

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asma adalah gangguan inflamasi pada jalan napas. Pasien-pasien mengalami episode batuk, mengi, dada terasa seperti diikat, dan atau dispnea (sesak napas), yang sering memburuk saat malam atau pagi hari. Terdapat variasi keparahan dan frekuensi serangan. Asma dapat didefinisikan sebagai peningkatan resposivitas bronkus terhadap berbagai stimulus, bermanifestasi sebagai penyempitan jalan napas yang meluas yang keparahannya berubah secara spontan maupun sebagai akibat pengobatan (Ward, dkk, 2007: 55)

Secara klinis Asthma adalah suatu serangan dengan sesak yang disertai dengan suara napas mengi (“*wheezing/wheeze*”), yang dapat timbul sewaktu-waktu dan dapat hilang kembali (sempurna ataupun hanya sebagian), baik secara spontan maupun hanya dengan obat-obatan tertentu / sifat reversibilitas (Danusantoso, 2002: 1)

Menurut wakil Menteri Kesehatan RI pada seminar hari Asma Dunia yang digelar oleh LKC Dompot Dhuafa di Gedung RSIA Budi Kemuliaan Jakarta Pusat, bahwa berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebanyak 100-157 juta penduduk di dunia sebagai penyandang Asma dan terus bertambah sebanyak 187 ribu orang per tahun dengan episode kejadian perorang bisa 3 – 6 kali pertahun dan untuk di Indonesia dilaporkan berdasarkan data yang diperoleh dari Sistem Informasi Rumah Sakit tahun 2007, pasien Asma di Indonesia 87.705 orang untuk kasus rawat jalan dan 25.948 untuk rawat inap (Wraouw : 2012).

Berdasarkan laporan riset kesehatan dasar yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Pemerintah dan Kesehatan pada tahun 2007 prevalensi nasional sebesar 4%. Di beberapa daerah sangat tinggi, seperti Kabupaten Aceh Barat, Aceh 13,6 %, Buol, Sulawesi Tengah 13,5 %, dan Pohuwato, Gorontalo 13 % (Yunus : 2012).

Untuk negara–negara yang telah maju penelitian kedokteranya, diperkirakan 5 sampai 20% bayi anak–anak menderita asma, sedangkan penderita asma usia dewasa dan orang tua rata–rata berkisar antara 2 sampai 10% (Sundaru, 2002: 5). Prevalensi penyakit Asma terbesar di Indonesia pada tahun 2009 adalah provinsi Gorontalo (7,23%) dan yang terendah adalah provinsi NAD (Aceh) yaitu sebesar 0,09% (Oemiatih, dkk, 2010: 42).

Untuk Provinsi Gorontalo berdasarkan data rekapan penyakit tidak menular tahun 2012 dilaporkan bahwa jumlah kasus baru penyakit Asma sebanyak 2.431 kasus yang terdiri dari 1.174 laki –laki dan 1.275 perempuan, untuk kasus lama 2.505 yang terdiri dari 1.080 penerita laki-laki dan 1.427 perempuan, sedangkan untuk kasus kematian ada 86 orang yang terdiri dari 42 penderita laki-laki dan 44 penderita perempuan. Serangan Asma yang berat dapat menyebabkan kematian. Dilaporkan angka kematiannya berkisar 1-3%. Banyak faktor yang terlibat dalam terjadinya kematian karena Asma. Akan tetapi, yang jelas 77 dari 90 kasus kematian karena Asma sebenarnya dapat dicegah. Faktor–faktor utama penyebab kematian karena Asma adalah ketidak tepatan diagnosis, penilaian beratnya Asma oleh penderita maupun oleh dokter yang merawat kurang akurat, serta pengobatan yang kurang

memadai. Oleh karena itu, ketepatan dalam diagnosis, penilaian beratnya Asma, serta pemberian pengobatan yang tepat merupakan kunci pengobatan dalam serangan Asma akut (Abidin, 2002:1).

