

Asma Onset Dewasa pada Wanita Berusia 41 Tahun : Laporan Kasus

Maulana Idham Lutfi¹, Tutik Ernawati²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Gizi, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Asma merupakan penyakit inflamasi kronis saluran napas yang dapat pertama kali muncul pada usia dewasa dan dikenal sebagai *adult-onset asthma*. Kondisi ini sering menimbulkan tantangan diagnostik karena perlu dibedakan dari berbagai penyakit respirasi lain serta memiliki karakteristik klinis yang berbeda dengan asma yang muncul pada masa kanak-kanak. Laporan kasus ini bertujuan menggambarkan karakteristik klinis, faktor risiko, proses diagnostik, dan penatalaksanaan *adult-onset asthma* pada layanan kesehatan primer. Seorang perempuan berusia 41 tahun datang dengan keluhan sesak napas berulang selama sekitar sepuluh tahun yang disertai mengi dan batuk kering. Gejala dipicu oleh debu, asap, udara dingin, kelelahan, dan stres emosional, serta memberat setelah pasien tinggal di rumah dengan ventilasi yang kurang baik. Pemeriksaan fisik menunjukkan wheezing bilateral, sedangkan foto toraks dalam batas normal. Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, faktor pencetus yang khas, serta respons terhadap bronkodilator. Pasien mendapatkan terapi salbutamol oral dan metilprednisolon disertai edukasi mengenai pengendalian faktor pencetus, perbaikan lingkungan tempat tinggal, serta penerapan pola hidup sehat. Evaluasi menunjukkan penurunan frekuensi gejala dan perbaikan kontrol penyakit. Kasus ini menegaskan pentingnya identifikasi faktor risiko lingkungan, penegakan diagnosis yang tepat, dan penerapan tata laksana sesuai pedoman untuk mencapai kontrol gejala yang optimal pada pasien *adult-onset asthma*, terutama di layanan kesehatan primer.

Kata kunci: Asma, *adult-onset asthma*, faktor risiko, inflamasi saluran napas, wheezing

Adult-Onset Asthma in a 41-Year-Old Woman: A Case Report

Abstract

Asthma is a chronic inflammatory airway disease that may first develop in adulthood, known as adult-onset asthma. This condition often presents diagnostic challenges because it must be differentiated from other respiratory diseases and exhibits clinical characteristics distinct from childhood-onset asthma. This case report aimed to describe the clinical characteristics, risk factors, diagnostic process, and management of adult-onset asthma in a primary care setting. A 41-year-old woman presented with recurrent episodes of dyspnea for approximately ten years accompanied by wheezing and dry cough. Symptoms were triggered by dust exposure, smoke, cold air, physical exertion, and emotional stress, and worsened after moving to a house with poor ventilation. Physical examination revealed bilateral wheezing, while chest radiography showed normal findings. The diagnosis was established based on clinical history, physical examination, characteristic triggering factors, and improvement following bronchodilator therapy. The patient received oral salbutamol and methylprednisolone along with education regarding trigger avoidance, environmental modification, and healthy lifestyle practices. Follow-up evaluation demonstrated reduced symptom frequency and improved disease control. This case highlights the importance of identifying environmental risk factors, establishing an accurate diagnosis, and implementing guideline-based management to achieve optimal symptom control in patients with adult-onset asthma, particularly in primary care settings.

Keywords: Asthma, adult-onset asthma, risk factors, respiratory inflammation, wheezing

Korespondensi: Maulana Idham Lutfi, alamat: Jl. Abdul Muis, Rajabasa, Bandar Lampung, HP 082269218889, e-mail maulanaidhamlutfi@gmail.com

Pendahuluan

Asma merupakan penyakit heterogen yang ditandai oleh inflamasi kronis saluran napas dengan gejala respirasi yang bervariasi, seperti mengi, sesak napas, rasa berat di dada, dan batuk, disertai keterbatasan aliran udara ekspirasi yang bervariasi. Selain muncul pada masa kanak-kanak, asma juga dapat pertama kali terjadi pada usia dewasa yang dikenal sebagai *adult-onset asthma*.^{1,2}

Adult-onset asthma memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan *childhood-onset asthma*. Fenotipe ini lebih sering ditemukan pada perempuan, cenderung

bersifat persisten, membutuhkan terapi pengendali jangka panjang, dan memiliki kemungkinan remisi yang lebih rendah. Selain itu, keberadaan komorbiditas alergi diketahui meningkatkan risiko terjadinya asma pada usia dewasa serta berhubungan dengan derajat keparahan penyakit.^{3,4}

