Pengaruh Kunjungan Rumah terhadap Indeks Keluarga Sehat (IKS) dan Tingkat Kemandirian Keluarga

Haris¹, Lily Herawati¹, Norhasanah², Irmawati²

¹Politeknik Kaltara, ²Puskesmas Mamburungan Kota Tarakan

Email : hariskasuhe@gmail.com

Abstrak

Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PISPK) merupakan program untuk pencapaian status kesehatan keluarga di Indonesia dalam tiga indikator yaitu sehat, pra sehat atau tidak sehat. Pelaksanaan PISPK diawali dari pendataan hingga menentukan rencana tindak lanjut. Melihat urgensi PISPK tersebut maka diperlukan intervensi berkelanjutan dan menjadi program yang terintegrasi dengan program-program di Puskesmas. Kegiatan ini mengintegrasikan PISPK dengan Perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) melalui kunjungan rumah. Tujuan yang diinginkan adalah untuk menganalisis pengaruh kunjungan rumah terhadap indeks keluarga sehat dan tingkat kemandirian keluarga. Kegiatan ini dilakukan di daerah binaan yang merupakan kegiatan kemitraan puskesmas dengan institusi pendidikan. Terdapat tiga tahapan dalam kegiatan ini meliputi penyamaan persepsi di kalangan petugas di puskesmas, penyusunan dan sosialisasi asuhan keperawatan keluarga. Tahap pelaksanaan meliputi kunjungan rumah sebanyak 2-4 kali dan melaksanakan kegiatan lintas program dan tahap evaluasi meliputi melakukan pendataan ulang dan menganalisa data tersebut. Kepala keluarga yang menjadi responden dalam kegiatan ini berjumlah 23 orang. Analisa data yang digunakan adalah uji kompartif dua kelompok berpasangan dengan skala non parametric. Berdasarkan uji *Wilcoxon* didapatkan *p-value* 0.008 untuk perbedasan indeks keluarga sehat dan 0.000 untuk tingkat kemandirian keluarga. Kegiatan ini menunjukkan bahwa kunjungan rumah melalui pemberian asuhan keperawatan keluarga dan pemberian edukasi dalam keluarga memberikan perubahan pada indeks keluarga sehat dan tingkat kemandirian keluarga. Kedepannya diharapkan kegiatan kunjungan rumah menjadi kegiatan prioritas Puskesmas untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Kata kunci : Indeks Keluarga Sehat, kemandirian keluarga, perkesmas.

Abstract

Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PISPK) is a program to assess the health status of families in Indonesia in three indicator, healthy, pre-healthy or unhealthy. PISPK starting from data collection to determining follow-up plans. Seeing the urgency of PISPK, it is necessary to have continuous intervention and become an integrated program at the Puskesmas. The activities to integrated PISPK with Perawatan Kesehatan Masyarakat (perkesmas) at the Puskesmas through home visits. The aim The purposes of this activities was to analyzed the effect of home visits on the healthy family index and the family independence level. This activity was carried out in the target area which was partnering with educational institutions. This partnership will be carried out starting from the preparation stage which includes the equalization of perceptions among officials at the Puskesmas, preparation, and socialization of family care form. The implementation phase includes home visits conducted 2-4 times and carrying out cross-program activities and the evaluation phase includes recompiling and analyzed data. there are 23 heads of households who are respondents. The data analysis used was a pairwise two-group comparative test with a non-parametric scale. Based on Wilcoxon analysis obtained p-value 0.008 for Healthy family index and p-value 0.000 for family independence level. This activity showed that home visits through providing family nursing care and education in the family gave change the healthy family index and family independence level. In the future, it is expected that home visits will become priority of Puskesmas activities to improve community health status.

Keywords : Community health nursing, family independence level, healthy family index.

Pendahuluan

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) merupakan bagian program pembangunan kesehatan Indonesia melalui pemberdayaan keluarga untuk mencapai status keluarga sehat. PISPK ini merupakan penjabaran Program Indonesia Sehat melalui tiga pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Penerapan paradigma sehat melalui penguatan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif dan preventif, serta pemberdayaan masyarakat. Peningkatan pelayanan kesehatan melalui peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan, peningkatan mutu dengan pendekatan *continuum of care*, dan intervensi berbasis risiko kesehatan, pelaksanaan JKN melalui perluasan sasaran dan manfaat, pengelolaan kendali mutu dan biaya (Kementerian Kesehatan, 2016).

Pelaksanaan PISPK melibatkan mulai dari tingkat nasional melalui kementerian kesehatan hingga daerah melalui puskesmas dan melibatkan lintas sektoral. Koordinasi dan komunikasi juga berjalan dari kementerian kesehatan diteruskan ke tingkat dinas kesehatan propinsi, dinas kesehatan kabupaten / kota dan diteruskan hingga ke puskesmas. Dalam pelaksanaan PISPK di puskesmas melibatkan lintas sektoral yang berkaitan seperti kecamatan, kelurahan / Desa hingga ke tingkat RT / Dusun. Puskesmas mengambil peran dalam pelaksanaan pendataan PISPK dengan menggunakan profil kesehatan keluarga kemudian menganalisis, merumuskan masalah, membuat perencanaan kegiatan, melakukan penyuluhan, melakukan kunjungan rumah dan membuat sistem informasi (Kementerian Kesehatan, 2016).

