

Optimalisasi program perawatan kesehatan masyarakat dengan kunjungan rumah serta peningkatan pengetahuan perawat dalam penulisan askep keluarga

Optimizing public health care programs with home visits and increasing nurses' knowledge in writing family nursing care

Milya Novera^{1*}, Meta Rikandi², Mandria Yundelfa³, Rika Syafitri⁴

^{1,4}STIKes YPAK Padang

^{2,3}Politeknik 'Aisyiyah Sumatera Barat

*Corresponding author: milya_novera87@yahoo.co.id

ABSTRAK

Upaya keperawatan kesehatan masyarakat adalah pelayanan profesional yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan di puskesmas yang dilaksanakan oleh perawat. Perawat puskesmas mempunyai tugas pokok memberikan pelayanan keperawatan dalam bentuk asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk mencapai kemandirian masyarakat. 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. 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. Oleh karena itu, perawat diharapkan dapat berperan serta dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga sejahtera melalui optimalisasi peran perawat dalam pelayanan keluarga di layanan kesehatan primer. Tujuan yang diinginkan adalah untuk optimalisasi kunjungan rumah terhadap tingkat kemandirian keluarga dan optimalisasi kompetensi perawat dalam penulisan dan pendokumentasian askep keluarga terintegrasi NANDA, NOC dan NIC.

Kata Kunci: askep keluarga; indeks keluarga sehat; kemandirian keluarga; perkesmas

ABSTRACT

The Healthy Indonesia Family Approach Program (Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PISPK)) is necessary to have continuous intervention and become an integrated program at the public health center. The purpose of this research was to analyzed the desired objectives are to optimize home visits to increase the level of family independence and to optimize the competence of nurses in writing and documentation of family nursing care plan integrated with Nanda, Noc and Nic. 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 18 heads of households who are respondents. This activity showed that home visits through providing family nursing care and education in the family gave change the family independence level. In the future, it is expected that home visits will become priority of public health center activities to improve community health status, in addition, the guidelines and modules are able to increase the knowledge, attitudes, skills, and activities of nurses in the implementation of community health services which increase the use of health facilities by families and as a complement to the community health services module in order to improve the performance of nurse at the public health center.

Keywords: *community health nursing; family independence level; family nursing care plan; healthy family index*

PENDAHULUAN

Upaya pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat dapat

dilakukan melalui upaya pengembangan. Salah satu upaya kesehatan pengembangan yang dilakukan oleh puskesmas yaitu

Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas). Pelaksanaan perkesmas dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi hal-hal tentang kesehatan yang dihadapi agar tercapai suatu derajat yang optimal (Depkes RI, 2006a). Upaya keperawatan kesehatan masyarakat adalah pelayanan profesional yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan di puskesmas yang dilaksanakan oleh perawat. Perawat puskesmas mempunyai tugas pokok memberikan pelayanan keperawatan dalam bentuk asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Untuk mencapai kemandirian masyarakat baik di sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas (Kepmenpan No. 94 tahun 2001). Sasaran perkesmas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga dan kelompok yang berisiko tinggi (Depkes RI., 2006b). Kelompok yang berisiko tinggi seperti balita gizi buruk, ibu hamil risiko tinggi, usia lanjut, penderita penyakit menular, keluarga miskin yang belum memiliki kartu untuk pelayanan kesehatan.

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 (Kemenkes RI., 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 (Kemenkes RI., 2016). Puskesmas sebagai ujung tombak pelaksanaan PISPK dituntut untuk bisa menjalankan program PISPK ini secara tuntas dan mencakup semua daerah di wilayah kerja puskesmas.

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 tujuh 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, 2018).

Kegiatan perkesmas melalui kunjungan rumah tidak berakhir saat pendataan namun tetap berlanjut ketika melaksanakan intervensi kepada warga yang memiliki masalah kesehatan. 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 aspek yang kurang optimal dan ketidaktahuan pendokumentasian aspek di puskesmas. Selain masalah dokumentasi peran perawat puskesmas dalam menjalankan kegiatan perkesmas juga belum maksimal sebagaimana penelitian kualitatif deskriptif dari Utami dkk (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.

