



PENATALAKSANAAN HOLISTIK ASMA PERSISTEN SEDANG PADA PASIEN PEREMPUAN 36 TAHUN MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA

HOLISTIC MANAGEMENT OF ASTHMA MODERATE PERSISTENT 36 YEARS OLD WOMEN THROUGH FAMILY MEDICINE APPROACH

Dinda Annisa Fitria^{1*}, Fitria Saftarina²

^{1,2}Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

*Email : dindaanisa16@yahoo.com, 083179913912

ABSTRAK

Pendahuluan: Asma merupakan penyakit saluran pernapasan kronik yang dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat yang signifikan. 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. **Metode:** Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang saat kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. **Hasil:** Pasien wanita dewasa dengan asma persisten sedang. Dilakukan penatalaksanaan pasien secara komprehensif dengan konsep *patient-centered approach*, *family-focused*, dan *community-oriented*. Tatalaksana medikamentosa berupa obat pelega dan obat pengontrol 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 pada tahap *trial* dan didapatkan perbaikan dalam kontrol asma yang dinilai dengan *Asthma Control Test*. **Kesimpulan:** Pelayanan kedokteran keluarga memberikan manfaat bagi pasien dan keluarga dalam pengelolaan penyakit asma persisten sedang.

Kata Kunci: Asma, persisten sedang, pelayanan kedokteran keluarga

ABSTRACT

Background: Asthma is a chronic respiratory disease, can be considered a significant public health problem. 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.

Method: This study is a case report. Primary data were obtained through history taking, physical examination and support during home visits. Secondary data were obtained from the patient's medical record. Assessment based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study qualitatively and quantitatively. **Results:** Adult female patient with moderate persistent asthma. Comprehensive management is carried out with the concept of a patient-centered approach, family-focused, and community-oriented. Medical management in the form of reliever 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 showed changes in attitude changes in reducing the risk of exacerbations, at the trial stage, and there was an improvement in asthma control as assessed by the *Asthma Control Test*. **Conclusion:** Family medicine services provide benefits for patients and their families in the management of mild persistent asthma.

Keywords: Asthma, mild persistent, family medicine



PENDAHULUAN

Asma merupakan penyakit saluran pernapasan kronik yang cenderung menetap sebagai kondisi seumur hidup, dengan derajat keparahan yang berbeda. Asma sering mulai timbul pada masa kanak-kanak, meskipun juga dapat berkembang pada orang dewasa, dan memengaruhi orang-orang dari segala usia.¹

World Health Organization memperkirakan ada lebih dari 339 juta orang yang menderita asma di seluruh dunia. Asma adalah salah satu penyakit tidak menular utama yang paling umum, namun memiliki dampak besar pada kualitas hidup seseorang. 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 usia mencapai 2,4% dengan estimasi jumlah pasien asma 1.017.290 jiwa. Proporsi kekambuhan asma dalam 12 bulan terakhir secara nasional mencapai 57,5%. Prevalensi asma di Lampung sebesar 1,6% dengan estimasi jumlah pasien asma 31.462 jiwa. Proporsi kekambuhan asma dalam 12 bulan terakhir di Lampung memiliki angka yang lebih tinggi dari nasional, yaitu mencapai 64,69%. Dari data juga terlihat jika prevalensi asma dan kekambuhan semakin meningkat seiring dengan penambahan usia.^{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 lingkungan¹. Faktor lingkungan (alergen di dalam dan diluar 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

Faktor-faktor tersebut kemudian melalui tiga tahapan proses sehingga menimbulkan gejala asma. Pertama, sensitisasi, yaitu seseorang yang memiliki faktor genetik dan lingkungan terpajan pemicu (*inducer/sensitizer*)

yang menimbulkan sensitisasi pada individu tersebut. Kedua, inflamasi, inflamasi saluran nafas terjadi saat seseorang yang telah mengalami sensitisasi terpajan pemicu (*enhancer*), proses inilah yang berhubungan dengan hipereaktivitas bronkus. Ketiga, gejala asma, bila seseorang dengan hipereaktivitas bronkus terpajan oleh pencetus (*trigger*) maka akan timbul gejala asma.¹

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, 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.

BAHAN DAN METODE

Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang saat kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif.

