

Penatalaksanaan Holistik Pasien Wanita Usia 18 Tahun dengan Asma Bronkial Melalui Pendekatan Dokter Keluarga di Wilayah Puskesmas Satelit

Jihan Nur Pratiwi¹, Azelia Nusadewiarti²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Asma merupakan peradangan kronik saluran napas yang menyebabkan penyempitan saluran napas. Prevalensi penyakit asma di Indonesia menempati urutan tertinggi untuk kategori penyakit tidak menular. Asma merupakan penyakit yang perlu dikontrol untuk mencegah eksaserbasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Baik pasien maupun keluarga diharapkan memiliki pengetahuan dan motivasi untuk melakukan modifikasi gaya hidup agar tujuan pengobatan dapat tercapai, sehingga diperlukan tatalaksana melalui pendekatan keluarga. Data primer diperoleh dari kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial, dan lingkungan. Data sekunder diperoleh dari rekam medis. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien Ny. PF usia 18 tahun, memiliki keluhan utama sesak napas sejak 1 hari yang lalu. Sesak disertai bunyi ngik dan batuk, memberat terutama saat malam dan menjelang pagi, cuaca dingin, dan setelah membersihkan rumah. Pasien didiagnosis sebagai asma bronkial. Pada kasus ini telah dilakukan diagnosis dan tatalaksana sesuai dengan teori dan jurnal terkini. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan penurunan gejala klinis dan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarganya. Diagnosis asma bronkial pada pasien ini sudah sesuai dengan teori dan panduan, terlihat adanya perubahan pengetahuan pada pasien dan keluarganya setelah dilakukan intervensi berdasarkan *evidence based medicine* yang bersifat *patient centered* dan *family approach*.

Kata kunci: Asma Bronkial, kontrol asma, pelayanan dokter keluarga

Holistic Management of 18-Year-Old Female Patients with Bronchial Asthma through a Family Doctor Approach in the Satellite Health Center Area

Abstract

Asthma is a chronic inflammation of the airways that causes narrowing of the airways. The prevalence of asthma in Indonesia ranks highest for the category of non-communicable diseases. Asthma is a disease that needs to be controlled to prevent exacerbations and improve the patient's quality of life. Both patients and families are expected to have the knowledge and motivation to make lifestyle modifications so that treatment goals can be achieved, so treatment is needed through a family approach. Primary data were obtained from home visits to complement family data, psychosocial data, and the environment. Secondary data obtained from medical records. Assessment is carried out based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study quantitatively and qualitatively. Patient Mrs. PF is 18 years old, has the main complaint of shortness of breath since 1 day ago. Shortness of breath accompanied by wheezing and coughing, worsening especially at night and early in the morning, cold weather, and after cleaning the house. The patient was diagnosed as bronchial asthma. In this case, diagnosis and treatment have been carried out according to the latest theory and journals. After the intervention, there was a decrease in clinical symptoms and an increase in the knowledge of patients and their families. The diagnosis of bronchial asthma in this patient was in accordance with the theory from several guidelines and journals, it was seen that there was a change in knowledge of the patient and his family after an intervention based on Evidence-Based Medicine that was patient-centred and a family approach.

Keywords: Asthma control, bronchial asthma, family doctor services

Korespondensi: Jihan Nur Pratiwi, alamat Jl. Abdul Muis No. 14 Puri Mutiara Kedaton, Bandar Lampung, HP 081366441335, e-mail jnurpratiwi@gmail.com

Pendahuluan

Asma merupakan peradangan kronik saluran napas yang menyebabkan penyempitan saluran napas (hiperaktifitas bronkus) sehingga menyebabkan gejala episodik berulang berupa mengi, sesak napas, dada terasa berat, dan batuk terutama pada malam atau dini hari.¹ Menurut laporan WHO,

asma mempengaruhi sekitar 262 juta orang pada tahun 2019 yang terdiri dari 136 juta wanita dan 126 pria serta menyebabkan 461.000 kasus kematian.²

Angka prevalensi asma di Indonesia pada tahun 2018 menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Kementerian Kesehatan RI, penyakit asma menempati urutan tertinggi untuk kategori penyakit tidak menular sebesar 2,4% dan proporsi kekambuhan asma dalam 12 bulan terakhir sebesar 57,5%. Sedangkan di Lampung prevalensi asma sebesar 1,6% dan proporsi kekambuhan asma dalam 12 bulan terakhir sebesar 64,7%.³

Asma merupakan penyakit kronik yang tidak dapat disembuhkan dan obat-obat yang ada hanya berfungsi menghilangkan gejala. Sehingga untuk dapat bebas dari gejala dan beraktivitas sehari-hari tanpa hambatan, pasien perlu mengontrol asma. Asma yang terkontrol diharapkan dapat mencegah terjadinya eksaserbasi, menormalkan fungsi paru, memperoleh aktivitas sosial yang baik, dan meningkatkan kualitas hidup pasien.⁴