Kemajuan dunia keperawatan pada saat ini telah memicu para perawat baik di dalam dan luar negeri untuk mencoba memahami berbagai model asuhan keperawatan untuk bisa digunakan dalam *setting* klinik dan puskesmas. Dalam prakteknya, perawat menggunakan proses keperawatan ketika melakukan asuhan perawatan pada pasien. Pemahaman perawat mengenai proses perawatan dengan menggunakan standar diagnosis keperawatan berdasarkan *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA), hasil *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan tindakan *Nursing Intervention Classification* (NIC) menjadi sangat penting. Penerapan NANDA, NOC dan NIC dapat dilaksanakan dalam berbagai tatanan

asuhan keperawatan termasuk di puskesmas.

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 antara Politeknik Aisyah dengan beberapa puskesmas di Kota Padang (Puskesmas Nanggalo, Puskesmas Padang Pasir, Puskesmas Ulak Karang dan Puskesmas Alai) terjalin dalam bentuk kegiatan bersama dengan asas saling memberi manfaat antara kedua institusi. Beberapa kegiatan bersama seperti praktek mahasiswa untuk mata ajar perkesmas yang terdiri dari beberapa kegiatan yaitu salah satunya pendataan PISPK. 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 pendokumentasian 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. 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 dengan belum adanya pedoman yang baku dan kesamaan persepsi antara perawat di puskesmas. 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. Kedepannya diharapkan kegiatan kunjungan rumah menjadi kegiatan prioritas puskesmas untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, selain itu panduan dan modul mampu meningkatkan

pengetahuan, sikap, keterampilan, dan kegiatan perawat dalam implementasi perkesmas yang meningkatkan pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh keluarga dan sebagai pelengkap modul perkesmas guna meningkatkan kinerja perawat puskesmas. Berdasarkan latar belakang tersebut maka tujuan pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat ini adalah untuk mengetahui optimalisasi kunjungan rumah terhadap indeks keluarga sehat dan tingkat kemandirian keluarga serta optimalisasi kompetensi perawat dalam penulisan aspek perkesmas terintegrasi Nanda, Noc dan Nic.

METODE

Kegiatan ini dilakukan di daerah binaan yang merupakan kegiatan kemitraan puskesmas dengan institusi pendidikan. Terdiri dari empat daerah binaan yaitu wilayah kerja Puskesmas Nanggalo, Puskesmas Padang Pasir, Puskesmas Ulak Karang dan Puskesmas Alai. 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 18 orang.

HASIL PEMBAHASAN

Kegiatan kemitraan di daerah binaan ini berlangsung sejak 22

Februari sampai dengan 06 Maret 2021. Kegiatan yang dilakukan selain berkaitan dengan kunjungan rumah juga dilakukan pemberian penyuluhan yang berkaitan dengan masalah kesehatan seperti hipertensi, diabetes mellitus, asam urat, gastritis, dan stroke yang melibatkan seluruh anggota keluarga yang menjadi sasaran kunjungan rumah maupun tidak. Kegiatan kunjungan rumah rata-rata dilakukan di luar jam pelayanan puskesmas atau dilakukan menjelang sore. Berdasarkan hasil kunjungan rumah jumlah keseluruhan responden adalah 18 KK, pada kegiatan ini sebagian responden berusia 56 tahun dengan status perkawinan didominasi status menikah, pendidikan responden rata-rata SMA, keluarga yang sakit didominasi kepala keluarga atau istri, sebagian responden memiliki masalah dengan ketidakmampuan mengenal masalah kesehatan. Sebagian besar responden menderita penyakit degeneratif seperti hipertensi, stroke, diabetes mellitus, dan osteoporosis.

