

Penatalaksanaan Holistik Asma Eksaserbasi Pada Pasien Wanita Dewasa dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga

Hanifa Yuniasari¹, Fitria Saftarina²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Asma merupakan penyakit saluran pernapasan kronik dengan kelainan multifaktorial yang kompleks dan etiologinya dikaitkan dengan interaksi antara kerentanan genetik, faktor penjamu, dan paparan lingkungan. Asma dapat dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat yang signifikan. Gejala asma yang berulang sering menyebabkan sulit tidur, kelelahan di siang hari, berkurangnya aktivitas dan produktivitas, serta menambah angka ketidakhadiran di sekolah dan tempat kerja. Penatalaksanaan asma harus dengan pemantauan yang berkelanjutan untuk tercapainya asma yang terkontrol, sehingga diperlukan tatalaksana pasien secara holistik dan komprehensif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Studi ini merupakan laporan kasus asma eksaserbasi pada seorang wanita yang memiliki berbagai faktor risiko internal dan eksternal yang mempengaruhi penyakit yang diderita pasien. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang saat kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penatalaksanaan pasien dengan asma eksaserbasi dilakukan secara komprehensif dengan konsep *patient-centered approach*, *family-focused*, dan *community-oriented*. Tatalaksana medikamentosa berupa obat pelega dan obat pegontrol asma. Tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi mengenai asma, termasuk menjelaskan dan meminta pasien untuk mengidentifikasi dan menghindari faktor-faktor pencetus asma. Hasil evaluasi didapatkan perubahan sikap dalam mengurangi risiko eksaserbasi dan perbaikan dalam kontrol asma yang dinilai dengan *Asthma Control Test*.

Kata Kunci: asma, eksaserbasi, kedokteran keluarga

Holistic Management of Asthma Exacerbation in Women through Family Medicine Approach

Abstract

Asthma is a chronic respiratory disease with a complex multifactorial disorder and its etiology is associated with the interaction between genetic susceptibility, host factors, and environmental exposures. Asthma can be considered a significant public health problem. Recurrent asthma symptoms often cause difficulty, daytime fatigue, reduced activity and productivity, and increase absenteeism from school and work. Asthma management must be with continuous monitoring to achieve controlled asthma, so it is necessary to manage patients holistically and comprehensively to improve patients' quality of life. This study is a case report of asthma exacerbation in a woman who has various internal and external risk factors that influence the patient's disease. Primary data were obtained through history taking, physical examination and support during home visits. Secondary data obtained from the patient's medical record. Management of patients with asthma exacerbations is carried out comprehensively with the concept of a patient-centered, family-focused, and community-oriented approach. Medical management is in the form of relieving drugs and asthma control drugs. Non-medical management is in the form of education about asthma, including explaining and asking patients to identify and avoid asthma triggers. The results of the evaluation showed changes in attitudes in reducing the risk of exacerbations and improvements in asthma control as assessed by the *Asthma Control Test*.

Keywords: asthma, exacerbation, family medicine

Korespondensi: Hanifa Yuniasari, alamat Kos Muslimah Graha Wanoz, Jl. Siworatu, Gedung Meneng, Bandar Lampung, HP 081272840885, e-mail hanifaynsr@gmail.com

Pendahuluan

Asma merupakan penyakit saluran pernapasan kronik yang cenderung menetap sebagai kondisi seumur hidup, dengan derajat keparahan yang berbeda sepanjang hidup pasien asma. Asma sering

mulai timbul pada masa kanak-kanak, meskipun juga dapat berkembang pada orang dewasa, dan mempengaruhi orang-orang dari segala usia.¹

WHO memperkirakan ada lebih dari 339 juta orang yang menderita asma di seluruh dunia. Asma tidak hanya menjadi masalah kesehatan masyarakat bagi negara berpenghasilan tinggi, sebagian besar kematian terkait asma terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah.^{2,3} Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi asma di Indonesia pada penduduk semua umur mencapai 2,4% dengan estimasi jumlah pasien asma 1.017.290 jiwa. Prevalensi asma di Lampung sebesar 1,6% dengan estimasi jumlah pasien asma 31.462 jiwa. Dari data juga terlihat jika prevalensi asma dan kekambuhan semakin meningkat seiring dengan penambahan umur.^{4,5}

Bukti saat ini menunjukkan bahwa asma adalah kelainan multifaktorial yang kompleks dan etiologinya dikaitkan dengan interaksi antara kerentanan genetik, faktor penjamu, dan paparan lingkungan. Faktor lingkungan (alergen di dalam dan di luar ruangan, makanan, obat-obatan, bahan yang mengiritasi, ekspresi emosi berlebih, asap rokok, polusi di luar dan di dalam ruangan, *exercise induced asthma*, perubahan cuaca), faktor penjamu (obesitas, faktor nutrisi, infeksi, sensitisasi alergi), dan faktor genetik (lokus kerentanan asma pada gen).³