Asma masih menjadi masalah kesehatan global dengan lebih dari 300 juta penderita di seluruh dunia. Di Indonesia, prevalensi asma yang telah didiagnosis dokter mencapai 1,6% dari populasi berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023.^{5,6} Berbagai faktor seperti paparan debu, asap

rokok, polusi udara, udara dingin, infeksi saluran napas, aktivitas fisik, dan stres emosional diketahui dapat memicu timbulnya gejala maupun eksaserbasi asma.^{2,7,8}

Diagnosis asma pada orang dewasa sering kali menimbulkan tantangan karena perlu dibedakan dari kondisi lain seperti PPOK dan *asthma-COPD overlap* (ACO). Identifikasi karakteristik gejala, faktor pencetus, serta respons terhadap terapi bronkodilator menjadi bagian penting dalam penegakan diagnosis. Tujuan utama pengobatan asma adalah mencapai kontrol gejala, mencegah eksaserbasi, mempertahankan fungsi paru, dan meningkatkan kualitas hidup pasien.^{2,8,9}

Adult-onset asthma sering kali menghadirkan tantangan diagnostik dan terapeutik di layanan kesehatan primer. Laporan kasus ini bertujuan menggambarkan karakteristik klinis, faktor risiko, proses diagnostik, serta penatalaksanaan seorang pasien perempuan dengan *adult-onset asthma* yang pertama kali muncul pada usia dewasa.

Kasus

Seorang perempuan berusia 41 tahun datang ke Puskesmas Rawat Inap Gedong Tataan dengan keluhan sesak napas yang berulang sejak sekitar sepuluh tahun terakhir. Keluhan sesak biasanya disertai bunyi mengi dan batuk kering, terutama setelah terpapar debu, asap, udara dingin, kelelahan setelah beraktivitas, maupun saat mengalami stres emosional. Pasien tidak memiliki riwayat asma maupun penyakit alergi pada masa kanak-kanak. Dalam dua bulan terakhir, pasien merasa gejalanya semakin sering muncul setelah pindah ke rumah baru yang memiliki ventilasi terbatas dan sirkulasi udara yang kurang baik. Pasien juga pernah menjalani perawatan di RSUD Pesawaran karena sesak napas berat hingga harus duduk membungkuk untuk mempermudah pernapasan dan mengalami keterbatasan saat berjalan akibat sesak yang dirasakan.

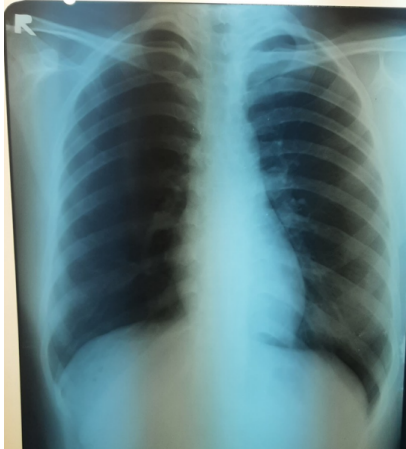
Sebelum mendapatkan pengobatan rutin di puskesmas, pasien mengeluhkan gejala respiratorik yang muncul hampir setiap hari serta menggunakan salbutamol sebagai obat pelega lebih dari dua kali per minggu. Pasien juga mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari akibat keluhan yang dirasakan, namun menyangkal adanya

gejala yang menyebabkan terbangun pada malam hari. Setelah mendapatkan pengobatan rutin di puskesmas, frekuensi kekambuhan berkurang menjadi sekitar satu kali dalam satu bulan atau kurang dari satu kali per minggu serta tidak lagi mengalami keterbatasan aktivitas sehari-hari yang bermakna. Selama ini pasien hanya mengonsumsi salbutamol tablet 2 mg, metilprednisolon 4 mg, dan belum pernah menggunakan terapi inhalasi. Riwayat dermatitis atopik, konjungtivitis alergi, alergi makanan, maupun alergi obat disangkal. Tidak terdapat anggota keluarga lain yang memiliki keluhan serupa.

