



**PENATALAKSANAAN HOLISTIK PADA WANITA DEWASA DENGAN
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS DENGAN RIWAYAT MEROKOK DAN
PAPARAN ASAP ROKOK MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA**

Diwanti Aulia Hasanah*, Hanifah Choirunnisa, Diana Mayasari

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Ir. Soemantri Brojonegoro No.1, Gedung Meneng, Kec.
Rajabasa. Kota Bandar Lampung, Lampung 35145, Indonesia

[*diwantiuliahasanah@gmail.com](mailto:diwantiuliahasanah@gmail.com)

ABSTRAK

Penyakit yang dikenal sebagai penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) didefinisikan sebagai gejala pernapasan yang bertahan lama dan hambatan aliran udara yang disebabkan oleh kelainan saluran napas yang progresif. Merokok adalah faktor risiko paling umum untuk PPOK. Dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, dan manajemen pasien berdasarkan pendekatan yang berpusat pada pasien dan keluarga terhadap masalah pasien, penelitian ini bertujuan untuk memberikan layanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* kepada pasien. Ini adalah penelitian laporan kasus. Data primer dikumpulkan melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari keluarga dan pasien), pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Rekam medis pasien menyediakan data sekunder yang diperlukan. Evaluasi didasarkan pada diagnostik yang komprehensif dari awal, pertengahan, dan akhir penelitian. Ny. S, pasien PPOK, khawatir gejalanya akan memburuk dan penyakitnya akan semakin parah. Masalah pada pasien dan keluarga disebabkan oleh kurangnya informasi tentang kondisi kesehatan, serta kurangnya dorongan keluarga untuk berhenti merokok dan memeriksakan kesehatan secara teratur. Masalah pasien dikelola secara holistik dan menyeluruh. Telah dilakukan konseling untuk membantu pasien dan keluarga pasien belajar lebih banyak mengenai penyakitnya.

Kata kunci: dokter keluarga; ppok; riwayat merokok

***HOLISTIC MANAGEMENT OF ADULT WOMEN WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE WITH HISTORY OF SMOKING AND CIGARETTE SMOKE
EXPOSURE THROUGH MEDICAL APPROACH FAMILY***

ABSTRACT

The disease known as chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is distinguished by enduring respiratory symptoms and airflow restriction brought on by developing airway abnormalities. Smoking is the most prevalent risk factor for COPD. By identifying risk factors, clinical issues, and patient management based on a patient-centered and family approach to patient problems, this study aims to provide patients with evidence-based medicine-based family doctor services. It is a case report research. In order to examine the physical environment, primary data were collected through anamnesis (autoanamnesis and alloanamnesis from family and patients), physical examination, and house visits. The patient's medical file provided secondary data that was collected. The evaluation is based on a comprehensive diagnostic from the start, middle, and end of the study. Mrs. S, a COPD patient, worries that his symptoms will worsen and that he will develop a severe illness. Problems in patients and families are brought on by a lack of information about health disorders, as well as by a lack of drive and family encouragement to quit smoking and go for regular health checks. Problems with patients are managed holistically and thoroughly. Ny. S has been carried out by offering counseling to help the patient's family learn more about the disease.

Keywords: *copd; family doctor; smoking history*

PENDAHULUAN

Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) merupakan penyakit yang dapat dicegah dan diobati. Kondisi PPOK ditandai dengan meningkatnya kelainan saluran udara dan/atau alveoli, yang biasanya disebabkan oleh paparan bahan kimia atau gas berbahaya (GOLD, 2020). Merokok adalah faktor risiko paling umum untuk PPOK di seluruh dunia. Perokok pasif juga berisiko terpapar asap rokok, yang meningkatkan peluang mereka terkena PPOK. Gas atau partikel berbahaya yang dapat dihasilkan dari polusi udara, terutama di kota-kota besar, kawasan industri, dan lokasi pertambangan, merupakan faktor risiko penting lainnya. Selain penyebab tersebut, PPOK juga dapat dipengaruhi oleh interaksi faktor inflamasi host, keparahan penyakit, dan komorbiditas. Penyebab PPOK lainnya termasuk infeksi saluran pernapasan bawah berulang, perkembangan paru abnormal, dan faktor genetik (defisiensi antitripsin alfa-1.) (GOLD, 2020).

Penyebab kematian paling umum ketiga di dunia, menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), adalah PPOK. Sebanyak 3,23 juta kematian dengan merokok menjadi faktor utama pada tahun 2019. Menurut proyeksi epidemiologi yang dibuat oleh *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* pada tahun 2020, semakin banyak orang yang merokok, tingkat prevalensi PPOK akan terus meningkat. Prevalensi PPOK bervariasi dari satu negara ke negara lain. Sejak 2008, prevalensi PPOK pada wanita telah meningkat menyamai pria, sebagian karena lebih banyak wanita di seluruh dunia yang merokok dan terpapar asap bahan bakar (Gut-Gobert et al, 2019). Orang lanjut usia, terutama yang berusia di atas 75 tahun, juga lebih mungkin mengalami episode PPOK. Namun, mereka yang memiliki kondisi komorbiditas mungkin mengalaminya lebih awal. Menurut temuan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, terdapat 3,7% lebih banyak laki-laki daripada perempuan yang menderita PPOK di Indonesia. Meskipun angka perokok nasional di bawah usia 10 tahun menurun dari 29,3% pada tahun 2013 menjadi 28,8% pada tahun 2018, Provinsi Lampung mengalami peningkatan sebesar 0,5%. Untuk perokok aktif harian, Provinsi Lampung unggul dengan 28,1%. (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan gejala dan indikatornya, penyakit paru obstruktif kronik umumnya sudah dapat dicurigai. Tingkat keparahan gejala PPOK dapat berkisar dari ringan hingga berat. Sesak napas, batuk kronis, dan batuk kronis berdahak adalah tiga gejala utama PPOK. Gejala tersebut disertai riwayat paparan faktor risiko dari partikel atau gas berbahaya, seperti asap rokok, debu, bahan kimia di tempat kerja, dan asap dapur dengan kayu bakar. Selain menimbulkan gejala tersebut, PPOK juga dapat membuat pasien menjadi kurang produktif dan mengganggu tugas sehari-hari sehingga meningkatkan angka kesakitan suatu bangsa (PDPI, 2016). Secara khusus, gejala malam hari dan gangguan tidur seringkali kurang dikenali oleh pasien. Bahkan pada pasien dengan keterbatasan aliran udara yang parah, banyak pasien dengan PPOK tidak melaporkan gejala tersebut dan sering lambat diketahui dokter sehingga hasilnya sering salah dan mengaitkannya dengan faktor-faktor lain seperti penuaan, pekerjaan, dan lainnya (Vogelmeier, 2020).

Oleh karena 19% pasien PPOK mengalami keputusan akibat gejala jangka panjang, keterlibatan keluarga dalam mendorong, mengulangi, dan merawat pasien sangat penting. Selain mortalitas, kondisi PPOK juga menyebabkan beban lainnya seperti beban ekonomi bagi individu dan sistem pelayanan kesehatan, serta beban sosial akibat kondisi disabilitas pada PPOK derajat berat (GOLD, 2020). Akibatnya, penting untuk memberi tahu pasien dan keluarga pasien tentang perkembangan penyakit serta pencegahan, penyulit, dan manajemen PPOK. Pasien PPOK yang menerima terapi jangka panjang juga dapat mengalami depresi. Kualitas hidup pasien dapat ditingkatkan dengan penatalaksanaan yang tepat, baik secara

farmakologis maupun nonfarmakologis. Tujuannya adalah untuk mengurangi gejala, menghentikan perkembangan penyakit, meningkatkan status kesehatan, meningkatkan toleransi olahraga, menghentikan dan mengobati komplikasi, menghentikan dan mengobati eksaserbasi, dan menurunkan angka kematian (Price, 2003).

