

Penatalaksanaan Asma Persisten Ringan Melalui Pendekatan Dokter Keluarga

¹Diah Balqis Ikfi Hidayati

²T.A. Larasati

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Menurut GINA (*Global Initiative for Asthma*) tahun 2011, diperkirakan terdapat 300 juta orang menderita asma di seluruh dunia. Prevalensi asma terus mengalami peningkatan terutama di negara-negara berkembang akibat perubahan gaya hidup dan peningkatan polusi udara. Tingginya jumlah penderita asma saat ini dan kondisi lingkungan yang berpotensi menyebabkan jumlah kasus asma semakin bertambah di kemudian hari, menjadi masalah kesehatan yang serius. Peran edukasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap penyakit asma sangat penting untuk mencegah individu dengan predisposisi asma berkembang menjadi asma dan mencegah pasien asma mengalami serangan asma. Seorang wanita usia 52 tahun mengalami serangan asma. Diagnostik holistik pasien pada aspek personal ditemukan keluhan sesak napas semakin sering timbul dan memberat, serta khawatir tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit. Aspek klinik, pasien mengalami asma persisten ringan (ICD X: J45.901). Aspek risiko internal pasien masih terdapat kurangnya pengetahuan. Aspek risiko eksternal pada pasien yaitu lingkungan yang cukup berdebu yang dapat mencetuskan terjadinya asma pada pasien. Dilakukan intervensi melalui farmakologis untuk serangan asma pada pasien serta non farmakologi berupa edukasi dalam mencegah terjadinya serangan asma pada pasien. Intervensi yang diberikan pada pasien telah dilakukan secara holistik dan komperhensif. Telah terdapat perubahan perilaku pasien dan keluarga yang membuat penyakit asma pada pasien menjadi lebih terkontrol.

Kata Kunci: Asma, debu, pelayanan kedokteran keluarga

Management Of Mild Persistent Asthma Through Family Medicine

Abstract

According to GINA (*Global Initiative for Asthma*) in 2011, there were an estimated 300 million peoples suffering from asthma worldwide. There are around 250,000 deaths caused by asthma attacks each year, with the highest number in low-moderate economies. The prevalence of asthma continues to increase especially in developing countries due to lifestyle changes and increased air pollution. It is very important to prevent individuals with asthma predisposition to develop asthma and prevent asthma patients from having an asthma attack. A 52-year-old woman has an asthma attack. Holistic diagnostic patient on personal aspect found that complaints of hard to breathe more often arise and aggravate, and worried about not being able to perform daily activities such as before illness. Clinical aspect, patients experience mild persistent asthma (ICD X: J45.901). Aspect of internal risk of patient there is still a lack of knowledge. The external risk aspect in patient is that there is a large amount of dust that can trigger asthma in patient. Pharmacological intervention has been done for asthma attacks in patient and non-pharmacology in the form of education in preventing asthma attacks in patient. Interventions given to patient have been carried out holistically and comprehensively. There have been changes in the behavior of patient and families that make asthma in patient become more controlled.

Keywords: Asthma, dust, family medicine service

Korespondensi: Diah Balqis Ikfi Hidayati, alamat BTN D1/06 RT/RW 061/000, Lempuyang Bandar, Way Pengubuan, Lampung Tengah, HP 082178037411, e-mail diahbalqis@gmail.com.

Pendahuluan

Asma adalah suatu kelainan berupa inflamasi kronik saluran napas yang menyebabkan hipereaktivitas bronkus terhadap berbagai rangsangan yang ditandai dengan gejala episodik berulang berupa mengi, batuk, sesak napas dan rasa berat di dada terutama pada malam dan atau dini hari yang umunya bersifat reversibel baik dengan atau tanpa pengobatan.¹Proses inflamasi kronik pada asma akan menimbulkan kerusakan

jaringan yang secara fisiologis akan diikuti oleh proses penyembuhan yang menghasilkan perbaikan dan pergantian sel mati/rusak dengan sel baru. Proses penyembuhan tersebut melibatkan regenerasi jaringan yang rusak dengan jenis sel parenkim yang sama dan pergantian jaringan yang rusak dengan jaringan penyambung yang menghasilkan jaringan *scar*. Pada asma kedua proses tersebut berkontribusi dalam proses penyembuhan dan inflamasi yang kemudian akan menghasilkan

perubahan struktur yang mempunyai mekanisme yang dikenal sebagai *airway remodeling*.²

