

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis Paru atau lebih dikenal dengan TB Paru merupakan dilema kesehatan baik dalam negeri ataupun luar negeri sehingga Tuberkulosis Paru dimasukkan ke program unggulan dunia yang dirilis oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang dikenal dengan *Sustainable Development Goals* (SDG's) (Kemenkes RI, 2020a). Tuberkulosis (TB) Paru adalah penyakit peradangan saluran pernapasan yang diakibatkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* dan dapat ditularkan kepada orang disekitarnya melalui udara, pada saat penderita batuk atau bersin (Suhartatik et al., 2019; Zhang et al., 2020).

Tuberkulosis (TB) menjadi bagian dari 5 program prioritas nasional (PPN) dari kementerian kesehatan Republik Indonesia yang dijadikan sebagai standar akreditasi Puskesmas, yaitu penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian neonatus (AKN), pengendalian tuberkulosis, kenaikan cakupan dan kualitas imunisasi, pencegahan dan depresiasi stunting, penanganan penyakit tidak menular serta aspek risikonya.

Tuberkulosis (TB) juga merupakan satu-satunya penyakit menular yang dijadikan sebagai parameter pelayanan primer yang dikenal dengan indikator nasional mutu (INM). Parameter ini merupakan skala ukur yang berfungsi mengevaluasi tingkat pencapaian kualitas pelayanan

kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Keberhasilan pengobatan pada pasien TB semua kasus minimal 90% dengan memperhatikan upaya penurunan angka *dropout*, *default* dalam pengobatan, kematian dan klien yang tidak dilakukan evaluasi dengan tujuan untuk mengetahui jumlah keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus sensitif obat dan mengurangi angka penularan penyakit TB (Kemenkes RI, 2020b).

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 (Global TB Report, 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 perkiraan jumlah penduduk Indonesia lebih kurang 250 juta, setiap tahun ditemukan 1 juta lebih kasus TB Paru dengan angka kematian sebesar 100.000 orang/tahun atau 273 per hari atau ada 3-4 orang meninggal setiap jamnya karena TB Paru. Dengan hasil survey tersebut menempatkan Indonesia pada peringkat ke dua dengan penderita TB Paru tertinggi di dunia setelah India (Global TB Report, 2022;

Kemenkes RI, 2020a).

Angka kasus TB Paru di Indonesia dari tahun ketahun mengalami peningkatan. Hal ini dapat kita gambarkan dari 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. Hal ini dapat dilihat dari data Profil Kesehatan RI 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.

Secara target program, Indonesia memiliki target cakupan pengobatan TB Paru (*Treatment Coverage*) pada tahun 2020 sebesar 41,7% yang relative menurun jika dibandingkan dengan tiga tahun sebelumnya. *Treatment Coverage* pada tahun 2020 di Indonesia belum mencapai target yaitu 80%, dan masih jauh lebih rendah dibandingkan dengan *Treatment Coverage* secara Taglobal 71% pada tahun 2019.

Angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate*) pada tahun 2020 masih berada pada angka 82,7% yang berada dibawah target nasional yaitu 90% (Profil Kesehatan Indonesia, 2020). Apabila capaian ini dibaca dari sudut pandang indikator nasional mutu (INM) maka dapat kita simpulkan bahwa mutu dari pelayanan kesehatan yang diberikan belum kategori bermutu, dengan arti kata masih adanya penderita TB yang putus berobat, gagal dalam pengobatan, meninggal dan pasien yang tidak dilakukan evaluasi sehingga tujuan untuk mengetahui jumlah keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus sensitif obat dan mengurangi angka penularan penyakit TB tidak tercapai (kemenkes RI, 2020c).

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 (Ter beek L et al., 2021; Septiani, et al., 2022). 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 Sachin et al., 2021).

