



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1023/MENKES/SK/XI/2008**

TENTANG

PEDOMAN PENGENDALIAN PENYAKIT ASMA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk menghadapi masalah penyakit asma akibat terjadinya transisi epidemiologi yang dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup dan produktifitas masyarakat, perlu dilakukan peningkatan upaya pengendalian penyakit asma dengan menyusun kebijakan teknis, standarisasi, bimbingan teknis, pemantauan, dan evaluasi di bidang penyakit asma;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana huruf a, perlu ditetapkan Pedoman Pengendalian Penyakit Asma dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) sebagaimana diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 8737);
6. Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2004 – 2009;



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

7. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1479/Menkes/SK/X/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1295/Menkes/Per/XII/2007;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENGENDALIAN PENYAKIT ASMA.**

Kedua : Pedoman Pengendalian Penyakit Asma sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.

Ketiga : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua digunakan sebagai acuan dalam pengelolaan dan pelaksanaan program pengendalian penyakit Asma bagi petugas kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kabupaten/Kota, Puskesmas, dan Unit Pelayanan Kesehatan lainnya.

Keempat : Pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Pedoman ini dilaksanakan oleh Menteri Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota dengan melibatkan organisasi profesi terkait sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.

Kelima : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

**Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 3 Nopember 2008**

MENTERI KESEHATAN,

ttd

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 1023/Menkes/SK/XI/2008
Tanggal : 3 Nopember 2008

PEDOMAN PENGENDALIAN PENYAKIT ASMA

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asma merupakan penyakit inflamasi (peradangan) kronik saluran napas yang ditandai adanya *mengi* episodik, batuk, dan rasa sesak di dada akibat penyumbatan saluran napas, termasuk dalam kelompok penyakit saluran pernapasan kronik. Asma mempunyai tingkat fatalitas yang rendah namun jumlah kasusnya cukup banyak ditemukan dalam masyarakat. Badan kesehatan dunia (WHO) memperkirakan 100-150 juta penduduk dunia menderita asma, jumlah ini diperkirakan akan terus bertambah sebesar 180.000 orang setiap tahun. Sumber lain menyebutkan bahwa pasien asma sudah mencapai 300 juta orang di seluruh dunia dan terus meningkat selama 20 tahun belakangan ini. Apabila tidak di cegah dan ditangani dengan baik, maka diperkirakan akan terjadi peningkatan prevalensi yang lebih tinggi lagi pada masa yang akan datang serta mengganggu proses tumbuh kembang anak dan kualitas hidup pasien.

Berdasarkan hasil suatu penelitian di Amerika Serikat hanya 60% dokter ahli paru dan alergi yang memahami panduan tentang asma dengan baik, sedangkan dokter lainnya 20%-40%. Tidak mengherankan bila tatalaksana asma belum sesuai dengan yang diharapkan. Di lapangan masih banyak dijumpai pemakaian obat anti asma yang kurang tepat dan masih tingginya kunjungan pasien ke unit gawat darurat, perawatan inap, bahkan perawatan intensif.

Studi di Asia Pasifik baru-baru ini menunjukkan bahwa tingkat tidak masuk kerja akibat asma jauh lebih tinggi dibandingkan dengan di Amerika Serikat dan Eropah. Hampir separuh dari seluruh pasien asma pernah dirawat di rumah sakit dan melakukan kunjungan ke bagian gawat darurat setiap tahunnya. Hal ini disebabkan manajemen dan pengobatan asma yang masih jauh dari pedoman yang direkomendasikan *Global Initiative for Asthma (GINA)*.

Dengan melihat kondisi dan kecenderungan asma secara global, GINA pada kongres asma sedunia di Barcelona tahun 1998 menetapkan tanggal 7 Mei 1998 sebagai "Hari Asma Sedunia" untuk pertama kalinya.

Di Indonesia prevalensi asma belum diketahui secara pasti, namun hasil penelitian pada anak sekolah usia 13-14 tahun dengan menggunakan kuesioner ISAAC (*Internationla Study on Asthma and Allergy in Children*) tahun 1995 prevalensi asma masih 2,1%, sedangkan pada tahun 2003 meningkat menjadi 5,2%. Hasil survei asma pada anak sekolah di beberapa kota di Indonesia (Medan, Palembang, Jakarta, Bandung, Semarang, Yogyakarta, Malang dan Denpasar) menunjukkan prevalensi asma pada anak SD (6 sampai 12 tahun) berkisar antara 3,7%-6,4%, sedangkan pada anak SMP di Jakarta Pusat sebesar 5,8% tahun 1995 dan tahun 2001 di Jakarta Timur



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

sebesar 8,6%. Berdasarkan gambaran tersebut di atas, terlihat bahwa asma telah menjadi masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian secara serius.

Pengamatan di 5 propinsi di Indonesia (Sumatra Utara, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Barat dan Sulawesi Selatan) yang dilaksanakan oleh Subdit Penyakit Kronik dan Degeneratif Lain pada bulan April tahun 2007, menunjukkan bahwa pada umumnya upaya pengendalian asma belum terlaksana dengan baik dan masih sangat minimnya ketersediaan peralatan yang diperlukan untuk diagnosis dan tatalaksana pasien asma difasilitas kesehatan.

B. Tujuan

Tujuan penyusunan buku ini adalah sebagai pedoman dalam melaksanakan program pengendalian asma terutama bagi pengelola program penyakit tidak menular di Dinas Kesehatan Propinsi, Kabupaten/Kota, Puskesmas, RS, BP4 dan unit pelayanan kesehatan lainnya.

C. Manfaat

Buku pedoman pengendalian asma ini diharapkan bermanfaat bagi semua pihak terutama pengelola program penyakit tidak menular di Dinas Kesehatan Propinsi, Kabupaten/Kota termasuk puskesmas dalam:

1. Melakukan penyuluhan kepada masyarakat
2. Melakukan upaya pencegahan dan penanggulangan asma
3. Mengendalikan faktor risiko asma
4. Memberikan pelayanan yang optimal bagi pasien asma
5. Membuat perencanaan, pelaksanaan dan penilaian upaya pengendalian asma
6. Meningkatkan partisipasi dan pemberdayaan masyarakat sebagai salah satu upaya penting dalam mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat khususnya dalam pencegahan asma.
7. Mengembangkan kemitraan dan jejaring kerja secara multidisiplin dan lintas sektor.

II. ASMA DAN FAKTOR RISIKO

A. Definisi Asma

Asma adalah suatu kelainan berupa inflamasi (peradangan) kronik saluran napas yang menyebabkan hipereaktivitas bronkus terhadap berbagai rangsangan yang ditandai dengan gejala episodik berulang berupa mengi, batuk, sesak napas dan rasa berat di dada terutama pada malam dan atau dini hari yang umumnya bersifat reversibel baik dengan atau tanpa pengobatan.

