiliki klasifikasi B serta memberikan layanan secara profesional. Rumah Sakit dipimpin oleh Direktur Rumah Sakit, dan memiliki Susunan Organisasi Rumah Sakit sebagaimana berikut:

1. Wakil Direktur Umum, terdiri atas:
 - a. Bagian Umum dan Keuangan, terdiri atas Kelompok Jabatan Fungsional; dan
 - b. Bagian Perencanaan Program dan Evaluasi Anggaran, terdiri atas Kelompok Jabatan Fungsional.
2. Wakil Direktur Pelayanan, terdiri atas
 - a. Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, terdiri atas Kelompok Jabatan Fungsional;
 - b. Bidang Penunjang Mutu dan Keperawatan, terdiri atas Kelompok Jabatan Fungsional; dan
 - c. Bidang Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, Pengembangan dan Pemberdayaan, terdiri atas Kelompok Jabatan Fungsional;
 - 1) Kelompok Staf Medis;
 - 2) Komite Rumah Sakit;
 - 3) Satuan Pemeriksaan Internal;
 - 4) Instalasi; dan
 - 5) Kelompok Jabatan Fungsional.

Rumah Sakit mempunyai tugas untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian serta melaksanakan kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang tertentu di bidang pelayanan kesehatan. Untuk

melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, rumah sakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

1. Penyusunan, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pengelolaan, tata laksana dan tata kelola organisasi Rumah Sakit;
2. Penyusunan rencana dan program kegiatan Rumah Sakit;
3. Penyelenggaraan pelayanan medik;
4. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan non medik;
5. Penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
6. Pelaksanaan pelayanan kesehatan umum masyarakat;
7. Penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian serta pengembangan;
8. Penyelenggaraan pelayanan rujukan pasien, spesimen, Ilmu Pengetahuan dan Teknologi serta program;
9. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
10. Pelaksanaan program kesehatan nasional;
11. Penyelenggaraan kegiatan ketatausahaan;
12. Pelaksanaan dukungan pembinaan wilayah di bidang teknis;
13. Penyusunan, perencanaan dan pelaksanaan program pengembangan Bisnis Rumah Sakit;
14. Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) baik Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) maupun Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) di dalam gedung maupun di luar gedung di wilayah binaannya; dan
15. Penyelenggaraan koordinasi dan kemitraan kegiatan Rumah Sakit;
16. Pengawasan dan pengendalian operasional rumah sakit;
17. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan Kepala Dinas.

18. Aktivitas pelayanan RSUD Karsa Husada Batu meliputi pelayanan medik umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan medik spesialis penunjang, pelayanan medik subspecialis, pelayanan medik spesialis gigi mulut, pelayanan medik spesialis lain, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang non klinik dan pelayanan rawat inap. Jenis pelayanan yang terdapat di RSUD Karsa Husada Batu yakni sebagai berikut:

- a. Instalasi Gawat Darurat
- b. Instalasi Rawat Jalan
 - 1) Poli Paru
 - 2) Poli Anak
 - 3) Poli Bedah
 - 4) Poli Penyakit Dalam
 - 5) Poli Kebidanan dan Kandungan
 - 6) Poli THT
 - 7) Poli Mata
 - 8) Poli Syaraf
 - 9) Poli Gigi
 - 10) Poli Gigi Spesialis
 - 11) Poli Orthopedi
 - 12) Poli Rehab Medik
 - 13) Poli Anestesi
 - 14) Poli Bedah Digestif
 - 15) Poli Bedah Plastik
 - 16) Poli Bedah Urologi
 - 17) Poli Bedah Mulut

- 18) Poli Bedah Saraf
- 19) Poli Kulit dan Kelamin
- 20) Poli Jantung
- 21) Poli VCT
- 22) Poli MCU
- 23) Poli Psikologi
- 24) Poli Jiwa

Dengan kapasitas 221 tempat tidur, pelayanan rawat inap diharapkan mampu menjawab kebutuhan pelayanan kesehatan yang prima. Ruang rawat inap di RSUD Karsa Husada Batu terbagi dalam ruangan sebagai berikut:

