

Penatalaksanaan Holistik Pasien Balita dengan Asma Persisten Ringan melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Arinda Stefani¹, Diana Mayasari²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Asma merupakan penyakit respiratori kronik dengan dasar inflamasi kronik yang mengakibatkan obstruksi dan hiperreaktivitas saluran respiratori sebagai hasil interaksi antara faktor genetik, faktor inang, dan lingkungan. Studi tentang riwayat alamiah asma menunjukkan bahwa hampir 80% kasus dimulai selama 6 tahun pertama kehidupan. Penatalaksanaan asma harus dengan pemantauan yang berkelanjutan untuk tercapainya asma yang terkontrol, sehingga dokter harus menatalaksana pasien secara holistik dari berbagai aspek untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient centred* dan *family approach*. Studi ini adalah *case report*. Data primer diperoleh melalui alloanamnesis, pemeriksaan fisik, kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga dan psikososial, serta lingkungan. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien balita dengan asma persisten ringan. Pada faktor internal pada kasus seperti faktor genetik, usia, dan kurangnya kesadaran dalam menghindari faktor pencetus. Faktor eksternal kurangnya pengetahuan keluarga mengenai asma dan komplikasinya serta lingkungan yang berdebu. Dilakukan intervensi farmakologis dan non farmakologis berupa edukasi dalam mencegah terjadinya serangan asma pada pasien. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, *patient centered*, *family approach* dan berdasarkan beberapa teori dan penelitian terkini. Pada proses perubahan perilaku, pasien dan keluarga sudah mencapai tahap *adoption*.

Kata Kunci: Asma, balita, kedokteran keluarga

Holistic Management of Childhood Patients with Mild Persistent Asma through Family Medical Approaches

Abstract

Asthma is a chronic respiratory disease based on chronic inflammation which results obstruction and hyperreaction of the respiratory tract as a result of the interaction between genetic, host, and environmental factors. Studies on the natural history of asthma show that nearly 80% of cases begin during the first 6 years of life. Asthma management must be continuous monitoring to achieve controlled asthma, doctors must manage patients holistically from various aspects to improve quality of life. Implementation of family-based evidence based medicine by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on patient problem solving framework with patient centred and family approach. This study is a case report. Primary data were obtained through alloanamnesis, physical examination, home visits to complete family and psychosocial data, as well as the environment. Assessment based on holistic diagnostic from the beginning, process and in the end of the study quantitatively and qualitatively. Patients under five with mild persistent asthma. Internal factors in cases such as genetic factors, age, and lack of awareness in avoiding trigger factors. External factors are lack of family knowledge about asthma and its complications and a dusty environment. Pharmacological and non-pharmacological interventions are carried out in the form of education in preventing asthma attacks in patients. The diagnosis and management of these patients has been carried out in a holistic, patient centered, family approach and based on several recent theories and studies. In the behavior change process, the patient and family have reached the adoption stage.

Keywords: Asthma, family medicine, toddlers

Korespondensi: Arinda Stefani, alamat Jl. Siworatu Blok M Nomor 1 Bandarlampung, HP 081218389686, e-mail arindastefani@gmail.com

Pendahuluan

Asma adalah salah satu penyakit tidak menular yang memiliki dampak besar pada kualitas hidup. Asma merupakan penyakit

respiratori kronik dengan dasar inflamasi kronik yang mengakibatkan obstruksi dan hiperreaktivitas saluran respiratori dengan derajat manifestasi klinis yang bervariasi

sebagai hasil interaksi antara faktor genetik, faktor inang, dan lingkungan¹.

Menurut WHO, hingga tahun 2018 diperkirakan lebih dari 339 juta orang menderita asma dan 417.918 kematian akibat asma di seluruh dunia. Asma adalah penyakit umum pada anak-anak². Prevalensi asma anak di dunia tidak dapat ditentukan dengan pasti karena belum adanya definisi asma anak yang diterima secara universal dan belum adanya baku emas yang obyektif dan mudah dilakukan pada anak menyebabkan bervariasinya definisi asma dan metodologi yang digunakan dalam penelitian - penelitian untuk menentukan prevalensi asma³.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, prevalensi asma di Indonesia pada penduduk semua umur berkisar 0,4% - 5,1%. Prevalensi asma anak pada kelompok usia <1 tahun sebesar 0,4 %, usia 1 – 4 tahun 1,6%, usia 5-14 tahun 1,9%⁴.

