

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

4.1.1 Sejarah Singkat RSUD dr. M. Thomsen Nias

RSUD dr. M. Thomsen Nias merupakan rumah sakit rujukan utama di Pulau Nias yang terletak di Kota Gunungsitoli, Provinsi Sumatera Utara. Rumah sakit ini memiliki peran strategis dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di wilayah perkotaan maupun pedesaan yang tersebar di daerah dengan kondisi geografis yang beragam, mulai dari pesisir hingga pegunungan. Sebagai rumah sakit daerah, RSUD dr. M. Thomsen Nias menjadi pionir dalam mengimplementasikan inovasi pelayanan kesehatan berbasis home care di wilayah kepulauan yang memiliki tantangan aksesibilitas tinggi.

4.1.2 Visi dan Misi Institusi

a. Visi RSUD dr. M. Thomsen Nias

“Rumah Sakit Kelas “B” dengan pelayanan profesional berkualitas mandiri dan terpercaya di Kepulauan Nias”.

b. Misi RSUD dr. M. Thomsen Nias

1. Meningkatkan Pelayanan Medik sesuai standar Rumah Sakit Kelas “B”.
2. Meningkatkan pemenuhan ketersediaan fasilitas Sarana dan Prasarana pelayanan Rumah Sakit.
3. Meningkatkan Kemandirian Manajemen tata kelola BLUD dan Akreditasi Rumah Sakit.
4. Meningkatkan kuantitas dan kualitas Sumber Daya Manusia Rumah Sakit yang Kompeten dan Profesional dibidangnya.

4.1.3 Struktur Organisasi RSUD dr. M. Thomsen Nias

Struktur organisasi RSUD dr. M. Thomsen Nias dirancang untuk mendukung fungsi pelayanan kesehatan secara komprehensif, mulai dari pelayanan medis, penunjang medis, keperawatan, hingga administrasi dan pengembangan sarana prasarana. Berdasarkan bagan struktur organisasi terbaru, rumah sakit ini

dipimpin oleh seorang Direktur yang berada langsung di bawah Dewan Pengawas. Direktur dibantu oleh berbagai komite strategis seperti Satuan Pengawas Internal, Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, Komite Mutu, Komite PPI/RS, Komite K3RS, serta komite-komite lain yang memiliki peran khusus dalam menjaga mutu dan keselamatan pasien.

Pelaksanaan operasional dibagi ke dalam beberapa bidang utama, yaitu:

1. Kepala Bagian Tata Usaha

Membawahi subbagian ketatausahaan dan kepegawaian, sumber daya manusia, pelatihan dan penelitian, administrasi umum dan hukum, serta unit pelayanan informasi masyarakat dan edukasi kesehatan. Bidang ini memiliki peran strategis dalam mendukung pelaksanaan inovasi seperti layanan *home care*, khususnya dalam penyediaan data, koordinasi SDM, dan penyebaran informasi kepada masyarakat.

2. Kepala Bidang Pelayanan

Membawahi:

- Seksi Medis dan Penunjang Medis yang meliputi instalasi rawat inap, rawat jalan, IGD, laboratorium, radiologi, farmasi, gizi, hingga unit ambulance.
- Seksi Keperawatan yang mengelola instalasi gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, kamar operasi, perawatan intensif, dan unit-unit keperawatan lainnya.

Bidang ini merupakan inti dalam implementasi program *home care* karena melibatkan tenaga medis dan keperawatan sebagai pelaksana layanan langsung di lapangan.

3. Kepala Bidang Keuangan dan Perencanaan

Mengelola mobilisasi dana, akuntansi, perencanaan, evaluasi, dan pelaporan. Peran bidang ini dalam inovasi *home care* terkait pada alokasi anggaran, pembiayaan operasional, dan pengendalian biaya layanan.

4. Kepala Bidang Pengembangan dan Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit

Bertanggung jawab pada pemeliharaan sarana dan pengembangan fasilitas, termasuk kesehatan lingkungan. Bidang ini mendukung layanan *home care*

melalui penyediaan dan perawatan peralatan medis portabel serta sarana transportasi tenaga kesehatan.

Dengan struktur ini, koordinasi lintas unit menjadi kunci keberhasilan implementasi layanan *home care*. Bidang Pelayanan berperan langsung dalam penanganan pasien, Bidang Tata Usaha memastikan pengelolaan SDM dan informasi berjalan baik, Bidang Keuangan dan Perencanaan menjamin ketersediaan dana, sedangkan Bidang Pengembangan Sarana Prasarana mendukung kelengkapan fasilitas dan peralatan. Integrasi seluruh unsur dalam struktur organisasi ini memungkinkan RSUD dr. M. Thomsen Nias memberikan layanan *home care* yang efektif, terukur, dan berkelanjutan bagi masyarakat.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Implementasi Inovasi Pelayanan Kesehatan Berbasis Home Care

Dalam kerangka transformasi pelayanan publik di sektor kesehatan, implementasi inovasi pelayanan berbasis *home care* di RSUD dr. M. Thomsen Nias merepresentasikan bentuk artikulatif dari kebutuhan empiris masyarakat terhadap akses layanan yang setara, efektif, dan responsif terhadap tantangan geografis serta keterbatasan sosial-ekonomi. Inovasi ini tidak berdiri dalam ruang kosong, melainkan berkembang dari pemahaman mendalam terhadap konteks lokal serta dorongan untuk mewujudkan asas keadilan dalam pelayanan kesehatan.

Secara teoretis, implementasi ini dapat dijelaskan melalui dua kerangka utama, yakni Teori Implementasi Kebijakan Mazmanian dan Sabatier (1983) dan Model Difusi Inovasi Rogers (2003). Teori Mazmanian dan Sabatier menekankan pentingnya kejelasan tujuan kebijakan, karakteristik implementor, dan lingkungan eksternal sebagai determinan keberhasilan implementasi kebijakan. Sementara itu, teori Rogers menjelaskan bagaimana inovasi menyebar melalui tahapan: *knowledge*, *persuasion*, *decision*, *implementation*, dan *confirmation*, yang semuanya dapat diamati dalam kasus *Home Care* ini.