Pasien tidak merokok, namun masih berisiko terpapar asap rokok dari suami yang merupakan perokok aktif. Sebelumnya pasien pernah bekerja sebagai asisten rumah tangga, namun berhenti bekerja karena merasa mudah lelah saat melakukan aktivitas fisik berat. Saat ini pasien beraktivitas sebagai ibu rumah tangga dengan kegiatan sehari-hari meliputi membersihkan rumah, mencuci pakaian, memasak, dan mengurus anak. Aktivitas membersihkan rumah menyebabkan paparan debu yang cukup sering, sedangkan kebiasaan mencuci pakaian pada pagi hari membuat pasien terpapar udara dingin yang diketahui dapat memicu timbulnya gejala. Rumah pasien merupakan bangunan permanen dengan ventilasi terbatas, kelembapan relatif tinggi, dan sirkulasi udara yang kurang optimal sehingga berpotensi meningkatkan paparan debu, jamur, dan partikel iritan lainnya.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah 125/84 mmHg, frekuensi nadi 90 kali per menit, frekuensi napas 24 kali per menit, saturasi oksigen 98% pada udara ruangan, suhu tubuh 36,6°C, berat badan 45 kg, tinggi badan 149 cm, dan indeks massa tubuh 20,3 kg/m². Pada inspeksi toraks tidak ditemukan retraksi dinding dada maupun penggunaan otot bantu napas. Pergerakan dinding dada simetris kanan dan kiri. Pada palpasi, fremitus taktil simetris. Perkusi sonor pada kedua lapang paru. Pada auskultasi terdengar suara napas vesikuler dengan *wheezing* ekspirasi halus bilateral terutama pada kedua lapang paru bawah, tanpa adanya ronki. Tidak ditemukan juga adanya sianosis perifer maupun sentral.

Pemeriksaan sistem lainnya tidak menunjukkan kelainan yang bermakna. Pemeriksaan penunjang berupa foto toraks menunjukkan gambaran cor dan pulmo dalam batas normal.



Gambar 1. Hasil pemeriksaan foto toraks

Berdasarkan riwayat gejala respiratorik yang khas, adanya faktor pencetus berupa debu, asap, udara dingin, kelelahan, dan stres emosional, disertai temuan *wheezing* pada pemeriksaan fisik serta riwayat perbaikan gejala setelah penggunaan bronkodilator, pasien didiagnosis sebagai *adult-onset asthma* yang tidak terkontrol. Pasien saat ini hanya mendapatkan terapi farmakologis berupa salbutamol tablet 2 mg dua kali sehari dan metilprednisolon 4 mg dua kali sehari.

Pembahasan

Kasus ini menggambarkan seorang perempuan berusia 41 tahun yang mengalami gejala sesak napas berulang disertai mengi dan batuk kering selama sekitar sepuluh tahun. Keluhan dipicu oleh debu, asap, udara dingin, kelelahan, dan stres emosional, serta memberat setelah pasien berpindah ke rumah dengan ventilasi yang kurang baik. Pasien tidak memiliki riwayat asma maupun penyakit alergi pada masa kanak-kanak. Pada pemeriksaan fisik pasien tampak sesak ringan, tidak ditemukan sianosis perifer maupun sentral, namun ditemukan *wheezing* bilateral, sedangkan foto toraks menunjukkan hasil dalam batas normal. Berdasarkan karakteristik tersebut, pasien didiagnosis sebagai *adult-onset asthma*, yaitu asma yang pertama kali muncul pada usia dewasa tanpa riwayat asma yang jelas sebelumnya.

Asma merupakan penyakit inflamasi kronis saluran napas yang ditandai oleh gejala

respiratorik berupa mengi, sesak napas, rasa berat di dada, dan batuk yang bervariasi intensitasnya dari waktu ke waktu, serta disertai keterbatasan aliran udara ekspirasi yang bersifat reversibel sebagian, baik secara spontan maupun setelah pemberian pengobatan. Peradangan kronis yang terjadi pada saluran napas menyebabkan hiperresponsivitas bronkus terhadap berbagai rangsangan seperti alergen, asap rokok, polusi udara, udara dingin, infeksi saluran napas, maupun stres emosional. Faktor-faktor tersebut diketahui dapat memicu timbulnya gejala maupun eksaserbasi pada pasien asma.^{2,7,8}