Asma terkontrol adalah kondisi stabil minimal dalam waktu satu bulan. Dalam menetapkan atau merencanakan pengobatan jangka panjang untuk mencapai atau mempertahankan keadaan asma yang terkontrol, terdapat tiga faktor yang perlu dipertimbangkan, yaitu medikasi (obat-obatan), tahapan pengobatan, dan penanganan asma mandiri (pelangi asma). Medikasi asma ditujukan untuk mengatasi dan mencegah gejala obstruksi jalan nafas, terdiri atas pengontrol dan pelega.⁵

Selain kepatuhan obat dan menghindari faktor pencetus serangan, faktor lain yang mempengaruhi kontrol asma adalah peran keluarga. Dukungan keluarga diharapkan mampu dapat menekan frekuensi kekambuhan asma bronkial oleh sebab itu pendidikan kesehatan kepada penderita dan keluarganya akan sangat berarti, terutama menghindari faktor pencetus, kontrol gejala rutin, dan bagaimana sikap serta tindakan yang bisa dikerjakan pada saat menghadapi serangan. Pendekatan keluarga dalam penatalaksanaan membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh baik secara klinis, personal, dan psikososial keluarga. Dengan pendekatan ini, penatalaksanaan akan lebih komprehensif dan diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.⁶

Kasus

Ny. PF, 18 tahun, datang ke puskesmas

satelit pada 23/8/21 dengan keluhan utama sesak napas sejak 1 hari ang lalu. Sesak disertai bunyi ngik, hilang timbul, memberat terutama saat malam dan menjelang pagi, saat cuaca dingin, dan setelah bersih-bersih rumah. Keluhan disertai batuk tanpa dahak. Pasien mengeluh terbangun karena sesak dan aktivitas menjadi terbatas. Sesak berkurang ketika pasien istirahat dan minum air hangat. Keluhan demam disangkal, tidak terdapat keluhan penurunan berat badan maupun keringat di malam hari. BAB dan BAK tidak terdapat keluhan. Saat datang ke puskesmas pasien dalam keadaan tenang dan sesak tidak seberat sehari sebelumnya.

Keluhan sesak telah berulang kali dirasakan. Dalam 1 minggu ini pasien telah mengalami 2 kali serangan sesak. Pasien biasa berobat ke puskesmas jika sesak tidak berkurang dengan istirahat dan minum air hangat. Pasien memiliki riwayat asma sejak usia 6 tahun, tidak pernah menggunakan obat hisap rutin sebelumnya. gejala sesak terus muncul hilang timbul hingga saat ini. Di rumah pasien tidak memelihara binatang, rumah tidak dekat dengan jalan besar, namun dekat dengan pabrik.

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit dermatitis atopi atau konjungtivitis alergi sebelumnya. Namun terdapat alergi debu dan udara dingin. Keluhan alergi makanan atau obat disangkal. Nenek pasien dari keluarga ayah memiliki riwayat asma. Riwayat penyakit lain dalam keluarga disangkal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: tampak sakit ringan; suhu: 36,8°C; tekanan darah: 120/80 mmHg; frekuensi nadi: 80x/ menit; frekuensi nafas: 22x/menit; berat badan: 47 kg; tinggi badan: 155 cm. IMT: 19 kg/m² (status gizi = gizi baik). Pada mata tidak terdapat sklera ikterik maupun konjungtiva anemis, pada telinga tidak didapatkan sekret, nyeri tarik, perdarahan, ataupun benda asing, pada hidung tidak didapatkan sekret, benda asing, perdarahan. Pada pemeriksaan leher, JVP tidak meningkat, kelenjar tiroid tidak membesar, tidak ada pembesaran KGB. Pemeriksaan thoraks didapatkan pada inspeksi didapatkan retraksi suprasternal, palpasi fremitus taktil dan ekspansi dinding dada simetris, perkusi sonor

pada kedua lapang paru, pada auskultasi vesikuler (+/+), rhonki (-/-), wheezing ekspiratorik (+/+). Pemeriksaan jantung tidak didapatkan pelebaran batas jantung, bunyi jantung I dan II reguler, murmur (-), gallop (-). Abdomen tampak datar, bising usus 6x/menit, tidak didapatkan organomegali, tidak terdapat nyeri tekan, timpani seluruh lapang abdomen. Pada ekstremitas didapatkan akral hangat, CRT <2 detik, tidak didapatkan edema.

Pada status lokalis didapatkan:

Regio thoraks posterior (regio pulmonum)

I : Simetris, scar (-), tumor (-), warna sama dengan kulit sekitar, retraksi suprasternal (+)

P : Nyeri tekan (-/-), Fremitus kanan = kiri

P : Sonor/Sonor

A : Vesikuler (+/+), Rhonki (-/-), Wheezing (+/+), Amforik (-/-)
Regio thoraks anterior (regio pulmonum)

I : Simetris, scar (-), tumor (-), warna sama dengan kulit sekitar, retraksi suprasternal (+)