PISPK yang memiliki 12 indikator keluarga sehat antara lain keluarga yang mengikuti program keluarga berencana, ibu yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap, bayi mendapatkan ASI Eksklusif, Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan perkembangan, Penderita tuberkulosis yang mendapatkan pengobatan sesuai standar, penderita hipertensi yang melakukan pengobatan secara teratur, penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pengobatan dan tidak diterlantarkan, anggota keluarga tidak ada yang merokok, keluarga sudah menjadi anggota JKN, keluarga memiliki akses sarana air bersih, keluarga memiliki akses atau menggunakan jamban sehat. Hasil pendataan 12 indikator keluarga sehat tersebut digunakan untuk mengetahui indeks keluarga sehat (IKS). Terdapat tiga kategori indeks keluarga sehat : sehat (0,833-1), prasehat (0,600-0,800) dan tidak sehat (<0,500).

IKS ini pula akan menggambarkan kondisi kesehatan warga mulai dari tingkat RT, kelurahan/ Desa, Kecamatan hingga kabupaten/ Kota (Kemenkes, 2016).

Hasil Pendataan Indeks keluarga sehat ini bisa menjadi gambaran status kesehatan di wilayah tersebut apakah masuk sebagai wilayah yang mayoritas sehat dan prasehat atau sebaliknya tidak sehat (Kemenkes, 2016) Kondisi ini menjadi referensi bagi pemerintah daerah baik di tingkat kabupaten maupun propinsi untuk memberikan intervensi yang tepat sebagai solusi dari masalah kesehatan tersebut. Tujuan dari pencapaian status kesehatan ini, menjadi tolak ukur pemerintah pusat melihat keberhasilan program kesehatan yang selama ini dijalankan. Puskesmas sebagai ujung tombak pelaksanaan PISPK dituntut untuk bisa menjalankan program PISPK ini secara tuntas dan mencakup di semua daerah di wilayah kerja Puskesmas.

PISPK sebagai program baru di Puskesmas, dalam pelaksanaannya terdapat permasalahan ditemukan seperti dalam penelitian kualitatif dengan pendekatan diskriptif analitik oleh Alam KB dan Ningrum EN (2019) mengungkapkan bahwa permasalahan sudah ditemukan sejak pendataan dan merupakan masalah yang sering ditemui, hal ini disebabkan petugas pendataan bekerja tidak sesuai prosedur sehingga hasil pendataan kurang optimal, disisi lain saat melakukan pendataan terdapat tumpang tindih dengan rutinitas di Puskesmas sehingga berdampak pada pencapaian pendataan yang belum memenuhi target yang telah ditentukan. Dalam penelitian ini juga menggambarkan bahwa di tengah permasalahan selama pendataan, tidak mempengaruhi semangat petugas pendataan untuk tetap berkomunikasi dengan baik dengan keluarga.

Pelaksanaan PISPK menjadi bagian tidak terpisahkan dengan kunjungan rumah. Petugas melakukan pendataan dengan berkunjung ke rumah-rumah warga. Pelaksanaan kunjungan rumah merupakan kegiatan luar gedung Puskesmas, dan tidak terpisahkan dari perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas). Sasaran kegiatan Perkesmas ditujukan kepada seluruh komponen yang ada di masyarakat termasuk individu, kelompok berisiko tinggi seperti masyarakat yang berada di daerah kumuh, terisolasi, terdapat konflik serta daerah yang sulit mengakses pelayanan kesehatan. Pelaksanaan Perkesmas di rumah, dapat diberikan dalam bentuk *homecare* pada anggota keluarga yang menderita penyakit akut maupun kronis sehingga keluarga dapat meningkatkan fungsinya dalam merawat anggota keluarga yang mempunyai risiko tinggi masalah kesehatan. Dampak indikator Perkesmas adalah tercapainya kemandirian keluarga dalam memenuhi kesehatannya. Terdapat 7 Kriteria dalam menentukan tingkat kemandirian

keluarga yaitu menerima petugas perawatan masyarakat, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah secara benar, memanfaatkan fasilitas pelayanan sesuai anjuran, melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan, melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif dan melaksanakan tindakan promotif secara aktif (Juniarti dkk, 2018).

Kegiatan perkesmas melalui kunjungan rumah tidak berakhir saat pendataan namun tetap berlanjut ketika melaksanakan intervensi kepada warga yang memiliki masalah kesehatan. Kajian tentang kunjungan rumah ini sudah banyak dilakukan seperti penelitian Utami, Sahar, dan Widyatuti (2013) menunjukkan korelasi kunjungan rumah yang baik dengan pegendalian faktor risiko seperti pembatasan perilaku merokok, manajemen stress, mengendalikan tekanan darah, pengaturan olahraga, penurunan tingkat stress dan hasil pengukuran sistole tekanan darah. Penelitian lain dari Alfiani, Tejaningsih dan Nurjannah (2016) menunjukkan bahwa adanya kunjungan rumah dengan perilaku dalam pencegahan penyakit TB paru. Penelitian Nakanishi, Niimura dan Nishida (2016) menunjukkan bahwa sebagian besar lansia yang mengalami kanker menggunakan jasa kunjungan rumah lebih banyak untuk mendapatkan perawatan di akhir kehidupan mereka.

Saat melakukan kunjungan rumah, perawat melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keluarga. Pelaksanaan dokumentasi tersebut masih memiliki kendala dan belum berjalan baik. Penelitian Novishinta (2018) menguraikan masalah yang dialami perawat puskesmas dalam menjalankan dokumentasi keperawatan secara manual atau berbasis kertas seperti dokumentasi individu yang tidak dilaksanakan dengan baik dan benar, sumberdaya terbatas dan perawat tidak terbiasa menulis, tidak jelasnya prosedur pendokumentasian di Puskesmas, monitoring terhadap dokumentasi askep yang kurang optimal dan ketidaktahuan pendokumentasian askep di Puskesmas. Selaian masalah dokumentasi peran perawat Puskesmas dalam menjalankan kegiatan Perkesmas juga belum maksimal sebagaimana penelitian kualitatif deskriptif dari Utami, Yandra dan Widyastuti (2019) yang mengungkapkan bahwa peran perawat perkesmas belum berjalan optimal dalam pemberian asuhan keperawatan, pemberi edukasi kesehatan serta belum sepenuhnya menjadi panutan dalam pelayanan kesehatan di masyarakat.

