

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

*American Thoracic Society* (ATS) dan *European Respiratory Society* (ERS) mengartikan Penyakit Paru Obstruktif Kronik disingkat PPOK sebagai penyakit yang ditandai dengan adanya hambatan jalan nafas yang tidak sepenuhnya reversibel. Hambatan jalan nafas ini biasanya bersifat progresif dan berhubungan dengan respon inflamasi paru yang abnormal terhadap paparan gas dan partikel berbahaya secara terus menerus, terutama asap rokok (Celli, Pauwels, Snider, 2004). Gejala utama PPOK adalah sesak nafas, batuk dan produksi sputum (dahak). Sama seperti ATS dan ERS, *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) mengatakan bahwa PPOK adalah penyakit yang dapat dicegah dan diobati (GOLD, 2015).

Keadaan penderita PPOK bisa saja memburuk dari sebelumnya, ditandai dengan batuk dan sesak yang bertambah, produksi sputum yang meningkat, dan adanya perubahan warna pada sputum. Keadaan ini disebut eksaserbasi akut PPOK. Eksaserbasi akut PPOK paling banyak disebabkan oleh infeksi virus dan bakteri. Faktor lainnya seperti polusi udara di dalam ruangan atau luar ruangan, kelelahan atau timbulnya komplikasi juga dapat mencetuskan eksaserbasi pada PPOK (Fein, Anzueto dan Grossman, 2004).

*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* menyebutkan bahwa penyakit ini menjadi penyumbang terbesar untuk angka kematian dan kesakitan di dunia sekaligus menghasilkan peningkatan beban ekonomi sosial. Angka prevalensi, angka kematian dan kesakitan PPOK berbeda-beda di setiap

negara. *The Global Burden of Disease* mencatat PPOK berada di posisi keenam sebagai penyebab kematian pada tahun 1990 di dunia dan diprediksikan akan menjadi urutan ketiga pada tahun 2020 (Mathers et.al., 2004). *International Journal of COPD* mengatakan bahwa rentang prevalensi PPOK adalah 0.2%-37%, tetapi bervariasi secara meluas di seluruh negara dan populasi yang ada. Prevalensi dan insiden PPOK banyak terjadi pada laki-laki di usia 75 tahun ke atas. Angka kematian atau mortalitas PPOK meningkat pada 30-40 tahun terakhir, namun pada beberapa negara terjadi penurunan kematian pada laki-laki sementara peningkatan pada perempuan (Rycroft et.al., 2012). Eksaserbasi akut adalah penyebab utama kematian pada penderita PPOK, ini juga yang meningkatkan biaya perawatan PPOK. *American Thoracic Society* (ATS) menyatakan bahwa PPOK memakan biaya yang besar, sekitar 50-75% dari biaya untuk perawatan PPOK disalurkan untuk kasus eksaserbasi (Vestbo dan Buist, 2004).

Kejadian PPOK adalah penyebab kematian terbesar ketiga di Amerika Serikat. *National Heart, Lung and Blood Institute* menyatakan terdapat 12 juta penduduk dewasa yang terdiagnosis PPOK dan 50% lagi tidak terdiagnosis (NHLBI, 2015). Biaya untuk PPOK pertahun adalah sekitar 42 juta dolar, biaya ini digunakan terutama untuk eksaserbasi PPOK (Hanania et.al., 2015). Sekitar sepertiga pasien PPOK yang baru saja dikeluarkan dari departemen darurat karena serangan akut, memiliki gejala berulang dalam waktu 14 hari, 17% nya terjadi serangan ulang dan membutuhkan rawat inap (Fein, Anzueto dan Grossman, 2004).

Menurut Rikesdas 2013, prevalensi PPOK di Indonesia mencapai 3.7% dan lebih banyak diderita oleh laki-laki, khusus untuk provinsi Sumatera Barat prevalensinya adalah 3%. Riset kesehatan dasar mendefinisikan PPOK terjadi pada

seseorang, jika ia pernah mengalami sesak napas yang bertambah ketika beraktifitas dan/atau bertambah dengan meningkatnya usia disertai batuk berdahak dan nilai Indeks Brinkman  $\geq 200$  (Balitbangkes, 2013).