HASIL

Anamnesis

Pasien mengeluhkan sesak napas sejak malam hari setelah terpapar debu saat membereskan rumah semalam. Pasien tidak menggunakan masker saat membereskan rumah. Sesak terkadang disertai batuk. Tidak ada bunyi napas "ngik-ngik". Keluhan tidak disertai dengan adanya nyeri dada, kehilangan indra penghidu atau pengecap, maupun demam.

Pasien mengatakan sering mengalami keluhan serupa hampir setiap hari (lebih dari dua kali selama satu minggu) selama satu bulan terakhir hingga mengganggu aktifitas pasien. Pasien sering (lebih dari satu kali dalam seminggu) terbangun di malam hari karena keluhan sesak. Keluhan tersebut membaik setelah menggunakan obat hirup.

Pasien memiliki riwayat asma sejak pasien berusia 9 tahun. Pasien memiliki alergi terhadap debu. Pasien tidak merokok, tidak ada paparan asap rokok ataupun asap pembakaran di rumah pasien. Ada riwayat asma pada keluarga, yaitu pada adik pasien. Riwayat pengobatan saat ini pasien menggunakan inhaler yakni berotec (rutin dua kali per hari), seretide diskus (saat ada serangan), dan obat racikan. Pasien mengaku tidak rutin menggunakan obat sesuai anjuran dokter. Pasien hanya mengonsumsi jika merasa perlu.

Pasien bekerja sebagai karyawan honorer. Selama pandemi, pasien bekerja setiap hari senin hingga jumat pukul 10.00 WIB s.d. 15.30 WIB. Setelah pulang kerja dan ketika

hari libur pasien menghabiskan waktu bersama kedua anaknya. Pasien rutin berolahraga seperti senam dan jogging dengan frekuensi 2-3x/minggu selama 20-30 menit.

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sesak, lebih suka duduk daripada berbaring, kesadaran compos mentis, suhu 36,5°C, frekuensi nadi 97x/menit, frekuensi napas 28x/menit, tekanan darah 120/85 mmHg, SpO₂ 97%, berat badan 59 kg, tinggi badan 159 cm, status gizi berdasarkan IMT 23,3 kg/m²(normal).¹⁴

Status Generalis

Pada pemeriksaan kepala *normocephal*, mata, telinga, hidung, kesan dalam batas normal, bibir tidak sianosis. Pada pemeriksaan thoraks tidak terdapat retraksi, taktil fremitus simetris kanan dan kiri, perkusi sonor di kedua lapang paru, auskultasi terdengar vesikuler serta *wheezing* ekspirasi pada kedua lapang paru. Pemeriksaan jantung, batas jantung normal, bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan. Pemeriksaan abdomen inspeksi datar, bising usus 12x/menit, tidak ada nyeri tekan dan hepatosplenomegali, perkusi timpani. Pada ekstremitas tidak terdapat edema, tidak ada sianosis, CRT <2" kesan normal.

Pada penilaian awal pengendalian asma dengan *Asthma Control Test* didapatkan skor 11, yang berarti pasien memiliki asma tidak terkontrol.

Data Keluarga

Pasien Ny. S, usia 36 tahun, merupakan ibu dari dua anak. Pasien menjalani pernikahan jarak jauh (*long distance marriage*) sejak tahun 2018. Pasien tinggal bersama ibu, adik bungsu, dan kedua anaknya. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga besar (*extended family*). Pasien merupakan anak pertama dari empat bersaudara. Ketiga saudara pasien masih hidup, adik bungsu tinggal serumah dan saudara lainnya tinggal terpisah dengan pasien.

Tn. A, suami pasien, berusia 38 tahun bekerja sebagai pegawai BUMN. Ny. N, ibu pasien, berusia 61 tahun, sebagai

pensiunan guru. Ny. SA, Adik bungsu pasien, berusia 28 tahun, belum bekerja. An. N, anak pertama pasien berusia 10 tahun, kelas 4 SD. An. A, anak kedua pasien, berusia 6 tahun, bersekolah TK.

Pendapatan pasien perbulan ± 10.000.000rupiahyang didapatkan dari pekerjaannya dan dari suaminya. Pendapatan tersebut digunakan untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari dan menabung untuk biaya tak terduga.

