



**PENGARUH HOME VISIT DENGAN PENDEKATAN 5 TUGAS KESEHATAN
KELUARGA TERHADAP KEMANDIRIAN DALAM MERAWAT ANGGOTA
KELUARGA DENGAN TB PARU**

Desrizza Artika Sari*, Rika Sabri, Siti Yuliharni

Fakultas Keperawatan, Universitas Andalas, Limau Manis, Pauh, Padang, Sumatera Barat 25175, Indonesia

*desrizaa@gmail.com

ABSTRAK

Strategi promosi kesehatan dalam penanggulangan TB Paru dengan kunjungan rumah (home visit) untuk menciptakan kesadaran, kemauan dan kemampuan keluarga sehingga menciptakan kemandirian keluarga. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis pengaruh intervensi kunjungan rumah (Home Visit) terhadap kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Tuberkulosis (TB) Paru pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Desain Quasy Exsperimental PreTest–Posttest With Control Group Design. Sampel sebanyak 25 orang, kelompok intervensi (n=13) dan kelompok kontrol (n=12). Pengambilan sampel dilakukan dengan convinience sampling. Intervensi kunjungan rumah (home visit) dilakukan melalui 3 tahapan kunjungan rumah (home visit) dengan 5 sesi pertemuan. Data dikumpulkan menggunakan Instrumen level kemandirian keluarga teridri dari 7 indikator tingkat kemandirian keluarga yang sudah baku. Data dianalisis dengan uji Wilcoxon sedangkan analisis untuk melihat pengaruh intervensi kunjungan rumah (home visit) digunakan uji Mann-Whitney. Hasil uji Wilcoxon nilai p value kelompok intervensi 0,001 dan kelompok kontrol p value = 0,157. Berdasarkan uji Mann-Whitney diketahui nilai p value < 0,05 sehingga terdapat perbedaan yang signifikan pada kemandirian keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berdasarkan hasil tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada kelompok intervensi, dan Ada pengaruh intervensi kunjungan rumah (home visit) terhadap kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru.

Kata kunci: kunjungan rumah; kemandirian keluarga; tuberkulosis paru

***THE INFLUENCE OF HOME VISIT USING THE 5 FAMILY HEALTH TASK
APPROACH TO INDEPENDENCE IN CARING FOR FAMILY MEMBERS WITH
PULMONARY TB***

ABSTRACT

Health promotion strategy in the prevention of pulmonary TB with home visits to create awareness, willingness and ability of families so as to create family independence. The purpose of this study was to analyze the effect of home visit interventions on family independence in caring for family members with pulmonary tuberculosis (TB) in the intervention group and the control group. Quasy Experimental Pretest–Posttest Design With Control Group Design. A sample of 25 people, the intervention group (n=13) and the control group (n=12). Sampling was done by convenience sampling. The home visit intervention was carried out through 3 stages of home visits with 5 meeting sessions. Data was collected using a family independence level instrument consisting of 7 standard family independence level indicators. Data were analyzed using the Wilcoxon test while the analysis to see the effect of the home visit intervention used the Mann-Whitney test. The results of the Wilcoxon test were that the p value of the intervention group was 0.001 and that of the control group was p value = 0.157. Based on the Mann-Whitney test, it is known that the p value is <0.05 so that there is a significant difference in family independence between the intervention group and the control group. Based on these results it can be concluded that there was a significant difference in the intervention group, and there was an effect of the home visit intervention on family independence in caring for family members with pulmonary TB.

Keywords: family independence; home visit; pulmonary tuberculosis

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) measih menjadi masalah utama dunia dan di Indonesia dan menjadi program prioritas Sustainable Development Goals (SDG's) (Kemenkes RI, 2020a). Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu dari 5 program prioritas nasional (PPN) dari kementerian kesehatan Republik Indonesia yang dijadikan sebagai standar akreditasi Puskesmas. Tuberkulosis (TB) juga merupakan satu-satunya penyakit menular yang dijadikan sebagai indikator kesehatan di Indonesia. Secara global, diperkirakan 10 juta orang terdiagnosis penyakit TB Paru pada tahun 2019, dan diperkirakan ada 1,2 juta kematian TB Paru diantara orang HIV-negatif dan tambahan 208.000 kematian di antara orang yang hidup dengan HIV. Orang dewasa menyumbang 88% dan anak-anak 12% dari semua penderita TB Paru (WHO, 2020). WHO menyatakan di Asia Tenggara merupakan penyumbang terbanyak penderita TB paru yaitu 44%, afrika 25% dan pasifik Barat 18%. Delapan negara menyumbang dua pertiga dari total global yaitu India (26%), Indonesia (8,5%), Cina (8,4%), Filipina (6,0%), Pakistan (5,7%), Nigeria (4,4%), Bangladesh (3,6%) dan Afrika Selatan (3,6%)(Chakaya et al., 2021)