Tujuan dari manajemen holistik adalah untuk mengenali masalah klinis pasien, masalah dengan fungsi keluarga, mengimplementasikan solusi, dan menilai keefektifan terapi. Nantinya diharapkan intervensi ini mampu menyelesaikan masalah klinis pada pasien dan keluarga, mengubah perilaku kesehatan keluarga, serta meningkatkan keterlibatan keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengimplementasikan pelayanan dokter keluarga yang menyeluruh dan menyeluruh dalam menanggapi kekhawatiran pasien dan untuk melakukan manajemen berdasarkan *Evidence Based Medicine* dengan pendekatan *family-approach*, *patient-centered* dan *community oriented*.

METODE

Studi ini adalah sebuah laporan kasus. Autoanamnesis, alloanamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah digunakan untuk mengumpulkan data primer serta informasi keluarga, psikologis, dan lingkungan. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan diagnostik holistik dari awal studi hingga selesai, baik secara numerik maupun kualitatif.

ILUSTRASI KASUS

Ny. S, berusia 47 tahun, datang pada Senin, 24 Oktober 2022 dengan keluhan sesak napas yang memberat sejak satu bulan yang lalu. Pasien pertama kali mengeluhkan sesak napas 1 tahun yang lalu. Sesak yang dirasakan bersifat hilang timbul dan memberat setelah beraktivitas. Sesak berkurang dengan istirahat. Dalam seminggu, sesak dapat terjadi 2 sampai 3 kali. Pasien merasakan awalnya sesaknya masih dapat ditahan sehingga tidak memeriksakan diri ke dokter. Selain sesak, pasien juga mengeluhkan batuk berdahak. Batuk muncul kapan saja dan tanpa adanya pencetus. Batuk dirasakan pasien sejak 2 tahun yang lalu.

Selain keluhan di atas, pasien juga sering merasa nyeri di area dada sejak 1 tahun lalu. Nyeri dada tidak menjalar, dirasakan di bagian tengah, seperti ditekan, saat nyeri dada terasa berat, dan bersifat hilang timbul. Nyeri dada hilang dengan sendirinya setelah beristirahat, namun terkadang nyeri baru hilang setelah pasien minum obat asam mefenamat. Nyeri dirasakan terutama setelah beraktivitas berat seperti keliling rumah penduduk untuk sensus. Keluhan dirasakan tidak memberat namun cukup mengganggu pasien. Nyeri dada tidak disertai rasa panas. Keluhan sering berdebar, kedua tungkai bengkok, keringat di malam hari disangkal.

Satu bulan yang lalu pasien merasakan sesaknya semakin berat dan batuk yang semakin sering, disertai nyeri di daerah dada tengah dan badan lemas. Keluhan terbangun di malam hari karena sesak dan harus menggunakan banyak bantal saat berbaring agar tidak sesak disangkal. Pasien belum pernah berobat dan hanya minum obat yang dibeli di warung untuk meredakan keluhannya. Pasien mengatakan obat yang ia beli sendiri adalah paracetamol dan asam mefenamat. Keluhan membaik namun sesak masih terasa, dan pasien menjadi cemas mengalami sakit yang parah seperti kakaknya, sehingga pasien pergi ke puskesmas untuk berobat.

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit asma, TB, atau didiagnosis penyakit paru lain sebelumnya. Riwayat alergi, kencing manis, tekanan darah tinggi, dan penyakit jantung

disangkal. Di keluarga, kakak kandung pasien menderita tumor paru dan meninggal satu tahun yang lalu, dan suami pasien menderita bronkitis kronis dan gagal jantung sejak 5 bulan yang lalu. Keluhan yang dialami suami pasien 5 bulan yang lalu yaitu batuk berdarah disertai sesak nafas saat beraktivitas di luar rumah. Saat ini suami pasien sedang menjalani pengobatan dan keluhan yang dirasakan yaitu batuk tidak berdahak ringan.

Pasien biasanya makan 3 kali sehari, makanan yang dikonsumsi beragam namun jarang mengonsumsi sayur. Nafsu makan pasien cukup baik, dapat dikatakan ketika makan, pasien mengambil satu centong nasi, satu hingga dua buah lauk (ayam, tempe, ikan, tahu) dan kuah dari sayur. Pasien jarang mengonsumsi buah-buahan. Riwayat penurunan berat badan dalam beberapa bulan terakhir disangkal. Aktivitas sehari-hari pasien yaitu melakukan kegiatan luar rumah karena pasien seorang Ibu RT, kegiatan tersebut dapat berupa sensus penduduk, posyandu, posbindu, maupun kegiatan lainnya. Pasien rutin berolahraga senam setiap minggu. Pasien memiliki riwayat merokok selama 20 tahun, tetapi sudah berhenti sejak 5 tahun yang lalu. Di rumah, dua anak pasien merokok di dalam rumah. Suami pasien juga merokok selama kurang lebih 30 tahun, dan sudah berhenti 5 bulan yang lalu karena sakit. Pasien juga mengaku tidak pernah mengonsumsi NAPZA maupun alkohol.

Suku pasien Jawa, pasien tinggal dengan suami, dan empat anaknya di rumah milik sendiri dengan ventilasi dan pencahayaan yang cukup. Hubungan antara anggota keluarga dan lingkungan sekitar dengan pasien terjalin baik. Keluarga pasien termasuk keluarga yang harmonis. Kecenderungan berobat pasien hanya saat ada keluhan dan pasien juga melakukan pemeriksaan kesehatan hanya saat ada keluhan yang berarti upaya menjaga kesehatan pasien dan keluarganya masih kurang. Pasien mengaku selama ini setiap kali sakit datang ke Puskesmas Karang Anyar yang jaraknya sekitar 3-4 kilometer dari rumahnya, dan biasanya berangkat menggunakan kendaraan pribadi (sepeda motor).

Pasien dan keluarganya mengaku tidak begitu mengerti apa sakit yang diderita pasien dan nama penyakitnya. Pasien dan keluarganya juga tidak mengetahui pemicu keluhan sesak pada pasien dan mengapa keluhan sesaknya menjadi semakin berat. Sepengetahuan pasien, penyakitnya disebabkan kelelahan akibat bekerja. Pasien memiliki kekhawatiran mengidap penyakit serius seperti kakak kandung pasien yang menderita tumor paru dan khawatir keluhan bertambah parah, serta berharap sembuh dan dapat bebas dari keluhannya sehingga dapat kembali beraktivitas seperti biasa.

HASIL

Anamnesis

Keluhan berupa sesak napas yang dirasakan semakin memberat sejak satu bulan yang lalu. Pasien pertama kali mengeluhkan sesak napas sekitar 1 tahun yang lalu. Sesak yang dirasakan hilang timbul, memberat setelah melakukan aktivitas dan berkurang dengan istirahat. Dalam seminggu, sesak dapat terjadi 2 sampai 3 kali. Pasien merasakan awalnya sesaknya masih dapat ditahan sehingga tidak memeriksakan diri ke dokter. Selain sesak, pasien juga mengeluhkan batuk berdahak. Batuk muncul kapan saja dan tanpa pencetus. Batuk yang hilang timbul juga dirasakan pasien sejak 2 tahun yang lalu.

Pasien sering merasa nyeri di area dada sejak 1 tahun lalu. Nyeri dada tidak menjalar, dirasakan di bagian tengah, seperti ditekan, disertai rasa berat di dada dan hilang timbul. Nyeri dada tidak disertai rasa panas. Keluhan sering berdebar disangkal. Riwayat alergi

kencing manis, tekanan darah tinggi, dan penyakit jantung disangkal. Di keluarga, kakak kandung pasien menderita tumor paru dan meninggal satu tahun yang lalu, dan suami pasien menderita bronkitis kronis dan gagal jantung sejak 5 bulan yang lalu.