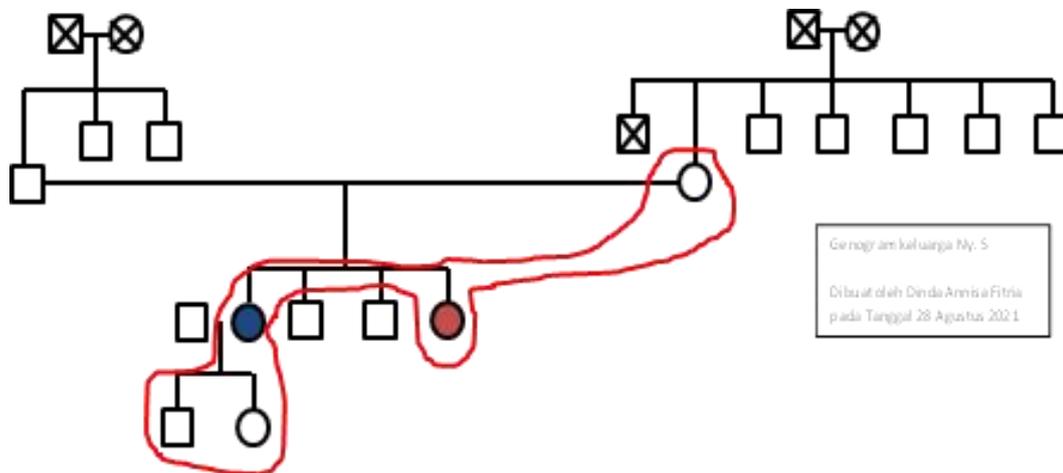
Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga diputuskan olehbersama-sama. Hubungan pasien dengan seluruh anggota

keluarga yang tinggal serumah harmonis. Pasien, anak, adik, dan ibunya sering menghabiskan waktu untuk menonton TV bersama dan mengobrol pada malam hari sebelum tidur.

Psikologi pasien dalam anggota keluarga yang tidak tinggal serumah tampak baik karena walaupun tinggal di beda provinsi namun rutin menghubungi pasien.Pasien merasa kebutuhan ekonominya cukup.

Keluarga pasien selalu beribadah di rumah. Jika terdapat anggota keluarga yang sakit, sesekalikeluarga akan membawanya berobat ke puskesmas.

Genogram



Gambar 1. Genogram

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Pasien (Ny. S)
- (red line) : tinggal serumah
- ● : Riwayat keluarga dengan penyakit asma
- ⊗ ⊗ : Meninggal dunia

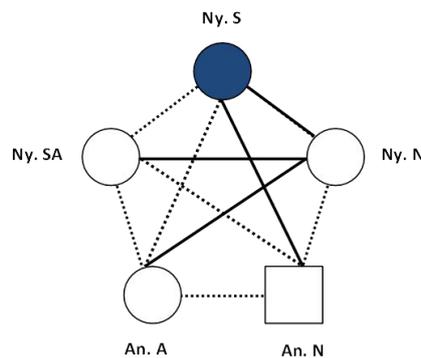
Tahapan Siklus Keluarga



Gambar 2. Tahapan Siklus Keluarga

Menurut siklus *Duvall*, siklus keluarga ini berada pada tahap 3 (tiga), yaitu keluarga dengan anak usia sekolah.

Peta Keluarga



Gambar 3.Peta Keluarga

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Pasien
- : Berhubungan dekat/harmonis
- : Saling acuh tak acuh

Tabel 1. APGAR Keluarga

| APGAR | | Skor |
|--------------------|--|------|
| <i>Adaptation</i> | Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan | 1 |
| <i>Partnership</i> | Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya | 1 |
| <i>Growth</i> | Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya | 2 |



| | | |
|------------------|---|----------|
| Affection | Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta | 1 |
| Resolve | Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama | 2 |
| Total | | 6 |