- 1) Ruang Lavender
- 2) Ruang Kemuning
- 3) Ruang Dahlia
- 4) Ruang Dahlia HCU
- 5) Ruang Dahlia RICU
- 6) Ruang Krisan
- 7) Ruang Matahari Ibu
- 8) Ruang Matahari Bayi
- 9) Ruang Seruni
- 10) Ruang Seruni PICU
- 11) Ruang Perinatologi
- 12) Ruang Amarilis A
- 13) Ruang CVCU
- 14) Ruang NICU
- 15) Ruang ICU
- 16) Ruang IW

17) Ruang Edelweis A

18) Ruang Edelweis B

Instalasi Penunjang

- 1) Instalasi Kamar Operasi
- 2) Instalasi Radiologi
- 3) Instalasi Laboratorium
- 4) Instalasi Farmasi
- 5) Instalasi Gizi dan Jasa Boga
- 6) Instalasi Rekam Medik
- 7) Instalasi CSSD
- 8) Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana RS
- 9) Instalasi Forensik
- 10) Instalasi Anestesiologi dan Terapi Intensif

RSUD Karsa Husada Batu dalam Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 10 Tahun 2021 tentang Nomenklatur, Susunan Organisasi, Uraian Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Karsa Husada Batu dipimpin oleh Direktur Rumah Sakit, dan memiliki Susunan Organisasi Rumah Sakit sebagaimana berikut:

- a. Wakil Direktur Umum, membawahi:
 - 1) Bagian Umum dan Keuangan, membawahi:
 - a) Subbagian Tata Usaha; dan
 - b) Subbagian Keuangan dan Akuntansi.
 - 2) Bagian Perencanaan Program dan Evaluasi Anggaran, membawahi:
 - a) Subbagian Penyusunan Program dan Anggaran; dan
 - b) Subbagian Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan
- b. Wakil Direktur Pelayanan, membawahi:

- 1) Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, membawahi:
 - a) Seksi Pelayanan Medik; dan
 - b) Seksi Pelayanan Keperawatan.
- 2) Bidang Penunjang Mutu dan Keperawatan, membawahi:
 - a) Seksi Penunjang Medik dan Non Medik; dan
 - b) Seksi Peningkatan Mutu dan Keselamatan
- a) Bidang Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, Pengembangan dan Pemberdayaan, membawahi:
 - b) Seksi Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian; dan
 - c) Seksi Pengembangan Bisnis dan Upaya Kesehatan Masyarakat
 - d) Kelompok Staf Medis;
 - e) Komite Rumah Sakit;
 - f) Satuan Pemeriksaan Internal;
 - g) Instalasi; dan
 - h) Kelompok Jabatan Fungsional

Hasil Studi Kasus

1. Penerapan Pelayanan *Home Care* Di RSUD Karsa Husada Batu

Home Care merupakan salah satu dari bentuk inovasi pelayanan Kesehatan dan merupakan salah satu visi dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia berupa integrasi sistem yang menjadi alternatif layanan kesehatan yang dapat dipilih untuk dilakukan di rumah dan merupakan inovasi pelayanan di era modern dan salah satu pilihan di masa pandemi sehingga persepsi terhadap pelayanan kesehatan bisa dilakukan dimanapun. *Home care* juga merupakan sarana untuk mengoptimalkan tenaga kerja keperawatan yang ada. Pelayanan *home care* di area Malang Raya mayoritas diadakan oleh tenaga profesional secara mandiri atau klinik serta rumah sakit swasta seperti rumah sakit UMM, rumah sakit wawa husada, maupun rumah sakit panti Nirmala Malang. Seperti di Malang Raya, layanan *home care* di Kota Batu mayoritas diadakan oleh tenaga profesional secara mandiri dan dilaksanakan oleh rumah sakit swasta dalam hal ini adalah rumah sakit Baptis Kota Batu, sehingga pelayanan *home care* tidak akan bisa merata menjangkau masyarakat dari berbagai kalangan terlebih wilayah Kota Batu yang Sebagian besar topografinya adalah perbukitan. Perlu adanya Rumah Sakit Pemerintah yang juga menjalankan pelayanan *home care*.