Studi tentang riwayat alamiah asma telah menunjukkan bahwa hampir 80% kasus dimulai selama 6 tahun pertama kehidupan. Gejala asma pediatrik pada kelompok usia 0 – 6 tahun bervariasi dan tidak spesifik pada asma sehingga sulit menegakkan diagnosis. Sudah terbukti bahwa asma pada kelompok usia ini sering kurang terdiagnosis dan diobati⁵. Menghindari paparan faktor lingkungan yang dapat memicu asma seperti asap rokok, makanan atau obat-obatan pemicu, polutan dan iritan merupakan hal yang sangat penting. Tujuan pengobatan asma adalah untuk mengontrol gejala klinis dan mengurangi risiko kekambuhan di masa depan bagi^{6,7}.

Risiko jangka panjang pada pasien dengan kontrol yang buruk adalah serangan asma, gangguan perkembangan atau percepatan penurunan fungsi paru-paru, dan efek samping pengobatan. Meskipun ketersediaan obat yang efektif, banyak anak tidak memiliki asma yang terkontrol secara memadai. Hal ini berimplikasi pada kualitas hidup, aktivitas fisik sehari-hari, dan meningkatkan beban penyakit dalam hal biaya bagi keluarga dan masyarakat. Anak-anak dengan asma sering memiliki keterbatasan dalam aktivitas dan olahraga (dilaporkan pada ≤47% dari anak-anak dengan asma), terbangun

di malam hari karena asma (≤34%) dan absen dari sekolah (≤51%)⁷.

Penatalaksanaan asma harus dengan pemantauan yang berkelanjutan untuk tercapainya asma yang terkontrol dan hidup tanpa atau dengan gangguan yang sangat minimal. Hal tersebut menunjukkan bahwa dokter harus menatalaksana pasien secara holistik dari berbagai aspek. Dokter memegang peranan penting pada penyakit asma dalam hal penegakan diagnosis pertama, terapi yang tepat, dan edukasi terutama kepada pasien dan keluarganya dalam pencegahan terjadinya kekambuhan penyakit⁸.

Kasus

Data primer diperoleh melalui anamnesis (alloanamnesis dari ibu pasien), pemeriksaan fisik dan penunjang saat kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif

Pasien An. S usia 3 tahun, datang ke unit gawat darurat (UGD) Puskesmas Panjang dengan keluhan sesak napas. Sesak napas dirasakan sejak 4 jam yang lalu dan memberat sejak 1 jam yang lalu. Sesak napas yang dirasakan terkadang disertai bunyi napas “ngik-ngik”. Sesak napas dikatakan lebih baik bila dalam keadaan duduk dan pasien merasakan sesak napas lebih berat dalam keadaan berbaring.

Empat hari sebelum sesak, pasien mengeluhkan batuk dan pilek. Batuk yang dirasakan berdahak, namun dahak susah untuk dikeluarkan. Setelah diberikan obat batuk pilek yang di beli di apotik, dahak mulai keluar sedikit-sedikit dengan warna dahak dikatakan berwarna putih kekuningan dan keluhan pilek mulai membaik.

Ibu pasien mengatakan sesaat sebelum timbul sesak, pasien bermain ke rumah tetangga yang sedang di renovasi sehingga sangat berdebu. 3 minggu yang lalu, pasien juga mengalami sesak napas setelah bermain di rumah tetangga tersebut. Ibu membawa pasien ke puskesmas untuk di uap dan kemudian keluhan sesak napas membaik.

Beberapa bulan sebelumnya gejala sesak pada pasien jarang kambuh. Jika kambuh biasanya sesak membaik dengan istirahat.