Pelaksanaan kegiatan ini dibagi menjadi tiga tahap yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap evaluasi. Tahap persiapan meliputi kegiatan menyamakan persepsi dan membentuk komitmen bersama antara perawat, petugas kesehatan yang ada dengan pimpinan puskesmas mengenai kegiatan yang akan dilaksanakan, penyegaran kembali pemahaman tentang peranan Perkesmas dan keterkaitannya dengan PISPK. Penulis pertama sebagai narasumber dengan keahlian dalam bidang keperawatan komunitas dan keluarga. Perawat kemudian diberi pembelajaran tentang

pengetahuan dasar yang berkaitan dengan asuhan keperawatan berdasarkan diagnosis NANDA, hasil NOC dan intervensi NIC serta konsep keperawatan keluarga. Adapun media pembelajaran yang digunakan berupa slide dan format proses asuhan keperawatan. Pengetahuan dasar tersebut meliputi pengertian standar *nursing language*, NOC, NIC, konsep asuhan keperawatan keluarga.

Pembelajaran tidak hanya difokuskan pada peningkatan pengetahuan, tetapi juga pada peningkatan keterampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga. Hasil dari asuhan keperawatan pada keluarga selanjutnya didokumentasikan sesuai format yang telah disiapkan. Penyusunan format asuhan keperawatan keluarga oleh koordinator perkesmas dengan menggunakan format baku dari pedoman perkesmas tahun 2006 dan dimodifikasi sehingga pengisiannya melalui centang/*checklist*. Penyamaan persepsi perawat puskesmas tentang pengisian format asuhan keperawatan keluarga yang telah dibuat. Format aspek 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. Melakukan koordinasi lintas sektoral untuk daerah binaan, seperti lurah, ketua RT, dasa wisma, kader posyandu dan tokoh

masyarakat tentang rencana pembentukan daerah binaan. Pembentukan tim kerja untuk melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan format yang telah dibuat.



Gambar 1. Pemberian materi dokumentasi keperawatan berdasarkan standar diagnosis keperawatan NANDA, hasil NOC dan tindakan NIC

Berdasarkan hasil observasi dari kegiatan dari seluruh perawat yang telah mengikuti pembelajaran dokumentasi aspek keluarga yang berdasarkan diagnosis keperawatan NANDA, hasil NOC dan intervensi NIC serta konsep asuhan keperawatan keluarga. Terjadi peningkatan pengetahuan perawat dari mengatakan belum *update* asuhan keperawatan yang dibuktikan dengan format yang telah dikembangkan perawat dalam usaha untuk mempermudah pembuatan aspek keluarga. Format yang dibuat merupakan format baku dari pedoman perkesmas tahun 2006 dan dimodifikasi sehingga pengisiannya melalui centang/checklist.

Untuk tahap pelaksanaan meliputi kegiatan yang pertama dilakukan adalah penggalangan

komitmen bersama dengan stokeholder untuk pembentukan daerah binaan dan sosialisasi kegiatan yang akan dilakukan di daerah binaan. Perawat melakukan kunjungan rumah sekaligus pemberian dan pendokumentasian aspek keluarga sesuai dengan format yang telah ditentukan. Kunjungan dilakukan 2-4 kali sesuai dengan perkembangan kemajuan tingkat kemandirian keluarga dan pemberian edukasi pada keluarga. Sedangkan tahap evaluasi yaitu melakukan kembali pendataan ulang berdasarkan 12 indikator keluarga sehat serta menganalisa kemandirian keluarga serta indeks keluarga sehat.

Berikut ini adalah dokumentasi kegiatan pengabdian kepada masyarakat yang dilakukan Perawat saat kunjungan rumah:



Gambar 2. Pemberian materi penyuluhan pada anggota keluarga

Berdasarkan hasil kunjungan rumah, tingkat kemandirian keluarga sebelum dilakukan kunjungan rumah, lebih dari setengah berada di tingkat II, setelah dilakukan kunjungan rumah, kemandirian keluarga didominasi tingkat IV. Kegiatan di dalam daerah binaan juga melibatkan kegiatan lintas program terutama program yang berkaitan dengan 12 indikator keluarga sehat seperti keluarga mengikuti program KB, ibu melahirkan persalinan di fasilitas kesehatan, bayi mendapatkan ASI eksklusif, balita mendapatkan pemantauan tumbuh kembang, penderita hipertensi melakukan pengobatan teratur dan bayi mendapatkan imunisasi yang lengkap.

