

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Permasalahan terhadap penyakit menular masih tetap dirasakan, terutama oleh penduduk di negara berkembang. Penyakit menular adalah penyakit yang disebabkan oleh sejenis mikroba atau jasad renik. Mikroba ini berada dalam tubuh manusia dalam rangka melangsungkan keturunannya agar tidak punah keberadaannya, namun dalam melangsungkan kehidupannya mikroba ini menggunakan cara merusak sel-sel atau organ tubuh manusia (Ahmadi, 2008).

Menurut Depkes RI dalam Sistem Kesehatan Nasional tahun 2009, penyakit infeksi menular masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menonjol, terutama adalah TB Paru, Malaria, HIV/AIDS, DBD dan Diare.

Di Indonesia, TB merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Laporan TB dunia oleh WHO yang terbaru (2009) menempatkan Indonesia sebagai penyumbang terbesar nomor 5 di dunia setelah India, Cina, Afrika Selatan dan Nigeria. Diperkirakan jumlah pasien TB di Indonesia sekitar 5,8% dari jumlah total TB di dunia. Diperkirakan, setiap tahun ada 429.730 kasus baru dan kematian 62.246 orang. Insidensi kasus TB BTA positif sekitar 102 per 100.000 penduduk. Sedangkan pada tahun 2010, estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 660.000 dan estimasi insidensi berjumlah 430.000

kasus baru pertahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61.000 kematian pertahunnya (Dirjen PP dan PL, 2011).

Keterpaparan penyakit TBC pada seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti : status sosial ekonomi, status gizi, umur, jenis kelamin dan faktor sosial lainnya (Hiswani,2009). Sementara menurut Binongko (2012), terdapat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penyakit TBC antara lain adalah Umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, kondisi rumah, status gizi, jenis kelamin, faktor perilaku dan kebiasaan merokok.

Walaupun merokok bukanlah penyebab utama terjadinya penyakit TB Paru, namun kebiasaan merokok dapat merusak mekanisme pertahanan paru sehingga memudahkan masuknya kuman penyakit, seperti kuman penyakit TB. Merokok merupakan hal yang mengganggu efektivitas mekanisme pertahanan respirasi. Produk-produk asap rokok diketahui merangsang pembentukan *mucus* dan menurunkan pergerakan *silia*. Dengan demikian terjadi penimbunan mucus dan peningkatan resiko pertumbuhan bakteri. Batuk-batuk yang terjadi pada perokok (*smoker's cough*) adalah usaha untuk mengeluarkan mucus kental ini, yang sulit didorong ke saluran nafas.. Dampak kesehatan dari konsumsi rokok telah diketahui sejak dahulu. Konsumsi rokok dan tembakau merupakan salah satu faktor risiko utama terjadinya berbagai penyakit seperti jantung, stroke, penyakit paru obstruktif kronik, TBC, kanker paru, kanker mulut dan kelainan kehamilan. Konsumsi tembakau / rokok membunuh satu orang setiap detik. Rokok membunuh separuh dari masa hidup perokok, dan separuh perokok mati pada usia 35

sampai dengan 69 tahun. Data epidemic tembakau di dunia menunjukkan tembakau membunuh lebih dari lima juta orang setiap tahunnya. Jika hal ini berlanjut terus, maka diproyeksikan akan terjadi 10 juta kematian pada tahun 2020, dengan 70% kematian di Negara sedang berkembang (Mediakom, Juni 2009).

Tuberkulosis dan merokok merupakan dua masalah kesehatan masyarakat yang signifikan. WHO menyatakan tembakau menyebabkan kematian lebih dari 5 juta orang pertahun dan diproyeksi akan menyebabkan kematian 10 juta orang samapai tahun 2020. Lembaga demografi Universitas Indonesia mencatat, angka kematian akibat penyakit yang disebabkan oleh rokok tahun 2004 adalah 427.948 jiwa, berarti 1.172 jiwa perhari atau sekitar 22,5% dari total kematian yang terjadi di Indonesia (Bustan, 2007).

Studi epidemiologi di Afrika Selatan didaparka 50% kematian akibat infeksi TB berhubungan dengan merokok. Studi ini menunjukan perokok atau bekas perokok mempunyai resiko lebih tinggi terjadi infeksi *Microbacterium Tuberkulosis* dibanding yang bukan perokok. Alcaide, dkk mendapatkan hubungan antara jumlah rokok per hari terhadap terjadinya infeksi *Myceobacterium Tuberkulos*, mekanismenya tidak diketahui tapi diperkirakan nikotin pada asap rokok. menurunkan respons imun. Merokok dalam jangka waktu yang panjang berhubungan dengan perubahan makrofag dan limfosit (Amu, 2007).