Secara patofisiologis, asma melibatkan interaksi kompleks antara faktor genetik, lingkungan, dan sistem imun. Paparan alergen atau iritan menyebabkan aktivasi berbagai sel inflamasi seperti mast cell, eosinofil, dan limfosit T yang melepaskan mediator inflamasi, termasuk interleukin (IL)-4, IL-5, dan IL-13. Mediator tersebut memicu bronkokonstriksi, peningkatan produksi mukus, edema mukosa, dan hiperresponsivitas bronkus yang kemudian menimbulkan gejala klinis berupa sesak napas, wheezing, dan batuk. Selain itu, epitel bronkus yang terpapar alergen dan polutan dapat melepaskan sitokin seperti IL-33, IL-25, dan *thymic stromal lymphopoietin* (TSLP) yang memperkuat respons imun tipe-2 dan mempertahankan proses inflamasi kronis. Pada jangka panjang, proses inflamasi yang persisten dapat menyebabkan remodeling saluran napas berupa penebalan membran basal, hipertrofi otot polos bronkus, hiperplasia kelenjar mukus, dan fibrosis subepitel yang berkontribusi terhadap keterbatasan aliran udara yang semakin menetap.^{8,11,12}

Adult-onset asthma merujuk pada kondisi asma yang pertama kali muncul pada masa dewasa, pada individu tanpa riwayat asma yang jelas sebelumnya. Dalam literatur, tidak terdapat kesepakatan tunggal mengenai batas usia yang digunakan untuk mendefinisikan *Adult-onset asthma*, dengan variasi usia diagnosis yang dilaporkan mulai dari remaja akhir hingga usia lanjut. Perbedaan definisi ini sebagian dipengaruhi oleh keterbatasan metode pengumpulan data, terutama penggunaan kuesioner retrospektif yang berpotensi menimbulkan *recall bias*

terhadap gejala pernapasan pada masa kanak-kanak. Meskipun demikian, beberapa penelitian menunjukkan bahwa pelaporan *adult-onset asthma* relatif akurat. Oleh karena itu, *adult-onset asthma* dipandang sebagai bagian klinis tersendiri yang memerlukan pendekatan diagnostik dan terapeutik yang lebih cermat.^{2,10}

Pada kasus ini ditemukan beberapa faktor yang diduga berkontribusi terhadap muncul dan memburuknya gejala asma. Pasien melaporkan bahwa keluhan sesak napas dan mengi sering dipicu oleh paparan debu, asap, udara dingin, kelelahan, serta stres emosional. Selain itu, pasien merasakan gejala semakin memberat setelah berpindah ke rumah baru yang memiliki ventilasi terbatas dan sirkulasi udara yang kurang baik. Temuan ini menunjukkan bahwa faktor lingkungan memiliki peran penting dalam perjalanan penyakit pasien.

Adult-onset asthma dipahami sebagai hasil interaksi kompleks antara kerentanan individu dan berbagai paparan lingkungan yang terjadi sepanjang kehidupan dewasa. Berbeda dengan *childhood-onset asthma* yang lebih sering dikaitkan dengan faktor alergi dan atopi, asma onset dewasa sering kali berhubungan dengan paparan lingkungan berulang yang memicu inflamasi saluran napas dan hiperresponsivitas bronkus. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa polusi udara, asap rokok, infeksi saluran napas, serta paparan iritan dalam jangka panjang merupakan faktor yang berperan penting dalam perkembangan *adult-onset asthma*.^{3,10}

Kondisi tempat tinggal pasien diduga menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap perburukan gejala. Rumah pasien memiliki ventilasi yang terbatas, kelembapan yang relatif tinggi, dan sirkulasi udara yang kurang optimal sehingga berpotensi meningkatkan paparan debu, jamur, dan partikel iritan lainnya. Lingkungan rumah dengan ventilasi yang buruk diketahui dapat meningkatkan konsentrasi alergen dan polutan di dalam ruangan, yang selanjutnya memicu inflamasi saluran napas dan memperburuk kontrol asma. Pada kasus ini, pasien juga melaporkan bahwa frekuensi kekambuhan meningkat setelah menempati rumah tersebut, sehingga kemungkinan adanya

pengaruh faktor lingkungan menjadi semakin kuat.^{4,10}

Riwayat pekerjaan pasien juga perlu diperhatikan dalam proses evaluasi etiologi penyakit. Sebelum menjadi ibu rumah tangga, pasien pernah bekerja sebagai asisten rumah tangga yang memungkinkan terjadinya paparan berulang terhadap debu rumah, deterjen, cairan pembersih, dan berbagai bahan iritan lainnya. Lingkungan kerja merupakan salah satu konteks paparan yang paling relevan dalam perkembangan *adult-onset asthma*. Paparan terhadap bahan sensitisasi maupun iritan di tempat kerja dapat menyebabkan asma melalui mekanisme imunologis maupun non-imunologis, sehingga evaluasi riwayat pekerjaan menjadi bagian penting dalam penilaian pasien dengan gejala asma yang pertama kali muncul pada usia dewasa.^{3,10}

