

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

“Barang siapa sehat badannya, damai dihatinya dan punya makanan untuk sehari-hari, maka seolah-olah dunia seisinya dianugrahi kepadanya”
(HR. Turmudzy & Ibnu Majah).

“Sesungguhnya Allah itu menyukai keindahan, menyukai kebersihan, menyukai kemuliaan, menyukai sikap dermawan, karena itu bersihkanlah halaman rumah kalian”
(HR. Turmudzy).

Tubuh yang sehat merupakan idaman setiap orang, sehingga banyak orang mengatakan kesehatan adalah harta yang tak ternilai harganya. Organisasi kesehatan dunia (WHO) mengartikan kesehatan bukan hanya bebas dari segala macam penyakit, tetapi orang yang dikatakan sehat adalah orang yang baik fisiknya, mental, dan juga sosial (Suzanne, C, 2001).

Menurut UU RI No. 23 tahun 1992, kesehatan bukan hanya bebas dari penyakit, cacat, dan kelainan, tetapi juga sehat badannya, rohani (mental), sosial dan dapat hidup produktif secara sosial ekonomi. Beberapa aspek yang berhubungan dengan derajat kesehatan antara lain: lingkungan, pelayanan kesehatan dan perilaku.

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang, dimana masih banyak wilayah di Indonesia yang lingkungannya, pelayanan kesehatannya, dan juga perilaku masyarakat yang kurang baik. Wilayah-wilayah tersebut menyebabkan banyaknya jenis penyakit menular di berbagai daerah, salah

satunya penyakit tuberkulosis paru. WHO (1999) menyatakan bahwa negara

Indonesia merupakan negara penyumbang tuberkulosis terbesar ketiga setelah India dan Cina. Tuberkulosis menyebar juga di negara berkembang lainnya, sehingga WHO mencanangkan tuberkulosis sebagai kedaruratan global.

Pada tahun 1995, diperkirakan setiap tahun terjadi sekitar sembilan juta penderita TB paru dengan kematian tiga juta orang. Di negara berkembang, kematian karena TB paru merupakan 25% dari seluruh kematian, yang sebenarnya dapat dicegah. Diperkirakan 95% penderita TB paru berada di Negara berkembang dan 75% penderita TB paru adalah kelompok usia produktif (15-50 tahun). WHO menyatakan bahwa setiap detik satu orang terinfeksi TB paru dan setiap sepuluh detik satu orang meninggal karena TB paru (Dep. Kes. RI. 2000).

Tuberkulosis paru merupakan ancaman bagi penduduk Indonesia. Indonesia menjadi negara ketiga terbesar di dunia mengenai kasus Tuberkulosis paru, selain itu di Indonesia penyakit ini merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan penyakit pernapasan akut pada seluruh kalangan usia. Pada tahun 2004 bertambah sebanyak seperempat juta orang penderita baru dan sekitar 140.000 kematian setiap tahunnya. Sebagian besar penderita TB paru adalah penduduk yang berusia produktif antara 15-55 tahun dan (DepKes RI 2005).

Tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit infeksi yang bersifat persisten dan menahun dan merupakan zoonosis penting di Indonesia. Selain penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan penyakit

pernapasan akut, tuberkulosis paru adalah penyakit penyebab kematian nomor



satu dari golongan penyakit infeksi. Survey prevalensi yang dilakukan antara tahun 1979-1982 di 15 provinsi dengan hasil 200-400 penderita tiap 100.000 penduduk. Menurut WHO, akan timbul 10,2 juta kasus tuberkulosis paru pada tahun 2000. Menurut DinKes DKI (2002) dari setiap 100 penduduk Indonesia 3-6 orang menderita tuberkulosis paru. Diperkirakan setiap tahun 450.000 kasus baru, dimana sekitar 1/3 penderita terdapat disekitar Puskesmas, 1/3 ditemukan di pelayanan rumah sakit/klinik pemerintahan dan swasta, praktek swasta dan sisanya belum terjangkau unit pelayanan kesehatan, sedangkan kematian karena tuberkulosis paru diperkirakan 175.000 per tahun (Noor, Susan. 2006).

Setiap lima menit satu orang meninggal akibat tuberkulosis paru di Indonesia. Indonesia di tahun 2004 tercatat 211.753 kasus baru, diperkirakan sekitar 300 kematian terjadi setiap hari dan setiap tahun kasus baru bertambah 1/4 juta. Prevalensi kasus tuberkulosis paru di Indonesia meliputi: 1). DIY-Bali terdapat 64/100.000 orang; 2). Jawa terdapat 107/100.000 orang; 3). Sumatra 160/100.000 orang dan 4). Wilayah tertinggi di KTI terdapat 210/100.000 orang (Suskernas. 2004).