Gejala pernapasan pada penderita asma berupa mengi, sesak napas, batuk dan/atau dada sesak, dengan ciri khas gejala sebagai berikut: (1) Pasien mengalami lebih dari satu jenis gejala pernapasan, terutama pasien dewasa; (2) Pasien mengalami perburukan gejala pernapasan pada malam hari atau di pagi hari; (3) Intensitas gejala pernapasan yang dialami dapat bervariasi dari waktu ke waktu; (4) Gejala dapat dipicu oleh infeksi virus (*common cold*), olahraga, paparan alergen, perubahan cuaca, ekspresi emosional berlebihan, atau iritan seperti asap knalpot mobil, asap atau bau yang menyengat.⁶

Asma dapat dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat yang signifikan. Gejala asma yang berulang sering menyebabkan sulit tidur, kelelahan

di siang hari, berkurangnya aktivitas dan produktivitas, serta menambah angka ketidakhadiran di sekolah dan tempat kerja. Faktanya, asma dikaitkan dengan keterbatasan yang signifikan pada aspek fisik, sosial dan pekerjaan/pendidikan dalam kehidupan seseorang, terutama bila tidak terkontrol. Sehingga secara keseluruhan, biaya terkait asma sangat tinggi.^{2,6}

Tujuan penatalaksanaan asma jangka panjang adalah untuk meraih pengendalian gejala yang baik, mengurangi angka mortalitas terkait asma, eksaserbasi, keterbatasan saluran napas yang bersifat persisten, dan efek samping obat. Pengendalian asma yang baik juga dapat menghemat biaya terkait penatalaksanaan asma, seperti kunjungan ke unit gawat darurat, rawat inap di rumah sakit, pengobatan, sumber daya manusia, pemeriksaan penunjang, dan biaya lain seperti transportasi atau asistensi perawatan sehari-hari.^{6,7}

Hal tersebut menunjukkan bahwa dokter harus menatalaksana pasien secara holistik dari berbagai aspek. Dokter memegang peranan penting pada penyakit asma dalam hal penegakan diagnosis pertama, terapi yang tepat, dan edukasi terutama kepada pasien dan keluarganya dalam pencegahan terjadinya kekambuhan penyakit.

Kasus

Pengumpulan data klinis dilakukan pada tanggal 7 April 2021 saat pasien datang pertama kali ke UGD Puskesmas Rawat Inap Satelit.

Anamnesis

Pasien mengeluhkan sesak napas sejak 1 jam sebelum datang ke Puskesmas yang semakin memberat. Sesak terkadang disertai bunyi napas “ngik-ngik” terutama saat pasien menghembuskan napas. Keluhan sesak memberat saat malam hari sehingga sering mengganggu tidur pasien. Keluhan terkadang disertai dengan batuk tidak produktif. Keluhan tidak disertai dengan adanya nyeri dada.

Pasien mengatakan sering mengalami keluhan serupa, namun biasanya keluhan sesak segera membaik setelah menggunakan inhaler Seretide®. Dalam 1 minggu pasien bisa mengalami serangan asma sebanyak lebih dari 4 kali dan setidaknya sekali dalam 1 tahun pasien harus menjalani rawat inap karena asma.

Pasien memiliki riwayat asma sejak kecil dan biasanya timbul saat malam hari ketika merasa kelelahan setelah beraktivitas pada siang harinya. Namun pasien tidak tau pasti apa yang menyebabkan asmanya sering kambuh dalam beberapa tahun belakangan. Pasien tidak ingat memiliki alergi terhadap makanan, obat-obatan, debu, ataupun cuaca dingin/panas. Tidak ada paparan asap rokok ataupun asap pembakaran di rumah pasien. Ada riwayat asma pada keluarga, yaitu pada kakak, ayah dan nenek pasien.

Riwayat pengobatan saat ini pasien menggunakan Seretide® sejak satu tahun yang lalu. Pasien hanya menggunakan obat ketika gejala sesak kambuh. Pasien mengatakan penggunaan obat-obat oral seperti Salbutamol atau Teofilin pernah dilakukan pasien sebelumnya, namun saat ini obat-obatan tersebut tidak memberikan perbaikan pada gejala asma.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum tampak tampak sesak, lebih suka duduk daripada berbaring, kesadaran compos mentis, suhu 37°C, frekuensi nadi 100 kali/menit, frekuensi napas 26 kali/menit, tekanan darah 110/80 mmHg, SpO2 96%, berat badan 47 kg, tinggi badan 158 cm, status gizi berdasarkan IMT 18,8 kg/m² (normal).

Status Generalis

Pada pemeriksaan kepala tidak ditemukan bibir sianosis. Pemeriksaan thoraks didapatkan retraksi dinding dada dengan penggunaan otot pernafasan, auskultasi terdengar vesikuler serta *wheezing* ekspirasi pada kedua lapang paru. Pemeriksaan jantung dalam batas. Abdomen dalam batas normal. Pada ekstremitas tidak ada sianosis, CRT kesan

normal. Penilaian Awal dengan *Asthma Control Test (ACT)* didapatkan skor 11, yang berarti pasien memiliki asma tidak terkontrol.

Data Keluarga

Ny. R merupakan ibu dari dua anak. Pasien tinggal bersama ibu dan kedua anaknya. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga besar (*extended family*). Pasien adalah seorang ibu berusia 39 tahun. Pasien merupakan anak ke sembilan dari dua belas bersaudara. Keenam saudara pasien yang masih hidup tinggal terpisah dengan pasien, satu orang diantaranya tinggal dalam lingkungan yang sama.

