

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis paru (TB paru) merupakan masalah utama bidang kesehatan di seluruh dunia. Sampai tahun 2011 tercatat 9 juta kasus baru TB, dan lebih dari 2 juta orang meninggal akibat TB. Semua negara di dunia menyumbang kasus TB, namun persentase terbanyak terjadi di Afrika (30%) dan Asia (55%) dengan China dan India tercatat menyumbang 35% dari total kasus di Asia (WHO, 2011).

TB paru memberikan morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Mortalitas dan morbiditas meningkat sesuai dengan umur, pada orang dewasa lebih tinggi pada laki-laki. Morbiditas TB lebih tinggi diantara penduduk miskin dan daerah perkotaan jika dibandingkan dengan pedesaan (Chin, 2000). Sejak tahun 1995 program pemberantasan TB paru dilaksanakan secara koordinasi dalam suatu program yang disebut strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) sesuai rekomendasi *World Health Organization* (WHO), yang terdiri dari 5 komponen, yaitu:

- (1) Komitmen politis, dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan.
- (2) Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya.
- (3) Pengobatan yang standar, dengan supervisi dan dukungan bagi pasien.
- (4) Sistem pengelolaan dan ketersediaan Obat Anti

Tuberkulosos (OAT) yang efektif. (5) Sistem monitoring pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program (Kemenkes, 2011).

Diperkirakan seorang pasien TB paru dewasa akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika ia meninggal akibat TB paru, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB paru juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat (Depkes, 2006).

Strategi ekspansi dilakukan dengan prinsip pelayanan DOTS dengan menerapkan lima komponen dalam strategi DOTS (yaitu komitmen politis, pemeriksaan mikroskopis, penyediaan OAT, tersedianya PMO serta pencatatan dan pelaporan) secara bermutu. Pelayanan DOTS yang bermutu tinggi bagi kelompok-kelompok yang rentan (misalnya anak, daerah kumuh perkotaan, wanita, masyarakat miskin dan tidak tercakup asuransi) menjadi prioritas tinggi (Kemenkes, 2011).

Di Indonesia TB paru merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernapasan yang menyerang semua kelompok usia. Prevalensi penduduk Indonesia yang didiagnosis TB paru oleh tenaga kesehatan sebesar 0,4%. Lima provinsi dengan TB paru tertinggi yaitu Jawa Barat (0,7%), Papua (0,6%), Gorontalo (0,5%), Banten (0,4%), dan Papua Barat (0,4%).

Prevalensi tuberkulosis per 100.000 penduduk Provinsi Jawa Tengah tahun 2012 sebesar 106,42. Prevalensi tuberkulosis tertinggi berada di Kota Tegal (358,91 per 100.000 penduduk), dan terendah di Kabupaten Magelang (44,04 per 100.000 penduduk) (Dinkes Jateng, 2013). Pencapaian *Case Detection Rate* (CDR) di Jawa Tengah tahun 2008 s/d 2012 masih dibawah target yang ditetapkan sebesar 70% (Depkes, 2006). Meskipun masih dibawah target yang ditentukan, capaian CDR tahun 2012 sebesar 58,45% lebih rendah dibanding tahun 2011 59,52% (Dinkes Jateng, 2013). Sementara hingga September tahun 2013 jumlah kasus di Jawa Tengah sebanyak 6.559 kasus dengan CDR 18,93%, dengan jumlah kasus dan CDR per eks Karesidenan Pekalongan 1.977 kasus (30,14%), Semarang 724 kasus (11,04), Banyumas 1.258 kasus (19,18%), Kedu 957 kasus (14,59%), Solo 959 kasus (14,62%), Pati 684 (10,43%) (Dinkes Jateng, 2013). Sementara prevalensi berdasarkan diagnosis dan gejala TB paru berdasarkan umur (dibawah 15 tahun) sebesar 0,9% (Kemenkes, 2013).

Di Sukoharjo penderita BTA positif kasus baru sebanyak 272 kasus. Kambuh sebanyak 8 kasus, BTA negatif *rongent* positif 183 kasus, TB anak sebanyak 61 kasus, ekstra paru sebanyak 23 kasus, gagal sebanyak 5 kasus, dan *default* sebanyak 1 kasus. *Case Detection Rate* tahun 2013 di Kabupaten Sukoharjo sebesar 25,3%, masih jauh dari target yang ditetapkan 52,5% (Dinkes Sukoharjo, 2014).

Tuberkulosis anak merupakan faktor penting di negara berkembang karena jumlah anak berusia kurang dari 15 tahun adalah 40-50% dari jumlah seluruh populasi. Sekurangnya 500.000 anak menderita TB setiap tahunnya, dan 20 anak meninggal setiap hari karena TB. Diperkirakan banyak anak menderita TB tidak mendapatkan penatalaksanaan yang tepat dan benar sesuai program DOTS sehingga morbiditas dan mortalitas pada anak semakin meningkat. Disamping itu beban kasus TB anak di dunia tidak diketahui karena kurangnya alat diagnosis yang “*child-friendly*” dan tidak adekuatnya sistem pencatatan dan pelaporan kasus TB anak (Kemenkes, 2013). TB paru pada anak mencerminkan *transmisi* TB yang terus berlangsung di populasi. Masalah ini masih memerlukan perhatian yang lebih baik dalam program pengendalian TB, secara umum, tantangan dalam program pengendalian TB anak adanya kecenderungan diagnosis yang lebih (*overdiagnosis*). Disamping juga masih adanya *underdiagnosis* (Kemenkes, 2011).

