

Penatalaksanaan Asma Bronkial Eksaserbasi pada Pasien Perempuan Usia 46 Tahun dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga di Kecamatan Gedong Tataan

Anwar Nuari¹, Tri Umiana Soleha², Muhammad Maulana³

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Mikrobiologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Asma bronkial merupakan penyakit kronik yang sering dijumpai pada anak maupun dewasa di negara berkembang maupun negara maju. Prevalensinya meningkat sejak dua dekade terakhir. Laporan dari *Global Initiative for Asthma (GINA)* tahun 2012 perkiraan jumlah penderita asma di dunia adalah 300 juta orang, dengan jumlah kematian yang terus meningkat hingga 180.000 orang per tahun. Prevalensi total asma bronkial di dunia diperkirakan 7,2%, Indonesia sebesar 3,32% dan Provinsi Lampung 1,45%. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Pasien mengeluh sesak saat membantu suami membersihkan kandang ayam dibelakang rumah. Sesak bersifat terus-menerus dan semakin memberat. Sesak sudah pernah dirasakan sebelumnya. Pasien tidak pernah membersihkan kandang ayam sebelumnya. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Faktor pencetus seperti stres, debu, kotoran hewan dapat mempengaruhi eksaserbasi asma dengan ditambah faktor psikososial dan faktor perilaku terhadap kesehatan serta pemanfaatan fasilitas kesehatan. Pelayanan dokter keluarga dalam terapi farmakologis maupun nonfarmakologis mampu menyelesaikan masalah kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kata kunci: Alergen, Asma, Asma Bronkial

Management of Exacerbation Bronchial Asthma in 46 Years Old Woman Through Family Medicine Approach in East Gedong Tataan

Abstract

Bronchial asthma is a chronic disease that usually found in a children or adult not only developing country but also rich country. The prevalence was increase since in last two decades. Reported by Global Initiative for Asthma (GINA) in 2012 estimated number with asthma was 300 million people in the world, the death rate was increase until 180.000 people every year. Totals prevalence asthma in the world was 7, 2%, in Indonesia 3, 32% and in Province of Lampung 1, 45%. The primary data obtained through anamnesis, physical examination and a home visit. Patients complain of tightness when helping their husbands clean the chicken coop behind the house. Tightness is continuous and increasingly heavy. Shortness has been felt before. The patient has never cleaned the chicken coop before. Secondary data were obtained from medical records of patients. Triggers factors like stress, dust, animal fur, mite, air pollution can cause of asthma exacerbation with additional of the psychosocial factors, health behavior and utilization of medical facility. Family physician services in the pharmacological and non-pharmacological therapy is able to resolve health problems and improve the quality of life of patients.

Keywords: Allergens, Asthma, Bronchial Asthma

Korespondensi: Anwar Nuari, alamat Jl. Pengajaran, gg parkit 2, Bandar Lampung, HP 081366342813, e-mail anwarnuari73@gmail.com

Pendahuluan

Asma bronkial merupakan penyakit kronik yang sering dijumpai pada anak maupun dewasa di negara berkembang maupun negara maju.¹ Sejak dua dekade terakhir, dilaporkan bahwa prevalensi asma bronkial meningkat pada anak maupun dewasa. Prevalensi total asma bronkial di dunia diperkirakan 7,2 % (6% pada dewasa dan 10% pada anak).¹ Prevalensi tersebut sangat bervariasi pada tiap negara dan bahkan perbedaan juga didapat antar daerah di dalam suatu negara.¹ Prevalensi asma bronkial

di berbagai negara sulit dibandingkan, tidak jelas apakah perbedaan angka tersebut timbul karena adanya perbedaan kriteria diagnosis atau karena benar-benar terdapat perbedaan.¹

Asma merupakan masalah kesehatan dunia yang tidak hanya terjangkit di negara maju tetapi juga di negara berkembang.² Menurut data laporan dari *Global Initiative for Asthma (GINA)* pada tahun 2012 dinyatakan bahwa perkiraan jumlah penderita asma seluruh dunia adalah tiga ratus juta orang, dengan jumlah kematian yang terus meningkat

hingga seratus delapan puluh ribu orang per tahun.²

Data *World Health Organization* (WHO) juga menunjukkan data yang serupa bahwa prevalensi asma terus meningkat dalam 30 tahun terakhir terutama di negara maju.³ Hampir separuh dari seluruh pasien asma pernah dirawat di rumah sakit dan melakukan kunjungan ke bagian gawat darurat setiap tahunnya.³

