

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Asma merupakan penyakit saluran napas kronis yang ditandai dengan sesak napas berulang disertai mengi dengan frekuensi dan tingkat keparahan bervariasi pada setiap orang (WHO, 2013). Menurut data yang dikeluarkan oleh *Global Initiative for Asthma* pada tahun 2012, diperkirakan sekitar 300 juta jiwa di seluruh dunia menderita asma dan akan terus meningkat hingga mencapai 400 juta jiwa pada tahun 2025. Di Indonesia, asma merupakan salah satu penyebab kematian tertinggi. Hal ini dibuktikan dari data hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2013 prevalensi asma pada tingkat nasional mencapai 25% dengan prevalensi asma tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah, Nusa Tenggara Timur, DI Yogyakarta dan Sulawesi Selatan. Sedangkan berdasarkan data survei pendahuluan di Dinas Kesehatan Kota Semarang pada tahun 2011 prevalensi penyakit asma menduduki peringkat nomor 4 pada kategori penyakit tidak menular setelah hipertensi, diabetes, dan psikosis yaitu sebesar 7 per 1000 penduduk (al lukman, 2012 ; Haq, 2010).

Asma berhubungan dengan obstruksi saluran napas yang luas, namun bervariasi dan bersifat *reversible*, baik spontan maupun melalui pengobatan. Inflamasi ini juga menyebabkan peningkatan kepekaan saluran napas terhadap berbagai rangsangan (GINA, 2006). Bila terdapat rangsangan, saluran napas akan menyempit lalu terjadi obstruksi, kemudian menjadi

bronkospasme, sehingga menimbulkan keluhan (Yunus, 2006). Menurut Davidson, dkk (2006) kekambuhan asma disebabkan oleh 3 faktor pemicu yaitu allergen, infeksi dan psikologis. Asma yang disebabkan allergen terjadi oleh karena sel-sel pada saluran pernapasan sangat sensitif terhadap zat-zat tertentu. Sedangkan asma yang disebabkan oleh infeksi terjadi karena adanya infeksi saluran pernapasan seperti bronchitis akut, sementara faktor psikologis berkaitan dengan tekanan jiwa seperti kecemasan, stres, depresi dan sebagainya.

Depresi adalah terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan psikologis yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa, dan tidak berdaya, serta bunuh diri (Kaplan, 2010). Stres yang dialami oleh individu dapat merangsang sistem imun untuk memproduksi hormon stres seperti glukokortikoid. Glukokortikoid kemudian akan merangsang kortisol dan katekolamin terutama epinefrin dan norepinefrin (Surjanto, dkk, 2013; Wardhana, 2010). Kondisi seseorang yang mengalami atau depresi dapat menyebabkan gangguan kadar neurotransmitter dan gangguan pengaturan sistem saraf otonom. Neurotransmitter yang terganggu adalah epinefrin dan norepinefrin. Pada pasien asma terjadi penurunan kadar epinefrin. Hal ini didukung dari pendapat Ind, dkk (1985) bahwa terjadi kegagalan peningkatan konsentrasi adrenalin/epinefrin selama stres/depresi pada pasien asma tetapi pernyataan ini belum dapat dijelaskan lebih lanjut dalam penelitiannya. Sedangkan, ketika adanya gangguan pengaturan sistem saraf otonom akan

menyebabkan terjadinya hiperreaktivitas bronkus dikarenakan terlepasnya neuropeptida sensorik senyawa P , neurokinin A dan *Calcitonin Gene Related Peptide* (CGRP). Apabila ketiganya dilepaskan akan meningkatkan respon inflamasi saluran napas. Ketika mediator inflamasi terlepas akan mengakibatkan kebocoran mikrovaskuler yang nantinya dapat menyebabkan edema saluran napas, penebalan submukosa, peningkatan resistensi saluran napas dan kontraksi otot polos sehingga akan menimbulkan gejala kekambuhan asma (Wisnuwardhani, 2013). Seseorang dikatakan depresi apabila sudah memenuhi kriteria diagnostik sesuai ICD-10 atau Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa Indonesia edisi III (PPDGJ III) dan berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV). Jika tidak memenuhi kriteria disebut dengan gejala depresi.

Penelitian yang dilakukan Lestari (2014) dengan judul hubungan antara tingkat stres dengan frekuensi kekambuhan pada perempuan penderita asma usia dewasa awal yang telah menikah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat stres dengan frekuensi kekambuhan asma pada perempuan penderita asma usia dewasa awal yang telah menikah. Perbedaan penelitian ini terletak pada variabel bebasnya yaitu tingkat stress sedangkan dalam penelitian ini adalah tingkat depresi. Penelitian lain yang dilakukan oleh Hostiadi, dkk (2014) yang meneliti hubungan tingkat kecemasan dengan frekuensi kekambuhan keluhan sesak napas pada pasien asma bronkial di SMF Paru RSD DR. Soebandi Jember. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat

kecemasan dengan frekuensi kekambuhan keluhan sesak napas pada pasien asma bronkial di SMF Paru RSD DR. Soebandi Jember. Perbedaan penelitian ini terletak pada variabel bebas. Untuk penelitian tersebut, variabel bebasnya adalah tingkat kecemasan sedangkan dalam penelitian ini adalah tingkat depresi. Penelitian Hidayati (2015) yang berjudul hubungan antara pengetahuan tentang pencegahan asma dengan kejadian kekambuhan pada penderita asma di wilayah kerja puskesmas Ngoresan, Surakarta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang pencegahan asma dengan kekambuhan pada penderita asma. Perbedaan penelitian ini terdapat pada variabel bebas. Untuk penelitian tersebut variabel bebasnya adalah pengetahuan tentang pencegahan asma sedangkan dalam penelitian ini adalah tingkat depresi. Penelitian Riyadi (2016) yang meneliti dengan judul hubungan peran keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien asma di RSUD Kota Surakarta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara peran keluarga dengan tingkat kekambuhan. Perbedaan penelitian ini terdapat pada variabel bebas. Untuk penelitian tersebut variabel bebasnya adalah peran keluarga sedangkan dalam penelitian ini adalah tingkat depresi. Selain itu, perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah menggunakan kuesioner *BDI-II (Beck Depression Inventory)* yang terdiri dari 21 pernyataan karena di dalam kuesioner tersebut pernyataan tentang keluhan fisik hanya sedikit sehingga kekambuhan asma dapat dipastikan timbul akibat depresi sebagai faktor pencetus bukan karena keluhan fisiknya.

Berdasarkan latar belakang tersebut, secara umum belum banyak penelitian yang membahas tingginya skor depresi dengan frekuensi kekambuhan asma. Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “ hubungan antara tingkat depresi dan frekuensi kekambuhan asma”.

1.2. Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara tingkat depresi dan frekuensi kekambuhan asma?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara tingkat depresi dan frekuensi kekambuhan asma.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui jumlah frekuensi kekambuhan asma pasien dengan depresi.
2. Mengetahui jumlah frekuensi kekambuhan asma pasien tanpa depresi.
3. Mengetahui keeratan hubungan antara tingkat depresi dan frekuensi kekambuhan asma.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Menambah pengetahuan dan referensi mengenai hubungan antara tingkat depresi dan frekuensi kekambuhan asma sehingga bisa digunakan sebagai bahan penelitian berikutnya.

1.4.2. Manfaat Praktis

Menambah data dalam mengendalikan frekuensi serangan asma untuk pasien asma yang memiliki depresi dalam praktek kedokteran.

