

ISBN 978-602-0815-15-2

PROSIDING

SEMINAR HASIL-HASIL PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT 2015

Bidang :

Sosial Politik, Ekonomi, Kesehatan, Pendidikan,
Kajian Budaya, dan Pengabdian Kepada Masyarakat



Fakultas Ekonomi
Universitas Muhammadiyah Ponorogo

**PENYAKIT TUBERKULOSIS PARU
DAN IMPLIKASI TERHADAP BEBAN PENDAPATAN EKONOMI KELUARGA**

Oleh:

SULISTYO ANDARMOYO

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

Email: sulistyoandarmoyo@gmail.com

ABSTRAK

Tuberkulosis (TB) Paru merupakan penyakit infeksi menular langsung yang mengenai pada paru-paru yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium Tuberculosis*). Penyakit ini bisa berkembang menjadi penyakit kronis selama bertahun-tahun. Kasus tuberkulosis paru sebagian besar mengenai usia produktif (15-50 tahun) sehingga dengan kondisi seperti ini akan menurunkan produktifitas kerjanya yang berdampak terhadap penurunan pendapatan ekonomi keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana pendapatan ekonomi keluarga setelah mereka didiagnosa atau dinyatakan menderita penyakit tuberkulosis paru. Metode Penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif, dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Sampel dalam penelitian ini adalah penderita baru tuberkulosis paru yang teridentifikasi pada tahun 2013 dan 2014 di wilayah kerja Puskesmas Badegan dan Kunti Kabupaten Ponorogo. Teknik pengambilan sampling menggunakan Purposif Sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 87,23% responden memiliki pendapatan ekonomi yang rendah (<UMR) dan 12,77% memiliki pendapatan ekonomi keluarga tinggi (\geq UMR) di Kabupaten Ponorogo. Saran pada penelitian ini diperlukan upaya pengobatan tuberkulosis yang benar, baik dan tuntas, hal ini untuk menjamin kesembuhan pasien sehingga mereka yang masih berada dalam usia produktif masih bisa kembali bekerja, berproduksi dan memaksimalkan pendapatannya.

Kata kunci: *Tuberkulosis Paru, Pendapatan Ekonomi Keluarga*

PENDAHULUAN

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium Tuberculosis* (Kemenkes RI, 2014), suatu basil *aerobik* tahan asam, yang ditularkan melalui udara (*airborn*) (Asih & Effendy, 2004).

Tuberkulosis (TB) masih terus menjadi masalah kesehatan di dunia terutama di negara berkembang. Meskipun obat anti tuberkulosis (OAT) sudah ditemukan dan vaksinasi *Bacillus Calmette Guérin* (BCG) telah dilaksanakan, TB tetap belum bisa diberantas habis (Kemenkes RI, 2012).

Di negara-negara berkembang kematian TBC merupakan 25% dari seluruh kematian, yang sebenarnya dapat dicegah.

Diperkirakan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB didunia, terjadi pada negara-negara berkembang, dengan 75% penderita TB adalah kelompok usia produktif (15-50 tahun). Dalam laporan WHO tahun 2013 diperkirakan terdapat 8,6 juta kasus TB pada tahun 2012 dimana 1,1 juta orang (13%) diantaranya adalah pasien TB dengan HIV positif (Kemenkes RI, 2014).

Di Indonesia sendiri penyakit TB Paru merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Berdasarkan perhitungan ekonomi kesehatan yang menggunakan indikator DALY (*Disability Adjusted Life Year*) yang diperkenalkan oleh World Bank, TB merupakan 7,7% dari *total disease burden* di Indonesia, angka ini lebih tinggi dari berbagai negara di Asia lain yang hanya 4%. Pada tahun

1995, hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit tuberkulosis merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit infeksi saluran pernapasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi. Tahun 1999, WHO memperkirakan setiap tahun menjadi 583.000 kasus baru tuberkulosis dengan kematian sekitar 140.000. Secara kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru tuberkulosis dengan BTA positif. Diperkirakan pada tahun 2004, setiap tahun ada 539.000 kasus baru dan kematian 101.000 orang.