Pasien memiliki riwayat merokok selama 20 tahun, tetapi sudah berhenti sejak 5 tahun yang lalu. Di rumah, dua anak pasien merokok di dalam rumah. Suami pasien juga merokok selama kurang lebih 30 tahun, dan sudah berhenti 5 bulan yang lalu karena sakit. Pasien juga mengaku tidak pernah mengonsumsi NAPZA maupun alkohol.

Penilaian Derajat Merokok dengan Indeks Brinkman (IB)

Rumus Indeks Brinkman = Jumlah kisaran rokok yang dihisap sehari (batang) x lama merokok (dalam tahun)

IB Ny. S = 3 x 20 = 60 (perokok ringan) pasien merupakan perokok aktif dan pasif

IB Tn. A = 10 x 30 = 300 (perokok sedang)

IB Tn. B = 12 x 18 = 216 (perokok sedang)

IB Tn. W = 6 x 15 = 90 (perokok ringan)

Penilaian Tingkat Keparahan PPOK *COPD Assessment Test (CAT)*

Penilaian ini dilakukan untuk menentukan derajat PPOK yang dialami pasien. Dan resiko eksaserbasi dimana skor >30 yaitu sangat tinggi resikonya, 20-30 tinggi, 10-20 sedang, <10 rendah, dan <5 sehat.

Tabel 1.
Penilaian skor CAT

Konten Penilaian	Jawaban	Skor
Batuk	Tidak pernah batuk	0
	Batuk hanya bila ada infeksi paru	1
	Batuk beberapa hari dalam sebulan	2
	Batuk hanya beberapa hari dalam seminggu	3
	Batuk hampir setiap hari	4
	Batuk setiap hari	5
Dahak	Tidak menghasilkan dahak	0
	Menghasilkan dahak hanya jika ada infeksi	1
	Menghasilkan dahak hanya pada beberapa hari dalam sebulan	2
	Menghasilkan dahak hanya pada beberapa hari dalam seminggu	3
	Menghasilkan dahak hampir setiap hari	4
	Menghasilkan dahak setiap hari	5
Sesak dada atau rasa tertekan di dada	Tidak sesak dada atau rasa tertekan di dada	0
	Sesak dada atau rasa tertekan di dada hanya jika ada infeksi	1
	Sesak dada atau rasa tertekan di dada hanya pada beberapa hari dalam sebulan	2
	Sesak dada atau rasa tertekan di dada hanya pada beberapa hari dalam seminggu	3
	Sesak dada atau rasa tertekan di dada hampir setiap hari	4
	Sesak dada atau rasa tertekan di dada setiap hari	5

Konten Penilaian	Jawaban	Skor
Sesak nafas Ketika menaiki bukit atau tangga	Tidak sesak napas ketika menaiki bukit atau tangga	0
	Sesak napas yang ringan sekali ketika menaiki bukit atau tangga	1
	Sesak napas yang ringan ketika menaiki bukit atau tangga	2
	Sesak napas sedang	3
	Sesak napas yang berat ketika menaiki bukit atau tangga	4
	Sesak napas yang berat ketika menaiki bukit atau tangga	5
Keterbatasan aktivitas sehari-hari	Sesak jika berolahraga aktif	0
	Sesak jika berjalan menanjak atau menaiki tangga	1
	Sesak jika berjalan di luar rumah di atas permukaan yang datar	2
	Sesak jika berjalan di dalam rumah	3
	Sesak jika mandi atau berpakaian	4
	Sesak jika dalam posisi duduk atau tidur	5
Kepercayaan diri men inggalkan rumah	Percaya diri dan tidak khawatir untuk keluar rumah	0
	Tidak pernah merasa khawatir ketika keluar rumah kecuali jika ada infeksi	1
	Khawatir untuk keluar rumah pada beberapa hari dalam sebulan	2
	Khawatir untuk keluar rumah pada beberapa hari dalam seminggu	3
	Khawatir untuk keluar rumah hampir setiap hari	4
	Khawatir untuk keluar rumah setiap hari	5
Gangguan ketika tidur	Tidur nyenyak setiap hari	0
	Tidur nyenyak kecuali jika ada infeksi	1
	Tidur nyenyak hampir setiap hari	2
	Tidur nyenyak hanya beberapa hari dalam seminggu	3
	Tidur nyenyak hanya beberapa hari dalam sebulan	4
	Tidak pernah tidur nyenyak	5
Tenaga	Sangat bertenaga setiap hari	0
	Bertenaga setiap hari, kecuali jika ada infeksi	1
	Sangat bertenaga setiap hari	2
	Bertenaga hanya pada beberapa hari dalam seminggu	3
	Bertenaga hanya pada beberapa hari dalam sebulan	4
	Tidak pernah bertenaga	5

Skor CAT yaitu 20 (PPOK derajat sedang-tinggi).

Penilaian 6 Minutes Walking Daily (6MWD) Test

Tes ini merupakan tes latihan sub-maksimal bertujuan untuk menilai daya tahan berjalan dan kapasitas aerobik. Tes ini dilakukan dengan cara berjalan sejauh mungkin dalam 6 menit di atas permukaan yang halus dan datar (perimeter sirkuit). Titik perputaran dengan lebar sekitar 49 inci (124 cm) dengan tanda di kedua ujungnya. Pasien diizinkan untuk istirahat, memperlambat, berhenti dan beristirahat seperlunya di kursi dan tetap melanjutkan berjalan sebisa mungkin. Jarak yang dapat dicapai pada Ny.S dalam tes ini adalah sebesar 300 meter. Dimana jarak minimal pada pasien PPOK sebesar 54 meter dan jarak <200 meter membutuhkan perawatan di rumah sakit. Sedangkan jarak rata-rata yang dicapai pasien PPOK sebesar 380 meter.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah sebesar 102/62 mmHg, frekuensi nadi 92 x/menit, frekuensi napas 26 x/menit, suhu: 36,6 °C, berat badan: 62 kg, tinggi badan 158 cm, indeks massa tubuh 23 dengan status gizi baik.

Status Generalis

Kondisi rambut, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan dalam batas normal. Tekanan vena jugularis tidak meningkat selama pemeriksaan leher, keson dalam batas normal, dan tidak ditemukan pembengkakan kelenjar getah bening. Batas jantung dan pemeriksaan auskultasi jantung dalam batas normal. Tidak ada organomegali, asites, rasa tidak nyaman di perut, dan pada auskultasi bising usus dalam batas normal. Perut tampak rata. Tidak ada kelainan atau *clubbing finger* yang terlihat, juga tidak ada ekstremitas yang tampak sianotik. *Capillary refill time* <2 detik.

Status Lokalis

Thorax Anterior

I: *Barrel chest* (-), simetris, retraksi suprasternal (-), pernapasan tertinggal (-/-), warna sama dengan kulit sekitar

P: Fremitus taktil menurun kanan dan kiri, ICS melebar, massa (-/-), nyeri tekan (-/-)

P: Hipersonor (+/+) di semua lapang paru, batas jantung dalam batas normal

A: Vesikuler memanjang (+/+), wheezing (+/+), ronkhi (+/+), BJ I-II reguler

Thorax Posterior

I: Simetris, retraksi, pernapasan tertinggal (-)

P: Fremitus taktil menurun kanan dan kiri, ICS melebar, massa (-/-), nyeri tekan (-/-)

P: Hipersonor di seluruh lapang paru

A: Vesikuler memanjang (+/+), wheezing (+/+), ronkhi (+/+)

Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium pada pasien ini. Disarankan untuk melakukan pemeriksaan spirometri untuk mengetahui fungsi paru pasien.

