

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Dalam kurun sejarah manusia perang melawan penyakit tuberkulosis paru, seperti tidak ada putus-putusnya. Ribuan tahun silam seperti ditunjukkan oleh tulang-tulang peninggalan masa pra sejarah di Jerman (8000 SM), Tuberkulosis paru diketahui sudah menyerang penduduk pada zamannya. Dari fosil yang digali dari sisa-sisa peradapan Mesir kuno, juga terdapat bukti-bukti bahwa 2,500-1000 tahun SM penyakit ini sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat. Dari berbagai catatan dunia banyak raja-raja dan tokoh-tokoh terkenal pada waktu itu ketahuhi meninggal karena penyakit Tuberkulosis Paru (Chanda 2005).

Penyakit tuberkulosis paru merupakan penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang telah menginfeksi hampir sepertiga penduduk dunia dan pada sebagian besar negara di dunia tidak dapat mengendalikan penyakit Tuberkulosis Paru ini disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan. Dari hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) Tahun 2001, menunjukkan bahwa penyakit Tb paru merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit pernafasan pada semua kelompok usia, dan nomor 1 dari golongan penyakit infeksi.

Menurut *World Health Organization* (WHO 2003) menyebutkan 90% penderita Tb paru di dunia menyerang kelompok dengan status ekonomi lemah atau miskin. Keadaan sosial ekonomi berkaitan erat dengan pendidikan, keadaan sanitasi lingkungan, gizi dan akses terhadap pelayanan

kesehatan. Penurunan pendapatan dapat menyebabkan kurangnya kemampuan daya beli dalam memenuhi konsumsi makanan sehingga akan berpengaruh terhadap status gizi. Apabila status gizi buruk maka akan menyebabkan kekebalan tubuh yang menurun sehingga memudahkan terkena infeksi Tb Paru.

Hubungan antara kemiskinan dengan Tb paru bersifat timbal balik, Tb paru merupakan penyebab kemiskinan dan karena miskin maka manusia menderita Tb paru. Lingkungan rumah menurut Notoatmodjo (2003) dapat memberikan pengaruh terhadap status kesehatan penghuninya termasuk dalam penyebaran kuman Tb paru. Lingkungan rumah yang terkait dengan kejadian Tb adalah meliputi lingkungan fisik (ventilasi, suhu, kelembaban, dan pencahayaan) dan lingkungan sosial (kepadatan penghuni). Sehingga untuk mengetahui kondisi lingkungan rumah tersebut memerlukan pemeriksaan yang khusus dan sulit untuk dilakukan karena memerlukan alat dan waktu yang khusus.

Rumah yang sehat akan mendukung kelangsungan hidup serta kenyamanan dan keamanan bagi penghuninya, namun sebaliknya rumah yang tidak memenuhi syarat dapat berperan dalam penularan berbagai penyakit berbasis lingkungan termasuk Tb Paru. Kelompok Komponen Rumah yang dijadikan dasar penilaian rumah sehat menggunakan indikator dan parameter penilaian rumah terdiri dari langit-langit, dinding, lantai, Jendela kamar tidur, jendela ruang keluarga, ventilasi, lubang asap dapur, pencahayaan, kandang, pemantauan pekarangan, suhu udara, kelembaban, kepadatan penghuni (Arifin, 2009).

Dalam Riskesdas 2010, kriteria 'rumah sehat' yang digunakan bila memenuhi tujuh kriteria, yaitu atap berplafon, dinding permanen (tembok/papan), jenis lantai bukan tanah, tersedia jendela, ventilasi cukup, pencahayaan alami cukup, dan tidak padat huni (lebih sama dengan 8m<sup>2</sup>/orang). Secara nasional 60 persen rumah tangga di Indonesia menggunakan listrik, gas, dan minyak tanah sebagai bahan bakar untuk memasak, sementara sisanya masih menggunakan arang, kayu dan lainnya. Berdasarkan tempat tinggal, penggunaan bahan bakar untuk memasak jenis listrik, gas dan minyak tanah di perkotaan (82,7%), sedangkan di pedesaan lebih banyak penggunaan bahan bakar untuk memasak jenis arang, kayu bakar dan lainnya (64,2%). Hanya 24,9 persen rumah penduduk di Indonesia yang tergolong rumah sehat. Persentase tempat tinggal yang memenuhi kriteria rumah sehat lebih tinggi di perkotaan (32,5%) daripada di pedesaan (16,8%) (Arifin, 2009).

Penyakit Tuberkulosis paru masih merupakan masalah Kesehatan Masyarakat Dunia. Penyakit Tuberkulosis Paru banyak menyerang Usia Kerja Produktif, kebanyakan dari kelompok Sosial Ekonomi rendah dan berpendidikan rendah. Meningkatnya kasus HIV/AIDS yang menurunkan daya tabuh juga menyebabkan meningkatnya kembali penyakit Tb paru dinegara-negara yang sudah berhasil mengendalikan penyakit. Banyak penderita yang tidak berhasil disembuhkan, penderita dengan Basil Tahan Asam (BTA) positif berisiko menularkan penyakit pada orang lainnya.

