

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut UU RI No. 23 Tahun 1992, yang dimaksud dengan keadaan sehat adalah keadaan meliputi kesehatan badan, rohani (mental) dan sosial dan bukan hanya keadaan yang bebas penyakit, cacat, dan kelemahan sehingga dapat hidup produktif secara sosial ekonomi. Beberapa aspek yang dapat dihubungkan dengan derajat kesehatan adalah : lingkungan, pelayanan kesehatan dan perilaku.

Menurut WHO, kesehatan lingkungan adalah keseimbangan ekologi antara manusia dan lingkungannya agar terjadi keadaan sehat. Keadaan sehat tidak hanya sehat fisik, tetapi juga sehat mental dan hubungan sosial yang optimal dilingkungkannya (Sunarto, 2010).

Dalam epidemiologi penyebab penyakit perlu diketahui dengan maksud untuk mengetahui proses terjadinya penyakit dan untuk berupaya mencegah faktor penyebab tersebut. Dilihat dari segi epidemiologis, kejadian penyakit umumnya berkaitan dengan sejumlah penyebab. Sebaliknya, satu penyebab dapat juga menyebabkan beberapa penyakit (Bustan, 2006).

Ada beberapa konsep model yang dapat diajukan dalam diagnosis status kesehatan dan terjadinya penyakit, antara lain :

1. *The Traditional (Ecological) model :*

Model ini merupakan model pertama yang mengemukakan bahwa status sehat ditentukan oleh keseimbangan tiga faktor utama (penjamu, agent, dan lingkungan). Gangguan keseimbangan akan menyebabkan timbulnya penyakit.

2. *The Health Field Concept* (H. L. Laframboise, 1973) :

Model ini mengemukakan bahwa status kesehatan ditentukan dari hasil hubungan antara faktor – faktor lingkungan, gaya hidup, biologi dan sistem pelayanan kesehatan secara bersama – sama.

3. *The Environment of Health*, (Hendrik L. Blum, 1974) :

Teori ini disebut juga sebagai *The Force Field and Well-Being Paradigms Of Health*. Di sini terdapat empat faktor secara independen dan punya kekuatan masing – masing yang berbeda dalam menentukan keadaan kesehatan (Bustan, 2006).

Pada model ekologi diajukan konsep keberadaan status kesehatan yang ditentukan oleh hasil antara tuan rumah, agen dan lingkungan. Hasil interaksi positif keempat faktor ini akan menghasilkan keadaan seimbang. Keadaan seimbang ini memberikan keadaan normal atau sehat. Jika terjadi gangguan atau interaksi negatif dimana salah satu di antaranya menurun kemampuannya, maka terjadilah keadaan sakit.

Asma merupakan penyakit respiratorik kronik yang paling sering ditemukan, terutama dinegara maju. Penyakit ini pada umumnya dimulai sejak masa anak – anak, asma merupakan suatu keadaan di mana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu yang menyebabkan peradangan. Bisaanya penyempitan ini sementara, penyakit ini paling banyak menyerang anak dan berpotensi untuk mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Asma sebagai kumpulan tanda dan gejala *wheezing* (mengi) dan atau batuk dengan karakteristik sebagai berikut: timbul secara

episodik dan atau kronik, cenderung pada malam hari/dini hari (*nocturnal*), musiman, adanya faktor pencetus di antaranya aktivitas fisik dan bersifat reversibel baik secara spontan maupun dengan pengobatan, serta adanya riwayat asma atau atopi lain pada pasien/keluarganya, sedangkan sebab – sebab lain sudah disingkirkan (Bustan, 2006).

Menurut Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1996, penyakit – penyakit yang dapat menyebabkan sesak napas seperti bronkhitis, emfisema, dan asma merupakan penyebab kematian ketujuh di Indonesia. Asma yang tidak ditangani dengan baik dapat mengganggu kualitas hidup anak tidak terdiagnosis dini, karena yang menonjol adalah gejala batuknya, bisa dengan atau tanpa mengi (Dewi, 2008).

Menurut WHO, sebanyak 100 hingga 150 juta penduduk dunia adalah penyandang asma. Jumlah ini terus bertambah sebanyak 180.000 orang setiap tahunnya dilaporkan dalam *journal of Allergy and Clinical Immunology* tahun 2003 menunjukkan, asma mengganggu kualitas hidup, seperti gejala – gejala batuk termasuk batuk malam dalam sebulan terakhir pada 44-51% dari 3,207 kasus yang diteliti, bahkan 28,3% penderita mengaku terganggu tidurnya paling tidak sekali dalam seminggu (Sundaru, 2008).

Pengelolaan penderita asma di Unit Gawat Darurat dan di rumah sakit sebenarnya sudah cukup baik, namun yang masih kurang adalah pencegahan faktor penyakit kekambuhan asma. Kebanyakan pasien asma membiarkan sampai muncul keluhan sesak nafas baru kemudian ke dokter. Pengelolaan asma sendiri sebetulnya adalah bagaimana agar pasien tersebut tidak sesak nafas kembali.