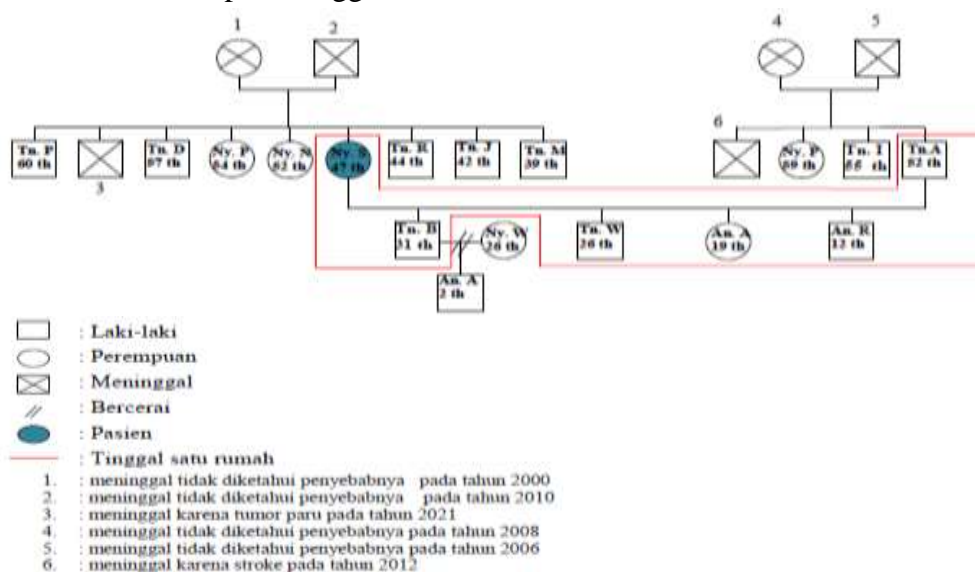
Data Keluarga

Ibu dan ayah pasien telah meninggal dunia. Pasien adalah anak keenam dari sembilan bersaudara. Pasien memiliki tiga adik dan empat kakak, dimana kakak kedua pasien meninggal setahun yang lalu karena keganasan paru-paru sedangkan saudara pasien yang lain semuanya masih hidup dan tinggal bersama keluarga masing-masing. Pasien kini membantu suami pasien sebagai pengurus RT karena suami pasien yang berusia 52 tahun untuk sementara cuti sakit. Pasien tinggal bersama suami dan keempat anaknya, anak yang pertama pernah menikah dan sudah bercerai; tiga lainnya belum menikah. Anak pertama dan kedua pasien sudah bekerja, anak ketiga berkuliah di universitas di Lampung, dan anak keempat masih SMP.

Pasien tidak memiliki pendapatan tetap karena tidak bekerja dan hanya menemani suami sebagai ketua RT. Suami, anak pertama dan kedua pasien yang memenuhi kebutuhan keluarga, dimana kedua anak pasien merupakan seorang wiraswasta penjualan komponen sepeda motor, dengan pendapatan ketiganya sebesar Rp. 3.000.000. Pasien dan anggota keluarga yang tinggal di rumah memiliki asuransi kesehatan berupa KIS. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit ke layanan kesehatan. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Karang Anyar yang berjarak kurang lebih 3-4 km dari rumah.

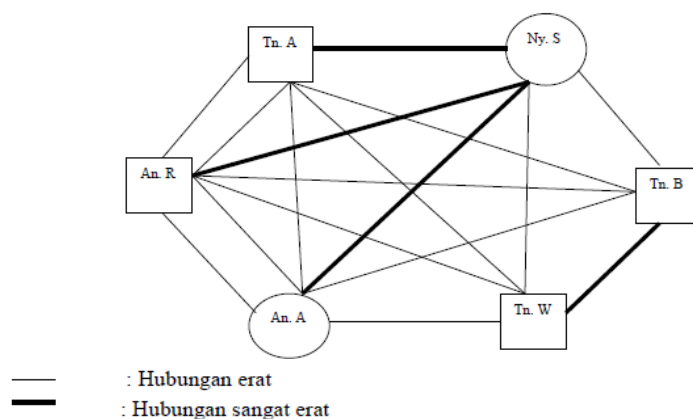
Genogram

Genogram berikut dibuat pada tanggal 4 November 2022.



Family Map

Family mapping keluarga Ny. S



Family Apgar Score

Adaptation : 2 , Partnership : 1 , Growth : 1 , Affection : 2 , Resolve : 2. Total Family Apgar score 8 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik).

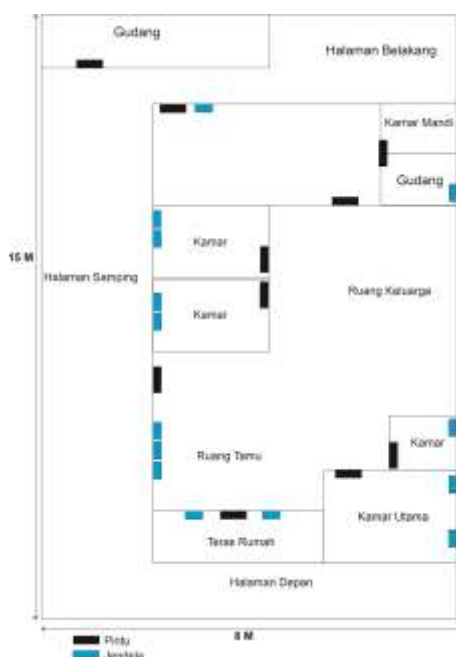
Family SCREAM Analysis

Skor SCREAM dapat digunakan untuk mengevaluasi peran patologi dalam keluarga. Dengan skor 25 maka dapat disimpulkan bahwa Ny. Fungsi keluarga S. memiliki sumber daya keluarga yang cukup memadai.

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah berukuran 15x8 m² yang merupakan tempat tinggal tetapnya sendiri. Rumah itu memiliki empat kamar tidur, ruang tamu, ruang keluarga, dapur, ruang penyimpanan, dan satu kamar mandi dengan toilet jongkok. genteng, lantai, dan dinding. Kediaman memiliki dapur di dalam rumah. Hampir semua ruangan memiliki ventilasi yang

cukup karena terdapat jendela yang dapat dibuka dan pertukaran udara yang efisien. Di pekarangan depan dan samping, tanaman tumbuh subur. Pasien tinggal di lingkungan yang cukup padat.



Diagnosis Holistik Awal

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Sesak yang terasa semakin berat disertai batuk sejak 1 bulan yang lalu
- Kekhawatiran: Pasien khawatir keluhan memburuk dan pasien menderita penyakit yang sama dengan kakak kandungnya yang meninggal karena tumor paru.
- Persepsi: Pasien hanya mengetahui penyakitnya disebabkan kelelahan karena aktivitasnya.
- Harapan: Pasien berharap agar keluhan berkurang dan sembuh total sehingga pasien dapat beraktivitas kembali seperti biasa.

Aspek 2. Diagnosis Klinis Awal

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (ICD X: J44, ICPC-2 : R95).

Aspek 3. Risiko Internal

- Pengetahuan pasien yang kurang dan tingkat literasi rendah mengenai penyakit PPOK meliputi definisi, penyebab, gejala, pengobatan, dan tingkah laku merawat diri dan rehabilitasi untuk meringankan gejala pada PPOK.
- Pola berobat kuratif.
- Pernah menjadi perokok aktif selama 20 tahun dan sekarang menjadi perokok pasif.

Aspek 4. Risiko Eksternal

- Pengetahuan keluarga yang kurang mengenai penyakit PPOK yang diderita pasien meliputi definisi, penyebab, gejala, pengobatan dan tingkah laku merawat pasien untuk meringankan gejala pada PPOK.

