



PENATALAKSANAAN HOLISTIK PADA PEREMPUAN USIA 35 TAHUN DENGAN ASMA BRONKIAL MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA

Tasya Ellyana Putri*, Fitria Saftarina

Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Sumantri Brojonegoro No. 1 Bandar Lampung, 35145, Indonesia

*tasyaellyanap@gmail.com

ABSTRAK

Asma adalah peradangan kronik saluran napas yang menyebabkan penyempitan saluran napas. Asma merupakan penyakit yang perlu dikontrol untuk mencegah eksaserbasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Baik pasien maupun keluarga diharapkan memiliki pengetahuan, kesadaran, dan motivasi untuk melakukan modifikasi gaya hidup agar tujuan pengobatan dapat tercapai, sehingga diperlukan tatalaksana melalui pendekatan keluarga. Tujuan dilakukannya studi ini untuk menerapkan prinsip pelayanan kedokteran keluarga dan melakukan penatalaksanaan secara holistik berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient-centered*, *family focused*, dan *community oriented* berbasis *Evidence Based Medicine*. Studi ini merupakan sebuah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Pasien berusia 35 tahun dengan keluhan sesak napas sejak 1 hari yang lalu. Sesak disertai bunyi ngik dan batuk, memberat terutama saat malam dan menjelang pagi, saat cuaca dingin, dan setelah bersih-bersih rumah.

Kata kunci: asma bronkial; dokter keluarga; penatalaksanaan holistik

HOLISTIC MANAGEMENT OF 35 YEARS-OLD WOMAN WITH BRONCHIAL ASTHMA THROUGH FAMILY MEDICINE APPROACH

ABSTRACT

Asthma is a chronic inflammation of the airways that causes narrowing of the airways. Asthma is a disease that needs to be controlled to prevent exacerbations and improve the patient's quality of life. Both patients and families are expected to have the knowledge, awareness, and motivation to make lifestyle modifications so that treatment goals can be achieved, so treatment is needed through a family approach. Apply the principles of family medicine services to patients and carry out holistic management based on the patient problem found with patient-centered approach, family focused, and community oriented based on Evidence Based Medicine. This study is a case report. Primary data obtained through history taking, physical examination and home visits to complete family, psychosocial and environmental data. Secondary data was obtained from the patient's medical record. The assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study. Patient, 35 years old, with complaints of shortness of breath since 1 day ago. Shortness of breath accompanied by wheezing and coughing, worsening especially at night and in the early morning, when the weather is cold, and after cleaning the house.

Keywords: bronchial asthma; family doctor; holistic management

PENDAHULUAN

Asma adalah penyakit kronis yang ditandai dengan peradangan dan penyempitan saluran udara. Mereka yang menderita asma dapat tetap tanpa gejala dan tidak mengganggu aktivitas. Namun, asma dapat eksaserbasi dengan gejala mulai dari yang ringan hingga yang berat, yang dapat menyebabkan kematian (WHO, 2023). Laporan World Health Organization (WHO)

tahun 2023 menyatakan bahwa sekitar 262 juta orang menderita asma dan 455.000 meninggal karenanya. Hingga akhir tahun 2020, data Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa asma merupakan salah satu jenis penyakit yang paling banyak diderita oleh orang Indonesia. Jumlah penderita asma di Indonesia sebanyak sekitar 4,5 persen dari total jumlah penduduk Indonesia atau sekitar 12 juta lebih (Kemenkes, 2020). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menemukan bahwa prevalensi kekambuhan asma tertinggi terjadi di Aceh, sebesar 68,9 persen, dan yang terendah terjadi di Jogjakarta, sebesar 0,4 persen. Namun, 68% orang dewasa di provinsi Lampung mengalami kekambuhan karna asma bronkial.

Interaksi antara faktor penjamu, paparan lingkungan, dan kerentanan genetik menyebabkan asma (Sinyor, 2020). Faktor-faktor tersebut kemudian berkembang menjadi gejala asma dalam tiga tahap. Pertama, sensitisasi, di mana seseorang mengalami gejala yang disebabkan oleh alergen di dalam dan di luar ruangan, makanan, obat-obatan, bahan yang mengiritasi, ekspresi emosi berlebihan, asap rokok, polusi di dalam dan di luar ruangan, olahraga yang menyebabkan asma, dan faktor genetik, yang mencakup lokus kerentanan asma pada gen. Kedua, seseorang yang mengalami sensitasi terpajan pemacu, juga dikenal sebagai enhancer, mengalami inflamasi saluran nafas. Ketiga, seseorang dengan hipereaktivitas bronkus terpajan oleh pencetus mengalami gejala asma (Shyamali, 2019).