Kegiatan kunjungan rumah menunjang kesuksesan pelaksanaan PISPK namun harus dilaksanakan secara konsisten dan berkelanjutan. Saat melakukan kunjungan rumah perawat

sudah harus memiliki bekal melaksanakan asuhan keperawatan dan perawat sudah harus mempunyai perencanaan untuk memberikan intervensi kepada warga yang memiliki masalah kesehatan. Hal ini dilakukan untuk menunjang pelaksanaan dan pendokumentasian asuhan keperawatan keluarga yang bisa digunakan untuk memantau progress kesehatan warga serta menjadikan keluarga menjadi mandiri menjaga dan memelihara kesehatannya dan keluarga mampu melaksanakan intervensi yang diajarkan perawat. Sebagaimana yang tercantum dalam Pedoman Perkesmas (2006) Pemberian asuhan keperawatan keluarga diharapkan akan terjadinya proses alih peran perawat kepada keluarga yang diawali dengan peran perawat yang dominan kepada keluarga dalam melakukan perawatan kesehatan di rumah, selanjutnya peran perawat dan keluarga sama besarnya dan terakhir yang diharapkan keluarga yang lebih dominan berperan dan menunjukkan tingkat kemandirian keluarga lebih baik dalam melakukan perawatan di rumah.

Kegiatan kemitraan institusi pendidikan dan pelayanan kesehatan / keperawatan dikenal dengan *community academic partnership*. Menurut Carney *et al* (2011) *community academic partnership* merupakan kemitraan institusi pendidikan dengan masyarakat untuk menangani masalah kesehatan masyarakat yang dibutuhkan, mengembangkan kebijakan kesehatan dengan pendekatan praktis. Manfaat dari kemitraan ini adalah mengidentifikasi kebutuhan edukasi kesehatan masyarakat, mengadvokasi sumberdaya kesehatan masyarakat, membantu pemecahan masalah di komunitas, mengembangkan, mengimplementasikan dan mengevaluasi program kesehatan masyarakat, mengkaji dan merencanakan kebutuhan komunitas serta mendokumentasikan cakupan isu dalam pelayanan kesehatan masyarakat sebagai katalis untuk tindakan kesehatan masyarakat.

Kemitraan yang antara Akademi Keperawatan Kaltara (saat ini menjadi Politeknik Kaltara) dengan Puskesmas Mamburungan terjalin dalam bentuk kegiatan bersama dengan asas saling memberi manfaat antara kedua institusi. Beberapa kegiatan bersama seperti pendataan PIS PK. Sebagai tindak lanjut PISPK di salah satu kelurahan yang di fokuskan di satu RT sebagai daerah binaan Puskesmas. Institusi pendidikan dalam hal ini diwakili oleh Penulis sebagai dosen keperawatan komunitas dan keluarga menjadi narasumber materi Perkesmas, dan memberi pembekalan penyusunan asuhan keperawatan keluarga serta menyampaikan materi pendokumentasi keperawatan asuhan keperawatan keluarga sebagai persiapan pelaksanaan

kegiatan di daerah binaan sebagai tindak lanjut dari hasil pendataan dan analisis masalah kesehatan keluarga yang muncul berdasarkan indeks keluarga sehat (IKS).

Kegiatan kemitraan juga dalam bentuk pendampingan penulis dalam pelaksanaan penerapan Perkesmas di daerah binaan sebagai tindak lanjut pelaksanaan pendataan dan analisa PISPK. Pendampingan ini mulai dari persiapan, pelaksanaan kegiatan dan evaluasi hasil kegiatan. Selama kegiatan ini komunikasi dan diskusi antara kedua belah pihak tetap terjalin. Selama ini kegiatan Perkesmas ini belum sepenuhnya berjalan dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan juga masih terhambat belum ada pedoman yang baku dan kesamaan persepsi antara perawat di puskesmas

Tujuan pelaksanaan kegiatan kemitraan ini adalah untuk mengetahui efek dari kunjungan rumah yang dilakukan oleh perawat puskesmas terhadap indeks keluarga sehat (IKS) dan tingkat kemandirian keluarga di daerah binaan. Manfaat yang diperoleh dari kegiatan ini adalah untuk puskesmas, kegiatan ini dapat digunakan sebagai upaya menindaklanjuti hasil pendataan dan analisa PISPK, sementara bagi institusi pendidikan mendapatkan pengalaman secara nyata penerapan kunjungan di rumah di daerah binaan.

Metode

Pelaksanaan kegiatan ini dibagi menjadi tiga tahap, tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap evaluasi.