- b. Dukungan keluarga untuk proses penyembuhan pasien masih kurang dimana sebagian anggota keluarga masih merokok di dalam rumah.
- c. Dukungan masyarakat lingkungan sosial pasien untuk mengurangi paparan asap rokok masih sangat kurang.

Aspek 5. Skala Fungsional

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

Rencana Intervensi

Intervensi yang diberikan pada pasien ini yaitu pemberian edukasi dan konseling kepada pasien beserta anggota keluarga lainnya mengenai penyakit PPOK mulai dari penyebab hingga terapi dan komplikasi yang dapat terjadi. Intervensi bertujuan untuk mencegah keparahan penyakit dan komplikasi, dan memperbaiki pola hidup pasien serta mulai menjalankan rehabilitasi dasar berupa latihan pernafasan agar dapat memperingan gejala ditandai dengan penurunan skor CAT, serta mulai melakukan aktivitas fisik ringan ditandai dengan peningkatan 6 MWD (6 *Minutes Walking Daily*) dapat dicapai.

Selain itu, akan dilakukan tiga kali pertemuan. Pertemuan pertama bertujuan untuk melengkapi data pasien yang dilakukan saat kunjungan pasien ke puskesmas dan dilanjutkan kunjungan ke rumah pasien. Pertemuan kedua bertujuan untuk melakukan intervensi secara tatap muka dan pertemuan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient centered*, *family focused*, dan *community oriented*.

Patient centered

Non-Farmakologi:

- a. Edukasi pasien mengenai penyakit PPOK, meliputi definisi, penyebab, gejala, pengobatan, dan rehabilitasi untuk meringankan gejala PPOK.
- b. Edukasi pasien mengenai dampak negatif bagi kesehatan perokok aktif dan pasif, terutama bahaya merokok sebagai pemicu penyakit pasien.
- c. Edukasi dan konseling pasien agar rutin minum obat dan datang ke puskesmas tidak hanya ketika muncul keluhan, serta aktif untuk mengikuti posbindu.
- d.

Farmakologi:

1. Paracetamol 500 mg tab 3x1
2. Guafenesin 100 mg tab 2x1
3. Metil Prednisolone 25 mg tab 2x1

Family Focused

- a. Edukasi dan memberi informasi kepada keluarga mengenai definisi, penyebab, gejala, pola pengobatan, dan rehabilitasi pada penyakit PPOK yang diderita pasien.
- b. Edukasi kepada keluarga mengenai dampak merokok bagi kesehatan dan bagaimana cara berhenti merokok.
- c. Edukasi kepada keluarga untuk berperan aktif dalam mengingatkan pasien mengenai aktivitas fisik dan latihan pernafasan yang sesuai.
- d. Edukasi kepada keluarga pasien mengenai pentingnya datang ke fasilitas kesehatan jika mengalami gejala serupa.

Community Oriented

- a. Menjaga lingkungan sekitar rumah agar bebas dari asap rokok.
- b. Memberikan informasi dan motivasi kepada pasien dan keluarga agar mau mengikuti kegiatan di posbindu di lingkungan rumah pasien.

Diagnosis Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Keluhan sesak napas berkurang, batuk dirasakan berkurang. Skor CAT saat evaluasi (mengalami penurunan).
- Kekhawatiran: Kekhawatiran pasien berkurang dengan keluhan yang membaik serta pengetahuan pasien tentang penyakit PPOK meningkat.
- Persepsi: Faktor risiko yang menyebabkan penyakitnya yaitu merokok dan paparan asap rokok.
- Harapan: Tercapai karena sesak dan nyeri dada pasien berkurang.

Tabel 2.
Hasil Penilaian CAT Skor Ny. S

Variabel	Pre	Post	Skor
CAT Skor	20 (Sedang-Tinggi)	13 (Sedang)	Terdapat perbaikan

2. Aspek Klinis

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (ICD X-J44.9).

3. Aspek Risiko Internal

- a. Meningkatnya pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita, yaitu definisi, penyebab, gejala, obat-obatan dan rehabilitasi untuk meringankan gejala PPOK.
- b. Pola berobat pasien yang menjadi rutin kontrol setiap bulan.
- c. Paparan asap rokok di dalam rumah yang sudah berkurang.

Tabel 3.

Hasil *Pretest* dan *Posttest*, Skor *PSQI*, *food recall*, berat badan serta 6MWD test Ny. S

Variabel	Pre	Post	Skor
Pengetahuan	40	80	Terdapat peningkatan pengetahuan sebesar 40 poin
6 MWD test	300	400	Terdapat perbaikan kapasitas aerobik dan kemampuan berjalan

4. Aspek Risiko Eksternal

- a. Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran keluarga khususnya anak pasien mengenai penyakit yang diderita oleh pasien seperti definisi, penyebab, gejala, pengobatan dan tingkah laku merawat pasien untuk meringankan gejala pada PPOK.
- b. Meningkatnya kontrol keluarga terhadap aktivitas fisik dan rehabilitasi pasien dengan kontrol ceklis kegiatan.
- c. Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran lingkungan sekitar pasien akan bahaya merokok yang ditimbulkan pada pasien.

5. Derajat Fungsional

1 (satu) yaitu dapat melakukan pekerjaannya seperti sebelum sakit (mandiri dalam merawat diri, dapat bekerja di dalam dan luar rumah).

PEMBAHASAN

Ny. S, yang berusia 47 tahun dan telah didiagnosa PPOK, beserta keluarganya, mendapatkan pembinaan sebagai bagian dari program kedokteran keluarga. Dikarenakan penyakit Ny. S yang kronis, yang dipengaruhi oleh beberapa faktor resiko dan dapat menimbulkan beberapa akibat, maka diadakan pembinaan ini. Pasien Ny. S berusia 47 tahun datang ke Puskesmas Karang Anyar pada Senin, 24 Oktober 2022 dengan keluhan sesak napas yang memberat sejak satu bulan yang lalu. Pasien pertama kali mengeluhkan sesak napas 1 tahun yang lalu. Sesak dirasakan hilang timbul dan memberat setelah beraktivitas. Sesak berkurang dengan istirahat. Dalam seminggu, sesak dapat terjadi 2 sampai 3 kali. Pasien merasakan awalnya sesaknya masih dapat ditahan sehingga tidak memeriksakan dirinya ke dokter. Selain sesak, pasien juga mengeluhkan batuk berdahak. Batuk muncul kapan saja dengan tanpa adanya pencetus. Batuk sudah dirasakan pasien sejak 2 tahun yang lalu dan bersifat hilang timbul.

Selain keluhan di atas, pasien juga sering merasa nyeri di area dada sejak 1 tahun lalu. Nyeri dada tidak menjalar, dirasakan di bagian tengah, seperti ditekan, saat nyeri dada terasa berat, dan bersifat hilang timbul. Nyeri dada hilang dengan sendirinya setelah beristirahat, namun terkadang nyeri baru hilang setelah pasien minum obat asam mefenamat. Nyeri dirasakan terutama setelah beraktivitas berat seperti keliling rumah penduduk untuk sensus. Keluhan dirasakan tidak memberat, namun cukup mengganggu pasien. Nyeri dada tidak disertai rasa panas. Keluhan sering berdebar, kedua tungkai bengkak, keringat di malam hari disangkal. Satu bulan yang lalu pasien merasakan sesaknya semakin berat dan batuk yang semakin sering, disertai nyeri di daerah dada tengah dan badan lemas. Keluhan terbangun di malam hari karena sesak dan harus menggunakan banyak bantal saat berbaring agar tidak sesak disangkal. Pasien belum pernah berobat dan hanya minum obat warung untuk meredakan keluhannya. Pasien mengatakan obat yang ia beli sendiri adalah paracetamol dan asam mefenamat. Keluhan membaik namun sesak masih terasa, dan pasien menjadi cemas mengalami sakit yang parah seperti kakaknya, sehingga pasien pergi ke puskesmas untuk berobat.