Interpretasi: Keluarga disfungsi sedang

Tabel 2. SCREEM Keluarga

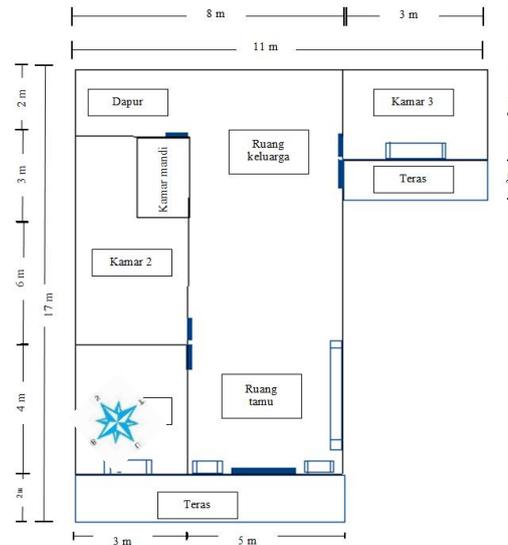
| | Sumber Daya | Patologi |
|------------------|---|--|
| Social | Komunikasi terjadi antara anggota keluarga dan antara keluarga dengan masyarakat sekitar | Terkadang keluarga segan untuk meminta bantuan kepada keluarga di luar rumah |
| Culture | Merasa bangga dengan budaya yang dimiliki. Keluarga berbicara menggunakan bahasa daerah, menerapkan norma dan sopan santun sesuai budaya setempat | Tidak ada |
| Religious | Menerapkan ajaran Islam dalam kehidupan sehari-hari termasuk membaca doa dan shalat lima waktu | Tidak ada |
| Economic | Pasien memiliki pekerjaan sendiri dan mendapatkan uang dari suami. Uang digunakan untuk keperluan sehari-hari dan disisihkan untuk menabung | Tidak ada |
| Education | Keluarga pasien berpendidikan | Tidak ada |
| Medical | Mengutamakan pengobatan medis bila ada keluarga yang sakit dengan membawa keluarga berobat ke puskesmas. | Tidak ada |

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah orang tuanya berukuran 11x17 m². Terdapat satu ruangan utama, tiga kamar tidur dengan dua kamar *springbed* dengan dipan, satu dapur dan satu toilet dengan WC jongkok. Dinding tembok dengan cat berwarna oranye, lantai rumah seluruhnya adalah keramik. Rumah memiliki ventilasi dengan jendela beberapa ruangan namun tidak sesuai dengan luas ruangan.¹⁸ Jendela rumah tidak pernah dibuka. Atap terbuat dari genteng tanpa plafon.

Pencahayaan dari rumah cukup baik. Rumah telah dialiri listrik prabayar. Ruang tamu dan ruang keluarga tidak memiliki sekat. Ruang keluarga merupakan tempat makan dan berkumpul untuk menonton TV.

Pada saat kunjungan didapatkan rumah terkesan kurang rapih. Barang kurang tertata dengan rapih. Fasilitas dapur menggunakan kompor gas, air minum diperoleh dari air galon, sumber air bersih diperoleh dari air PAM dan limbah dialirkan langsung ke *septic tank*.



Gambar 4. Denah Rumah

Keterangan:

 : Pintu

 : Jendela

Diagnosis Holistik Awal

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Sesak napas terkadang disertai batuk dirasakan sejak malam hari.
- Kekhawatiran: Khawatir sesak bertambah parah dan tidak bisa beraktivitas seperti sebelum sakit.
- Persepsi: Sesak napas biasanya kambuh ketika terpapar debu.
- Harapan: Keluhan hilang dan penyakit tidak sering kambuh.

2. Aspek Klinik

- Asma Persisten Sedang (ICD X: J45.0).

3. Aspek Risiko Internal

- Riwayat penyakit asma dalam keluarga, yaitu adik pasien.
- Kurangnya pemahaman faktor-faktor pencetus yang dapat menimbulkan kekambuhan penyakit dan belum mengetahui dampak akibat asma yang tidak terkontrol.
- Pasien membersihkan rumah tanpa menggunakan masker.
- Cara penggunaan obat inhalasi kurang benar

4. Aspek Risiko Eksternal

- Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai definisi, gejala, faktor risiko asma, serta dalam mencegah kekambuhan dengan menghindari faktor pencetus.
- Kondisi rumah yang kurang baik meningkatkan risiko sakit dan terpapar agen pencetus.

5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional² (dua), yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan di luar rumah.

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 pentingnyaperilaku bersih dan sehat dan terkait penyakit pasien mengenai faktor-faktor yang dapat menjadi pencetus terjadinya serangan asma berulang. Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak

tiga kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk evaluasi intervensi yang telah dilakukan.