Tn. A, suami pasien, berusia 41 tahun. Suami pasien bekerja sebagai buruh, namun 3 tahun terakhir suami pasien meninggalkan rumah tanpa kabar. Ny. Y, ibu pasien, berusia 69 tahun sudah tidak bekerja. An. M, anak pertama, pasien wanita berusia 15 tahun masih bersekolah SMP. An. A, anak kedua pasien, wanita berusia 7 tahun masih bersekolah taman kanak-kanak.

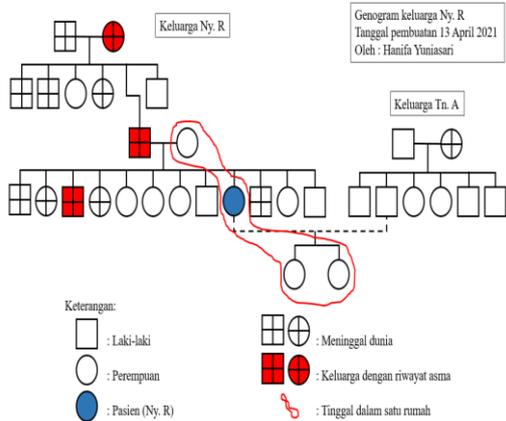
Pasien bekerja sebagai asisten rumah tangga. Dalam sehari pasien bekerja di dua tempat berbeda untuk melakukan pekerjaan seperti mencuci pakaian, membereskan rumah, dan terkadang memasak. Pendapatan pasien perbulan ±500.000 rupiah yang digunakan untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari dan menabung untuk biaya sekolah dan biaya tak terduga.

Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga diputuskan oleh pasien sebagai kepala keluarga. Hubungan pasien dengan suami tidak harmonis, namun pasien menjaga hubungan baik dengan ibu dan kedua anaknya. Pasien sering merasakan sedih dan tertekan dengan kondisi ekonomi yang dialaminya, terlebih lagi setelah suami pasien meninggalkannya dan pasien menjadi tulang punggung keluarga.

Keluarga pasien selalu beribadah di rumah. Jika terdapat anggota keluarga yang sakit, keluarga berobat ke Puskesmas Rawat Inap Satelit, namun, perilaku berobat masih mengutamakan kuratif.

Jarak ke puskesmas ±3 km. Biaya berobat pasien berasal dari P2KM, namun terkadang pasien menggunakan uang sendiri bila obat asma yang pasien butuhkan tidak tersedia di Puskesmas.

Genogram

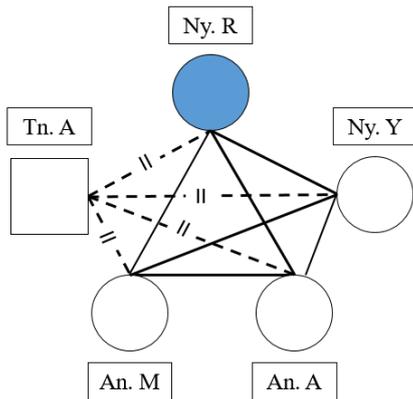


Gambar 1. Genogram

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Wanita
- : Pasien (Ny.R)
- ⊕ : Meninggal dunia
- : Keluarga dengan riwayat asma
- : Tinggal dalam satu rumah

Peta Keluarga



Gambar 3. Peta Keluarga

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Wanita
- : Pasien
- : Berhubungan dekat/harmonis
- ||- : Memutus hubungan

Tabel 1. APGAR Keluarga

APGAR	Skor
A	1
P	0
G	0
A	1
R	2
Total	5

Interpretasi: Keluarga disfungsi sedang

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah semi permanen di tanah milik orang lain, rumah pasien berukuran 5 x 9 m². Terdapat satu ruangan utama, dua kamar tidur, dan satu toilet dengan wc leher angsa. Dinding sebagian tembok, sebagian kayu dan terpal, lantai rumah seluruhnya adalah semen. Ventilasi kurang baik hanya mengandalkan celah-celah terpal. Atap terbuat dari asbes tanpa plafon. Ruang utama merupakan tempat memasak, makan, dan berkumpul untuk menonton televisi yang tidak memiliki sekat. Pada saat kunjungan didapatkan rumah terkesan kumuh. Barang tidak tertata dengan rapi. Fasilitas dapur menggunakan kompor gas, air minum diperoleh dari air PDAM, sumber air diperoleh dari air sumur dan

limbah dialirkan langsung ke kali di samping rumah pasien.

