

BAB I

PENDAHULUAN

وَهْدَىٰ الصُّدُورِ فِي لَمَّا وَشَفَاءَ رَبِّكُمْ مِّن مَّوْعِظَةٍ جَاءَتْكُمْ قَدْ النَّاسُ يَتَأْتِيهَا

لِّلْمُؤْمِنِينَ وَرَحْمَةً

“ Hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman” (QS. Yunus:57)

A. Latar Belakang Masalah

Asma adalah sebuah penyakit jalan napas, dimana trakea dan bronkus dari penderita itu mengalami respon berlebih terhadap berbagai stimuli, dan manifestasinya adalah terjadinya penyempitan jalan napas yang luas dan juga derajatnya bisa berubah-ubah secara spontan (Tanjung, 2003). Asma didefinisikan sebagai penyakit paru yang dikategorikan berdasarkan: obstruksi jalan napas yang *reversibel* (tapi tidak komplit pada beberapa pasien), meningkatnya respon jalan napas terhadap berbagai stimulus, inflamasi jalan napas (Copstead *et al.*, 2005).

Asma juga didefinisikan sebagai kumpulan tanda dan gejala mengi dan atau batuk yang karakteristiknya adalah sebagai berikut ini: timbul secara episodik dan atau kronik, cenderung malam hari (*nocturnal*), musiman, adanya faktor pencetus diantaranya aktivitas fisik dan juga bersifat *reversible* baik secara spontan maupun dengan pengobatan. Dan disertai adanya riwayat asma pada pasien ataupun keluarga (Nelson, 1996).

Asma merupakan penyakit kronik yang sering di jumpai pada anak di negara maju, asma memberikan dampak negatif bagi kehidupan penderitanya, seperti menyebabkan anak sering tidak masuk sekolah dan membatasi kegiatan olahraga serta aktifitas seluruh keluarga. Masalah yang timbul disini adalah mordibitas dan mortalitas asma yang tinggi. Sebenarnya penyakit asma bukanlah penyebab kematian yang berarti, hanya saja berbagai negara belakangan ini melaporkan bahwa telah terjadi peningkatan angka kematian akibat penyakit asma ini, termasuk pada anak. World Health Organization (WHO) saat ini memperkirakan terdapat 250.000 kasus kematian karena asma (Rahajoe *et al.*, 2008).

Hasil penelitian dari berbagai negara tentang prevalensi asma menunjukkan angka yang bervariasi, di Skandinavia 0,7-1,8%; Norwegia 0,9-2,0%; Finlandia 0,7-0,8%; Australia 5,4-7,4%; India 0,2%; Jepang 0,7%; Barbados 1,1%. Dan prevalensi asma di seluruh dunia sebesar 8-10% pada anak dan 3-5% pada orang dewasa dan dalam 10 tahun terakhir ini prevalensi asma telah meningkat menjadi 50% (Purnomo, 2008). Prevalensi asma di Yogyakarta angkanya sekitar 16,4% (Dinas Kesehatan Provinsi Yogyakarta, 2010). Asma

telah menyebabkan hilangnya 16% hari sekolah pada anak-anak di wilayah Asia, 43% pada anak-anak di Eropa, dan 40% hari sekolah pada anak-anak di Amerika Serikat. Serangan asma yang terjadi pada anak-anak tersebut adalah asma ekstrinsik yang disebabkan oleh alergen (Vita Health, 2005). Dari sebuah penelitian di desa Tenganan Bali tentang prevalensi asma bronkial pada pelajar SD, SMP, dan SMA di desa itu, ditemukan 36 siswa yang dengan diagnosis menderita asma bronkial dari 514 siswa yang ikut dalam penelitian tersebut (Sastrawan *et al.*, 2008).

Masalah dari lingkungan adalah semakin besarnya polusi yang terjadi *indoor* maupun *outdoor*, serta mungkin perbedaan sosio-ekonomi tiap-tiap individu yang memberikan kontribusi yang besar pada faktor pencetus asma (Purnomo, 2008). Faktor-faktor pencetus serangan asma bervariasi mulai dari infeksi virus saluran pernapasan, pemajanan terhadap alergen, pemajanan terhadap iritan, aktivitas fisik, ekspresi emosional, obat, lingkungan kerja, pengawet makanan, dan kondisi lain seperti haid, kehamilan, sinusitis dan perubahan cuaca.