Tabel 3. Target Terapi Berdasarkan Diagnosis Holistik Awal

| Diagnosis Holistik | Target Terapi |
|---|--|
| Asma Persisten Sedang | Keluhan menghilang dan kekambuhan dapat diminimalisir |
| Harapan penyakit yang dideritanya tidak sering kambuh | - Pasien dapat mengidentifikasi faktor-faktor pencetus asma yang ada di lingkungan - Pasien memahami pentingnya untuk mengontrol asma |
| Kondisi rumah yang kurang baik meningkatkan risiko sakit dan terpapar agen pencetus | Kondisi rumah dapat diperbaiki agar terhindar dari risiko sakit dan paparan agen pencetus |

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. Menmberikan edukasi kepada pasien tentang pentingnya kepatuhan penggunaan obat serta penggunaan obat inhalasi yang baik dan benar.

Medikamentosa:

1. Pengontrol : Kombinasi salmeterol xinafoate + fluticasone propionate 50/250 mcg inhalasi dosis terukur (IDT) 2 x 1 puff
2. Pelega : fenoterol hydrobromida 100 mcg/puff inhalasi dosis terukur (IDT) 2 x 1 puff jika sesak

Family-Focused

1. Edukasi kepada keluarga pasien mengenai definisi, penyebab, faktor risiko dan cara penanganan asma di rumah.
2. Edukasi kepada keluarga pasien tentang faktor risiko eksternal, terutama lingkungan dan kondisi rumah.

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 terhadap 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

- Pengetahuan pasien mengenai penyakit asma meningkat.
- Pasien sudah mengetahui pentingnya kepatuhan penggunaan obat serta penggunaan obat inhalasi yang baik dan benar
- Pola hidup menjadi sehat dan teratur.
- Pasien sudah mulai menggunakan masker ketika membersihkan rumah.

4. Aspek Risiko Eksternal



- Keluarga sudah mengetahui pentingnya menghindari faktor pencetus untuk mencegah kekambuhan.
- Pengetahuan keluarga meningkat mengenai tanda-tanda asma yang terkendali.
- Keluarga sudah membersihkan barang-barang di kamar yang tidak tersusun rapi.

5. Derajat Fungsional

Derajat 1 (satu), yaitu mampu melakukan aktifitas seperti sebelum sakit.

PEMBAHASAN

Studi kasus dilakukan pada pasien perempuan berusia 36 tahun dengan asma persistens sedang. Pembinaan ini dilakukan dengan alasan Ny. S 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 27 Agustus 2021, dilakukan perkenalan dengan pasien, adik, anak, dan ibu pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan. Setelah meminta *informed consent*, berikutnya dilakukan anamnesis kepada pasien dan keluarga mengenai perihalan penyakit yang telah diderita dan keadaan keluarga.

Dari hasil anamnesis, didapatkan bahwa pasien karena sesak napas sejak malam hari setelah terpapar debu saat membereskan rumah semalam. Pasien tidak menggunakan masker saat membereskan rumah. Sesak terkadang disertai batuk. Tidak ada bunyi napas "ngik-ngik". Keluhan juga disertai batuk tidak produktif, namun tidak disertai dengan nyeri dada dan demam. Pasien mengatakan sebelumnya sering mengalami keluhan serupa yang membaik setelah menggunakan obat hirup. Pasien memiliki riwayat asma yang sudah ia ketahui sejak berusia 9 tahun,

biasanya timbul ketika terpapar debu. Selama sebulan terakhir, serangan asma terjadi lebih dari dua kali dalam seminggu serta menyebabkan pasien bangun di malam hari sebanyak lebih dari satu kali dalam seminggu. Terdapat riwayat yang sama pada keluarga, yaitu adik bungsu pasien. Pasien memiliki alergi terhadap debu. Pasien tidak merokok, tidak ada paparan asap rokok ataupun asap pembakaran di rumah pasien.

Pada pemeriksaan fisik, didapatkan frekuensi napas 28 kali/menit dengan SpO₂ 97%. 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 persisten sedang dapat ditegakkan.