Pengelolaan penyakit asma meliputi terapi nonfarmakologis dan farmakologis. Terapi nonfarmakologis dengan menghindari faktor pencetus, menjaga kebersihan lingkungan dan rutin kontrol ke dokter. Sedangkan terapi farmakologis dengan obat pelega maupun pengontrol saluran nafas ada yang disemprot dan diminum. Dijelaskan kepada pasien dan keluarga pasien bahwa terapi nonfarmakologis lebih penting dan bermakna daripada terapi farmakologis. Pasien diberitahu masih perlu memperbaiki pola hidupnya dan sering kontrol asma ke Puskesmas sebulan sekali serta meminum obat dan kurangi aktivitas fisik serta selalu sedia obat semprot pelega di rumah.⁴

Pada prinsipnya pengobatan asma dibagi menjadi 2 golongan yaitu antiinflamasi merupakan pengobatan rutin yang bertujuan mengontrol penyakit serta mencegah serangan dikenal dengan pengontrol, serta bronkodilator merupakan pengobatan saat serangan untuk mengatasi eksaserbasi/serangan dekenal dengan pelega.⁵ Contoh antiinflamasi yaitu golongan steroid inhalasi seperti flutikason propionat dan budesonid, golongan antileukotrin seperti metilprednisolon, kortikosteroid sistemik seperti prednison, agonis beta-2 kerja lama seperti formeterol, prokaterol.⁶ Obat pelega ada dari golongan agonis beta-2 kerja singkat seperti salbutamol, terbutalin, fenoterol, golongan antikolinergik seperti ipratoprium bromide, golongan metilsantin seperti teofilin, aminofilin dan lain-lain.⁷

Tujuan dari penatalaksanaan pasien yang mengalami asma adalah menghilangkan gejala asma dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Penatalaksanaan Asma Bertujuan untuk menghilangkan dan mengendalikan gejala asma, agar kualitas hidup meningkat, mencegah eksaserbasi akut, meningkatkan dan mempertahankan faal paru seoptimal mungkin,

mempertahankan aktivitas normal termasuk latihan jasmani dan aktivitas lainnya, Menghindari efek samping obat, mencegah terjadinya keterbatasan aliran udara Ireversibel, meminimalkan kunjungan ke gawat darurat Komunikasi yang baik dan terbuka antara dokter dan pasien adalah hal yang penting sebagai dasar penatalaksanaan.^{1,4}

Risiko berkembangnya asma bronkial merupakan interaksi antara faktor pejamu (host faktor) dan faktor lingkungan. Faktor pejamu disini termasuk predisposisi genetik yang mempengaruhi untuk berkembangnya asma bronkial, yaitu genetik, alergi (atopi), hipereaktivitas bronkus, jenis kelamin dan ras.⁷ Faktor lingkungan mempengaruhi individu dengan kecenderungan atau predisposisi asma bronkial untuk berkembang menjadi asma bronkial, menyebabkan terjadinya eksaserbasi dan atau menyebabkan gejala-gejala asma bronkial menetap.⁷ Termasuk dalam faktor lingkungan yaitu alergen, sensitisasi lingkungan kerja, asap rokok, polusi udara, infeksi pernapasan (virus), diet, status sosio-ekonomi dan besarnya keluarga.⁷ Interaksi faktor genetik dengan lingkungan dipikirkan melalui kemungkinan bahwa baik faktor lingkungan maupun faktor genetik masing-masing meningkatkan risiko penyakit asma bronkial, dan paparan lingkungan hanya meningkatkan risiko asma bronkial pada individu dengan genetik asma bronkial.⁷ Faktor-faktor yang mempengaruhi asma bronkial akan berbeda pada tiap individu.⁷

Ilustrasi Kasus

Ny.H, 46 tahun, seorang ibu rumah tangga, datang ke Puskesmas Gedong Tataan dengan keluhan sesak nafas sejak 30 menit yang lalu. Sesak bersifat terus-menerus dan makin berat. Sesak sudah pernah dirasakan sebelumnya. Pasien mengeluh sesak saat membantu suami membersihkan kandang ayam dibelakang rumah. Pasien tidak pernah membersihkan kandang ayam sebelumnya. Awalnya hanya sesak biasa lalu pasien beristirahat namun sesak tidak juga hilang lalu pasien dibawa ke Puskesmas oleh suami pasien. Pasien sudah memiliki obat yang sering dipakai yaitu salbutamol Inhaler Dosis Terukur (IDT) namun saat ini obat sedang habis.