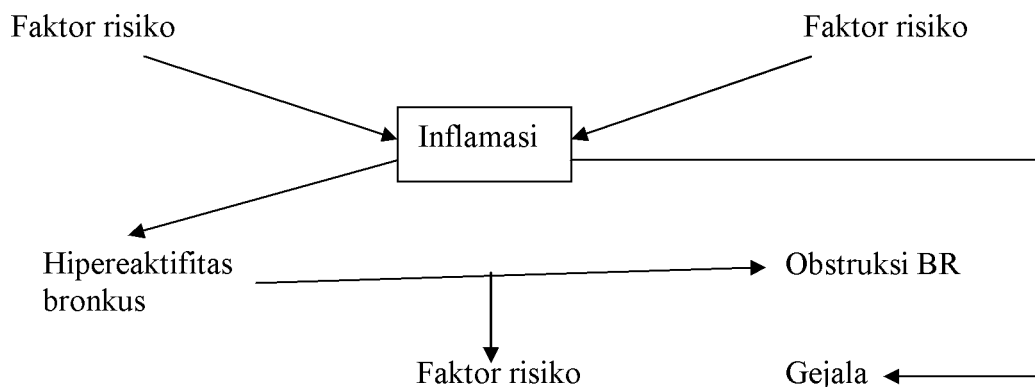
Asma bersifat fluktuatif (hilang timbul) artinya dapat tenang tanpa gejala tidak mengganggu aktifitas tetapi dapat eksaserbasi dengan gejala ringan sampai berat bahkan dapat menimbulkan kematian.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. Patofisiologi dan Mekanisme terjadinya Asma

Gejala asma, yaitu batuk sesek dengan mengi merupakan akibat dari obstruksi bronkus yang didasari oleh inflamasi kronik dan hiperaktivitas bronkus.



Hiperaktivitas bronkus merupakan ciri khas asma, besarnya hiperaktivitas bronkus ini dapat diukur secara tidak langsung. Pengukuran ini merupakan parameter objektif untuk menentukan beratnya hiperaktivitas bronkus yang ada pada seseorang pasien. Berbagai cara digunakan untuk mengukur hiperaktivitas bronkus ini, antara lain dengan uji provokasi beban kerja, inhalasi udara dingin, inhalasi antigen maupun inhalasi zat nonspesifik.

Pencetus serangan asma dapat disebabkan oleh sejumlah faktor antara lain alergen, virus, dan iritan yang dapat menginduksi respon inflamasi akut yang terdiri atas reaksi asma dini (*early asthma reaction* = EAR) dan reaksi asma lambat (*late asthma reaction* = LAR). Setelah reaksi asma awal dan reaksi asma lambat, proses dapat terus berlanjut menjadi reaksi inflamasi sub-akut atau kronik. Pada keadaan ini terjadi inflamasi di bronkus dan se-kitarnya, berupa infiltrasi sel-sel inflamasi terutama eosinofil dan monosit dalam jumlah besar ke dinding dan lumen bronkus.

Penyempitan saluran napas yang terjadi pada asma merupakan suatu hal yang kompleks. Hal ini terjadi karena lepasnya mediator dari sel *mast* yang banyak ditemukan di permukaan mukosa bronkus, lumen jalan napas dan di bawah membran basal. Berbagai faktor pencetus dapat mengaktivasi sel *mast*. Selain sel *mast*, sel lain yang juga dapat melepaskan mediator adalah sel makrofag alveolar, eosinofil, sel epitel jalan napas, netrofil, *platelet*, limfosit dan monosit.

Inhalasi alergen akan mengaktifkan sel *mast* intralumen, makrofag alveolar, nervus vagus dan mungkin juga epitel saluran napas. Peregangan vagal menyebabkan refleks bronkus, sedangkan mediator inflamasi yang dilepaskan oleh sel *mast* dan makrofag akan membuat epitel jalan napas lebih permeabel dan memudahkan alergen masuk ke dalam submukosa, sehingga memperbesar reaksi yang terjadi.

Mediator inflamasi secara langsung maupun tidak langsung menyebabkan serangan asma, melalui sel efektor sekunder seperti eosinofil, netrofil, *platelet* dan limfosit. Sel-sel inflamasi ini juga mengeluarkan mediator yang kuat seperti leukotriens, Tromboksan, PAF dan protein sitotoksik yang memperkuat reaksi asma. Keadaan ini menyebabkan inflamasi yang akhirnya menimbulkan hiperaktivitas bronkus.



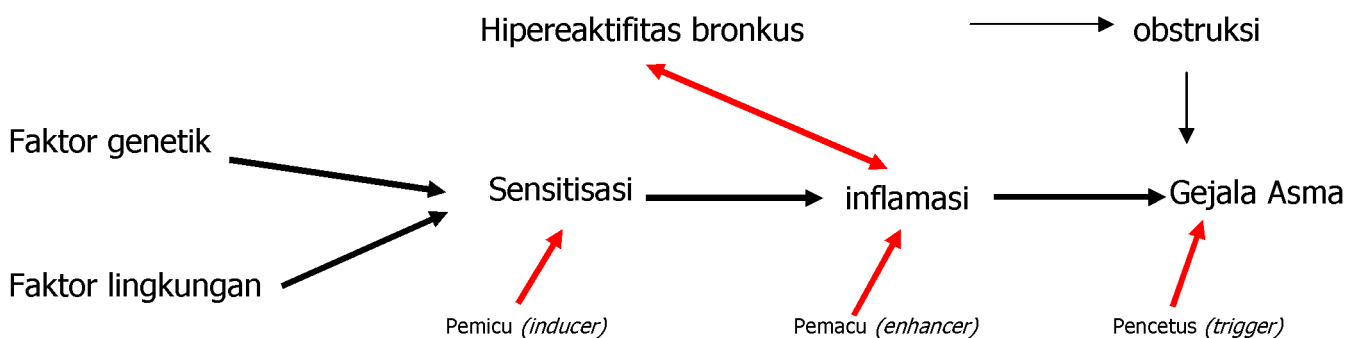
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Untuk menjadi pasien asma, ada 2 faktor yang berperan yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan. Ada beberapa proses yang terjadi sebelum pasien menjadi asma:

1. Sensitisasi, yaitu seseorang dengan risiko genetik dan lingkungan apabila terpajan dengan pemicu (*inducer/sensitizer*) maka akan timbul sensitisasi pada dirinya.
2. Seseorang yang telah mengalami sensitisasi maka belum tentu menjadi asma. Apabila seseorang yang telah mengalami sensitisasi terpajan dengan pemacu (*enhancer*) maka terjadi proses inflamasi pada saluran napasnya. Proses inflamasi yang berlangsung lama atau proses inflamasinya berat secara klinis berhubungan dengan hiperreaktivitas bronkus.
3. Setelah mengalami inflamasi maka bila seseorang terpajan oleh pencetus (*trigger*) maka akan terjadi serangan asma (mengi)

Faktor-faktor pemicu antara lain: Alergen dalam ruangan: tungau debu rumah, binatang berbulu (anjing, kucing, tikus), alergen kecoak, jamur, kapang, ragi serta pajanan asap rokok; pemacu: Rinovirus, ozon, pemakaian β_2 agonis; sedangkan pencetus: Semua faktor pemicu dan pemacu ditambah dengan aktivitas fisik, udara dingin, histamin dan metakolin

Secara skematis mekanisme terjadinya asma digambarkan sebagai berikut:



Sehubungan dengan asal-usul tersebut, upaya pencegahan asma dapat dibedakan menjadi 3 yaitu:

1. Pencegahan primer
2. Pencegahan sekunder
3. Pencegahan tersier

Pencegahan primer ditujukan untuk mencegah sensitisasi pada bayi dengan risiko asma (orangtua asma), dengan cara :

- Penghindaran asap rokok dan polutan lain selama kehamilan dan masa perkembangan bayi/anak
- Diet hipoalergenik ibu hamil, asalkan / dengan syarat diet tersebut tidak mengganggu asupan janin
- Pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan
- Diet hipoalergenik ibu menyusui

Pencegahan sekunder ditujukan untuk mencegah inflamasi pada anak yang telah tersensitisasi dengan cara menghindari pajanan asap rokok, serta allergen dalam ruangan terutama tungau debu rumah.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pencegahan tersier ditujukan untuk mencegah manifestasi asma pada anak yang telah menunjukkan manifestasi penyakit alergi. Sebuah penelitian multi senter yang dikenal dengan nama ETAC Study (*early treatment of atopic children*) mendapatkan bahwa pemberian Setirizin selama 18 bulan pada anak atopi dengan dermatitis atopi dan IgE spesifik terhadap serbuk rumput (Pollen) dan tungau debu rumah menurunkan kejadian asma sebanyak 50%. Perlu ditekankan bahwa pemberian setirizin pada penelitian ini bukan sebagai pengendali asma (*controller*).

