

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

WHO dalam *Global Report 2009*, melaporkan bahwa insidensi tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2008 menduduki peringkat 5 dunia terbanyak setelah India, China, Afrika Selatan, dan Nigeria. Peringkat ini turun dibandingkan tahun 2007 yang menempatkan Indonesia pada posisi ke-3 kasus tuberkulosis terbanyak setelah India dan China (WHO, 2010).

Di Indonesia, diperkirakan setiap tahun terdapat 528.000 kasus tuberkulosis baru dengan kematian sekitar 91.000 orang. Angka prevalensi tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2009 adalah 100 per 100.000 penduduk dan penyakit ini terjadi pada lebih dari 70% penderita di usia produktif. Tuberkulosis paru merupakan penyebab kematian utama ketiga setelah penyakit jantung dan saluran pernafasan (Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung, 2010).

Penemuan kasus tuberkulosis paru di Bandung tahun 2007 secara klinis adalah sebesar 1.194 kasus. Jumlah penderita sembuh sebesar 858 orang. Angka ini belum memenuhi target SPM (Standar Pelayanan Minimal) Kota Bandung sebesar 90% pada tahun 2007 (Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung, 2008).

Tingkat sosial ekonomi berpengaruh pada pemenuhan kebutuhan hidup seseorang dan keluarga. Kemiskinan (sosial ekonomi rendah) merupakan keadaan yang mengarah pada perumahan yang terlampau padat atau kondisi kerja yang buruk. Keadaan ini dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Orang yang hidup dengan kondisi ini juga sering mengalami gizi buruk karena ketidakmampuan menyediakan makanan bergizi akibat rendahnya penghasilan, kompleks kemiskinan seluruhnya ini memudahkan tuberkulosis berkembang menjadi penyakit (Crofton et al, 2002).

Faktor yang menyebabkan tingginya kasus tuberkulosis di Indonesia, yaitu waktu pengobatan tuberkulosis yang relatif lama (6-8 bulan) menjadi penyebab

penderita sulit sembuh karena pasien berhenti berobat (*drop out*) setelah merasa sehat meski proses pengobatan belum selesai. Selain itu, masalah tuberkulosis diperberat dengan adanya peningkatan infeksi HIV/AIDS yang berkembang cepat dan munculnya permasalahan TB-MDR (*Multi Drugs Resistant*). Kita menyadari tuberkulosis tidak dapat diberantas oleh Pemerintah atau jajaran kesehatan saja, tetapi harus melibatkan dan bermitra dengan banyak sektor (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

Tuberkulosis dengan kebiasaan merokok merupakan masalah dunia dan keduanya merupakan agenda penting WHO saat ini. Studi epidemiologi terbaru di Afrika Selatan didapatkan 50% kematian akibat infeksi tuberkulosis paru berhubungan dengan merokok. Dalam penelitian tersebut 76% dari 2.401 orang yang mendapatkan hasil tes tuberkulin positif, 55% perokok aktif (Boon *et al*, 2005).

Penelitian di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung pada tahun 2010 menunjukkan terdapat penurunan kasus tuberkulosis paru sebesar 58 kasus (23,1%), dimana didapatkan sebanyak 251 kasus (56,5%) pada tahun 2009 dan 193 kasus (43,5%) pada tahun 2010 (Johanis Edward, 2011)

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk meneliti gambaran insidensi dan faktor risiko penyakit tuberkulosis paru dan kaitannya dengan kebiasaan merokok.

## **1.2 Identifikasi Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka identifikasi masalah penyakit ini adalah :

1. Bagaimanakah gambaran penyakit tuberkulosis paru berdasarkan usia di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode Januari 2011 – Desember 2011.
2. Bagaimanakah gambaran penyakit tuberkulosis paru berdasarkan jenis kelamin di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode Januari 2011 – Desember 2011.

3. Bagaimanakah gambaran penyakit tuberkulosis paru berdasarkan faktor kebiasaan merokok di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode Januari 2011 – Desember 2011.

### **1.3 Maksud dan Tujuan Penelitian**

1. Mengetahui gambaran penyakit tuberkulosis paru berdasarkan usia di Rumah Sakit Immanuel Bandung.
2. Mengetahui gambaran penyakit tuberkulosis paru berdasarkan jenis kelamin di Rumah Sakit Immanuel Bandung.
3. Mengetahui gambaran penyakit tuberkulosis paru berdasarkan faktor kebiasaan merokok di Rumah Sakit Immanuel Bandung.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

- a. Manfaat Akademis (Ilmiah)
  - Hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan wawasan dan informasi untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap terjadinya penyakit tuberkulosis paru.
- b. Manfaat Praktis (Klinis)
  - Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat membantu para klinisi dalam melengkapi data yang diperlukan untuk memberi penyuluhan kepada masyarakat.

### **1.5 Landasan Teoritis**

Gejala utama pasien tuberkulosis paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari 1 bulan (Depkes RI, 2007).

Tuberkulosis paru mengenai lebih dari 70% usia produktif, terutama kelompok laki-laki (Dinas kesehatan Kabupaten Bandung 2010). Faktor yang menyebabkan tingginya kasus tuberkulosis di Indonesia, yaitu waktu pengobatan

tuberkulosis yang relatif lama (6-8 bulan) menjadi penyebab penderita tuberkulosis berhenti berobat ( *drop out* ) setelah merasa sehat meski proses pengobatan belum selesai. Masalah tuberkulosis juga diperberat dengan adanya peningkatan infeksi HIV/ AIDS yang berkembang cepat dan munculnya permasalahan TB-MDR (*multi drugs resistant*) (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011)

Tuberkulosis dan kebiasaan merokok merupakan masalah dunia dan keduanya merupakan agenda penting WHO saat ini. Studi epidemiologi terbaru di Afrika selatan di dapatkan 50% kematian akibat infeksi tubekulosis paru berhubungan dengan merokok. Dalam penelitian tersebut 76% dari 2.401 orang yang mendapatkan hasil tes tubekulin positif, 55% perokok aktif (Boon et al, 2005).