P : Nyeri tekan (-/-), Fremitus kanan = kiri

P : Sonor/Sonor

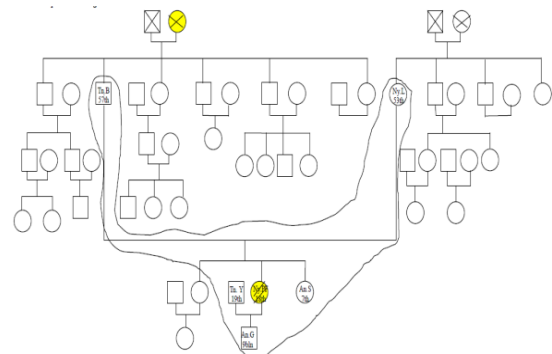
A : Vesikuler (+/+), Rhonki (-/-), Wheezing (+/+), Amforik (-/-)

Pada pemeriksaan penunjang, pasien disarankan untuk melakukan pemeriksaan darah (jumlah eosinofil, kadar IgE, analisa gas darah), pemeriksaan spirometri, uji provokasi bronkus, uji alergi (skin prick test), atau pemeriksaan rontgen¹³. Bentuk keluarga adalah keluarga besar (extended family). Menurut tahap siklus keluarga Duvall, keluarga pasien berada pada tahap II yaitu keluarga dengan seorang anak pertama baru lahir (0-30 bulan). Jarak rumah pasien ke Puskesmas Satelit sekitar 5 kilometer. Pasien langsung memeriksakan penyakitnya ke puskesmas bila ada keluhan. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan yaitu BPJS.

Pasien merupakan ibu rumah tangga. Suami pasien bekerja sebagai buruh pabrik kopi, ibu pasien bekerja sebagai tukang cuci, dan ayah pasien bekerja sebagai supir. Pendapatan perbulan dari total penghasilan

adalah ±3.000.000. Kebutuhan materi keluarga dipenuhi dari hasil kerja suami, ayah, dan ibu. Penghasilan tersebut digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dan pendidikan adik.

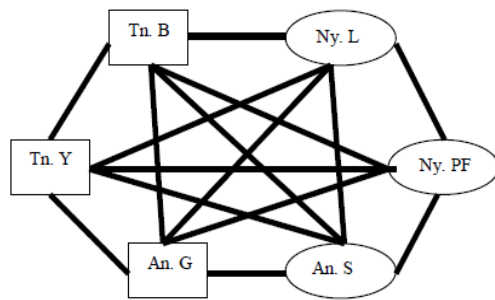
Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh ayah pasien sebagai kepala keluarga. Psikologi pasien dalam keluarga tampak cukup baik. Hubungan antar anggota keluarga terjalin baik dan cukup erat. Keluarga sesekali menyempatkan untuk berkumpul bersama saat malam hari. Keluarga pasien selalu beribadah di rumah. Pola pengobatan keluarga pasien adalah kuratif yaitu apabila terdapat keluhan yang mengganggu aktivitas, barulah berobat ke Puskesmas Satelit. Jarak ke puskesmas ± 5 km. Pasien dan keluarga memiliki asuransi jaminan kesehatan yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial kesehatan (BPJS).



Keterangan

- : Perempuan
- : Laki-laki
- : Penderita Asma
- ⊗ : Meninggal
- 🏠 : Tinggal serumah
- /// : Pasien

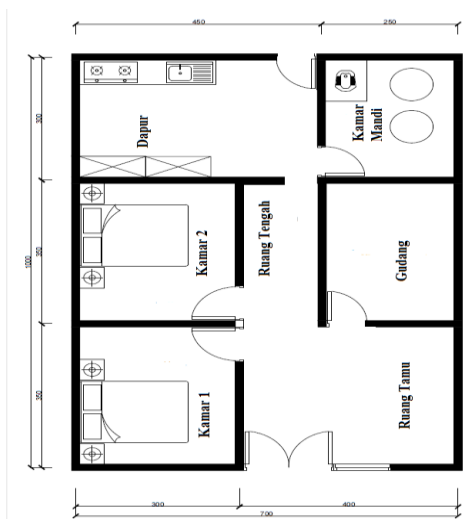
Gambar 1. Genogram keluarga Ny. PF



Keterangan

— : Sangat dekat

Gambar 2. Hubungan Keluarga Ny. PF



Gambar 3. Denah Rumah Ny. PF

Pada pasien dilakukan penegakan diagnostik holistik awal dengan hasil:

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: sesak napas disertai mengi dan batuk (ICD-10 R06, ICD-10 R06.2, ICD-10 R05)
- Kekhawatiran: penyakit yang diderita dapat mengganggu aktivitas, gejala semakin sering muncul dan semakin berat (ICD-10 Z73.6).
- Persepsi: penyakit asma dapat disembuhkan dan tidak perlu dikontrol (ICD-10 Z00).
- Harapan: gejala sesak yang dialami dapat membaik sehingga tidak mengganggu aktivitas sehari-hari (ICD-10 J45.20).