Asma merupakan inflamasi kronik pada saluran napas yang dapat terjadi pada anak dan juga dewasa baik di negara berkembang maupun negara maju.¹ Asma terjadi karena interaksi antara faktor penjamu dan faktor lingkungan. Faktor penjamu terdiri dari genetik, alergi (atopi), hiperaktivitas bronkus, jenis kelamin dan ras. Sedangkan faktor lingkungan terdiri dari sensitisasi lingkungan kerja, asap rokok, polusi udara, diet dan sosioekonomi.⁷

Asma dapat muncul karena reaksi terhadap faktor pencetus yang mengakibatkan penyempitan dan 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 seseorang dengan riwayat asma pada keluarga memiliki risiko lebih besar terkena asma. Faktor pencetus asma dibagi dalam dua kelompok, yaitu faktor genetik dan faktor pencetus di lingkungan. Faktor genetik contohnya riwayat atopi/alergi bronkus dan eksim. Faktor pencetus di lingkungan contohnya asap kendaraan bermotor, asap rokok, asap dapur, pembakaran sampah, kelembaban dalam rumah, serta alergen seperti debu rumah, tungau, dan bulu binatang.⁸



Faktor tersebut berperan sebagai penyebab atau pencetus inflamasi saluran napas pada penderita asma. Inflamasi terdapat pada berbagai derajat asma baik pada asma intermiten maupun asma persisten. Inflamasi dapat ditemukan pada berbagai bentuk asma seperti asma alergik, asma nonalergik, asma kerja dan asma yang dicetuskan aspirin.⁹

Serangan (eksaserbasi) 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 (paling sering infeksi virus atau alergen, atau kombinasi keduanya), sedangkan serangan berupa perburukan yang bertahap mencerminkan kegagalan pengelolaan jangka panjang penyakit.^{7,9}

Dalam keadaan stabil tanpa gejala, pemeriksaan fisik pasien biasanya tidak ditemukan kelainan. Saat sedang bergejala dapat ditemukan batuk, sesak, dan dapat terdengar *wheezing*, baik yang terdengar langsung atau yang terdengar dengan stetoskop. Selain itu, perlu dicari tanda alergi lain¹⁰.

Pasien mengalami gejala setiap hari serta mengganggu aktifitas dan tidur sehingga membutuhkan bronkodilator setiap hari. Berdasarkan hal tersebut, pasien tergolong dalam asma derajat persisten sedang.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada asma yaitu pemeriksaan fungsi paru. Ada banyak cara yang dapat digunakan untuk mengukur fungsi paru, antara lain *peak expiratory flow rate* (PEFR) atau arus puncak ekspirasi (APE), *pulse oxymetry*, dan spirometri. Pemeriksaan fungsi paru obyektif dan lengkap dapat bermanfaat dalam evaluasi diagnostik pasien dengan batuk, mengi rekuren, aktivitas terbatas, dan keadaan lain yang berkaitan dengan sistem respiratorik. Pemeriksaan fungsi paru ini bermanfaat apabila ada manifestasi gejala asma yang tidak khas. Pada pemeriksaan spirometri, adanya

perbaikan *forced expiratory volume in 1 second* (FEV1) sebanyak minimal 12% setelah pemberian bronkodilator inhalasi dengan atau tanpa glukokortikoid mendukung diagnosis asma.^{7,11}

Pada kunjungan pertama didapatkan bahwa upaya atau kesadaran pasien masih kurang dalam menghindari faktor risiko alergen yang dapat menimbulkan kekambuhan penyakit dan belum mengetahui dampak akibat asma yang tidak terkontrol serta pasien belum menggunakan masker ketika membersihkan rumah. Keluarga juga memiliki pengetahuan yang kurang mengenai faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya asma, dampak akibat asma yang tidak terkontrol, dan tanda-tanda asma yang terkendali.

Penatalaksanaan pada pasien ini menggunakan pendekatan kedokteran keluarga. Sesuai konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan dalam keluarga pasien yakni kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita pasien serta kurangnya kepatuhan pasien dalam menggunakan obat secara rutin. Pada faktor biologi terdapat faktor risiko keturunan/genetik. Pada segi gaya hidup pasien masih tidak menggunakan masker membersihkan rumah. Pada lingkungan pasien yakni rumah pasien kurang rapih, ventilasi yang kurang, dan tidak pernah dibuka.¹⁶

Pada segi 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.