Tabel 2. SCREEM Keluarga

	Sumber Daya	Patologi
S	Komunikasi terjadi antara anggota keluarga dan antara keluarga dengan masyarakat sekitar	Terkadang keluarga segan untuk meminta bantuan kepada tetangga
C	Merasa bangga dengan budaya yang dimiliki. Keluarga berbicara menggunakan bahasa daerah, menerapkan norma dan sopan santun sesuai budaya setempat	Tidak ada
R	Menerapkan ajaran Islam dalam kehidupan sehari-hari termasuk membaca doa dan shalat 5 waktu	Tidak ada
E	Ibu memiliki pekerjaan dan digaji setiap hari. Uang digunakan untuk keperluan sehari-hari dan disisihkan untuk menabung	Keterbatasan penghasilan menyebabkan keluarga kesulitan untuk memenuhi kebutuhan tersier dan biaya tak terduga
E	Keluarga berusaha mengutamakan pendidikan dengan menyekolahkan anak-anaknya	Orang tua tidak memiliki pendidikan tinggi sehingga berpengaruh pada keterampilan dan kemampuannya dalam dunia bekerja
M	Mengutamakan pengobatan medis bila ada keluarga yang sakit dengan membawa keluarga berobat ke Puskesmas Rawat Inap Satelit	Memiliki KIS namun tidak aktif sehingga biaya untuk mengakses kesehatan terbatas

Diagnosis Holistik Awal

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: sesak napas yang dirasakan semakin memberat
- Kekhawatiran: sesak bertambah parah dan tidak bisa beraktivitas seperti sebelum sakit

- Persepsi: sesak napas disebabkan asma yang sudah dideritanya sejak kecil

2. Harapan: keluhan hilang dan penyakit tidak sering kambuh Aspek Klinik

- Asma Eksaserbasi (ICD X: J45.0)

3. Aspek Risiko Internal

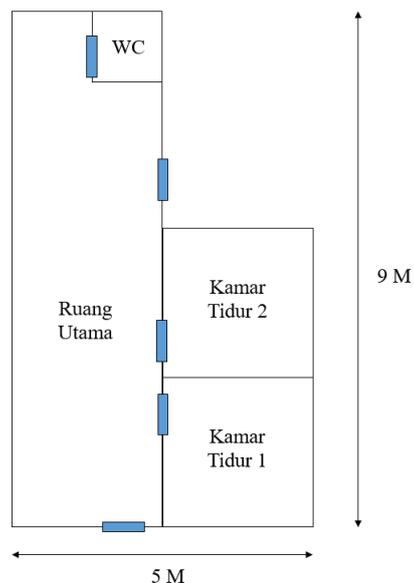
- Riwayat penyakit asma dalam keluarga, yaitu kakak, ayah, dan nenek pasien
- Kurangnya pemahaman faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya asma
- Pola pengobatan hanya kuratif, pencegahan kekambuhan asma bukan prioritas utama

4. Aspek Risiko Eksternal

- Kondisi rumah yang kurang baik meningkatkan risiko sakit dan terpapar agen pencetus
- Keadaan ekonomi kurang
- Kurangnya dukungan psikososial dari keluarga atas penyakit dan psikologis kondisi yang dialami pasien

5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional 3, yaitu mampu melakukan perawatan diri tapi tak mampu melakukan pekerjaan ringan.



Gambar 3. Denah Rumah

Keterangan:
 : Pintu

Intervensi

Intervensi yang diberikan berupa medikamentosa dan non-medikamentosa terkait penyakit yang diderita pasien. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan, jumlah kekambuhan asma, berat serangan asma dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi non-medikamentosa berupa edukasi kepada pasien dan keluarga pentingnya perilaku bersih dan sehat dan terkait penyakit pasien mengenai faktor-faktor yang dapat menjadi pencetus terjadinya serangan asma berulang. Sudah dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali.

Tabel 3. Target Terapi Berdasarkan Diagnosis Holistik Awal

Diagnosis Holistik	Target Terapi
Asma Eksaserbasi	Fase eksaserbasi dapat diatasi
Harapan penyakit yang dideritanya tidak sering kambuh	- Pasien dapat mengidentifikasi faktor pencetus asma yang ada di lingkungan
Kurangnya dukungan psikososial dari keluarga atas penyakit yang diderita	- Pasien memahami pentingnya untuk mengontrol asma Keluarga memahami kondisi dan penyakit yang diderita pasien dan pentingnya dukungan secara emosional bagi pasien untuk menjalani pengobatan

Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk evaluasi intervensi yang telah dilakukan, yang keberhasilannya diukur dengan *Asthma Control Test* (ACT).

Patient-Centered Approach

Non-Medikamentosa:

1. Memberikan informasi mengenai penyakit, sifat penyakit, perubahan (membaik atau memburuk), jenis dan mekanisme kerja obat-obatan dan mengetahui kapan harus meminta pertolongan dokter

2. Menjelaskan dan mengidentifikasi faktor-faktor pencetus asma yang ada di lingkungan dan menghindarinya, termasuk menggunakan masker saat membersihkan rumah
3. Patuh pengobatan dan kontrol secara teratur, antara lain untuk menilai dan monitor berat asma secara berkala (*Asthma Control Test*/ACT)

Medikamentosa:

- Asma Eksaserbasi:
Nebulizer Combivent® 5mL pada 1 jam pertama
Prednisolone 40 mg/hari selama 7 hari
- Pengontrol asma:
Seretide® 1 semprot pMDI/12 jam

Family-Focused

1. Konseling kepada keluarga mengenai penyakit asma, faktor pencetus, dan cara mengontrol asma
2. Konseling kepada keluarga pasien untuk mengeliminasi faktor risiko eksternal yang dapat dimodifikasi, terutama lingkungan sekitar rumah
3. Menjelaskan kepada keluarga perlunya memberikan dukungan secara emosional kepada pasien terkait dengan kondisi dan penyakit yang dideritanya.