Konsekuensi klinis *airway remodeling* adalah peningkatan gejala dan tanda asma seperti hipereaktivitas jalan napas, masalah distensibilitas jalan napas, dan obstruksi jalan napas. Sehingga pemahaman *airway remodeling* bermanfaat dalam manajemen asma terutama pencegahan dan pengobatan dari proses tersebut.³

Asma dapat dikategorikan menjadi atopik (bukti adanya sensitisasi alergen, seringkali pada pasien dengan riwayat rinitis alergika, eksema) dan non-atopik. Pada kedua tipe, episode bronkospasme dapat dipicu oleh berbagai mekanisme, seperti infeksi saluran napas (terutama virus), pajanan lingkungan terhadap iritan (misalnya, asap, uap), udara dingin, stres, dan olahraga.⁴

Berdasarkan data GINA tahun 2011, diperkirakan terdapat 300 juta orang menderita asma di seluruh dunia. Terdapat sekitar 250.000 kematian yang disebabkan oleh serangan asma setiap tahunnya, dengan jumlah terbanyak di negara dengan ekonomi rendah-sedang. Prevalensi asma terus mengalami peningkatan terutama di negara-negara berkembang akibat perubahan gaya hidup dan peningkatan polusi udara.⁵ Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, melaporkan prevalensi asma di Indonesia adalah 4,5% dari populasi, dengan jumlah kumulatif kasus asma sekitar 11.179.032.⁶

Tingginya jumlah penderita asma saat ini dan kondisi lingkungan yang berpotensi menyebabkan jumlah kasus asma semakin bertambah di kemudian hari, menjadi masalah kesehatan yang serius. Serangan asma dapat mengganggu pekerjaan pada orang dewasa dan mengganggu aktivitas belajar pada anak-anak. Pada kondisi yang lebih berat asma dapat mengancam jiwa dan menurunkan kualitas hidup penderita, hal ini mencerminkan adanya kebutuhan edukasi untuk meningkatkan kesadaran seluruh lapisan masyarakat terhadap penyakit asma. Sangat penting mencegah individu dengan predisposisi asma berkembang menjadi asma dan mencegah pasien asma mengalami serangan asma.⁷

Kasus

Ny. A usia 52 tahun datang ke Puskesmas Pasar Ambon pada 1 Oktober 2019 dengan keluhan utama sesak napas yang timbul sejak 1 hari yang lalu. Sesak memberat pada malam hari. Sesak disertai dengan suara napas berbunyi *ngik-ngik* (mengi) jika sesak napas berat. Sesak dirasakan sering timbul setelah aktivitas yang berat dan merasa kelelahan. Dalam 1 bulan sebelumnya pasien mengalami serangan asma sebanyak 3 kali dalam 1 bulan. Pasien memiliki riwayat asma sejak 5 bulan yang lalu. Namun untuk bulan-bulan sebelumnya gejala sesak pada pasien jarang kambuh. Di keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat asma. Suami pasien merokok. Pasien tidak merokok. Kegiatan pasien sehari-hari sebagai ibu rumah tangga. Demam disangkal, nyeri dada disangkal, nyeri perut disangkal, BAB dan BAK tidak ada keluhan yang dirasakan.

Pasien tidak memiliki alergi makanan dan obat. Sumber karbohidrat pasien didapatkan dari nasi dan roti, protein hewani dari ikan, telur, daging ayam, dan protein nabati dari tahu dan tempe. Sayuran pasien mengkonsumsi bayam, kangkung, wortel, kol, terong. Jika malam pasien sering memakai kipas angin.

Pemeriksaan fisik didapatkan penampilan normal, tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15. Berat badan 65 kg, dan tinggi badan 155 cm, dengan IMT 27,2 (*overweight*). Tanda-tanda vital didapati tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 81x/menit, frekuensi napas 24x/menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Mata: konjungtiva anemis (-), sklera ikterik (-), Hidung: deviasi septum (-), sekret (-), Telinga: hiperemis (-), sekret, dan mulut: sianosis (-). Kelenjar getah bening pada leher tidak teraba. Pada regio thorax didapati dinding dada simetris, retraksi dinding dada (+), penggunaan otot bantu pernapasan (+), pada palpasi didapati ekspansi dada simetris, nyeri tekan (-), fremitus taktil sama pada kedua lapang paru, hasil perkusi didapati bunyi sonor pada kedua lapang paru, dan pada auskultasi didapati *wheezing* pada kedua paru sepanjang ekspirasi. Cor: Batas Jantung normal, Bunyi Jantung 1 dan 2 normal, murmur (-), gallop (-) Pemeriksaan pada regio abdomen: cembung,

BU 9x/menit, nyeri tekan (-), organomegali (-), timpani. Pada ekstremitas didapati edem (-), akral hangat, CRT<2.