2. Aspek Klinik

Asma Bronkial (ICD-10 J45)

3. Aspek Risiko Internal

- Pengetahuan yang kurang mengenai (ICD-10 Z55.9):
 - a. Definisi penyakit Asma
 - b. Penyebab dan faktor pencetus penyakit Asma
 - c. Pentingnya kepatuhan pengobatan dan kontrol Asma
 - d. Pencegahan eksaserbasi Asma
- Pekerjaan sebagai ibu rumah tangga yang menghabiskan waktu di rumah padat penduduk dengan ventilasi dan kebersihan yang buruk dapat menjadi resiko perburukan Asma (ICD-10 Z57.2).
- Pengetahuan yang kurang mengenai perilaku pengobatan bersifat kuratif (ICD-10 Z76.8)
- Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) seperti memakai masker saat membersihkan debu dan mencuci tangan dengan sabun yang kurang baik (ICD-10 Z72.89)

4. Aspek Risiko Eksternal

- Psikososial keluarga: Keluarga kurang memahami tentang penyakit yang diderita pasien (ICD-10 Z63.8).
- Lingkungan tempat tinggal: keadaan rumah kurang bersih di bagian kamar dan gudang, ventilasi dan pencahayaan kurang memadai (ICD-10 Z59.8).
- Lingkungan tempat kerja/sosial: pasien tinggal dekat dengan pabrik (ICD-10 Z57.3).

5. Derajat Fungsional

2 (dua) yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah (mulai mengurangi aktivitas).

Penatalaksanaan intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi dan konseling mengenai penyakitnya serta pencegahan penularannya serta, tatalaksana medikamentosa. Intervensi dilakukan pada patient center, family focus dan community oriented.

A. Patient Center

Non-Medikamentosa

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 untuk menghindari makanan pencetus.
4. Edukasi mengenai jenis olahraga yang sesuai untuk pasien asma.
5. Edukasi kepada pasien mengenai gaya hidup bersih dan sehat serta faktor risiko eksternal, terutama lingkungan dan kondisi rumah.
6. Edukasi mengenai pengendalian asma dan pencegahan eksaserbasi asma

Medikamentosa:

- Salbutamol 2 mg tablet 2x1⁷
- Metil prednisolon 4 mg tablet 2x1⁷
- Glyceryl Guaiacolate 100 mg tablet 3x1¹⁵
- Cetirizine 10 mg tablet 1x1⁷

B. Family Focus

1. Edukasi keluarga pasien mengenai definisi, penyebab, faktor risiko dan cara penanganan asma di rumah.
2. Edukasi keluarga pasien untuk hindari memberikan makanan pencetus alergi pada pasien.
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.

Edukasi mengenai faktor-faktor pencetus asma dan cara mencegah eksaserbasi asma.

Setelah pasien dan keluarga mendapat intervensi, pasien di follow-up untuk diagnostik holistik akhir:

1. Aspek Personal

- Kekhawatiran: kekhawatiran pasien berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien mengenai penyakit yang dideritanya.
- Persepsi: pasien telah mengetahui informasi mengenai penyakit yang diderita yaitu asma bronkial. Pasien juga sudah mengetahui bahwa penyakit ini hanya dapat dikontrol dengan menghindari pencetus dan rutin memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan.
- Harapan: keluhan pasien menghilang dan penyakitnya dapat terkontrol.

2. Aspek Klinik

Asma Bronkial (ICD-10 J45)

3. Aspek Risiko Internal

- Peningkatan pengetahuan mengenai:
 - a. Definisi penyakit Asma
 - b. Penyebab dan faktor pencetus penyakit asma
 - c. Pentingnya kepatuhan pengobatan dan kontrol asma
 - d. Pencegahan eksaserbasi asma
- Peningkatan pengetahuan mengenai pentingnya memeriksakan diri ke layanan kesehatan terdekat sebelum terjadi sakit.
- Perilaku PHBS pasien sudah baik, ditandai dengan pasien mulai membiasakan diri mencuci tangan dan memakai masker tiap membersihkan rumah.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Psikososial keluarga: Peningkatan pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita pasien.
- Lingkungan tempat tinggal; keluarga rutin membersihkan kamar dan gudang, dan membuka jendela.
- Lingkungan tempat kerja: keluarga berupaya menghidupkan kipas angin dan menutup pintu untuk mengurangi polusi asap pabrik yang masuk ke rumah.

5. Derajat Fungsional

1 (satu) yaitu mampu melakukan pekerjaan seperti sebelum sakit (mandiri dalam perawatan diri, bekerja di dalam dan luar rumah).

Pembahasan

Pada pasien Ny. PF ditetapkan diagnosa setelah dilakukannya anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dari hasil anamnesis pasien mengatakan memiliki keluhan utama berupa sesak napas sejak 1 hari ang lalu. Sesak disertai bunyi ngik, hilang timbul, memberat terutama saat malam dan menjelang pagi, saat cuaca dingin, dan setelah bersih-bersih rumah. Pemeriksaan fisik ditemukan keadaan umum: tampak sakit ringan; suhu: 36,8°C; tekanan darah: 120/80 mmHg; frekuensi nadi: 80x/menit; frekuensi nafas: 22x/menit; berat badan: 47 kg; tinggi badan: 155 cm. IMT: 19 kg/m² (status gizi = gizi baik).