Community-Oriented

Menjaga kondisi lingkungan sekitar rumah tetap bersih dan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat dalam berumah tangga.

Diagnosis Holistik Akhir

1. Aspek Personal
 - Alasan kedatangan: kontrol pengobatan asma
 - Kekhawatiran: penyakit kambuh dan lebih berat dari sebelumnya
 - Persepsi: patuh pengobatan dan menghindari faktor pencetus
 - Harapan: penyakit tidak sering kambuh dan kualitas hidup meningkat
2. Aspek Klinik
Asma persisten sedang (ICD X: J45.0)

3. Aspek Risiko Internal

- Riwayat penyakit asma dalam keluarga, yaitu kakak, ayah, dan pasien
- Pasien sering sedih dan tertekan sebagai orang tua tunggal bagi anak-anaknya

4. Aspek Risiko Eksternal

- Kondisi rumah yang kurang baik meningkatkan risiko sakit dan terpapar agen pencetus
- Keadaan ekonomi kurang

5. Derajat Fungsional

Derajat 2, yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada pasien wanita berusia 39 tahun dengan asma persisten sedang eksaserbasi. Pembinaan ini dilakukan dengan alasan Ny. R memiliki penyakit respiratori kronik yang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat menimbulkan risiko jangka panjang jika penyakitnya tidak terkontrol dengan baik. Oleh karenanya diperlukan tatalaksana yang komprehensif dan holistik dengan pembinaan prinsip pelayanan dokter keluarga, agar anggota keluarga dapat ikut serta dalam pengelolaan penyakit asma yang di derita pasien.

Dilakukan tiga kali kunjungan dalam pembinaan ini. Pada kunjungan pertama, tanggal 13 April 2021, dilakukan perkenalan dengan pasien, ibu, dan anak pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan. Setelah meminta *informed consent*, berikutnya dilakukan anamnesis kepada pasien dan keluarga perihal penyakit yang telah diderita dan keadaan keluarga.

Dari hasil anamnesis, didapatkan bahwa pasien mengeluhkan sesak napas yang disertai bunyi “ngik-ngik”. Pasien memiliki riwayat asma yang sudah ia ketahui sejak kecil dan biasanya timbul saat malam hari ketika merasa kelelahan setelah beraktivitas pada siang harinya. Namun pasien tidak tau pasti apa yang menyebabkan asmanya sering kambuh dalam beberapa tahun belakangan.

Keluhan asma dapat bervariasi tergantung dengan umur dan budaya. Gejala-gejala tersebut dapat muncul dalam beberapa jenis, terutama pada orang dewasa. Gejala terjadi dari waktu ke waktu dan dapat bervariasi. Biasanya gejala akan memberat pada malam hari atau ketika bangun tidur. Gejala biasa dipicu oleh olahraga, ekspresi emosi berlebih, alergi atau perubahan cuaca. Kondisi-kondisi infeksi, terutama infeksi virus, juga dapat memperberat dan memicu gejala asma.^{1,7}

Pada pemeriksaan fisik, didapatkan frekuensi napas 26 kali/menit dengan SpO₂ 96%. Pada pemeriksaan thoraks terdapat retraksi dinding dada dengan penggunaan otot pernafasan, auskultasi terdengar vesikuler serta *wheezing* ekspirasi pada kedua lapang paru. Tidak terdapat tanda-tanda sianosis sentral dan perifer. Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik diagnosis asma eksaserbasi dapat ditegaskan.

Menurut GINA, asma eksaserbasi adalah episode yang ditandai dengan peningkatan progresif gejala sesak napas, batuk, mengi atau sesak dada dan penurunan fungsi paru secara progresif. Eksaserbasi dapat terjadi pada pasien dengan diagnosis asma yang sudah ada sebelumnya atau, kadang-kadang, sebagai gejala asma yang pertama. Eksaserbasi biasanya terjadi sebagai respon terhadap paparan agen eksternal dan/atau kepatuhan yang buruk terhadap obat pengontrol. Namun, sebagian pasien datang lebih akut dan tanpa paparan faktor risiko yang diketahui.⁷

Asma diklasifikasikan menjadi dua kelompok, yaitu asma saat serangan (akut) dan asma saat tanpa serangan. Asma saat serangan (akut) diklasifikasikan berdasarkan derajat serangannya, terdiri dari derajat ringan-sedang, berat, dan mengancam nyawa.⁷ Sedangkan asma saat tanpa serangan terdiri dari intermiten, persisten ringan, persisten sedang, dan persisten berat.^{8,10}

Pada saat kunjungan, penulis dapat menilai keadaan pasien saat tanpa serangan.