Sekali saja pasien dirawat di rumah sakit biayanya lebih besar/sama dengan membeli obat *inhaler* selama satu tahun (Purnomo, 2008).

Di Indonesia, prevalensi asma belum diketahui secara pasti, berdasarkan laporan Hem Sundaru tahun 2008 (Departemen Ilmu Penyakit Dalam, FKUI/RSCM) prevalensi asma di Bandung (5,2%), Semarang (5,5%), Denpasar (4,3%), dan Jakarta (7,5%) (Juwita, 2012).

Penelitian multisenter di beberapa pusat pendidikan di Indonesia mengenai prevalensi asma pada anak usia 13 – 14 tahun (SLTP) menghasilkan angka prevalensi di Palembang 7,4%; di Jakarta 5,7%; dan di Bandung 6,7%. Sidhartani di Semarang tahun 1994 meneliti 632 anak usia 12 – 16 tahun dengan menggunakan kuesioner *International Study of Asthma and Allergy in Children* (ISAAC) dan pengukuran *Peak Flow Meter* (PFM) menemukan prevalensi asma 6,2%. Laporan kasus penyakit tidak menular pada Dinas Kesehatan Jawa Tengah khusus penderita asma bronkial dari beberapa rumah sakit Kabupaten Kudus tahun 2005 sebanyak 6.315 penderita, tahun 2006 sebanyak 6.579 penderita, sedangkan pada tahun 2007 sampai pada bulan Maret sebanyak 2.958. Laporan kasus asma bronkial pada anak Rumah Sakit Daerah Kudus tahun 2005 sebanyak 160 penderita asma bronkial, sedangkan tahun 2006 sebanyak 118 jiwa, dan pada tahun 2007 sebanyak 89 penderita bronkial.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Gorontalo tahun 2012, jumlah seluruh kasus asma yang terjadi di wilayah kota Gorontalo dan tercatat pernah berobat di Puskesmas – Puskesmas yang tersebar di kota Gorontalo yaitu berjumlah 623 kasus. Puskesmas Buladu 13,8%, Puskesmas

Dulalowo 24,6%, Puskesmas Pilolodaa 3,1%, Puskesmas Limba B 16,6%, Puskesmas Sipatana 5,3%, Puskesmas Tamalate 15,6%, dan Puskesmas Wongkaditi 20,9%.

Berdasarkan data diatas, jumlah kasus asma terbanyak sepanjang tahun 2012 yang tercatat pernah berobat di Puskesmas yang tersebar di kota Gorontalo dan telah di diagnosa oleh dokter menderita penyakit asma yaitu di Wilayah kerja Puskesmas Dulalowo, yaitu sebanyak 24,6%. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “*Faktor Risiko Penyebab Penyakit Asma Bronkial*” di Wilayah kerja Puskesmas Dulalowo Kota Gorontalo. Selain itu peneliti ingin melakukan observasi langsung lingkungan disekitar penderita asma yang berpotensi menyebabkan terjadinya penyakit asma bronkial.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Faktor risiko apakah yang merupakan penyebab penyakit asma bronkial di Wilayah Kerja Puskesmas Dulalowo?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan faktor risiko penyebab penyakit asma bronkial di Wilayah kerja Puskesmas Dulalowo Kota Gorontalo.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mendeskripsikan apakah debu merupakan penyebab penyakit asma di Wilayah kerja Puskesmas Dulalowo Kota Gorontalo.

- b. Untuk mendeskripsikan apakah asap rokok merupakan penyebab penyakit asma di Wilayah kerja Puskesmas Dulalowo Kota Gorontalo.
- c. Untuk mendeskripsikan apakah binatang peliharaan merupakan penyebab penyakit asma di Wilayah kerja Puskesmas Dulalowo Kota Gorontalo.
- d. Untuk mendeskripsikan apakah makanan merupakan penyebab penyakit asma di Wilayah kerja Puskesmas Dulalowo Kota Gorontalo.
- e. Untuk mendeskripsikan apakah riwayat keluarga merupakan penyebab penyakit asma di Wilayah kerja Puskesmas Dulalowo Kota Gorontalo

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang diharapkan dari hasil penelitian ini yaitu :

1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan dan Instansi Terkait

Sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas untuk merencanakan program kesehatan dalam rangka pencegahan dan pemberantasan penyakit asma, sehingga dapat menunjang program eliminasi asma.

1.4.2 Bagi Masyarakat

Menambah informasi dan pengetahuan masyarakat tentang faktor risiko yang mempengaruhi penyakit asma, sehingga masyarakat dan para penderita asma dapat melakukan upaya – upaya pencegahan agar terhindar dari penyakit asma.

1.4.3 Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan dasar dalam penelitian selanjutnya, dan peneliti selanjutnya dapat menambah variabel penelitian, sehingga semua faktor risiko yang mempengaruhi penyakit asma dapat kita ketahui bersama.