A. Tahap persiapan

- 1). Perawat Puskesmas memvalidasi hasil pendataan PISPK pada tahun 2018 di salah satu wilayah kerja puskesmas kemudian menganalisa indeks kesehatan keluarga (IKS) di setiap RT, yang dijadikan wilayah binaan adalah RT yang memiliki IKS paling rendah dan ditemukan IKS di salah satu RT adalah 36,8% serta masalah kesehatan yang umumnya ditemukan adalah tingginya angka hipertensi.
- 2). Menyamakan persepsi dan membentuk komitmen bersama antara perawat, petugas kesehatan yang ada dengan pimpinan Puskesmas mengenai pentingnya dibentuk daerah binaan
- 3). Penyegaran kembali pemahaman tentang peranan Perkesmas dan keterkaitannya dengan PISPK. Penulis pertama sebagai narasumber dengan keahlian dalam bidang keperawatan

komunitas dan keluarga serta beberapa kali mengikuti seminar dan workshop tentang Perkesmas dan PISPK

- 4) Penyusunan format asuhan keperawatan keluarga oleh koordinator Perkesmas dengan menggunakan format baku dari pedoman perkesmas tahun 2006 dan dimodifikasi sehingga pengisiannya melalui centang. Selama penyusunan, tim mengkonsultasikan dan mendiskusikan dengan penulis pertama.
- 5). Penyamaan persepsi perawat Puskesmas tentang pengisian format asuhan keperawatan keluarga yang telah dibuat. Format askep ini terdiri dari identitas, pengkajian PHBS dalam keluarga, kesehatan lingkungan, kemandirian keluarga berdasarkan tujuh indikator yang dipantau setiap kali kunjungan, penentuan fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga yang terdiri mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, memanfaatkan fasilitas/ sumberdaya kesehatan, pemeriksaan fisik anggota keluarga yang sakit, masalah keperawatan keluarga, rencana intervensi, implementasi dan evaluasi
- 6) Melakukan koordinasi lintas sektoral untuk daerah binaan, seperti lurah, ketua RT, dasa wisma, kader posyandu dan tokoh masyarakat tentang rencana pembentukan daerah binaan.
- 7). Pembentukan 5 tim kerja, 1 tim terdiri 2 perawat, juga perwakilan dari pemegang tenaga kesehatan masyarakat seperti gizi, surveilans dan promotor kesehatan. Tim kerja ini telah diberikan nama dan alamat sasaran keluarga binaan berdasarkan hasil masalah pendataan PISPK dan yang diprioritaskan adalah kepala keluarga atau anggota keluarga yang menderita hipertensi. Setiap tim kerja melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan format yang telah dibuat
- 8). Memberikan nama daerah binaan dengan nama "kampung manis" atau kampung mandiri dan sehat

B. Tahap pelaksanaan

- 1). Kegiatan yang pertama dilakukan adalah penggalangan komitmen bersama dengan *stakeholder* untuk pembentukan daerah binaan dan sosialisasi kegiatan yang akan dilakukan di daerah binaan
- 2). Perawat melakukan kunjungan rumah sekaligus pemberian dan pendokumentasian askep keluarga. sesuai dengan format yang telah ditentukan. Masalah yang difokuskan dalam kunjungan rumah adalah hipertensi dan indikator keluarga sehat yang bermasalah.

Berdasarkan hasil PISPK, jumlah kepala keluarga (KK) memiliki masalah IKS adalah 34 namun yang bisa mengikuti hingga terakhir adalah 23 KK. Beberapa masalah seperti kepala keluarga yang berpindah alamat, alamat rumah tidak ditemukan, bekerja di luar kota dan kendala waktu pertemuan dengan petugas kesehatan sehingga keluarga yang dibina hingga kegiatan berakhir sebanyak 23 kepala keluarga (KK) dan KK tersebut selanjutnya menjadi responden dalam kegiatan ini.

- 3). Kunjungan dilakukan 2-4 kali sesuai dengan perkembangan kemajuan tingkat kemandirian keluarga dan pemberian edukasi pada keluarga
- 4). Kegiatan lintas program juga dilakukan di daerah binaan, seperti pemeriksaan jentik nyamuk, pemantauan status gizi, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan dan skrining penyakit tidak menular, pemeriksaan kesehatan, pemantauan dan mengontrolan PHBS dalam keluarga

C. Tahap evaluasi

- 1). Melakukan kembali pendataan ulang berdasarkan 12 indikator keluarga sehat
- 2). Menganalisa indeks keluarga sehat serta membandingkan dengan sebelum dibentuk daerah binaan
- 3). Pemaparan kegiatan daerah binaan kepada yang terlibat dalam lintas sektor kegiatan ini.
- 4). Mengelolah dan menganalisa data menggunakan SPSS vers 21 untuk melihat perbedaan sebelum dilakukan kunjungan rumah khusus untuk variabel kemandirian keluarga serta indeks keluarga sehat. Untuk analisa statistik digunakan uji beda nonparametrik pada dua kelompok berpasangan karena data yang tersajikan dalam bentuk ordinal.

Hasil

Kegiatan kemitraan di daerah binaan ini berlangsung sejak 24 Februari sampai dengan 24 Juli 2019. Kegiatan yang dilakukan selain berkaitan dengan kunjungan rumah juga dilakukan kegiatan lintas program seperti perayaan hari TBC sedunia, pelaksanaan senam bersama dan skrining kesehatan penyakit tidak menular serta pemberian penyuluhan yang berkaitan masalah kesehatan seperti hipertensi, diabetes mellitus, demam berdarah dengue serta leptospirosis yang melibatkan seluruh warga di daerah binaan baik yang menjadi sasaran kunjungan rumah maupun tidak.

Kegiatan kunjungan rumah rata-rata dilakukan di luar jam pelayanan Puskesmas atau dilakukan menjelang sore. Keluarga yang dikunjungi merupakan keluarga yang memiliki hipertensi dalam keluarga. Ada beberapa KK yang berdasarkan data PISPK tahun 2018 memiliki masalah hipertensi namun saat kunjungan tekanan darahnya masih dalam batas normal setelah dua kali dilakukan pemeriksaan namun dalam keluarga memiliki masalah lain seperti hiperkolesterol atau diabetes militus sehingga kunjungan rumah tetap dilakukan.

