

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia sekarang berada pada ranking kelima negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 660,000 (WHO, 2010) dan estimasi insidensi berjumlah 430,000 kasus baru per tahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61,000 kematian per tahunnya. Indonesia merupakan negara dengan percepatan peningkatan epidemi HIV yang tertinggi di antara negara-negara di Asia. HIV dinyatakan sebagai epidemik terkonsentrasi (*a concentrated epidemic*), dengan pengecualian di provinsi Papua yang prevalensi HIV sudah mencapai 2,5% (*generalized epidemic*). Secara nasional, angka estimasi prevalensi HIV pada populasi dewasa adalah 0,2%. Sejumlah 12 provinsi telah dinyatakan sebagai daerah prioritas untuk intervensi HIV dan estimasi jumlah orang dengan HIV/AIDS di Indonesia sekitar 190.000-400.000.^(1, 2)

Estimasi nasional prevalensi HIV pada pasien TB baru adalah 2,8%. Angka MDR-TB diperkirakan sebesar 2% dari seluruh kasus TB baru (lebih rendah dari estimasi di tingkat regional sebesar 4%) dan 20% dari kasus TB dengan pengobatan ulang. Diperkirakan terdapat sekitar 6.300 kasus MDR TB setiap tahunnya. 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 2006. Pada tahun 2009, tercatat

sejumlah sejumlah 294.732 kasus TB telah ditemukan dan diobati (data awal Mei 2010) dan lebih dari 169.213 diantaranya terdeteksi BTA positif.^(1, 2)

Dengan demikian, Case Notification Rate untuk TB BTA+ adalah 73 per 100.000 (*Case Detection Rate* 73%). Rerata pencapaian angka keberhasilan pengobatan selama 4 tahun terakhir adalah sekitar 90% dan pada kohort tahun 2008 mencapai 91%. Pencapaian target global tersebut merupakan tonggak pencapaian program pengendalian TB nasional yang utama.^(1, 2)

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 (*Directly Observed Treatment Short-course*) 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. 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*).^(1, 2)

Global Report WHO tahun 2010 melaporkan seluruh kasus TB paru tahun 2009 di Indonesia sebanyak 294.731 kasus, dimana 169.213 adalah kasus TB paru baru Basil Tahan Asam positif (BTA positif). Kementerian Kesehatan RI melaporkan bahwa proporsi pasien TB paru BTA positif diantara suspek pada

tahun 2011 sebesar 10% dan proporsi TB paru BTA positif diantara seluruh pasien TB paru menurun 1,0% dari 61% di tahun 2010 menjadi 60% pada tahun 2011. Proporsi kasus TB anak diantara semua kasus yang diobati di Indonesia dari 2007 sampai 2013 berkisar pada 7,9% sampai 12%.^(1, 3)

Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita TB paru terbesar ke-3 di dunia setelah India dan Cina dengan jumlah penderita sebesar 10% dari total penderita TB paru dunia. Hasil survei prevalensi TB paru di Indonesia tahun 2004 menunjukkan bahwa angka prevalensi TB BTA positif secara nasional adalah 110 per 100.000 penduduk. Secara regional prevalensi TB BTA positif di Indonesia dikelompokkan dalam 3 wilayah, yaitu wilayah Sumatera angka prevalensi TB adalah 160 per 100.000 penduduk, wilayah Jawa dan Bali angka prevalensi TB adalah 110 per 100.000 penduduk, serta wilayah Indonesia Timur angka prevalensi TB adalah 210 per 100.000 penduduk. Khusus untuk propinsi DIY dan Bali angka prevalensi TB adalah 68 per 100.000 penduduk.^(4, 5)

Berdasarkan laporan Riskesdas 2013 Sumatera Barat berada di urutan ke-22 jumlah kejadian TB di Indonesia dengan prevalensi 0,2%. Data Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2015 juga menunjukkan prevalensi TB Paru pada anak sebanyak 3,3 %. Dengan kata lain pada 14400 masyarakat yang terjangkau TB terdapat setidaknya 48 anak yang menderita TB. Daerah wilayah kerja puskesmas yang tertinggi yaitu puskesmas pemancungan dengan 7 pasien BTA positif pada anak.

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik(BPS), penduduk Kota Padang pada tahun 2008 berjumlah ± 856.815 jiwa dengan kepadatan 1.206 jiwa/Km^2 dan laju pertumbuhan penduduk 2,22%. Demikian juga data yang terdapat untuk

jumlah rumah tangga $\pm$ 168.845 rumah tangga dengan rata-rata 5 orang di penghuni. Untuk kondisi rumah sendiri di Kota Padang umumnya bagi ekonomi yang lemah memiliki kondisi rumah yang tidak memenuhi syarat dan sebaliknya ekonomi yang kuat pada umumnya memiliki rumah memenuhi syarat. Dari penelitian terdahulu Rusnoto *et al.* (2005) bahwa adanya hubungan yang bermakna antara kepadatan hunian, luas ventilasi, pendapatan keluarga dengan kejadian Tuberkulosis paru.^(6, 7)