Tuberkulosis di Indonesia merupakan salah satu penyakit yang harus di waspadai, berdasarkan hasil survey prevalensi TBC yang dilakukan di enam propinsi pada tahun 1983-1993 menunjukkan bahwa prevalensi TBC di Indonesia berkisar antara 0,2 – 0,65%. Laporan penanggulangan TBC Global yang dikeluarkan oleh WHO pada tahun 2004, angka insidensi TBC pada tahun 2002 mencapai 555.000 kasus (256 kasus/100.000 penduduk) dan 46%

diantaranya diperkirakan merupakan kasus baru. Perkiraan prevalensi, insidensi dan kematian akibat TBC dilakukan berdasarkan analisis dari semua data yang tersedia, seperti pelaporan kasus, prevalensi infeksi dan penyakit, lama waktu sakit, proporsi kasus BTA positif, jumlah pasien yang mendapat pengobatan dan yang tidak mendapat pengobatan, prevalensi dan insidens HIV, angka kematian dan demografi (Anonim, 2005).

Penyakit tuberkulosis paru merupakan penyakit menular yang menyerang paru-paru, penyakit ini disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*. *Mikrobakteria* adalah bakteri *aerob*, berbentuk batang, yang tidak membentuk *spora*. Bakteri ini tidak mudah diwarnai, walau sudah diwarnai bakteri ini tetap tahan terhadap peluntur warna (*dekolorisasi*) asam atau alkohol, maka dinamakan bakteri tahan asam atau basil tahan asam (Hiswani, 2004).

Menurut (Mansjoer, Arif, dkk, 2001) Tuberkulosis paru adalah penyakit yang disebabkan oleh *Myobakterium tuberculosis* dengan gejala yang sangat bervariasi. Gejala utama tuberkulosis paru adalah batuk lebih dari 4 minggu dengan atau tanpa sputum, malaise, gejala flu, demam derajat rendah, nyeri dada, dan batuk darah.

Hasil survey dari Dinkes Provinsi Yogyakarta menunjukkan bahwa angka kejadian tertinggi untuk penderita TB paru pada tahun 2007 adalah di Kab. Sleman 207 penderita, Kab. Gunung Kidul 189 penderita dan di Kab. Bantul 179 penderita. Menurut data yang diperoleh dari Puskesmas Kasihan I dan Puskesmas Kasihan II pada tahun 2008. Juli 2009 terdapat 27 penderita TB

Menurut Timisela, Agustinus (2007), buruknya kondisi lingkungan serta belum baiknya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di masyarakat menjadi penyebab tingginya angka penyakit infeksi dan penyakit *degeneratif*. Usaha yang perlu dilakukan dalam mencegah masalah diatas dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan bentuk perwujudan paradigma sehat, terutama pada aspek budaya perorangan, keluarga dan masyarakat. Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah tindakan yang dilakukan oleh perorangan, kelompok atau masyarakat yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, menolong dirinya sendiri dan berperan aktif dalam pembangunan kesehatan untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (DinKes Bantul, 2003).

Pada tahun 2005 di Kota Yogyakarta persentase keluarga yang berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baru mencapai 27 persen. Rendahnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) disebabkan karena rendahnya tingkat pendidikan masyarakat dan terbatasnya jumlah tenaga kesehatan serta kader yang membantu dalam penyebarluasan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Rendahnya kepedulian masyarakat dan keterlibatan pemerintah dalam menyingkapi penyehatan lingkungan guna mendukung kualitas lingkungan menyebabkan masih rendahnya cakupan pelayanan penyehatan lingkungan.

Hal ini disebabkan kurangnya pengetahuan masyarakat terhadap pentingnya

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Keadaan ini tercermin dari perilaku

masyarakat yang hingga sekarang masih banyak yang menggunakan air untuk keperluan rumah tangga tidak memenuhi syarat kesehatan, buang air besar di sungai dan kebun (Anonim, 2005)

Program PHBS yang telah dilaksanakan di Yogyakarta melibatkan 2523 orang Kader terlatih dari setiap RT dan 503 orang Pembina wilayah. Hasil pendataan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) tahun 2007 pada tatanan rumah tangga menunjukkan bahwa indikator yang masih perlu mendapat perhatian di Yogyakarta meliputi: indikator tidak merokok, indikator kepesertaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), dan indikator olahraga (DinKes Kota Yogyakarta, 2007).

Indikator tidak merokok, hasil pendataan prosentase masih dibawah 50 %. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak masyarakat DI Yogyakarta yang merokok sehingga diasumsikan semua anggota keluarga yang tinggal di rumah tersebut mempunyai kemungkinan terpapar asap rokok yang dapat menimbulkan berbagai penyakit akibat asap rokok baik aktif maupun pasif. Indikator kepesertaan JPKM, hasil pendataan prosentase diatas 50 % namun masih dibawah 60 %. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak masyarakat DI Yogyakarta yang belum sadar akan pentingnya ikut menjadi anggota JPKM / Asuransi Kesehatan bagi dirinya sendiri maupun anggota keluarganya.