Asma dapat dianggap sebagai masalah penting dalam kesehatan masyarakat. Meskipun asma bronkial tidak dapat disembuhkan, dapat dikontrol dengan obat-obatan yang tepat untuk memastikan kualitas hidup yang optimal. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia dan GINA menetapkan bahwa tujuan utama penatalaksanaan asma adalah untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup penderita, sehingga mereka dapat mengendalikan serangan asma mereka dan melakukan aktivitas sehari-hari tanpa hambatan (CDC, 2020). Dengan mengetahui cara mengendalikan serangan mereka, diharapkan frekuensi serangan asma akan berkurang, sehingga kualitas hidup meningkat (Morris, 2020). Hal ini menunjukkan bahwa dokter harus menata pasien secara menyeluruh dan komperhensif menggunakan pendekatan kedokteran keluarga. Dokter sangat penting dalam menentukan diagnosis pertama, memberikan terapi yang tepat, dan memberi tahu pasien dan keluarganya tentang cara mencegah penyakit asma. Adapun tujuan dari penulisan ini adalah untuk menerapkan pelayanan dokter keluarga secara holistik berbasis *evidence-based medicine* pada pasien serta penatalaksanaan berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient-centered, family focused, dan community oriented*.

METODE

Studi ini merupakan sebuah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari anggota keluarga), pemeriksaan fisik pasien Ny. G berusia 35 tahun dan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder didapat dengan melihat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik atau diagnosis secara menyeluruh dengan mengintegrasikan faktor biologis, psikososial, budaya dan spiritual dari awal, proses hingga akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif.

HASIL

Anamnesis

Pasien Ny. G, datang ke Puskesmas Rawat Jalan Karang Anyar pada tanggal 2 Maret 2024. Pasien merupakan perempuan berusia 35 tahun. Pasien datang dengan keluhan utama sesak napas sejak 1 hari yang lalu. Sesak disertai bunyi ngik saat membuang nafas, hilang timbul, memberat terutama saat malam dan menjelang pagi, saat cuaca dingin, dan setelah bersih-bersih rumah. Keluhan disertai batuk tanpa dahak. Pasien mengeluh terbangun karena

sesak dan aktivitas menjadi terbatas. Sesak berkurang ketika pasien istirahat dan minum air hangat.

Keluhan sesak telah berulang kali dirasakan. Dalam 1 minggu ini pasien telah mengalami 1 kali serangan sesak. Pasien biasa berobat ke puskesmas jika sesak tidak berkurang dengan istirahat dan minum air hangat. Pasien memiliki riwayat asma sejak usia 8 tahun, gejala sesak terus muncul hilang timbul hingga saat ini. Keluhan demam disangkal, tidak terdapat keluhan penurunan berat badan maupun keringat di malam hari. BAB dan BAK tidak terdapat keluhan. Saat datang ke puskesmas pasien dalam keadaan tenang dan sesak tidak seberat sehari sebelumnya. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit kronis maupun riwayat penyakit menular lainnya. Pasien tidak memiliki jadwal olahraga rutin. Pasien mengaku tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, tidak menggunakan narkoba, dan tidak pernah terlibat seks bebas. Pasien banyak menghabiskan waktu di rumah sebagai ibu rumah tangga. Pasien mengaku ada keluhan serupa asma pada ayah, tetapi menyangkal riwayat atopi pada ibu, kakak, ataupun teman-temannya saat ini dan juga sebelumnya. Pasien mengatakan bahwa tidak mengetahui definisi, faktor risiko dan bagaimana mengobati penyakitnya. suami dan anak pasien juga tidak mengetahui definisi, faktor risiko dan bagaimana mengobati penyakitnya. Dukungan keluarga untuk mendukung dan memotivasi pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya sudah tergolong cukup.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum tampak sakit ringan; kesadaran *compos mentis*; tekanan darah 116/75 mmHg; frekuensi nadi: 72x/menit; frekuensi napas: 26x/menit; suhu: 36,5°C; berat badan: 46 kg; tinggi badan: 154 cm. *Status Antropometri* dengan IMT/U: 19,39 (Gizi baik).

Status Generalis

Bentuk kepala simetris, *normocephal*, rambut tidak mudah dicabut, dan tumbuh merata. Pada pemeriksaan mata normal (konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), telinga normal (sekret (-/-), *hiperemis* (-/-), hidung normal (sekret (-/-), deviasi septum (-), *choncha hiperemis* (-/-). Leher JVP tidak meningkat, tidak ada pembesaran KGB.

Thorax

Jantung

I : *Ictus cordis* tidak tampak

P: *Ictus cordis* teraba pada SIC 5

P: Batas jantung kanan di SIC 4 *linea sternalis dekstra*, batas jantung kiri di SIC 4, 2 jari kearah *medial* dari *linea midclavicular sinistra*

A: BJ I dan II normal, reguler, *murmur* (-), *gallop* (-).

Paru (Status Lokalis)

I : Tampak simetris, *retraksi* dada(+/+), penggunaan otot pernafasan (+/+)

P : *Fremitus taktil* simetris kanan dan kiri, nyeri tekan (-), massa (-) kedua lapang paru anterior et posterior

P : *Sonor* di semua lapang paru anterior et posterior

A : *Vesikuler* (+), *rhonki* (-/-), *wheezing* (+/+) kedua lapang paru anterior et posterior

Abdomen

I : Perut tampak datar, lesi (-)