C. Faktor Risiko Asma

Secara umum faktor risiko asma dibedakan menjadi 2 kelompok faktor genetik dan faktor lingkungan.

1. Faktor genetik
 - a. Hipereaktivitas
 - b. Atopi/alergi bronkus
 - c. Faktor yang memodifikasi penyakit genetik
 - d. Jenis kelamin
 - e. Ras/etnik

2. Faktor lingkungan
 - a. Alergen di dalam ruangan (tungau, debu rumah, kucing, alternaria/jamur dll)
 - b. Alergen diluar ruangan (alternaria, tepung sari)
 - c. Makanan (bahan penyedap, pengawet, pewarna makanan, kacang, makanan laut, susu sapi, telur)
 - d. Obat-obatan tertentu (misalnya golongan aspirin, NSAID, β bloker dll)
 - e. Bahan yang mengiritasi (misalnya parfum, *household spray*, dan lain-lain)
 - f. Ekpresi emosi berlebihan
 - g. Asap rokok dari perokok aktif dan pasif
 - h. Polusi udara di luar dan di dalam ruangan
 - i. *Exercise induced asthma*, mereka yang kambuh asmanya ketika melakukan aktifitas tertentu
 - j. Perubahan cuaca

III. DIAGNOSIS DAN TATALAKSANA ASMA

A. Diagnosis

Diagnosis asma yang tepat sangatlah penting, sehingga penyakit ini dapat ditangani dengan semestinya, mengi (*wheezing*) dan/atau batuk kronik berulang merupakan titik awal untuk menegakkan diagnosis.

Secara umum untuk menegakkan diagnosis asma diperlukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang .

1. Anamnesis

Ada beberapa hal yang harus ditanyakan dari pasien asma antara lain:

- a. Apakah ada batuk yang berulang terutama pada malam menjelang dini hari?
- b. Apakah pasien mengalami mengi atau dada terasa berat atau batuk setelah terpajan alergen atau polutan?



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- c Apakah pada waktu pasien mengalami selesma (*common cold*) merasakan sesak di dada dan selesmnya menjadi berkepanjangan (10 hari atau lebih)?
- d Apakah ada mengi atau rasa berat di dada atau batuk setelah melakukan aktifitas atau olah raga?
- e Apakah gejala-gejala tersebut di atas berkurang/hilang setelah pemberian obat pelega (bronkodilator)?
- f Apakah ada batuk, mengi, sesak di dada jika terjadi perubahan musim/cuaca atau suhu yang ekstrim (tiba-tiba)?
- g Apakah ada penyakit alergi lainnya (rinitis, dermatitis atopi, konjunktivitis alergi)?
- h Apakah dalam keluarga (kakek/nenek, orang tua, anak, saudara kandung, saudara sepupu) ada yang menderita asma atau alergi?

2. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik dapat bervariasi dari normal sampai didapatkannya kelainan. Perlu diperhatikan tanda-tanda asma dan penyakit alergi lainnya. Tanda asma yang paling sering ditemukan adalah mengi, namun pada sebagian pasien asma tidak didapatkan mengi diluar serangan. Begitu juga pada asma yang sangat berat berat mengi dapat tidak terdengar (*silent chest*), biasanya pasien dalam keadaan sianosis dan kesadaran menurun.

Secara umum pasien yang sedang mengalami serangan asma dapat ditemukan hal-hal sebagai berikut, sesuai derajat serangan :

Inspeksi

- pasien terlihat gelisah,
- sesak (napas cuping hidung, napas cepat, retraksi sela iga, retraksi epigastrium, retraksi suprasternal),
- sianosis

Palpasi

- biasanya tidak ditemukan kelainan
- pada serangan berat dapat terjadi pulsus paradoksus

Perkusi

- biasanya tidak ditemukan kelainan

Auskultasi

- ekspirasi memanjang,
- mengi,
- suara lendir

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk diagnosis asma:

- Pemeriksaan fungsi/faal paru dengan alat spirometer
- Pemeriksaan arus puncak ekspirasi dengan alat peak flow rate meter
- Uji reversibilitas (dengan bronkodilator)
- Uji provokasi bronkus, untuk menilai ada/tidaknya hipereaktivitas bronkus.
- Uji Alergi (Tes tusuk kulit *Iskin prick test*) untuk menilai ada/tidaknya alergi.
- Foto toraks, pemeriksaan ini dilakukan untuk menyingkirkan penyakit selain asma.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. Diagnosis Banding

Dewasa

- Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK)
- Bronkitis kronik
- Gagal jantung kongestif
- Batuk kronik akibat lain-lain
- Disfungsi larings
- Obstruksi mekanis
- Emboli paru

Anak

- Rinosinusitis
- Refluks gastroesofageal
- Infeksi respiratorik bawah viral berulang
- Displasia bronkopulmoner
- Tuberkulosis
- Malformasi kongenital yang menyebabkan penyempitan saluran respiratorik intratorakal
- Aspirasi benda asing
- Sindrom diskinesia silier primer
- Defisiensi imun
- Penyakit jantung bawaan

C. Klasifikasi

Berat-ringannya asma ditentukan oleh berbagai faktor, antara lain gambaran klinik sebelum pengobatan (gejala, eksaserbasi, gejala malam hari, pemberian obat inhalasi β -2 agonis dan uji faal paru) serta obat-obat yang digunakan untuk mengontrol asma (jenis obat, kombinasi obat dan frekuensi pemakaian obat). Tidak ada suatu pemeriksaan tunggal yang dapat menentukan berat-ringannya suatu penyakit. Dengan adanya pemeriksaan klinis termasuk uji faal paru dapat menentukan klasifikasi menurut berat-ringannya asma yang sangat penting dalam penatalaksanaannya.

Asma diklasifikasikan atas asma saat tanpa serangan dan asma saat serangan (akut).

1. Asma saat tanpa serangan

Pada orang dewasa, asma saat tanpa atau diluar serangan, terdiri dari: 1) Intermitten; 2) Persisten ringan; 3) Persisten sedang; dan 4) Persisten berat (Tabel 1)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tabel 1. Klasifikasi derajat asma berdasarkan gambaran klinis secara umum pada orang dewasa

| Derajat asma | Gejala | Gejala malam | Faal paru |
|------------------|---|-----------------------|--|
| Intermitten | Bulanan | | $APE \geq 80\%$ |
| | - Gejala <1x/minggu. - Tanpa gejala diluar serangan. - Serangan singkat. | ≤ 2 kali sebulan | - $VEP_1 \geq 80\%$ nilai prediksi $APE \geq 80\%$ nilai terbaik. - Variabiliti $APE < 20\%$. |
| Persisten ringan | Mingguan | | $APE > 80\%$ |
| | - Gejala >1x/minggu tetapi <1x/hari. - Serangan dapat mengganggu aktifitas dan tidur | >2 kali sebulan | - $VEP_1 \geq 80\%$ nilai prediksi $APE \geq 80\%$ nilai terbaik. - Variabiliti $APE 20-30\%$. |
| Persisten sedang | Harian | | $APE 60-80\%$ |
| | - Gejala setiap hari. - Serangan mengganggu aktifitas dan tidur. - Membutuhkan bronkodilator setiap hari. | >2 kali sebulan | - $VEP_1 60-80\%$ nilai prediksi $APE 60-80\%$ nilai terbaik. - Variabiliti $APE > 30\%$. |
| Persisten berat | Kontinyu | | $APE 60 \leq \%$ |
| | - Gejala terus menerus - Sering kambuh - Aktifiti fisik terbatas | Sering | - $VEP_1 \leq 60\%$ nilai prediksi $APE \leq 60\%$ nilai terbaik - Variabiliti $APE > 30\%$ |