1. Perspektif Direksi: Visi Strategis dan Ketahanan Institusional

Wawancara mendalam dengan Direktur RSUD dr. M. Thomsen Nias, dr. Noverlina Zebua, membuka pemahaman bahwa lahirnya inovasi *Home Care* merupakan respon visioner terhadap deadlock struktural yang selama ini menghambat aksesibilitas layanan kesehatan, terutama bagi

populasi lanjut usia, penyandang disabilitas, dan pasien kronis. Dalam penjelasannya, dr. Noverlina menekankan:

“Kami tidak sedang membangun layanan elit untuk kelompok tertentu, tetapi justru membuka akses selebar-lebarnya bagi yang selama ini tidak terlayani. Home Care bukan pilihan alternatif, tapi bagian dari komitmen institusi kami untuk mewujudkan keadilan layanan.”

Pernyataan ini menunjukkan bagaimana tujuan kebijakan dalam kerangka Mazmanian & Sabatier telah dirumuskan secara eksplisit dan selaras dengan prinsip public service orientation. Home Care tidak hanya dimaknai sebagai inovasi teknis, tetapi sebagai instrumen korektif atas disparitas layanan di wilayah geografis marginal. Namun demikian, direktur juga menyampaikan bahwa keberlanjutan program sangat ditentukan oleh kemampuan rumah sakit dalam memobilisasi sumber daya, baik dalam bentuk SDM, logistik, maupun regulasi pendukung. Hal ini menempatkan capacity for implementation sebagai variabel kunci dalam keberhasilan jangka panjang inovasi ini.

2. Perspektif Tata Usaha: Kelembagaan, Administrasi, dan Regulasi

Hasil wawancara dengan Kepala Bagian Tata Usaha, Rini Kurniawati Nduru, S.K.M., menegaskan bahwa secara administratif, program Home Care masih berada dalam tahap konsolidasi kelembagaan. SOP belum diformalkan, struktur organisasi belum definitif, dan sistem pelaporan belum sepenuhnya terdigitalisasi.

“Kami mengelola program ini dengan semangat gotong royong, belum berbasis unit struktural. Administrasi masih banyak manual, anggaran juga belum pos khusus.”

Temuan ini mencerminkan tantangan struktural dalam kerangka Mazmanian & Sabatier, di mana kurangnya kejelasan struktur dan perangkat hukum dapat menghambat efektivitas implementasi. Selain itu, hal ini memperkuat pentingnya pilar *“clarity of legal structure”* sebagai prasyarat bagi kebijakan publik yang adaptif dan berkelanjutan. Namun di sisi lain,

fleksibilitas yang dimiliki oleh rumah sakit sebagai BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) memberikan keleluasaan manajerial untuk mengeksplorasi model pelayanan berbasis kinerja. Hal ini menunjukkan adanya potensi hybrid governance model, yaitu integrasi antara pendekatan birokratis dan kewirausahaan sosial dalam tata kelola pelayanan publik.

3. Perspektif Kepala Ruang Aster: Manajemen Klinis dan Logistik Lapangan

Sebagai salah satu pelaksana teknis di lini depan, Victor Oktavianus, S.Kep., Ners, menjelaskan bahwa implementasi Home Care secara klinis menghadapi kendala serius pada aspek manajemen waktu, beban kerja, dan mobilisasi perawat.

“Kami menjangkau rumah-rumah pasien dari satu desa ke desa lain, dengan kondisi jalan yang tidak selalu bersahabat. Dalam satu hari, satu perawat bisa kunjungan ke lima atau enam pasien, sambil tetap menangani ruang rawat.”

Dalam perspektif difusi inovasi Rogers, kondisi ini menunjukkan tantangan pada tahap implementation di mana karakteristik inovasi (termasuk kompleksitas, kompatibilitas, dan observabilitas) menjadi penghambat adopsi menyeluruh. Kompleksitas operasional serta absennya dukungan teknologi memperlambat proses penyebaran dan penguatan model. Victor juga menyampaikan bahwa standar layanan tetap dijaga melalui supervisi klinis berkala dan edukasi lapangan bagi keluarga pasien. Namun, ia menggarisbawahi bahwa perawat membutuhkan pelatihan lanjutan terutama dalam aspek komunikasi terapeutik, edukasi kesehatan, dan penanganan darurat di rumah pasien.

4. Perspektif Perawat Lapangan: Humanisme dan Tantangan Sosial Budaya

Pengalaman Perawat Mei Gea, AMK, memberikan dimensi etnografis dalam narasi implementasi Home Care. Ia menyampaikan bahwa relasi sosial antara tenaga kesehatan dan pasien mengalami transformasi melalui pendekatan personal yang dilakukan di rumah pasien.

“Kadang mereka tidak percaya dengan kami di awal. Tapi setelah beberapa kali kunjungan, mereka lebih terbuka. Anak-anak pasien bahkan kadang menangis saat kami pulang.”

Pernyataan ini menggambarkan emotional proximity yang terbangun dalam pelayanan berbasis rumah, yang tidak dapat dicapai melalui model layanan konvensional. Namun demikian, perawat juga menghadapi resistensi sosial akibat minimnya literasi kesehatan, misinformasi, dan nilai-nilai budaya tertentu yang belum sepenuhnya menerima kehadiran praktik medis di rumah. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa implementasi inovasi layanan kesehatan berbasis Home Care di RSUD dr. M. Thomsen Nias telah menjadi contoh konkret dari model pelayanan publik yang adaptif, berkelanjutan, dan berbasis kebutuhan nyata masyarakat. Program ini tidak hanya mengisi kekosongan sistemik dalam pelayanan konvensional, tetapi juga membuka ruang baru bagi pendekatan pelayanan yang lebih humanis dan partisipatif. Ke depan, perlu dilakukan penguatan sistem regulasi, pembiayaan berkelanjutan, serta integrasi antar sektor untuk memperluas cakupan dan keberlanjutan layanan ini.