Pasien memiliki riwayat asma sejak 1,5 tahun lalu dan biasanya timbul ketika batuk pilek setelah minum dingin dan kelelahan bermain. Namun keluhan asma lebih sering timbul oleh karena batuk pilek setelah minum dingin. Alergi debu pada pasien baru diketahui ibu. Riwayat asma pada keluarga ada, yaitu pada nenek pasien. Ayah pasien sering bersin-bersin dan hidungnya tersumbat jika terkena udara dingin pada pagi hari.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum tampak sakit sedang dan tampak sesak, kesadaran compos mentis, suhu 36,8⁰, frekuensi nadi 119 kali/menit, frekuensi napas 38 kali/menit, SpO2 95%, berat badan 13 kg, tinggi badan 94 cm, status gizi berdasarkan BB/U adalah gizi normal (-1 SD sampai dengan median)

Status Generalis

Pada pemeriksaan kepala normocephali, mata, telinga, hidung, kesan dalam batas normal, bibir tidak sianosis. Pada pemeriksaan thoraks terdapat retraksi intercostal, pergerakan dinding dada cepat, taktil fremitus simetris kanan dan kiri, perkusi sonor di kedua lapang paru, auskultasi terdengar vesikuler (+/+) serta wheezing pada akhir ekspirasi pada kedua lapang paru. Pemeriksaan jantung, abdomen, dan ekstremitas dalam batas normal.

Hasil Kuesioner Pra-skrining Perkembangan Anak

Tanggal lahir pasien 28 Oktober 2017. Usia pasien saat pemeriksaan adalah 36 bulan 13 hari. Pra-skrining perkembangan anak menggunakan kuesioner pra-skrining untuk anak 36 bulan dan didapatkan skor 10 yang berarti jika perkembangan pada pasien ini sesuai dan tidak ada penyimpangan.

Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang pada pasien ini.

Data Keluarga

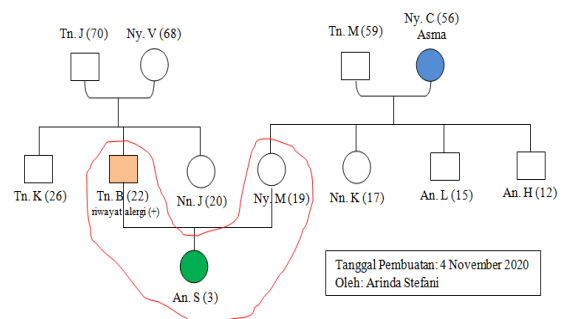
Pasien merupakan anak pertama. Pasien tinggal bersama ayah dan ibunya. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Menurut siklus Duvall, siklus keluarga ini berada pada tahap keluarga dengan anak pra sekolah. Pasien adalah anak perempuan berusia 3 tahun. Ayah pasien berusia 22 tahun dan bekerja sebagai karyawan swasta di sebuah pabrik. Ibu pasien berusia 19 tahun yang merupakan ibu rumah tangga.

Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh ayah pasien sebagai kepala keluarga. Keluarga selalu menyempatkan untuk berkumpul bersama saat malam hari.

Perilaku berobat masih mengutamakan kuratif yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila ada keluhan yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Jarak ke puskesmas ± 2 – 3 km.

Genogram

Genogram keluarga An. S dapat dilihat pada Gambar 1.



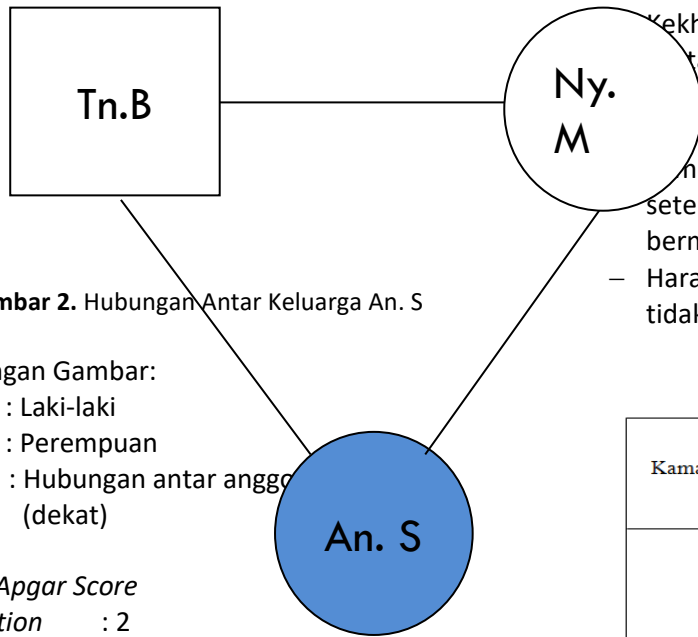
Gambar 1. Genogram Keluarga An. S

Keterangan Gambar:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- (green) : Pasien (An. S)
- (blue) : Nenek pasien, memiliki riwayat penyakit asma
- (orange) : Ayah pasien, memiliki riwayat alergi
- ⊂ (red outline) : Tinggal dalam satu rumah