Pasien pernah mengeluhkan penyakit seperti ini sebelumnya, terutama saat pasien

beraktivitas banyak dan terkena debu di jalan. Pasien selalu memakai obat semprot pelega nafas salbutamol yang direkomendasikan oleh dokter. Pasien memiliki riwayat asma sejak masih anak-anak. Namun sudah lebih dari 1 tahun asma tidak pernah kambuh lagi karena pasien rutin memakai pelega saat mulai merasa sesak. Setelah disemprotkan kedalam mulut maka pasien bisa beraktivitas seperti biasa kembali.

Ny.H tinggal bersama suaminya Tn. S dan kedua orang anaknya. Ayah Ny. H sudah meninggal dikarenakan kecelakaan dan ibu pasien masih hidup hingga saat ini. Dari keluarga Ny. H yang menderita asma adalah ibu pasien. Anak Ny. H yang menderita asma ada dua yaitu anak pertama Tn. T dan anak kelima An. D. Hubungan pasien dengan anak-anak dan lingkungan sekitar terjalin baik.

Pola pengobatan pasien dan keluarganya adalah kuratif yaitu apabila mengalami keluhan, pasien baru pergi untuk berobat. Sama saja dengan pola pengobatan anggota keluarga lainnya yaitu kuratif, dimana anggota keluarga mencari pelayanan kesehatan jika sakit saja.

Lingkungan didalam rumah pasien cukup bersih dan tertata rapi. Namun pencahayaan masih kurang dan bagian kamar tampak gelap dan lembap. Pasien sudah memasak dengan kompor gas sehingga paparan asap bisa dikurangi. Namun dibelakang rumah pasien masih ada kandang ayam yang jaraknya dekat dengan rumah sehingga bisa mencetuskan resiko kekambuhan asma akibat debu, kotoran, bulu binatang maupun kutu pada bulu ayam yang berterbangan.

Metode

Studi ini adalah deskriptif. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis) dan pemeriksaan fisik. Kunjungan rumah, melengkapi data keluarga, dan psikososial serta lingkungan. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

Data Klinis

Sesak nafas yang timbul tiba-tiba setelah membersihkan kandang ayam dibelakang rumah. Riwayat asma (+). Kehawatiran pasien adalah sesak nafas kembali muncul setelah lebih dari 1 tahun tidak pernah

kambuh lagi, takut akan komplikasi yang terjadi akibat sesak nafas. Harapan pasien adalah agar sesak bisa segera hilang, penyakit pasien segera sembuh dan pasien bisa beraktivitas seperti biasanya.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: tampak sakit sedang; suhu: 35,4 °C; tekanan darah: 100/70 mmHg; frekuensi nadi: 96 x/menit; frekuensi nafas: 32x/menit; berat badan: 65 kg; tinggi badan: 150 cm; IMT: 28,8.

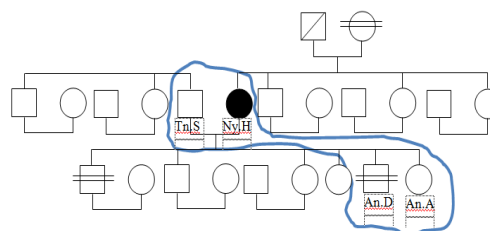
Status generalis

Mata, telinga, hidung, kesan dalam batas normal. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, nafas vesikuler, frekuensi cepat, didapatkan adanya wheezing pada kedua lapangan paru, tidak didapatkan rhonki kesan pasien dalam kondisi sesak. Batas jantung tidak terdapat pelebaran, kesan batas jantung normal. Abdomen, datar dan supel, tidak didapatkan organomegali ataupun asites kesan dalam batas normal. Ekstremitas tidak didapatkan edema, kesan dalam batas normal.

Data Keluarga

Pasien adalah anak pertama dari empat bersaudara. Memiliki 2 saudara perempuan dan 1 saudara laki-laki. Pasien memiliki 6 orang anak. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti yaitu terdiri dari ayah, ibu dan dua anak yang tinggal dalam satu rumah. Pasien seorang wanita berusia 46 tahun. Pasien tidak bekerja (ibu rumah tangga). Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh suami pasien sebagai kepala keluarga. Gaji kepala keluarga (KK) didapatkan dari berdagang Rp. 4.000.000/bulan.