4.2.2 Persepsi dan Kepuasan Pasien dan Keluarga

Persepsi dan tingkat kepuasan pasien serta keluarga terhadap layanan Home Care merupakan indikator krusial dalam menilai keberhasilan inovasi pelayanan kesehatan berbasis komunitas. Dalam konteks RSUD dr. M. Thomsen Nias, program Home Care tidak hanya diposisikan sebagai solusi terhadap hambatan akses geografis dan ekonomi, tetapi juga sebagai strategi peningkatan mutu pelayanan yang bersifat personal, holistik, dan berkelanjutan.

Sebagaimana diuraikan dalam metode penelitian kualitatif deskriptif, penilaian terhadap persepsi dan kepuasan dilakukan melalui wawancara mendalam dengan pasien, keluarga pasien, serta tenaga medis. Teknik ini merujuk pada pandangan Miles dan Huberman (2012) yang menekankan pentingnya penggalian makna dari perspektif subjek penelitian melalui analisis tematik dan interpretatif.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa mayoritas pasien dan keluarganya mengapresiasi kehadiran layanan Home Care. Seorang pasien lansia dari Kecamatan Namohalu menyampaikan:

“Perawat datang ke rumah setiap minggu. Saya merasa lebih nyaman di rumah bersama anak-anak daripada di rumah sakit yang jauh dan dingin.”

Pernyataan ini mengindikasikan bahwa lingkungan rumah memberikan efek psikologis positif bagi pasien yang menjalani perawatan kronis. Keluarga pasien pun merasakan kemudahan dalam koordinasi dan pengambilan keputusan medis karena dilakukan secara langsung di lingkungan mereka sendiri. Dari sudut pandang perawat, salah satu tenaga medis menyatakan bahwa komunikasi dengan pasien dan keluarga menjadi lebih intim dalam suasana rumah, sehingga informasi medis dan edukasi kesehatan lebih mudah diterima.

“Ketika di rumah, pasien lebih terbuka, keluarganya juga aktif bertanya. Itu membuat proses perawatan terasa lebih manusiawi,” ujar salah seorang perawat Home Care yang telah bertugas selama lebih dari 1 tahun”.

Tingkat kepuasan juga tercermin dalam indikator aksesibilitas, kecepatan respon, dan empati tenaga medis. Mengacu pada dimensi kualitas pelayanan dari Beama et al. (2022) keandalan, daya tanggap, jaminan, kemudahan akses, dan penampilan fisik program Home Care di RSUD dr. M. Thomsen Nias mendapatkan respons positif dalam hampir semua dimensi tersebut. Pasien merasa pelayanan lebih cepat karena tidak perlu menunggu antrean di rumah sakit, dan perawat dianggap memiliki waktu lebih untuk mendengarkan keluhan pasien secara mendalam.

Namun demikian, persepsi masyarakat juga bersifat beragam. Beberapa pasien masih memiliki kekhawatiran akan keterbatasan alat medis saat perawatan di rumah, serta anggapan bahwa perawatan rumah tidak seaman rumah sakit. Meskipun demikian, edukasi yang diberikan tim Home Care secara bertahap mampu mengubah persepsi ini, sebagaimana disampaikan oleh salah satu keluarga pasien:

“Awalnya kami takut ibu tidak dirawat optimal, tapi setelah melihat perawat rutin datang dan cek tekanan darah, beri obat, dan konsultasi langsung, kami jadi yakin dan puas.”

Berdasarkan observasi, indikator kenyamanan dan privasi menjadi faktor dominan yang mempengaruhi persepsi positif. Pasien merasa dihargai karena diperlakukan secara individual, bukan sebagai ‘angka antrean’ di sistem rumah sakit. Selain itu, aspek dukungan emosional dari keluarga yang tetap bersama pasien turut meningkatkan kualitas perawatan dan mempercepat proses pemulihan. Tingkat kepuasan keluarga juga didukung oleh efisiensi biaya. Banyak keluarga menyebutkan bahwa Home Care membantu mereka mengurangi beban transportasi dan biaya inap. Efisiensi ini menjadi faktor kunci bagi keluarga berpenghasilan rendah, yang sebelumnya kesulitan membawa anggota keluarganya ke rumah sakit secara rutin.

Sebagai bagian dari evaluasi internal, RSUD dr. M. Thomsen Nias secara berkala menyelenggarakan survei kepuasan pelanggan yang mencakup kuesioner sederhana dan wawancara evaluatif. Data awal menunjukkan bahwa lebih dari 85% responden menyatakan puas terhadap layanan Home Care, baik dari sisi kualitas medis, kenyamanan, maupun komunikasi tim medis. Menilik dari aspek keberlanjutan, keberhasilan layanan ini dalam membangun kepercayaan masyarakat merupakan modal sosial yang kuat untuk mendorong kolaborasi jangka panjang antara rumah sakit dan komunitas. Hal ini sejalan dengan pandangan Neis dan McEwen (2001) mengenai pentingnya integrasi antara institusi layanan kesehatan dan struktur sosial lokal sebagai syarat mutlak dari efektivitas pelayanan berbasis rumah.

Dengan demikian, persepsi dan kepuasan pasien serta keluarga menjadi refleksi langsung dari efektivitas implementasi Home Care sebagai inovasi pelayanan publik. Program ini bukan hanya menjawab persoalan akses dan efisiensi, tetapi juga membangun dimensi kepercayaan, kenyamanan, dan kebermaknaan dalam pelayanan kesehatan. Peningkatan kualitas layanan ke depan hendaknya terus dilakukan melalui pelatihan tenaga medis, penguatan komunikasi interpersonal, serta pengembangan sistem evaluasi berbasis umpan balik masyarakat.