Diagnosis asma pada pasien ini ditegakkan atas dasar keluhan utama berupa

sesak nafas disertai bunyi ngik dan batuk yang memberat saat malam hari dan ketika terkena debu. Hal ini sesuai dengan gejala utama asma berdasarkan konsensus GINA (2020) berupa sesak napas, mengi, batuk, dada terasa tertekan, yang memberat terutama malam dan dini hari. Gejala dapat terjadi berulang, reversibel, dan fluktuatif. Hal ini dicetuskan oleh beberapa hal seperti adanya infeksi, alergen, asap rokok, latihan fisik, stres. Hal ini menyebabkan penyempitan bronkus, penebalan saluran napas, dan peningkatan sekresi mukus. Sehingga keluhan pasien dapat mengarah ke penyakit asma.¹ Berdasarkan Permenkes RI no 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktis Klinis (PPK) mengenai derajat asma, pasien PF memenuhi kriteria persisten ringan yaitu gejala lebih dari 1 kali perminggu tetapi kurang dari 1 kali perhari, serangan mengganggu aktivitas dan tidur, terdapat gejala sesak pada malam hari lebih dari 2 kali sebulan, namun tidak diketahui nilai APE pasien karena belum dilakukan spirometri.⁸

Dari anamnesis, beberapa faktor risiko juga didapatkan pada pasien ini, yaitu: asma muncul saat usia 6 tahun, hal ini sesuai dengan data dari Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tahun 2013 yang menunjukkan kejadian asma terbanyak pada kelompok usia 5-9 tahun.⁹ Pasien memiliki riwayat asma pada keluarga yaitu nenek pasien, hal ini dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Purnomo (2008) jika terdapat riwayat keturunan dengan asma disertai dengan salah satu atopi maka mendapatkan resiko tiga kali lipat lebih tinggi memiliki penyakit asma bronkial.¹⁰ Pada faktor risiko jenis kelamin, menurut jurnal kriteria laki-laki usia muda lebih rentan terkena penyakit asma dibandingkan pada kelompok perempuan tetapi pada kelompok usia dewasa risiko terkena asma sama besar dan pada usia 40 tahun asma pada perempuan lebih tinggi. Hal ini disebabkan karena ukuran saluran pernapasan pada laki-laki muda lebih kecil dan berbanding terbalik pada usia >40 tahun.¹¹ Faktor risiko lainnya adalah pengetahuan yang kurang dan pendapatan keluarga rendah, hal ini dijelaskan pada jurnal bahwa pengetahuan kurang disebabkan kurangnya kesadaran masyarakat untuk mendapatkan informasi

tentang asma yang bersumber dari media cetak. Hal inilah yang menyebabkan pengetahuan mereka tentang asma menjadi kurang. Sementara itu penghasilan yang rendah meningkatkan risiko asma terkait dengan kondisi perumahan yang buruk.¹²

Pada pemeriksaan status lokalis didapatkan pada inspeksi dada terdapat retraksi suprasternal dan pada auskultasi didapatkan wheezing ekspiratorik pada kedua lapang paru. Berdasarkan Kemenkes RI Tentang Pedoman Pengendalian Asma pada pemeriksaan fisik dapat bervariasi dari normal sampai didapatkan kelainan. Perlu diperhatikan tanda asma maupun alergi lainnya. Tanda yang paling sering adalah mengi, pada asma yang berat dapat pula tidak terdengar silent chest, biasanya pasien dalam keadaan sianosis dan kesadaran menurun.⁵ Pada inspeksi bisa didapatkan pasien terlihat gelisah, sesak yang ditandai dengan napas cuping hidung, napas cepat, retraksi sela iga, retraksi suprasternal, retraksi epigastrium. Dapat pula ditemukan sianosis. Pada palpasi biasanya tidak ditemukan adanya kelainan, namun pada serangan berat dapat ditemukan pulsus paradoksus. Tidak ditemukan kelainan pada perkusi. Sementara pada auskultasi didapatkan suara napas memanjang, wheezing, dan suara lendir.⁷

Pemeriksaan penunjang pada pasien kasus ini belum dilakukan. Namun dapat dilakukan pemeriksaan berupa pengukuran faal paru atau uji spirometri yang dilakukan untuk menunjukkan adanya penyempitan saluran nafas. Pemeriksaan ini selain penting untuk mendiagnosis juga berguna untuk menilai beratnya obstruksi dan efek pengobatan. Pemeriksaan faal paru yang standar adalah pemeriksaan spirometri dan peak expiratory flow meter (arus puncak ekspirasi). Pemeriksaan lain yang berperan untuk diagnosis antara lain uji provokasi bronkus dan pengukuran status alergi. Pemeriksaan provokasi bronkus bermanfaat sebagai alat diagnosis asma. Hiperresponsif bronkus ditemukan pada asma dan derajatnya berhubungan dengan keparahan asma. Tes ini sangat sensitif sehingga jika tidak ditemukan hiperresponsif saluran napas harus memacu untuk mengulangi pemeriksaan dari awal dan

memikirkan diagnosis selain asma. Uji provokasi bronkus dibagi menjadi dua kategori yaitu uji farmakologi (histamin, adenosin, metakolin) dan uji non farmakologi (salin hipertonis, latihan).¹³

