

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Anak merupakan keturunan kedua sebagai hasil antara hubungan pria dan wanita. Dalam konsideran Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 tentang perlindungan anak, dikatakan bahwa anak adalah amanah dan karunia Tuhan Yang Maha Esa, yang dalam dirinya melekat harkat dan martabat sebagai manusia seutuhnya (Djamil, 2013).

Setelah dilahirkan anak memerlukan waktu untuk tumbuh dan berkembang sehingga menjadi pribadi yang mandiri. Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh cara orang tua mendidik dan keadaan lingkungannya. Anak membutuhkan lingkungan yang dapat memfasilitasi dalam memenuhi kebutuhan dasarnya untuk belajar (Supartini, 2004). Lingkungan yang aman adalah salah satu kebutuhan dasar yang harus terpenuhi. Jika lingkungan sudah mendukung, maka bahaya fisik akan berkurang, penyebaran organisme patogen akan berkurang, sanitasi dapat dipertahankan, dan polusi dapat dikontrol dan diharapkan anak terlindung dari berbagai macam penyakit salah satunya adalah asma (Potter & Perry, 2005).

Asma adalah salah satu penyakit paru yang termasuk dalam kelompok penyakit paru alergi dan imunologi yang merupakan suatu penyakit yang ditandai oleh tanggap reaksi yang meningkat dari trakea dan bronkus terhadap berbagai macam rangsangan dengan manifestasi berupa kesukaran bernapas yang disebabkan oleh penyempitan yang menyeluruh dari saluran napas.

Penyempitan ini bersifat dinamis dan derajat penyempitan dapat berubah, baik secara spontan maupun karena pemberian obat (Sundaru & Sukanto, 2014).

Asma merupakan gangguan inflamasi kronis di jalan napas. Dasar penyakit ini adalah hiperaktivitas bronkus dan obstruksi jalan napas. Asma di bedakan menjadi dua jenis diantaranya : Asma Bronkhial dan Asma Kardial (Nurarif & Kusuma, 2015). Asma Bronkhial adalah penyakit radang/inflamasi kronik pada paru, yang dikarakterisir oleh adanya penyumbatan saluran nafas (obstruksi) yang bersifat reversibel dan kemunculannya sangat mendadak jika tidak diberi pertolongan pertama maka akan mengakibatkan risiko kematian (Putri & Soemarno, 2013). Sedangkan asma kardial dimana asma yang timbul akibat kelainan jantung dan biasanya terjadi pada malam hari dimana disaat penderita sedang tidur atau disebut dengan *paroxymul dyspnea* (Nurarif & Kusuma, 2015).

Penelitian C.H. Chiang *et al* di *Asthmatic Clinic of the Pulmonary Division of Tri-service General Hospital Taipei* pada tahun 2009 mendapatkan faktor pencetus serangan asma berupa polusi udara (asap rokok) pada 52,7% pasien, perubahan cuaca pada 76,5% pasien, latihan fisik (*exercise*) pada 75,2% pasien, faktor emosional pada 58,8% pasien, makanan tertentu pada 59,6% pasien. Hasil penelitian Sy D Q *et al.* (2010) yang dilakukan di Dalat Vietnam, didapatkan faktor pencetus asma berupa debu sebesar 15,8% pasien (Herdi, 2011). *World Health Organization* (WHO) memperkirakan angka anak asma bronkial akan terus bertambah hingga mencapai 180.000 orang setiap tahun. Prevalensi total asma di dunia diperkirakan 6% pada dewasa dan 10% pada anak (Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, 2009).