A: Bising usus 8x/menit

P : Timpani

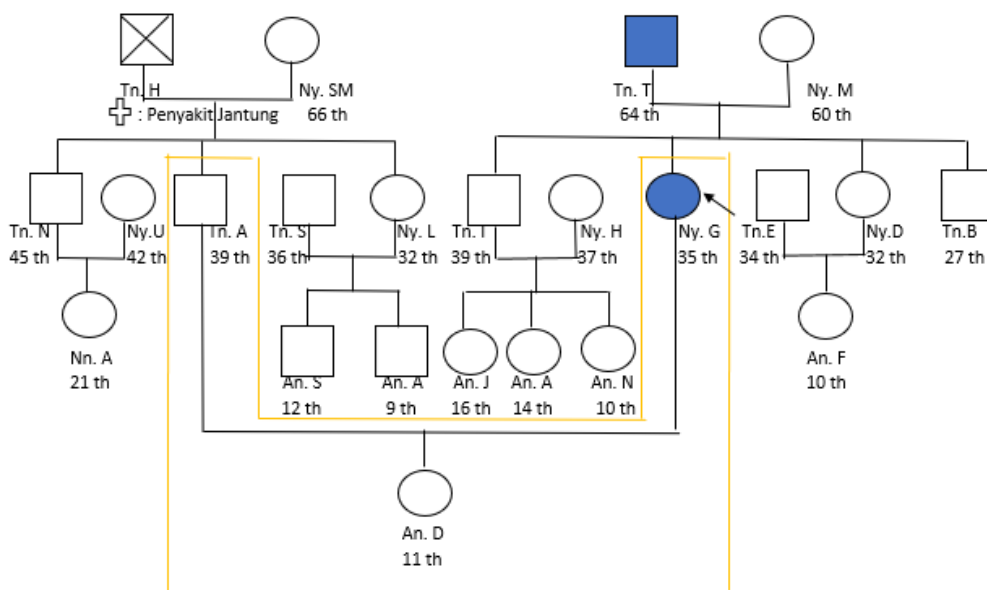
P : Nyeri tekan (-), *organomegali* (-)

Data Keluarga

Pasien merupakan anak kedua dari empat bersaudara. Pasien memiliki 2 saudara laki-laki dan 1 saudara perempuan, yaitu anak pertama (Tn. I) berusia 39 tahun, anak ketiga (Ny. D) berusia 32 tahun, dan anak ketiga (Tn. B) berusia 27 tahun. Saat ini pasien tinggal bersama suaminya (Tn. A) yang berusia 39 tahun dan seorang anak (An. D) berusia 11 tahun. Komunikasi dalam keluarga cukup baik. Pemecahan masalah di keluarga dilakukan melalui diskusi, keputusan keluarga ditentukan oleh pasien dan suami pasien. Keluarga pasien yang tinggal serumah hampir setiap hari kumpul bersama terutama pada waktu makan.

Bentuk keluarga adalah keluarga inti (*nuclear family*). Menurut tahap siklus keluarga Duvall, keluarga pasien berada pada tahap V yaitu keluarga dengan anak remaja. Suami pasien merupakan buruh. Pendapatan ayah pasien sekitar ±6.000.000 rupiah. Penghasilan tersebut digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarga yang sakit ke layanan kesehatan. Pasien dan keluarga berobat jika timbul keluhan saja. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan yaitu BPJS. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Rawat Jalan Karang Anyar yang berjarak ± 1,5 kilometer dari rumah pasien.

Genogram dibuat oleh Tasya Ellyana Putri pada 18 Maret 2024



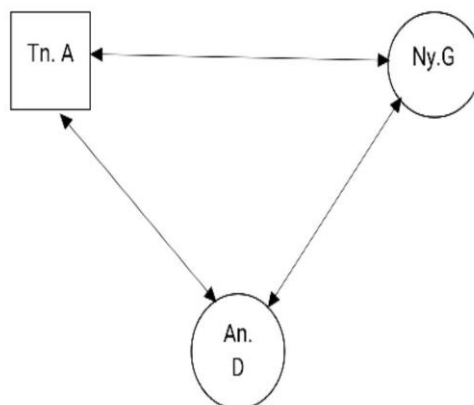
Keterangan:



Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. G

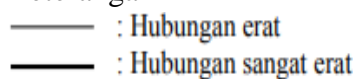
Family Mapping

Hubungan antar keluarga Ny. G dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Hubungan antar Keluarga Ny. G

Keterangan



Family Apgar Score

Penilaian fungsi keluarga menggunakan *Family APGAR Score* disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 2.
Family APGAR Score

APGAR		Skor
<i>Adaptation</i>	Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
<i>Partnership</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	2
<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
<i>Affection</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	2
<i>Resolve</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	2
Total		10

Berdasarkan tabel tersebut, maka didapatkan hasil total *Family Apgar Score* adalah 10. Hasil penilaian didapatkan skor 8 – 10, yaitu fungsi keluarga baik.

Family Lifecycle

Siklus keluarga Tn. M dapat dilihat pada gambar 3. Berdasarkan tahapan siklus keluarga Duvall, keluarga Ny. G berada dalam tahap keluarga dengan anak remaja (Tahap V).