Sementara itu uji kulit digunakan untuk membantu diagnosis asma khususnya dalam menentukan alergen sebagai pencetus serangan asma. Uji tusuk kulit (skin prick test) menunjukkan adanya antibodi IgE spesifik pada kulit. Uji alergen yang positif tidak selalu merupakan penyebab asma. Pemeriksaan darah IgE atopi dilakukan dengan cara radioallergosorbent test (RAST) bila hasil uji tusuk kulit tidak dapat dilakukan (pada dermographism). Pemeriksaan darah bertujuan selain untuk menilai adanya tanda alergi yang berhubungan dengan asma seperti pemeriksaan jumlah eosinofil, kadar anti IgE, dan penting pada saat serangan asma berat yaitu pemeriksaan analisa gas darah yang dapat menilai berat ringannya suatu serangan asma. Hasil AGD ini akan menentukan apakah pasien telah menderita gagal napas sehingga perlu dirawat di ruang perawatan intensif. Terakhir pemeriksaan rontgen paru, tes ini tidak begitu penting karena pada sebagian besar kasus menunjukkan normal atau hiperinflasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk menyingkirkan penyakit selain asma serta melihat adanya penyakit paru lain seperti tuberkulosis atau komplikasi asma seperti infeksi paru atau pecahnya alveoli (pneumotoraks).¹³

Prinsip tatalaksana asma adalah penatalaksanaan saat serangan dan jangka panjang. Pada saat serangan akut, penatalaksanaan sebaiknya dilakukan pasien di rumah menggunakan obat bronkodilator atau kortikosteroid sistemik, namun bila tidak terdapat ada perbaikan maka segera ke fasilitas pelayanan kesehatan. Sementara penatalaksanaan asma jangka panjang bertujuan untuk mengontrol asma dan mencegah serangan. Prinsip pengobatan jangka panjang meliputi edukasi, obat asma, dan menjaga kebugaran.⁵

Penatalaksanaan pasien asma rawat jalan berdasarkan tingkat keparahannya dibedakan menjadi 5 kelompok pengobatan yang dinyatakan dalam Global Initiative for

Asthma (GINA) sebagai pengobatan step 1 hingga step 5. Semua pasien asma rawat jalan mendapat edukasi tentang penyebab serangan asma, mengenali tanda dan gejala kegawatan asma, kegunaan dan efek samping obat yang digunakan, serta cara pakai sediaan inhalasi. Kelompok step 1 adalah pasien yang gejala asmanya terkontrol hanya dengan terapi inhalasi beta 2 agonis saja. Kelompok pasien step 2 – 5 adalah pasien yang gejala asmanya tidak terkontrol, hanya dengan inhalasi beta 2 agonis saja, ditandai dengan penggunaan inhalasi beta 2 agonis lebih dari dua kali per minggu. Kelompok pasien step 2 membutuhkan inhalasi kortikosteroid dosis rendah rutin setiap hari, di samping inhalasi beta 2 agonis yang digunakan pada saat sesak nafas. Kelompok pasien step 3 membutuhkan kombinasi inhalasi kortikosteroid dosis rendah dan inhalasi agonis beta 2 kerja panjang secara rutin setiap hari. Kelompok pasien step 4 membutuhkan inhalasi kortikosteroid dosis sedang/tinggi dan inhalasi agonis beta 2 kerja panjang secara rutin setiap hari. Kelompok pasien step 5 membutuhkan kortikosteroid oral (sistemik) dosis rendah secara rutin setiap hari atau injeksi anti-IgE setiap 4 minggu. Kategori pengobatan pasien asma rawat jalan ini dievaluasi setiap 12 minggu. Jika gejalanya terkontrol (serangan asma <2 kali per minggu) maka pengobatan pasien disesuaikan dengan menurunkan/mengurangi jenis atau dosis obat yang digunakan.¹

Kortikosteroid sistemik efektif namun risiko efek sampingnya banyak (hipertensi, perubahan mood, depresi, psikosis, penipisan kulit, menghambat pertumbuhan anak, dan peningkatan risiko infeksi); sedangkan injeksi omalizumab meskipun efektif, dapat menyebabkan reaksi hipersensitivitas yang serius (syok anafilaksis) dan harganya relatif mahal. Penelitian menunjukkan bahwa banyak gen yang terlibat dalam patogenesis asma, terutama (i) produksi antibodi IgE, (ii) ekspresi saluran pernafasan yang hiperresponsif, (iii) pelepasan mediator inflamasi (sitokin, kemokin, dan faktor pertumbuhan), (iv) rasio sel Th1 dan Th2. Kecenderungan produksi antibodi IgE atau kadar antibodi IgE dalam serum yang tinggi berhubungan dengan kejadian hiperresponsif saluran pernafasan. Di

sisi lain, variasi gen beta-adrenoreseptor berhubungan dengan respon pasien terhadap obat golongan beta agonis. Oleh karena itu, penanda gen tidak hanya penting untuk memperkirakan risiko serangan asma tetapi juga untuk memprediksikan respon pasien terhadap pengobatan.¹