Adapun karakteristik responden yang dilakukan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan, dipaparkan dalam tabel 1 seperti di bawah ini :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden (n= 23)

Variabel	Frekuensi	Persentase
Umur (tahun)		
30-39	4	17,4
40-49	4	17,4
50-59	8	34,8
60-69	7	30,4
Status Perkawinan		
Menikah	18	78,3
Cerai hidup / mati	5	21,7
Pendidikan		
SD	9	39,1
SMP	4	17,4
SMA	7	30,4
Perguruan tinggi	3	13,0
Keluarga yang sakit		
Kepala Keluarga (KK)	14	60,9
Istri	8	34,8
Anak	1	4,3
Masalah Fungsi pemeliharaan kesehatan		
Tidak mengenal masalah kesehatan	9	39,1
Tidak mengambil keputusan	6	26,1
Tidak mampu merawat	4	17,4
Tidak memodifikasi lingkungan	3	13,0
Tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan	1	4,3
Diagnosa Medis		
Hipertensi	20	87,0
Diabetes mellitus	1	4,3

Haris: Pengaruh Kunjungan Rumah terhadap Indeks Keluarga Sehat (IKS)

Hipertensi + diabetes mellitus	1	4,3
Hiperkolesterol	1	4,3
Frekuensi kunjungan Rumah		
2 kali	9	39,1
3 kali	11	47,8
4 Kali	3	13,1

Sumber : data primer

Berdasarkan tabel 1 di atas, jumlah keseluruhan responden adalah 23 orang, pada kegiatan ini sebagian responden berusia 50-59 tahun (34%) dengan status perkawinan didominasi status menikah (78,3%), Pendidikan responden sebagian SD (39,1%), Keluarga yang sakit didominasi kepala keluarga (60,9%), sebagian responden memiliki masalah dengan ketidakmampuan mengenal masalan kesehatan (39,1%), Sebagian besar responden menderita hipertensi (87%), respoden yang dikunjungi perawat hampir setengahnya 3 kali kunjungan (47,8%).

Tabel 2.Perbedaan Indeks keluarga Sehat Sebelum dan Sesudah dilakukan Kunjungan Rumah

Indeks Keluarga Sehat (IKS)	Sebelum Kunjungan Rumah Frek	Kunjungan Persen	Sesudah Kunjungan Rumah Frek	Kunjungan Persen	<i>p-value</i>
Sehat	5	21,7%	15	65,2%	0.008**
Prasehat	18	78,3%	8	34,8%	
Total	23	100%	23	100%	

Sumber : Data

Primer

** Uji *Wilcoxon*

Berdasarkan tabel 2 di atas, indeks keluarga sehat (IKS) sebelum dilakukan kunjungan rumah, didominasi prasehat (78%) setelah dilakukan kunjungan rumah, IKS responden didominasi sehat (65%) dan berdasarkan uji *Wilcoxon* didapatkan *p-value* 0.008 yang berarti bahwa terdapat perbedaan IKS responden sebelum dan sesudah dilakukan kunjungan rumah.

Tabel 3. Perbedaan Tingkat Kemandirian Keluarga Sebelum Sesudah dilakukan Kunjungan Rumah

Tingkat Kemandirian keluarga	Sebelum Kunjungan Rumah		Sesudah Kunjungan Rumah		<i>p-value</i>
	Frek	Persen	Frek	Persen	
Tingkat I	8	34,8%	0	0%	0.000*
Tingkat II	12	52,2%	4	17,4%	
Tingkat III	3	13,0%	2	8,7%	
Tingkat IV	0	0%	17	73,9%	
	23	100%	23	100%	

Sumber : Data Primer

*Uji *Wilcoxon*

Berdasarkan tabel 3 di atas, tingkat kemandirian keluarga sebelum dilakukan kunjungan rumah, lebih dari setengah berada di tingkat II (52,2%), setelah dilakukan kunjungan rumah, kemandirian keluarga didominasi tingkat IV (73,9%) dan berdasarkan hasil uji beda *Wilcoxon* menunjukkan *p-value* 0.000 yang berarti bahwa terdapat perbedaan tingkat kemandirian keluarga sebelum dan sesudah dilakukan kunjungan rumah.

Kegiatan di dalam daerah binaan juga melibatkan kegiatan lintas program terutama program yang berkaitan dengan 12 indikator keluarga sehat, seperti program TB, kesehatan lingkungan, MTBS, tumbuh kembang anak, gizi, PHBS, promosi kesehatan, kegiatan ini ditujukan langsung kepada warga 1 RT yang di luar keluarga yang mendapatkan kunjungan rumah secara rutin, kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan IKS RT tersebut. Di akhir kegiatan daerah binaan dilakukan pendataan kembali untuk menentukan IKS. Adapun perubahan skor setiap indikator seperti diuraikan pada tabel 4 berikut ini :

Tabel 4. Gambaran Indeks Keluarga sehat sebelum dan sesudah dilakukan kunjungan di RT 05

No	Indikator Keluarga Sehat	Sebelum (%)	Sesudah (%)
1	Keluarga mengikuti program keluarga berencana (KB)	41,8	78,8
2	Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan	60,0	91,7
3	Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap	85,7	83,3
4	Bayi mendapatkan air susu ibu (ASI) eksklusif	62,5	81,8
5	Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan	61,1	88,0
6	Penderita tuberculosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar	33,3	66,7
7	Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara	33,3	66,7

Haris: Pengaruh Kunjungan Rumah terhadap Indeks Keluarga Sehat (IKS)

8	teratur Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan sesuai standar	0	0
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	56,3	52,8
10	Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	86,1	88
11	Keluarga mempunyai akses sarana air bersih	97,2	98,1
12	Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat	97,2	99,3
<hr/> Total IKS RT		36,8	45,4

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 4 di atas, ada perubahan skor pada beberapa indikator keluarga sehat di atas, seperti keluarga mengikuti program KB, ibu melahirkan persalinan di fasilitas kesehatan, Bayi mendapatkan ASI eksklusif, Balita mendapatkan pemantauan tumbuh kembang, Penderita TB paru mendapatkan pengobatan sesuai standar, penderita hipertensi melakukan pengobatan teratur. Ada pula beberapa indikator yang mengalami penurunan seperti jumlah anggota keluarga yang merokok (3 point) dan bayi mendapatkan imunisasi yang lengkap.