Selain faktor lingkungan dan pekerjaan, faktor biologis juga mendukung diagnosis pada kasus ini. Pasien berjenis kelamin perempuan, yang merupakan kelompok dengan risiko lebih tinggi mengalami *adult-onset asthma* dibandingkan laki-laki. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa faktor hormonal berperan dalam memengaruhi regulasi inflamasi dan respons imun saluran napas sehingga dapat meningkatkan kerentanan perempuan terhadap timbulnya asma pada usia dewasa.^{4,9,10}

Faktor lain yang ditemukan pada pasien adalah paparan asap rokok pasif dari suami yang merupakan perokok aktif. Meskipun pasien tidak merokok, paparan asap rokok lingkungan tetap dapat menyebabkan iritasi saluran napas, meningkatkan inflamasi bronkus, dan memperburuk kontrol gejala asma. Selain itu, pasien juga melaporkan bahwa udara dingin sering memicu timbulnya sesak napas dan mengi. Udara dingin diketahui dapat menyebabkan bronkokonstriksi melalui stimulasi refleks saraf pada saluran napas sehingga sering menjadi pencetus gejala pada penderita asma.²

Faktor psikologis juga diduga turut berperan pada pasien ini. Pasien melaporkan bahwa stres emosional sering menjadi pencetus timbulnya gejala sesak napas. Stres diketahui dapat memengaruhi regulasi neuroimun dan meningkatkan pelepasan mediator inflamasi yang berkontribusi

terhadap eksaserbasi asma. Meskipun mekanisme yang mendasarinya belum sepenuhnya dipahami, berbagai penelitian menunjukkan adanya hubungan antara stres psikologis dengan meningkatnya risiko timbul maupun memburuknya gejala asma pada orang dewasa.^{4,10}

Pada kasus ini, diagnosis asma ditegakkan berdasarkan kombinasi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan respons klinis terhadap terapi bronkodilator. Pasien mengalami gejala respiratorik yang khas berupa sesak napas berulang, mengi, dan batuk kering yang muncul secara episodik serta dipicu oleh berbagai faktor seperti debu, asap, udara dingin, kelelahan, dan stres emosional. Gejala tersebut telah berlangsung selama bertahun-tahun dengan derajat keparahan yang bervariasi, sesuai dengan karakteristik asma yang ditandai oleh variasi gejala dari waktu ke waktu. Pada pemeriksaan fisik ditemukan *wheezing* bilateral, sedangkan foto toraks menunjukkan hasil dalam batas normal. Selain itu, pasien melaporkan adanya perbaikan gejala setelah penggunaan bronkodilator, yang semakin mendukung diagnosis asma.

Menurut *Global Initiative for Asthma* (GINA), diagnosis asma ditegakkan berdasarkan adanya riwayat gejala respiratorik yang khas disertai bukti adanya variabilitas keterbatasan aliran udara ekspirasi. Gejala yang paling sering ditemukan meliputi mengi, sesak napas, rasa berat di dada, dan batuk yang bervariasi intensitas maupun frekuensinya serta sering memburuk pada malam hari atau dini hari. Gejala juga umumnya dipicu oleh aktivitas fisik, paparan alergen, udara dingin, infeksi virus, maupun faktor iritan lainnya. Pada kasus ini, hampir seluruh karakteristik klinis tersebut ditemukan sehingga diagnosis asma secara klinis dapat ditegakkan dengan cukup kuat.^{2,7,8}

Selain mendukung diagnosis asma, data klinis pasien juga menunjukkan tingkat kontrol gejala yang belum adekuat. Pasien melaporkan gejala yang muncul hampir setiap hari, penggunaan salbutamol sebagai obat pelega lebih dari dua kali per minggu, serta adanya keterbatasan aktivitas akibat sesak napas yang dialami. Berdasarkan kriteria kontrol gejala GINA, terdapat tiga dari empat parameter yang terpenuhi sehingga pasien dikategorikan sebagai mengalami asma tidak terkontrol

(*uncontrolled asthma*). Kondisi ini menunjukkan tingginya beban gejala dan meningkatnya risiko eksaserbasi apabila tidak mendapatkan pengobatan yang optimal.²

