

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis Paru (TB Paru) masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di dunia walaupun upaya pengendalian dengan strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) telah diterapkan di banyak negara sejak tahun 1995. Dalam laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2013 diperkirakan terdapat 8,6 juta kasus TB pada tahun 2012 dimana 1,1 juta orang (13%) diantaranya yaitu pasien TB dengan HIV positif. Sekitar 75% dari pasien tersebut berada di wilayah Afrika (Kemenkes RI, 2014).

Menurut *World Health Organization* (WHO), Indonesia sekarang berada pada ranking kelima negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Estimasi prevalensi TB semua kasus sebesar 660.000 dan estimasi insiden berjumlah 430.000 kasus baru per tahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61.000 kematian per tahunnya (P2PL Kemenkes, 2013). Jumlah kasus TB paru di sebagian besar negara maju hanya 10 sampai 20 kasus TB paru per 100.000 penduduk per tahun. Di negara berkembang angkanya masih cukup tinggi, termasuk Indonesia. Berdasarkan *Global Report Tuberculosis* WHO tahun 2012, angka prevalensi TB Paru di Indonesia diperkirakan 289 per 100.000 penduduk. Perkiraan insiden dan kematian masing-masing 189 dan 27 per 100.000 penduduk. Situasi terbaru menunjukkan terjadi peningkatan suspek dari 57 (2010) menjadi 63 (2011) per

100.000 penduduk. Terjadinya peningkatan penjarangan suspek karena meningkatnya jumlah rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lain yang terlibat DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*) yakni pengawasan langsung pengobatan jangka pendek (Kemenkes RI, 2013).

Meskipun memiliki beban penyakit TB yang tinggi, Indonesia merupakan negara pertama diantara *High Burden Country* (HBC) di wilayah WHO *South-East Asian* yang mampu mencapai target global TB untuk deteksi kasus dan keberhasilan pengobatan pada tahun 2009. Pada tahun 2010, tercatat sejumlah sejumlah 294.732 kasus TB telah ditemukan dan diobati (data awal Mei 2011) dan lebih dari 169.213 diantaranya terdeteksi BTA+. Dengan demikian, *Case Detection Rate* untuk TB BTA+ sebesar 73 per 100.000 (*Case Detection Rate* 73%). Rerata pencapaian angka keberhasilan pengobatan selama 4 tahun terakhir sekitar 90% dan pada kohort tahun 2010 mencapai 91%. Pencapaian target global tersebut merupakan tonggak pencapaian program pengendalian TB nasional yang utama (Kemenkes RI, 2013).

Pada tahun 2013 ditemukan jumlah kasus baru BTA positif (BTA+) sebanyak 196.310 kasus, menurun bila dibandingkan kasus baru BTA+ yang ditemukan tahun 2012 yang sebesar 202.301 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah. Kasus baru BTA+ di tiga provinsi tersebut hampir sebesar 40% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia (Depkes, 2014).

Pencapaian *Case Detection Rate* (CDR) di Jawa Tengah tahun 2013 masih dibawah target yang ditetapkan sebesar $\geq 60\%$. Meskipun masih dibawah target yang ditentukan, capaian CDR tahun 2013 sebesar 58,46% dengan kasus BTA+ sebanyak 20.255 kasus lebih rendah dibanding tahun 2012 yaitu 59,52%. CDR tertinggi berada di Kota Magelang sebesar 292,91% dengan kasus BTA+ sebanyak 372 kasus dan terendah di Kabupaten Boyolali sebesar 21,80% dengan kasus BTA+ sebanyak 281 kasus, sedangkan di Kabupaten Wonogiri juga masih berada di bawah target dengan CDR sebesar 47,37% dengan kasus BTA+ sebanyak 454 kasus (Dinkes Jawa Tengah, 2014).

Menurut Teori John Gordon (1950) dalam Soemirat (2010), faktor risiko yang mempengaruhi penyakit Tuberkulosis paru yaitu faktor *agent*, faktor *host* (manusia) dan *environment* (kondisi rumah). *Agent* dalam penyakit Tuberkulosis yakni *Mycobacterium tuberculosis*, faktor *host* diantaranya jenis kelamin, umur, kekebalan, dan status gizi. Sedangkan faktor *environment* (kondisi rumah) yaitu bahan bangunan, komponen dan penataan ruang rumah, pencahayaan alami, kualitas udara, ventilasi, kepadatan penghuni rumah, jenis lantai rumah, kelembaban, langit-langit rumah dan dinding rumah.

Faktor *environment* memegang peran penting dalam penularan penyakit Tuberkulosis, terutama lingkungan rumah yang tidak memenuhi syarat. Lingkungan rumah merupakan salah satu faktor yang memberikan pengaruh besar terhadap status kesehatan penghuninya. Kondisi fisik lingkungan rumah yang tidak sehat memegang peranan penting dalam penularan dan perkembangbiakan

Mycobacterium Tuberculosis. Kurangnya sinar matahari yang masuk ke dalam rumah dan ventilasi yang buruk cenderung menciptakan suasana yang lembab. Kondisi ini menyebabkan kuman dapat bertahan sehari-hari sampai berbulan-bulan di dalam rumah (Aditama, 2000).