Tabel 4. Klasifikasi asma bronkial

Derajat Asma	Gejala
Intermiten (Bulanan)	- Gejala <2 kali/minggu, tanpa gejala diluar serangan, serangan singkat - Gejala malam ≤2 kali sebulan
Persisten ringan (Mingguan)	- Gejala 3-6 kali/minggu, serangan dapat mengganggu aktifitas dan tidur - Gejala malam 3-6 kali/bulan
Persisten sedang (Harian)	- Gejala setiap hari, serangan mengganggu aktivitas dan tidur, membutuhkan bronkodilator setiap hari - Gejala malam >5 kali/bulan
Persisten berat (Kontiyu)	- Gejala terus menerus, sering kambuh, aktivitas fisik terbatas - Gejala malam sering

Pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan yang berarti, namun pasien mengatakan bahwa saat menjelang malam hari, gejala tersebut mengganggu waktu tidur pasien. Dalam 1 minggu pasien bisa mengalami serangan asma sebanyak lebih dari 4 kali yang biasanya terjadi pada malam hari. Pasien selalu membutuhkan inhaler untuk meringankan gejala. Asma yang diderita pasien termasuk dalam klasifikasi asma persisten sedang.

Pemeriksaan penunjang untuk asma adalah dengan melakukan tes fungsi paru, baik menggunakan peak flow meter atau spirometri. Keduanya dilakukan untuk menunjukkan obstruksi saluran napas *reversible* yang merupakan gangguan fisiologis utama pada asma. *Peak flow meter* mengukur laju aliran maksimum yang dihasilkan selama ekspirasi paksa mulai dari inflasi penuh paru-paru (*peak flow*). Sedangkan pada spirometri, selain mengukur *peak flow* dapat juga mengukur parameter ventilasi paru lainnya, seperti berapa banyak udara yang dikeluarkan dalam satu detik pertama (FEV1) dan jumlah total udara yang dapat

dihembuskan secara paksa dari paru-paru setelah inspirasi penuh (*forced vital capacity, FVC*). Perlu diketahui bahwa saat ini peak flow meter tidak direkomendasikan untuk diagnosis asma oleh sebagian besar pedoman internasional. Namun, peak flow meter memberikan bukti obyektif tambahan dari obstruksi saluran napas.¹¹

Tidak ada pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada studi ini karena tidak tersedianya alat pemeriksaan tes fungsi paru di Puskesmas. Diagnosis dilakukan berdasarkan temuan klinis pada anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Dalam pelayanan holistik, sebagai kompetensi inti kedokteran keluarga, pelayanan dilakukan dengan mempertimbangkan seluruh dimensi biopsikososial, budaya dan eksistensial.¹²

Terdapat beberapa faktor risiko yang mempengaruhi sakit pasien. Faktor risiko internal meliputi riwayat penyakit asma pada keluarga, kurang pemahaman faktor-faktor pencetus yang memicu timbulnya asma, dan pola pengobatan hanya kuratif. Faktor risiko eksternal meliputi kondisi rumah yang memungkinkan pasien terpapar agen pencetus, kondisi ekonomi yang kurang, dan kurangnya dukungan psikososial dari keluarga atas kondisi dan penyakit pasien.

Riwayat rinitis alergi atau eksim, atau riwayat asma atau alergi dalam keluarga, meningkatkan kemungkinan gejala pernapasan yang disebabkan oleh asma. Risiko terjadinya asma pada anak-anak dengan satu orang tua yang memiliki riwayat asma adalah sekitar 25%, sedangkan risiko jika kedua orang tua memiliki riwayat asma adalah sekitar 50%. Namun asma adalah kelainan poligenik multifaktorial, yang berarti banyak faktor yang berkontribusi pada perkembangannya. Faktor-faktor ini meliputi faktor genetik dan lingkungan, di mana terjadi karena interaksi satu sama lain dari beberapa gen dengan faktor lingkungan.^{7,13}

Faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan berpotensi meningkatkan kejadian eksaserbasi, antara lain:⁷

- (1) Pengobatan: penggunaan *Short-acting beta₂-agonist* (SABA) dosis tinggi ($\geq 1 \times 200$ dosis kanister per bulan); *Inhaled Corticosteroid* (ICS) tidak adekuat: ICS tidak diresepkan; kepatuhan yang buruk; teknik penggunaan inhaler yang salah.
- (2) Kondisi medis lainnya: obesitas, rinosinusitis kronis, GERD, alergi makanan, kehamilan
- (3) Paparan: merokok, paparan alergen, polusi udara
- (4) Konteks: masalah utama psikologis atau sosial ekonomi

Faktor risiko independen utama lainnya berpotensi meningkatkan kejadian eksaserbasi.⁷

- (1) Pernah diintubasi atau di unit perawatan intensif karena asma
- (2) ≥ 1 eksaserbasi parah dalam 12 bulan terakhir

Intervensi penyakit pasien, dilakukan secara komprehensif, sesuai dengan kompetensi inti kedokteran keluarga, meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, tatalaksana kuratif, rehabilitasi dan suportif. Intervensi dilakukan dalam beberapa aspek, yaitu *person-centred approach*, *family-focused*, dan *community-oriented*. Dalam *patien-centered approach*, dokter bukan hanya berhubungan dengan patologi atau "kasus" seseorang, tapi juga dengan melihat seseorang dan masalahnya dalam konteks keadaan hidup mereka. Penting untuk memahami bagaimana pasien mengatasi dan memandang penyakit mereka sebagai penanganan proses penyakit itu sendiri. Aspek personal tersebut meliputi keyakinan, ketakutan, harapan, dan kebutuhan pasien.¹²