Berdasarkan data laporan Kemenkes RI 273/hari dan ada 3-4 kematian akibat TB perharinya di Indonesia (Kemenkes RI,2020a; WHO,2022). Data Kementerian Kesehatan tahun 2020 terdapat 351.936 kasus TB Paru, kemudian terjadi peningkatan kasus pada tahun 2021 sebesar 397.377 kasus TB Paru di seluruh Indonesia. Salah satu provinsi yang mengalami peningkatan kasus TB Paru yaitu di Sumatera Barat. Data tahun 2020 di Sumatera Barat didapatkan kejadian kasus TB Paru adalah 8.028 kasus, kemudian terjadi peningkatan kasus pada tahun 2021 sebanyak 8.216 kasus. Kabupaten Solok sebagai salah satu daerah di Sumatera Barat juga mengalami peningkatan kasus TB Paru setiap tahun. Hal ini dapat dilihat dari data Dinas Kesehatan Kabupaten Solok tahun 2020 tercatat ada 212 kasus TB Paru yang di obati. Tahun 2021 terdapat 238 kasus TB Paru, serta pada tahun 2022 ditemukan 360 kasus TB Paru yang tersebar di Puskesmas dan Rumah Sakit di wilayah kerja Kabupaten Solok. Untuk angka drop out (DO) di Kabupaten Solok pada tahun 2022 terdapat 10 kasus.

Tuberkulosis (TB) Paru berdampak signifikan pada kualitas hidup pasien yang terdiagnosis. Beberapa aspek kesehatan yang paling terpengaruh adalah fisik, psikologis, sosial dan ekonomi. Pasien dengan TB Paru menderita gejala seperti batuk kronik, penurunan berat badan, kelelahan dan gangguan tidur yang mempengaruhi kualitas hidup mereka secara menyeluruh. Tuberkulosis (TB) Paru berdampak pada status gizi individu yang terinfeksi, sehingga mendorong peningkatan kekurangan gizi dan malnutrisi. Hal ini disebabkan karena TB paru berdampak pada penurunan nafsu makan, gangguan penyerapan nutrisi dan peningkatan kehilangan berat badan (Septiani & Erawati, 2022;Ter Beek et al., 2021) Selain itu, mereka juga mengalami stigmatisasi dari masyarakat, isolasi sosial dan kecemasan akan penyebaran penyakit serta kehilangan pekerjaan yang berdampak pada stabilitas ekonomi. Dampak ekonomi meliputi biaya perawatan pada individu dan keluarga, kehilangan pendapatan karena sakit atau kematian, dan biaya perawatan kesehatan meningkat karena resistensi antibiotik (Silva et al., 2020).

Begitu banyak dampak yang disebabkan oleh penyakit TB paru ini maka diperlukan adanya dukungan dan kerjasama semua orang terutama orang-orang terdekat dari penderita TB Paru (keluarga) agar penderita dapat termotivasi untuk tetap menjalankan pengobatan sesuai standar, jika tidak ada ikut serta keluarga dalam dukungan dan perawatan penderita TB Paru, maka akan menyebabkan kegagalan pengobatan atau putus pengobatan (Drop Out) yang berujung Tuberculosis Multi Drug Resisten dan beresiko hingga kematian(Endang et al, 2022). Langkah preventif yang dicanangkan pemerintah salah satunya dengan program PIS-PK. Program PIS-PK merupakan program yang dimana penderita TB dapat meningkatkan pengetahuannya terkait

pengobatan TB sesuai dengan SOP (Kemenkes RI, 2020a). Keluarga memiliki alasan sebagai fokus intervensi keperawatan keluarga (Kemenkes RI, 2019). Upaya-upaya yang dilakukan oleh Pemerintah belum memperlihatkan hasil yang diharapkan (Kemenkes RI, 2022). Banyak rintangan dan hambatan yang menyebabkan upaya yang dilakukan pemerintah belum maksimal, diantaranya yaitu pengetahuan dan sikap klien tentang TB Paru yang terbatas, beban ekonomi, sentralisasi layanan dan akses geografis ke layanan Kesehatan (Song et al., 2021), kesadaran dan pemahaman klien tentang perawatan dan pengobatan TB paru masih rendah (Suhartatik et al., 2019), faktor perilaku terdahulu, sosiokultural, persepsi kemampuan diri serta dukungan keluarga yang masih kurang (Samal, 2017).

Pelibatan keluarga dalam program pengobatan TB paru sebenarnya telah dilakukan namun peran keluarga hanya terbatas pada peran sebagai PMO (Pengawas Minum Obat). Permasalahan yang sering terjadi adalah banyak keluarga yang tidak memperoleh informasi mengenai proses penyakit dan pengobatan TB Paru karena biasanya keluarga tidak mendampingi saat penderita TB Paru memperoleh penjelasan dari petugas kesehatan (Ayu & Paneo, 2019). Menurut Kemenkes RI (2020b) pemberdayaan keluarga TB guna meningkatkan pengetahuan dan pemahaman keluarga tentang Tb baik dari penyebab hingga proses pengobatan sesuai dengan SOP (Marwansyah & Sholikhah, 2016). Peran perawat komunitas sebagai pemberi asuhan dan pengelola pelayanan sangat kompleks yaitu perawat sebagai pelaksana pelayanan keperawatan (care provider), pendidik (educator), konselor (concelor), panutan (role model), pembela (advocate), manajer kasus (case manager), kolaborator dan peran sebagai penemu kasus (Harmili, 2021).