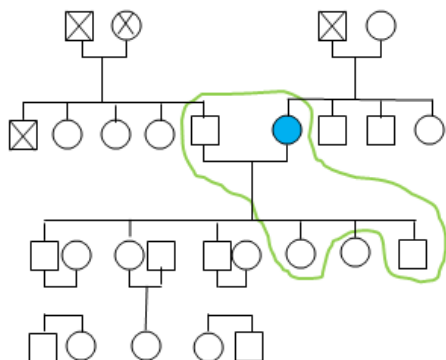
Data Keluarga

Pasien merupakan anak kedua dari empat bersaudara. Pasien tinggal bersama suami serta dua anak pasien. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti (*Nulcear family*). Menurut siklus Duvall, siklus keluarga ini berada pada tahap keluarga dengan anak remaja. Pasien adalah seorang perempuan berusia 51 tahun, merupakan seorang ibu rumah tangga. Suami pasien berusia 57 tahun bekerja sebagai kuli bangunan dan kedua anak sebagai pelajar SD dan SMA.

Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh suami pasien. Hubungan antar anggota keluarga terjalin cukup erat. Keluarga selalu menyempatkan untuk berkumpul bersama saat malam hari. Keluarga pasien juga biasanya beribadah di rumah. Keluarga mendukung untuk berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit, dan salah satu anggota keluarga berusaha mendampingi saat pergi berobat. Perilaku berobat masih mengutamakan kuratif yakni memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila ada keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari. Jarak ke puskesmas ± 2 kilometer.

Genogram

Genogram keluarga Ny. A dapat dilihat pada gambar 1.



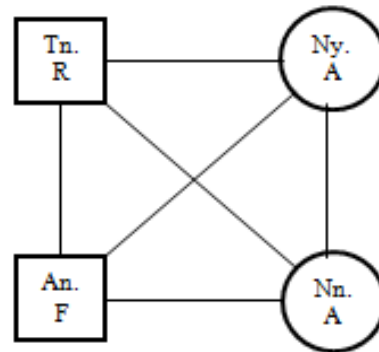
Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. A (1/10/2019)
Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan

- ☒ : Laki-laki sudah meninggal
- ⊗ : Perempuan sudah meninggal
- : Pasien (Ny. A)
- (with green border) : Tinggal dalam 1 rumah

Family Map

Family mapping keluarga Ny. A dapat dilihat pada Gambar 2.



- Keterangan :
- = hubungan antar anggota keluarga (dekat)
 - == = hubungan antar anggota keluarga (sangatdekat)

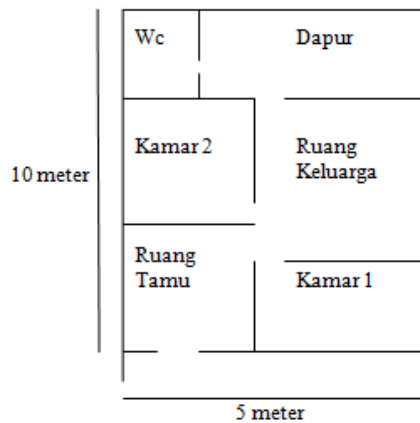
Gambar 2. Family Map Ny. A

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal bersama suami dan kedua anak. Pasien tinggal di kontrakan bedeng dalam yang berukuran 5 x 10 m tidak bertingkat, memiliki 2 kamar tidur, ruang keluarga, dan 1 toilet. Lantai dari semen, dinding tembok, dengan atap genteng. Jumlah ventilasi sedikit sehingga pencahayaan di dalam rumah kurang baik dan rumah terasa lembab. Kebersihan didalam rumah cukup terawat, namun barang-barang di rumah kurang tertata rapi. Jarak antara rumah pasien dengan rumah lainnya saling berdekatan.