Gambar 3. Siklus Hidup Keluarga Ny. G

Family SCREEM

Family SCREEM digunakan untuk menilai fungsi patologi pada keluarga. Penilaian pada keluarga Ny. G disajikan dalam tabel berikut:

Table 3.
Family Scream

Ketika	Seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS	S	TS	STS
S1	Kami membantu satu ama lain dalam keluarga kami√√	√			
S2	Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		√		
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		√		
C2	Budaya menolong, peduli dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami	√			
R1	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu keluarga kami	√			
R2	Tokoh agama yang kami anut sangat membantu keluarga kami		√		
E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami			√	
E2	Penghasilan keluarga kai mencukupi keluarga kami		√		
E'1	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk mengetahui informasi penyakit			√	
E'2	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami		√		
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		√		
M2	Dokter, perawat dan petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami	√			

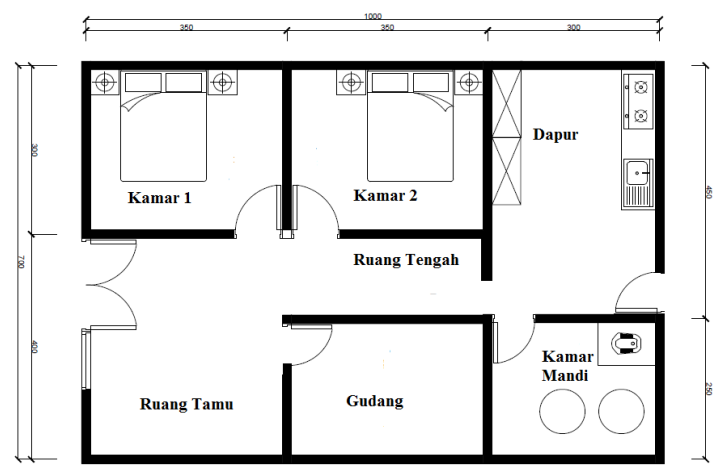
Keterangan:

Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan *SCREEM Score*, dengan hasil 27. Maka dapat disimpulkan fungsi keluarga Ny. G memiliki sumber daya yang adekuat.

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah permanen milik pribadi dengan jumlah orang yang tinggal sebanyak 3 orang terdiri suami dan anak pasien. Terdapat halaman, satu ruang tamu, ruang tengah, dua kamar tidur, dapur, dan kamar mandi dengan WC jongkok. Dinding tembok, lantai menggunakan keramik. Dapur berada di dalam rumah. jendela terdapat di bagian depan rumah dan ada pada setiap ruang. Sinar matahari kurang dapat masuk ke rumah dan kamar, penerangan dibantu listrik dan ventilasi kurang terutama di kamar. Sumber air dari pompa listrik yang digunakan untuk mandi, mencuci dan air minum fasilitas dapur menggunakan kompor gas, kebutuhan air minum berasal dari air galon isi ulang. limbah langsung dialirkan ke got.

Denah Rumah



Gambar 4. Denah Rumah Ny. G

Pada saat kunjungan didapatkan kebersihan rumah cukup baik. Keadaan rumah secara keseluruhan tertata rapi.

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

- a. Alasan Kedatangan: pasien mengeluhkan Sesak napas terkadang disertai bunyi napas “ngik-ngik” dirasakan memberat sejak 1 hari.
- b. Kekhawatiran: Khawatir sesak bertambah parah dan mengganggu aktivitas
- c. Persepsi: Sesak napas biasanya kambuh ketika cuaca dingin dan terpapar debu.
- d. Harapan: Keluhan hilang, penyakit tidak sering kambuh, tidak mengganggu tidur dan aktivitas sehari-hari.

2. Aspek Klinis

Asma bronkial (ICD-10 J45)

3. Aspek Risiko Internal

- a. Pengetahuan yang terbatas mengenai :
 - Definisi asma bronkial
 - Penyebab dan faktor pencetus asma bronkial
 - Gejala asma bronkial
 - Pentingnya kepatuhan pengobatan dan kontrol Asma
 - Pencegahan asma bronkial
- b. Pasien Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) seperti memakai masker saat membersihkan debu
- c. Pengetahuan yang kurang mengenai perilaku pengobatan bersifat kuratif.

4. Aspek Risiko Eksternal

- a. Keluarga pasien belum mengetahui mengenai :
 - Definisi asma bronkial
 - Penyebab dan faktor pencetus asma bronkial
 - Gejala asma bronkial
 - Pentingnya kepatuhan pengobatan dan kontrol Asma
 - Pencegahan asma bronkial
- b. Keluarga pasien memiliki pola berobat keluarga kuratif, di mana keluarga pasien memeriksakan diri ke dokter jika terdapat keluhan.

5. Derajat Fungsional:

Ny. G masih bisa beraktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit (mandiri dalam perawatan diri, bekerja di dalam dan luar rumah) sehingga derajat fungsionalnya adalah 1.

Penatalaksanaan

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

Patient Center

Non-Medikamentosa

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

4. Edukasi mengenai pengendalian asma dan pencegahan eksaserbasi asma.

Medikamentosa:

1. Salbutamol 2 mg tablet 2x1
2. Metil prednisolon 4 mg tablet 2x1
3. Glyceryl Guaiacolate 100 mg tablet 3x1

Family Focus

1. Edukasi keluarga pasien mengenai definisi, penyebab, faktor risiko dan cara penanganan asma di rumah.
2. Edukasi keluarga pasien untuk memberikan makanan dengan gizi yang cukup kepada pasien dan menghindari pencetus alergi pada pasien.
3. Merencanakan bersama keluarga aktivitas fisik yang sesuai untuk penderita asma.