Konfirmasi objektif diagnosis asma idealnya dilakukan melalui pemeriksaan fungsi paru, seperti spirometri dengan uji reversibilitas bronkodilator atau pengukuran *peak expiratory flow* (PEF). Pemeriksaan tersebut dapat menunjukkan adanya variabilitas obstruksi jalan napas yang merupakan karakteristik utama asma. Namun, pada kasus ini pemeriksaan spirometri tidak dapat dilakukan karena keterbatasan fasilitas di layanan kesehatan primer. Oleh karena itu, diagnosis ditegakkan berdasarkan kombinasi anamnesis, pemeriksaan fisik, faktor pencetus yang khas, serta respons klinis terhadap terapi bronkodilator. Kondisi ini merupakan tantangan yang cukup sering dijumpai dalam praktik pelayanan primer, terutama di daerah dengan keterbatasan sarana diagnostik.^{2,9}

Beberapa diagnosis banding yang dipertimbangkan pada kasus ini adalah PPOK, *asthma-COPD overlap* (ACO), dan gagal jantung. PPOK dinilai kurang sesuai karena pasien tidak memiliki riwayat merokok atau paparan faktor risiko kronis yang bermakna, serta gejala yang muncul bersifat episodik dengan pencetus yang jelas dan menunjukkan perbaikan setelah pemberian bronkodilator. Diagnosis ACO juga kurang mendukung karena meskipun terdapat karakteristik asma, tidak ditemukan faktor risiko maupun gambaran klinis yang mengarah pada PPOK persisten. Sementara itu, gagal jantung disingkirkan karena tidak ditemukan gejala atau tanda khas seperti *ortopnea*, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, edema perifer, maupun riwayat penyakit jantung.^{2,13,14}

Penatalaksanaan asma bertujuan untuk mencapai kontrol gejala yang optimal, mempertahankan fungsi paru, mencegah eksaserbasi, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Menurut pedoman GINA 2025, terapi asma tidak hanya berfokus pada perbaikan gejala akut, tetapi juga pada pengendalian inflamasi kronis saluran napas yang mendasari penyakit. Oleh karena itu, penggunaan terapi yang mengandung *inhaled corticosteroid* (ICS) direkomendasikan pada hampir seluruh pasien asma untuk menurunkan risiko eksaserbasi

berat dan memperbaiki kontrol penyakit dalam jangka panjang.²

Pada kasus ini, pasien mendapatkan terapi berupa salbutamol oral 2 mg dua kali sehari dan metilprednisolon 4 mg dua kali sehari. Setelah pemberian terapi tersebut, pasien melaporkan adanya perbaikan gejala dan penurunan frekuensi kekambuhan dibandingkan sebelumnya. Salbutamol merupakan agonis β_2 kerja cepat yang bekerja dengan menyebabkan relaksasi otot polos bronkus sehingga dapat mengurangi bronkokonstriksi dan memperbaiki gejala sesak napas secara cepat. Penggunaan salbutamol masih menjadi pilihan untuk meredakan gejala akut, terutama pada kondisi eksaserbasi atau saat pasien mengalami bronkospasme.¹⁵

Metilprednisolon yang diberikan pada pasien berfungsi sebagai antiinflamasi sistemik yang dapat menekan proses inflamasi saluran napas dan membantu mempercepat perbaikan gejala. Kortikosteroid sistemik umumnya digunakan pada eksaserbasi asma sedang hingga berat untuk mengurangi inflamasi dan mencegah perburukan lebih lanjut. Pada kasus ini, pemberian metilprednisolon berkontribusi terhadap membaiknya kondisi klinis pasien setelah mengalami peningkatan frekuensi gejala dalam beberapa bulan terakhir.¹⁶

Meskipun demikian, apabila dibandingkan dengan rekomendasi GINA terkini, tata laksana pada kasus ini belum sepenuhnya sesuai dengan terapi pengontrol jangka panjang yang direkomendasikan. GINA tidak lagi merekomendasikan penggunaan *short-acting beta agonist* (SABA) sebagai satu-satunya terapi pada pasien asma karena tidak mengatasi inflamasi yang mendasari penyakit dan berhubungan dengan peningkatan risiko eksaserbasi apabila digunakan secara berlebihan. Sebaliknya, penggunaan terapi berbasis ICS, baik dalam bentuk kombinasi ICS-formoterol maupun ICS harian, direkomendasikan sebagai terapi utama untuk mengendalikan inflamasi saluran napas dan menurunkan risiko kekambuhan.^{2,9}