Sumber air dari sumur galian, sedangkan sumber air minum dari air galon isi ulang, limbah dialirkan ke parit belakang rumah, memiliki satu kamar mandi dengan jamban yang dekat dengan dapur. Bentuk jamban jongkok. Dapur terlihat kurang bersih dan terdapat ventilasi yang sangat kecil untuk mengeluarkan udara dari asap memasak. Tempat sampah berada di luar rumah dan juga dapur. Lingkungan tempat tinggal pasien padat dan kumuh.

Denah Rumah



Gambar 3. Denah Rumah Keluarga Ny. A

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

- Keluhan: sesak napas sejak 1 hari yang lalu
- Kekhawatiran: sesak napas semakin sering timbul dan memberat 1 bulan ini, serta khawatir tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit.
- Persepsi: keluhan sesak semakin memberat dan mengganggu pasien dalam beraktivitas. Pasien tidak mengetahui bahwa penyakit yang diderita tidak dapat disembuhkan namun dapat dikontrol.
- Harapan: sesak napas yang dialami dapat berkurang, frekuensi kekambuhan berkurang, dan dapat beraktivitas seperti biasa.

2. Aspek Klinik

Asma persisten ringan (ICD X: J45.901)

3. Aspek Risiko Internal

- Kurangnya pengetahuan pasien mengenai penyakit yang diderita
- Pengetahuan yang kurang mengenai pencegahan kekambuhan dengan menghindari faktor pencetus
- Penggunaan teknik inhalasi obat
- Pola berobat kuratif

4. Aspek Risiko Eksternal

- Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai definisi, gejala, faktor risiko asma, serta dalam mencegah

kekambuhan dengan menghindari faktor pencetus

- Ventilasi rumah yang kurang baik
- Suami pasien merokok

5. Derajat Fungsional

Derajat 2 yaitu masih mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah.

Rencana Intervensi

Intervensi yang diberikan berupa terapi medikamentosa dan non-medikamentosa yang berkaitan dengan penyakit yang diderita pasien. Intervensi dilakukan untuk mengurangi keluhan pasien dan mencegah terjadinya serangan berulang.

Patient centered

Non Farmakologi:

1. Edukasi pasien mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, dan cara penanganan serangan asma di rumah.
2. Edukasi pasien mengenai pola hidup yang dapat memperparah kondisi pasien.
3. Edukasi kepada pasien mengenai pola hidup bersih dan sehat.

Farmakologi

1. Nebulisasi combivent 1x selama 15 menit
2. Salbutamol 2 mg/ 8 jam (*reliever*)
3. Inhalasi glukokortikosteroid 200 mcg (*controller*)

Family Focused

1. Edukasi keluarga pasien mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, tanda dan gejala, pencegahan serta penanganan asma di rumah.
2. Pemberian masker kepada keluarga untuk digunakan saat melakukan aktivitas yang memiliki kontak dengan debu yang banyak.
3. Edukasi kepada keluarga pasien tentang faktor risiko eksternal, terutama lingkungan dan kondisi rumah.
4. Merencanakan bersama keluarga aktivitas fisik yang sesuai untuk penderita asma.

Community Centered

Menjaga kebersihan lingkungan sekitar rumah agak tidak banyak polusi dan debu yang dapat menjadi faktor pemicu.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Pasien dapat mencegah terjadinya serangan asma karena telah mengetahui hal-hal yang bisa mencetuskan serangan.
- Penyakit asma yang dimilikinya sudah dapat terkontrol dengan lebih baik

2. Aspek Diagnosis klinis

Asma persisten ringan (ICD X: J45.901)

3. Aspek Resiko Internal

- Meningkatkan pengetahuan tentang penyakit asma
- Menghindari faktor pencetus
- Mengetahui teknik penggunaan *inhaler* yang benar

4. Aspek Resiko Eksternal

Keluarga sudah mengetahui pentingnya menghindari faktor pencetus untuk mencegah kekambuhan.