*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)* mengatakan bahwa beberapa penelitian di 28 negara antara tahun 1990 dan 2004, juga sebuah penelitian di Jepang menemukan prevalensi PPOK sangat berhubungan dengan tingginya jumlah perokok dan mantan perokok dibandingkan dengan yang tidak merokok. Rata-rata usia mereka 40 tahun ke atas, dan lebih banyak terjadi pada laki-laki (GOLD, 2015).

Pada tahun 2013, 17% dari semua kematian penduduk Inggris yang berusia 35 tahun ke atas, disebabkan oleh rokok (HSCIC, 2014). Kemudian *Action on Smoking and Health (ASH)* pada tahun 2015 menyatakan prevalensi merokok pada penduduk Inggris terbanyak di usia 25-34 tahun (ASH, 2015). Berdasarkan data dari *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* tahun 2013, 18 dari 100 orang dewasa di Amerika Serikat yang berusia 18 tahun ke atas, dinyatakan merokok (CDC, 2013). Hampir 80% dari 1 milyar lebih penduduk yang merokok di dunia, hidup di negara berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2011).

Jumlah perokok di Indonesia menempati posisi ketiga setelah China dan India (WHO, 2011). Kelompok usia terbanyak yang mulai merokok di Indonesia pada tahun 2013 adalah kelompok umur 15-19 tahun (50%). Terbesar kedua berada pada kelompok usia 20-24 tahun (27%). Provinsi Sumatera Barat memiliki perokok yang mulai merokok pertama kali pada usia 10-14 tahun terbanyak di Indonesia (Balitbangkes, 2013).

Chu-Lin et.al menyatakan 90% dari pasien yang didiagnosis PPOK memiliki riwayat merokok, baik masih merokok ataupun mantan perokok. Bisa diartikan erat kaitan antara merokok dan kejadian PPOK. Merokok adalah faktor risiko utama untuk terjadinya PPOK (GOLD, 2015). Kejadian eksaserbasi paling sering disebabkan oleh infeksi, namun polusi udara dan penyakit komorbid juga memiliki pengaruh. Penulis ingin mengetahui bagaimana pengaruh polusi udara (rokok) pada kejadian eksaserbasi PPOK. Karena belum ada penelitian tentang hal ini, maka penulis tertarik untuk meneliti apakah ada hubungan antara status merokok dengan tipe eksaserbasi PPOK di RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana hubungan antara status merokok dengan tipe eksaserbasi pada pasien PPOK di RSUP. M. Djamil Padang Tahun 2014 ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan antara status merokok dengan tipe eksaserbasi pada pasien PPOK di RSUP. M. Djamil Padang Tahun 2014.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui distribusi frekuensi pasien eksaserbasi PPOK berdasarkan kelompok usia di RSUP. M. Djamil Padang Tahun 2014.
- b. Mengetahui distribusi frekuensi pasien eksaserbasi PPOK berdasarkan jenis kelamin di RSUP. M. Djamil Padang Tahun 2014.

- c. Mengetahui distribusi frekuensi pasien eksaserbasi PPOK berdasarkan status merokok di RSUP. M. Djamil Padang Tahun 2014.
- d. Mengetahui distribusi frekuensi pasien eksaserbasi PPOK berdasarkan derajat merokok di RSUP. M. Djamil Padang Tahun 2014.
- e. Mengetahui distribusi frekuensi pasien eksaserbasi PPOK berdasarkan tipe di RSUP. M. Djamil Padang Tahun 2014.
- f. Mengetahui hubungan antara status merokok dengan tipe eksaserbasi PPOK di RSUP. M. Djamil Padang Tahun 2014.
- g. Mengetahui hubungan antara derajat merokok dengan tipe eksaserbasi PPOK di RSUP. M. Djamil Padang Tahun 2014.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Bagi Instansi dan Tenaga Kesehatan**

1. Menjadikan hasil penelitian ini sebagai data pembandingan bagi peneliti dalam melaksanakan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan PPOK.
2. Untuk mengetahui prevalensi Penyakit Paru Obstruktif Kronik di RSUP. M. Djamil Padang.
3. Memberikan informasi bagi pusat-pusat pelayanan kesehatan untuk menyusun program pemberhentian merokok dan preventif Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).

##### **1.4.2 Bagi Bidang Penelitian**

1. Dapat memantau perjalanan serangan akut PPOK dengan status merokok.

2. Sebagai bahan informasi bagi peneliti lain yang ingin meneliti mengenai Penyakit Paru Obstruktif Kronik.