Aspek nutrisi dan status gizi juga perlu diperhatikan dalam penatalaksanaan *adult-onset asthma*. Hubungan antara status gizi dan asma pada orang dewasa bersifat kompleks serta menunjukkan variasi berdasarkan jenis kelamin dan kategori indeks massa tubuh (IMT). Sebuah penelitian pada populasi dewasa

di Korea menunjukkan bahwa pada laki-laki terdapat hubungan berbentuk *inverted J-shape*, di mana kondisi *underweight* berhubungan dengan peningkatan prevalensi asma. Sebaliknya, pada perempuan ditemukan hubungan berbentuk *J-shape*, di mana obesitas menjadi faktor risiko utama yang berkaitan dengan meningkatnya prevalensi asma. Perbedaan tersebut diduga dipengaruhi oleh faktor hormonal, terutama estrogen dan progesteron yang dipengaruhi oleh massa lemak tubuh pada perempuan, sedangkan pada laki-laki peningkatan risiko pada kondisi *underweight* kemungkinan berkaitan dengan gangguan pertumbuhan dan perkembangan paru akibat malnutrisi pada masa prenatal maupun postnatal. Pada kasus ini, pasien memiliki IMT dengan kategori normal, sehingga tidak ditemukan faktor risiko berupa *underweight* maupun obesitas yang dapat berkontribusi terhadap timbulnya gejala asma.¹⁷

Selain status gizi, kualitas pola makan juga dapat memengaruhi kesehatan saluran napas. Konsumsi minuman manis, baik yang mengandung gula maupun pemanis buatan, dilaporkan berkaitan dengan peningkatan risiko asma pada individu dengan berat badan normal. Oleh karena itu, edukasi mengenai pola makan seimbang, pembatasan konsumsi minuman manis, serta pemeliharaan berat badan ideal tetap perlu diberikan sebagai bagian dari upaya pengendalian faktor risiko yang dapat memengaruhi perjalanan penyakit. Temuan ini menunjukkan bahwa tata laksana *adult-onset asthma* sebaiknya tidak hanya berfokus pada terapi farmakologis, tetapi juga memperhatikan status gizi, pola makan, dan gaya hidup secara keseluruhan untuk mencapai kontrol penyakit yang optimal.¹⁸

Selain terapi farmakologis dan gizi, pasien juga mendapatkan edukasi mengenai penghindaran faktor pencetus dan modifikasi lingkungan tempat tinggal. Pasien dianjurkan untuk menggunakan masker saat membersihkan rumah, mengurangi paparan debu dan asap rokok, menghindari udara dingin, serta memperbaiki sirkulasi udara di dalam rumah. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa identifikasi dan pengendalian faktor pencetus merupakan bagian penting dalam penatalaksanaan asma

karena dapat mengurangi frekuensi gejala dan mencegah terjadinya eksaserbasi berulang.^{2,10}

Pada evaluasi tindak lanjut, frekuensi gejala menurun menjadi sekitar satu kali per bulan atau kurang dari satu kali per minggu dan pasien tidak lagi mengalami keterbatasan aktivitas yang bermakna. Berdasarkan evaluasi tersebut, kontrol asma pasien mengalami perbaikan menjadi asma terkontrol baik (*well-controlled asthma*). Perbaikan tersebut menunjukkan bahwa kombinasi antara terapi farmakologis dan pengendalian faktor risiko lingkungan memberikan kontribusi terhadap membaiknya kontrol gejala pada pasien ini. Namun demikian, paparan asap rokok pasif dan kondisi ventilasi rumah yang belum optimal tetap menjadi faktor risiko yang memerlukan perhatian dalam pemantauan jangka panjang.

Keterbatasan pada laporan kasus ini adalah tidak dilakukannya pemeriksaan fungsi paru objektif seperti spirometri dengan uji reversibilitas bronkodilator maupun *peak expiratory flow* (PEF) karena keterbatasan fasilitas di layanan kesehatan primer. Oleh karena itu, diagnosis asma pada pasien ini terutama didasarkan pada karakteristik gejala klinis, faktor pencetus yang khas, temuan pemeriksaan fisik, serta respons terhadap terapi bronkodilator. Selain itu, meskipun diagnosis banding seperti PPOK, ACO, dan gagal jantung dinilai kurang sesuai berdasarkan usia pasien, tidak adanya riwayat merokok, tidak ditemukannya faktor risiko kardiovaskular, serta perbaikan gejala setelah terapi asma, penyingkiran diagnosis tersebut belum dapat dikonfirmasi secara objektif melalui pemeriksaan penunjang yang lebih lengkap. Oleh karena itu, evaluasi fungsi paru dan pemeriksaan lanjutan tetap diperlukan untuk meningkatkan akurasi diagnosis sesuai rekomendasi GINA.