5. Derajat Fungsional

Derajat 1 (satu) yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan)

Pembahasan

Asma merupakan penyakit inflamasi kronik pada saluran pernapasan bawah yang akan menyebabkan penderita mengalami mengi (*wheezing*), sesak napas, batuk, dan sesak di dada. Menurut penelitian, prevalensi asma akan terus meningkat. Skitar 100-150 juta penduduk dunia akan terserang asma dengan penambahan 180.000 setiap tahunnya.^{5,8} Asma ini sering terjadi pada kelompok usia anak kurang dari 5 tahun.⁹

Asma dapat muncul karena reaksi terhadap faktor pencetus yang mengakibatkan penyempitan dan penyebab yang mengakibatkan inflamasi saluran pernapasan atau reaksi hipersensitivitas. Kedua faktor tersebut akan menyebabkan kambuhnya asma dan akibatnya penderita akan kekurangan udara sehingga kesulitan bernapas. Faktor pencetus asma banyak dijumpai di lingkungan baik dalam rumah maupun di luar rumah, tetapi anak dengan riwayat asma pada keluarga memiliki risiko lebih besar terkena asma. Tiap penderita asma akan memiliki

faktor pencetus yang berbeda dengan penderita asma lainnya. Faktor pencetus asma dibagi dalam dua kelompok, yaitu faktor genetik, faktor pencetus di lingkungan, seperti asap kendaraan bermotor, asap rokok, asap dapur, pembakaran sampah, kelembaban salam rumah, serta allergen seperti debu rumah, tungau, dan bulu binatang.^{10,11} Berdasarkan Permenkes RI no 5 tahun 2014 tentang panduan praktis klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer derajat pada asma dapat di bagi menjadi: intermiten, persisten ringan, persisten sedang, persisten berat.

Gambar 4. Klasifikasi Asma²

DerajatAsma	Gejala	Gejala Malam	Faal Paru
I. Intermiten	Bulanan		APE ≥ 80%
	Gejala < 1x/minggu	≤ 2 kali sebulan	VEP ≥ 80% nilai prediksi
	Tanpa gejala diluar serangan		APE ≥ 80% nilai terbaik
	Serangan singkat		Variabiliti APE < 20%
II. Persisten ringan	Mingguan		APE > 80%
	Gejala > 1 x/minggu, tetapi < 1 x/hari	> 2 kali sebulan	VEP ≥ 80% nilai prediksi
	Serangan dapat mengganggu aktivitas dan tidur		APE ≥ 80% nilai terbaik
			Variabiliti APE 20% - 30%
III. Persisten sedang	Harian		APE 60 – 80%
	Gejala setiap hari	> 1 x/seminggu	VEP < 60 – 80%
	Serangan mengganggu aktivitas dan tidur		Nilai prediksi APE 60 – 80% nilai terbaik
	Membutuhkan bronkodilator setiap hari		Variabiliti APE > 30%
IV. Persisten berat	Kontinyu		APE ≤ 60%
	Gejala terus menerus	Sering	VEP < 60% nilai prediksi
	Sering kambuh		APE ≤ 60% nilai terbaik
	Aktivitas fisik terbatas		Variabiliti APE > 30%

Eksaserbasi (serangan) asma, adalah episode perburukan gejala asma secara progresif. Gejala yang dimaksud adalah sesak napas, batuk, mengi, dada rasa tertekan, atau berbagai kombinasi dari gejala tersebut. Pada umumnya eksaserbasi disertai dengan distress pernapasan. Derajat serangan asma bervariasi, mulai dari ringan sampai mengancam jiwa, perburukan dapat terjadi dalam beberapa menit, jam, atau hari. Serangan akut biasanya timbul akibat pajanan terhadap faktor pencetus.^{2,12}

Diagnosis asma pada Ny. A, didasarkan pada anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dari anamnesis sesak napas sejak 1 hari yang lalu, yang sebelumnya didahului aktivitas yang membuat pasien kelelahan, Sesak memberat pada malam hari. Sesak disertai dengan suara napas berbunyi *ngik-ngik* (mengi) jika sesak nafas berat. Dalam 1 bulan ini pasien