Eksaserbasi asma merupakan kondisi yang mengancam jiwa, pasien asma step 5 rentan mengalami eksaserbasi asma. Tambahan terapi yang direkomendasikan untuk pasien asma step 5 adalah kortikosteroid sistemik atau injeksi omalizumab. Posisi anti-IgE dalam terapi asma adalah digunakan sebagai tambahan terapi standar untuk pasien asma rawat jalan step 5 yang hasil pemeriksaan antibodi IgE nya >30IU/mL. Anti-IgE digunakan secara terbatas, hanya jika serangan asma tidak terkontrol dengan inhalasi kortikosteroid, mengingat efek samping injeksi immunoglobulin baik pada tempat injeksi maupun secara sistemik, yaitu: nyeri dan kemerahan di tempat injeksi (reaksi alergi lokal) hingga syok anafilaksis. Jadi anti-IgE diberikan sebagai terapi tambahan pada pasien asma rawat jalan step 5 selain penggunaan inhalasi beta 2 agonis (jika perlu) dan inhalasi kortikosteroid. Dosis maksimum: 600 mg subkutan setiap 2 minggu. Efektivitas terapi terlihat pada minggu ke-12 hingga minggu ke-16. Dosis pemberian disesuaikan dengan berat badan dan kadar antibodi IgE.¹⁴

Kunjungan rumah pertama kali dilakukan pada tanggal 31 Agustus 2021, adapun yang dilakukan pada kunjungan pertama adalah pendekatan dan perkenalan dengan pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik perihal penyakit yang telah diderita, pendekatan keluarga, pendataan keadaan rumah, kemungkinan faktor risiko yang dapat mencetuskan serangan asma, serta melakukan penilaian kontrol asma pasien. Saat dikunjungi, pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dideritanya saat ini. Pasien tidak mengetahui jika penyakitnya tidak dapat sembuh dan harus dikontrol untuk mencegah eksaserbasi atau perburukan gejala asma. Saat ditanya penyebabnya, pasien sudah mengetahui beberapa faktor pencetus serangan asmanya

seperti udara dingin dan debu. Pasien juga tidak mengetahui bahwa asma merupakan penyakit yang dapat diturunkan. Saat dinilai menggunakan asthma control test, pasien mendapatkan skor 20 yang berarti terkontrol sebagian.

Pasien tinggal bersama suami, satu anaknya, kedua orangtua, dan adik perempuannya. Hubungan keluarga terjalin dengan baik. Keluarga berusaha memberi dukungan dan perhatian terhadap kesembuhan pasien. Perilaku kesehatan keluarga ini adalah hanya memeriksakan keluarganya ke layanan kesehatan apabila sakit telah mengganggu kegiatan sehari-hari. Lokasi pasien dengan puskesmas berjarak 5 km dan pasien kurang dapat mencapai layanan kesehatan karena bergantung diantar anggota keluarga seperti suami atau orangtuanya. Rumah pasien kurang bersih dan rapi dari segi tatanan barang. Penerangan dan ventilasi kurang. Atap rumah langsung tidak ada lapisan plafon yang menyebabkan rumah berdebu.

Kunjungan rumah kedua kali (intervensi) dilakukan pada tanggal 18 September 2021. Sebelum dilakukan intervensi, pasien diberikan pretest dengan tujuan untuk menilai tingkat pengetahuan pasien mengenai penyakit asma yang dideritanya, hasil pretes tersebut akan dibandingkan dengan hasil postes setelah dilakukan intervensi. Hal ini berguna untuk mengetahui ada tidaknya peningkatan pengetahuan pasien sebelum dan sesudah intervensi. Pada hasil pretest didapatkan skor 40 dari 100, skor ini menunjukkan bahwa pengetahuan pasien tentang Asma Bronkial belum cukup.

Intervensi yang dilakukan yaitu intervensi berdasarkan patient centered dan family focus. Dimana intervensi tidak hanya berdasarkan pasien namun juga kepada keluarganya. Patient Centered Care adalah mengelola pasien dengan merujuk dan menghargai individu pasien meliputi preferensi/pilihan, keperluan, nilai – nilai, dan memastikan bahwa semua pengambilan keputusan klinik telah mempertimbangkan dari semua nilai – nilai yang diinginkan pasien. Family focused merupakan pendekatan yang melibatkan pasien sebagai bagian keluarga, sehingga keluarga menjadi ikut andil dalam

perkembangan penyakit pasien. Bagi keluarga pasien diharapkan terjadinya peningkatan pengetahuan serta perubahan sikap yang berujung pada kesehatan pasien. Selain itu, pasien dan keluarga pasien dapat memahami cara mencegah serangan asma, mengobati sendiri jika terdapat serangan, dan mengontrol asma pasien agar tidak terjadi eksaserbasi.²⁰

Penggunaan media berupa poster dilakukan untuk pemberian edukasi dengan cara menjelaskan poin-poin dari isi media intervensi tersebut. Pasien dan keluarga dijelaskan mengenai penjelasan penyakit asma, penyebab dan pencetus gejala asma, terapi asma, cara mengontrol gejala asma, dan mencegah eksaserbasi asma. Edukasi terapi dijelaskan mengenai lamanya pemberian pengobatan, efek samping yang dapat terjadi, dan pentingnya kepatuhan dalam mengontrol gejala asma.