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.

Setelah melakukan kunjungan rumah, memberikan askep keluarga dan melakukan penyuluhan terhadap kondisi kesehatan saat ini terdapat perubahan tingkat kemandirian keluarga sebelum dilakukan kunjungan rumah dan setelah kunjungan rumah. 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. Hal ini senada dengan penelitian Sjattar dan rekan (2011) menunjukkan bahwa melibatkan 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 Diabetus 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.

SIMPULAN

Kegiatan kemitraan melalui pendampingan kegiatan Puskesmas di daerah binaan melalui kegiatan kunjungan rumah dalam Perkesmas serta kegiatan lintas program sebagai tindak lanjut dalam hasil pendataan dan analisa Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) memberikan pengaruh pada tingkat kemandirian keluarga. Kedepannya diharapkan kegiatan kunjungan rumah menjadi kegiatan prioritas puskesmas untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, selain itu panduan dan modul mampu meningkatkan pengetahuan, sikap, keterampilan, dan kegiatan perawat dalam implementasi perkesmas guna meningkatkan kinerja perawat puskesmas.

REFERENSI

- Agrina, A., & Zulfitri, R. (2013). Efektifitas asuhan keperawatan keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga mengatasi

- masalah kesehatan di keluarga. *Sorot*, 7(2), 81-89.
- Depkes RI. (2006a). Pedoman kegiatan perawat kesehatan masyarakat di puskesmas. *Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan*.
- Depkes RI. (2006b). *Pedoman peningkatan kinerja perawat di pukesmas (paduan bagi kabupaten kota)*. Jakarta: Direktorat keperawatan dan keteknisan Medik. 2006b.
- Depkes RI. (2006c). *Pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat di puskesmas*. Jakarta: Depkes. 2006a.
- Ersida, H., & Mutiawati, E. (2016). *Home visit* perawat dan kemandirian keluarga dalam perawatan halusinasi pada pasien schizoprenia. *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, WM., Yani, D.I., Haroen, H. (2018). *Nursing center, sentra keperawatan, modul untuk aplikasi keperawatan komunikasi dan keperawatan keluarga*. Jakarta : Unpad Press.
- Kemenkes RI. (2016). *Pedoman umum program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga*. Jakarta: Sekretaris Jendral Kemenkes.
- Meilianingsih, L., & Setiawan, R. (2017). Pelayanan *home care* terhadap tingkat kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan diabetes melitus tipe 2. *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 1(1), 9-19.
- Novishinta, I. (2018). Pemanfaatan dokumentasi asuhan keperawatan terintegrasi melalui aplikasi *smartphone* di wilayah Puskesmas Tanjungsari Kabupaten Sumedang.
- 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/arc_hives/118005 diakses 19/7/2020>.
- Prayogo, I. (2019). Hubungan antara pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dengan indeks keluarga sehat (IKS)(penelitian analitik observasional di Desa Gaji, Kecamatan Guntur, Kabupaten Demak). Universitas Islam Sultan Agung.
- Rosidin, U., Shalahuddin, I., & Sumarna, U. (2018). Hubungan kemandirian keluarga dengan perawatan hipertensi pada keluarga binaan Puskesmas Sukaresmi Garut. *Jurnal Keperawatan BSI*, 6(1).
- Sjattar, E. L., Nurrahmah, E., Bahar, B., & Wahyuni, S. (2011). Pengaruh

penerapan model keluarga untuk keluarga terhadap kemandirian keluarga merawat penderita TB Paru peserta DOTS di Makasar. *JST Kesehatan*, 1(1), 1-9.

Suharyat, Y. (2009). Hubungan antara sikap, minat dan perilaku manusia. *Jurnal Region*, 1(3), 1-19.