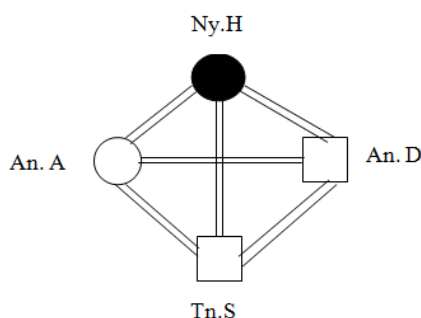
Genogram



Gambar 1. Genogram Keluarga Ny.H

Keterangan :

- Laki-laki
- Perempuan
- Pasien asma
- / Meninggal
- 🏠 Tinggal serumah
- == Mengidap asma



Gambar 2. Hubungan antar anggota keluarga Ny.H

Keterangan

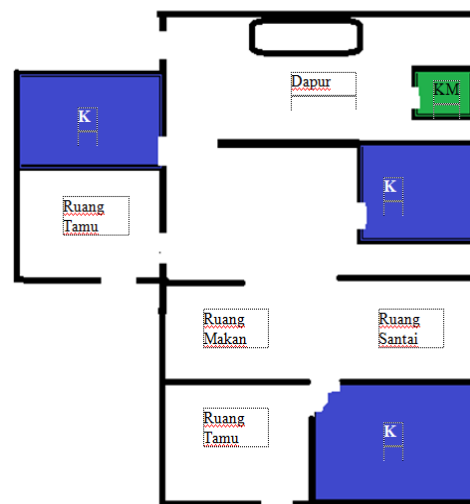
= : Hubungan sangat erat

Data Lingkungan Rumah

Rumah pasien berada ± 600 meter dari bibir jalan raya, dengan luas $7 \times 14 \text{ m}^2$. Dinding tembok, berlantai keramik sebagian semen, dengan jendela di tiap ruangan. Jendela berupa kaca tembus pandang yang dapat dibuka dengan lubang udara di atasnya. Sinar matahari dapat masuk ke dalam rumah, namun cahaya yang masuk tidak optimal, penerangan dibantu lampu LED, ventilasi cukup, rumah lembab terutama kamar tidur, ventilasi dan jendela ada pada setiap kamar, sehingga sinar matahari dan udara dapat masuk. Terdapat tiga kamar tidur, satu ruangan bersantai yang difungsikan sebagai ruang keluarga, dua ruang tamu, satu ruang makan, satu dapur yang berlantai semen dan satu toilet yang berada di dalam rumah. Keadaan rumah secara keseluruhan terkesan cukup rapi dan bersih. Hanya saja sedikit lembab di kamar yang tidak cukup cahaya dan lembab di sekitar kamar mandi.

Pada kunjungan didapatkan kebersihan rumah baik, lantai keramik bersih. Di kamar terdapat tempat tidur dengan kasur yang dipasang sprei rapi dan bersih. Terdapat satu kamar mandi. Fasilitas dapur menggunakan kompor gas. Air minum didapat dari air PAM,

sementara memasak, cuci dan mandi didapat dengan air sumur. Sumber air berasal dari PAM dan sumur galian. Saluran air dialirkan ke got di belakang rumah. Terdapat *septic tank* untuk pembuangan limbah dengan kedalaman 3 meter. Keluarga pasien membuang sampah ke belakang rumah lalu membakarnya. Jarak rumah dengan rumah lainnya 5-10 meter. Denah rumah dapat dilihat pada Gambar 3.



Gambar 3. Denah Rumah Ny. H

Keterangan :

- K : Kamar tidur
- KM : Kamar mandi

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Sesak nafas tiba-tiba
- Kekhawatiran: sesak nafas kembali muncul setelah lebih dari 1 tahun tidak pernah kambuh lagi, takut akan komplikasi yang terjadi akibat sesak nafas
- Harapan: sesak bisa segera hilang, penyakit pasien segera sembuh dan pasien bisa beraktivitas seperti biasanya.
- Persepsi: Sesak nafas

2. Aspek Risiko Internal

1. Predisposisi genetik
2. Tidak pernah kontrol
3. Pengetahuan yang kurang tentang asma
4. Pola berobat kuratif
5. Hipersensitif jalan nafas
6. Riwayat atopi/alergi

3. Aspek Risiko Eksternal

- Psikososial: Kurangnya dukungan dari keluarga untuk rutin kontrol asma ke dokter
- Lingkungan: Alergen yang ada didalam ruangan (jamur dan debu), allergen diluar ruangan (tepung sari bunga, tungau, bulu binatang, asap rokok, polusi udara), infeksi pernafasan.