Community Oriented

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

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek personal

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

2. Aspek Klinik

Asma Bronkial (ICD-10 J45)

3. Aspek Risiko Internal

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

4. Aspek Risiko Eksternal

Psikososial keluarga: Peningkatan pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita pasien.

Derajat Fungsional

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

PEMBAHASAN

Pada pasien Ny. G ditetapkan diagnosa setelah dilakukannya anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dari hasil anamnesis pasien mengatakan memiliki keluhan utama berupa sesak napas sejak 1 hari yang lalu. Sesak disertai bunyi ngik saat membuang napas, hilang timbul, memberat terutama saat malam dan menjelang pagi, saat cuaca dingin, dan setelah bersih-bersih rumah. Keluhan disertai batuk tanpa dahak. Pasien mengeluh terbangun karena sesak dan aktivitas

menjadi terbatas. Sesak berkurang ketika pasien istirahat dan minum air hangat. Keluhan sesak telah berulang kali dirasakan. Dalam 1 minggu ini pasien telah mengalami 1 kali serangan sesak. Pasien biasa berobat ke puskesmas jika sesak tidak berkurang dengan istirahat dan minum air hangat. Pasien memiliki riwayat asma sejak usia 8 tahun, gejala sesak terus muncul hilang timbul hingga saat ini.

Keadaan umum tampak sakit ringan; kesadaran *compos mentis*; tekanan darah 116/75 mmHg; frekuensi nadi: 72x/menit; frekuensi napas: 26x/menit; suhu: 36,5°C; berat badan: 46 kg; tinggi badan: 154 cm. *Status Antropometri* dengan IMT/U: 19,39 (Gizi baik). Pasien ini didiagnosis menderita asma karena keluhan utamanya adalah sesak napas disertai mengi dan batuk, yang memburuk pada malam hari dan saat terkena debu. Hal ini sesuai dengan gejala utama asma menurut Konsensus GINA (2020), seperti sesak napas, mengi, batuk, dan dada terasa tertekan, dengan gejala yang terutama parah pada malam hari dan dini hari. Gejala dapat kambuh, reversibel, atau berfluktuasi (Yasaratne, 2023). Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk infeksi, alergen, merokok, olahraga, dan stres (Rengganis, 2020). Hal ini mempersempit bronkus, mengentalkan saluran udara, dan meningkatkan sekresi lendir (Sinyor, 2020). Oleh karena itu, gejala yang dialami pasien dapat mengarah pada asma.

Dari anamnesis, beberapa faktor risiko juga didapatkan pada pasien ini, yaitu: asma muncul saat usia 8 tahun, hal ini sesuai dengan data dari *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) tahun 2013 yang menunjukkan kejadian asma terbanyak pada kelompok usia 5-9 tahun (CDC, 2020). Pasien mempunyai riwayat asma dalam keluarga, terutama pada ayah pasien. Hal ini dibuktikan dengan penelitian Purnomo (2020). Jika riwayat genetik asma disertai atopi, maka risiko terkena asma bronkial tiga kali lebih tinggi.

Pada pemeriksaan status lokalis didapatkan pada inspeksi dada terdapat retraksi suprasternal dan pada auskultasi didapatkan wheezing ekspiratorik pada kedua lapang paru. Berdasarkan Kemenkes RI Tentang Pedoman Pengendalian Asma pada pemeriksaan fisik dapat bervariasi dari normal sampai didapatkan kelainan. Perlu diperhatikan tanda asma maupun alergi lainnya (Gotzsche, 2021). Tanda yang paling sering adalah mengi, pada asma yang berat dapat pula tidak terdengar *silent chest*, biasanya pasien dalam keadaan sianosis dan kesadaran menurun (Permenkes, 2014). Pada inspeksi bisa didapatkan pasien terlihat gelisah, sesak yang ditandai dengan napas cuping hidung, napas cepat, retraksi sela iga, retraksi suprasternal, retraksi epigastrium. Dapat pula ditemukan sianosis. Pada palpasi biasanya tidak ditemukan adanya kelainan, namun pada serangan berat dapat ditemukan pulsus paradoksus. Tidak ditemukan kelainan pada perkusi. Sementara pada auskultasi didapatkan suara napas memanjang, wheezing, dan suara lendir (PDPI, 2019).

Pemeriksaan penunjang pada pasien kasus ini belum dilakukan. Namun dapat dilakukan pemeriksaan berupa pengukuran faal paru atau uji spirometri yang dilakukan untuk menunjukkan adanya penyempitan saluran nafas (Wellmann, 2024). Pemeriksaan ini selain penting untuk mendiagnosis juga berguna untuk menilai beratnya obstruksi dan efek pengobatan. Pemeriksaan faal paru yang standar adalah pemeriksaan spirometri dan *peak expiratory flow meter* (arus puncak ekspirasi) (Mortimer, 2022). Pemeriksaan lain yang berperan untuk diagnosis antara lain uji provokasi bronkus dan pengukuran status alergi. Pemeriksaan provokasi bronkus bermanfaat sebagai alat diagnosis asma. Hiperresponsif bronkus ditemukan pada asma dan derajatnya berhubungan dengan keparahan asma. Tes ini sangat sensitif sehingga jika tidak ditemukan hiperresponsif saluran napas harus memacu untuk mengulangi pemeriksaan dari awal dan memikirkan diagnosis selain asma. Uji provokasi bronkus dibagi menjadi dua kategori yaitu uji farmakologi (histamin, adenosin, metakolin) dan uji non farmakologi (salin hipertonis, latihan) (PDPI, 2019).