Sementara kemiskinan mungkin tidak hanya berhubungan secara langsung dengan Tb paru, namun dapat merupakan penyebab tidak langsung seperti

adanya kondisi gizi memburuk, serta perumahan yang tidak sehat, dan akses terhadap pelayanan kesehatan juga menurun kemampuannya. Sekitar 75% penderita tuberkulosis paru adalah kelompok usia produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Diperkirakan seorang penderita tuberkulosis 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 meninggal akibat penyakit tuberkulosis paru, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun, selain merugikan secara ekonomis, Tuberkulosis paru juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial bahkan kadang dikucilkan oleh masyarakat (Depkes, 2008).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010, penduduk Provinsi Jawa Tengah yang merokok sebanyak 25,3%. Sebanyak 18,6% perokok berusia 15-24 tahun yang merupakan usia remaja dan produktif. Penduduk yang merokok setiap hari sebanyak 33,0% (45% 1-10 btg/hari, 47,8% 11-20 btg/hr, 6,9% 21-30 btg/hr dan 3,2% lebih 31 btg/hr) dan 4,8% kadang-kadang merokok.

Mengacu pada data Bank Dunia pada tahun 1999 perolehan cukai rokok di Indonesia hanya Rp. 2,4 Triliun dan kerugian masyarakat akibat rokok mencapai Rp. 14,5 Triliun, yaitu merupakan beban biaya pengobatan, kecacatan dan penurunan produktivitas. Selain itu yang lebih mengerikan aspek perilaku merokok di Indonesia jauh melampaui perilaku sehat, asumsi ini didasarkan pada realitas belanja rokok di Indonesia mencapai Rp. 100 Triliun sedangkan belanja obat-obatan hanya 20 triliun. Apabila rata-rata

37.8% penduduk atau 667.615 jiwa dari 1.766.176 jiwa, merokok 10 btg/hr x Rp. 1.000,- x 365 hr =Rp. 2,436,794,750,000. Perlu menjadi perhatian pemerintah 42,03% dari jumlah perokok adalah masyarakat miskin dan diatas garis kemiskinan. Berarti masyarakat miskin telah membakar uang sebesar Rp. 1.024.343.418.480,- per tahun (Hendarini, 2014).

Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan perbulan. Status ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga barang pokok (Kartono, 2006). Pendapatan sendiri berkaitan erat dengan jenis pekerjaan. Pendapatan adalah hasil yang diperoleh dari kerja atau usaha yang telah dilakukan, sedangkan pekerjaan merupakan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan (Indrawati, 2009 yang dikutip oleh Caesaria Sarah Selleca, 2012).

Berdasarkan observasi sementara yang penulis lakukan dengan mewawancarai 8 penderita Tb paru di Puskesmas Wonosari pada 7-12 Juli 2014 didapatkan 4 penderita terbiasa merokok dan 4 penderita tidak merokok, sementara berdasarkan Rekam Medis terhadap 20 penderita Tb paru, didapatkan 10 penderita sebagai buruh/ pekerja swasta, 2 penderita swasta, 1 penderita sebagai PNS, 5 penderita sebagai petani dan 2 tidak bekerja.

Dari uraian pada latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk meneliti mengenai “Hubungan Kebiasaan Merokok dan Status Ekonomi dengan Kejadian TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Wonosari Kabupaten Klaten”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan pada uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan kebiasaan merokok dan status ekonomi dengan kejadian TB Paru di Puskesmas Wonosari”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan kebiasaan merokok dan status ekonomi dengan kejadian TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Wonosari Klaten

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mendeskripsikan kebiasaan merokok dengan kejadian TB paru di wilayah kerja Puskesmas Wonosari Klaten
- b. Untuk mendeskripsikan status ekonomi dengan kejadian TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Wonosari Klaten
- c. Untuk menganalisis hubungan kebiasaan merokok dan status ekonomi dengan kejadian TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Wonosari Klaten

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Sebagai pengembangan dari ilmu pengetahuan keperawatan khususnya pengetahuan tentang TB Paru

2. Manfaat Praktis

a. Bagi penderita dan masyarakat

Sebagai bahan evaluasi tentang perilaku hidup sehat terutama dalam pemberantasan penyakit TB Paru

b. Bagi instansi

Bagi instansi terkait disini adalah Puskesmas Wonosari 1 dan 2 Kabupaten Klaten untuk mengetahui perilaku dan latar penderita TB Paru sehingga lebih optimal dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit TB Paru di wilayahnya.