Setelah menyimpulkan permasalahan dan faktor-faktor yang memengaruhi masalah tersebut, dilakukan intervensi kepada pasien dan keluarga. Intervensi dilakukan pada tanggal 5 September 2021 secara *family conference* yang dihadiri oleh pasien, anak, dan ibu pasien. Intervensi secara non farmakologis dilakukan dengan bantuan media intervensi berupa poster yang berisikan tentang penyakit asma, faktor pencetus, cara mencegah dan mengendalikan asma, tanda



asma terkendali, dan dampak akibat asma tidak terkendali.

Intervensi tentang penyakit asma, faktor pencetus, cara mencegah dan mengendalikan asma, tanda asma terkendali, dan dampak akibat asma tidak terkendali agar pasien dan keluarga mengerti tentang penyakitnya, dan sadar bahwa tidak hanya obat yang dapat mengontrol penyakitnya, namun menghindari faktor pencetus juga akan sangat membantu dalam mencegah kekambuhan. Intervensi edukasi tentang pentingnya kepatuhan pengobatan dan cara penggunaan obat inhalasi yang baik dan benar kepada pasien. Diharapkan adanya peningkatan kepatuhan pasien dalam penggunaan obat.¹²

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 menggunakan obat secara teratur serta menjaga agar pasien terhindar dari paparan terhadap pencetus serangan.

Intervensi secara farmakologis yakni berupa pengontrol(kombinasi salmeterol

xinafoate + fluticasone propionate 50/250 mcg inhalasi dosis terukur (IDT) 2 x 1 puff) dan pelega (fenoterol hydrobromida 100 mcg/puff inhalasi dosis terukur (IDT) 2 x 1 puff jika sesak). Fluticasone propionat merupakan golongan kortikosteroid. Berbagai penelitian menunjukkan penggunaan kortikosteroid inhalasi menghasilkan perbaikan faal paru, menurunkan hiperaktivitas bronkus, mengurangi gejala, mengurangi frekuensi dan berat serangan serta memperbaiki kualitas hidup.¹⁷ Salmeterol xinafoate merupakan golongan β -2 agonis kerja panjang sedangkan fenoterol hydrobromida merupakan golongan β -2 agonis kerja pendek. β -2 agonis bekerja dengan cara mengikat β -2 *adrenergic receptor* yang terangsang menyebabkan peningkatan produksi *cyclic adenosine monophosphate* (cAMP) dan protein kinase A. Hal ini menyebabkan relaksasi otot polos jalan nafas¹³.

Kunjungan *follow up* dilakukan pada tanggal 11 Agustus 2021. Pada kunjungan *follow up* ini dilakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah diberikan kepada pasien dan keluarga. Hasil *follow up* terkait intervensi terangkum pada tabel 5.

Tabel 4. *Follow Up*

| Intervensi | Parameter | Follow Up |
|---|---|--|
| Penggunaan obat secara teratur | Digunakan secara teratur | Sudah teratur |
| Penggunaan obat inhalasi dengan cara baik dan benar | Penggunaan obat inhalasi dengan cara baik dan benar | Cara yang digunakan sudah baik dan benar |
| Menggunakan alat pelindung diri saat kontak dengan debu | Menggunakan masker | Sudah rutin menggunakan masker saat membersihkan rumah |

Apabila dilihat berdasarkan tabel di atas, terdapat perubahan perilaku pada pasien dan keluarga. Pasien sudah teratur menggunakan obat serta menggunakan obat dengan cara yang baik dan benar. Pasien sudah rutin menggunakan masker saat melakukan aktivitas yang memiliki kontak dengan debu. Keluarga mendukung pengobatan pasien dengan cara membersihkan barang di rumah yang berdebu menggunakan lap basah. Keluarga juga sudah selalu mengingatkan pasien untuk istirahat cukup dan untuk selalu menggunakan masker ketika pasien berada di rumah atau ketika hendak keluar rumah. Dalam teori *Roger*, terdapat beberapa langkah sebelum seseorang

mengikuti atau menganut perilaku baru, yaitu sebagai berikut:

- 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.¹⁷



Berdasarkan hasil tersebut, metode intervensi yang diberikan cukup memberikan hasil yang efektif. Intervensi telah menambah pengetahuan keluarga melihat dari adanya beberapa perubahan perilaku yang terjadi.¹⁸

Follow up klinis juga terdapat perbaikan. *Follow up* klinis dinilai dari keluhan serangan yang terjadi mulai berkurang. Penggunaan obat inhalasi menjadi lebih jarang.