Hubungan Antar Keluarga

Hubungan antar keluarga An. S dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Hubungan Antar Keluarga An. S

Keterangan Gambar:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Hubungan antar anggota (dekat)

Family Apgar Score

- Adaptation* : 2
- Partnership* : 1
- Growth* : 2
- Affection* : 2
- Resolve* : 2

Total *Family Apgar score* 9 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik)

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal bersama ayah dan ibunya. Pasien menempati rumah sendiri di daerah pemukiman yang padat penduduk dengan jarak antar tetangga berdekatan.

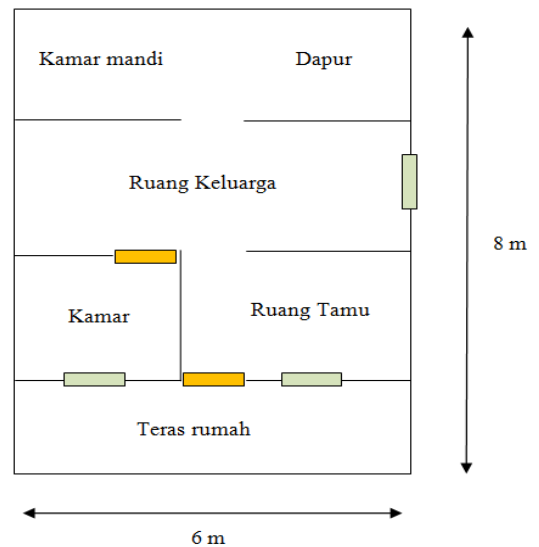
Rumah pasien berukuran 6 meter x 8 meter, tidak bertingkat, memiliki teras rumah, ruang tamu, 1 kamar tidur, dapur, dan kamar mandi. Rumah pasien ber dinding bata yang dilapisi semen dan sudah di cat, lantai keramik, dan beratap genteng. Pencahayaan sinar matahari cukup dan ventilasi ada di setiap ruangan. Barang-barang di rumah kurang tertata rapi, dan terdapat beberapa barang di rumah yang berdebu. Sampah dikelola oleh petugas sokli. Sumur digunakan untuk sumber air untuk kehidupan sehari hari. Air minum menggunakan air isi ulang.

Diagnosis Holistik Awal

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: sesak napas terkadang disertai bunyi napas “ngik-ngik” dirasakan sejak 4 jam yang lalu dan memberat sejak 1 jam yang lalu.

Kekhawatiran (ibu): khawatir sesak bertambah parah dan tidak bisa melakukan aktivitas seperti sebelum sakit
 Deskripsi (ibu): sesak napas biasanya timbul ketika pasien batuk pilek setelah minum dingin dan kelelahan bermain
 – Harapan: keluhan hilang dan penyakit tidak sering kambuh



Gambar 3. Denah Rumah

Keterangan:

- : Pintu
- : Jendela

2. Aspek Klinik

Asma Eksaserbasi Persisten Ringan (ICD X: J45.31)

3. Aspek Risiko Internal

- Faktor riwayat penyakit asma dalam keluarga, yaitu nenek pasien
- Faktor riwayat alergi dalam keluarga, yaitu ayah pasien
- Faktor usia pasien sehingga upaya atau kesadaran pasien masih kurang dalam menghindari faktor risiko alergen yang dapat menimbulkan kekambuhan penyakit dan belum mengetahui dampak akibat asma yang tidak terkontrol

- Pasien belum menggunakan masker ketika pergi bermain dan keluar rumah
4. Aspek Risiko Eksternal
- Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya asma dan dampak akibat asma yang tidak terkontrol
 - Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai tanda-tanda asma yang terkontrol
 - Terdapat beberapa barang di rumah yang berdebu
 - Rumah berada di lingkungan padat penduduk dan ada rumah tetangga yang sedang di renovasi sehingga terdapat banyak debu
5. Derajat Fungsional
- Derajat 2, yaitu masih mampu melakukan aktivitas ringan sehari-hari di dalam maupun luar rumah