Sumber : Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, Asma Pedoman & Penatalaksanaan di Indonesia, 2004

Sedangkan pada anak, secara arbiteri Pedoman Nasional Asma Anak (PNAA) mengklasifikasikan derajat asma menjadi: 1) Asma episodik jarang; 2) Asma episodik sering; dan 3) Asma persisten (Tabel 2)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tabel 2. Klasifikasi derajat asma pada anak

| Parameter klinis, kebutuhan obat dan faal paru asma | Asma episodik jarang | Asma episodik sering | Asma persisten |
|---|------------------------------------|--|--|
| 1 Frekuensi serangan | <1x/bulan | >1x/bulan | Sering |
| 2 Lama serangan | <1minggu | >1minggu | Hampir sepanjang tahun, tidak ada periode bebas serangan |
| 3 Intensitas serangan | Biasanya ringan | Biasanya sedang | Biasanya berat |
| 4 Diantara serangan | Tanpa gejala | Sering ada gejala | Gejala siang dan malam |
| 5 Tidur dan aktifitas | Tidak terganggu | Sering terganggu | Sangat terganggu |
| 6 Pemeriksaan fisik diluar serangan | Normal (tidak ditemukan kelainan) | Mungkin terganggu (ditemukan kelainan) | Tidak pernah normal |
| 7 Obat pengendali(anti inflamasi) | Tidak perlu | Perlu | Perlu |
| 8 Uji faal paru(diluar serangan) | PEFatauFEV ₁ >80% | PEFatauFEV ₁ <60-80% | PEVatauFEV<60% |
| 9 Variabilitas faal paru(bila ada serangan) | Variabilitas>15% | Variabilitas>30% | Variabilitas 20-30%. Variabilitas >50% |

PEF=*Peak expiratory flow* (aliran ekspirasi/saat membuang napas puncak), FEV₁=*Forced expiratory volume in second* (volume ekspirasi paksa dalam 1 detik)

Sumber : Rahajoe N, dkk. Pedoman Nasional Asma Anak, UKK Pulmonologi, PP IDAI, 2004

2. Asma saat serangan

Klasifikasi derajat asma berdasarkan frekuensi serangan dan obat yang digunakan sehari-hari, asma juga dapat dinilai berdasarkan berat-ringannya serangan. *Global Initiative for Asthma* (GINA) membuat pembagian derajat serangan asma berdasarkan gejala dan tanda klinis, uji fungsi paru, dan pemeriksaan laboratorium. Derajat serangan menentukan terapi yang akan diterapkan. Klasifikasi tersebut meliputi asma serangan ringan, asma serangan sedang dan asma serangan berat.

Perlu dibedakan antara asma (aspek kronik) dengan serangan asma (aspek akut). Sebagai contoh: seorang pasien asma persisten berat dapat mengalami serangan ringan saja, tetapi ada kemungkinan pada pasien yang tergolong episodik jarang mengalami serangan asma berat, bahkan serangan ancaman henti napas yang dapat menyebabkan kematian.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Dalam melakukan penilaian berat-ringannya serangan asma, tidak harus lengkap untuk setiap pasien. Penggolongannya harus diartikan sebagai prediksi dalam menangani pasien asma yang datang ke fasilitas kesehatan dengan keterbatasan yang ada. Penilaian tingkat serangan yang lebih tinggi harus diberikan jika pasien memberikan respon yang kurang terhadap terapi awal, atau serangan memburuk dengan cepat, atau pasien berisiko tinggi (lihat bagan 1, bagan 2 dan bagan 6).

Tabel 3. Klasifikasi asma menurut derajat serangan

| Parameter klinis, fungsi faal paru, laboratorium | Ringan | Sedang | Berat | Ancaman henti napas |
|--|--|---|--|--|
| Sesak (breathless) | Berjalan Bayi : Menangis keras | Berbicara Bayi : -Tangis pendek dan lemah -Kesulitan menetek/makan | Istirahat Bayi : Tidak mau makan/minum | |
| Posisi | Bisa berbaring | Lebih suka duduk | Duduk bertopang lengan | |
| Bicara | Kalimat | Penggal kalimat | Kata-kata | |
| Kesadaran | Mungkin iritabel | Biasanya iritabel | Biasanya iritabel | Kebingungan |
| Sianosis | Tidak ada | Tidak ada | Ada | Nyata |
| Wheezing | Sedang, sering hanya pada akhir ekspirasi | Nyaring, sepanjang ekspirasi ± inspirasi | Sangat nyaring, terdengar tanpa stetoskop | Sulit/tidak terdengar |
| Penggunaan otot bantu respiratorik | Biasanya tidak | Biasanya ya | Ya | Gerakan paradok torako-abdominal |
| Retraksi | Dangkal, retraksi interkostal | Sedang, ditambah retraksi suprasternal | Dalam, ditambah napas cuping hidung | Dangkal / hilang |
| Frekuensi napas | Takipnu | Takipnu | Takipnu | Bradipnu |
| | Pedoman nilai baku frekuensi napas pada anak sadar : | | | |
| | Usia | | | |
| | Frekuensi napas normal per menit | | | |
| | < 2 bulan | | | |
| | < 60 | | | |
| | 2-12 bulan | | | |
| | < 50 | | | |
| | 1-5 tahun | | | |
| | < 40 | | | |
| | 6-8 tahun | | | |
| | < 30 | | | |
| Frekuensi nadi | Normal | Takikardi | Takikardi | Dradikardi |
| | Pedoman nilai baku frekuensi nadi pada anak | | | |
| | Usia | | | |
| | Frekuensi nadi normal per menit | | | |
| | 2-12 bulan | | | |
| | < 160 | | | |
| | 1-2 tahun | | | |
| | < 120 | | | |
| | 6-8 tahun | | | |
| | < 110 | | | |
| Pulsus paradoksus (pemeriksaannya tidak praktis) | Tidak ada (< 10 mmHg) | Ada (10-20 mmHg) | Ada (>20mmHg) | Tidak ada, tanda kelelahan otot respiratorik |
| PEFR atau FEV1 (%nilai dugaan/%nilai terbaik) | | | | |
| Pra bronkodilator | >60% | 40-60% | <40% | |
| Pasca bronkodilator | >80% | 60-80% | <60%, respon <2 jam | |
| SaO ₂ % | >95% | 91-95% | ≤ 90% | |
| PaO ₂ | Normal (biasanya tidak perlu diperiksa) | >60 mmHg | <60 mmHg | |
| PaCO ₂ | <45 mmHg | <45 mmHg | >45 mmHg | |

Sumber : GINA, 2006

D. Tatalaksana Pasien Asma

Tatalaksana pasien asma adalah manajemen kasus untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup agar pasien asma dapat hidup normal tanpa hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (asma terkontrol).

Tujuan :

- Menghilangkan dan mengendalikan gejala asma;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- Mencegah eksaserbasi akut;
- Meningkatkan dan mempertahankan faal paru seoptimal mungkin;
- Mengupayakan aktivitas normal termasuk *exercise*;
- Menghindari efek samping obat;
- Mencegah terjadinya keterbatasan aliran udara (*airflow limitation*) ireversibel;
- Mencegah kematian karena asma.
- Khusus anak, untuk mempertahankan tumbuh kembang anak sesuai potensi genetiknya.