Perawat komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan memiliki peranan penting dalam upaya pencegahan TB Paru baik upaya primer, sekunder maupun tersier, sehingga penyebaran penyakit ini dapat dikendalikan (Kemenkes RI, 2021). Dalam memberikan asuhan keperawatan (care provider) perawat melakukan pengkajian pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, melaksanakan tindakan keperawatan, hingga melakukan pemberdayaan pada keluarga, selain itu peran perawat komunitas juga sebagai pemberi informasi (educator) yang memberikan informasi kepada pasien maupun keluarga yang cukup terkait manajemen kasus yang ditangani dan membimbing mereka memilih tindakan yang tepat (Andi Parellangi, 2018) Dalam pelaksanaan kunjungan rumah (home visit) ini, pendekatan yang digunakan adalah teori Friedman. Menurut Friedman tugas keluarga dibidang kesehatan terdiri atas 5 tugas yaitu dapat memahami masalah menentukan penanganan yang tebat dengan menjaga lingkungan hidup yang bersih, dan pemberdayana keluarga menjadi langkah yang tepa dalam meningkatkan kesehatan masyarakat(Suhartatik et al., 2019;Marwansyah & Sholikhah, 2016).

Peneliti melakukan studi pendahuluan pada 10 keluarga yang datang mengambil obat ke Puskesmas Muara Panas. Diantara 10 keluarga terdapat 3 keluarga yang belum mengetahui bahaya penyakit TB Paru pada anggota keluarganya, bagaimana cara perawatan anggota keluarga dengan TB Paru dirumah, bagaimana cara batuk yang efektif dan cara membuang dahak yang benar, sedangkan empat keluarga lainnya mengatakan tidak mengingat kapan pemeriksaan sputum ke dua dan mereka juga mengatakan belum mengetahui efek samping obat dan penanganannya di rumah jika terjadi efek samping obat. Selain itu semua penderita TB Paru ini mendapatkan edukasi diawal terdiagnosa TB Paru oleh petugas kesehatan dan mendapatkan pengawasan dari petugas dan kader dimana mereka tinggal. Hal ini menggambarkan bahwa keluarga yang memiliki anggota keluarga TB Paru belum sepenuhnya mandiri dalam hal perawatan dan pengobatan penyakitnya.

Dalam pelaksanaan dilapangan peneliti mendapati fenomena dimana antara pemegang program TB Paru berjalan sendiri-sendiri walaupun sudah terintegrasi dengan program PIS-PK. Selain itu pelaksanaan kunjungan rumah (home visit) yang dilakukan hanya pada saat evaluasi pada saat waktu tertentu, sehingga tidak tergali dan tidak terpantau secara keseluruhan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarganya secara benar dan berkesinambungan. Hal ini diperkuat dengan pernyataan keluarga pasien yang mengatakan hanya mendapatkan edukasi diawal terdiagnosis TB dan tidak mendapatkan pengawasan dari petugas dan kader dimana mereka tinggal. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis pengaruh intervensi kunjungan rumah (Home Visit) terhadap kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Tuberkulosis (TB) Paru pada kelompok intervensi dan kelompok control.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain Quasy Exsperimental PreTest–Posttest With Control Group Design. Populasi adalah keluarga yang tinggal dengan pendeita TB paru yang tercatat di Puskesmas Singkarak dan Muara Panas keadaan Januari sampai Juli 2023. Sampel didapatkan sebanyak 25 orang, dibagi menjadi kelompok intervensi (n=13) dan kelompok kontrol (n=12). Pengambilan sampel dilakukan secara metode convinience sampling. Data dikumpulkan dengan Instrumen level kemandirian keluarga yang dimodifikasi dan terdiri dari 7 indikator tingkat kemandirian keluarga. Ketentuan penilaiannya jika keluarga dapat melakukan dan mengetahui item pertanyaan maka jawabannya ya dan jika keluarga tidak mengetahui dan tidak melakukan sesuai dengan item pernyataan maka jawabannya tidak. Setiap pertanyaan sesuai dengan 7 indikator yang telah ditetapkan oleh Permenkes 2006. Untuk jawaban “ya” diberi nilai 2 dan bila jawaban “tidak” diberi nilai 1, apabila responden menjawab tidak, maka penilaian bobot dihentikan pada poin pertanyaan tersebut. Keluarga berada pada kemandirian keluarga I jika melakukan item nomor 1-2, kemandirian keluarga II jika melakukan item nomor 1-4, kemandirian keluarga III jika melakukan item nomor 1-6, kemandirian keluarga IV jika melakukan item nomor 1-7. Kategori Akhir dari kemandirian keluarga Tidak Mandiri, Kurang Mandiri (Kemandirian I dan II) dan Mandiri (Kemandirian III dan IV).