Survey awal yang dilakukan oleh peneliti pada Februari 2013 bahwa prevalensi kejadian penyakit Asma di wilayah kerja Puskesmas Tamalate bahwa pada tahun 2012 terdapat 281 orang penderita Asma, sebelumnya pada tahun 2010 terdapat 301 kasus dan pada tahun 2011 terdapat 223 kasus yang semuanya merupakan penderita lama maupun penderita baru. Pada penderita Asma ini paling banyak terjadi pada usia produktif yaitu usia 20 – 60 tahun ke atas. Perhatian tersebut ditujukan kepada keberadaan kondisi perumahan yang telah ditempati oleh penderita, bahwa berdasarkan study pada program Cakupan Hygiene Sanitasi Perumahan di Puskesmas Tamalate bahwa untuk kategori rumah permanen yang diperiksa ada 2885, memenuhi syarat ada 2563 (88,8 %) rumah dan tidak memenuhi syarat ada 322 (11,2 %) rumah, sedangkan kategori rumah semi permanen yang diperiksa 3067 maka yang memenuhi syarat ada 2508 (81,8 %) rumah dan tidak memenuhi syarat ada 559 (18,2 %) rumah, dan untuk kategori rumah darurat 451 rumah yang diperiksa, tidak ada yang memenuhi syarat dan 451 (100 %) rumah tidak memenuhi syarat.

Menurut (Suparno dalam Akbar: 2009) Kriteria rumah berdasarkan konstruksinya dibedakan menjadi:

Tabel 1.1 Kriteria Rumah Berdasarkan Konstruksi

Kriteria	Permanen	Semi Permanen	Non Permanen
Pondasi	Ada	Ada	Tidak
Dinding	Batu-bata/ batako	Setengah tembok & setengah kayu/ bambu	Bambu/ kayu
Atap	Genteng	Genteng	Genteng/ selain genteng
Lantai	Plester/ keramik	Plester/ keramik	Tanah

Jika dilihat berdasarkan ukurannya, standar perbandingan jumlah rumah besar, rumah sedang dan rumah kecil yaitu 1:3:6

- a. Luas kapling rumah besar : $120 \text{ m}^2 - 600 \text{ m}^2$ (tipe 70)
- b. Luas kapling rumah sedang : $70 \text{ m}^2 - 100 \text{ m}^2$ (tipe 45-54)
- c. Luas kapling rumah kecil : $21 \text{ m}^2 - 54 \text{ m}^2$ (tipe 21-36)

Untuk menentukan luas minimum rata-rata dari perpeetakan tanah harus mempertimbangkan faktor-faktor kehidupan manusianya, faktor alamnya dan pengaturan bangunan setempat.

Berdasarkan kondisi fisik bangunannya, rumah di wilayah kerja Puskesmas Tamalate dapat digolongkan menjadi 3 golongan, yaitu:

1. Rumah permanen, memiliki ciri dinding bangunannya dari tembok, berlantai semen atau keramik, dan atapnya berbahan seng/genteng.

2. Rumah semi-permanen, memiliki ciri dindingnya setengah tembok dan setengah bambu dan tripleks, dinding tidak diplester, lantai darurat atapnya terbuat dari genteng maupun seng, banyak dijumpai pada gang-gang kecil.
3. Rumah darurat, ciri rumahnya berdinding kayu, bambu atau tripleks, tidak berlantai (lantai tanah) , semen kasar /tidak diplester, atap rumahnya dari seng maupun asbes.

Hal ini diperkuat pula oleh hasil penelitian *United State Environmental Protection Agency* (US EPA) yang menyatakan bahwa lingkungan dapat menyebabkan terjadinya serangan Asma. Lingkungan *indoor* atau lingkungan dalam ruangan atau rumah mampu memberikan kontribusi faktor pencetus serangan asma lebih besar dibandingkan lingkungan *outdoor* atau luar ruangan. Besarnya kontribusi tersebut disebabkan polusi udara dan allergen pada lingkungan dalam rumah mampu mempengaruhi dua hingga lima kali lebih besar dibandingkan dengan lingkungan luar ruangan (Kurniawati, 2005:3-4).

Maka berdasarkan fakta tersebut peneliti ingin melakukan penelitian tentang **“Hubungan Kondisi Lingkungan Fisik Rumah dan *Allergen* Dengan Kejadian *Asthma Bronchiale* Di wilayah Kerja Puskesmas Tamalate Kota Gorontalo”**.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan data yang diperoleh dari rekapan data laporan kerja akhir tahun di Puskesmas Tamalate dilaporkan bahwa penyakit Asma masuk dalam kategori penyakit 10 terbesar selama tahun 2012.