4. Aspek Psikososial Keluarga

1. Kurangnya dukungan dan pengetahuan keluarga untuk memotivasi pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya dan menjaga agar tidak kambuh serta menghindari faktor pencetus.

5. Derajat Fungsional: 1

Intervensi

Intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah edukasi dan konseling mengenai penyakitnya, pencegahan agar tidak terjadi komplikasi. Dilakukan intervensi terhadap faktor internal dan eksternal, dengan melakukan 3 kali kunjungan ke rumah. Penatalaksanaan pada kasus ini yaitu:

a) Nonmedikamentosa

1. Pemberian leaflet dan poster mengenai penjelasan penyakit asma, menjelaskan faktor resiko, penyebab serta pencetus terjadinya asma dan penyakit asma yang tidak bisa sembuh hanya bisa terkontrol.
2. Konseling agar pasien sebisa mungkin menghindari faktor pencetus kambuhnya asma.
3. Konseling kepada pasien dan keluarga di rumah untuk ikut melakukan tindakan menjaga pola makan sesuai gizi seimbang.
4. Konseling kepada keluarga mengenai cara pemakaian obat, jenis pengobatan serta perlunya dukungan sesama keluarga.
5. Menyarankan agar punya obat pelega di rumah jenis IDT/semprot agar pasien bisa mengobati sendiri saat terjadi sesak di rumah.
6. Konseling pasien bahwa penyakit ini dapat berulang bila pengobatan tidak teratur dan tidak pernah kontrol rutin.

7. Konseling pada pasien bahwa penyakit ini dengan penatalaksanaan yang dilakukan harus dilakukan terus menerus dengan obat pelega dan pengontrol jika ada kekambuhan.

8. Memberi konseling bahwa penyakit ini bersifat hereditas/diturunkan kepada anak kandung.

9. Menginformasikan mengenai aktivitas fisik yang boleh dilakukan, olahraga ringan, makanan yang tidak alergi dan menu gizi seimbang.

b) Medikamentosa

1. Nebulizer ventolin 5mg/ml saat serangan
2. Salbutamol IDT/Semprot 100mcg saat serangan di rumah
3. Prednison 4x5mg tab dosis terbagi selama 10 hari (PPDI Asma)

Pembahasan

Masalah kesehatan pada pasien dengan asma bronkial dapat dikaji menurut *mandala of health*. Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang perempuan berusia 46 tahun yang menderita asma sejak masih anak-anak. Jarang terjadi kekambuhan. Status asma tidak pernah kambuh selama >1 tahun terakhir.

Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 9 Mei 2017. Pada kesempatan tersebut dilakukan pengenalan dengan keluarga pasien serta diberikan penjelasan mengenai pembinaan keluarga. Setelah itu dilakukan anamnesis yang lebih mendalam mengenai keadaan pasien, keluarga, perilaku, dan keadaan yang dapat menjadi faktor risiko terjadinya asma pada pasien. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *mandala of health*, pasien memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit yang diderita. Lingkungan psikososial, terkadang pasien merasa stress akan pekerjaannya di rumah dan untuk lingkungan sosial pasien baik, pasien sering mengikuti kegiatan-kegiatan yang diadakan di kampungnya. *Life style* belum sesuai dengan anjuran dokter. Pasien tidak pernah kontrol rutin ke dokter dan hygiene di luar rumah masih kurang.

Pada pasien ini penegakan diagnosis klinik Asma Bronkial, berdasarkan keluhan pasien yang didapatkan sesak nafas tiba-tiba setelah aktivitas membersihkan kandang ayam. Resiko pencetusnya adalah debu, kotoran

ayam, tungau, bulu ayam dan lelah aktivitas. Sesak disertai keluar keringat dingin dan nyeri pada dada. Sedangkan dari pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah pasien 100/70 mmHg, nadi 98 x/menit, RR 32x/menit. Pemeriksaan fisik paru didapatkan adanya wheezing saat ekspirasi. Sesuai dengan gambaran klinis asma yaitu sesak nafas, adanya batuk, mengi/wheezing, serta kulit bibir kebiruan.⁷