4.2.3 Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi

Keberhasilan implementasi inovasi pelayanan kesehatan berbasis Home Care di RSUD dr. M. Thomsen Nias tidak terlepas dari berbagai faktor pendukung yang memperkuat sistem pelayanan, serta tantangan atau hambatan yang menjadi kendala dalam pencapaian efektivitas optimal. Sebagai bagian dari evaluasi kualitatif, identifikasi faktor-faktor ini diperoleh melalui wawancara mendalam dengan tenaga medis, kepala ruangan, pimpinan rumah sakit, serta keluarga pasien yang terlibat langsung dalam layanan Home Care.

A. Faktor Pendukung Implementasi

1. Kepemimpinan yang Kuat dan Visioner

Salah satu faktor kunci yang mendorong keberhasilan implementasi adalah kepemimpinan yang proaktif dan visioner dari manajemen rumah sakit. Direktur RSUD dr. M. Thomsen Nias menunjukkan kepemimpinan transformasional dengan mendorong budaya inovasi, komunikasi terbuka, serta pendekatan kolaboratif antar unit. Dalam wawancara, beliau menyatakan:

“Kita tidak bisa menunggu sistem berubah. Kita harus mulai dari apa yang bisa kita ubah di dalam institusi kita.”

Hal ini sejalan dengan pandangan Syafie (2003), bahwa kepemimpinan pemerintahan yang adaptif sangat diperlukan dalam inovasi sektor publik.

2. Manajemen SDM yang Efektif

Manajemen sumber daya manusia menjadi tulang punggung operasionalisasi Home Care. RSUD dr. M. Thomsen Nias melakukan seleksi ketat terhadap perawat yang memiliki keterampilan interpersonal dan adaptabilitas tinggi. Pelatihan berkala dilakukan untuk membekali perawat dengan kompetensi klinis, komunikasi empatik, dan penanganan alat medis portabel.

3. Dukungan Teknologi Informasi

Pemanfaatan teknologi, terutama *telemedicine*, menjadi penguat penting dalam monitoring pasien dari jarak jauh. Teknologi ini memungkinkan perawat melakukan pemantauan kondisi pasien dengan efisiensi tinggi, sekaligus mempercepat koordinasi antar tim.

4. Partisipasi dan Dukungan Masyarakat

Keterlibatan masyarakat, terutama keluarga pasien, merupakan katalisator dalam keberhasilan implementasi. Program edukasi dan sosialisasi yang dilakukan oleh tim Home Care meningkatkan pemahaman dan penerimaan masyarakat terhadap model pelayanan ini.

5. Regulasi Internal dan Evaluasi Berkelanjutan

Meskipun regulasi formal tingkat daerah masih terbatas, rumah sakit telah menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) internal sebagai panduan teknis. Evaluasi mingguan dilakukan untuk memperbaiki proses dan merespon hambatan yang muncul di lapangan.

B. Faktor Penghambat Implementasi

1. Keterbatasan Sumber Daya

Tantangan paling krusial adalah keterbatasan jumlah tenaga medis dan kendaraan operasional. Satu perawat bisa menangani 5–6 pasien di lokasi berbeda dalam satu hari, yang berdampak pada kelelahan kerja dan potensi penurunan kualitas pelayanan.

“Kadang kami sampai malam di lapangan, belum sempat istirahat langsung besoknya ada pasien baru,” ujar salah satu perawat.

Kondisi ini diperparah dengan keterbatasan alat medis portabel dan belum adanya anggaran tetap untuk operasional Home Care.

2. Kurangnya Kesadaran dan Kooperasi Keluarga

Sebagian keluarga pasien belum sepenuhnya memahami pentingnya perawatan lanjutan di rumah. Beberapa bahkan tidak hadir saat perawat datang, atau tidak menjalankan saran yang diberikan. Hal ini menjadi tantangan psikososial yang menghambat kesinambungan perawatan.

3. Regulasi dan Dukungan Kebijakan yang Terbatas

Hingga saat ini, belum terdapat payung hukum formal dari pemerintah daerah yang secara spesifik mendukung pengembangan Home Care sebagai bagian dari sistem layanan kesehatan daerah. Akibatnya, program ini bergantung sepenuhnya pada inisiatif rumah sakit. Ini menjadi hambatan struktural yang memerlukan perhatian kebijakan publik.

4. Rotasi dan Adaptasi Tenaga Medis

Rotasi perawat antar ruangan yang terjadi secara periodik menyebabkan gangguan kesinambungan pelayanan. Proses adaptasi terhadap pasien dan wilayah kerja yang baru membutuhkan waktu, dan komunikasi antara perawat lama dan baru tidak selalu berjalan optimal.

5. Karakteristik Geografis dan Akses Transportasi

Sebagaimana karakter umum wilayah Kepulauan Nias, banyak daerah layanan Home Care berada di lokasi dengan medan yang sulit dijangkau, terutama pada musim hujan. Hal ini tidak hanya menambah beban fisik petugas, tetapi juga menghambat kedisiplinan waktu kunjungan.

Menganalisis faktor-faktor di atas, dapat disimpulkan bahwa keberhasilan implementasi inovasi layanan Home Care di RSUD dr. M. Thomsen Nias sangat ditentukan oleh kombinasi antara kepemimpinan visioner, manajemen SDM yang responsif, dan keterlibatan masyarakat. Namun, keberhasilan ini masih rentan terhadap tantangan sistemik, terutama dari aspek regulasi, pembiayaan, dan kesinambungan layanan.

4.2.4 Analisis Efektivitas dan Efisiensi Program Home Care

Efektivitas dan efisiensi merupakan dua indikator kunci dalam menilai keberhasilan suatu kebijakan pelayanan publik, termasuk dalam bidang kesehatan. Program Home Care yang diinisiasi oleh RSUD dr. M. Thomsen Nias merupakan inovasi strategis yang bertujuan untuk menjawab tantangan keterbatasan akses, meningkatkan kualitas layanan kesehatan, serta mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya rumah sakit. Dalam konteks ini, analisis terhadap kedua aspek tersebut penting untuk menilai sejauh mana program ini telah mencapai tujuannya.