mengalami serangan asma sebanyak 3 dalam 1 bulan. Namun untuk bulan-bulan sebelumnya gejala sesak pada pasien jarang kambuh.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan tampak sakit sedang, kesadaran kompos mentis dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15. Berat badan 65 kg, dan tinggi badan 155 cm, dengan status gizi *overweight*. Tanda-tanda vital didapati tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 81x/menit, frekuensi napas 24x/menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Mata: konjungtiva anemis (-), sklera ikterik (-), Hidung: deviasi septum (-), sekret (-), Telinga: hiperemis (-), sekret, dan mulut: sianosis (-). Kelenjar getah bening pada leher tidak teraba. Pada regio thorax didapati dinding dada simetris, retraksi dinding dada (+), penggunaan otot bantu pernapasan (+), pada palpasi didapati ekspansi dada simetris, nyeri tekan (-), fremitus taktil sama pada kedua lapang paru, hasil perkusi didapati bunyi sonor pada kedua lapang paru, dan pada auskultasi didapati *wheezing* pada kedua paru sepanjang ekspirasi. Pemeriksaan pada regio abdomen: cembung, BU 9x/menit, nyeri tekan (-), organomegali (-), timpani. Pada ekstremitas didapati edem (-), akral hangat, CRT < 2.

Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik dapat disimpulkan bahwa serangan asma yang dialami pasien masuk ke dalam kelompok serangan asma persisten ringan yang disebabkan oleh faktor pencetus debu dari kondisi rumah pasien.

Inflamasi saluran respiratori yang ditemukan pada pasien asma merupakan hal yang mendasari terjadinya gangguan fungsi pada penyakit asma yaitu obstruksi saluran respiratori yang mengakibatkan keterbatasan aliran udara yang bersifat *reversible*. Perubahan fungsional ini dihubungkan dengan gejala khas pada asma (seperti batuk, sesak, mengi) dan respons saluran napas yang berlebihan terhadap rangsangan bronkokonstriksi.³

Penyempitan saluran napas yang terjadi pada pasien asma dapat disebabkan oleh banyak faktor. Penyebab utamanya adalah kontraksi otot polos bronkial yang diprovokasi mediator agonis yang dikeluarkan sel inflamasi. Mediator tersebut antara lain histamin, triptase, prostaglandin D2, leukotriene C4 yang dikeluarkan oleh sel mast. Akibat yang

ditimbulkan dari kontraksi otot polos saluran napas yang juga diperberat oleh penebalan saluran napas yang berhubungan dengan edema akut, infiltrasi sel, dan remodeling adalah hiperplasia kronik dari otot polos, pembuluh darah, serta terjadi deposisi matriks pada dinding saluran napas. Namun, keterbatasan aliran udara pernapasan dapat juga timbul pada keadaan dimana saluran napas dipenuhi oleh sekret yang banyak (diproduksi oleh sel goblet dan kelenjar submukosa), pengendapan protein plasma yang keluar dari mikrovaskularisasi bronkial dan debris seluler.^{3,13}

Penatalaksanaan pada pasien ini menggunakan pendekatan kedokteran keluarga. Pelaksanaan pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien beserta keluarganya sebanyak 3 kali, dimana kunjungan pertama kali dilakukan pada 1 Oktober 2019. Pada kunjungan keluarga pertama dilakukan pendekatan dan pengenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang diderita. Sesuai konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan dalam keluarga pasien masih mengutamakan pola perilaku kuratif dibandingkan preventif, serta kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita pasien. Pada faktor biologi tidak terdapat faktor resiko keturunan genetik pada pasien. Dari segi gaya hidup pasien sering bekerja terlalu lama dan kurang istirahat. Pekerjaan pasien merupakan seorang ibu rumah tangga yang kesehariannya membersihkan rumah. Lingkungan rumah pasien terkesan lembab dan berdebu. Lingkungan sekitar rumah banyak kebun singkong dan terkesan gersang serta keadaan rumah bedeng yang padat terlihat kumuh. Lingkungan psikososial, hubungan pasien dengan keluarganya terbilang cukup erat dan pasien mendapatkan dukungan keluarga dalam perawatan penyakit yang dideritanya. Hal ini dapat membantu pasien untuk menjalani pengobatan yang dapat dilihat dari seluruh anggota keluarga memberikan dukungan.