Sejalan dengan masih banyaknya jumlah kasus TB, maka dapat dilaksanakan pencegahan terjadinya penyakit yaitu dengan mencegah penularan dari penderita. Penderita BTA yang positif pada dahaknya biasanya menunjukkan gejala tertentu, khususnya batuk berdahak. Karena itu, mereka yang punya keluhan batuk-batuk berdahak perlu dianjurkan agar datang ke fasilitas kesehatan terdekat untuk didiagnosis secara benar. Untuk itu perlu dilakukan penyuluhan kesehatan yang luas dan melibatkan berbagai lapisan masyarakat (Aditama, 1994).

Berdasarkan laporan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Wonogiri tahun 2015, bahwa pada Januari 2014 sampai Triwulan II 2015, jumlah pasien TB paru sebanyak 375 kasus dengan CDR sebesar 34,59%. Di Kabupaten Wonogiri terdapat 34 puskesmas yang tersebar di 25 kecamatan. Dari 34 puskesmas tersebut, Puskesmas Eromoko II merupakan puskesmas yang mempunyai jumlah kasus penemuan TB terendah sebanyak 4 kasus TB BTA+ sedangkan Puskesmas Kismantoro merupakan puskesmas yang mempunyai jumlah kasus penemuan TB yang tertinggi yakni sebanyak 41 kasus BTA+ pada rentang waktu Januari 2014 sampai Juni 2015 dengan CDR sebesar 60,09% yang masih dibawah pencapaian target CDR minimal di Kabupaten Wonogiri yaitu sebesar $\geq 70\%$.

Menurut Seksi PL Dinas Kesehatan Kabupaten Wonogiri Tahun 2014, jumlah rumah yang ada sebanyak 269.672 unit, sedangkan kategori rumah yang memenuhi syarat kesehatan sebanyak 146.301 (54,25%) unit rumah dan sisanya 123.357 (45,75%) unit rumah belum memenuhi syarat kesehatan. Hal ini belum memenuhi target rata-rata cakupan rumah sehat kabupaten sebesar 80%.

Penelitian Azhar dan Perwitasari (2013), menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pencahayaan ($p=0,046$, $OR=1,36$) dan kelembaban ($p=0,026$, $OR=1,423$) dengan kejadian TB di DKI Jakarta. Penelitian Iskandar (2010) diketahui bahwa ada hubungan antara kelembaban ($p=0,000$) dan ventilasi alami ($p=0,013$) dengan kejadian TB paru. Penelitian Rosiana (2013) ada hubungan antara pencahayaan ($p=0,000$), ventilasi alami ($p=0,038$), jenis lantai ($p=0,002$), ventilasi ($p=0,023$) dan langit-langit ($p=0,002$) dengan kejadian TB paru. Penelitian Wahyuni (2012) diketahui bahwa tidak ada hubungan antara jenis lantai ($p=0,142$), pencahayaan alami ($p=0,247$), kelembaban ($p=0,19$), ventilasi ($p=0,4$) dan langit-langit ($p=0,5$) dengan kejadian TB Paru.

Berdasarkan hasil survei pendahuluan peneliti menemukan data dari rekam medis Puskesmas Kismantoro Kabupaten Wonogiri jumlah pasien penderita TB Paru pada awal Januari 2014 sampai dengan Juni 2015 memiliki 41 kasus TB paru. Persentase rumah sehat di Puskesmas Kismantoro memiliki persentase yang masih rendah yaitu sebesar 30,56%. Sedangkan target rumah sehat di Kabupaten Wonogiri pada tahun 2014 sebesar 80%. Berdasarkan uraian data diatas, maka peneliti tertarik untuk menyusun penelitian: “Hubungan Antara Kondisi Rumah

dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Kismantoro, Kabupaten Wonogiri”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan diatas, maka dalam penelitian ini dirumuskan masalah sebagai berikut : “Adakah hubungan antara luas ventilasi rumah, pencahayaan, jenis lantai rumah, kelembaban, dan jenis langit-langit dengan kejadian Tuberkulosis paru di Puskesmas Kismantoro, Kabupaten Wonogiri”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara kondisi rumah dengan kejadian Tuberkulosis paru di Puskesmas Kismantoro, Kabupaten Wonogiri.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis hubungan antara luas ventilasi rumah dengan kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Kismantoro Kabupaten Wonogiri
- b. Untuk menganalisis hubungan antara pencahayaan rumah dengan kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Kismantoro Kabupaten Wonogiri
- c. Untuk menganalisis hubungan antara jenis lantai dengan kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Kismantoro Kabupaten Wonogiri

- d. Untuk menganalisis hubungan antara kelembaban dengan kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Kismantoro Kabupaten Wonogiri
- e. Untuk menganalisis hubungan antara jenis langit-langit rumah dengan kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Kismantoro Kabupaten Wonogiri.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan Kab. Wonogiri dan Puskesmas Kismantoro

Sebagai bahan pertimbangan dan pemikiran bagi program penanggulangan penyakit tuberkulosis paru terutama untuk menentukan kebijakan dalam perencanaan pelaksanaan serta evaluasi program.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah bahan referensi untuk melakukan penelitian sejenis yang lebih luas dan upaya pengembangan lebih lanjut dengan menambah atau mengganti variabel terhadap pengembangan kondisi rumah dengan kejadian tuberkulosis paru.

3. Bagi Peneliti lain

Sebagai referensi untuk melakukan penelitian sejenis yang lebih luas dan upaya pengembangan lebih lanjut dengan menambah atau mengganti variabel terhadap pengembangan kondisi fisik rumah dengan kejadian tuberkulosis paru