Penelitian ini telah melewati uji layak etik yang dilakukan di KOMite Etik Penelitian Kesehatan yang dilakukan di Fakultas Keperawatan UNAND Padang dan dinyatakan layak etik sesuai dengan 7 standar WHO 2011 dengan nomor 098. Laiketik / KEPKFKEPUNAND yang dikeluarkan pada tanggal 13 Juni 2023. Analisa data yang digunakan bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh antara variabel independent terhadap variabel dependen. Pemilihan uji statistik yang digunakan sesuai dengan data dan variabel yang diteliti. Data dianalisis menggunakan uji Analisis bivariat untuk melihat perbedaan hasil pretest dan posttest uji yang digunakan adalah uji Wilcoxon sedangkan analisis untuk melihat Pengaruh intervensi kunjungan rumah (home visit) digunakan uji Mann- Whitney

HASIL

Sebelum penelitian ini dilaksanakan, instrument ini telah dilakukan uji validitas dan reabilitas terlebih dahulu. Analisis uji validitas dengan menggunakan teknik uji korelasi dengan keputusan apabila nilai r hitung lebih besar dari nilai r table maka H_0 ditolak sehingga variable valid, sebaliknya apabila nilai r hitung lebih kecil dari pada nilai r table maka H_0 gagal ditolak sehingga variable tidak valid. Hasil uji validitas pada kuesioner kemandirian keluarga menunjukkan bahwa didapatkan semua item pertanyaan (r tabel=0,514), nilai validitas pertanyaan 1 ($v=0,543$), pertanyaan 2 ($v=0,528$), pertanyaan 3 ($v=0,573$), pertanyaan 4 ($v=0,713$), pertanyaan 5 ($v=0,784$), pertanyaan 6 ($v=0,739$) dan pertanyaan 7 ($v=0,645$) serta nilai reabilitas ($r=0,809$).

Kemandirian Keluarga Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan TB Paru Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi Kunjungan Rumah (*Home Visit*)

Adapun rerata kemandirian keluarga kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru dapat dilihat dalam tabel 1 dibawah ini:

Tabel 1.

Rata-Rata Kemandirian Keluarga Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan TB Paru Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi Kunjungan Rumah (*Home Visit*)(n=25)

Kemandirian	Median	SD	P value
Intervensi			
<i>Pre test</i>	1,00	3,353	0,001
<i>Post test</i>	11,00	1,030	
Kontrol			
<i>Pre test</i>	1,00	2,758	0,059
<i>Post test</i>	4,00	3,243	

Tabel 1 rerata kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Tuberkulosis (TB) paru pada kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) adalah 1,00, setelah diberikan intervensi adalah 11,00. Rerata kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Tuberkulosis (TB) Paru pada kelompok kontrol sebelum diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) adalah 1,00, setelah diberikan intervensi adalah 4,00. Berdasarkan tabel 1 didapatkan perbedaan nilai yang signifikan pada kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*). Data tersebut meliputi selisih rerata kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) 10,00. Sedangkan kelompok kontrol terdapat selisih rerata sebelum dan sesudah intervensi kunjungan rumah (*home visit*) adalah 3,00. Hasil perubahan hasil uji statistik nilai *p value* kelompok intervensi adalah 0,001 (*p value* <0,05) dan kelompok kontrol *p value* = 0,059 (*p value* >0,05). Berdasarkan hasil tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa ada perbedaan yang signifikan sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang signifikan sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*).

Pengaruh Intervensi Kunjungan Rumah (*Home Visit*) Terhadap Kemandirian Keluarga Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Tuberkulosis (TB) Paru

Tabel 2.

Perbedaan Rata-Rata Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Tuberkulosis (TB) Paru Sebelum dan Sesudah Intervensi Kunjungan Rumah (*Home Visit*) pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol (n=25)

Kemandirian	Median	SD	P value
Intervensi			
<i>Pre test</i>	1,00	3,353	0,001
<i>Post test</i>	11,00	1,030	
Kontrol			
<i>Pre test</i>	1,00	2,758	0,059
<i>Post test</i>	4,00	3,243	

Tabel 2 didapatkan perbedaan nilai pada kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*). Data tersebut memperlihatkan selisih kemandirian keluarga kelompok yang diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) dengan kelompok kontrol adalah 7,00 dengan nilai $p\text{ value} = <0,001$. Berdasarkan *output test statistics* diketahui nilai $p\text{ value} < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan kemandirian keluarga yang signifikan dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru yang diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) dengan kelompok kontrol yang hanya diberikan edukasi kelompok tanpa diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*). karena ada perbedaan yang signifikan maka dapat dikatakan bahwa ada pengaruh intervensi kunjungan rumah (*home visit*) terhadap kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru

PEMBAHASAN

Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan TB Paru Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi Kunjungan Rumah (*Home Visit*) Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 1 rerata kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Tuberkulosis (TB) paru pada kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) adalah 1,00, setelah diberikan intervensi adalah 11,00. Rerata kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Tuberkulosis (TB) Paru pada kelompok kontrol sebelum diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) adalah 1,00, setelah diberikan intervensi adalah 4,00. Berdasarkan tabel 1 didapatkan perbedaan nilai yang signifikan pada kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*). Data tersebut meliputi selisih rerata kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) 10,00. Sedangkan kelompok kontrol terdapat selisih rerata sebelum dan sesudah intervensi kunjungan rumah (*home visit*) adalah 3,00. Hasil perubahan hasil uji statistik nilai $p\text{ value}$ kelompok intervensi adalah 0,001 ($p\text{ value} < 0,05$) dan kelompok kontrol $p\text{ value} = 0,059$ ($p\text{ value} > 0,05$). Berdasarkan hasil tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa ada perbedaan yang signifikan sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang signifikan sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aina et al., (2020) menunjukkan ada peningkatan kemandirian keluarga dalam menjalankan 5 tugas kesehatan yang dapat meningkatkan kesehatan keluarga penderita TB, langkah ini menjadi langkah yang tepat sebagai langkah dalam mendukung pemerintah untuk meningkatkan taraf kesehatan di Indonesia. Analisis kuesioner pada kelompok kontrol ($n=12$) sebelum (*pre test*) dilakukan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) berhenti pada pertanyaan poin 3 yaitu pada poin pertanyaan keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar yang ditandai dengan keluarga dapat menyebutkan dan menjelaskan keluhan dan efek samping yang dirasakan selama pengobatan, setelah dilakukan intervensi (*post test*) terjadi peningkatan hingga ke poin 4c yaitu pada poin pertanyaan kemandirian 4 yaitu keluarga melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan. Hasil penelitian pada kelompok intervensi, semua responden mengalami kenaikan tingkat kemandirian setingkat di atasnya. Namun ada beberapa responden yang memiliki peningkatan yang tajam yaitu responden nomor urut 5 dan 9, sebelum intervensi kemandiriannya terdapat pada tingkat tidak mandiri, namun setelah diberikan intervensi tingkatan kemandiriannya naik ke tingkat mandiri. beberapa faktor yang menyebabkan adanya perubahan kemandirian sebelum dan sesudah

intervensi kunjungan rumah (*home visit*) pada responden tersebut diantaranya pengetahuan dan sikap keluarga terhadap kesehatan, sebagai akibat dari perlakuan kunjungan rumah (*home visit*) dengan pendekatan 5 tugas kesehatan keluarga yang diberikan. Penelitian Aina et al., (2020) perlu diberikan pelatihan dan pemberdayaan dalam meningkatkan pengetahuan keluarga.

Hasil temuan ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya oleh Ayu & Paneo (2019) bahwa dengan bergantung pada kekuatan dan keadaan yang mendukung klien, proses dinamis pemberdayaan keluarga di bidang kesehatan dapat mengembangkan pengetahuan dan upaya perawatan diri untuk meningkatkan kemandirian. Hasil penelitian Nygardh (2017) mengatakan bahwa partisipasi anggota keluarga dalam pemberdayaan menentukan kapasitas dan pemahaman mereka tentang tanggung jawab mereka dalam merawat orang-orang tercinta yang menderita penyakit kronis. Ketika satu keluarga dengan tiga generasi berbeda tinggal dalam satu rumah dan ikatan kekerabatan masih kuat, dukungan keluarga juga akan meningkat secara signifikan. Dukungan keluarga adalah bentuk kepedulian keluarga dalam mendukung dan memberikan perhatian terhadap anggota keluarga yang mengalami TB (Friedman, 2013) Adapun jenis dukungan menurut Friedman (2013) yaitu bantuan informatif, dimana keluarga berfungsi sebagai sumber pengetahuan, bimbingan, gagasan, nasehat, petunjuk, dan informasi. Jenis dukungan yang kedua adalah dukungan appraisal atau disebut juga dengan apresiasi, dimana keluarga berfungsi sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga serta sebagai sumber dukungan, penghargaan, dan perhatian. Jenis dukungan ketiga adalah dukungan instrumental, yaitu keluarga memberikan bantuan praktis dalam aktivitas sehari-hari termasuk memenuhi kewajiban finansial, makan, minum, dan tidur. Kemudian muncul dukungan emosional, dimana keluarga menyediakan lingkungan yang tenang dan nyaman untuk bersantai, memulihkan diri, dan membantu mengendalikan emosi yang muncul dalam bentuk kasih sayang, kepercayaan, perhatian, mendengarkan, dan didengarkan.

Pada kelompok kontrol juga terdapat peningkatan tingkat kemandirian yang mencolok, dimana responden nomor urut 11 dan 12 yang memiliki kenaikan tingkat kemandirian sebelum intervensi berada pada tingkat kemandirian tidak mandiri, namun setelah dilakukan intervensi naik menjadi tingkat kemandirian kurang mandiri. Hal ini disebabkan pada pelaksanaan penelitian adanya faktor perancu atau faktor yang tidak bisa dikontrol dan dikendalikan oleh peneliti, sehingga memungkinkan hasil intervensi menjadi bias. hal ini disebabkan oleh adanya petugas kesehatan melaksanakan kunjungan rumah program PIS-PK tanpa sepengetahuan peneliti.