Sementara itu uji kulit digunakan untuk membantu diagnosis asma khususnya dalam menentukan alergen sebagai pencetus serangan asma (Schloss, 2020). Uji tusuk kulit (skin prick test) menunjukkan adanya antibodi IgE spesifik pada kulit. Uji alergen yang positif tidak selalu merupakan penyebab asma. Pemeriksaan darah IgE atopi dilakukan dengan cara *radioallergosorbent test* (RAST) bila hasil uji tusuk kulit tidak dapat dilakukan (pada *dermographism*). Pemeriksaan darah bertujuan selain untuk menilai adanya tanda alergi yang berhubungan dengan asma seperti pemeriksaan jumlah eosinofil, kadar anti IgE, dan penting pada saat serangan asma berat yaitu pemeriksaan analisa gas darah yang dapat menilai berat ringannya suatu serangan asma. Hasil AGD ini akan menentukan apakah pasien telah menderita gagal napas sehingga perlu dirawat di ruang perawatan intensif. Terakhir pemeriksaan rontgen paru, tes ini tidak begitu penting karena pada sebagian besar kasus menunjukkan normal atau hiperinflasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk menyingkirkan penyakit selain asma serta melihat adanya penyakit paru lain seperti tuberkulosis atau komplikasi asma seperti infeksi paru atau pecahnya alveoli (pneumotoraks) (PDPI, 2019). Prinsip tatalaksana asma adalah penatalaksanaan saat serangan dan jangka panjang (Reddel, 2021). Pada saat serangan akut, penatalaksanaan sebaiknya dilakukan pasien di rumah menggunakan obat bronkodilator atau kortikosteroid sistemik, namun bila tidak terdapat ada perbaikan maka segera ke fasilitas pelayanan kesehatan. Sementara penatalaksanaan asma jangka panjang bertujuan untuk mengontrol asma dan mencegah serangan (Bernstein, 2022). Prinsip pengobatan jangka panjang meliputi edukasi, obat asma, dan menjaga kebugaran (CDC, 2020).

Penatalaksanaan pasien asma rawat jalan berdasarkan tingkat keparahannya dibedakan menjadi 5 kelompok pengobatan yang dinyatakan dalam *Global Initiative for Asthma* (GINA) sebagai pengobatan step 1 hingga step 5. Semua pasien asma rawat jalan mendapat edukasi tentang penyebab serangan asma, mengenali tanda dan gejala kegawatan asma, kegunaan dan efek samping obat yang digunakan, serta cara pakai sediaan inhalasi (Agnihotri, 2023). Kelompok step 1 adalah pasien yang gejala asmanya terkontrol hanya dengan terapi inhalasi beta 2 agonis saja. Kelompok pasien step 2 – 5 adalah pasien yang gejala asmanya tidak terkontrol, hanya dengan inhalasi beta 2 agonis saja, ditandai dengan penggunaan inhalasi beta 2 agonis lebih dari dua kali per minggu. Kelompok pasien step 2 membutuhkan inhalasi kortikosteroid dosis rendah rutin setiap hari, di samping inhalasi beta 2 agonis yang digunakan pada saat sesak napas. Kelompok pasien step 3 membutuhkan kombinasi inhalasi kortikosteroid dosis rendah dan inhalasi agonis beta 2 kerja panjang secara rutin setiap hari. Kelompok pasien step 4 membutuhkan inhalasi kortikosteroid dosis sedang/tinggi dan inhalasi agonis beta 2 kerja panjang secara rutin setiap hari. Kelompok pasien step 5 membutuhkan kortikosteroid oral (sistemik) dosis rendah secara rutin setiap hari atau injeksi anti-IgE setiap 4 minggu. Kategori pengobatan pasien asma rawat jalan ini dievaluasi setiap 12 minggu. Jika gejalanya terkontrol (serangan asma <2 kali per minggu) maka pengobatan pasien disesuaikan dengan menurunkan/mengurangi jenis atau dosis obat yang digunakan.