Wilayah kerja Puskesmas Tamalate tingkat kepadatan penduduknya berkisar antara 2.831 jiwa/km². Secara umumnya kondisi lingkungan perumahan di wilayah kerja Puskesmas Tamalate adalah bersifat permanen dan semi permanen yang berbahan batu beton dan beratapkan seng. Tetapi pada rumah yang berbahankan batu beton sebagian besar hanya berlantaikan tanah dan *plaster* kasar, dan dinding yang hanya batu bata yang tidak *diplaster*. Sehingga secara konstruksi bangunan rumah-rumah tersebut tidak memenuhi kriteria rumah sehat dan berpotensi menimbulkan penyakit. Selain itu juga keadaan sekitar lingkungan rumah ditemukan banyak sampah yang berserakan.

Masalah lingkungan fisik adalah semakin besarnya polusi yang terjadi lingkungan *indoor* dan *outdoor*, serta perbedaan cara hidup yang kemungkinan ditunjang dari sosial ekonomi individu. Karena lingkungan dalam rumah mampu memberikan kontribusi besar terhadap faktor pencetus serangan asma, maka perlu adanya perhatian khusus pada beberapa bagian dalam rumah. Perhatian tersebut ditujukan pada keberadaan allergen dan polusi udara yang dapat dipengaruhi oleh faktor kondisi lingkungan rumah dan perilaku keluarga. Komponen kondisi lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi serangan asma seperti keberadaan debu,

bahan dan desain dari fasilitas perabotan rumah tangga yang digunakan (karpet, kasur, bantal), memelihara binatang yang berbulu (seperti anjing, kucing, burung), dan adanya keluarga yang merokok dalam rumah (Purnomo, 2008).

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian ini yaitu:

1. Apakah ada hubungan antara kelembaban udara dengan kejadian penyakit Asma di wilayah kerja Puskesmas Tamalate?
2. Apakah ada hubungan antara luas ventilasi / jendela dengan kejadian penyakit Asma di wilayah kerja Puskesmas Tamalate?
3. Apakah ada hubungan antara bahan perabot yang digunakan dengan kejadian penyakit Asma di wilayah kerja Puskesmas Tamalate?
4. Apakah ada hubungan antara keberadaan debu dengan kejadian penyakit Asma di wilayah kerja Puskesmas Tamalate?
5. Apakah ada hubungan antara anggota keluarga yang merokok dengan kejadian penyakit Asma di wilayah kerja Puskesmas Tamalate?
6. Apakah ada hubungan antara pemeliharaan hewan dengan kejadian penyakit Asma di wilayah kerja Puskesmas tamalate?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara kondisi lingkungan fisik rumah dan allergen dengan kejadian Asma bronkiale di wilayah kerja Puskesmas Tamalate kota Gorontalo.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Untuk mengetahui hubungan antara kelembaban udara dalam rumah dengan kejadian penyakit Asma di wilayah kerja Puskesmas Tamalate.
- 2) Untuk mengetahui hubungan antara luas ventilasi atau jendela dalam rumah dengan kejadian penyakit Asma di wilayah kerja Puskesmas Tamalate.
- 3) Untuk mengetahui hubungan antara bahan perabot rumah tangga yang digunakan dengan kejadian penyakit Asma di wilayah kerja Puskesmas Tamalate.
- 4) Untuk mengetahui hubungan antara keberadaan debu dengan kejadian penyakit Asma di wilayah kerja Puskesmas Tamalate.
- 5) Untuk mengetahui hubungan antara anggota keluarga yang merokok dengan kejadian penyakit Asma di wilayah Puskesmas Tamalate.
- 6) Untuk mengetahui hubungan antara pemeliharaan hewan dengan kejadian penyakit Asma di wilayah kerja Puskesmas Tamalate.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat khususnya penyakit yang disebabkan oleh lingkungan dan allergen.

1.5.2 Manfaat praktis

- a. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk memberikan informasi dan masukan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya di Wilayah Tamalate kota Gorontalo.
- b. Memberikan masukan kepada pihak Dinas Kesehatan wilayah kota Gorontalo dalam rangka meningkatkan kesadaran masyarakat dalam menjaga kondisi lingkungan fisik rumah.