A. Efektivitas Program Home Care

Efektivitas merujuk pada sejauh mana tujuan program tercapai secara substansial, baik dari perspektif output maupun outcome. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini, implementasi Home Care terbukti efektif dalam memenuhi kebutuhan pasien yang memiliki keterbatasan mobilitas, terutama pasien lansia, penderita penyakit kronis, serta mereka yang berada di wilayah geografis sulit dijangkau. Data dari bagian manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa sejak dimulainya program ini, terjadi penurunan signifikan angka readmission atau perawatan ulang pasien rawat inap, khususnya pasien hipertensi dan stroke ringan. Ini menunjukkan efektivitas Home Care dalam memastikan keberlanjutan perawatan pasca-rawat inap serta mencegah komplikasi lanjutan. Salah satu pasien yang diwawancarai menyampaikan:

“Saya tidak harus bolak-balik ke rumah sakit. Perawat datang, cek tekanan darah, beri saran, saya merasa lebih terpantau dan aman.”

Respons ini menunjukkan bahwa layanan Home Care meningkatkan rasa aman dan kenyamanan pasien, dua faktor penting yang secara empiris berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup. Di sisi lain, tenaga medis menyatakan bahwa hubungan interpersonal yang lebih baik antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan di lingkungan rumah memungkinkan proses edukasi dan komunikasi berjalan lebih efektif. Perawat menyatakan:

“Pasien lebih jujur saat kami datang ke rumahnya. Mereka lebih terbuka soal keluhannya.”

Hal ini menunjukkan bahwa efektivitas layanan tidak hanya terukur secara klinis, tetapi juga secara sosial dan emosional.

B. Efisiensi Program Home Care

Efisiensi diukur dari kemampuan program dalam menghasilkan hasil maksimal dengan penggunaan sumber daya seminimal mungkin. Dalam konteks

RSUD dr. M. Thomsen Nias, program Home Care telah menunjukkan dampak efisiensi yang nyata, terutama dalam pengurangan beban tempat tidur rumah sakit dan optimalisasi tenaga medis. Secara operasional, dengan memindahkan sebagian perawatan pasien ke rumah, rumah sakit dapat lebih fokus pada kasus-kasus akut dan kritis. Hal ini berdampak pada peningkatan efisiensi ruang perawatan dan alat medis, yang sebelumnya penuh oleh pasien rawat inap jangka Panjang. Dari sisi pembiayaan, keluarga pasien melaporkan bahwa mereka dapat menghemat biaya transportasi, konsumsi selama di rumah sakit, dan biaya inap. Seorang anggota keluarga pasien menyatakan:

“Kalau dulu kami harus sewa mobil dan tinggal dekat rumah sakit. Sekarang cukup tunggu perawat datang, jauh lebih hemat.”

Manfaat efisiensi ini sejalan dengan temuan Neis dan McEwen (2001) yang menyatakan bahwa sistem pelayanan berbasis komunitas memiliki potensi mengurangi healthcare cost jangka panjang karena mencegah komplikasi dan meminimalkan waktu rawat inap di institusi formal.

C. Evaluasi Dampak Sistemik

Implementasi Home Care juga berdampak pada peningkatan kapasitas sistem kesehatan lokal. Berdasarkan laporan tahunan rumah sakit, terjadi peningkatan kepuasan kerja tenaga medis karena mereka merasa lebih berdaya dan memiliki hubungan yang lebih personal dengan pasien. Peningkatan ini tercermin dari penurunan turn over perawat dalam tim Home Care serta meningkatnya antusiasme terhadap pelatihan lanjutan. Di sisi sistem pelayanan, layanan ini mengurangi antrean rawat jalan dan mempercepat penanganan kasus-kasus emergensi yang benar-benar membutuhkan intervensi langsung di rumah sakit. Dalam jangka menengah, ini mendorong penguatan referral system dan alokasi sumber daya kesehatan yang lebih tepat sasaran. Secara sosial, Home Care berkontribusi dalam memperkuat fungsi keluarga sebagai unit dasar perawatan. Keluarga menjadi lebih terlibat dalam proses penyembuhan pasien, baik secara emosional maupun dalam praktik perawatan sehari-hari. Efektivitas sosial ini

merupakan bentuk kontribusi program terhadap penguatan modal sosial dan kesehatan berbasis komunitas.

D. Tantangan dalam Pencapaian Efektivitas dan Efisiensi

Meski demikian, beberapa kendala juga diidentifikasi dalam aspek efektivitas dan efisiensi. Salah satu tantangan utama adalah keterbatasan sumber daya, baik tenaga medis, alat medis portabel, maupun kendaraan operasional. Di beberapa kasus, keterlambatan kunjungan terjadi karena jadwal yang padat dan lokasi pasien yang terpencil. Selain itu, keterbatasan sistem pembiayaan membuat program ini belum sepenuhnya mandiri secara fiskal. Kepala Tata Usaha menyebutkan:

“Anggaran khusus belum ada. Kami masih mengandalkan efisiensi dari unit lain dan bantuan dari program reguler rumah sakit.”

Kondisi ini membatasi perluasan layanan dan pengembangan teknologi pendukung seperti sistem manajemen kunjungan digital atau pelaporan real time. Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa program Home Care RSUD dr. M. Thomsen Nias secara umum telah berhasil meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan di wilayahnya. Efektivitas program tercermin dari keberhasilan menurunkan angka readmission, meningkatkan kualitas hidup pasien, dan memperkuat peran keluarga. Sementara dari sisi efisiensi, terjadi penghematan sumber daya rumah sakit, biaya pasien, serta optimalisasi tenaga medis. Namun, untuk menjaga dan meningkatkan capaian tersebut, perlu dilakukan penguatan kelembagaan, pembiayaan yang berkelanjutan, serta pengembangan sistem teknologi informasi dan manajemen kunjungan. Dengan demikian, Home Care tidak hanya menjadi solusi alternatif, tetapi juga menjadi model pelayanan utama yang menjawab tantangan geografis, sosial, dan struktural di daerah terpencil seperti Pulau Nias.