Keluarga pasien terkhusus suami dan orangtua pasien juga diberikan edukasi mengenai pentingnya menjaga lingkungan sekitar rumah. Rumah tidak boleh dalam keadaan berdebu. Setiap pagi rumah dibersihkan dan jendela depan rumah harus dibuka agar cahaya matahari dapat masuk kedalam rumah. Keluarga pasien juga diberikan edukasi mengenai pentingnya dukungan emosional dari keluarga untuk kesembuhan pasien.

Setelah intervensi dilakukan, kemudian dilakukan evaluasi pada 03 Oktober 2021. Hal pertama yang dievaluasi berupa keluhan sesak napas, mengi, dan batuk, yang menurut pasien keluhannya tersebut sudah tidak muncul. Pemeriksaan lokalis juga diperiksa kembali, tidak didapatkan adanya retraksi pada dinding dada, fremitus taktil dan ekspansi dada simetris, sonor pada seluruh lapang paru, dan tidak ditemukan adanya wheezing ekspiratorik pada auskultasi. Evaluasi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap penyakit pada pasien dan keluarga dilakukan dengan meminta untuk menjawab 10 pertanyaan yang sama dengan kunjungan kedua, dan terlihat hasil yang berbeda. Pada hasil pretest didapatkan skor 80 dari 100, hal ini menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan pasien serta keluarganya mengenai penyakitnya. Pada penilaian kontrol

asma, pasien mendapatkan skor 25 atau terkontrol penuh, hasil ini meningkat dibandingkan penilaian kontrol asma pada awal kunjungan. Hasil evaluasi mengenai kontrol gejala asma secara mandiri dan menghindari faktor pencetus, pasien sudah mengerti dan mulai menerapkannya.

Simpulan

Diagnosis asma bronkial dapat ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Tatalaksana asma terdiri atas tatalaksana saat serangan dan jangka panjang. Saat serangan akut, penatalaksanaan sebaiknya dilakukan pasien di rumah menggunakan obat, sementara penatalaksanaan asma jangka panjang bertujuan untuk mengontrol asma dan mencegah serangan. Prinsip pengobatan jangka panjang meliputi edukasi, obat asma, dan menjaga kebugaran. Dukungan emosional dari keluarga sangat penting untuk membantu kesembuhan pasien. Perubahan pengetahuan pada pasien dan keluarga pasien terlihat setelah dilakukan intervensi secara *patient-centred* dan *family focused*.

Daftar Pustaka

1. GINA. Global Burden of Asthma. Diakses dari <http://www.ginasthma.org/Global-Burden-of-Asthma>; 2020.
2. WHO. Asthma Fact Sheets: World Health Organization; 2019.
3. Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI Perhimpunan Dokter Paru Indonesia; 2018.
4. Humaidy, Raihan Syarif. Analisis Konsentrasi Eosinofil dan Limfosit Terhadap Kejadian Asma Eksaserbasi Akut Derajat Ringan dan Berat di IGD Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Universitas Muhammadiyah Surabaya; 2020.
5. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pengendalian Penyakit Asma, dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1023/Menkes/SK/XI. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia; 2008.
6. Manurung, Nixon. Hubungan fungsi keluarga di bidang kesehatan terhadap

- relaps penderita asma bronkial di pantai labu deli serdang. Jurnal Ilmiah Keperawatan IMELDA. Vol. 5, No. 2, September; 2019
7. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI). Asma. Pedoman diagnosis & Penatalaksanaan di Indonesia; 2019.
 8. Menteri Kesehatan RI, PERMENKES No. 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer; 2014.
 9. Centers for disease control and prevention. Asthma. Available from:http://www.cdc.gov/asthma/asthma_data.html; 2014.
 10. Purnomo. Faktor Resiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Asma Bronkial Pada Anak. Universitas Diponegoro : Semarang; 2008.
 11. Data Rekam Medik RSUD Andi Makkasau Parepare. Laporan SIRS. Pare-pare; 2017.
 12. Wardani, Vani Kusuma. Hubungan Antara Pengetahuan Umum Asma Pasien Dengan Tingkat Kontrol Asma Di RSUD Dr. Moewardi. Skripsi. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2012.
 13. Ekarini, Niluh. Analisis faktor pemicu dominan terjadinya serangan asma pada pasien asma. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan; 2012.
 14. National Institute for Health and Clinical Excellence. Omalizumab for treating severe persistent allergic asthma (review of technology appraisal guidance 133 and 201). Available at: <http://guidance.nice.org.uk/TA278/Guidance/pdf/English>; 2013.
 15. Ikawati, Z. Cerdas mengenali obat. Kanisius, Yogyakarta; 2010.