Simpulan

Adult-onset asthma perlu dipertimbangkan pada pasien dewasa yang mengalami gejala respiratorik berulang meskipun tidak memiliki riwayat asma pada masa kanak-kanak. Pada kasus ini, diagnosis ditegakkan berdasarkan karakteristik gejala yang khas, adanya faktor pencetus yang jelas, temuan *wheezing* pada pemeriksaan fisik, serta respons terhadap bronkodilator. Faktor lingkungan seperti paparan debu, ventilasi

rumah yang kurang baik, asap rokok pasif, udara dingin, dan stres emosional diduga berperan dalam muncul dan berulangnya gejala. Pemberian terapi farmakologis disertai edukasi dan pengendalian faktor pencetus menunjukkan perbaikan klinis pada pasien. Kasus ini menegaskan pentingnya identifikasi faktor risiko lingkungan, diagnosis yang tepat, serta penerapan tata laksana sesuai pedoman untuk mencapai kontrol gejala yang optimal pada pasien *adult-onset asthma*, khususnya di layanan kesehatan primer.

Daftar Pustaka

1. Goldin J, Hashmi MF, Cataletto ME. *Asthma*. Dalam: StatPearls [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Tersedia dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430901/>
2. Global Initiative for Asthma. *Global strategy for asthma management and prevention*. 2025.
3. Westerhof GA, Coumou H, de Nijs SB, Weersink EJ, Bel EH. *Clinical predictors of remission and persistence of adult-onset asthma*. *J Allergy Clin Immunol*. 2018;141(1):104–109.
4. Toppila-Salmi S, Chanoine S, Karjalainen J, Pekkanen J, Bousquet J, Siroux V. *Risk of adult-onset asthma increases with the number of allergic multimorbidities and decreases with age*. *Allergy*. 2019;74(12):2406–2416.
5. World Health Organization. *Asthma* [internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. Tersedia dari: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Survei Kesehatan Indonesia Tahun 2023*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2023.
7. Mims JW. *Asthma: definitions and pathophysiology*. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2015;5(Suppl 1):S2–S6.
8. StatPearls Publishing. *Pathophysiology of asthma* [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Tersedia dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
9. Dubin S, Camacho C, Chang SS, Tooley D. *Update on asthma management guidelines*. *Cureus*. 2024;16(5):e61994.

10. de Nijs SB, Venekamp LN, Bel EH. *Adult-onset asthma: is it really different?* Eur Respir Rev. 2013;22(127):44–52.
11. Agache I, dkk. *Endotypes and mechanisms in asthma*. Allergy. 2021.
12. King GG, dkk. *Pathophysiology of severe asthma: we've only just started*. Respirology. 2018;23(3):262–271.
13. Johnson J, Abraham T, Sandhu M, Jhaveri D, Hostoffer R, Sher T. Differential Diagnosis of Asthma. Dalam: Mahmoudi M, editor. Allergy and Asthma. Springer Nature Switzerland AG; 2019 : 383–400.
14. Ullmann N, Mirra V, Di Marco A, Pavone M, Porcaro F, Negro V. *Asthma: Differential Diagnosis and Comorbidities*. Front Pediatr. 2018;276(6):1-9.
15. Marques L, Vale N. *Salbutamol in the management of asthma: a review*. Int J Mol Sci. 2022;23(22):14207.
16. Castro-Rodriguez JA, Beckhaus AA, Forno E. *Efficacy of oral corticosteroids in the treatment of acute wheezing episodes in asthmatic preschoolers: systematic review with meta-analysis*. Pediatr Pulmonol. 2016;51(8):838–850.
17. Kang M, Sohn SJ, Shin MH. *Association between body mass index and asthma in Korean adults*. Chonnam Med J. 2020;56(1):56–62.
18. Visser E, de Jong K, Pepels JJS, Kerstjens HAM, ten Brinke A, van Zutphen T. *Diet quality, food intake and incident adult-onset asthma: a Lifelines Cohort Study*. Eur J Nutr. 2023;62:1635–1645