4.3 Pembahasan

4.3.1 Manfaat inovasi pelayanan kesehatan berbasis home care di RSUD dr. M. Thomsen Nias dalam meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan bagi pasien

Inovasi pelayanan kesehatan berbasis *home care* merupakan respons adaptif terhadap kompleksitas tantangan pelayanan kesehatan di wilayah geografis 3T (*tertinggal, terdepan, dan terluar*) seperti Kabupaten Nias. Implementasi *home care* oleh RSUD dr. M. Thomsen Nias telah menghadirkan model layanan yang tidak hanya inovatif secara teknis, tetapi juga transformatif secara sosial dan kultural. Layanan ini mengubah paradigma masyarakat dalam mengakses, memahami, dan menerima intervensi medis dari institusi kesehatan formal (Ayuningtyas & Rudiantono, 2021; Beama et al., 2022).

Secara teoritis, efektivitas inovasi ini dapat dianalisis melalui kerangka *Diffusion of Innovations* oleh Rogers (2003), yang menekankan lima karakteristik utama keberhasilan inovasi: *relative advantage*, *compatibility*, *complexity*, *trialability*, dan *observability*. Dalam konteks *home care*, keunggulan relatif terletak pada kemampuannya menjangkau pasien dengan keterbatasan fisik, finansial, atau logistik untuk datang ke rumah sakit (Tahir & Harakan, 2017). Data lapangan menunjukkan rata-rata 3–5 kunjungan pasien setiap hari kerja, dengan prioritas pasien lanjut usia, penderita stroke, pasca-operasi, serta pasien penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi. Lebih dari 60% penerima layanan adalah pasien yang sebelumnya mengalami hambatan geografis dan transportasi (Riwukore & Habaora, 2022). Temuan ini sejalan dengan pandangan Neis dan McEwen (2001) yang menegaskan bahwa model pelayanan berbasis rumah memiliki dimensi humanistik yang lebih kuat dibandingkan layanan institusional.

Peningkatan kualitas layanan juga tampak dari dimensi edukasi kesehatan. Perawat tidak hanya melakukan tindakan medis, tetapi juga memberikan penyuluhan kepada keluarga pasien tentang perawatan luka, pemberian obat, gizi seimbang, dan pencegahan komplikasi. Intervensi edukatif ini meningkatkan literasi kesehatan rumah tangga, sejalan dengan prinsip *sustainable health care* (Fauziah, 2023; Depkes RI, 2002). Dari perspektif efisiensi sistem, *home care* mengurangi beban *inpatient* di rumah sakit, sehingga optimalisasi ruang perawatan, tenaga medis, dan sarana

kesehatan menjadi lebih baik (Nasution et al., 2019). Pendekatan ini mencerminkan prinsip manajemen rumah sakit modern yang menitikberatkan pada efisiensi dan nilai tambah layanan (Sumarsono, 2003; Suyarman et al., 2010).

Secara kebijakan publik, model ini mencerminkan kapasitas institusi kesehatan publik untuk merespons kebutuhan riil masyarakat. Sebagaimana dikemukakan oleh Khairul (2008) dan Dunn (2003), kebijakan yang efektif adalah kebijakan yang responsif, adaptif, dan antisipatif. *Home care* juga mengakomodasi dimensi keadilan sosial dengan mengurangi hambatan finansial dan waktu yang dialami kelompok rentan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak (Malaha et al., 2020). Namun, keberlanjutan manfaat ini mensyaratkan adanya sistem pencatatan terintegrasi, pelaporan kinerja yang akuntabel, program pelatihan tenaga kesehatan berkelanjutan, serta dukungan kebijakan dari pemerintah daerah (Murti et al., 2023; Risza et al., 2022). Tanpa prasyarat ini, keberhasilan yang dicapai berpotensi bersifat temporer dan sulit direplikasi di wilayah lain. Dengan demikian, manfaat *home care* di RSUD dr. M. Thomsen Nias tidak hanya terletak pada dimensi operasional, melainkan juga pada konstruksi model pelayanan kesehatan berbasis komunitas yang partisipatif, berkeadilan, dan berorientasi pada keberlanjutan jangka panjang (Syafiie, 2003; Syam et al., 2023). Model ini memperkuat posisi rumah sakit sebagai pusat pelayanan sekaligus pusat pembelajaran dalam sistem kesehatan daerah.

4.3.2 Implementasi inovasi pelayanan kesehatan berbasis home care di RSUD dr. M. Thomsen Nias, termasuk dalam aspek kebijakan, sumber daya, serta efektivitas pelaksanaannya

Implementasi inovasi pelayanan kesehatan berbasis Home Care di RSUD dr. M. Thomsen Nias dapat dipandang sebagai upaya strategis dalam menjawab kompleksitas tantangan pelayanan kesehatan di wilayah kepulauan yang memiliki karakteristik geografis, sosial, dan ekonomi yang khas. Proses implementasi ini tidak terlepas dari sejumlah aspek kunci,

meliputi aspek kebijakan, ketersediaan sumber daya, serta efektivitas pelaksanaannya di lapangan.

Dari perspektif kebijakan, inisiatif layanan Home Care telah mendapatkan dukungan normatif dari pimpinan rumah sakit sebagai bagian dari komitmen terhadap prinsip transformasi layanan kesehatan yang inklusif. Namun, dukungan ini masih bersifat normatif dan belum diwujudkan dalam bentuk struktur formal kelembagaan maupun dokumen kebijakan yang terdokumentasi secara sistematis. Dalam kerangka teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Mazmanian dan Sabatier (1983), keberhasilan implementasi sangat bergantung pada kejelasan tujuan, kualitas perangkat hukum, dan karakteristik pelaksana. Dalam konteks RSUD dr. M. Thomsen Nias, tujuan kebijakan telah dipahami secara internal oleh para pemangku kepentingan, namun perangkat hukum seperti SOP, regulasi khusus, dan pembentukan unit kerja fungsional belum sepenuhnya tersedia.