Dalam penatalaksanaan asma perlu adanya hubungan yang baik antara dokter dan pasien sebagai dasar yang kuat dan efektif, hal ini dapat tercipta apabila adanya komunikasi yang terbuka dan selalu bersedia mendengarkan keluhan atau pernyataan pasien, ini merupakan kunci keberhasilan pengobatan.

Ada 5 (lima) komponen yang dapat diterapkan dalam penatalaksanaan asma, yaitu:

- KIE dan hubungan dokter-pasien
- Identifikasi dan menurunkan pajanan terhadap faktor risiko;
- Penilaian, pengobatan dan monitor asma;
- Penatalaksanaan asma eksaserbasi akut, dan
- Keadaan khusus seperti ibu hamil, hipertensi, diabetes melitus, dll

Pada prinsipnya penatalaksanaan asma klasifikasikan menjadi: 1) Penatalaksanaan asma akut/saat serangan, dan 2) Penatalaksanaan asma jangka panjang

1. Penatalaksanaan asma akut (saat serangan)

Serangan akut adalah episodik perburukan pada asma yang harus diketahui oleh pasien. Penatalaksanaan asma sebaiknya dilakukan oleh pasien di rumah (lihat bagan 1), dan apabila tidak ada perbaikan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan. Penanganan harus cepat dan disesuaikan dengan derajat serangan. Penilaian beratnya serangan berdasarkan riwayat serangan termasuk gejala, pemeriksaan fisik dan sebaiknya pemeriksaan faal paru, untuk selanjutnya diberikan pengobatan yang tepat dan cepat.

Pada serangan asma obat-obat yang digunakan adalah :

- bronkodilator (β 2 agonis kerja cepat dan ipratropium bromida)
- kortikosteroid sistemik

Pada serangan ringan obat yang digunakan hanya β 2 agonis kerja cepat yang sebaiknya diberikan dalam bentuk inhalasi. Bila tidak memungkinkan dapat diberikan secara sistemik. Pada dewasa dapat diberikan kombinasi dengan teofilin/aminofilin oral.

Pada keadaan tertentu (seperti ada riwayat serangan berat sebelumnya) kortikosteroid oral (metilprednisolon) dapat diberikan dalam waktu singkat 3- 5 hari. Pada serangan sedang diberikan β 2 agonis kerja cepat dan kortikosteroid oral. Pada dewasa dapat ditambahkan ipratropium bromida inhalasi, aminofilin IV (bolus atau



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

drip). Pada anak belum diberikan ipratropium bromida inhalasi maupun aminofilin IV. Bila diperlukan dapat diberikan oksigen dan pemberian cairan IV

Pada serangan berat pasien dirawat dan diberikan oksigen, cairan IV, β_2 agonis kerja cepat ipratropium bromida inhalasi, kortikosteroid IV, dan aminofilin IV (bolus atau drip). Apabila β_2 agonis kerja cepat tidak tersedia dapat digantikan dengan adrenalin subkutan.

Pada serangan asma yang mengancam jiwa langsung dirujuk ke ICU.

Pemberian obat-obat bronkodilator diutamakan dalam bentuk inhalasi menggunakan nebuliser. Bila tidak ada dapat menggunakan IDT (MDI) dengan alat bantu (spacer).

Untuk lebih jelasnya lihat pada algoritma (bagan 3, bagan 4).

2. Penatalaksanaan asma jangka panjang

Penatalaksanaan asma jangka panjang bertujuan untuk mengontrol asma dan mencegah serangan. Pengobatan asma jangka panjang disesuaikan dengan klasifikasi beratnya asma.

Prinsip pengobatan jangka panjang meliputi: 1) Edukasi; 2) Obat asma (pengontrol dan pelega); dan Menjaga kebugaran.

Edukasi

Edukasi yang diberikan mencakup :

- Kapan pasien berobat/ mencari pertolongan
- Mengenali gejala serangan asma secara dini
- Mengetahui obat-obat pelega dan pengontrol serta cara dan waktu penggunaannya
- Mengenali dan menghindari faktor pencetus
- Kontrol teratur

Alat edukasi untuk dewasa yang dapat digunakan oleh dokter dan pasien adalah pelangi asma (bagan 6), sedangkan pada anak digunakan lembaran harian.

Obat asma

Obat asma terdiri dari obat pelega dan pengontrol. Obat pelega diberikan pada saat serangan asma, sedangkan obat pengontrol ditujukan untuk pencegahan serangan asma dan diberikan dalam jangka panjang dan terus menerus. Untuk mengontrol asma digunakan anti inflamasi (kortikosteroid inhalasi). Pada anak, kontrol lingkungan mutlak dilakukan sebelum diberikan kortikosteroid dan dosis diturunkan apabila dua sampai tiga bulan kondisi telah terkontrol.

Obat asma yang digunakan sebagai pengontrol antara lain :

- Inhalasi kortikosteroid
- β_2 agonis kerja panjang
- antileukotrien
- teofilin lepas lambat



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tabel 4. Jenis Obat Asma

| Jenis obat | Golongan | Nama generik | Bentuk/kemasan obat |
|-------------------------------|---|---|--|
| Pengontrol (Antiinflamasi) | Steroid inhalasi | Flutikason propionat Budesonide | IDT IDT, turbuhaler |
| | Antileukotrin | Zafirlukast | Oral(tablet) |
| | Kortikosteroid sistemik | Metilprednisolon Prednison | Oral(injeksi) Oral |
| | Agonis beta-2 kerjalama | Prokaterol Formoterol Salmeterol | Oral Turbuhaler IDT |
| | kombinasi steroid dan Agonis beta-2 kerjalama | Flutikason + Salmeterol. Budesonide + formoterol | IDT Turbuhaler |
| Pelega (Bronkodilator) | Agonis beta-2 kerja cepat | Salbutamol | Oral, IDT, rotacap solution |
| | | Terbutalin | Oral, IDT, turbuhaler, solution, ampul (injeksi) |
| | | Prokaterol | IDT |
| | Antikolinergik | Fenoterol Ipratropium bromide | IDT, solution IDT, solution |
| | | Metilsantin | Teofilin Aminofilin Teofilin lepas lambat |
| | Kortikosteroid sistemik | Metilprednisolon Prednison | Oral, inhaler Oral |

- IDT : Inhalasi dosis terukur = Metered dose inhaler/MDI, dapat digunakan bersama dengan spacer
- Solution: Larutan untuk penggunaan nebulisasi dengan nebuliser
- Oral : Dapat berbentuk sirup, tablet
- Injeksi : Dapat untuk penggunaan subkutan, im dan iv

Selain edukasi dan obat-obatan diperlukan juga menjaga kebugaran antara lain dengan melakukan senam asma. Pada dewasa, dengan Senam Asma Indonesia yang teratur, asma terkontrol akan tetap terjaga, sedangkan pada anak dapat menggunakan olahraga lain yang menunjang kebugaran.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Dengan melaksanakan ketiga hal di atas diharapkan tercapai tujuan penanganan asma, yaitu asma terkontrol. Berikut adalah ciri-ciri asma terkontrol, terkontrol sebagian, dan tidak terkontrol (tabel 5).