Eksaserbasi asma merupakan kondisi yang mengancam jiwa, pasien asma step 5 rentan mengalami eksaserbasi asma. Tambahan terapi yang direkomendasikan untuk pasien asma step 5 adalah kortikosteroid sistemik atau injeksi omalizumab. Kortikosteroid sistemik efektif namun risiko efek sampingnya banyak (hipertensi, perubahan *mood*, depresi, psikosis, penipisan kulit, menghambat pertumbuhan anak, dan peningkatan risiko infeksi); sedangkan injeksi omalizumab meskipun efektif, dapat menyebabkan reaksi hipersensitivitas yang serius (syok anafilaksis) dan harganya relatif mahal. Penelitian menunjukkan bahwa banyak gen yang terlibat dalam patogenesis asma, terutama (i) produksi antibodi IgE, (ii) ekspresi saluran pernafasan yang hiperresponsif, (iii) pelepasan mediator inflamasi (sitokin, kemokin, dan

faktor pertumbuhan), (iv) rasio sel Th1 dan Th2 (Nguyen, 2022). Kecenderungan produksi antibodi IgE atau kadar antibodi IgE dalam serum yang tinggi berhubungan dengan kejadian hiperresponsif saluran pernafasan. Di sisi lain, variasi gen beta-adrenoreseptor berhubungan dengan respon pasien terhadap obat golongan beta agonis. Oleh karena itu, penanda gen tidak hanya penting untuk memperkirakan risiko serangan asma tetapi juga untuk memprediksikan respon pasien terhadap pengobatan.

Posisi anti-IgE dalam terapi asma adalah digunakan sebagai tambahan terapi standar untuk pasien asma rawat jalan step 5 yang hasil pemeriksaan antibodi IgEnya $>30\text{IU/mL}$. Anti-IgE digunakan secara terbatas, hanya jika serangan asma tidak terkontrol dengan inhalasi kortikosteroid, mengingat efek samping injeksi immunoglobulin baik pada tempat injeksi maupun secara sistemik, yaitu: nyeri dan kemerahan di tempat injeksi (reaksi alergi lokal) hingga syok anafilaksis. Jadi anti-IgE diberikan sebagai terapi tambahan pada pasien asma rawat jalan step 5 selain penggunaan inhalasi beta 2 agonis (jika perlu) dan inhalasi kortikosteroid. Dosis maksimum: 600 mg subkutan setiap 2 minggu. Efektivitas terapi terlihat pada minggu ke-12 hingga minggu ke-16. Dosis pemberian disesuaikan dengan berat badan dan kadar antibodi IgE (NICE, 2022).

Kunjungan rumah pertama kali dilakukan pada tanggal 18 Maret 2024, adapun yang dilakukan pada kunjungan pertama adalah pendekatan dan perkenalan dengan pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik perihail penyakit yang telah diderita, pendekatan keluarga, pendataan keadaan rumah, serta kemungkinan faktor risiko yang dapat mencetuskan serangan asma. Saat dikunjungi, pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dideritanya saat ini. Pasien tidak mengetahui jika penyakitnya tidak dapat sembuh dan harus dikontrol untuk mencegah eksaserbasi atau perburukan gejala asma. Saat ditanya penyebabnya, pasien sudah mengetahui beberapa faktor pencetus serangan asmanya seperti udara dingin dan debu. Pasien juga tidak mengetahui bahwa asma merupakan penyakit yang dapat diturunkan.

Pasien tinggal bersama suami dan satu anaknya. Hubungan keluarga terjalin dengan baik. Keluarga berusaha memberi dukungan dan perhatian terhadap kesembuhan pasien. Perilaku kesehatan keluarga ini adalah hanya memeriksakan keluarganya ke layanan kesehatan apabila sakit telah mengganggu kegiatan sehari-hari. Lokasi pasien dengan puskesmas berjarak 1,5 km dan pasien kurang dapat mencapai layanan kesehatan karena bergantung diantar anggota keluarga seperti suami atau orangtuanya. Rumah pasien bersih dan rapi dari segi tatanan barang. Kunjungan rumah kedua kali (intervensi) dilakukan pada tanggal 24 Maret 2024. Sebelum dilakukan intervensi, pasien diberikan pretest dengan tujuan untuk menilai tingkat pengetahuan pasien mengenai penyakit asma yang dideritanya, hasil pretes tersebut akan dibandingkan dengan hasil postes setelah dilakukan intervensi. Hal ini berguna untuk mengetahui ada tidaknya peningkatan pengetahuan pasien sebelum dan sesudah intervensi. Pada hasil pretest didapatkan skor 50 dari 100, skor ini menunjukkan bahwa pengetahuan pasien tentang Asma Bronkial belum cukup.

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

yang berujung pada kesehatan pasien. Selain itu, pasien dan keluarga pasien dapat memahami cara mencegah serangan asma, mengobati sendiri jika terdapat serangan, dan mengontrol asma pasien agar tidak terjadi eksaserbasi.

Penggunaan media berupa poster dilakukan untuk pemberian edukasi dengan cara menjelaskan poin-poin dari isi media intervensi tersebut. Pasien dan keluarga dijelaskan mengenai penjelasan penyakit asma, penyebab dan pencetus gejala asma, terapi asma, cara mengontrol gejala asma, dan mencegah eksaserbasi asma. Edukasi terapi di jelaskan mengenai lamanya pemberian pengobatan, efek samping yang dapat terjadi, dan pentingnya kepatuhan dalam mengontrol gejala asma. Keluarga pasien terkhusus suami dan anak pasien juga diberikan edukasi mengenai pentingnya menjaga lingkungan sekitar rumah. Rumah tidak boleh dalam keadaan berdebu. Setiap pagi rumah dibersihkan dan jendela depan rumah harus dibuka agar cahaya matahari dapat masuk kedalam rumah. Keluarga pasien juga diberikan edukasi mengenai pentingnya dukungan emosional dari keluarga untuk kesembuhan pasien.