RSUD dr. M. Thomsen Nias sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sebenarnya memiliki fleksibilitas dalam mengembangkan inovasi pelayanan. Sayangnya, fleksibilitas ini belum diikuti dengan keberanian kelembagaan untuk menginstitutionalkan layanan Home Care sebagai bagian integral dari sistem layanan rumah sakit. Hal ini memperlihatkan adanya kesenjangan antara fleksibilitas otonomi operasional dengan kapasitas manajerial dalam mengelola transformasi layanan. Dalam praktiknya, pelaksanaan layanan ini masih bersifat adaptif, bergantung pada arahan informal pimpinan serta inisiatif individual dari tenaga kesehatan, yang dapat menimbulkan inkonsistensi dalam mutu dan cakupan pelayanan.

Di sisi sumber daya manusia, pelaksanaan layanan Home Care menghadapi tantangan serius dalam hal kuantitas dan kualitas. Perawat yang bertugas dalam program ini merupakan bagian dari tim rawat inap yang dibebani tanggung jawab tambahan untuk melakukan kunjungan ke rumah pasien. Kondisi ini menimbulkan tekanan kerja yang tinggi dan berdampak pada penurunan efektivitas pelayanan. Rogers (2003) dalam model difusi inovasi menyatakan bahwa keberhasilan adopsi inovasi sangat dipengaruhi

oleh persepsi pelaksana terhadap beban kerja dan kemudahan dalam menjalankan inovasi tersebut. Ketika inovasi dianggap kompleks dan tidak kompatibel dengan rutinitas kerja, maka adopsinya akan melambat atau bahkan gagal.

Di RSUD dr. M. Thomsen Nias, belum tersedia pelatihan khusus bagi tenaga kesehatan yang terlibat dalam Home Care. Hal ini menyebabkan variasi kualitas pelayanan antar individu, serta menimbulkan ketidakpastian dalam prosedur tindakan medis yang dilakukan di luar fasilitas rumah sakit. Ketidadaan standar operasional prosedur (SOP) juga memperparah situasi ini, karena tidak ada rujukan formal bagi tenaga medis dalam menjalankan tugas mereka di lapangan. Selain itu, tidak adanya sistem insentif atau pengakuan formal terhadap kerja tambahan yang dilakukan oleh perawat juga turut menurunkan motivasi kerja, yang dalam jangka panjang dapat mengganggu keberlanjutan program.

Dari sisi sarana dan prasarana, layanan Home Care dihadapkan pada keterbatasan logistik, mulai dari kendaraan operasional yang tidak tersedia secara khusus, hingga perlengkapan medis portabel yang sangat minim. Akibatnya, tim Home Care sering kali harus menyesuaikan jenis tindakan medis yang dilakukan dengan ketersediaan alat yang dibawa secara manual. Di beberapa kasus, keterbatasan ini menyebabkan penundaan layanan atau rujukan ulang ke rumah sakit, yang sebenarnya dapat dihindari jika peralatan dan dukungan logistik memadai.

Sementara itu, dari segi efektivitas pelaksanaan, layanan Home Care saat ini belum memiliki sistem informasi yang terintegrasi. Proses pencatatan masih dilakukan secara manual, tanpa adanya rekam medis elektronik yang bisa diakses lintas unit. Hal ini menimbulkan berbagai masalah, seperti duplikasi data, kesalahan dalam penjadwalan kunjungan, hingga sulitnya melakukan evaluasi berbasis data. Dalam perspektif teori sistem oleh Ludwig von Bertalanffy, ketidadaan sistem informasi yang mendukung integrasi antarfungsi menunjukkan rendahnya derajat koordinasi sistemik yang dapat merusak stabilitas dan efisiensi keseluruhan pelayanan.

Lebih lanjut, koordinasi antara unit-unit dalam rumah sakit, seperti bagian rekam medis, farmasi, keuangan, dan keperawatan, masih berjalan secara sektoral. Padahal, pelayanan Home Care yang efektif menuntut adanya komunikasi lintas sektor yang terstruktur dan berkelanjutan. Dalam hal ini, teori kompleksitas pelayanan kesehatan oleh Green dan Kreuter (2005) menunjukkan bahwa efektivitas program kesehatan bergantung pada kemampuan sistem untuk mengelola hubungan antar komponen yang saling bergantung dan dinamis.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa implementasi layanan Home Care di RSUD dr. M. Thomsen Nias masih berada dalam tahap awal yang memerlukan penguatan signifikan dari aspek kebijakan formal, pengembangan kapasitas sumber daya manusia, penyediaan sarana prasarana, serta penguatan sistem informasi dan koordinasi lintas unit. Tanpa adanya penguatan pada elemen-elemen ini, maka efektivitas dan keberlanjutan inovasi pelayanan ini akan sulit dicapai. Namun, semangat dan komitmen pimpinan serta dukungan awal dari tenaga kesehatan menunjukkan bahwa potensi pengembangan layanan Home Care di rumah sakit ini sangat besar, sepanjang diikuti dengan strategi institusionalisasi dan peningkatan kapasitas yang berkelanjutan.

4.3.3 Strategi yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan berbasis home care di RSUD dr. M. Thomsen Nias guna mencapai pelayanan yang lebih optimal dan berkelanjutan

Peningkatan kualitas home care di RSUD dr. M. Thomsen Nias, khususnya di wilayah 3T, memerlukan pendekatan sistemik yang memadukan manajemen mutu, penguatan sumber daya manusia, pemanfaatan teknologi, partisipasi komunitas, dan dukungan kebijakan. Penguatan sistem manajemen mutu melalui tim khusus, penyusunan SPM, dan audit berkala menjadi langkah awal yang krusial (Miles & Huberman, 2012). Kompetensi tenaga medis perlu ditingkatkan melalui pelatihan berkelanjutan yang mencakup keterampilan teknis dan sosial (Khairul, 2008). Optimalisasi teknologi informasi, seperti aplikasi mobile untuk

pencatatan dan koordinasi layanan, mendukung efektivitas monitoring serta mewujudkan smart governance (Beama et al., 2022).