Intervensi

Patient Centered

1. Non-Medikamentosa
 - Konseling kepada pasien untuk tidak mengonsumsi minuman dingin dan tidak banyak bermain untuk mencegah kekambuhan penyakit dan dampak akibat asma yang tidak terkontrol.
 - Edukasi kepada pasien untuk menggunakan masker saat melakukan aktivitas yang memiliki kontak dengan debu yang banyak
2. Medikamentosa:
 - Nebulisasi salbutamol 1 kali selama 15 menit
 - Salbutamol sirup 3 x 5 ml
 - Metil prednisolon 3 x 4 mg

Family Focused

1. Konseling kepada keluarga pasien mengenai faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya asma, dampak yang ditimbulkan akibat asma yang tidak terkontrol, dan tanda-tanda asma yang terkontrol

2. Konseling kepada keluarga pasien untuk selalu mengingatkan dan mengawasi pasien terhadap faktor risiko alergen yang dapat menimbulkan kekambuhan penyakit
3. Konseling kepada keluarga pasien mengenai faktor risiko eksternal terutama lingkungan sekitar dan kondisi rumah yang harus tetap di jaga kebersihannya dari debu

Community Centered

Menjaga kondisi lingkungan sekitar agar tidak banyak debu yang menjadi faktor pemicu

Diagnosis Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: sesak napas terkadang disertai bunyi napas “ngik-ngik” sudah tidak ada
- Kekhawatiran (ibu): kekhawatiran sudah berkurang
- Persepsi (ibu): sesak napas pada pasien bisa kambuh ketika batuk pilek setelah minum dingin, kelelahan bermain, dan terpapar debu yang banyak
- Harapan: keluhan hilang dan penyakit tidak sering kambuh

2. Aspek Klinik

Asma persisten ringan tanpa komplikasi (ICD X: J45.30)

3. Aspek Risiko Internal

- Keluarga memahami asma yang terjadi pada anak karena ada faktor risiko dari keluarga
- Sudah mulai ada upaya atau kesadaran pasien masih kurang dalam menghindari faktor risiko alergen yang dapat menimbulkan kekambuhan penyakit seperti tidak minum dingin dan mengurangi bermain dengan tidur siang
- Pasien mulai menggunakan masker ketika pergi bermain dan keluar rumah meskipun belum rutin

4. Aspek Risiko Eksternal
 - Pengetahuan keluarga meningkat mengenai faktor-faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya asma dan dampak akibat asma yang tidak terkontrol
 - Pengetahuan keluarga meningkat mengenai tanda-tanda asma yang terkendali
 - Ibu pasien sudah membersihkan barang-barang di rumah yang berdebu
 - Keluarga sudah melarang pasien untuk bermain di dekat rumah tetangga yang sedang di renovasi
5. Derajat Fungsional
Derajat 1, yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan)

Pembahasan

Pada kasus ini, pasien sering mengalami sesak napas yang terkadang disertai bunyi napas “ngik-ngik”. Pasien memiliki riwayat penyakit asma yang telah diketahui sejak 1,5 tahun yang lalu. Keluhan asma biasanya timbul ketika batuk pilek setelah minum dingin dan kelelahan bermain. Alergi debu pada pasien baru diketahui ibu. Riwayat asma pada nenek pasien. Ayah pasien sering bersin-bersin dan hidungnya tersumbat jika terkena udara dingin pada pagi hari. Dalam 1 bulan ini pasien mengalami serangan asma sebanyak 2 kali. Beberapa bulan sebelumnya gejala sesak pada pasien jarang kambuh.

Menurut PNAA (Pedoman Nasional Asma Anak), diagnosis asma pada anak balita didasarkan pada pendekatan probabilitas yang terdiri dari gejala klinis, adanya faktor risiko untuk berkembang asma (riwayat alergi pada pasien dan/atau asma pada keluarga), dan respon terhadap terapi pengendali^{1,9}. Gambaran klinis pada pasien yang mendukung diagnosis asma yaitu adanya batuk, sesak napas, mengi, dan aktivitas terbatas yang timbul secara episodik atau berulang. Faktor risiko pencetus asma pada pasien yaitu kelelahan bermain, memiliki riwayat alergi terhadap minuman dingin dan debu, serta pada riwayat keluarga didapatkan adanya

riwayat asma dan atopi pada ayah dan nenek pasien dari pihak ibu.