Pembahasan

Berdasarkan tabel 2 ditemukan hasil adanya perbedaan signifikan indeks keluarga sehat sebelum dilakukan kunjungan rumah dan sesudah dilakukan kunjungan rumah. Sebelum kunjungan rumah, status kesehatan responden sebagian besar masih keluarga prasehat (78,3%) dan setelah dilakukan kunjungan rumah, status kesehatan responden sebagian besar menjadi keluarga sehat (65,2%) dan hasil analisis menunjukkan bahwa kunjungan rumah dapat meningkatkan indeks keluarga sehat (IKS). Selama kunjungan rumah dilakukan edukasi yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan dari keluarga. Peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan tercatat dalam asuhan keperawatan keluarga melalui catatan perkembangan. Hasil ini selaras dengan penelitian Prayogo (2019) menunjukkan bahwa terdapat korelasi antara pengetahuan yang baik dari keluarga tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan IKS yang berarti bahwa semakin baik pengetahuan keluarga maka IKS keluarga tersebut akan semakin baik. Keterkaitan PHBS dan IKS dapat dilihat dari 60% kedua indikator tersebut sama seperti menggunakan jamban sehat, menggunakan air bersih, bayi mendapatkan ASI eksklusif, balita dipantu tumbuh kembangnya dan tidak merokok.

Selain PHBS, pencapaian IKS juga dapat disinkronkan dengan indeks pembangunan kesehatan masyarakat (IPKM). Puslitbangkes tahun 2013 telah menetapkan 30 indikator untuk mengukur status kesehatan di suatu wilayah. Berdasarkan hasil analisa kementerian kesehatan (2018) bahwa indeks keluarga sehat (IKS) berkorelasi dengan indeks pembangunan kesehatan masyarakat, IKS yang baik akan memberikan IPKM. Penelitian Cjandrarini, Mubasyiroh dan Dharmayanti (2018) menunjukkan adanya sinkronisasi IKS dengan IPKM. Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat indikator yang saling memberikan kontribusi positif terhadap IKS dan IPKM seperti akses air bersih, akses sanitasi (jamban sehat), kepemilikan jaminan kesehatan, program keluarga berencana dan persalinan oleh nakes di fasilitas kesehatan. Berdasarkan penjelasan tersebut, kegiatan PISPK untuk menentukan status kesehatan suatu wilayah tidak terlepas dari program yang lain seperti IPKM dan PHBS

Selama kunjungan rumah, perawat memberikan asuhan keperawatan sekaligus memberikan edukasi pada keluarga mengenai penyakit yang alami anggota keluarga. Melalui edukasi atau pendidikan kesehatan yang diberikan memberikan peningkatan pengetahuan pada keluarga. Hal ini senada dengan penelitian Haris, Aris dan Mulyadi (2019) bahwa pemberian pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan. Demikian juga pengetahuan yang dimiliki keluarga akan mempengaruhi sikap dan tindakan keluarga terhadap kesehatan. Menurut Suharyat (2009), kekuatan yang menjadi pendorong seseorang untuk bersikap dan berperilaku sesuai yang diharapkan adalah melalui pemberian informasi yang terus menerus sebagai respon yang muncul dari proses pembelajaran dan rangsangan dari lingkungan. Berdasarkan kegiatan ini, didapatkan bahwa kegiatan kunjungan rumah dapat meningkatkan pengetahuan keluarga sehingga dengan pengetahuan tersebut keluarga bersikap dan berperilaku seperti yang diharapkan sesuai dengan tujuan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga termasuk perubahan indikator keluarga yang sebelumnya masih bermasalah menjadi tidak bermasalah sehingga mempengaruhi skor dalam penilaian indikator dalam penilaian keluarga sehat.

Berdasarkan Tabel 2, didapatkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kemandirian keluarga sebelum dilakukan kunjungan rumah dan setelah kunjungan rumah. Ketika di awal kunjungan rumah, rata-rata responden memiliki kemandirian keluarga tingkat II (52,2%), setelah dilakukan kunjungan rumah sebagian besar responden memiliki kemandirian keluarga tingkat IV (73,9%), melalui kegiatan ini menunjukkan bahwa kunjungan rumah memberikan pengaruh terhadap tingkat kemandirian keluarga. Kegiatan saat perawat kunjungan rumah adalah

melaksanakan asuhan keperawatan keluarga dengan melibatkan aktif keluarga. Hasil penelitian ini selaras dengan hasil penelitian dari Agrina dan Zulfitri (2012) pemberian asuhan keperawatan keluarga memberikan pengaruh yang positif terhadap kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga. Ini juga senada dengan penelitian Sjattar, Nurrahmah, Bahar dan Wahyuni (2011) menunjukkan bahwa perlibatan keluarga dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat klien yang menderita penyakit.