Partisipasi masyarakat dan literasi kesehatan dapat diperkuat lewat pelibatan tokoh lokal, pelatihan kader, dan sosialisasi berbasis komunitas (Neis & McEwen, 2001). Kemitraan lintas sektor dengan model pentahelix memperluas dukungan sumber daya dan inovasi (Dwijayanti et al., 2023; Ayuningtyas & Rudiantono, 2021). Evaluasi berbasis dampak dan sistem insentif kinerja mendorong profesionalisme tenaga home care (Suwarman et al., 2010). Pendekatan zonasi layanan meningkatkan kedekatan dengan pasien di wilayah terpencil, sementara advokasi kebijakan memastikan keberlanjutan melalui alokasi anggaran dan regulasi daerah (Pernando, 2021). Terakhir, adaptasi pada kearifan lokal memperkuat penerimaan masyarakat dan mengintegrasikan nilai budaya dalam desain layanan (Lutfillah, 2020). Dengan kombinasi strategi ini, home care dapat berkembang menjadi model pelayanan kesehatan berbasis komunitas yang inklusif, adaptif, dan berkelanjutan, sekaligus menjadi pilar keadilan sosial dan pembangunan kesehatan daerah.

4.3.4 Evaluasi Keterpaduan Temuan Lapangan dan Teori

Sebagai bentuk penguatan akademik dan metodologis, pembahasan dalam penelitian ini menekankan pentingnya keterpaduan antara temuan empiris di lapangan dengan fondasi teori yang digunakan. Penelitian ini tidak hanya bersandar pada pengumpulan data lapangan secara deskriptif, tetapi juga menjadikannya sebagai alat validasi terhadap konsep-konsep teoritis yang telah lama menjadi rujukan dalam studi implementasi kebijakan dan inovasi pelayanan publik.

Dalam konteks RSUD dr. M. Thomsen Nias, temuan lapangan yang menunjukkan rendahnya partisipasi masyarakat serta ketidaksiapan struktur organisasi dalam mengadopsi inovasi layanan Home Care sejalan dengan kerangka kerja Diffusion of Innovation yang dikembangkan oleh Everett Rogers (2003). Rogers mengemukakan bahwa keberhasilan adopsi inovasi sangat ditentukan oleh lima karakteristik: relative advantage, compatibility, complexity, trialability, dan observability. Dalam kasus ini, Home Care belum sepenuhnya menunjukkan

keuntungan relatif (relative advantage) yang dirasakan oleh masyarakat karena rendahnya pemahaman dan edukasi yang diberikan. Di sisi lain, rendahnya compatibility layanan ini dengan nilai-nilai budaya lokal dan rutinitas hidup masyarakat Nias menjadi salah satu faktor resistensi terhadap adopsi inovasi tersebut.

Temuan bahwa sebagian masyarakat enggan menerima layanan kesehatan di rumah karena dianggap mengganggu tatanan tradisional merupakan refleksi dari rendahnya adaptabilitas inovasi terhadap sistem nilai lokal. Hal ini mengafirmasi pentingnya pendekatan berbasis kultural dan lokalitas dalam mengembangkan model pelayanan publik, sebagaimana dianjurkan oleh para ahli antropologi kebijakan seperti Shore dan Wright (1997). Selain itu, kompleksitas operasional Home Care yang memerlukan logistik khusus, waktu lebih panjang, dan kompetensi tambahan dari tenaga medis juga memperkuat aspek complexity dan trialability dalam kerangka Rogers.

Dari perspektif implementasi kebijakan, teori Mazmanian dan Sabatier (1983) menjadi lensa yang sangat relevan untuk membaca dinamika yang terjadi. Ketidaktertulisannya SOP, belum adanya alokasi anggaran tetap, serta belum dibentuknya unit struktural Home Care mencerminkan lemahnya statutory clarity dan institutional commitment yang menjadi syarat keberhasilan implementasi kebijakan. Dalam model Mazmanian dan Sabatier, keberhasilan pelaksanaan kebijakan publik membutuhkan interaksi optimal antara isi kebijakan, karakteristik implementor, dan lingkungan eksternal. Dalam kasus RSUD dr. M. Thomsen Nias, ketiga komponen ini masih belum berjalan secara harmonis.

Lebih jauh, temuan mengenai keterbatasan peralatan, ketiadaan transportasi khusus, serta tidak tersedianya sistem informasi layanan Home Care yang terintegrasi menunjukkan adanya kelemahan dalam aspek koordinasi sistemik. Hal ini dapat dijelaskan dengan teori sistem oleh Ludwig von Bertalanffy yang menyatakan bahwa suatu organisasi atau sistem hanya dapat berfungsi optimal jika seluruh komponennya bekerja secara sinergis dan saling menopang. Ketika satu subsistem mengalami gangguan, maka keseluruhan sistem akan mengalami ketidakseimbangan yang berdampak pada penurunan efektivitas layanan.

Dengan mengintegrasikan temuan-temuan lapangan ke dalam kerangka teoritis tersebut, penelitian ini menegaskan bahwa keberhasilan inovasi pelayanan kesehatan seperti Home Care tidak semata-mata ditentukan oleh niat baik atau semangat reformasi, tetapi memerlukan pendekatan sistemik, kontekstual, dan berbasis teori yang solid. Penyesuaian terhadap kondisi sosial-budaya, perbaikan struktur kelembagaan, peningkatan kapasitas pelaksana, serta penguatan sistem informasi dan evaluasi merupakan langkah strategis yang tidak dapat ditunda.

Sebagai penutup, keterpaduan antara teori dan temuan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa Home Care sebagai inovasi pelayanan kesehatan di RSUD dr. M. Thomsen Nias adalah langkah awal yang potensial namun masih membutuhkan fondasi kelembagaan dan strategi implementasi yang kokoh. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi kontribusi akademik sekaligus referensi praktis bagi pengambil kebijakan dan manajer rumah sakit dalam membangun sistem layanan kesehatan yang lebih responsif, adaptif, dan berbasis kebutuhan masyarakat lokal.