Kunjungan kedua pada tanggal 12 Oktober 2019 dengan tujuan intervensi terhadap pasien. Intervensi secara non

farmakologis dilakukan dengan bantuan media intervensi berupa poster yang berisikan tentang penyakit asma, penyebab, faktor risiko, faktor pencetus pencegahan.⁷

Intervensi non farmakologis yang disebutkan diatas memiliki tujuan tertentu yaitu sebagai berikut:

1. Intervensi tentang penyakit asma, penyebab, faktor risiko dan cara penanganan di rumah agar pasien mengerti tentang penyakitnya, dan sadar bahwa tidak hanya obat yang dapat mengontrol penyakitnya, namun menghindari faktor pencetus juga dapat mencegah timbulnya kekambuhan serta memperberat penyakitnya. Perlunya modifikasi lingkungan rumah agar debu tidak menumpuk dan rumah terasa lembab. Hal ini berkaitan dengan ventilasi dan penempatan/penyusunan barang-barang di dalam rumah, hal ini dilakukan agar sirkulasi udara di dalam rumah cukup dan debu tidak menumpuk, sehingga dapat memicu kekambuhan asma pada pasien.^{10,11}
2. Intervensi edukasi dan evaluasi cara pemakaian obat. Agar obat yang digunakan lebih efektif dan dapat mengontrol asma pasien dengan dosis yang tepat. Selain itu edukasi tentang kepatuhan pasien untuk berobat rutin juga penting dalam mengontrol asma yang diderita pasien.^{5,16}
3. Intervensi edukasi kepada pasien dan keluarganya mengenai jenis aktivitas fisik/olahraga yang dapat dilakukan oleh pasien. Dengan melakukan olahraga yang tepat, dapat bermanfaat dalam mengurangi inflamasi jalan napas, mengurangi hipersensitivitas bronkus, memperbaiki kebugaran, dan meningkatkan toleransi terhadap kegiatan fisik serta kualitas hidup pasien.¹⁴

Kepada anggota keluarga lainnya dilakukan pendekatan personal untuk turut serta memberikan dukungan terhadap pasien. Dukungan keluarga yang dianjurkan adalah dukungan dalam memberikan semangat bahwa penting untuk berobat rutin serta menjaga pola makan pasien, menciptakan lingkungan rumah yang bersih dan menjaga agar pasien

terhindar dari faktor pencetus yang dapat menyebabkan terjadinya serangan asma.

Kunjungan *follow up* dilakukan pada tanggal 29 Oktober 2019. *Follow up* yang dilakukan terdiri atas evaluasi hasil intervensi apakah terdapat perubahan terkait perilaku dan klinis dari pasien. Hasil *Follow Up* terkait intervensi farmakologis dan non farmakologis terangkum pada tabel *Follow Up* Intervensi .

Tabel 1. *Follow Up*

Intervensi	Parameter	Follow up
Penggunaan obat kontroler secara teratur	Digunakan secara teratur	Sudah teratur
Membersihkan barang-barang dan kipas angin dengan lap basah	Ruangan di seluruh rumah bersih	Sudah cukup bersih
Menjaga berat badan agar ideal dan melakukan kegiatan olahraga secara teratur	Melakukan aktivitas fisik seperti jalan pagi selama 30 menit dengan frekuensi 2x/minggu	Belum rutin dilakukan
Menghimbau agar anggota keluarga yang merokok tidak merokok didalam rumah	Tidak merokok didalam rumah	Terkadang Tn. R masih merokok didalam rumah

Apabila dilihat berdasarkan tabel diatas ada beberapa perubahan perilaku pada pasien, namun ada juga beberapa perilaku yang belum dilakukan. Pasien sudah menggunakan obat sebagai kontrol penyakit asma secara teratur. Pasien dan keluarga telah menerapkan kebersihan diri dan lingkungan rumah. Pasien belum membiasakan diri untuk melakukan aktivitas fisik secara teratur. Dalam ilmu perilaku terdapat beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah *awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*). Setelah itu, dia akan mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Pada tahap

akhir adalah *adoption*, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya.¹⁵

Berdasarkan hasil tersebut, metode intervensi yang diberikan cukup memberikan hasil yang efektif. Intervensi telah menambah pengetahuan pasien dan keluarganya, disertai adanya beberapa perubahan perilaku yang terjadi. Namun ada beberapa hal yang belum dapat menimbulkan kesadaran (*awareness*) untuk berubah seperti masih dilakukannya merokok di dalam rumah. Tentunya diperlukan metode intervensi lain yang dapat menimbulkan rasa sadar pada diri pasien.¹⁵

Followed up klinis dinilai dari keluhan, pemeriksaan *vital sign* diikuti dengan pemeriksaan spesifik terkait dengan penyakit. Secara garis besar *followed up* terangkum pada tabel 3.