Menurut Nurhidayah dkk (2007), usia anak sangat rawan tertular tuberkulosis. Apabila tertular oleh *M. tuberculosis* cenderung menderita tuberkulosis berat seperti tuberkulosis meningitis, atau penyakit paru berat (TB paru).

Data TB anak di Indonesia menunjukkan proporsi kasus TB anak pada tahun 2010 adalah 9,4%, kemudian menjadi 8,5% pada tahun 2011 dan 8,2% pada tahun 2012. Apabila dilihat dari data per Provinsi menunjukkan variasi proporsi antara 1,8% sampai 15,9%. Hal ini

menunjukkan kualitas diagnosis TB anak masih sangat bervariasi pada level Provinsi. Kasus TB anak dikelompokkan dalam kelompok umur 0-4 tahun dan 5-14 tahun, dengan jumlah kasus pada kelompok 5-14 tahun lebih banyak dibandingkan 0-4 tahun (Kemenkes, 2013).

Lingkungan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap derajat kesehatan dan saling berkaitan dengan kejadian suatu penyakit di masyarakat, disamping perilaku dan pelayanan kesehatan. Program Lingkungan Sehat bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat melalui pengembangan sistem kesehatan kewilayahan untuk menggerakkan pembangunan lintas sektor berwawasan kesehatan (Dinkes Jateng, 2013).

Patogenesis penyakit berbasis lingkungan dapat digambarkan kedalam suatu model atau paradigma. Paradigma tersebut menggambarkan hubungan interaksi antara komponen lingkungan yang memiliki potensi bahaya penyakit pada manusia. Hubungan interaksi tersebut pada hakikatnya merupakan paradigma kesehatan lingkungan (Achmadi, 2012).

Rumah merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau hunian dan sarana pembinaan keluarga. Rumah haruslah sehat dan nyaman agar penghuninya dapat berkarya untuk meningkatkan produktivitas. Ditinjau dari variabel kesehatan lingkungan meliputi air bersih, jamban, sampah, kepadatan hunian, lantai rumah. Konstruksi rumah dan lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan merupakan faktor risiko penularan berbagai

jenis penyakit khususnya penyakit berbasis lingkungan seperti Demam Berdarah Dengue, Malaria, Flu Burung, TBC, ISPA dan lain-lain (Dinkes Jateng, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Dudeng D, dkk (2006) di Kabupaten Gunungkidul didapatkan hasil bahwa faktor riwayat kontak bermakna secara statistik dengan nilai $p=0,00$, anak yang mempunyai riwayat kontak dengan penderita TB paru dewasa mempunyai risiko 4,4 kali lebih besar untuk menderita TB paru dibandingkan dengan anak yang tidak mempunyai riwayat kontak dengan penderita. Sementara faktor lingkungan terutama kelembaban mempunyai risiko 1,89 kali terhadap penularan tuberkulosis pada anak usia sekolah dasar. Berdasar uraian di atas maka penulis bermaksud mengetahui seberapa besar hubungan antara riwayat kontak dan kondisi lingkungan fisik rumah terhadap penularan TB paru pada anak usia 15 tahun kebawah di Kabupaten Sukoharjo.

B. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara riwayat kontak, kelembaban, pencahayaan, dan kepadatan hunian dengan kejadian tuberkulosis paru pada anak di Kabupaten Sukoharjo?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan antara riwayat kontak dan faktor lingkungan fisik tempat tinggal dengan kejadian TB anak di Kabupaten Sukoharjo.

2. Tujuan khusus

a. Untuk menganalisis hubungan antara riwayat kontak dengan kejadian TB paru anak di Kabupaten Sukoharjo.

b. Untuk menganalisis hubungan faktor kelembaban rumah terhadap penularan TB paru pada anak di Kabupaten Sukoharjo.

c. Untuk menganalisis hubungan faktor pencahayaan rumah terhadap penularan TB paru pada anak di Kabupaten Sukoharjo.

d. Untuk menganalisis hubungan faktor kepadatan hunian terhadap penularan TB paru pada anak di Kabupaten Sukoharjo.

D. Manfaat

1. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi mengenai tuberkulosis paru pada anak, serta faktor apa saja yang dapat mempengaruhi terjadinya tuberkulosis paru pada anak.

2. Bagi instansi terkait

a. Hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan data mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi TB paru pada anak terutama di Kabupaten Sukoharjo.

b. Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam penetapan program yang sesuai mengenai penderita TB anak khususnya Di Kabupaten Sukoharjo.

3. Bagi peneliti lain

Dapat dijadikan sebagai sumber referensi dan dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya terkait TB paru khususnya pada anak.