Data Kunjungan RSUD Karsa Husada semester 1 tahun 2022, jumlah kunjungan pasien yang berobat baik di rawat jalan dan rawat inap mengalami kenaikan yang cukup signifikan seperti yang tertuang dalam grafik di bawah ini:

Gambar 2 Jumlah Pasien Rawat Jalan 2022



(sumber : Data Rekam Medis RSUD Karsa Husada Batu)

Berdasarkan grafik jumlah pasien rawat jalan pada tahun 2022, diketahui terjadi kenaikan yang cukup signifikan pada bulan Mei ke Juni daripada bulan-bulan sebelumnya sebesar 856 pasien (Kunjungan Mei 2491 orang dan Kunjungan Juni 3337 orang). Dari data tersebut, diketahui 31,7 % merupakan pasien poli rehabilitasi medik dimana 1,2% merupakan pasien infark cerebral (stroke) yang membutuhkan terapi intensif lanjutan sehingga apabila dilakukan kunjungan rumah akan memberikan dampak lebih besar terhadap kesembuhan pasien karena mengurangi mobilitas yang bersangkutan.

Gambar 3 Jumlah Pasien Rawat Inap 2022



(sumber : Data Rekam Medis RSUD Karsa Husada Batu)

Berdasarkan grafik jumlah pasien rawat inap pada tahun 2022, diketahui terjadi kenaikan yang cukup signifikan pada bulan Mei ke Juni daripada bulan-bulan sebelumnya sebesar 49 pasien (Kunjungan Mei 651 orang dan Kunjungan Juni 700 orang).

Dari data tersebut, akan lebih efektif untuk kontrol yang semula dilakukan di rumah sakit diganti dengan layanan *home care*. Selain pasien lebih nyaman, kedekatan antara petugas dengan pasien dan keluarganya akan mempercepat proses pemulihan terhadap kesembuhan pasien.

Berdasarkan trend kenaikan jumlah pasien di RSUD Karsa Husada Batu sesuai yang tergambar pada kedua grafik di atas, peluang pelaksanaan *home care* yang cukup tinggi untuk dilaksanakan di Kota Batu khususnya oleh RSUD Karsa Husada Batu. Tingginya peluang untuk dilakukannya layanan *home care* secara menyeluruh bagi pasien yang membutuhkan perawatan pasca perawatan di rumah sakit mendasari RSUD Karsa Husada Batu untuk menerapkan layanan ini sebagai salah satu layanan unggulan Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu tahun 2022, mengingat Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu merupakan satu-satunya rumah sakit pemerintah di wilayah Kota Batu dan Kabupaten Malang wilayah barat.

Dengan nama Aksi Peduli Kenyamanan Pasien dan Evaluasi Terapi singkatnya “Si Dul Kemit”. Target populasi dari layanan *home care* di RSUD Karsa Husada Kota Batu diutamakan pada usia dewasa dan lansia, namun hal ini tidak menutup kemungkinan kelompok usia lain dapat memanfaatkan layanan ini. Layanan ini juga terbuka untuk disabilitas yang memiliki permasalahan dan pemenuhan kebutuhan dasar. Orang yang memiliki kewenangan membuat keputusan dalam

pemanfaatan layanan *home care* adalah individu klien itu sendiri, anggota keluarga yang telah ditunjuk ataupun orang lain yang bertanggung jawab dan dianggap mampu memenuhi persyaratan, terutama persyaratan finansial yang dibebankan.

Kriteria kesesuaian klien yang dapat menerima layanan *Home Care* di RSUD Karsa Husada Batu:

1. Individu dengan kondisi medis dapat melanjutkan perawatan dirumah berdasarkan pertimbangan keputusan tim profesional keperawatan dan kedokteran seperti rawat luka akibat kecelakaan, pasca jahitan, atau luka dekubitus.
2. Individu dengan riwayat penyakit kronis.
3. Individu dengan penyakit terminal yang membutuhkan perawatan paliatif.
4. Individu yang merasa membutuhkan bantuan layanan Kesehatan lanjutan setelah mendapatkan perawatan rumah sakit (geriatric).
5. Individu yang baru saja melahirkan.
6. Bayi baru lahir.
7. Tamu hotel dengan kondisi dan kategori tidak gawat darurat.