Pengaruh Intervensi Kunjungan Rumah (*Home Visit*) Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Tuberkulosis (TB) Paru Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Berdasarkan tabel 2 didapatkan perbedaan nilai pada kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*). Data tersebut memperlihatkan selisih kemandirian keluarga kelompok yang diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) dengan kelompok kontrol adalah 7,00 dengan nilai $p\text{ value} = <0,001$. Berdasarkan *output test statistics* diketahui nilai $p\text{ value} < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan kemandirian keluarga yang signifikan dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru yang diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) dengan kelompok kontrol yang hanya diberikan edukasi kelompok tanpa diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*). karena ada perbedaan yang signifikan maka dapat dikatakan bahwa ada pengaruh intervensi kunjungan rumah (*home visit*) terhadap kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru. Hasil

penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Aina et al., (2020) dimana menunjukkan rata-rata kelompok intervensi sesudah perlakuan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol, sehingga ada perbedaan pada tingkat kemandirian keluarga yang bermakna dengan nilai *p value* 0,001 ($p < 0,05$). ini disebabkan pada kelompok intervensi diberikan intervensi diberikan pendampingan selama 6 minggu berupa perlakuan tugas kesehatan keluarga. Hal ini menunjukkan bagaimana terapi kunjungan rumah dengan metode lima tugas kesehatan keluarga berdampak terhadap derajat kemandirian keluarga. Intervensi dilakukan secara bertahap dan terencana, dimulai dengan identifikasi masalah, pemilihan layanan kesehatan, perawatan anggota keluarga, modifikasi lingkungan, dan penggunaan fasilitas layanan kesehatan. Hasil ini didukung oleh Mary (2018) Menurut pernyataan tersebut, mengevaluasi kemandirian keluarga dapat membantu menentukan apakah upaya keperawatan telah berhasil dalam meningkatkan derajat kesehatan.

Adanya peningkatan kemandirian yang terjadi pada kelompok intervensi disebabkan oleh adanya tindakan pemberian intervensi kunjungan rumah (*home visit*) dengan pendekatan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga. Intervensi keperawatan ini dilakukan melalui pendidikan kesehatan, bimbingan konseling dan demonstrasi secara rutin yang diberikan kepada keluarga, yang menyebabkan adanya peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru. Intervensi kunjungan rumah (*home visit*) bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit dengan memberdayakan anggota keluarga pasien itu sendiri. Pendekatan yang dilakukan dalam penelitian ini adalah 5 tugas kesehatan keluarga. Dalam penerapannya tidak hanya menambah pengetahuan keluarga secara kognitif dan psikomotor (demonstrasi) dengan memberikan pendidikan kesehatan dan praktik langsung, namun juga dapat merubah perilaku (afektif) kearah yang lebih baik untuk kesehatannya (Friedman, 2013). Menyatakan keamndirian keluarga sangat berpengaruh dalam meningkatkan kesehatan pasien TB menjalani pengobatan. Hal ini terbukti dengan Carter et al., (2018) hasil penelitian yang peneliti lakukan, dimana sebelum (*pre tets*) diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) kemandirian keluarga terdapat pada tahap mengetahui konsep TB Paru dan mampu melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan, setelah dilakukan intervensi (*post test*) terjadi peningkatan yaitu Keluarga melakukan tindakan promotif secara aktif ditandai dengan anggota keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan promosi kesehatan kesesama anggota keluarga terkait manajemen pengobatan (minum obat).

Hal ini bertolak belakang dengan kelompok kontrol dimana hanya diberikan edukasi secara berkelompok tanpa melakukan intervensi kunjungan rumah (*home visit*). Dimana domain pemberian edukasi hanya sebatas peningkatan pengetahuan keluarga bersifat kognitif. Hal ini terbukti dengan hasil penelitian yang peneliti lakukan, dimana keluarga mampu mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar yang ditandai dengan keluarga dapat menyebutkan dan menjelaskan keluhan dan efek samping yang dirasakan selama pengobatan, setelah dilakukan intervensi (*post test*) terjadi peningkatan kemandirian keluarga mampu melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan. Konsep pemberian intervensi kunjungan rumah (*home visit*) dengan pendekatan 5 tugas kesehatan keluarga tidak hanya menambah pengetahuan keluarga secara kognitif dan psikomotor (demonstrasi) dengan memberikan pendidikan kesehatan dan praktik langsung, namun juga dapat merubah perilaku (afektif) kearah yang lebih baik untuk kesehatannya, sedangkan pemberian edukasi secara kelompok sebatas peningkatan pengetahuan keluarga bersifat kognitif sejalan dengan penelitian ini yang dibuktikan dengan hasil temuan yang didapat dalam pelaksanaan penelitian.