Tatalaksana *patien-centered* meliputi medikamentosa dan non-medikamentosa. Target terapi dilakukan berdasarkan diagnosis holistik awal. Tatalaksana medikamentosa dilakukan di Puskesmas Rawat Inap Satelit, berupa pemberian nebulizer Combivent® 5 mL dan Prednisolone 40mg/hari per oral dalam 1 jam pertama. Setelah pemantauan respon terapi awal, pasien dipindahkan ke rawat inap dengan diberikan obat pengontrol, yaitu Seretide® 1 semprot pMDI/12 jam

dan Prednisolone 40mg/hari per oral. Pasien dipulangkan setelah tidak memerlukan SABA sebagai pelega pada hari ketiga.

Berdasarkan pedoman manajemen eksaserbasi asma di fasilitas layanan kesehatan primer oleh GINA, dalam penatalaksanaan pasien yang datang dengan eksaserbasi akut atau sub-akut, diperlukan penilaian meliputi diagnosis asma, faktor ancaman kematian karena asma, dan beratnya eksaserbasi. Pada pasien dengan eksaserbasi ringan-sedang tatalaksana dimulai dengan pemberian SABA dengan mempertimbangkan pemberian *short-acting anticholinergic* (SAMA) dapat diulang setiap 20 menit untuk 1 jam. Pada orang dewasa diberikan Prednisolone 40-50 mg per oral. Bila tersedia, berikan oksigen dengan target saturasi 93-95%. Selanjutnya pengobatan dievaluasi 1 jam kemudian. Bila gejala membaik dan tidak memerlukan SABA, terjadi perbaikan PEF $>60-80\%$ *predicted*, SpO₂ $>94\%$ dengan udara ruangan, maka pasien boleh dipulangkan.⁷

Tatalaksana non-medikamentosa meliputi edukasi mengenai asma, termasuk menjelaskan dan meminta pasien untuk mengidentifikasi dan menghindari faktor-faktor pencetus asma, juga menghimbau pasien untuk patuh pengobatan dan kontrol secara teratur. Penatalaksanaan asma yang efektif memerlukan kerjasama antara penderita asma dan penyedia layanan kesehatan. Hal ini memungkinkan pasien asma memperoleh pengetahuan, kepercayaan diri dan keterampilan untuk mengambil peran utama dalam penatalaksanaan asma. Berdasarkan beberapa penelitian, tingkat pengetahuan pasien asma mengenai penyakitnya berhubungan dengan tingkat pengendalian asma yang komponen penting dalam manajemen asma secara mandiri. Manajemen asma secara mandiri terbukti dapat mengurangi morbiditas asma pada orang dewasa dan anak-anak.^{7,12,14,15}

Intervensi *family-focused* dan *community-oriented* dilakukan pada kunjungan kedua, tanggal 21 April 2021. Intervensi meliputi konseling kepada

keluarga mengenai penyakit asma, faktor pencetus, dan cara mengontrol asma termasuk menjelaskan kepada keluarga perlunya dukungan secara emosional bagi pasien terkait dengan kondisi dan penyakit yang dideritanya.

Penelitian menunjukkan dukungan keluarga berhubungan positif dengan pengendalian asma dan kualitas hidup pasien remaja. Dukungan keluarga dapat mengurangi hambatan terkait sikap negatif terhadap pengobatan dan penyedia layanan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan pengendalian asma dan fungsi emosional pasien, meskipun belum ada penelitian secara luas pada orang dewasa.¹⁶

Evaluasi hasil intervensi dilakukan pada kunjungan ketiga tanggal 5 Mei 2021. Evaluasi dilakukan dengan menilai tingkat pengendalian asma pada pasien. Pengendalian asma memiliki dua domain utama, yaitu pengendalian gejala dan pengurangan faktor risiko eksaserbasi pada pasien yang dapat dimodifikasi.⁷

Tabel 5. Evaluasi Faktor Risiko Eksaserbasi

Faktor Risiko	Hasil
Kepatuhan pengobatan buruk	Pasien memahami obat pengontrol harus tetap digunakan saat tidak serangan sesuai anjuran dokter
Paparan polusi dan alergen	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan masker saat membersihkan rumah - Membersihkan perabotan rumah dengan kain lembab - Menjemur dan tepuk-tepuk kasur secara rutin - Menggunakan spreï dan sarung bantal yang diganti secara rutin - Menulis daftar alergen dan makanan yang harus dihindari
Kondisi psikologis: perasaan sedih dan tertekan	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien memahami kondisi emosi yang berlebihan dapat mencetuskan serangan - Pasien memiliki kemauan untuk mengendalikan emosi dan melakukan manajemen stress yang melibatkan anggota keluarga lain

Dalam teori Roger, terdapat beberapa langkah sebelum seseorang

mengikuti atau menganut perilaku baru, yaitu sebagai berikut:¹⁷

- Sadar (*Awareness*): seseorang sadar akan adanya informasi baru.
- Tertarik (*Interest*): seseorang mulai tertarik untuk mengetahui lebih lanjut.
- Evaluasi (*Evaluation*): pada tahap ini seseorang mulai menilai, apakah perilaku baru tersebut memiliki efek baik pada dirinya.
- Mencoba (*Trial*): orang tersebut mulai mempertimbangkan untung rugi dari perilaku baru.
- Adopsi (*Adoption*): pada tahap ini, orang yakin dan telah mengadopsi perilaku baru tersebut.