Berdasarkan Data Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2007 menyatakan bahwa jumlah penderita Tuberkulosis di Indonesia sekitar 528 ribu jiwa dan berada di posisi tiga dunia setelah India dan Tiongkok. Laporan WHO pada tahun 2009 mencatat peringkat Indonesia menurun ke posisi lima dengan jumlah penderita TBC sebesar 429 ribu orang. Indonesia termasuk 10 negara tertinggi penderita kasus tuberkulosis paru di dunia.

Menurut WHO (2012) dalam laporan *Global Report 2011* bahwa prevalensi tuberkulosis diperkirakan sebesar 289 kasus per 100.000 penduduk, insidensi tuberkulosis sebesar 189 kasus per 100.000 penduduk, dan angka kematian sebesar 27 kasus per 100.000 penduduk.

Evaluasi yang dilakukan melalui *Joint External Monitoring Mission (JEMM)* pada tanggal 11-22 Februari 2013, dilaporkan bahwa Indonesia telah banyak mencapai kemajuan dalam upaya pengendalian TB di Indonesia dimana Indonesia berpeluang

mencapai penurunan angka kesakitan dan kematian akibat TB menjadi setengahnya di tahun 2015 jika dibandingkan dengan data tahun 1990. Angka prevalensi TB yang pada tahun 1990 sebesar 443 per 100.000 penduduk, pada tahun 2015 ditargetkan menjadi 222 per 100.000 penduduk. Pencapaian indikator MDG's untuk TB Indonesia saat ini sudah sesuai jalurnya dan diperkirakan semua indikator dapat dicapai sebelum waktu yang ditentukan (Kemenkes RI, 2014).

Penderita tuberkulosis paru yang tertinggi berada pada kelompok usia produktif (15-50 tahun) yaitu berkisar 75%. Seorang pasien tuberkulosis dewasa diperkirakan akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3-4 bulan sehingga berakibat pada kehilangan pendapatan rumah tangganya yaitu sekitar 20-30%. Jika seseorang meninggal akibat tuberkulosis, maka dia akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, tuberkulosis juga memberikan dampak buruk lainnya, yaitu dikucilkan oleh masyarakat (stigma) (WHO, 2012).

Berdasarkan Riskesdas pada tahun 2010 di Jawa Timur prevalensi TB pada penduduk usia ≥ 15 tahun adalah 0,628% dan suspek TB sebanyak 1,843%. Penderita TB paru yang menggunakan fasilitas pengobatan melalui puskesmas 44,2%. Sedangkan kasus TB Paru di Ponorogo, berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo tahun 2013 didapatkan sejumlah 380 penemuan kasus baru penderita TB dengan BTA (+), sedangkan pada tahun 2014 penemuan kasus baru didapatkan sejumlah 300 orang (Dinkes Ponorogo, 2015).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pendapatan rata-rata ekonomi keluarga setelah pasien didiagnosa atau dinyatakan menderita penyakit tuberkulosis paru.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif. Penelitian dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Badegan dan Kunti Kabupaten Ponorogo. Sampel sejumlah 47 responden, diambil dengan menggunakan metode *Purposive Sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara, untuk mengidentifikasi jumlah pendapatan rata-rata ekonomi keluarga yang diperoleh dalam waktu 1 bulan, setelah didiagnosa atau dinyatakan menderita tuberkulosis paru selama kurang lebih 5 bulan. Hasil dikategorikan menjadi 2 kelompok; rendah jika pendapatan ekonomi keluarga <UMR dan tinggi jika \geq UMR Kabupaten Ponorogo.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karakteristik Penderita Tuberkulosis Paru berdasarkan usia dan tingkat pendidikan.

Karakteristik Responden	N	%
Usia		
- \geq 15-50 tahun	35	74,47
- \geq 51 tahun	12	25,53
Jumlah	47	100
Tingkat Pendidikan		
- SD/SR	17	36,17
- SLTP	21	44,68
- SLTA	9	19,15
- PT	0	0

Jumlah 47 100

Sumber: Data Primer, 2015

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa sejumlah besar (74,47%) responden berusia \geq 15-50 tahun dengan tingkat pendidikan sebagian besar SLTP sejumlah 44,68%.