Dalam mengukur ketercapaian tingkat keberhasilan penerapan Pelayanan *Home Care* di RSUD Karsa Husada Batu, pihak manajemen memiliki target ketercapaian baik itu jangka pendek, menengah, dan jangka Panjang.

1. Tujuan Jangka Pendek
 - a. Terbitnya Keputusan Direktur tentang Pembentukan *tim Home Care* beserta Tupoksinya.
 - b. Terbentuknya *tim home care*.
 - c. Tersedianya SOP pelayanan kesehatan *home care*

- d. Tersedianya aplikasi Si Dul Kemit.
- e. Terlaksananya sosialisasi mengenai pelayanan kesehatan *home care* dan aplikasi Si Dul Kemit
- f. Terlaksananya evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan *home care* berbasis aplikasi Si Dul Kemit

2. Tujuan Jangka Menengah (2022 - 2023).

- a. Pelayanan kesehatan *home care* menjadi lebih efektif dan efisien
- b. Meningkatnya pemahaman masyarakat akan adanya pelayanan kesehatan *home care*

3. Tujuan Jangka Panjang (2023-2024)

- a. Tersedianya posko pelayanan kesehatan di lokasi wisata

Adapun Manfaat dari pelayanan *home care* di RSUD karsa Husada Batu:

1. Manfaat Internal:

- a. Dengan adanya inovasi ini menunjukkan bahwa RSUD Karsa Husada siap bersaing dengan Rumah Sakit lainnya dalam mewujudkan *medical tourism*.
- b. Meningkatnya jumlah pasien karena sifat dari pelayanan kesehatan *home care* adalah “menjemput bola”, jadi RSUD Karsa Husada tidak sekedar menunggu pasien datang.

2. Manfaat Eksternal:

- a. Mendorong terjaminnya keamanan, efektifitas dan keterjangkauan biaya pengobatan, meningkatkan pemahaman dalam penggunaan obat, perawatan kesehatan lanjutan dirumah
- b. terselesaikannya masalah perawatan kesehatan dalam situasi tertentu serta meningkatnya kesejahteraan masyarakat melalui pelayanan

publik yang lebih baik serta meningkatkan koordinasi dan sinergitas antar stakeholder.