Sebagai salah satu indikator kemiskinan serta keterbelakangan, penyakit ini dewasa ini seakan terlupakan serta tidak sepopuler penyakit HIV/AIDS, flu burung, demam berdarah hingga penyakit metabolik seperti stroke, jantung

koroner, diabetes dan lain-lain yang secara psikologis menimbulkan 'ketakutan' sehingga masyarakat timbul kesiap siagaan maupun kewaspadaan dini.

Namun demikian seiring dengan upaya penanggulangan yang masih, tingkat prevalensi penyakit Tb cenderung menurun setiap tahunnya. Estimasi insidens (kasus baru) Tb di Indonesia yang dilaporkan oleh WHO dalam Global report 2011 adalah 450.000 per tahun sedangkan prevalensinya sekitar 690.000 pertahun. Sejak tahun 2010 WHO tidak lagi menyebutkan ranking negara, tetapi Indonesia memang masih termasuk 10 besar negara Tb dengan beban permasalahan Tb terbesar (22 negara). Sebetulnya insidens sudah menunjukkan kecenderungan penurunan walaupun masih sangat lambat dan sampai saat ini belum ada cara yang memungkinkan pengukuran insidens secara tepat, sehingga hal ini sangat sulit untuk diketahui.

Menurut *World Health Organization* (WHO 2011), Indonesia menempati urutan kelima dalam daftar negara dengan jumlah pasien tuberkulosis tertinggi di dunia. Sebelumnya Indonesia menduduki urutan ketiga setelah India dan China, kemudian urutan kelima karena jumlah kasus Tuberkulosis paru di Afrika Selatan dan Nigeria meningkat melebihi Indonesia. Dari sisi jumlah, terjadi penurunan kasus baru tuberkulosis paru. Kalau tahun 2007 total kasus tuberkulosis berjumlah 528.000 kasus, tahun 2008 berjumlah 429.730 kasus. Meski demikian, di Indonesia tuberkulosis masih menempati urutan kedua (7,5 persen) pola penyebab kematian semua umur setelah stroke (Risksdas 2007).

Di sisi lain fenomena kolaborasi kasus Tb-HIV/AIDS juga merupakan ancaman baru dimana orang yang menderita HIV/AIDS akan sangat rentan

terjangkit penyakit Tb akibat kondisi daya tahan tubuh (imunitas) yang kian memburuk sehingga upaya penanganan pengobatan lebih kompleks yang menimbulkan resiko kematian yang lebih besar.

Pada umumnya kasus Tb-HIV disertai dengan komplikasi penyakit lain, meski jumlah kasus Tb-HIV belum menunjukkan peningkatan secara signifikan namun seiring dengan tren prevalensi kasus HIV/AIDS yang terus meningkat menyebabkan resiko kasus Tb-HIV juga semakin meningkat. Dampak penyakit Tb bukan sekedar problem kesehatan saja namun juga berdampak langsung terhadap produktivitas, sosial ekonomi dan kerugian ekonomi termasuk masa depan kelak bila menyerang balita maupun anak-anak. Selain itu aspek pembiayaan pemerintah juga cukup besar, selain alokasi pada penyediaan logistik obat, bahan dan peralatan laboratorium juga pelatihan petugas kesehatan dan kebutuhan riset terhadap perkembangan seputar Tb.

Sejak Tahun 1995 pemerintah telah berusaha melakukan pemberantasan penyakit Tuberkulosis dengan melaksanakan strategi *Directly Observed Treatment, Shortcourse chemotherapy* (DOTS) yang direkomendasikan oleh WHO dalam pelaksanaan program penanggulangan Tb Paru. Penanggulangan dengan strategi DOTS dapat memberikan angka kesembuhan yang tinggi.

Strategi DOTS terdiri atas 5 komponen, yaitu : Komitmen politis dari para pengambil keputusan, termasuk dukungan dana. Diagnosis Tb Paru dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis, Pengobatan dengan panduan Obat Anti Tb Paru (OAT) jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh pengawas menelan obat, Kesiambungan penyediaan OAT jangka pendek dengan mutu

terjamin, Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan Tb Paru. pengawasan langsung oleh pengawas menelan obat (PMO), Orang yang dapat menjadi pengawas minum obat adalah : Petugas kesehatan, Keluarga pasien, Kader, Pasien yang sudah sembuh, Tokoh masyarakat, Guru. Tugas pengawas minum obat adalah : Mengawasi pasien agar minum obat secara teratur sampai selesai pengobatan, Memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur, Mengingatkan kepada pasien untuk periksa dahak ulang (pasien dewasa) dan Memberi penyuluhan kepada anggota keluarga pasien Tb Paru yang mempunyai gejala-gejala tersangka Tb Paru untuk segera memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan.