Faktor-faktor di atas menyebabkan respon berlebih pada bronkus yang pada akhirnya terjadinya obstruksi jalan napas (Sukmagara *et al.*, 2008). Pola merokok merupakan salah satu penyebab terjadinya penyakit saluran pernafasan (Handajani, 2010). Rokok termasuk dalam kategori pemajanan terhadap iritan, asap tembakau dari lingkungan telah dilaporkan sebagai faktor resiko yang sangat signifikan untuk asma pada anak. Bahkan Beberapa studi longitudinal telah

menemukan hubungan yang signifikan antara saat ini merokok dan asma (Hedman *et al.*, 2010).

Dari uraian di atas penulis ingin tahu tentang efek dari lingkungan keluarga yang perokok terhadap kejadian asma bronkial pada anak dengan rentang usia 1 sampai 15 tahun.

B. Rumusan masalah

Apakah ada hubungan antara keluarga yang perokok dengan kejadian asma bronkial pada anak usia 1 sampai 15 tahun?

C. Tujuan

Mengetahui hubungan keluarga yang perokok terhadap kejadian asma bronkial pada anak usia 1 sampai 15 tahun.

D. Manfaat

Dengan penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi program pelayanan kesehatan, masyarakat dan peneliti lain tentang efek buruk merokok bagi keluarga, terutama pada anak.

E. Keaslian penelitian

Terdapat beberapa penelitian yang membahas tentang hubungan merokok dan efek asma yang ditimbulkan. Hasil studi dari Rivard (1993) di Montreal, Canada dengan penelitiannya yang berjudul “*Childhood Asthma and Indoor Enviromental Risk Factor*”. Model penelitian ini adalah *case control*, variabel yang diteliti meliputi ibu yang merokok, kelembaban kamar anak, penggunaan sistem pemanas listrik, dan riwayat asma. Kelembaban kamar pada anak termasuk

faktor resiko yang berpengaruh terhadap kejadian asma pada anak. Ibu yang perokok berat juga di informasikan sebagai faktor resiko terhadap kejadian asma pada anak.

Jordan (1996) mengatakan hal yang serupa dari hasil penelitiannya yang berjudul “ *Risk for Childhood Asthma and Wheezing Importance of Maternal and Household Smoking*” variabel dalam penelitian ini adalah ibu yang sedang hamil, penghuni rumah yang perokok, *Hay Fever*, eksema, dan orang tua yang asma, bahwa ibu merokok yang sedang hamil, dan penghuni rumah yang merokok adalah faktor resiko penyebab terjadinya asma.

Hedman (2010) menyatakan diagnosis asma signifikan tinggi pada mereka yang terpapar langsung pada ibu yang perokok, dan pada orang dengan kebiasaan merokok setiap hari. Faktor resiko tertinggi pada penelitian yang berjudul “*Both Environmental Tobacco Smoke and Personal Smoking is Related to Asthma and Wheeze in Teenagers*” terletak pada orang yang terpapar dengan perokok harian, namun ibu dengan kebiasaan perokok pun tetap menjadi faktor resiko.

Pada penelitian oleh Burke, *et al* (2012) dengan judul “ *prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze: sytematic review and meta-analysisi* ” mereka meneliti paparan rokok pasif *pre-* atau *postnatal* yang diasosiasikan dengan kenaikan resiko dari insiden *wheezing* 30% sampai 70%. Penelitian ini menerangkan efek terkuat terjadi pada ibu merokok *postnatal* pada anak umur ≤ 2 tahun dengan *wheeze*. Dan kenaikan resiko dari asma 21%

sampai 80% efek terkuat terjadi pada ibu merokok *prenatal* pada anak umur ≤ 2 tahun dengan asma.

Perbedaan penelitian kali ini terletak pada perilaku keluarga perokok yang mempengaruhi kejadian asma pada anak dengan rentang usia 1 sampai 15 tahun. Dan pengambilan sampel kali ini yang dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dengan melakukan wawancara secara acak pada pasien yang datang ke poli anak.