Faktor risiko yang dapat merangsang timbulnya asma yaitu paparan asap rokok, asap rumah tangga obat-obatan tertentu seperti antibiotik, polusi udara, udara dingin, infeksi saluran pernafasan, tungau debu rumah, bulu binatang, serbuk sari bunga, dan kelelahan fisik¹⁰.

Derajat asma pada balita terdiri dari derajat asma intermiten dan derajat asma persisten ringan hingga berat. Dalam 1 bulan ini pasien mengalami serangan asma sebanyak 2 kali dengan jarak antar episode gejala asma yaitu 3 minggu. Hal tersebut memenuhi kriteria untuk derajat asma persisten ringan, yaitu episode gejala asma >1x/bulan, <1x/minggu¹.

Berdasarkan pemeriksaan fisik, keadaan umum tampak sesak, didapatkan frekuensi napas 38 kali/menit. Pada pemeriksaan thoraks terdapat retraksi intercostal, pergerakan dinding dada cepat, dan wheezing pada akhir ekspirasi pada kedua lapang paru.

Hasil pemeriksaan fisik pada pasien semakin mendukung diagnosis asma. Berdasarkan teori, adanya paparan terhadap faktor pencetus asma akan menyebabkan alergen masuk ke dalam tubuh, memicu inflamasi, dan akan menimbulkan obstruksi saluran respiratori. Obstruksi menyebabkan saluran respiratori menyempit sehingga pada pemeriksaan fisik ditemukan adanya *wheezing* dan kompensasi dari obstruksi tersebut maka akan ditemukan takipnea dan dispnea^{11,12}.

Pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan teori, tidak ada pemeriksaan penunjang spesifik untuk diagnosis asma pada anak balita¹.

Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik mendukung diagnosis pasien yaitu asma eksaserbasi persisten ringan.

Penatalaksanaan pada pasien ini menggunakan pendekatan kedokteran keluarga. Sesuai konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan dalam keluarga pasien masih mengutamakan pola perilaku kuratif dibandingkan preventif, serta kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita pasien yang diketahui dari hasil *pre test*. Keluarga hanya mampu

menjawab 5 dari 10 pertanyaan yang diberikan. Keberhasilan dari penatalaksanaan tidak hanya bergantung pada pasien dan tenaga kesehatan, tapi peran keluarga juga dibutuhkan¹³.

Pada faktor biologi terdapat faktor risiko keturunan genetik, yaitu adanya riwayat asma dan atopi pada ayah pasien dan nenek pasien dari pihak ibu. Dari segi gaya hidup pasien masih sering mengonsumsi minuman dingin, kurang istirahat, dan belum menggunakan masker ketika pergi bermain. Lingkungan rumah terdapat beberapa barang di rumah yang berdebu dan ada rumah tetangga yang sedang di renovasi sehingga terdapat banyak debu. Dari kepustakaan, hal ini memiliki risiko untuk merangsang timbulnya asma¹⁰.

Pada segi lingkungan psikososial, hubungan pasien dengan keluarganya terbilang cukup erat dan pasien mendapatkan dukungan keluarga dalam perawatan penyakit yang dideritanya. Hal ini dapat membantu pasien untuk menjalani pengobatan yang dapat dilihat dari diagram hubungan antar keluarga yang dekat dan *family apgar score* menunjukkan fungsi keluarga baik. Setelah menyimpulkan permasalahan dan faktor-faktor yang memengaruhi masalah tersebut, dilakukan intervensi kepada pasien dan keluarga. Intervensi dilakukan pada tanggal 10 November 2020 secara *family conference* yang dihadiri oleh pasien dan ibu pasien.

Risiko jangka panjang pada anak dengan kontrol yang buruk adalah serangan asma, gangguan perkembangan atau percepatan penurunan fungsi paru-paru, dan efek samping pengobatan. Asma yang terkontrol akan meningkatkan kualitas hidup anak^{7,14}.