KESIMPULAN

1. Diperoleh faktor internal pasien yaitu adanya faktor riwayat penyakit asma dalam keluarga, faktor upaya atau kesadaran pasien masih kurang dalam menghindari faktor risiko alergen, dan belum rutin menggunakan masker ketika kontak dengan debu. Faktor eksternal yaitu kurangnya pengetahuan keluarga mengenai faktor pencetus asma, dampak asma tidak terkontrol, tanda asma terkendali serta lingkungan berdebu.
2. Telah dilakukan penatalaksanaan non medikamentosa dan medikamentosa secara holistik dan komprehensif terhadap pasien.
3. Intervensi yang diberikan telah memberikan perubahan perilaku pasien dan keluarga.

SARAN

Bagi pasien:

1. Menghindari faktor risiko terjadinya kekambuhan asma.
2. Mempertahankan kebiasaan rutin menggunakan masker saat melakukan aktivitas yang memiliki kontak dengan debu.
3. Perlu meningkatkan kesadaran dan motivasi untuk melakukan pengelolaan penyakit asma.

Bagi keluarga:

1. Tetap memberikan dukungan kepada pasien dalam menjalankan pengobatan serta pengawasan terhadap faktor risiko pencetus kekambuhan.
2. Menjaga lingkungan sekitar pasien dari debu.

Bagi puskesmas:

1. Perlu ditingkatkan usaha promosi kesehatan kepada masyarakat mengenai asma dan cara menanganinya.
2. Melakukan manajemen risiko selain mengatasi keluhan klinis pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. KEMENKES RI. 2008. Keputusan Menteri Kesehatan RI Tentang Pedoman Pengendalian Asma.
2. WHO. 2020. Asthma. Tersedia di <https://www.who.int/> (Diakses 5 Mei 2021).
3. Shyamali CD, Perret JL dan Custovic A. 2019. Epidemiology of Asthma in Children and Adults. *Front Pediatr*2019; 7: 246.
4. KEMENKES RI. 2019. Laporan Nasional RISKESDAS 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
5. KEMENKES RI. 2019. Laporan Provinsi Lampung RISKESDAS 2018. Badan Penelitian. dan Pengembangan Kesehatan.
6. Nunes C, Almeida MM dan Pereira AM. 2017. Asthma Costs and Social Impact. *Asthma Res. Pract.*
7. GINA. 2021. Global Strategy fo Asthma Management and Prevention. *Glob. Initiat. Asthma.*
8. Morris MJ. 2020. Asthma. Tersedia di <https://emedicine.medscape.com/> (Diakses 5 Mei 2021).
9. Sinyor B dan Perez LC. Pathophysiology Of Asthma. 2020.dalamStatPearls [Internet]. New York: StatPearls Publishing.
10. IDI. 2017. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
11. Kirenga BJ, Schwartz JI, Jong CD, PMolen TVD dan Okot-Nwang M. 2015. Guidance on the diagnosis and management of asthma among adults in resource limited settings. *Afr. Health Sci* 2015;15, 1189–99.
12. WONCA Europe. 2011. The European Definition of General Practice/Family Medicine.
13. Thomsen SF. 2015. Genetics of asthma:



- an introduction for the clinician. *Eur Clin Respir J*.2015;2.
14. KEMENKES RI. 2018. Klasifikasi Obesitas Setelah Pengukuran IMT. direktorat P2PTM.
 15. Boulet LP. 2015. Asthma education: an essential component in asthma management. *Euriopian Respir. J*2015; 46, 1262–4.
 16. Rhee H, Belyea MJ dan Brasch J. 2010. Family support and asthma outcomes in adolescents: barriers to adherence as a mediator. *J Adolesc Heal*.2010; 47, 472–8.
 17. PDPI. 2019. Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan Asma di Indonesia. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia.
 18. Kementrian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat. 2021. Rumah Sehat. Direktorat Jenderal Cipta Karya.