Tabel 5. Ciri-ciri Tingkatan Asma

| Tingkatan Asma Terkontrol | | | |
|--|---|---|---|
| Karakteristik | Terkontrol | Terkontrol Sebagian | Tidak Terkontrol |
| Gejala harian | Tidak ada (dua kali atau kurang perminggu) | Lebih dari dua kali seminggu | Tiga atau lebih gejala dalam kategori Asma Terkontrol Sebagian, muncul sewaktu – waktu dalam seminggu |
| Pembatasan aktivitas | Tidak ada | Sewaktu-waktu dalam seminggu | |
| Gejala nokturnal/gangguan tidur (terbangun) | Tidak ada | Sewaktu – waktu dalam seminggu | |
| Kebutuhan akan <i>reliever</i> atau terapi <i>rescue</i> | Tidak ada (dua kali atau kurang dalam seminggu) | Lebih dari dua kali seminggu | |
| Fungsi Paru (PEF atau FEV1 ^{*)}) | Normal | < 80% (perkiraan atau dari kondisi terbaik bila diukur) | |
| Eksaserbasi | Tidak ada | Sekali atau lebih dalam setahun ^{**)} | |

Keterangan :

^{*)} Fungsi paru tidak berlaku untuk anak-anak di usia 5 tahun atau di bawah 5 tahun

^{**)} Untuk semua bentuk eksaserbasi sebaiknya dilihat kembali terapinya apakah benar-benar adekwat

^{***)} Suatu eksaserbasi mingguan, membuatnya menjadi asma takterkontrol

Sumber : GINA 2006

E. Rujukan Kasus Asma

Dokter umum / puskesmas harus merujuk pasien asma dengan kondisi tertentu ke RS yang memiliki pelayanan spesialisasi seperti :

- Serangan berat
- Serangan yang mengancam jiwa
- Pada tatalaksana jangka panjang, apabila dengan kortikosteroid inhalasi dosis rendah (untuk anak sampai dengan 200 mcg/hari, sedangkan dewasa 400 mcg/hari) selama 4 minggu tidak ada perbaikan (tidak terkontrol).
- Asma dengan keadaan khusus seperti ibu hamil, hipertensi, diabetes dll



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

IV. PENGENDALIAN ASMA

A. Visi

Masyarakat yang mandiri dalam menghindari asma

B. Misi

Membuat masyarakat terhindar dari asma dengan melaksanakan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi), kemitraan, perlindungan khusus, penemuan dan tatalaksana kasus (termasuk deteksi dini), surveilans epidemiologi (kasus termasuk kematian dan faktor risiko), upaya peningkatan peran serta masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan asma serta pemantauan dan penilaian.

C. Kebijakan

1. Pengendalian asma didasari pada pendekatan pelayanan komprehensif, terintegrasi, sepanjang hayat yang didukung partisipasi dan pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan asma serta sesuai dengan kondisi masing-masing daerah (*local area spesific*)
2. Pengendalian asma dilaksanakan melalui pengembangan kemitraan dan jejaring kerja secara multidisiplin dan lintas sektor.
3. Pengendalian asma dikelola secara profesional, berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat serta didukung oleh sumber daya yang memadai.
4. Peningkatan peran pemerintah daerah dalam pengendalian asma
5. Pengembangan sentra rujukan, surveilans epidemiologi dan sentinel penyakit tidak menular khususnya asma

D. Strategi

1. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat dalam pencegahan asma
2. Memfasilitasi dan mendorong tumbuhnya gerakan dalam pencegahan asma di masyarakat.
3. Memfasilitasi kebijakan publik dalam pengendalian asma
4. Meningkatkan kemampuan SDM (Sumber Daya Manusia) dalam pengendalian asma
5. Meningkatkan sistem surveilans epidemiologi (kasus termasuk kematian dan faktor risiko) asma
6. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan (penemuan/deteksi dini, dan tatalaksana) asma yang berkualitas.
7. Melaksanakan sosialisasi dan advokasi pada Pemerintah Daerah, legislatif dan *stakeholder* dalam memberikan dukungan pendanaan dan operasional.

E. Tujuan

Tujuan umum pengendalian asma adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan partisipasi (kemandirian) masyarakat dalam upaya pencegahan asma.
2. Menurunkan jumlah kelompok masyarakat yang terpajan faktor risiko asma
3. Terlaksananya deteksi dini pada kelompok masyarakat berisiko asma
4. Terlaksananya penegakan diagnosis dan tatalaksana pasien asma sesuai standar/kriteria
5. Menurunnya angka kesakitan akibat asma
6. Menurunnya angka kematian akibat asma



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

F. Sasaran Program

1. Petugas kesehatan
2. Jejaring kerja (Pemda, Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota, Unit pelayanan kesehatan, lintas program dan litnas sektor, swasta, perguruan tinggi, organisasi profesi, Lembaga Swadaya Masyarakat dan lain-lain)
3. Masyarakat
 - a. Umum
 - b. Kelompok masyarakat khusus (kelompok masyarakat berisiko asma)

G. Program Pengendalian Asma

Program pengendalian asma, meliputi :

1. Penyuluhan (KIE)
2. Kemitraan
3. Perlindungan khusus
4. Penemuan (termasuk deteksi dini), diagnosis, penanganan segera dan rujukan
5. Surveilans Epidemiologi (surveilans kasus dan surveilans faktor risiko)
6. Upaya peningkatan peran serta masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan asma
7. Pemantauan dan penilaian

1. Penyuluhan (KIE)

a. Tujuan

- 1) Untuk meningkatkan pengetahuan, motivasi dan partisipasi masyarakat serta merangsang dan memfasilitasi kegiatan masyarakat dalam pengendalian asma.
- 2) Untuk merubah sikap dan perilaku masyarakat dalam pengendalian asma.
- 3) Untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam pengendalian asma.

b. Sasaran

- 1) Tenaga kesehatan
- 2) Masyarakat umum (keluarga dan kelompok yang berpengaruh dan berperan di masyarakat)
- 3) Masyarakat khusus (kelompok masyarakat yang berisiko asma)

c. Kegiatan

- 1) Menyusun materi penyuluhan dan mengadakan pelatihan KIE tentang asma secara menyeluruh antara lain perjalanan penyakit, gejala dan tanda serta pencegahan dan penanggulangan asma bagi petugas kesehatan (medis dan para medis), kader kesehatan maupun tokoh masyarakat termasuk guru disekolah.
- 2) Meningkatkan ketrampilan penggunaan obat/alat inhalasi pada petugas kesehatan (medis dan para medis), pasien asma dan keluarganya.
- 3) Melaksanakan penyuluhan atau KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) tentang asma dan faktor risikonya melalui berbagai media penyuluhan, seperti:
 - a) Penyuluhan tatap muka.
 - b) Radio (radio spot) dan televisi (Filler TV) dan media elektronik lain.
 - c) Poster, *leaflet*, *pamflet*, surat kabar dan media cetak lain yang dianggap efektif untuk mencapai kelompok sasaran.
- 4) Penyuluhan perorangan atau penyuluhan kelompok yang dilaksanakan oleh petugas puskesmas, kader kesehatan dan lain-lain seperti klinik konseling asma.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 5) Penyuluhan bagi pasien dan keluarga tentang pencegahan dan penanggulangan asma.

d. Jenis kegiatan penyuluhan asma

Asma mempunyai faktor pencetus yang berbeda, maka setiap pasien atau keluarga pasien perlu mengenali faktor pencetus tersebut guna menghindari serangan asma. Adapun jenis kegiatan penyuluhan asma bagi pasien dan keluarga pasien antara lain:

- a. Penyuluhan tentang strategi pengobatan asma (7 langkah mengatasi asma) yaitu:
- 1) Mengetahui seluk beluk asma
 - 2) Menentukan klasifikasi
 - 3) Mengenali dan menghindari pencetus asma (Tabel 6)
 - 4) Merencanakan pengobatan jangka panjang,
 - 5) Mengatasi serangan asma dengan tepat
 - 6) Memeriksa diri dengan teratur, dan
 - 7) Menjaga kebugaran dan olahraga misalnya senam asma
- b. Penyuluhan tentang penanganan segera pada saat serangan pada pasien asma.