c. Bagi peneliti

Menambah khasanah ilmu pengetahuan keperawatan khususnya pengetahuan tentang TB paru

d. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan menjadi bahan kajian atau data awal untuk melakukan penelitian lebih lanjut

E. Keaslian Penelitian

Penelitian yang hampir sama dengan penelitian ini adalah :

1. Dwi Sarwani SR, Sri Nurlaela (2012) dengan judul “Merokok dan Tuberkulosis Paru (Studi Kasus di RS Margono Soekarjo Purwokerto)”. Jenis penelitian adalah observasional dengan rancangan kasus kontrol. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi yang merokok pada kasus (50,0%) lebih besar jika dibandingkan kelompok kontrol (20,67%),

sedangkan yang tidak merokok pada kelompok kasus (50%) lebih kecil dibandingkan kelompok kontrol (79,4%). Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan bermakna antara merokok dengan kejadian TB paru ($p=0,022$). Kebiasaan merokok mempunyai risiko 3,85 kali lebih besar untuk terjadinya kejadian TB paru dibandingkan yang tidak merokok ($OR=3,85; 95\%CI=1,32-11,23$). Persamaan penelitian yang dilakukan penulis adalah pada variabel merokok, sedangkan perbedaannya adalah pada desain penelitian, sampel, tempat dan populasinya.

2. Tin Agustina (2007) meneliti hubungan Kebiasaan Merokok Dengan Fungsi Paru Penderita Penyakit Paru di Kabupaten Kulon Progo dan Kota Yogyakarta. Penelitian ini merupakan studi observasional dengan menggunakan rancangan cross-sectional. Lokasi penelitian di Kabupaten Kulon Progo. Waktu penelitian bulan Maret sampai dengan Mei 2007. Subyek penelitian adalah penderita TB paru dengan riwayat BTA positif yang telah berubah menjadi BTA negative (konversi). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara kebiasaan merokok dengan fungsi paru penderita TB paru ($p > 0,05$). Persamaan penelitian ini dengan penelitian penulis adalah pada variabel merokok. Sedangkan perbedaannya terletak pada desain penelitian dan subyek penelitian.
3. Harry Kusuma (2009) meneliti Hubungan antara Perilaku merokok dengan kejadian kanker paru di RSUD DR Moewardi Surakarta. Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan menggunakan

rancangan cross-sectional. Hasil penelitian menunjukkan hubungan yang signifikan antara perilaku merokok dengan kejadian kanker paru. Hasil analisis bivariat dengan analisis Chi-Square memperoleh nilai X^2_{hitung} sebesar 6,250 dengan signifikansi sebesar 0,032 diterima pada taraf signifikansi 5%. Artinya semakin tinggi perilaku merokok, maka semakin tinggi kemungkinan terserang penyakit kanker paru. Persamaan penelitian ini dengan penelitian penulis adalah pada variabel merokok. Sedangkan perbedaannya terletak pada desain penelitian, tempat, waktu dan subyek penelitian.

4. Caesaria Sarah Selleca (2012) meneliti “Hubungan status ekonomi dan tingkat pengetahuan Tb dengan keterlambatan pasien dalam diagnosi kasus Tb paru. Jenis penelitian adalah observasional analitik dengan pendekatan cross-sectional. Hasil analisis multivariat dengan regresi linier ganda didapatkan pasien dengan pendapatan rendah rata-rata berkunjung untuk pertama kalinya ke fasilitas kesehatan 165,68 hari lebih lambat dibandingkan pasien dengan pendapatan tinggi. Sedang tingkat pengetahuan Tb rendah rata-rata berkunjung untuk pertama kali ke fasilitas kesehatan 128,84 hari lebih lambat dibandingkan dengan pasien dengan tingkat pengetahuan tinggi. *Adjusted R Square* 3% menggambarkan model dengan status ekonomi dan tingkat pengetahuan Tb hanya 3% dari varian keterlambatan pasien. Jadi ada hubungan positif antara status ekonomi dan tingkat pengetahuan dengan keterlambatan pasien, namun dengan nilai $R^2=0,156$ maka kebenaran pernyataan ini

hanya sebesar 15,6%. Persamaan penelitian ini dengan penelitian penulis adalah pada variabel status ekonomi. Sedangkan perbedaannya terletak pada desain penelitian, tempat, waktu dan subyek penelitian.