Peningkatan prevalensi asma pada anak antara umur 6-11 tahun dari 4,5% antara tahun 1971-1974 menjadi 6,8% antara tahun 1976-1980, suatu peningkatan hampir 60% hal ini disebabkan 2 faktor yaitu modernisasi dan urbanisasi misalnya menurunnya pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan padat lebih awal, pemukiman yang padat dan paparan allergen yang baru (IDAI, 2010). Badan penelitian dan pengembangan kesehatan dalam rangka mengetahui berbagai prevalensi penyakit pada tahun 2007 mendapatkan bahwa prevalensi penyakit asma bronkial di Indonesia adalah sebesar 3,32%. Prevalensi asma bronkial terbesar adalah di provinsi Gorontalo yaitu sebesar 7,23%, dan terendah adalah di provinsi NAD (Aceh) sebesar 0,09% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013) Di Bali jumlah penderita asma secara umum pada tahun 2013 mencapai 6,2 juta penderita dan asma pada anak mencapai 3,9 juta (Riskesmas, 2013) sedangkan jumlah penderita asma yang terjadi di Bali yaitu prevalensi tertinggi berada di kabupaten Karangasem sebanyak 12,3 juta, dan pada anak usia 1-4 tahun sebanyak 6,2 juta penderita (Kementerian Kesehatan RI Provinsi Bali, 2013).

Dengan adanya gejala dan tanda mayor seperti penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal dan tanda minor seperti sesak pada anak asma, maka masalah keperawatan yang sesuai dengan masalah yang ada yaitu pola napas tidak efektif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Dampak asma bronkial apabila tidak di tangani akan sangat mengganggu aktivitas sehari-hari. Gejala asma dapat mengalami komplikasi sehingga menurunkan produktifitas kerja dan kualitas hidup. Semakin sering frekuensi serangan asma terjadi hal tersebut akan berakibat fatal bahkan

kematian (*Global Initiative for Asthma*, 2016). Masalah keperawatan dan dampak di atas dapat di tangani dengan cara farmakologi dan non farmakologi seperti kontrol lingkungan pasien merupakan upaya pencegahan untuk menghindari pajanan alergen dan polutan, baik untuk mencegah sensitisasi maupun penghindaran pencetus. (Akib, 2002).

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Mangusada Badung, jumlah anak dengan asma bronkial tahun 2015 sebanyak 1.773 anak, pada tahun 2016 sebanyak 1.986 anak, dan pada tahun 2017 sebanyak 1.790 anak.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Gambaran Asuhan Keperawatan pada Anak Asma Bronkial dengan Pola Napas Tidak Efektif di Ruang Cilinaya RSUD Mangusada Badung Tahun 2018”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Anak Asma Bronkial Dengan Pola Napas Tidak Efektif di Ruang Cilinaya RSUD Mangusada Badung Tahun 2018 ?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan umum**

Mengetahui “Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Anak Asma Bronkial Dengan Pola Napas Tidak Efektif”

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mengidentifikasi pengkajian “gambaran asuhan keperawatan pada anak asma bronkial dengan pola napas tidak efektif.
- b. Mengidentifikasi rumusan diagnose keperawatan pada Anak Asma Bronkial Dengan Pola Napas Tidak Efektif.
- c. Mengidentifikasi intervensi keperawatan pada Anak Asma Bronkial Dengan Pola Napas Tidak Efektif.
- d. Mengidentifikasi implementasi keperawatan pada Anak Asma Bronkial Dengan Pola Napas Tidak Efektif.
- e. Mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada Anak Asma Bronkial Dengan Pola Napas Tidak Efektif.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian yang didapat dari penelitian ini antara lain.

##### **1. Manfaat teoritis**

###### **a. Bagi peneliti**

Memberikan pengalaman yang nyata untuk melakukan observasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak asma bronkial dengan pola napas tidak efektif dan untuk menambah pengetahuan peneliti khususnya dalam penatalaksanaan keperawatan pada anak asma bronkial.

###### **b. Bagi ilmu pengetahuan**

- 1) Dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan tentang asuhan ilmu keperawatan pada anak asma bronkial dengan pola napas tidak efektif.
- 2) Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak asma bronkial dengan pola napas tidak efektif.

## **2. Manfaat praktis**

### a. Bagi pelayanan kesehatan

- 1) Dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada anak asma bronkial dengan pola napas tidak efektif.
- 2) Dapat membantu menerapkan asuhan keperawatan pada anak asma bronkial dengan pola napas tidak efektif.

### b. Bagi pasien.

Memberikan pengetahuan tambahan pada pasien dan keluarga sehingga dapat lebih mengetahui tentang penyakit asma bronkial pada anak.

### c. Bagi institusi pendidikan

Dapat di gunakan sebagai sumber informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan di masa yang akan datang.