Tabel 2. *Follow Up* Klinis pada Ny. A

Keluhan	<i>Follow up</i>
Sesak napas	Berkurang
Batuk di malam dan dini hari	Berkurang
Intensitas aktivitas yang dapat dilakukan	Aktivitas sedang
Keluhan tambahan	-

Tabel 3. Pemeriksaan Fisik Pasien

Pemeriksaan	<i>Follow up</i>
Kedudukan umum	Sesak (-)
Auskultasi pulmo	<i>Wheezing</i> tidak terdengar saat auskultasi dilakukan dikedua lapang paru saat inspirasi dan ekspirasi

Serangan asma tidak lagi dialami sejak kunjungan kedua. Pasien dan keluarganya mulai menjalani gaya hidup sehat. Pasien juga mulai menyadari kondisinya untuk menghindari faktor pencetus

Simpulan

Adapun kesimpulan yang didapat dari laporan kasus ini sebagai berikut:

1. Penegakan diagnosis asma pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini.
2. Telah dilakukan penatalaksanaan pada pasien secara holistik dan komprehensif, dan sesuai dengan literatur.

3. Intervensi yang diberikan telah mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarga, namun ada beberapa yang belum dapat diubah dari perilaku pasien, hanya sebatas menambah pengetahuan tetapi tidak menimbulkan *awareness* atau kesadaran dari diri pasien.

Daftar Pustaka

1. Kemenkes RI. Pedoman Pengendalian Penyakit Asma. Keputusan Menteri Kesehatan No 1023 / MENKES / SK / XI. 2008.
2. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI). Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan Asma di Indonesia [Internet]. Jakarta; 2013. Available from: www.klikpdpi.com/konsensus/asma/asma.pdf
3. Supriyanto B, Wahyudin B. Patogenesis dan Patofisiologi Asma Anak. In: Rahajoe N, Supriyanto B, Setyanto B, editors. Buku Ajar Respirologi Anak. Edisi 1. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2018.
4. Kumar V, Abbas A, Aster J. Robbins Basic Pathology. Singapore: Elsevier; 2015.
5. GINA (Global Initiative for Asthma). Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internet]. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2018. Available from: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-tracked_v1.3.pdf
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta; 2013.
7. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI). Peringatan Hari Asma Sedunia [Internet]. 2018. Available from: www.klikpdpi.com/index.php?mod=article&sel=8437
8. Tesse R, Borrelli G, Mongelli G, Mastrorilli V, Cardinale F. Treating Pediatric Asthma According Guidelines. *Front Pediatr*. 2018;6(August):1–7.
9. Wahyudi A, Fitry Yani F, Ekardius. Hubungan Faktor Risiko terhadap Kejadian Asma pada Anak di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *J Kesehat Andalas*. 2016;5(2):312–8.

10. Dharmayanti I, Hapsari D, Azhar K, Teknologi P, Kesehatan I, Badan M, et al. Asma pada Anak di Indonesia : Penyebab dan Pencetus. *J Kesehat Masy Nas.* 2015;9(29).
11. Canadian Lung Association. Asthma: asthma treatment. [Internet]. 2015. Available from: <http://www.lung.ca/lung-health/lung-disease/asthma/treatment>
12. Nataprawira HM. Diagnosis Asma pada Anak. In: Rahajoe N, Bambang S, Setyanto DB, editors. *Buku Ajar Respirologi Anak.* edisi keen. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2018.
13. Doeing DC, Solway J. Airway smooth muscle in the pathophysiology and treatment of asthma. *J Appl Physiol.* 2013;114(7):834–43.
14. Francisco C de O, Bhatawadekar SA, Babineau J, Darlene Reid W, Yadollahi A. Effects of physical exercise training on nocturnal symptoms in asthma: Systematic review. *PLoS One.* 2018;13(10):1–18.
15. Rogers M. *Diffusion of Innovation.* 5th Editio. New York: Free Press; 2003.
16. Mishra R, Kashif M, Venkatram S, George T, Luo K., et al. Role of Adult Asthma Education in Improving Asthma Control and Reducing Emergency Room Utilization and Hospital Admissions in an Inner City Hospital. *J Can Resp.* 2017;1(1):1–6.