Begitu banyak dampak yang disebabkan oleh penyakit TB Paru ini maka diperlukan adanya dukungan dan kerja sama 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* (TB-MDR) sehingga pasien harus menjalani pengobatan yang lama, jumlah obat yang lebih banyak, efek samping pengobatan yang jauh lebih buruk, dan akhirnya tingkat kesembuhan menjadi rendah dan berujung pada kematian (Wianti, 2019).

Pemerintah Indonesia telah melakukan pengembangan berbagai upaya/strategi pengendalian TB Paru. Upaya-upaya tersebut meliputi : 1) Penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah Pusat, provinsi dan Kabupaten/Kota, dalam hal ini dibuktikan dengan pembentukan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. 2) Peningkatan akses layanan *Tuberculosis* yang bermutu dan berpihak pada pasien. 3) Optimalisasi upaya promosi dan pencegahan *Tuberculosis* serta pengendalian infeksi. 4) Pemanfaatan hasil riset dan teknologi skrining, diagnosis, dan tatalaksana *Tuberculosis*, dalam hal ini pengobatan pemerintah mengadopsi strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-cours*.

Tujuannya adalah menemukan, menyembuhkan dengan memberikan fokus utama pada klien dengan tipe menular. Seiring berjalannya waktu, terjadi perkembangan program DOTS yang dikenal dengan TOSS TB (Temukan Tuberkulosis Obati sampai Sembuh). 5) Peningkatan peran serta komunitas, mitra dan multisektoral lainnya (Kemenkes RI, 2019).

Pemerintah juga telah mencanangkan program lain yang menfokuskan pelayanan kesehatan ke arah pencegahan atau promotif dan preventif. Hal itu dilakukan melalui transformasi kesehatan pilar pertama terkait layanan primer, salah satu program pemerintah di kenal dengan PIS-PK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga). Program PIS-PK ini merupakan program dimana klien TB Paru memperoleh pelayanan kesehatan dan pengobatan sesuai dengan prosedur yang ada (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 (Dashboard Tuberkulosis Indonesia, 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 (Zang et al., 2020), kesadaran dan pemahaman klien tentang perawatan dan pengobatan TB paru masih rendah (Farida, 2020), faktor perilaku terdahulu, sosiokultural, persepsi kemampuan diri serta dukungan keluarga yang masih kurang (Samal J, 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 (Nurhayati, 2015). Selain itu, keluarga tidak memperoleh pendampingan dari petugas kesehatan, sehingga kepercayaan diri untuk memberikan perawatan pada klien TB Paru menjadi rendah.

Peran keluarga hanya sebatas memantau klien menelan obat sehingga kesadaran akan bahaya penularan ke anggota keluarga lainnya juga belum terjadi (Marwansyah & Hidayad, 2015). Kondisi ini sebenarnya dapat diatasi apabila upaya pengobatan selaras dengan perawatan, sehingga kemandirian klien dan keluarga dapat tercapai dan penyembuhan penderita TB paru menjadi optimal (Kristini, 2020).

Haris (2016) menyatakan dalam penelitiannya bahwa pelaksanaan intervensi keperawatan melalui bimbingan konseling, Pendidikan kesehatan dan demonstrasi untuk klien dan keluarga dengan TB Paru, memberikan dampak positif dalam meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit yaitu dengan mengetahui konsep penyakit TB, pengobatan serta perawatan sederhana, cara pencegahan dan penanggulangan bahkan sampai mempromosikan TB Paru kepada masyarakat. Hal ini senada dengan penelitian Sudirman

et al. (2020) yang menyatakan tingkat kemandirian keluarga pada pengukuran setelah diberikan intervensi lima tugas kesehatan keluarga pada kelompok intervensi lebih tinggi yaitu 3,10 dari pengukuran sebelum pemberian intervensi lima tugas kesehatan keluarga yaitu 1,55. Mary (2018) menyatakan kemandirian kelompok kontrol tidak ada perubahan kemandirian disebabkan oleh sedikitnya paparan informasi mengenai TB Paru yang didapatkan oleh keluarga, kurangnya pemahaman antar anggota keluarga terkait konsep sehat-sakit, keluarga cenderung hanya mengambil obat di pusat pelayanan kesehatan tanpa berkonsultasi terlebih dahulu dengan petugas kesehatan terkait penyakit yang diderita anggota keluarganya.