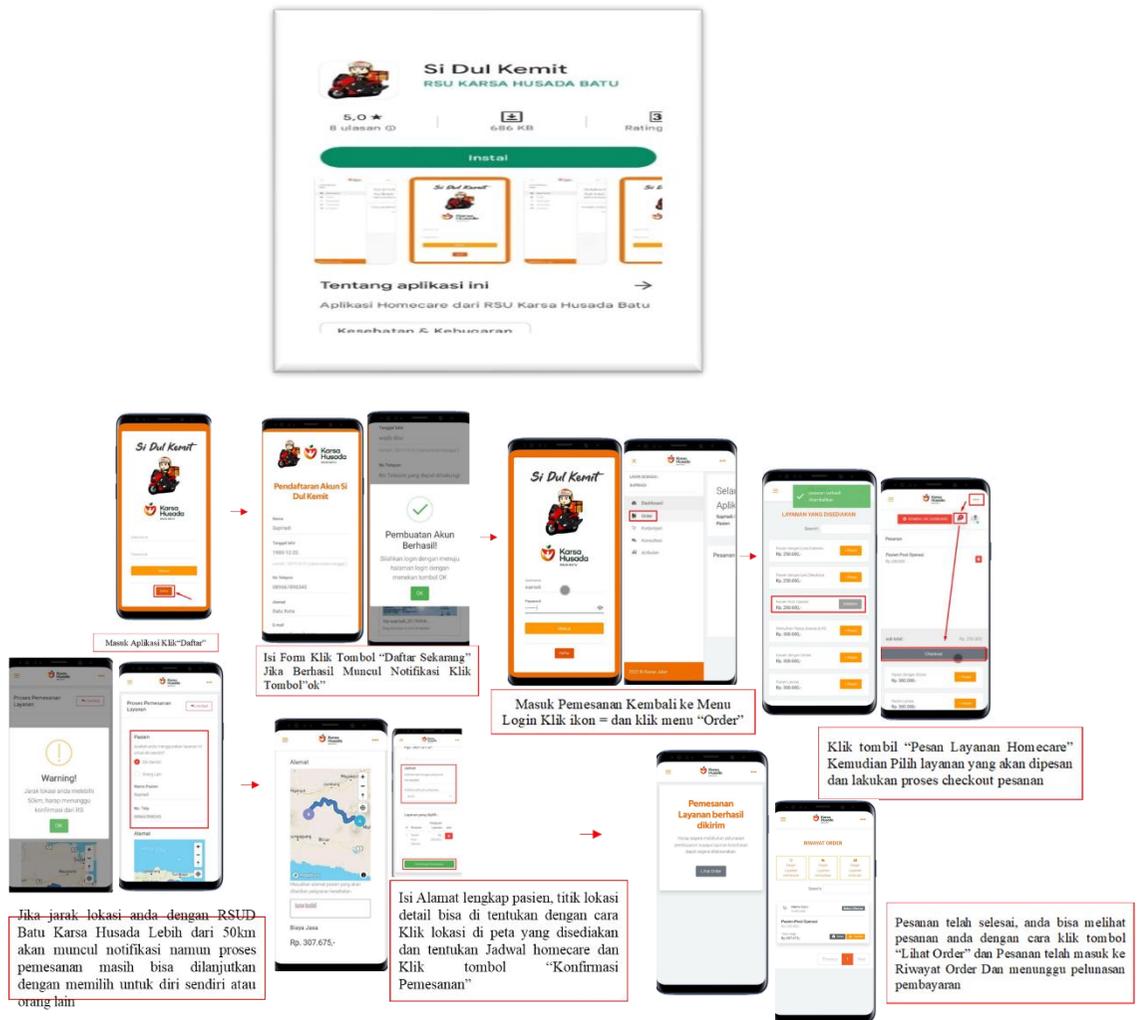
2. Penggunaan Aplikasi Pelayanan *Home Care* di RSUD Karsa

Husada Batu

Sebagai salah satu Fasilitas Pelayanan kesehatan RSUD Karsa Husada Batu perlu mengoptimalkan potensi pelayanannya. Kemajuan Teknologi informasi merupakan salah satu pemicu agar RSUD Karsa Husada Batu mampu tumbuh dan berkembang mengikuti perkembangan jaman dimana masyarakat sudah sangat terbiasa menikmati layanan tanpa harus keluar rumah. *Home care* adalah pelayanan Kesehatan yang berkesinambungan dan komperhensif diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka merupakan konsep yang akan diusung oleh RSUD Karsa Husada Batu untuk memberikan aksi peduli kenyamanan pelayanan pada pasien dan evaluasi terapi atau lebih keren di kenal dengan nama " Si Dul Kemit" hadir untuk melayani masyarakat Kota Batu dan wisatawan yang berkunjung ke Batu. Layanan ini bisa diakses melalui aplikasi yang diunduh melalui play store bagi pengguna android dan juga melalui call center 0812 11 12 5045. Dengan "Si Dul Kemit" ini selain keberadaan Rumah Sakit yang semakin meningkat performanya masyarakat juga akan mendapatkan layanan kesehatan yg aman, nyaman, murah, efektif dan efisien

Mewujudkan *good governanace* di bidang Kesehatan dan arah menuju *medical tourism* dimana Kota Batu Malang merupakan kota wisata yang mana dari sisi strategi bisnis sangat berpotensi untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang yang inovatif dan lengkap bagi masyarakat dan pelayanan *home care* "Si Dul Kemit" RSUD Karsa Husada Kota Batu merupakan salah satu pelayanan medis inovatif yang

bertujuan memberikan kenyamanan bagi warga maupun wisatawan yang sedang berwisata di Kota Batu yang kesulitan ke rumah sakit. “Si Dul Kemit” adalah maskot yang dipilih RSUD Karsa Husada Batu untuk Homecare "Si Dul Kemit sendiri memiliki arti Aksi Peduli Pelayanan Kenyamanan pasien dan evaluasi terapi " yang akan diberikan kepada masyarakat wilayah Kota Batu.