Tabel 6. Daftar Pertanyaan Identifikasi Faktor Pencetus

Tabel berikut dapat membantu seseorang pasien asma untuk mengenali berbagai faktor risiko pencetus asma.

| | |
|---|--|
| 1 | Alergen yang dihirup. |
| | <ul style="list-style-type: none">• Apakah memelihara binatang di dalam rumah, dan binatang apa?• Apakah terdapat bagian di dalam rumah lembab? (kemungkinan jamur)• Apakah di dalam rumah ada dan banyak di dapatkan kecoa?• Apakah menggunakan karpet berbulu atau sofa kain? (mite)• Berapa sering mengganti tirai, alas kasur/kain spreng? (mite)• Apakah banyak barang di dalam kamar tidur (mite)?• Apakah pasien (asma anak) sering bermain dengan boneka berbulu? (mite) |
| 2 | Pajanan lingkungan kerja |
| | <ul style="list-style-type: none">• Apakah pasien batuk, mengi, sesak napas selama bekerja, tetapi keluhan menghilang bila libur kerja (hari minggu)?• Apakah pasien mengalami lakrimasi pada mata dan hidung sebagai iritasi segera setelah tiba di tempat kerja?• Apakah pekerja lainnya mengalami keluhan yang sama?• Bahan – bahan apa yang digunakan pada pabrik/pekerjaan anda?• Anda bekerja sebagai apa?• Apakah anda bekerja di lingkungan jalan raya? |
| 3 | Polutan & Iritan di dalam dan di luar ruangan |
| | <ul style="list-style-type: none">• Apakah kontak dengan bau-bauan merangsang seperti parfum, bahan pembersih spray, dll• Apakah anda menggunakan kompor berasap atau bahkan kayu bakar di dalam rumah?• Apakah sering memasak makanan yang menghasilkan bau merangsang (tumisan)?• Apakah pasien sering terpajan dengan debu jalan? |



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

| | |
|-------|---|
| 4 | Asap rokok |
| | <ul style="list-style-type: none">• Apakah pasien merokok?• Adakah orang lain yang merokok di sekitar pasien saat di rumah/di lingkungan kerja?• Apakah orang tua pasien (asma anak) merokok? |
| <hr/> | |
| 5 | Refluks gastroesofagus |
| | <ul style="list-style-type: none">• Apakah pasien mengeluh nyeri ulu hati (heart burn)?• Apakah pasien kadangkala regurgitasi atau bahkan makanan kembali ketenggorokan ?• Apakah pasien mengalami batuk, sesak dan mengi saat malam?• Apakah pasien asma (asmak) muntah diikuti oleh batuk atau mengi malam hari? Atau gejala memburuk setelah makan? |
| <hr/> | |
| 6 | Sensitif dengan obat-obatan |
| | <ul style="list-style-type: none">• Obat apakah yang digunakan pasien?• Apakah ada obat penghambat/beta blocker?• Apakah pasien sering menggunakan aspirin atau antiinflamasi nonsteroid?• Apakah pasien sering eksaserbasi setelah minum obat tersebut? |

Sumber :Mangunnegoro, Hardianto dkk, *Asma Pedoman & Penatalaksanaan Di Indonesia, Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2004.*

2. Kemitraan dan Jejaring

a. Tujuan

Umum

Meningkatnya ketersediaan informasi dan kerjasama aktif seluruh potensi di lingkungan pemerintah dan masyarakat untuk menekan kecenderungan peningkatan kejadian asma dan pajanan faktor risiko.

Khusus

- 1) Menggalang kekuatan dengan berbagai lintas program, lintas sektor dan masyarakat dalam pengendalian asma.
- 2) Meningkatnya komitmen pemerintah dan berbagai mitra potensial di masyarakat dalam upaya pengendalian asma.
- 3) Adanya sinergi dan keterpaduan dalam berbagai kegiatan pengendalian asma
- 4) Meningkatkan kemampuan bersama dalam pengendalian asma
- 5) Tercapainya upaya pengendalian asma yang efektif dan efisien.

b. Sasaran

Lintas Program, Lintas Sektor, Swasta, Perguruan Tinggi, Organisasi Profesi, LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), Badan Internasional, dan lain-lain.

c. Kegiatan

- 1) Membangun dan memantapkan kemitraan dan jejaring kerja dengan Dinas/Instansi terkait (lintas program dan lintas sektor), organisasi profesi (PDPI= Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, IDAI=Ikatan Dokter Anak Indonesia, PAPDI=Perhimpunan Ahli Penyakit Dalam Indonesia, organisasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

profesi IDI=Ikatan Dokter Indonesia), dan lembaga swadaya masyarakat (YAI=Yayasan Asma Indonesia, YAPNAS=Yayasan Penyantun Anak Asma Indonesia, dan lain-lain) atau Lembaga lain yang diperlukan secara berkesinambungan.

- 2) Membuat rencana strategis (instansi kesehatan bersama-sama mitra terkait), sosialisasi dan advokasi program pengendalian asma kepada pemerintah daerah, DPRD, lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, LSM dan swasta untuk memperoleh dukungan kegiatan pengendalian dan pendanaan.

3. Perlindungan Khusus

a. Tujuan

Memberikan perlindungan dan menurunkan jumlah kelompok masyarakat yang terpajan faktor risiko asma.

b. Sasaran

Masyarakat umum dan kelompok masyarakat khusus (kelompok masyarakat berisiko asma).

c. Kegiatan

- 1) Penerapan Hunian Bebas Rokok (HBR) di lingkungan masyarakat dan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di berbagai instansi/Dinas serta tempat-tempat umum/keramaian dengan mengacu Peraturan Perundangan tentang Pengendalian Masalah Rokok dan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok.
- 2) Melakukan upaya minimalisasi pencemaran udara (asap pabrik, asap kendaraan bermotor, asap dapur rumah tangga, dll) dengan penerapan program udara bersih/langit biru.
- 3) Mencegah terjadinya *sensitisasi* pada pasien, seperti faktor lingkungan (tungau debu yang sering terdapat pada debu kasur dan bantal kapuk, selimut, lantai, karpet gordin, perabot rumah, dan lain-lain). Sebaiknya laci/rak dibersihkan dengan lap basah, gordin dan selimut dicuci setiap 2 minggu, karpet, majalah, mainan, buku dan pakaian yang jarang dipakai diletakkan di luar kamar tidur dan lantai dipel setiap hari), menghindari makanan yang mempunyai tingkat alerginitis tinggi, asap rokok, inhalan, perubahan cuaca dan emosi sebagai faktor pencetus serta aktivitas fisik yang berlebihan, Menghindari kontak dengan hewan yang memiliki bulu lebat dan mudah rontok yang dapat sebagai faktor pemicu asma (kucing, anjing, dan lain lain).
- 4) Sosialisasi penggunaan alat pelindung diri (masker, misalnya hepa filter, N95, dan lain-lain) pada individu atau kelompok masyarakat yang berisiko (terpajan faktor risiko).
- 5) Sosialisasi ventilasi dan cerobong asap dapur rumah tangga, fasilitas umum dan industri yang memenuhi syarat serta menghindari kondisi rumah yang lembab. Secara umum ventilasi yang memenuhi syarat adalah dengan luas 10% dari luas lantai atau menggunakan *exhouse fan*.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

4. Penemuan (termasuk deteksi dini) dan tatalaksana kasus

a. Deteksi dini)

Kelompok anak dibawah usia 3 tahun jika ada gejala mengi, anak dengan orang tua asma, dermatitis atopi perlu dicurigai untuk menderita asma di kemudian hari.

b. Penemuan dan tatalaksana kasus.