Anak-anak bergantung pada orang tua untuk pengendalian asma. Tingkat pengetahuan keluarga tentang asma pada anak memang mempengaruhi tingkat pengendalian asma. Hal ini mungkin disebabkan oleh fakta bahwa pengetahuan akan mempengaruhi persepsi penyakit, dan pada akhirnya mempengaruhi manajemen dan motivasi untuk memastikan pengendalian yang memadai¹⁵.

Intervensi secara medikamentosa dan non medikamentosa pada pasien ini sudah tepat. Berdasarkan alur tatalaksana serangan

asma pada anak, tatalaksana awal seharusnya dilakukan nebulisasi β 2-agonis kerja pendek 1-2x dengan jarak 20 menit¹. Pada pasien ini, setelah dilakukan nebulisasi pertama, keluhan sesak mulai berkurang, kemudian dilakukan observasi, dan keluhan mengi mulai hilang sehingga tidak dilakukan nebulisasi kedua.

Pasien juga diberikan salbutamol sirup 3 x 5 ml dan metil prednisolon 3 x 4 mg sebagai obat pengendali. Menurut kepustakaan, seharusnya obat pengendali asma diberikan dalam bentuk inhalasi namun pemberian secara inhalasi membutuhkan teknik yang khusus dan sulit bagi pasien yang masih berusia 3 tahun sehingga diberikan dalam bentuk oral dengan ketentuan pemberian tidak dalam jangka panjang¹.

Intervensi non medikamentosa dilakukan dengan pendekatan secara konseling dengan membangun kemitraan, mengembangkan empati, lalu menanyakan terlebih dahulu apakah keluarga siap untuk mendukung pasien melakukan perubahan. Setelah dinyatakan siap, ditanyakan mengenai hambatan yang selama ini ada untuk melakukan perubahan. Selanjutnya, dilakukan pemahaman terhadap persepsi pasien dan orang tua, mengurangi dan meningkatkan motivasi pasien dan orang tua agar penyakit pasien dapat terkontrol dan kualitas hidup dapat meningkat. Tahap berikutnya yaitu menegosiasikan rencana yang sesuai untuk pasien, mengambil langkah-langkah kecil untuk menuju perubahan. Kemudian ditentukan mengenai kebutuhan waktu yang diperlukan untuk melakukan perubahan, sehingga dapat dievaluasi pada pertemuan berikutnya¹⁶.

Kunjungan *follow up* dilakukan pada tanggal 18 November 2020. Pada kunjungan *follow up* ini dilakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah diberikan kepada pasien dan keluarga. Ada beberapa perubahan perilaku pada pasien dan keluarga, namun ada beberapa perilaku yang secara rutin belum dilakukan. Pasien sudah tidak mengonsumsi minuman dingin. Pasien mulai mengurangi bermain dan sudah tidur siang sebanyak 3 kali dalam 1 minggu. Pasien belum rutin menggunakan masker saat melakukan aktivitas yang memiliki kontak dengan debu yang

banyak. Ketika pergi keluar rumah ibu memakaikan masker kepada pasien, namun setelah sampai di rumah tetangganya masker tersebut di lepas oleh pasien. Keluarga mendukung pengobatan pasien dengan cara membersihkan barang di rumah yang berdebu menggunakan lap basah. Keluarga juga sudah selalu mengingatkan pasien ketika pasien berada di rumah atau ketika hendak bermain untuk tidak mengonsumsi minuman dingin, selalu menggunakan maskernya, istirahat cukup, dan tidak bermain terlalu lama. Namun untuk pengawasan ketika pasien bermain belum selalu dilaksanakan, biasanya ibu hanya menitipkan pesan kepada tetangga tempat anaknya bermain. Keluarga sudah melarang pasien untuk bermain di dekat rumah yang sedang di renovasi.

Dalam teori Roger, terdapat beberapa langkah sebelum seseorang mengikuti atau menganut perilaku baru, yaitu sebagai berikut:

- Sadar (*Awareness*): seseorang sadar akan adanya informasi baru.
- Tertarik (*Interest*): seseorang mulai tertarik untuk mengetahui lebih lanjut.
- Evaluasi (*Evaluation*): pada tahap ini seseorang mulai menilai, apakah perilaku baru tersebut memiliki efek baik pada dirinya.
- Mencoba (*Trial*): orang tersebut mulai mempertimbangkan untung rugi dari perilaku baru.
- Adopsi (*Adoption*): pada tahap ini, orang yakin dan telah mengadopsi perilaku baru tersebut¹⁷.