Gambar 4. Aplikasi Si Dul Kemit

3. Dampak Pelayanan *Home Care* Guna Terwujudnya *Medical Tourism* Di RSUD Karsa Husada Batu

Penerapan Pelayanan *Home Care* di RSUD Karsa Husada Batu memiliki dampak yang begitu besar dalam terwujudnya *Medical Tourism* khususnya di wilayah Malang Raya. Meskipun masih banyak yang harus dilakukan akan tetapi pelayanan *home care* memberikan kontribusi yang berarti dalam ruang lingkup pelayanan rumah sakit. Adapun dampak dari Pelayanan *Home Care* Guna Terwujudnya *Medical Tourism* Di RSUD Karsa Husada Batu, antara lain:

1. Dampak Internal:
 - a. Mendorong meningkatkan SDM sesuai kompetensi
 - b. Meningkatkan mutu/kualitas pelayanan Kesehatan.
 - c. Bertambahnya pendapatan rumah sakit
 - d. Penguatan manajemen dalam mengembangkan pelayanan *home care*
 - e. Peningkatan promosi kesehatan dalam pengenalan pelayanan *home care*
2. Dampak Eksternal:
 - a. Memberikan kontribusi langsung terhadap pendapatan devisa negara.
 - b. Berkembangnya *medical tourism* disuatu negara akan memberikan banyak lapangan pekerjaan dan kesempatan bisnis kepada masyarakat setempat.
 - c. Pelayanan dapat dilakukan dimanapun sehingga keluarga dapat dengan mudah mengawasi.
 - d. Kemandirian kesehatan terbentuk karena terlibat langsung dalam perencanaan perawatan kesehatan terhadap diri sendiri atau keluarga.

- e. Jaminan kualitas pelayanan karena pelayanan *home care* dilakukan oleh tenaga Kesehatan yang sudah bersertifikat dan handal dan di monitoring secara khusus
- f. Kebebasan waktu dalam mengatur perencanaan perawatan Kesehatan.
- g. Menjalin Kerjasama dengan Stakholder eksternal untuk memajukan pelayanan *home care* seperti Dinas Pariwisata, hotel, pihak jasa penerbangan,dll.

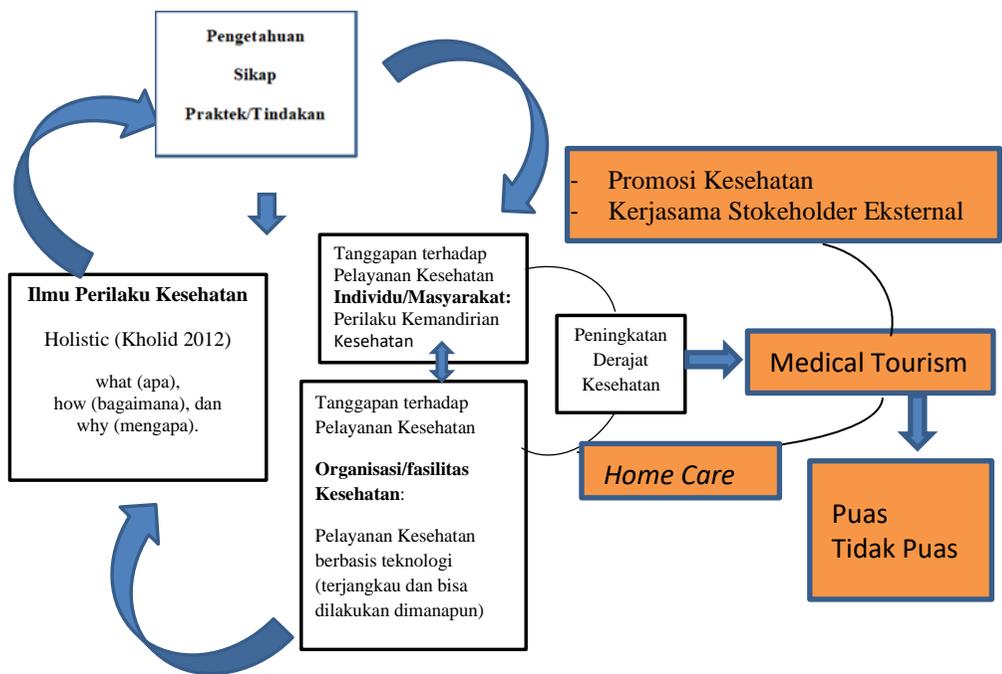
4. Keterkaitan Perilaku Masyarakat Terhadap Dampak Pelayanan *Home Care* Guna Terwujudnya *Medical Tourism* Di RSUD Karsa Husada Batu