Tabel 2. Rata-rata Pendapatan Ekonomi Keluarga dalam 1 Bulan pada Penderita Tuberkulosis Paru.

Variabel	N	%
Pendapatan Ekonomi Keluarga		
- Rendah (<UMR)	41	87,23
- Tinggi (\geq UMR)	6	12,77
Jumlah	47	100

Sumber: Data Primer, 2015

Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah didiagnosa atau dinyatakan menderita tuberkulosis, responden yang memiliki rata-rata pendapatan ekonomi keluarga rendah (<UMR) sebesar 87,23% sedangkan yang mempunyai rata-rata pendapatan ekonomi keluarga tinggi (\geq UMR) sebesar 12,77%.

PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat menunjukkan bahwa setelah didiagnosa atau dinyatakan menderita tuberkulosis paru, responden yang memiliki rata-rata pendapatan ekonomi keluarga rendah (<UMR) sebesar 87,23% sedangkan yang mempunyai rata-rata pendapatan ekonomi keluarga tinggi (\geq UMR) sebesar 12,77%.

Tuberkulosis paru adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium*

Tuberculosis, yaitu kuman *aerob* yang dapat hidup terutama di paru atau di berbagai organ tubuh yang lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi (Rab T, 1999). Seorang yang terkena infeksi dapat menyebarkan partikel kecil melalui batuk, bersin, atau berbicara (DiGiulio, dkk 2014). Gejala utama pasien TB 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 satu bulan (Depkes RI, 2014). Gejala-gejala penyakit ini secara langsung akan mempengaruhi produktifitas kerja mereka sehingga berdampak pada pendapatan ekonomi keluarga dalam setiap bulannya.

Berdasarkan usia penderita, sebagian besar 74,47% penderita berusia 15-50 tahun. Usia ini merupakan usia produktif dimana pada usia ini seharusnya masih memungkinkan bagi seseorang untuk memproduksi secara lebih maksimal lagi. Adanya penyakit *tuberculosis* paru telah membawa mereka kurang mampu dan tidak maksimal dalam hal bekerja yang berdampak pada pendapatan ekonomi keluarga. Pada tahap lebih lanjut lagi kondisi ini akan mengkhawatirkan keadaan ekonomi dan keuangan keluarga. Pendapatan yang berkurang akan menimbulkan berbagai permasalahan dalam keluarga, seperti halnya penyediaan sumber pangan atau gizi keluarga yang menyebabkan malnutrisi. Rab (1999) menyatakan bahwa salah satu faktor resiko

penyakit *tuberculosis* paru adalah kemiskinan dan malnutrisi.

Kekurangan gizi atau malnutrisi bisa disebabkan karena asupan gizi yang tidak seimbang baik dari kualitas dan kuantitas, bisa juga karena penyakit infeksi. Gizi kurang atau buruk dapat menyebabkan menurunnya imunitas atau kekebalan tubuh. Kekebalan tubuh yang menurun akan menyebabkan seseorang mudah terkena penyakit infeksi, seperti *tuberculosis*. Demikian juga sebaliknya, seseorang yang menderita penyakit kronis, seperti *tuberculosis* paru, umumnya status gizinya mengalami penurunan. Menurut Narasimhan *et al.* (2012), malnutrisi (baik mikro dan makro-defisiensi) meningkatkan risiko *tuberculosis* karena adanya respon kekebalan yang terganggu. Penyakit *tuberculosis* dapat menyebabkan kekurangan gizi itu sendiri karena penurunan nafsu makan dan perubahan dalam proses metabolisme. Hubungan antara malnutrisi dan *tuberculosis* telah ditunjukkan dengan uji vaksin BCG yang dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 1960 dan memperkirakan bahwa anak-anak kekurangan gizi akan berisiko dua kali untuk terkena penyakit *tuberculosis* daripada anak-anak yang gizinya baik.