Dari hasil evaluasi didapatkan bahwa pasien mulai mencoba melakukan perubahan sikap terhadap penyakit yang dideritanya, khususnya dalam sikap untuk mengurangi faktor risiko eksaserbasi yang dapat dimodifikasi.

Evaluasi dengan *Asthma Control Test (ACT)*

Evaluasi pengendalian asma dengan memberikan skor numerik untuk menilai pengendalian asma. Hasil penilaian diinterpretasikan menjadi tiga kelompok: terkontrol sepenuhnya bila skor 20-25, terkontrol sebagian bila skor 16-19, dan tidak terkontrol bila skor 5-15.⁷

Hasil penilaian ACT didapatkan skor 16, yang berarti asma terkontrol sebagian. Jika dibandingkan dengan skor awal, terdapat kenaikan total sebanyak 5 skor dengan kenaikan 1 skor pada setiap item penilaian. Meskipun demikian, pengendalian asma belum mencapai hasil terkontrol sepenuhnya.

Berdasarkan Pedoman Tatalaksana Asma oleh GINA, respon pasien terhadap pengobatan perlu dievaluasi setelah memulai pengobatan dengan obat pengontrol untuk pertama kali dalam 2-3 bulan atau lebih awal tergantung pada urgensi klinis. Hal ini diperlukan untuk menilai apakah obat membutuhkan peningkatan dosis, penurunan dosis atau dosis yang saat ini digunakan sudah sesuai untuk mengendalikan asma pasien.⁷

Kesimpulan

Asma merupakan kelainan multifaktorial, yang berarti banyak faktor yang berkontribusi pada perkembangannya sehingga membutuhkan tatalaksana secara holistik dan komperhensif mulai dari aspek personal, klinis, risiko internal, dan risiko eksternal untuk mengurangi risiko eksaserbasi pada pasien. Hasil evaluasi didapatkan bahwa pasien mulai mencoba melakukan perubahan sikap untuk mengurangi faktor risiko eksaserbasi. Hasil penilaian ACT didapatkan perbaikan pada pengendalian asma, dari asma tidak terkontrol menjadi asma terkontrol sebagian.

Daftar Pustaka

1. KEMENKES RI. Keputusan Menteri Kesehatan RI Tentang Pedoman Pengendalian Asma; 2008.
2. WHO. Asthma; 2020. [disitasi tanggal 5 Mei 2021]. Tersedia dari: <https://www.who.int/>.
3. Shyamali CD, Perret JL dan Custovic A. Epidemiology of Asthma in Children and Adults. *Front Pediatr* 2019; 7: 246.
4. KEMENKES RI. Laporan Nasional RISKESDAS 2018. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*; 2019.
5. KEMENKES RI. Laporan Provinsi Lampung RISKESDAS 2018. *Badan Penelit. dan Pengemb. Kesehat*; 2019.
6. Nunes C, Almeida MM dan Pereira AM. Asthma Costs and Social Impact. *Asthma Res. Pract*; 2017; 3:1.
7. GINA. Global Strategy fo Asthma Management and Prevention. *Glob. Initiat. Asthma*; 2021.
8. Morris MJ. Asthma; 2020. [disitasi tanggal 5 Mei 2021]. Tersedia dari: <https://emedicine.medscape.com/>
9. Sinyor B dan Perez LC. Pathophysiology Of Asthma. dalam *StatPearls*. New York: StatPearls Publishing; 2020.
10. IDI. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. *Menteri Kesehat. Republik Indones*; 2017.
11. Kirenga BJ, Schwartz JI, Jong CD, PMolen TVD dan Okot-Nwang M. Guidance on the diagnosis and management of asthma among adults in resource limited settings. *Afr. Health Sci* 2015; 15, 1189–99.
12. WONCA Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine; 2011.
13. Thomsen SF. Genetics of asthma: an introduction for the clinician. *Eur Clin Respir J*. 2015; 2: 1–5.
14. Andayani N dan Waladi Z. 2014. Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Asma dengan Tingkat Kontrol Asma Di Poliklinik Paru Rsud Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *J Kedokt. Syiah Kuala* 2014; 14 (3): 139–135.
15. Boulet LP. Asthma education: an essential component in asthma management. *Euroipean Respir. J* 2015; 46, 1262–4.
16. Rhee H, Belyea MJ dan Brasch J. Family support and asthma outcomes in adolescents: barriers to adherence as a mediator. *J Adolesc Heal*. 2010; 47, 472–8.
17. Rogers M. *Diffusion of Innovation*. New York: Free Press; 2003.