Penelitian intervensi keperawatan ini dilakukan melalui pendidikan kesehatan, bimbingan konseling dan demonstrasi langsung yang diberikan kepada keluarga, dilakukan selama 4 minggu. Dimana setiap minggu dilakukan 2 kali dengan 3 tahapan (5 sesi), dengan durasi setiap sesi adalah 1 jam. Dalam pelaksanaan peneliti melakukan kerja sama dengan penanggung jawab program TB, dokter, ahli gizi dalam pemberian bimbingan konseling, agar hasil yang diharapkan dalam pemberian intervensi lebih bermakna dan berkualitas. Dimana keluarga dan penderita TB Paru dapat bimbingan konseling langsung oleh petugas sesuai dengan kompetensinya. Media yang digunakan adalah flipchart, booklet dan video. Tahapan evaluasi (*post test*) dilakukan setelah 18 hari dari sesi implementasi terakhir dengan mempertimbangkan pembentukan perilaku kesehatan yang baru agar menjadi suatu kebiasaan dan rutinitas dibutuhkan waktu 18 hingga 254 hari (Foster et al., 2020; Annisa & Purbowati, 2015). Hasil selisih kemandirian keluarga kelompok yang diberikan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) dengan kelompok kontrol adalah 0,50 dengan nilai *p value* = <0,001.

Marwansyah & Sholikhah (2016) juga melakukan intervensi yang serupa dilakukan pemberdayaan keluarga melalui metode edukasi dan demonstrasi tanpa dilakukan bimbingan konseling yang dilakukan 1 minggu 3 kali kunjungan, dimana evaluasi (*post test*) dilakukan pada saat pertemuan ke-3 tanpa mempertimbangkan adanya jeda waktu untuk pembentukan perilaku kesehatan yang baru. Media yang dipakai dalam pemberian edukasi adalah flipchart dan booklet, dengan hasil *p value* =0,001. Penelitian lainnya juga dilakukan oleh Sudirman (2020) dengan metode yang dilakukan adalah edukasi, bimbingan konseling dan demonstrasi yang dilakukan selama 6 minggu dengan intervensi dilakukan sekali dalam seminggu dengan durasi 2-3 jam di setiap sesinya, namun media yang dipakai saat intervensi tidak tergambar. Tahap evaluasi (*post test*) dilakukan pada minggu ke-6, dari hasil penelitian ini didapatkan nilai *p value* =0,001 (Korua et al., 2020; Sunarmi & Kurniawaty, 2022)

Dilihat dari beberapa artikel diatas dapat dilihat adanya perbedaan lama pemberian intervensi, durasi waktu disetiap sesi, interval pemberian dari satu sesi ke sesi lain, namun penelitian tidak mempengaruhi hasil akhir dimana nilai *p value* berkisar dari <0,001 sampai 0,05. Hal ini memperlihatkan hasil yang tidak jauh berbeda dengan hasil yang peneliti dapatkan, namun untuk nilai *p value* yang didapatkan dari 4 artikel diatas, penelitian yang peneliti lakukan memiliki nilai *p value* paling kecil. Kelebihan dari penelitian yang peneliti lakukan adalah dari pemberian intervensi sesi terakhir ke evaluasi intervensi peneliti memberikan tempo waktu 18 hari kepada responden, karena untuk melihat adanya perubahan perilaku maka diperlukan waktu bagi individu untuk dapat beradaptasi dengan kebiasaan baru. Hal ini sesuai dengan konsep perubahan perilaku, menurut (Arlinghaus & Johnston, 2019) menyatakan pembentukan perilaku kesehatan yang baru agar menjadi suatu kebiasaan dan rutinitas dibutuhkan waktu 18 hingga 254 hari, media pada penelitian ini selain penggunaan flipchart dan booklet juga menggunakan video sehingga memunculkan minat dan ketertarikan responden selama intervensi. Selain itu pada saat melakukan intervensi peneliti bekerja sama dengan pemegang program TB Paru, dokter dan ahli gizi agar hasil yang diharapkan dalam pemberian intervensi lebih bermakna dan berkualitas. Dimana keluarga dan penderita TB Paru dapat bimbingan konseling langsung oleh petugas sesuai dengan kompetensinya.

SIMPULAN

Dari Penelitian ini dapat diambil kesimpulan sebagai berikut ada perbedaan rata-rata hasil kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB paru sebelum (*pre test*) dan setelah (*post test*) dilakukan intervensi kunjungan rumah (*home visit*), dimana pengaruhnya adalah terjadinya peningkatan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB paru dengan intervensi kunjungan rumah (*home visit*). ada pengaruh intervensi kunjungan

rumah (home visit) terhadap kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru.