Penelitian Rosidin, Shalahuddin dan Sumarna (2018) menunjukkan adanya korelasi antara pengetahuan dengan tingkat kemandirian keluarga, akses pelayanan kesehatan dengan kemandirian keluarga serta perilaku petugas kesehatan yang memberikan kunjungan rumah dengan kemandirian keluarga. Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga maka tingkat kemandirian keluarga semakin baik (level III), akses pelayanan kesehatan yang dekat cenderung menunjukkan tingkat kemandirian keluarga yang baik demikian juga dengan perilaku petugas kesehatan yang melakukan kunjungan rumah juga menunjukkan adanya korelasi tingkat kemandirian keluarga.

Kunjungan rumah juga berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan secara langsung atau melalui *homecare*. Kegiatan ini juga memberikan pelayanan keperawatan kepada keluarga berdasarkan masalah kesehatan yang dihadapi keluarga sehingga memberikan efek terhadap kemandirian keluarga. Hal senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Meilianingsih dan Setiawan (2016) menunjukkan bahwa *homecare* dapat memberikan efek terhadap kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang Diabetes Melitus Tipe 2 sementara pada penelitian Parellangi (2012) menunjukkan bahwa pelayanan *homecare* dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami paska stroke. Selaras dengan penelitian Ersida, Hermansyah dan Mutiawati (20016) menunjukkan bahwa kunjungan rumah yang aktif dapat meningkatkan kemampuan dan kemandirian keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Kegiatan kunjungan rumah yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Perkesmas tidak dapat terlaksana dengan baik jika Perkemasmas tidak berjalan. Studi Suharjiman (2018) menunjukkan bahwa tidak berjalannya Perkesmas di sebabkan oleh beberapa faktor seperti kurangnya sumber daya tenaga Perkesmas, kurangnya dana operasional, tidak ada peralatan, ketersediaan transportasi, geografis wilayah kerja, SOP, ruangan khusus untuk Perkesmas, kurangnya bimbingan dan faktor sosial ekonomi serta budaya masyarakat. Pada kegiatan ini,

seperti yang diuraikan dalam tahapan kegiatan dalam metode, hampir semua kendala tersebut sudah diantisipasi melalui perencanaan kegiatan di daerah binaan. Diawali dengan persiapan, dukungan dana dari BOP serta pendampingin petugas Perkesmas yang turun di lapangan, inilah yang menjadikan kegiatan ini memberikan pengaruh IKS dan tingkat kemandirian keluarga.

Di sisi lain, Studi Rachma dkk (2019) yang juga menguraikan masalah dalam pererapan Perkesmas melalui kunjungan rumah sebagai dalam rangka PISPK menunjukkan bahwa kegiatan kunjungan rumah masih 65,5% pernah dilakukan, 40% melakukan pemeriksaan kesehatan, 32,7% melakukan pemeriksaan kesehatan, 10,9% melakukan edukasi, 15,5% melakukan pemberantasan saran nyamuk, 1,5% melakukan kunjungan KIA/KB serta sebagian besar tidak melakukan kunjungan rumah kembali sejak kunjungan pertama. Berbeda dengan rangkaian kegiatan kemitraan ini, berdasarkan laporan dalam kegiatan kemitraan ini, kegiatan kunjungan rumah dilakukan oleh petugas perkesmas sebanyak 2-3 kali. Kunjungan rumah mengimplementasikan perencanaan keperawatan yang telah disusun oleh penanggungjawab Program Perkesmas berdasarkan masalah kesehatan warga atau keluarga yang ditemukan berdasarkan hasil pendataan PISPK. Hasil yang didapatkan sesuai dengan harapan dalam kegiatan kemitraan ini yaitu adanya perubahan IKS dan tingkat kemandirian keluarga.

Kegiatan kemitraan melalui pendampingan pelaksanaan daerah binaan ini merupakan langkah awal Puskesmas untuk menjalankan inovasi dalam program Perkesmas. Kegiatan di daerah binaan selaras dengan kegiatan Perkesmas yang diintegrasikan dengan PISPK. Kegiatan di daerah binaan ini tidak hanya Perkesmas namun juga kegiatan lintas program di Puskesmas sehingga menjadi kegiatan yang terintegrasi antara program. Walaupun kegiatan lintas program ini belum sepenuhnya bisa terlaksana misalnya ada program yang belum terlibat seperti KIA/KB. Hambatan dalam kegiatan ini adalah beberapa alamat dari warga yang tidak ditemukan serta ada warga yang berpindah tempat tinggal ke daerah lain. Kegiatan ini diharapkan menjadi langkah awal untuk pelaksanaan kegiatan program yang terintegrasi untuk pembentukan daerah binaan di wilayah kerja puskesmas dan kegiatan kunjungan rumah dapat dipertahankan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas.

Simpulan

Kegiatan kemitraan melalui pendampingan kegiatan Puskesmas di daerah binaan melalui kegiatan kunjungan rumah dalam Perkesmas serta kegiatan lintas program sebagai tindak lanjut

Haris: Pengaruh Kunjungan Rumah terhadap Indeks Keluarga Sehat (IKS)

dalam hasil pendataan dan analisa Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) memberikan pengaruh pada Indeks Keluarga Sehat (IKS) dan tingkat kemandirian keluarga. Kedepannya kegiatan kunjungan rumah sebagai bagian dari intervensi keperawatan di Puskesmas harus direncanakan dan dilaksanakan secara terstruktur dan sistematis serta rujukan Puskesmas untuk mengintegrasikan kegiatan Puskesmas dengan kegiatan PISPK.

Ucapan Terimakasih

Terimakasih untuk semua yang mendukung kegiatan ini, Dinas Kesehatan Kota Tarakan, pimpinan dan pegawai Puskesmas Mamburungan Kota Tarakan, Aparat pemerintahan Kelurahan Kampung 6, Ketua RT 05 Kelurahan Kampung 6 Kota Tarakan, Kader kesehatan, Seluruh Warga di RT 05 Kampung 6 Kota Tarakan.