Berdasarkan hasil tersebut, metode intervensi yang diberikan cukup memberikan hasil yang efektif. Intervensi telah menambah pengetahuan keluarga melihat hasil dari hasil *pre test* dan *post test* yang diberikan, disertai adanya beberapa perubahan perilaku yang terjadi. *Follow up* klinis juga terdapat perbaikan. *Follow up* klinis dinilai dari keluhan sesak nafas sudah tidak ada. Dari pemeriksaan fisik, keadaan umum sudah tidak tampak sesak, laju pernafasan 28 kali/menit, SpO2 98%, tidak tampak retraksi intercostal, dan wheezing tidak terdengar pada akhir ekspirasi pada kedua lapang paru.

Simpulan

Telah dilakukan penatalaksanaan non medikamentosa dan medikamentosa secara holistik dan komprehensif terhadap pasien dan keluarga. Keluarga pasien dalam kasus ini telah diintervensi, telah berada pada tahap adopsi. Intervensi telah menambah pengetahuan keluarga dan menyebabkan perubahan perilaku positif yang meningkatkan kualitas hidup.

Daftar Pustaka

1. IDAI. Pedoman nasional asma anak. Jakarta: UKK Respirologi IDAI; 2016.
2. WHO, asthma [internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [disitasi tanggal 31 Januari 2021]. Tersedia dari: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.
3. Dharmage SC, Jennifer LP, Adnan C. Epidemiology of asthma in children and adults. *Front Pediatr*. 2019; 7: 246.
4. Kemenkes. Hasil utama risekdas 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2019.
5. Trivedi M & Eve D. Asthma in children and adults—what are the differences and what can they tell us about asthma?. *Front Pediatr*. 2019; 7: 256.
6. Lizzo JM & Sara C. Pediatric asthma [internet]. StatPearls Publishing LLC; 2020 [disitasi tanggal 3 November 2020]. Tersedia dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551631/>.
7. Pijnenburg MW, Eugenio B, Paul LPB, Kai HC, Ernst E, Thomas F, dkk. Monitoring asthma in children. *European Respiratory Journal*. 2015; 45(4): 906-925.
8. Quirt J, Kyla JH, Jorge M, Fransisco N, Harold K. Asthma. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2018; 14(Suppl 2): 50.
9. Patel SJ & Stephen JC. Asthma. *Pediatrics in Review* November. 2019; 40 (11): 549-567.
10. Afrose T, Soo CY, Loh ZX, Kevin F, Narin H, Suprava D. Paediatric asthma associated with passive smoking and garbage burning. *JBS*. 2019; 6(1): 1-5.
11. Bush A. Pathophysiological mechanisms of asthma. *Front Pediatr*. 2019; 7: 68.

12. Sinyor B & Livasky CP. Pathophysiology of asthma [internet]. StatPearls Publishing LLC; 2020 [disitasi taggal 14 November 2020]. Tersedia dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551579/>.
13. Dardouri M, Jihene S, Thouraya A, Ali M, Jihene B, Chekib Z, dkk. Effect of family empowerment education on pulmonary function and quality of life of children with asthma and their parents in Tunisia: A randomized controlled trial. *J Pediatr Nurs*. 2020; 10(16): 1-8.
14. Elnady HG, Sherif LS, Sabry RN, Abu Zeid D, Atta H, Hassanain AI, dkk. Relation of asthma control with quality of life among a sample of egyptian asthmatic school children. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019; 7(17): 2780-5.
15. Kuti BP, Kehinde OO, Demilade KK. Factors associated with childhood asthma control in a resource-poor center. *J Family Med Prim Care*. 2017; 6(2): 222–230.
16. Anggraini MT, Novitasari A, Setiawan MR. Buku ajar kedokteran keluarga. Semarang: FK Universitas Muhammadiyah; 2015: 134-6.
17. Rogers M. Diffusion of innovation. 5th Editio. New York: Free Press; 2003.