Menurut Kemenkes RI (2020b) keluarga dan penderita TB Paru perlu diberdayakan melalui pemberian informasi tentang perawatan, pengobatan dan pencegahan dan pengendalian TB Paru sehingga dapat menumbuhkan aspek pengetahuan, pemahaman, perubahan sikap dan tindakan, kesadaran kesehatan terhadap anggota keluarga dalam perawatan, pengobatan dan pencegahan penularan penyakit TB Paru (Marwansyah & Hidayad, 2015). Sejalan dengan Undang-undang Republik Indonesia nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan, pada pasal 29 ayat (1) dinyatakan bahwa dalam menyelenggarakan praktik keperawatan, perawat dapat bertugas sebagai pemberi asuhan keperawatan dan pengelola pelayanan keperawatan. Selain berupa kontribusi langsung sebagai pemberi asuhan keperawatan diharapkan juga dapat melakukan pengelolaan pelayanan TB Paru.

Peran perawat komunitas sebagai pemberi asuhan dan pengelola pelayananan 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 (Harnili & Kristina, 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 (Parrelangi, 2015).

Dalam permenkes nomor 67 tahun 2016 tentang penanggulangan tuberkulosis dinyatakan bahwa strategi promosi kesehatan dalam penanggulangan TB Paru diselenggarakan dengan strategi pemberdayaan keluarga, masyarakat, advokasi dan kemitraan. Salah satu bentuk strategi pemberdayaan keluarga dan masyarakat adalah dengan adanya kunjungan rumah (*home visit*). Tujuan kunjungan rumah (*home visit*) ini adalah memberikan informasi tentang TB Paru secara terus menerus serta berkesinambungan untuk menciptakan kesadaran kemauan dan

kemampuan pasien TB, keluarga dan kelompok masyarakat dengan metode komunikasi efektif.

Dalam pelaksanaan kunjungan rumah (*home visit*) ini, pendekatan yang digunakan adalah teori Friedman. Menurut Friedman tugas keluarga dibidang kesehatan terdiri atas 5 tugas yaitu mengenal masalah kesehatan keluarga, memutuskan tindakan yang tepat, merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, memodifikasi lingkungan dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan (Suhartatik, 2019). Permasalahan kesehatan maupun keperawatan yang dialami oleh keluarga dapat teratasi jika keluarga mempunyai kemampuan dalam melaksanakan kelima tugas kesehatan keluarga. Anggota keluarga perlu di berdayakan dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga agar tidak terjadi kesalahan dalam perawatan anggota keluarga yang sakit dirumah, sehingga pemberdayaan keluarga dilakukan dengan melibatkan tenaga kesehatan dan sistem pendukung dari penderita TB Paru (Marwansyah & Sholikhah, 2015).

Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya tentang penerapan kunjungan rumah ini diantaranya adalah penelitian Gusneli (2020) dengan intervensi BEBAS (Berikan Edukasi, Etika batuk dan olahraga (senam pernafasan) bentuk kelompok peduli TB Paru, awasi pengobatan oleh keluarga dan spiritual) sangat mempengaruhi sikap dan perilaku baik klien maupun keluarga dalam penanggulangan dan pencegahan penularan TB Paru di keluarga dan masyarakat. Sudirman et al. (2020) menyatakan dalam meningkatkan kemandirian keluarga diperlukan pemahaman, pengetahuan terkait penyakit yang

diderita sehingga menimbulkan perubahan perilaku dalam hal perawatan dan pemeliharaan kesehatan, dengan rata-rata tingkat kemandirian keluarga pada pengukuran setelah pemberian intervensi lima tugas Kesehatan keluarga kelompok intervensi lebih tinggi yaitu 3,10 dari pengukuran sebelum pemberian intervensi yaitu 1,55.