Penegakan diagnosis pada pasien sudah tepat yaitu Asma bronkial. Diagnosis asma yang tepat sangatlah penting, sehingga penyakit ini dapat ditangani dengan baik, mengi (wheezing) berulang dan/atau batuk kronik berulang merupakan titik awal untuk menegaskan diagnosis. Diagnosis asma didasarkan anamnesis, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan penunjang. Diagnosis klinis asma sering ditegakkan oleh gejala berupa sesak episodik, mengi, batuk dan dada sakit/sempit. Pengukuran fungsi paru digunakan untuk menilai berat keterbatasan arus udara dan reversibilitas yang dapat membantu diagnosis. Mengukur status alergi dapat membantu identifikasi faktor risiko. Pada penderita dengan gejala konsisten tetapi fungsi paru normal, pengukuran respons dapat membantu diagnosis. Asma diklasifikasikan menurut derajat berat, namun hal itu dapat berubah dengan waktu. Untuk membantu penanganan klinis, dianjurkan klasifikasi asma menurut ambang kontrol.^{8,9}

Untuk mencegah resiko lebih lanjut yang bisa dialami oleh pasien, maka dapat kita sarankan kepada pasien untuk patuh terhadap pengobatan dan anjuran yang diberikan serta melakukan beberapa pemeriksaan yang mungkin dapat ia lakukan untuk mengetahui lebih dini perluasan penyakitnya, sebagai prinsip pencegahan terhadap faktor resiko yang ia miliki.

Eksaserbasi asma adalah episode akut atau subakut dengan sesak yang memburuk secara progresif disertai batuk, mengi, dan dada sakit, atau beberapa kombinasi gejala-gejala tersebut.¹⁰ Eksaserbasi ditandai dengan menurunnya arus napas yang dapat diukur secara obyektif (spirometri atau PFM) dan merupakan indikator yang lebih dapat dipercaya dibanding gejala.¹⁰ Eksaserbasi asma dapat ditimbulkan berbagai faktor (trigger) seperti alergen (indoor seperti tungau debu

rumah, hewan berbulu, kecoa, dan jamur, alergen outdoor seperti polen, jamur, infeksi virus, polutan dan obat.¹¹ Mengurangi pajanan penderita dengan beberapa faktor seperti menghentikan merokok, menghindari asap rokok, lingkungan kerja, makanan, aditif, obat yang menimbulkan gejala dapat memperbaiki kontrol asma serta keperluan obat.¹¹ Tetapi biasanya penderita bereaksi terhadap banyak faktor lingkungan sehingga usaha menghindari alergen sulit untuk dilakukan.¹² Hal-hal lain yang harus pula dihindari adalah polutan indoor dan outdoor, makanan dan aditif, obesitas, emosi-stres dan berbagai faktor lainnya.¹⁰⁻¹³ Pada kasus ini pasien mengeluh sesak saat membantu suami membersihkan kandang ayam dibelakang rumah. Pasien tidak pernah membersihkan kandang ayam sebelumnya.

Pengelolaan penyakit asma meliputi terapi nonfarmakologis dan farmakologis. Terapi nonfarmakologis dengan menghindari faktor pencetus, menjaga kebersihan lingkungan dan rutin kontrol ke dokter. Sedangkan terapi farmakologis dengan obat pelega maupun pengontrol saluran nafas ada yang disemprot dan diminum. Dijelaskan kepada pasien dan keluarga pasien bahwa terapi nonfarmakologis lebih penting dan bermakna dari pada terapi farmakologis. Tujuan dari pengelolaan itu sendiri adalah menurunkan resiko komplikasi dan kematian akibat penyakit asma. Pasien diberitahu masih perlu memperbaiki pola hidupnya dan sering kontrol asma ke Puskesmas sebulan sekali serta meminum obat dan kurangi aktivitas fisik serta selalu sedia obat semprot pelega dirumah.¹⁴ Pada kasus ini pasien tidak rutin kontrol sehingga pasien kambuh.

Pada prinsipnya pengobatan asma dibagi menjadi 2 golongan yaitu antiinflamasi merupakan pengobatan rutin yang bertujuan mengontrol penyakit serta mencegah serangan dikenal dengan pengontrol, serta bronkodilator merupakan pengobatan saat serangan untuk mengatasi eksaserbasi/serangan dikenal dengan pelega.⁷ pasien sudah memiliki obat yang sering dipakai yaitu salbutamol Inhaler Dosis Terukur (IDT) namun saat ini obat sedang habis, sehingga pada kasus ini pasien kambuh.