Memahami mekanisme yang mendasari sesak merupakan hal yang penting untuk merumuskan rencana pengelolaan yang rasional pada pasien. Pada PPOK, sesak pertama kali dilaporkan selama aktivitas fisik dan umumnya menggambarkan peningkatan dorongan saraf ke otot pernapasan. Sesak biasanya dapat dinilai menggunakan tiga domain utama, yaitu pengalaman sensorik-perseptual (yaitu bagaimana rasanya bernapas), tekanan afektif (yaitu bagaimana perasaan tertekan saat bernapas), dan dampak gejala/penyakit (yaitu bagaimana dispnea memengaruhi kemampuan fungsional, pekerjaan, kualitas hidup, atau status kesehatan pasien). Pasien tidak memiliki riwayat penyakit asma, TB, atau didiagnosis penyakit paru lain sebelumnya. Riwayat alergi, kencing manis, tekanan darah tinggi, dan penyakit jantung disangkal. Di keluarga, kakak kandung pasien menderita tumor paru dan meninggal satu tahun yang lalu, dan suami pasien menderita bronkitis kronis dan gagal jantung sejak 5 bulan yang lalu. Keluhan yang dialami suami pasien 5 bulan yang lalu yaitu batuk berdarah disertai sesak nafas saat beraktivitas di luar rumah. Saat ini suami pasien sedang menjalani pengobatan dan keluhan yang dirasakan yaitu batuk tidak berdahak ringan.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan thoraks didapatkan inspeksi dada tidak membentuk *barrel chest*, palpasi fremitus taktil melemah, perkusi hipersonor (+/+), pada dan auskultasi vesikuler (+/+), ekspirasi memanjang, rhonki (+/+), wheezing (+/+). Belum dilakukan pemeriksaan laboratorium pada pasien. Disarankan untuk melakukan pemeriksaan spirometri untuk mengetahui fungsi paru pasien. Berdasarkan

anamnesis dan pemeriksaan fisik, dapat diketahui bahwa pasien mengalami PPOK. Spirometri dengan FEV_1/FVC pasca bronkodilator $<70\%$ dan/atau kriteria LLN (*Lower Limit of Normal*) merupakan pemeriksaan baku emas dalam menegakkan diagnosis PPOK. Namun, gejala pernapasan dan perubahan struktural pada paru-paru seringkali tidak sesuai dengan hasil spirometri yang didapatkan. Selanjutnya, FEV_1 dan FVC memiliki variasi diurnal, tergantung pada usia, jenis kelamin, merokok, wilayah dan tingkat keparahan PPOK, yang mempengaruhi konfirmasi diagnosis pada tahap awal (Laicho-Contreras, 2020).

Pembinaan dilakukan sebanyak tiga kali, mulai 1 November 2022, rumah dan keluarga pasien akan disambangi guna memberikan pengarahannya kepada pasien tersebut. Selama kunjungan awal, pasien diperkenalkan, dan diberi penjelasan singkat mengapa mereka tujuan kedatangan. Kemudian dilakukan wawancara tentang keluarga pasien dan penyakit yang dialami pasien dan keluarga. Berdasarkan temuan kunjungan tersebut, pasien masih lebih mengutamakan tindakan kuratif dari pada preventif dalam hal perilaku kesehatan, dan kesadaran pasien terhadap penyakit yang dideritanya masih kurang. Gejala pasien berupa nyeri dada, batuk berdahak, sesak napas yang semakin parah, dan keterbatasan aktivitas yang dapat menegakkan diagnosis PPOK. Pembatasan aliran udara kronis adalah ciri khas penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), kondisi saluran napas yang berkembang perlahan. 10% dari populasi dunia dipengaruhi oleh kondisi ini, yang secara signifikan menurunkan kualitas hidup dan harapan hidup bagi mereka yang mengidapnya (Fazleen, 2020). Pasien PPOK ringan atau yang tidak sadar mengidap PPOK dapat dievaluasi status kesehatannya menggunakan instrumen CAT (Alameda, 2016).

Perbedaan utama antara pria dan wanita yang menderita PPOK terutama dalam beban merokok, distribusi usia, komorbiditas, beberapa gejala pernafasan, dan juga fungsi paru-paru. Wanita dengan PPOK biasanya berusia lebih muda dengan jumlah batang rokok per tahun pada wanita lebih rendah dibandingkan pria. Tingkat keparahan PPOK berdasarkan fungsi paru-paru lebih ringan pada wanita. Komorbiditas lebih sering terjadi pada pria, dan mortalitas di antara pasien PPOK jauh lebih tinggi juga pada pria. Beberapa hasil tersebut sejalan dengan temuan penelitian lain, seperti keluhan sesak lebih sering terjadi pada wanita, namun produksi sputum sebagai penanda kuat dalam morbiditas, FEV_1 dan kematian di PPOK, ditemukan jauh lebih jarang atau lebih rendah pada wanita dengan PPOK (Backman, 2021).

Kuesioner CAT memberikan penilaian keparahan PPOK yang lebih akurat berdasarkan gejala karena dapat mengidentifikasi kemungkinan eksaserbasi akut PPOK (Ingadottir, 2019). Selain itu, alat CAT dapat mengevaluasi kualitas hidup pasien PPOK (Alameda, 2016). Menurut klasifikasinya, peningkatan keparahan PPOK berhubungan dengan peningkatan kematian penderita PPOK (Alameda, 2016). Batuk, dahak, sesak dada, sesak napas saat menaiki bukit atau tangga, pembatasan aktivitas sehari-hari, percaya diri keluar rumah, kesulitan tidur, dan energi menjadi delapan alat penilaian pada instrumen CAT (Lim, 2019). Setiap tes memiliki nilai evaluasi mulai dari 0 sampai dengan 5, dengan nilai total dari 0 sampai dengan 40. (Lim, 2019). Tes CAT juga dapat dibagi menjadi kategori ringan dan sedang-berat, dengan kondisi ringan mendapatkan skor kurang dari 10 dan kondisi sedang menghasilkan skor antara 10 dan 40. (Lim, 2019).

Kebiasaan merokok dan debu dari pajanan pekerjaan merupakan faktor risiko PPOK yang paling umum dan juga penyebab paling signifikan jika dibandingkan dengan variabel penyebab lainnya. Riwayat merokok dicatat dengan menggunakan *indeks Brinkman* (Kwon, 2016). Selain itu, penting untuk mempertimbangkan sejumlah faktor, termasuk apakah

seseorang merokok secara aktif, pasif, atau mantan perokok; berapa lama mereka pernah terpapar polusi udara di tempat kerja dan di lingkungan mereka; apakah pasien seorang lansia; sering terkena infeksi saluran pernapasan bawah atau tidak; dan apakah mereka memiliki kondisi genetik yang disebut defisiensi antitripsin alfa-1 (Lindberg, 2015).

Selain itu, gejala disabilitas akibat kondisi PPOK eksaserbasi akut juga dapat menyebabkan kondisi penurunan kemampuan beraktivitas fisik dan kapasitas aerobik pasien. Hal ini dapat diukur dengan instrumen rehabilitasi PPOK bernama 6MWD (*6 minutes walking daily*) test (ATS, 2002). Tes ini merupakan tes latihan sub-maksimal bertujuan untuk menilai daya tahan berjalan dan kapasitas aerobik. Tes ini dilakukan dengan cara berjalan sejauh mungkin dalam 6 menit diatas permukaan yang halus dan datar (perimeter sirkuit). Titik perputaran dengan lebar sekitar 49 inci (124 cm) dengan tanda di kedua ujungnya. Pasien diizinkan untuk istirahat, memperlambat, berhenti dan beristirahat seperlunya di kursi dan tetap melanjutkan berjalan sebisa mungkin. Jarak minimal pada pasien PPOK sebesar 54 meter dan jarak <200 meter membutuhkan perawatan di rumah sakit. Sedangkan jarak rata-rata yang dicapai pasien PPOK sebesar 380 meter (Lim, 2019).