Setelah intervensi dilakukan, kemudian dilakukan evaluasi pada 30 Maret 2024. Hal pertama yang dievaluasi berupa keluhan sesak napas, mengi, dan batuk, yang menurut pasien keluhannya tersebut sudah tidak muncul. Pemeriksaan lokalis juga diperiksa kembali, tidak didapatkan adanya retraksi pada dinding dada, fremitus taktil dan ekspansi dada simetris, sonor pada seluruh lapang paru, dan tidak ditemukan adanya wheezing ekspiratorik pada auskultasi. Evaluasi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap penyakit pada pasien dan keluarga dilakukan dengan meminta untuk menjawab 10 pertanyaan yang sama dengan kunjungan kedua, dan terlihat hasil yang berbeda. Pada hasil pretest didapatkan skor 80 dari 100, hal ini menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan pasien serta keluarganya mengenai penyakitnya. Hasil evaluasi mengenai kontrol gejala asma secara mandiri dan menghindari faktor pencetus, pasien sudah mengerti dan mulai menerapkannya.

SIMPULAN

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

DAFTAR PUSTAKA

- Agnihotri NT, Nyenhuis SM. (2023). Global Considerations in Asthma Treatment: Management in Low Resource Settings. *Advances in experimental medicine and biology*, 1426, 377–394. https://doi.org/10.1007/978-3-031-32259-4_16.
- Bacharier LB, Louis S. (2019). "Step-down" therapy for asthma: Why, When, and How? *JACI*. 109(6):916.
- Bernstein J. A. (2022). Editorial: Advancements in asthma diagnosis and management: what's new?. *Current opinion in pulmonary medicine*, 28(3), 232–233. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000870>.
- Centers for disease control and prevention. (2020). Asthma. Available from: <http://www.cdc.gov/asthma/asthadata.html>.
- Corrigan C, Rak S. (2020). Asthma in allergy. China: Elsevier Mosby: 2004: 26-38.

- Global Initiative For Asthma (GINA). (2021). Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. Glob. Initiat. Asthma.
- Gotzsche CP. (2021). House dust mite control measures for asthma: systematic review in European Journal of Allergy and Chronic Urticaria. (63)646.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- National institute for health and clinical excellence (NICE). (2022). Omalizumab for treating severe persistent allergic asthma (review of technology appraisal guidance 133 and 201). Available at : <http://guidance.nice.org.uk/TW278/Guidance/pdf/English>.
- Nguyen TV, dkk. (2022). Artemisia gmelinii Extract Alleviates Allergic Airway Inflammation via Balancing TH1/TH2 Homeostasis and Inhibiting Mast Cell Degranulation. International journal of molecular sciences, 23(23), 15377. <https://doi.org/10.3390/ijms232315377>.
- Menteri Kesehatan RI. (2014). PERMENKES No. 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.
- Morris MJ. (2020). Asthma. Tersedia di <http://emedicine.medscape.com/> (Diakses 9 Maret 2025).
- Mortimer, K., dkk. (2022). The burden of asthma, hay fever and eczema in adults in 17 countries: GAN Phase I study. The European respiratory journal, 60(3), 2102865. <https://doi.org/10.1183/13993003.02865-2021>.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI). (2020). Asma. Pedoman diagnosis & Penatalaksanaan di Indonesia.
- Purnomo. (2020). Faktor Resiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Asma Bronkial Pada Anak. Universitas Diponegoro : Semarang.
- Reddel HK, dkk. (2021). Global Initiative for Asthma Strategy 2021: executive summary and rationale for key changes. The European respiratory journal, 59(1), 2102730. <https://doi.org/10.1183/13993003.02730-2021>.
- Rengganis, I. (2020). Diagnosis dari tatalaksana asma bronkial. Majalah Kedokteran Indonesia. 58(11):444-51.
- Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. (2018). Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Schloss S, dkk. (2020). Efficacy and safety of vitamin C in the management of acute respiratory infection and disease: A rapid review. Tersedia dari <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32837893/> (Di akses 9 Maret 2025).
- Shyamali CD, Perret JL dan Custovic A. (2019). Asthma in Children and Adults. Front Pediatr. vol 7: Hal 246.
- Sinyor B, Livasky CP. (2020). Pathophysiologi of Asthma. Tersedia di: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551579/> (diakses 9 Maret 2025).
- Stolbrink, M., dkk. (2022). The availability, cost, and affordability of essential medicines for asthma and COPD in low-income and middle-income countries: a systematic review. The Lancet. Global health, 10(10), e1423–e1442. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00330-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00330-8).
- Wellmann, N., dkk. (2024). Enhancing Adult Asthma Management: A Review on the Utility of Remote Home Spirometry and Mobile Applications. Journal of personalized medicine, 14(8), 852. <https://doi.org/10.3390/jpm14080852>.
- WHO. (2023). Asthma Fact Sheets: World Health Organization.
- Yasaratne D, Idrose NS, Dharmage SC. (2023). Asthma in developing countries in the Asia-Pacific Region (APR). Respirology (Carlton, Vic.), 28(11), 992–1004. <https://doi.org/10.1111/resp.14590>.