Contoh antiinflamasi yaitu golongan steroid inhalasi seperti flutikason propionat dan budesonid, golongan antileukotrin

seperti metilprednisolon, kortikosteroid sistemik seperti prednison, agonis beta-2 kerja lama seperti formeterol, prokaterol.⁷ Obat pelega ada dari golongan agonis beta-2 kerja singkat seperti salbutamol, terbutalin, fenoterol, golongan antikolinergik seperti ipratropium bromide, golongan metilsantin seperti teofilin, aminofilin dan lain-lain.⁷ pada kasus ini pasien sudah tepat memakai obat salbutamol inhaler dosis terukur (IDT) saat serangan muncul namun pasien tidak rutin kontrol sehingga menyebabkan kekambuhan pada penyakitnya.

Terdapat beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru.¹⁴ Pertama adalah *awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*).¹⁴ Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*).¹⁴ 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. Ketika intervensi dilakukan, keluarga juga turut serta mendampingi dan mendengarkan apa yang disampaikan pada pasien.¹⁴

Pada prinsipnya penatalaksanaan asma diklasifikasikan menjadi 2 golongan, akut dan kronik. Penatalaksanaan Asma Akut adalah serangan akut adalah keadaan darurat dan membutuhkan bantuan medis segera, Penanganan harus cepat dan sebaiknya dilakukan di rumah sakit/gawat darurat. Kemampuan pasien untuk mendeteksi dini perburukan asmanya adalah penting, agar pasien dapat mengobati dirinya sendiri saat serangan di rumah sebelum ke dokter. Dilakukan penilaian berat serangan berdasarkan riwayat serangan, gejala, pemeriksaan fisis dan bila memungkinkan pemeriksaan faal paru, agar dapat diberikan pengobatan yang tepat. Pada prinsipnya tidak diperkenankan pemeriksaan faal paru dan laboratorium yang dapat menyebabkan keterlambatan dalam pengobatan/ tindakan.^{14,15} Penatalaksanaan asma kronik adalah pasien asma kronik diupayakan untuk dapat memahami sistem penanganan asma secara mandiri, sehingga dapat mengetahui kondisi kronik dan variasi keadaan asma. Anti inflamasi merupakan pengobatan rutin yang yang

bertujuan mengontrol penyakit serta mencegah serangan dikenal sebagai pengontrol, Bronkodilator merupakan pengobatan saat serangan untuk mengatasi eksaserbasi/serangan, dikenal pelega.

Ciri-ciri asma terkontrol yaitu tanpa gejala harian atau 2x/minggu, tanpa keterbatasan aktivitas harian, tanpa gejala asma malam, tanpa pengobatan pelega 2x/minggu, fungsi paru normal atau hampir normal, tanpa eksaserbasi.^{14,15} Ciri-ciri asma tidak terkontrol adalah asma malam (terbangun malam hari karena gejala asma), kunjungan ke gawat darurat, karena serangan akut, kebutuhan obat pelega meningkat.^{14,15}

Adanya berbagai faktor pemicu kekambuhan asma membuat pola hidup individu menjadi berubah karena harus menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan fisiologis yang disebabkan oleh asma dan menghindari faktor pemicu kekambuhan asma. Hal ini dapat memberikan dampak pada fisik maupun psikologis individu.

Berdasarkan uraian di atas dapat dilihat bahwa dampak psikologis yang ditimbulkan oleh asma dapat memperburuk kondisi individu yang mengalami asma. Dibutuhkan adanya penerimaan diri bagi individu yang mengalami asma untuk meminimalisir dampak psikologis yang dapat menjadi pemicu meningkatnya kekambuhan asma. Individu yang memiliki penerimaan diri akan lebih mampu menyesuaikan kondisi emosional dengan realitas yang dihadapi, memiliki keyakinan terhadap kemampuan yang dimiliki, memandang diri sebagai individu yang berharga, bertanggung jawab, berpendirian, serta mampu menerima kelebihan dan keterbatasan yang dimiliki.^{16,17}

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 15 Mei 2017 dari hasil anamnesis lanjut didapatkan bahwa menurut pasien kondisi yang ia rasakan mulai semakin membaik, tetap melakukan anjuran dokter yang dijelaskan pada kunjungan kedua. Dari anamnesis pasien tidak pernah sesak kembali. Pasien dianjurkan untuk tetap memeriksakan diri serta rutin kontrol meskipun tidak ada gejala dan apabila ada gejala lain yang mengganggu, pasien dapat langsung datang ke puskesmas dan mengikuti saran serta anjuran yang diberikan.