TB Paru pada anak dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti faktor lingkungan yaitu kepadatan hunian rumah yang tidak sebanding dengan luas rumah lebih berisiko terkena TB parutan dari hasil penelitian Rusnoto *et al.* (2005) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepadatan rumah dengan kejadian tuberkulosis paru, ventilasi rumah yang tidak memenuhi syarat $< 10\%$ dari luas lantai rumah, dan perilaku merokok mempengaruhi TB pada anak, sesuai dengan hasil penelitian Wijaya 2012 bahwa merokok meningkatkan risiko infeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Salah satu faktor lainnya adalah faktor individu dilihat dari status imunisasi BCG. Anak yang tidak imunisasi BCG memiliki risiko 0,6 kali untuk terinfeksi tuberkulosis di bandingkan dengan anak yang imunisasi BCG, Status gizi juga mempengaruhi terjadinya TB pada anak yang status gizi kurang memiliki risiko 2,74 kali lebih tinggi terserang TB paru dibandingkan dengan mereka yang memiliki sttus gizi baik. Itu di ungkapkan dalam penelitian Fatimah (2008). Selain itu, faktor sosial ekonomi seperti kemiskinan yang tidak berpengaruh langsung pada kejadian tuberkulosis paru namun berdasarkan hasil penelitian Cooker (2003) menunjukkan adanya hubungan antara pendapatan yang rendah dan kejadian tuberkulosis paru. Faktor

penyerta HIV dan DM yang memiliki daya tahan tubuh rendah juga mempengaruhi TB paru.⁽⁷⁻¹⁰⁾

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh penelitian Rukmin dan Chatarina di Indonesia (Analisis data riset Kesehatan Dasar Tahun 2010) menunjukkan ada hubungan antara umur dengan kejadian Tuberkulosis paru dan sejalan dengan itu penelitian yang dilakukan oleh Yulistyanigrum dan Dwi Sarwani Sri Rejekimenunjukkan bahwa ada hubungan pendapatan keluarga dengan terjadinya tuberkulosis.^(11, 12)

Berdasarkan uraian diatas dan beberapa penelitian terdahulu yang menjelaskan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi kejadian TB paru pada anak, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit Tuberkulosisparu pada anak di Kota Padang tahun 2015.

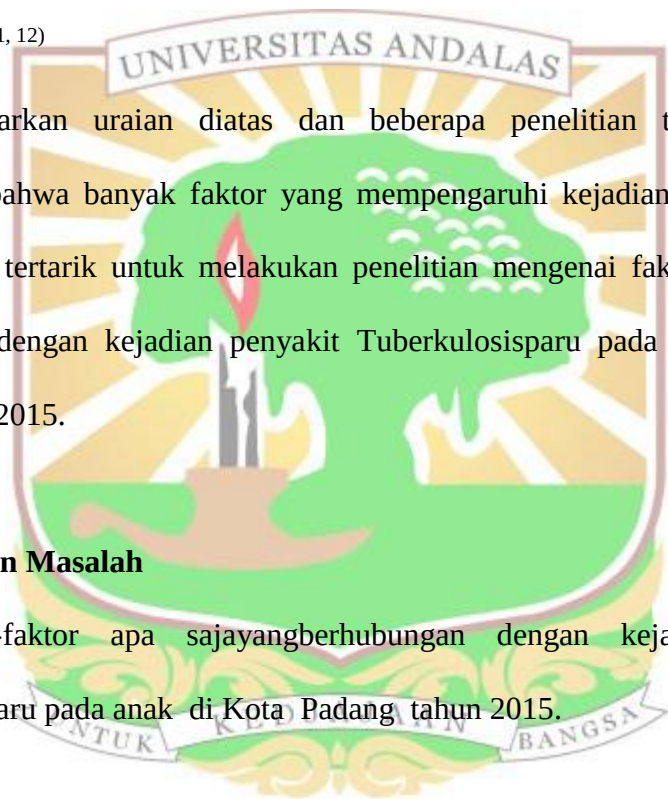
1.2 Perumusan Masalah

Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian penyakit Tuberkulosisparu pada anak di Kota Padang tahun 2015.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit Tuberkulosisparu pada anak di Kota Padang tahun 2015.



1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi frekuensi variabel independen (kepadatan hunian rumah, ventilasi rumah, kelengkapan imunisasi BCG, Pendapatan keluarga, status gizi, status paparan asap rokok) di Kota Padang tahun 2015.
2. Mengetahui hubungan dan risiko kepadatan hunian rumah dengan kejadian Tuberkulosis paru pada anak di Kota Padang tahun 2015.
3. Mengetahui hubungan dan risiko ventilasi rumah dengan kejadian Tuberkulosis paru pada anak di Kota Padang tahun 2015.
4. Mengetahui hubungan dan risiko kelengkapan imunisasi BCG dengan kejadian Tuberkulosis paru pada anak di Kota Padang tahun 2015.
5. Mengetahui hubungan dan risiko pendapatan keluarga dengan kejadian Tuberkulosis paru pada anak di Kota Padang tahun 2015.
6. Mengetahui hubungan dan risiko status gizi dengan kejadian Tuberkulosis paru pada anak di Kota Padang tahun 2015.
7. Mengetahui hubungan dan risiko status paparan asap rokok dengan kejadian Tuberkulosis paru pada anak di Kota Padang tahun 2015.
8. Mengetahui faktor risiko dominan yang berhubungan dengan kejadian Tuberkulosis paru pada anak di Kota Padang tahun 2015.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat untuk pengkayaan literatur tentang faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit Tuberkulosis paru pada anak di Kota Padang tahun 2015.
2. Untuk menambah pengetahuan peneliti dalam menemukan faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit Tuberkulosis paru pada anak di Kota Padang tahun 2015.
3. Sebagai bahan tambahan referensi bagi peneliti lain yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut.

1.4.2 Manfaat Praktis

Sebagai informasi bagi pihak Dinas Kesehatan Kota Padang terkait faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit Tuberkulosis paru pada anak di Kota Padang tahun 2015.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian Tuberkulosis paru pada anak, yaitu hubungan antara kepadatan hunian rumah, ventilasi rumah, kelengkapan imunisasi BCG, pendapatan keluarga, status gizi dan status paparan asap rokok dengan Tuberkulosis paru pada anak. Penelitian ini dilakukan di Kota Padang Tahun 2016 dengan desain *case control* berpasangan.