Intervensi kemudian dilakukan untuk pasien dan keluarganya setelah kesimpulan dari masalah dan variabel yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien didapatkan. Pada Selasa, 8 November 2022, kunjungan kedua dilakukan. Media *booklet*, poster, dan ceklis kontrol kegiatan digunakan dalam intervensi. Secara umum, kunjungan ini memberikan pendidikan dan konseling mengenai PPOK. Meskipun hasil dari intervensi ini tidak akan langsung terlihat, namun dimaksudkan untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang penyakitnya, mengurangi gejala, menghentikan eksaserbasi, meningkatkan kualitas hidup, dan mengubah gaya hidup pasien. Suami dan anak pasien hadir selama intervensi dan mendengarkan apa yang dikatakan. Berdasarkan aspek personal dan klinis dilakukan intervensi berupa tatalaksana farmakologis, dimana akan diukur dengan gejala dan kuesioner CAT, lalu target dari intervensinya berupa perbaikan gejala klinis dan penurunan Skor CAT.

Terapi farmakologi yang diberikan adalah Paracetamol 500 mg tab 3x1, Guaifenesin 100 mg tab 2x1, Metil Prednisolone 25 mg tab 2x1. Guaifenesin memiliki manfaat yaitu dapat mengencerkan dahak sehingga dapat meredakan penumpukan dahak di saluran pernapasan, sedangkan metil prednisolone merupakan obat antiinflamasi yang paling sering digunakan pada kasus PPOK, dan paracetamol merupakan anti nyeri lini pertama yang berfungsi untuk mengurangi keluhan nyeri disertai rasa berat di dada yang dialami pasien (Epstein, 2019). Tujuan terapi farmakologi PPOK adalah untuk meringankan gejala, meningkatkan status kesehatan dan toleransi latihan, dan mencegah dan mengobati eksaserbasi. Sementara rejimen terapi disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing pasien, sebagian besar terapi farmakologis dapat dikategorikan sebagai kortikosteroid inhalasi (ICS), antagonis muskarinik kerja panjang (LAMA) atau agonis β_2 kerja panjang (LABA), dan sering diberikan secara kombinasi (Iheanacho, 2020).

Berdasarkan faktor risiko internal kurangnya pengetahuan pasien terhadap penyakit PPOK, yaitu definisi, penyebab, gejala, komplikasi, dan obat-obatan dari PPOK. Pertanyaan tersebut dinilai menggunakan pretest yang diberikan kepada pasien, yaitu pada nomor 1, 2, dan 4. Berdasarkan faktor risiko internal kurangnya pengetahuan pasien terhadap penyakitnya yang saat ini terjadi yaitu cara pencegahannya. Pernyataan tersebut dinilai menggunakan pretes pada soal nomor 3. Berdasarkan faktor risiko internal kurangnya pengetahuan pasien mengenai latihan pernapasan sesak yang dialaminya. Pernyataan tersebut dinilai menggunakan pretes pada soal nomor 5 dan 7. Berdasarkan faktor risiko internal kurangnya

pengetahuan mengenai cara agar tidak sesak ketika makan. Pernyataan tersebut dinilai menggunakan pretes pada soal nomor 10. Berdasarkan faktor risiko internal kurangnya pemahaman pola berobat yang baik 6 dan 9.

Masalah-masalah tersebut akan diintervensi dengan cara edukasi menggunakan media *booklet*, poster dan ceklis kontrol kegiatan latihan. Dimana pada *booklet* terdapat hal-hal yang perlu untuk diinformasikan kepada pasien serta ceklis kegiatan sebagai pengingat untuk melakukan latihan. Kemudian berdasarkan risiko eksternal yaitu kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit. Akibatnya dukungan pola diet dan kontrol aktivitas pasien terbelengkh. Selain itu ketidaktahuan keluarga dan tetangga akan bahaya merokok bagi pasien menyebabkan pasien sering merasa sesak. Sehingga permasalahan tersebut perlu pula mendapatkan intervensi. Intervensi yang dilakukan berupa edukasi dengan media poster dan kartu kendali merokok.

Kebutuhan yang kompleks dan beragam dari pasien PPOK menghadirkan tantangan khusus bagi tenaga kesehatan. Program dukungan pengelolaan diri pada pasien PPOK harus mencakup pemantauan gejala dan intervensi multidisiplin lainnya seperti program berhenti merokok dan dukungan kesehatan psikososial. Manajemen pengelolaan diri bukan suatu intervensi yang terbatas pada satu periode waktu saja, namun proses berkelanjutan yang mengandalkan pemahaman bersama, peninjauan dan pengambilan keputusan bersama dengan tujuan akhir memberdayakan pasien untuk membuat pilihan yang tepat bagi mereka dan menjalani kehidupan yang lebih baik dengan kondisi mereka (Cravo, 2022).

Baik intervensi terhadap risiko internal ataupun risiko eksternal akan disampaikan dengan cara *family conference*. Intervensi bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien, serta melibatkan keluarga pasien untuk ikut serta dalam mempertahankan pasien untuk tetap berada pada kondisi stabil serta menurunkan kemungkinan terjadinya penyakit serupa di keluarga, terutama pada anggota keluarga yang memiliki faktor risiko terjadinya PPOK. Hasil intervensi kemudian akan dievaluasi kembali dengan cara *posttest*. Pada pasien sendiri, evaluasi juga dilakukan dengan melakukan penilaian ulang skoring menggunakan kuesioner keparahan gejala PPOK yaitu kuesioner CAT. Selain itu kontrol terhadap ceklis dilakukan. Perbaikan aktivitas fisik dan rehabilitasi pada pasien juga dievaluasi melalui 6MWD tes dimana pasien dianjurkan untuk berjalan selama 6 menit.

Evaluasi dilakukan pada Rabu, 16 November 2022. Hal yang dievaluasi adalah dari aspek personal dan aspek klinis adalah penurunan gejala klinis dan skor CAT. Evaluasi aspek internal dinilai menggunakan pretest-posttest, 6MWD test. Target terapinya adalah peningkatan pengetahuan pasien tentang pengertian, penyebab, gejala, komplikasi, obat-obatan dari PPOK, latihan pernapasan sesak yang dialaminya, pola berobat PPOK, aktivitas fisik yang dapat dilakukan pasien. Sedangkan untuk aspek eksternal dilakukan penilaian dengan cara wawancara pasien, suami pasien, Target intervensinya adalah meningkatkan kesadaran anggota keluarga terhadap kebutuhan khusus pasien, meningkatkan pengetahuan anggota keluarga mengenai cara pencegahan PPOK dan bahaya merokok dengan kartu kendali merokok untuk keluarga.

Perubahan perilaku pada pasien dinilai dari pasien yang mulai menjauhi faktor-faktor risiko yang dapat menyebabkan kondisinya memburuk seperti menjauhi paparan asap rokok dan polusi serta perilaku memakai masker. Pasien juga sudah rutin meminum obat yang diberikan

dan rajin mempraktekan latihan pernapasan dan latihan fisik yang diajarkan dan dijelaskan pada saat intervensi. Selain itu, pasien dan keluarganya juga menaati anjuran untuk menghindari merokok terutama di dalam rumah dan melakukan aktivitas ringan setiap hari. Pasien juga mulai untuk melakukan kontrol bulanan bersama suami. Anak pasien juga selalu mengingatkan untuk minum obat dan kontrol ke puskesmas. Penghentian merokok merupakan intervensi utama dalam mencegah perkembangan PPOK. Jika hal tersebut dimulai cukup awal, hal tersebut dapat mengurangi kejadian morbiditas pernapasan khususnya kejadian PPOK. Ada beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa intervensi dalam fase keparahan PPOK yang lebih rendah dapat berdampak pada perjalanan penyakit. Studi Kesehatan Paru menunjukkan bahwa program penghentian merokok intensif dikaitkan dengan peningkatan fungsi paru-paru pada 5 tahun di pasien dengan PPOK ringan dan sedang ($FEV_1 > 50\%$) (Soriano, 2018).