Melihat tingkat kepatuhan pasien cukup baik dan hasil anamnesis dan

pemeriksaan fisik pasien yang mendekati stabil maka prognosis pada pasien ini dalam hal quo ad vitam: dubia ad bonam dilihat dari kesehatan dan tanda-tanda vitalnya yang sudah mulai baik; quo ad functionam: dubia ad bonam karena pasien masih bisa beraktivitas sehari-hari secara mandiri; dan quo ad sanationam: dubia ad bonam karena pasien masih bisa melakukan fungsi sosial dan berinteraksi baik dengan tetangga sekitar rumah.

Simpulan

Didapatkan faktor internal perempuan usia 46 tahun, predisposisi genetik, tidak pernah kontrol, pengetahuan yang kurang tentang asma, pola berobat kuratif, hipersensitif jalan nafas, riwayat atopi/alergi

1. Telah dilakukan pemeriksaan secara holistik dan didapatkan pada keluarga yaitu ibu dan kedua anak pasien memiliki penyakit asma.
2. Telah dilakukan penatalaksanaan pada pasien secara holistik dan komprehensif, *patient center*, family approprided dengan pengobatan asma secara literatur berdasarkan EBM.
3. Dalam melakukan intervensi terhadap pasien tidak hanya memandang dalam hal klinis tetapi juga terhadap psikososialnya, oleh karena itu diperlukan pemeriksaan dan penanganan yang holistik, komprehensif dan berkesinambungan.
4. Pada pasien diberikan edukasi mengenai faktor pencetus yang harus dihindari, pola makan sesuai dengan gizi seimbang, pola olahraga dan aktivitas yang boleh dilakukan, pentingnya untuk meminum obat dan memiliki obat pelega di rumah serta kontrol rutin asma. Dukungan keluarga diperlukan untuk membantu pasien mengendalikan penyakit pasien.

Daftar Pustaka:

1. IDAI. 2010. Buku ajar respirologi anak. Edisi ke-1. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
2. Global Initiative for Asthma (GINA). 2012. At-A-Glance Asthma Management Reference.
3. Rengganis I. 2008. Diagnosis dan tatalaksana asma bronkial. Majalah Kedokteran Indonesia. 58(11):444-51.

4. Cicak B, Verona E, Stefanovic M. 2008. An individualized approach in the education of asthmatic children. Acta Clinica Croatica. 47(4):231-8.
5. Depkes RI. 2007. Pharmaceutical care untuk penyakit asma. Departemen Kesehatan Republik Indonesia
6. Hermawan. 2012. Faktor resiko kejadian asma bronkial berdasarkan jarak pusat semburan lumpur lapindo Sidoarjo Jawa Timur. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Kekhususan Epidemiologi Lapangan. Program Pascasarjana FK UGM Yogyakarta. Tesis
7. PDPI. 2006. Pedoman diagnosis dan penatalaksanaan asma di Indonesia. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia.
8. Global strategy for asthma management and prevention. 2007. National Institutes of Health.
9. Bernstein JA. Asthma in handbook of allergic disorders. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins. 2003:73-102.
10. Corrigan C, Rak S. 2004. Asthma in allergy. China: Elsevier Mosby: 2004: 26-38.
11. Bacharier LB, Louis S. 2002. "Step-down" therapy for asthma: Why, When, and How? JACI. 109(6):916.
12. Bochner BS, Busse. 2005. Allergy and Asthma. JACI. 115(5):953-9.
13. Broide D. 2004. New perspectives on mechanisms underlying chronic allergic inflammation and asthma in 2007. JACI. 122(3):475-80.
14. Gotzsche CP. 2007. House dust mite control measures for asthma: systematic review in European Journal of Allergy and Chronic Urticaria. (63)646.
15. Bateman ED, Jithoo A. 2007. Asthma and allergy - a global perspective in Allergy. European Journal of Allergy and Clinical Immunology. 62(3):213-5.
16. Anatri R. 2011. Self acceptance in adolescence who have parent polygamy. Artikel Psychology.
17. Salwa U, Kuncoro J, Setyaningsih R. 2010. Dukungan sosial keluarga dan persepsi terhadap vonis dengan penerimaan diri narapidana lembaga pemasyarakatan Kelas II.A wanita Semarang. Proyeksi. (2):79-89.