Penelitian Arnis et al (2020) menyatakan kegiatan pemberdayaan berupa pendampingan keluarga dalam perawatan penderita TB Paru dilakukan selama 6 bulan. Kegiatan ini terdiri dari 3 (tiga) tahap kegiatan, yaitu: pelatihan keluarga (*caregiver*), pendampingan dan pemberdayaan keluarga, serta pengawasan intensif pengobatan penderita TB Paru. Hasil dari program ini adalah aktif dan mandiri keluarga dalam mendampingi dan merawat penderita TB Paru, berkurangnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit TB Paru, serta meningkatnya status kesehatan masyarakat.

Berdasarkan data yang peneliti dapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Solok penemuan kasus TB Paru terbanyak pada tahun 2022 berada di wilayah kerja Puskesmas Simpang Tanjung Nan IV sebanyak 27 kasus, urutan kedua adalah Puskesmas Muara Panas sebanyak 23 kasus, dan urutan ketiga terdapat di wilayah kerja Puskesmas Selayo dengan 21 kasus, sedangkan penemuan kasus terendah terdapat di wilayah Puskesmas Sirukam dan Puskesmas Batu Bajanjang yaitu 2 kasus. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Solok Tahun 2023 didapatkan bahwa kasus terbanyak hingga bulan April 2023 adalah Puskesmas Singkarak sebanyak 17 kasus dan Puskesmas Muara Panas 18 Kasus.

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 di rumah, 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 tergal 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.

Berdasarkan fenomena atau kondisi tersebut, peneliti sangat tertarik melakukan penelitian tentang “Pengaruh Intervensi Kunjungan Rumah (*Home Visit*) Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Tuberkulosis (TB) Paru Di Puskesmas Singkarak dan Muara Panas Kabupaten Solok Tahun 2023”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “apakah ada pengaruh intervensi kunjungan rumah (*Home Visit*) terhadap kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Tuberkulosis (TB) Paru Di Puskesmas Singkarak dan Muara Panas Kabupaten Solok Tahun 2023”?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui “Pengaruh Intervensi Kunjungan Rumah (*Home Visit*) Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Tuberkulosis (TB) Paru Di Puskesmas Singkarak dan Muara Panas Tahun Kabupaten Solok 2023”.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi gambaran karakteristik keluarga yang merawat pasien TB Paru: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status

pernikahan, tipe keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

b. Mengetahui rata-rata kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Tuberkulosis (TB) Paru sebelum dan sesudah diberikan intervensi kunjungan rumah (*Home Visit*) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

c. Melihat pengaruh intervensi kunjungan rumah (*Home Visit*) terhadap kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Tuberkulosis (TB) Paru pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

Penelitian ini dapat dipergunakan untuk memberikan pelayanan keperawatan khususnya dalam edukasi, monitoring dan pengawasan makan obat pasien TB Paru sehingga pelayanan yang diberikan kepada pasien dan keluarga lebih berkualitas, serta dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita TB Paru dengan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) terhadap kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB Paru.

2. Manfaat Keilmuan

Penelitian ini bermanfaat dalam pengembangan ilmu dan mempraktekkan teori yang telah peneliti pelajari dan meningkatkan

pengetahuan peneliti tentang pemberdayaan keluarga dengan intervensi kunjungan rumah (*home visit*) terhadap kemandirian keluarga dalam meningkatkan kemampuan merawat penderita TB Paru dan meningkatkan status kesehatan penderita TB Paru.

3. Manfaat Metodologi

Diharapkan penelitian ini bisa dijadikan sebagai bahan masukan, rujukan serta bermanfaat bagi peneliti-peneliti selanjutnya yang mengacu dalam pemberian intervensi kunjungan rumah (*home visit*) dalam memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan TB Paru. Penelitian ini diharapkan menjadi referensi untuk penelitian lain sehingga memberikan dampak yang lebih baik bagi kualitas pelayanan keperawatan selanjutnya.