Kondisi yang dialami pasien ini tergolong kronis. Penyakit kronis memiliki perjalanan penyakit yang berkepanjangan dan biasanya membutuhkan manajemen yang efektif untuk pulih. Namun, penyakit tersebut dapat mengalami eksaserbasi akut, sehingga perlu dilakukan tindakan untuk menghentikan hal tersebut terjadi pada pasien (Rabe, 2017). Satu-satunya cara untuk mengobati penyakit paru obstruktif kronik adalah dengan menghentikan perkembangan penyakit. Pasien harus sering mengunjungi fasilitas medis untuk mencegah perkembangan penyakitnya. Berdasarkan data kesehatan pasien, tanda-tanda vitalnya yang masih baik menunjukkan prognosis dubia ad bonam dalam hal Quo ad vitam. Quo ad functionam pada pasien dubia ad bonam karena pasien masih dapat melakukan tugas sehari-hari sendiri, tetapi jika mereka tidak melakukan perlindungan terhadap potensi eksaserbasi akut, kesehatan mereka berpotensi berubah dan menjadi lebih buruk. Karena penyakit pasien merupakan penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan tetapi hanya dapat dikontrol, maka Quo ad sanationam pasien yaitu dubia ad malam (Lopez, 2016). Namun, upaya masih dapat dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan taraf hidup (Rabe, 2017).

Pasien dalam hal ini masih dalam tahap *trial* dan menuju proses adopsi setelah dilakukan intervensi. Pasien harus berkomitmen penuh pada perilaku tersebut dari waktu ke waktu agar menjadi gaya hidup yang akan dipertahankan. Pembinaan keluarga pada pasien menerapkan konsep dokter keluarga, khususnya sebagai dokter layanan primer yang melayani pasien secara konsisten dan holistik. Oleh karena itu, manajemen melibatkan lebih dari sekedar pasien. Namun juga seluruh anggota keluarga, serta isu-isu yang tidak terkait langsung dengan isu kesehatan, seperti isu pemenuhan kebutuhan keluarga, operasional ekonomi, perilaku kesehatan keluarga, dan lingkungan.

SIMPULAN

Diperoleh faktor internal pasien berupa ketidaktahuan pasien tentang definisi penyakit, penyebab, gejala, obat-obatan, dan terapi untuk meredakan gejala PPOK. Pola berobat kuratif. Pernah merokok selama 20 tahun dan sekarang menjadi perokok pasif. Faktor risiko eksternal pasien adalah kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit PPOK yang diderita oleh pasien sehingga mengakibatkan kurangnya dukungan terhadap proses penyembuhan lingkungan akan bahaya merokok di dalam ruangan, merupakan faktor risiko eksternal pasien. Pasien telah menjalani penatalaksanaan nonmedis dan medis secara holistik dan menyeluruh, yang meliputi edukasi kepada pasien dan keluarga tentang definisi penyakit, penyebab, gejala, pengobatan, dan rehabilitasi untuk meredakan gejala PPOK. Edukasi pasien dan keluarga mengenai dampak negatif bagi perokok aktif dan pasif, terutama bahaya merokok sebagai faktor penyebab penyakit pasien. Edukasi dan konseling pasien diberikan untuk mendorong

penggunaan obat secara teratur, kontrol rutin ke puskesmas tidak hanya saat gejala muncul, dan partisipasi aktif dalam posbindu. Pengetahuan pasien dan keluarganya tentang penyakit, termasuk definisi, penyebab, gejala, perawatan, dan rehabilitasi untuk meredakan gejala PPOK, penurunan paparan asap rokok di rumah, penggunaan obat secara teratur, kunjungan rutin ke pusat kesehatan, dan partisipasi aktif dalam posbindu, membaik setelah dilakukan intervensi dengan pasien dan keluarganya.

DAFTAR PUSTAKA

- ATS. (2002). Guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med*; 166(1):111-117.
- Alameda, C., Carlos Matía, Á., & Casado, V. (2016). Predictors for mortality due to acute exacerbation of COPD in primary care: Protocol for the derivation of a clinical prediction rule. *Primary Care Respiratory Medicine*; 26: 2–4.
- Backman H, Virchow JC, Lundback. (2021). COPD in Women. *Respiratory Medicine*; 176:106238.
- Cravo A, Attar D, Freeman D, Holmes S, Singh SJ. (2022). The Importance of Self-Management in The Context of Personalized Care in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*; 17: 231-243.
- Epstein SK. (2019). Acute respiratory failure. In: *Conn's Current Therapy*. Philadelphia: Elsevier Ltd; 3862–9.
- Fazleen A, Wilkinson T. (2020). Early COPD : Current Evidence For Diagnosis And Management. *Ther Adv Respir Dis*; 16:1-13.
- Gut-Gobert C, Cavallès A, Dixmier A, Guillot S, Jouneau S, Leroyer C, Marchand-Adam S, Marquette D, Meurice JC, Desvigne N, Morel H, Person-Tacnet C, Raheison C. (2019). Women and COPD: do we need more evidence? *Eur Respir Rev*; 28(151):180055.
- GOLD. (2020). Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2020 Report). USA: GOLD.
- Hanania NA, O'Donnell DE. (2019). Activity-Related Dyspnea in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Physical and Psychological Consequences, Unmet Needs, and Future Directions. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*; 14: 1127-1138.
- Iheanacho I, Zhang S, King D, Rizzo M, Ismaila AS. (2020). Economic Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): A Systematic Literature Review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*; 15:439-460.
- Ingadottir AR. (2019). Oral Nutrition Supplements and Between-meal Snacks for Nutrition Therapy in Patients with COPD Identified as at Nutritional Risk : A Randomised Feasibility Trial. *BMJ Open Resp Res*.
- Kemenkes RI. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Kemenkes RI

- Kwon HY, Kim E. (2016). Factors contributing to quality of life in COPD patients in South Korea. *Int J COPD*.
- Laucho-Contretas ME, Cohen-Todd M. (2020). Early Diagnosis of COPD : Myth or a True Perspective. *Eur Respir Rev*; 29:200131.
- Lim JU, Park CK, Kim TH, Jang AS, Park YB, Rhee CK, et al. (2019). The difficulty of improving quality of life in COPD patient with depression and associates factors. *Int J COPD*; 14:2331-41
- Lindberg A, Sawalha S, Hedman L, Larsson L-G, Lundback B, Ronmark E. (2015). Subjects With COPD and Productive Cough Have An Increased Risk for Exacerbations and Death. *Respir Med*; 109(12):88–95.
- López-Campos, J. L., Tan, W., & Soriano, J. B. (2016). Global burden of COPD. *Respirology*; 21(1), 14–23.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI). (2016). PPOK: Diagnosis dan Penatalaksanaan.
- Price SA, Wilson LM. (2003). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Rabe, K. F., & Watz, H. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*; 389(10082), 1931–40.
- Soriano JB, Polverino F, Cosio BG. (2018). What is Early COPD and Why is it Important? *Eur Respir J*; 52:1801448.
- Vogelmeier CF, Román-Rodríguez M, Singh D, Han MK, Rodríguez-Roisin R, Ferguson GT. (2020). Goals of COPD treatment: Focus on symptoms and exacerbations. *Respir Med*; 166:105938.