Pendapatan ekonomi keluarga yang rendah juga akan menyebabkan kondisi rumah yang tidak layak dan tidak memenuhi persyaratan kesehatan. Lingkungan rumah akan menjadi lembab dan ventilasi berkurang, sehingga besar kemungkinan akan menyebabkan kuman-kuman penyakit seperti *tuberculosis* paru akan tetap berkembang biak di lingkungan rumah pasien. Sebagaimana diketahui, bahwa rumah yang

baik bagi penderita tuberkulosis paru adalah rumah yang mempunyai ventilasi yang cukup, yang memungkinkan sinar matahari bisa masuk ke dalam rumah sehingga bisa membunuh kuman penyebab tuberkulosis paru yaitu *Mycobacterium Tuberculosis*. Hal ini dikarenakan kuman *Micobacterium Tuberculosis* merupakan kuman yang sangat peka terhadap panas, sinar matahari, sinar ultraviolet, dimana adanya paparan langsung terhadap sinar matahari sebagian kuman akan mati dalam waktu beberapa menit (Kemenkes RI, 2014).

Ventilasi pada rumah memiliki banyak fungsi, selain menjaga agar aliran udara dalam rumah tetap segar juga membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri, terutama bakteri patogen, karena disitu selalu terjadi aliran udara yang terus menerus. Fungsi lainnya adalah untuk menjaga agar ruangan rumah selalu dalam kelembaban yang optimum. Ventilasi yang tidak mencukupi akan menyebabkan peningkatan kelembaban ruangan karena terjadinya proses penguapan dan penyerapan cairan dari kulit. Kelembaban ruangan yang tinggi akan menjadi media yang baik untuk tumbuh dan berkembangbiaknya bakteri-bakteri patogen termasuk kuman tuberkulosis (Notoatmojo, 2007).

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa ada keterkaitan yang erat antara pendapatan keluarga setelah didiagnosa atau dinyatakan menderita tuberkulosis. Seseorang yang menderita tuberkulosis paru mempunyai kecenderungan memiliki pendapatan yang rendah.

Saran pada penelitian ini diperlukan upaya pengobatan tuberkulosis yang benar, baik dan tuntas, hal ini untuk menjamin kesembuhan pasien sehingga mereka yang masih berada dalam usia produktif masih bisa kembali bekerja, berproduksi dan memaksimalkan pendapatannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T. Y. (2005) Tuberkulosis dan Kemiskinan. *Majalah Kedokteran Indonesia*. Volume: 55, Nomor: 2, Pebruari 2005
- Alsagaf, H dan Abdul M (editor), (2005). *Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Paru*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Asih, N.G.Y & Effendy, C. (2004). *Keperawatan Medikal Bedah: Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta, EGC.
- Depkes RI. (2007). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, cetakan kedua, 2007*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta: Kemenkes RI.
- DiGiulio, dkk (2014). *Keperawatan Medikal Bedah DeMYSTiFieD*, Yogyakarta Andi Publisher.
- Dinkes Ponorogo, (2015). *Laporan Penemuan Pasien TB per UPK*. Ponorogo. Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo.
- Kemenkes RI, (2012). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Tuberkulosis Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta. Direktorat Bina Upaya Kesehatan. Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2014). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta: Kemenkes RI.
- Narasimhan et all. (2012). *Risk Factors for Tuberculosis*. *Pulmonary Medicine* Volume 2013, Artikel ID 828939, 111 page. Tersedia di: <http://dx.doi/10.1155/2013/828939> diakses pada tanggal 13 Desember 2014

- Notoatmodjo, S. (2007). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rab, T. (1999). *Ilmu Penyakit Paru*, editor Sandy Qlintang, Jakarta: Hipokrates
- WHO, (2012). "*Global Tuberculosis Report 2012*". World Health Organization 20 Avenue Appia, 1211-Geneva-27, Switzerland. Tersedia di www.who.int/-tuberculosis. diakses pada tanggal 25 Mei 2014.