DAFTAR PUSTAKA

- Aina, A. N., Mulyono, S., & Khasanah, U. (2020). Meningkatkan Kemandirian Keluarga pada Klien Tuberculosis Paru Melalui Peran Tugas Kesehatan Keluarga. *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 8(2), 243. <https://doi.org/10.20527/dk.v8i2.8285>
- Andi Parellangi. (2018). *Home care nursing : aplikasi praktik berbasis evidence-based* (Edisi 1). Andi.
- Annisa, Y., & Purbowati, M. R. (2015). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Pasien Tuberculosis Di Wilayah Kerja Puskesmas Surakarta. *Psycho Idea*, 13(1).
- Arlinghaus, K. R., & Johnston, C. A. (2019). The Importance of Creating Habits and Routine. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 13(2), 142–144. <https://doi.org/10.1177/1559827618818044>
- Ayu, S., & Paneo, R. S. (n.d.). Hubungan Kinerja Perawat dan Kemandirian Keluarga dengan Upaya Pencegahan Tuberculosis Paru di Kota Gorontalo = The Relations of Nursing Performance and Family Autonomy with Pulmonary Tuberculosis in Gorontalo. 155. <https://doi.org/https://lib.ui.ac.id/detail?id=20491932&lokasi=lokal>
- Carter, J., Lacchetti, C., Andersen, B. L., Barton, D. L., Bolte, S., Damast, S., Diefenbach, M. A., DuHamel, K., Florendo, J., Ganz, P. A., Goldfarb, S., Hallmeyer, S., Kushner, D. M., & Rowland, J. H. (2018). Interventions to address sexual problems in people with cancer: American society of clinical oncology clinical practice guideline adaptation of cancer care Ontario guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 36(5), 492–511. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.8995>
- Chakaya, J., Khan, M., Ntoumi, F., Aklillu, E., Fatima, R., Mwaba, P., Kapata, N., Sayoki, M., Ehtesham, S., Katoto, P. D. M. C., Bulabula, A. N. H., Sam-agudu, N. A., Nachege, J. B., Tiberi, S., Mchugh, T. D., & Abubakar, I. (2021). International Journal of Infectious Diseases Global Tuberculosis Report 2020 – Reflections on the Global TB burden , treatment and prevention efforts. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.107>
- Endang et al. (2022). The Correlation Between Family Support and Medicine Compliance in Pulmonary Tuberculosis Patients. 6(2), 80–86.
- Foster, R. M., Childs, A.-R., Brooks, M., Farthing, M. W., Butler, E. C., & Potts, W. M. (2020). Quantifying the impacts of abrasion and bacterial transfer when fish are exposed to sand during a catch-and-release event. *African Journal of Marine Science*, 42(3), 307–314. <https://doi.org/10.2989/1814232X.2020.1792982>
- Friedman. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori dan Praktek*. EGC.
- Harmili, K. &. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas I (I)*. PT. Nasya Expanding Management (NEM).
- Kemenkes RI, K. K. (n.d.). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberculosis* (K. K. Kemenkes RI (ed.)). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Kemenkes RI, K. K. (2019). *Petunjuk Teknis Aplikasi Keluarga Sehat*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI, K. K. (2021). *Penanggulangan Nasional Tuberkulosis* (K. K. Kemenkes RI (ed.)). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI, K. K. (2022). *Dashboard Tuberculosis Indonesia*.
- Korua, E. S., Kapantow, N. H., & Kawatu, P. A. T. (2020). Hubungan Antara Umur, Jenis Kelamin, dan Kepadatan Hunian dengan Kejadian TB Paru pada Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan. *Jurnal Unsrat*, 1–9.
- Marwansyah, M., & Sholikhah, H. H. (2016). The Influence of Empowering TB (Tuberculosis) Patients' Family on Capability of Implementing The Family Health Task in Martapura and Astambul Public Health Center Areas in Banjar District. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18(4), 407–419. <https://doi.org/10.22435/hsr.v18i4.4574.407-419>
- Nygårdh, A. (2017). The experience of empowerment in the patient–staff encounter: the patient's perspective. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03901.x>
- Samal, J. (2017). Family perspectives in the care and support of tuberculosis patients: An Indian context. *The Journal of Association of Chest Physicians*, 5(2), 67. <https://doi.org/10.4103/2320-8775.202899>
- Septiani, F., & Erawati, M. (2022). Factors Affecting The Quality Of Life Among Pulmonary Tuberculosis Patients : A Literature Review. 11(1), 57–69.
- Silva, S., Arinaminpathy, N., Atun, R., Goosby, E., & Reid, M. (2020). Articles Economic impact of tuberculosis mortality in 120 countries and the cost of not achieving the Sustainable Development Goals tuberculosis targets : a full-income analysis. *The Lancet Global Health*, 9(10), e1372–e1379. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00299-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00299-0)
- Song, W., Zhao, J., Zhang, Q., Liu, S., & Zhu, X. (2021). COVID-19 and Tuberculosis Coinfection : An Overview of Case Reports / Case Series and. 8(August), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.657006>
- Suhartatik, Azniah, & Hadis, H. (2019). Gambaran Tingkat Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Diagnosa Tb Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Bulurokeng Kec. Biringkanaya Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 13, 2302–2531.
- Sunarmi, S., & Kurniawaty, K. (2022). Hubungan Karakteristik Pasien Tb Paru Dengan Kejadian Tuberkulosis. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 7(2), 182–187. <https://doi.org/10.36729/jam.v7i2.865>
- Ter Beek, L., Bolhuis, M. S., Jager-Wittenaar, H., Brijan, R. X. D., Sturkenboom, M. G. G., Kerstjens, H. A. M., De Lange, W. C. M., Tiberi, S., Van Der Werf, T. S., Alffenaar, J. W. C., & Akkerman, O. W. (2021). Malnutrition assessment methods in adult patients with tuberculosis: A systematic review. *BMJ Open*, 11(12), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049777>
- WHO. (2020). *Global TB Report*.