Daftar Pustaka

- Agrina, A dan Zulfitri, R.(2012). Efektifitas Asuhan Keperawatan Keluarga terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Mengatasi Masalah Kesehatan di Keluarga. *Sorot*, 7(2), 81-89.
- Alam, K.B. dan Ningrum,EN. (2019). Analisis Pekerja Tenaga Pendataan Kunjungan Rumah Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Kota Semarang. Universitas Diponegoro Semarang. <http://eprints.undip.ac.id/75753/>.
- Alfiani,F., Tejaningsih, O dan Nurjannah. (2016). Hubungan Pelaksanaan Kunjungan Rumah Petugas Kesehatan dengan Perilaku Pencegahan Klien TB Paru di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Ciledug Tahun 2016.*Jurnal Ilmu Kesehatan*. e-journal.umc.ac.id
- Carney, J. K., Maltby, H. J., MacKin, K. A., & Maksym, M. E. (2011). Community-academic partnerships: How can communities benefit? *American Journal of Preventive Medicine*, 41(4 SUPPL. 3), S206–S213.
- Dahlan, S. (2011). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Jakarta.
- Departemen Kesehatan (2006). *Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan: Jakarta
- Ersida., Hermansyah., dan Mutiawati, E. (2016). Home Visit Perawat dan Kemandirian Keluarga dalam Perawatan Halusinasi pada Pasien Skhizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. 4(1).

- Haris, H., Aris, M., & Mulyadi, M. (2019). Peningkatan Pengetahuan Lanjut Usia melalui Pendidikan Kesehatan dengan Menggunakan Media Power Point. *Media Karya Kesehatan*, 2(2).
- Juniarti, N., Yamin, A., Lukman, M., Sari, P.S., Sari, W.M., Yani, D.I., Haroen, H. (2018). *Nursing Center, Sentra Keperawatan, Modul untuk Aplikasi Keperawatan Komunikasi dan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Unpad Press.
- Kementerian Kesehatan (2016). *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta: Sekretaris Jendral Kemenkes.
- Meilianingsih, L dan Setiawan, R. (2016). Pelayanan Homecare terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal PPNI*, 1(1), 9-12.
- Novishinta, I. (2018). Pemanfaatan Asuhan Keperawatan terintegrasi melalui aplikasi *Smartphone* Di Wilayah kerja Puskesmas Tanjungsari Kabupaten Sumedang.
- Nakanishi, M., Niimura, J., & Nishida, A. (2017). Factors associated with end-of-life by home-visit nursing-care providers in Japan. *Geriatrics and Gerontology International*, 17(6), 991–998.
- Parellangi (2012). Pengaruh pelayanan home care terhadap tingkat kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan pasca stroke di kota Samarinda Provinsi Kalimantan Timur. <http://pustaka.unpad.ac.id/archives/118005> diakses 19/7/2020.
- Prayogo, I. (2019). Hubungan Antara Pengetahuan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan Indeks Keluarga Sehat (IKS) (Penelitian Anaktik Observasional di desa Gaji, Kecamatan Guntur Kabupaten Demak. Unissula Institutional Repository. <http://repository.unissula.ac.id/16390/>.
- Rachma, N., Widiyastuti, R., Andrian, M., Nurrahima, A., Hartati, E., Dewi, N., Mui'in. (2019). Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat Dalam Rangka Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. *Jurnal Perawat Indonesia. PPNI Jawa Tengah*, 3(3), 209–220.
- Rohimah, S., & Sastraprawira, T. (2019). Pencapaian Indikator Keluarga Sehat Desa Saguling Kecamatan Baregbef Kabupaten Ciamis. *Jurnal Keperawatan Galuh*, 1(1), 57–72.
- Rosidin, U., Shalahuddin., dan Sumarna, U. (2018). Hubungan dengan Kemandirian Keluarga dengan Perawatan Hipertensi pada Keluarga Binaan Puskesmas Sukaresmi Garut. *Jurnal Keperawatan BSI*. 6(1)
- Sjattar, E.L, Nurrahmah, E, Bahar, B dan Wahyuni, S. (2011). Pengaruh Penerapan Model Keluarga untuk Keluarga terhadap Kemandirian Keluarga Merawat Penderita TB Paru

Haris: Pengaruh Kunjungan Rumah terhadap Indeks Keluarga Sehat (IKS)

Peserta DOTS di Makassar (Integrasi Konsep Keperawatan *Self Care* dan *Family Centered Nursing*). *JST Kesehatan*, 1(1), 1-9

Suharjiman. (2018). Faktor-Faktor Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) Di Kabupaten Karawang. *Prosiding Pertemuan Ilmiah Nasional Penelitian & Pengabdian Masyarakat (PINLITAMAS 1)* STIKES Jenderal Achmad Yani Cimahi PINLITAMAS , 1(1), 100–110.

Suharyat, Y.(2009). Hubungan Sikap, Perilaku dan Minat Manusia. *Region*. 1(3).

Tjandrarini, D.H, Mubasyiroh, R dan Dharmayanti, I (2018). Pencapaian Indeks Indonesia sehat melalui Pendekatan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat dan Indeks Keluarga Sehat. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 21(2), 90-96.

Utami,F.Y., Yandra, B dan Widyastuti (2019). Analisa Peran Perawatan Kesehatan Masyarakat terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Binaan dalam Merawat Penderita Hipertensi. *Jurnal Citra Delima*, 3(1).

Utami,P.A.S, Sahar, J dan Widyatuti (2013). Pengendalian Faktor Risiko Hipertensi pada Agregat Lansia pada Kunjungan Rumah. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 16(1).