Individu atau Masyarakat memilih untuk melakukan perawatan kesehatan dengan menggunakan pelayanan *Home Care* telah melakukan pertimbangan dan pada akhirnya melakukan pengambilan keputusan tentu dibekali dengan pengetahuan tidak hanya tahu tapi juga mengerti dan memahami kemudian bersikap untuk merespon dan percaya bahwa pelayanan *home care* dan setelah yakin maka mengambil Tindakan. Dasar tersebut secara tidak langsung Individu atau Masyarakat menggunakan ilmu perilaku dengan mempertimbangkan apa itu pelayanan *home care*, bagaimana pelayanan *home care*, alasan mengambil keputusan menggunakan pelayanan *home care* dengan mempertimbangkan manfaat, kelebihan dan kekurangan pelayanan *home care*.

Sejauh ini berdasarkan evaluasi dan monitoring yang ada bahwa perilaku masyarakat Batu memberikan respon bahwa dengan pelayanan *home care* di *RSUD Karsa Husada Batu* melalui pemberdayaan masyarakat telah merubah perilaku di masyarakat akan pentingnya Kesehatan dan hal ini membentuk kemandirian masyarakat terhadap

Kesehatan pribadi, keluarga atau masyarakat dan telah mensukseskan program pemerintah dengan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat Indonesia.

Perilaku stakeholder dan jajaran manajemen RSUD Karsa Husada juga terdorong untuk memberikan pelayanan terbaik untuk masyarakat, sehingga kebijakan dibuat untuk mengembangkan pelayanan *home care* mengarah pada pelayanan berbasis teknologi, adaptasi dengan peningkatan, perbaikan, promosi kesehatan dan kerjasama dengan pihak eksternal dilakukan demi kepercayaan masyarakat terhadap layanan *home care* sehingga tujuan jangka Panjang tercapai yaitu menjadikan pelayanan *home care* sebagai jembatan pelayanan internasional dan pilihan alternatif wisata Ketika berkunjung ke Batu (*medical tourism*).



Gambar 5
 Konsep Perilaku Masyarakat Terhadap Dampak Pelayanan *Home Care* Guna
 Terwujudnya *Medical Tourism*

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku,(2012), *Sistem Manajemen Lingkungan Rumah Sakit*, Jakarta, Rajawali Pers
- Adi Fahrudin, *Pengantar Kesejahteraan Sosial*, 2012, PT. Refika Aditama, Bandung
- Afiffudin, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, (Bandung: Pustaka Setia, 2015)
- Kholid, Ahmad, 2012. *Promosi Kesehatan dengan pendekatan teori prilaku, media, dan aplikasinya*. Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT). Jakarta: Rajawali Pers.
- Aprillia Theresia. 2015. *Pembangunan Berbasis Masyarakat*.Bandung: Alfabeta
- Aungkasuvapala, N. (2014) 'Health Tourism -the Rising Star: Strategies for Success', In: News room: Tourism Authority of Thailand e-magazine.
- Crooks, V. A., Kingsbury, P., Snyder, J., Johnston, R. (2010) What Is Known About The Patient's Experience Of Medical Tourism? A Scoping Review. BMC Health Services Research, Volume 9 Number 24
- Griffin, E., Ledbetter, A., & Sparks, G. (2012). A first look at communication theory. New York: McGraw-Hill Education.
- Heung, V. C. S., Kucukusta, D. and Song, H. (2010) 'A conceptual model of medical tourism: Implications for future research', *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 27(3), pp. 236–251. doi: 10.1080/10548401003744677
- Hidayat, Aziz Alimul. 2012. *Metode Keperawatan dan Teknik Analisis Data*.Jakarta : Salemba Medika
- UNICEF. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: UNICEF; 2020.