Strategi DOTS dalam program penanggulangan Tb Paru harus mencapai target yang telah di tentukan. Adapun indikator nasional yang harus dipenuhi adalah angka penemuan *penderita*(*case detection rate* 70 %), angka kesembuhan (*care rate* 85%) ,angka konversi / (*conversi rate* 80%) dan angka kesalahan laboratorium (*error rate* < 5 %). Sedangkan di kabupaten bolaang mongondow khususnya di kecamatan bolangitang timur angka penemuan kasus penderita *case detection rate* baru mencapai 50 %

Faktor risiko yang berperan terhadap timbulnya kejadian penyakit tuberkulosis paru dikelompokkan menjadi 2 kelompok faktor risiko,yaitu faktor risiko kependudukan (jenis kelamin,umur,status gizi,kondisi sosial ekonomi) dan faktor risiko lingkungan (kepadatan, lantai rumah,ventilasi,pencahayaan, kelembaban,dan ketinggian).

Menurut Johnson (2008) banyak hal yang menjadi faktor risiko penyebab Tb paru. Diantaranya adalah status ekonomi yang rendah, keadaan gizi yang kurang baik, kontak serumah, pengetahuan kesehatan yang kurang sehingga keadaan kesehatan lingkungan pun menjadi buruk dan menyebabkan bakteri Tuberculosis berkembang biak.

Pada penelitian sugiarto (2004) Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian TB Paru BTA (+) PadaP penghuni Rumah Kebun Di Kabupaten Bengkulu Utara. Uji hipotesis dalam penelitian ini menggunakan tahapan analisis univariat, bivariat dan multivariate. Variabel independen dalam penelitian adalah karakteristik individu (usia, jenis'kelamin, kontak penderita,riwayat imunisasi, perilaku, status gizi), lingkungan fisik (ventilasi, suhu, pencahayaan, kelembaban),lingkungan social (kepadatan penghuni, pendidikan, pengetahuan, penghasilan). Hasil penelitian menunjukkan bahwa penghuni rumah kebun yang pernah kontak dengan penderita Tb paru BTA (+) mempunyai risiko 5,09 kali, status gizi yang kurang mempunyai risiko 2,26 kali, kelembaban tidak memenuhi syarat mempunyai risiko 3,56 kali, kepadatan hunian tidak memenuhi syarat mempunyai risiko 2,716 kali, tingkat pengetahuan tentang penyakit TBC yang kurang mempunyai risiko 2,37 kali untuk terkena Tb paru BTA (+).

Sesuai data pasien yang ada di puskesmas Bohabak tahun 2010 dari jumlah suspek 168 kasus di temukan BTA positif sebesar 25 penderita atau 14 % kemudian pada tahun 2011 dari jumlah suspek 643 kasus di temukan BTA positif sebesar 287 penderita atau 44 % pada bulan juli 2011 terdapat 1 orang meninggal diakibatkan oleh penyakit tuberkulosis paru. pada tahun 2012 dari

jumlah suspek 423 kasus ditemukan BTA positif sebesar 293 penderita atau 69 %, (puskesmas bohabak, 2012).

Berdasarkan uraian tersebut diatas, dan melihat penderita Tb paru di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara terus meningkat , karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang, Faktor faktor yang mempengaruhi kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Bohabak Kecamatan Bolangitang Timur Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun 2012.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka dapat di rumuskan permasalahan dalam penelitian ini adalah : apakah faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian tuberkulosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Bohabak Kecamatan Bolangitang Timur Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun 2012.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Untuk mengetahui faktor faktor yang mempengaruhi kejadian Tb Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Bohabak Kecamatan Bolangitang Timur Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun 2012.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui pengaruh ventilasi terhadap kejadian Tuberculosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Bohabak Kecamatan Bolangitang Timur Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun 2012



2. Untuk mengetahui pengaruh pencahayaan terhadap kejadian Tuberculosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Bohabak Kecamatan Bolangitang Timur Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun 2012
3. Untuk mengetahui pengaruh suhu udara dalam rumah terhadap kejadian Tuberculosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Bohabak Kecamatan Bolangitang Timur Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun 2012.
4. Untuk mengetahui pengaruh kepadatan hunian terhadap kejadian Tuberculosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Bohabak Kecamatan Bolangitang Timur Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun 2012
5. Untuk mengetahui pengaruh kontak serumah terhadap kejadian Tuberculosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Bohabak Kecamatan Bolangitang Timur Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun 2012
6. Untuk mengetahui pengaruh Pendapatan keluarga terhadap kejadian Tuberculosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Bohabak Kecamatan Bolangitang Timur Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun 2012.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Institusi**

Sebagai masukan bagi peneliti-peneliti selanjutnya khususnya mereka yang berminat untuk meneliti lebih lanjut mengenai Tuberkulosis paru. sebagai masukan untuk dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan khususnya mengenai faktor yang berhubungan dengan Tuberkulosis paru.

#### 1.4.2 Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan menjadi sumber kepustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat dan menjadi referensi untuk peneliti selanjutnya.

#### 1.4.3 Manfaat Untuk Peneliti

1. Penelitian ini menjadi salah satu pengalaman berharga bagi penulis dalam menyelesaikan tugas akhir dan dapat menambah wawasan tentang penyebaran penyakit Tuberkulosis paru ditingkat masyarakat.
2. Mengetahui bagaimana Rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan tidak memenuhi syarat kesehatan di lihat dari segi ventilasinya,pencahayaan rumah,suhu udara rumah,dan padat hunian rumah.