Kemungkinan yang lain adalah karena adanya Jamkesos/Askeskin/KMS yang diberikan kepada masyarakat miskin sehingga mereka merasa sudah difasilitasi dan tidak perlu menjadi anggota JPKM di wilayahnya. Indikator olahraga, hasil pendataan prosentase sudah diatas 50 % namun masih dibawah

60 %. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak yang belum menyadari akan pentingnya melakukan olahraga setiap hari.

Berdasarkan permasalahan diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “ Gambaran Pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I dan Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I dan Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta”?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui gambaran pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada penderita TB paru di Kecamatan Kasihan Kabupaten Bantul.

2. Tujuan khusus

a. Mengetahui gambaran pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada variabel lingkungan di Kecamatan Kasihan.

b. Mengetahui gambaran pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

(PHBS) pada variabel perilaku di Kecamatan Kasihan

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Memberikan tambahan pustaka dan memberikan pengembangan ilmu keperawatan khususnya mengenai gambaran pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada penderita TB paru

2. Penderita TB paru

Memberikan informasi tambahan mengenai pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), yang bertujuan mencegah terjadinya penyakit TB paru.

3. Bagi Puskesmas Kasihan I dan Puskesmas Kasihan II Bantul

Memberikan informasi mengenai pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I dan wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul yang dapat di pergunakan sebagai bahan penentu langkah menurunkan kejadian TB paru.

4. Bagi Peneliti

Sebagai tambahan pengalaman, pengetahuan dan wawasan ilmiah dalam pelaksanaan tugas-tugas di lapangan.

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang terkait dalam penelitian ini diantaranya: Pertama penelitian dengan judul “Hubungan Faktor Resiko Kondisi Rumah Terhadap

Kejadian TB paru Pada Balita Di Wilayah Kota Salatiga Tahun” (Subandi dkk.

2006), metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah case control dengan jumlah sample 64 balita yang menderita TB paru yang berkunjung di BP4 Kota Salatiga dan 64 balita kontrol (non TB paru) yang mempunyai karakteristik hampir sama dengan balita kasus TB paru. Analisa data yang digunakan adalah deskriptif dan analitik.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara faktor risiko kondisi rumah (kelembaban ruangan, pencahayaan ruangan, suhu ruangan, kepadatan hunian dan luas ventilasi) terhadap kejadian TB paru balita. Ada hubungan variabel pre kondisi (imunisasi BCG, status gizi balita di masa lampau, keberadaan penderita TB yang lain dan ASI eksklusif) terhadap kejadian TB paru balita. Perbedaan dengan penelitian yang saya lakukan terdapat pada variabelnya.

Kedua penelitian dengan judul "Hubungan Antara Karakteristik Lingkungan Rumah Dengan Kejadian Tuberkulosis (TB) Pada Anak Di Kecamatan Paseh Kabupaten Sumedang" (Mamat Lukman, dkk, 2007), pada penelitian ini penulis menggunakan jenis penelitian deskriptif korelasional dengan pendekatan *case control*, untuk melihat bagaimana hubungan antara karakteristik lingkungan rumah dengan kejadian tuberkulosis pada anak di Kecamatan Paseh Kabupaten Sumedang. Variabel independen pada penelitian ini adalah lingkungan rumah sampel, dengan sub variabel kelembaban rumah, kepadatan penghuni rumah, luas ventilasi rumah, pencahayaan rumah, dan suhu rumah. Variabel dependen adalah kejadian tuberkulosis pada anak di Kecamatan Paseh Kabupaten Sumedang. Populasi dalam penelitian ini adalah

seluruh anak yang terdapat di Kecamatan Paseh, yaitu sejumlah 3.351 orang anak.

Teknik penarikan sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan *random sampling*. Sampel dalam penelitian ini terdiri dari 144 anak yang terdiri dari 72 orang kasus dan 72 orang kontrol. Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan studi observasi dalam hal kelembaban rumah, kepadatan penghuni rumah, luas ventilasi rumah, pencahayaan rumah dan suhu rumah pada rumah sampel. Mengukur karakteristik lingkungan rumah digunakan alat termometer ruangan, *hygrometer*, *rolemeter* dan *lux meter*.

Berdasarkan uji hipotesis didapatkan data bahwa variabel kelembaban rumah dan kepadatan penghuni rumah memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian tuberkulosis pada anak. Selain itu berdasarkan *odds ratio*, rumah yang memiliki kelembaban rumah dan kepadatan penghuni yang tidak memenuhi syarat kesehatan memiliki risiko 18,57 dan 14 kali untuk terjadinya tuberkulosis pada anak di Kecamatan Paseh. Hal tersebut dapat dipahami karena kelembaban rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan akan menjadi media yang baik bagi pertumbuhan berbagai mikroorganisme seperti bakteri, sporoket, rickettsia, virus dan mikroorganisme yang dapat masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara dan dapat menyebabkan terjadinya infeksi pernafasan pada penghuninya. Perbedaan dengan penelitian yang saya lakukan terdapat pada variabel