- Kemenkes RI (2015), *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019*, Kementerian Kesehatan RI 2020
- Kemenkes RI (2020), *Pembangunan Kesehatan Tahun 2015 – 2019*, Kementerian Kesehatan RI 2020
- Kementerian Kesehatan. *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2020.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: YM.02.04.3.3.3228 tentang Ijin penyelenggaraan Rumah Sakit Khusus dengan nama Rumah Sakit Paru Batu
- Keputusan Gubernur Nomor: 118/259/KPTS/013/2009 Rumah Sakit Paru Batu di tetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) berstatus BLUD penuh.
- Kusumawati, Identifikasi Faktor–Faktor yang Berpengaruh Terhadap Medical Tourism pada Rumah Sakit di Indonesia Jurnal Administrasi Rumah Sakit Volume 5 Nomor 1 Jurnal *ARSI*/Oktober 2018 27
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta
- Peraturan Presiden no.72 tahun 2012
- Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 32 tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Rumah Sakit Paru Batu menjadi Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu. Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu
- Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 115 Tahun 2021 tentang Nomenklatur, Susunan Organisasi, Uraian Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Karsa Husada Batu
- Pocock,N S., Phua, K. H. (2011) *Medical Tourism And Policy Implication for Health System : a Conceptual Framework*

From a Comparative Study of thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*, doi:10.1186/1744-8603-7-12

Manajemen Rumah Sakit, Profil Rumah Sakit Karsa Husada Batu,2022

Sarwar, A., Manaf, N., Omar, A. (2012) Medical Tourist's Perception In Selecting Their Destination A Global Perspective. *Iranian J Publ Health*, Volume 41 Number 8 pp 1-7

Jabbari, A. et al.(2013) 'The Marketing Mix and Development of Medical Tourism in Shiraz', 25(January), pp. 32–36. doi: 10.5455/msm.2013.25.32-36.

Reddy, L. K. V. (2017) '*iMedPub Journals* Evaluating Medical Tourism Prospects of Joint

Commission International Accredited Hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia', pp. 1–8. doi: 10.21767/1791-809X.1000496.

Rokni, L., Pourahmad, A. and Moteiey, M. H. (2013) 'Appraisal the Potential of Central Iran , in the Context of Health Tourism', 42(3), pp. 272–279.

Snyder, J., Johnston, R. and Crooks, V. A. (2015) 'How Medical Tourism Enables Preferential Access to Care : Four Patterns from the Canadian Context', *Health Care Analysis. Springer US*. doi: 10.1007/s10728-015-0312-0.

Turner, L. (2010) "MEDICAL TOURISM" AND THE GLOBAL MARKETPLACE IN HEALTH SERVICES: U.S. PATIENTS, INTERNATIONAL HOSPITALS, AND THE SEARCH FOR AFFORDABLE HEALTH CARE', *International Journal of Health Services*, 40 Number, pp. 443–467.

Tribowo, C. 2012. *Home Care Konsep Kesehatan Masa kini*. Yogyakarta : Nuha Medika

Ode, Sharif La. 2012. *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika

Undang-Undang No.44 pasal 4, 2009

Whittaker, A. and Chee, H. L. (2015) 'Perceptions of an "international hospital" in Thailand by medical travel patients: Cross-cultural tensions in a transnational space', *Social Science & Medicine*, *Elsevier*, 124, pp. 290–297.