- 1) Penemuan/surveilans kasus asma secara aktif
- 2) Penemuan kasus asma secara pasif di unit pelayanan kesehatan.
- 3) Tatalaksana pasien asma sesuai standar
 - a) Puskesmas (pelayanan kesehatan primer).
 - 1). Penemuan dan tatalaksana pasien asma dipelayanan kesehatan primer
 - 2). Sistem rujukan asma.
 - 3). Rehabilitasi pasien asma.
 - 4). Edukasi pasien dan keluarga.
 - b) Rumah sakit
Tindak lanjut penaganana asma

5. Surveilans epidemiologi (kasus dan faktor risiko)

a. Surveilans Kasus

1) Tujuan

- a) Terselenggaranya pengumpulan data kasus (termasuk kematian) asma
- b) Terselenggaranya pengolahan dan analisis data kasus asma
- c) Terselenggaranya diseminasi informasi hasil kajian/analisis kasus asma
- d) Terselenggaranya rencana tindak lanjut.

2) Sasaran

Seluruh pasien asma baik anak maupun dewasa untuk seluruh derajat klasifikasi.

3) Kegiatan

Surveilans kasus (kesakitan dan kematian) dilaksanakn secara rutin dan berjenjang (dinas kesehatan propinsi, kabupaten/kota, dan puskesmas/fasilitas kesehatan lainnya) di seluruh wilayah Indonesia yang diintegrasikan dengan sistim pelaporan penyakit yang telah ada termasuk surveilans terpadu penyakit (STP) berbasis puskesmas sentinel dan surveilans terpadu penyakit (STP) berbasis rumah sakit sentinel.

b. Surveilans faktor risiko

1) Tujuan

Tujuan Surveilans faktor risiko:

- a) Terselenggaranya pengumpulan data (survei secara berkala) faktor risiko asma
- b) Terselenggaranya pengolahan dan analisis data faktor risiko perilaku dan lingkungan yang berhubungan dengan asma
- c) Terselenggaranya pemetaan faktor risiko menurut kabupaten/kota



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- d) Terselenggaranya diseminasi informasi hasil kajian/analisis faktor risiko perilaku dan lingkungan yang berhubungan dengan asma
- e) Terselenggaranya rencana tindak lanjut.

2) Sasaran

Masyarakat umum di kabupaten/kota, di seluruh Indonesia

3) Pelaksanaan

Surveilans faktor risiko dilaksanakan melalui:

- a) Survei faktor risiko menggunakan instrumen survei faktor risiko PTM atau mengacu pada instrumen yang dikembangkan oleh WHO (*STEP wise*).
- b) Pemeriksaan HBR (rumah Hunian Bebas asap Rokok) berkala dilaksanakan setiap tahun di Kabupaten/Kota di masing-masing propinsi, menggunakan instrumen pemeriksaan HBR dan formulir rekapitulasi pemeriksaan HBR
- c) Pendataan faktor risiko lingkungan
- d) Melalui survei khusus atau memanfaatkan sistem yang sudah ada (SKRT, Susenas, Surkenas, Surkesda, dan lain-lain) dan hasil-hasil survei yang dilaksanakan oleh instansi terkait lainnya.

6 Upaya Peningkatan Partisipasi Masyarakat dalam Pencegahan Asma.

Upaya meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pengendalian asma dimulai dengan Kajian Aspek Sosial Budaya dan Perilaku Masyarakat yang kemudian digunakan sebagai dasar dalam pengembangan program peningkatan partisipasi masyarakat dalam pencegahan asma.

a. Tujuan

- 1) Diketuainya gambaran sosial-budaya dan partisipasi masyarakat dalam pencegahan asma serta faktor-faktor yang berhubungan dengan partisipasi masyarakat tersebut di masing-masing kabupaten/kota.
- 2) Meningkatnya pemberdayaan atau partisipasi masyarakat dalam pencegahan asma

b. Manfaat

- 1) Diketuainya potensi yang ada di masyarakat, itra kerja (melalui apa dan siapa atau instansi mana) atau kelompok masyarakat yang mana pencegahan asma efektif dilakukan.
- 2) Diperolehnya kontribusi / partisipasi masyarakat.
Tingkat aktivitas/partisipasi keluarga dan kelompok masyarakat lainnya (seperti tokoh formal, tokoh informal, jajaran kesehatan sendiri, kader kesehatan, instansi terkait, LSM dan pihak swasta) sehingga perlu lebih meningkatkan kontribusi tersebut. Misalnya dengan penyuluhan yang lebih intensif kepada masyarakat, dengan pelatihan (kader, petugas kesehatan, pengelola program), sosialisasi, advokasi dan sebagainya.

c. Sasaran

Keluarga, kelompok masyarakat, lintas program, lintas sektor, dan Lembaga/Instansi terkait lainnya



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

d. Kegiatan

- 1) Melaksanakan survei/kajian aspek sosial budaya dan perilaku masyarakat di salah satu kabupaten di masing-masing propinsi di Indonesia.
- 2) Pengembangan model pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan asma yang sesuai dengan kondisi setempat di masing-masing kabupaten/kota berdasarkan hasil survei/kajian.
- 3) Membuat daerah percontohan di masing-masing kabupaten/kota yang dilakukan survei/kajian. Salah satu contoh adalah Posbindu (Pos Pembinaan Terpadu) yang telah terbentuk dan dikembangkan di Kota Depok, Propinsi Jawa Barat, dengan kegiatan KIE, pemeriksaan fisik dan faktor risiko, serta pemeriksaan penunjang
- 4) Kajian ini dapat dilakukan bersamaan dengan penyakit tidak menular lainnya dan pelaksanaannya oleh kabupaten bersama-sama dengan perguruan tinggi, pusat, propinsi, serta lintas program dan lintas sektor.

7. Pemantauan dan Penilaian

a. Tujuan:

- 1) Terlaksananya kegiatan fasilitasi upaya peningkatan pengetahuan, motivasi dan partisipasi pengelola program, dokter dan paramedis, mitra kerja dan *stakeholder* lainnya dalam pengendalian asma
- 2) Terlaksananya kegiatan fasilitasi upaya peningkatan keinginan untuk kemajuan diantara pengelola program dan petugas kesehatan dalam pengendalian asma
- 3) Terlaksananya pemantauan, penilaian, supervisi/bimbingan teknis dan monitoring pelaksanaan dan pencapaian program
- 4) Terlaksananya upaya untuk memperbaiki efektifitas dan efisiensi program.

b. Kegiatan

- 1) Mengukur kemajuan pelaksanaan program dan memberikan koreksi atas penyimpangan berdasarkan atas indikator input, proses, dan *output*.
- 2) Mengevaluasi dan mengukur pencapaian tujuan program dan bagaimana efektifitas dan efisiensi pencapaian menggunakan indikator efek (*outcome*) dan dampak.
- 3) Melaksanakan pemantauan dan evaluasi secara berjenjang mulai dari pusat, propinsi, kabupaten/kota, dan puskesmas
- 4) Mengevaluasi dan mengukur pencapaian program sesuai dengan target pencapaian program yang telah ditetapkan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

V. KEGIATAN POKOK PENGENDALIAN PENYAKIT KRONIK DAN DEGENERATIF (TERMASUK ASMA) MENURUT PUSAT, PROPINSI, KABUPATEN/KOTA, KECAMATAN, DAN DESA/KELURAHAN

A. Kegiatan Pokok di Pusat

1. Membuat standarisasi/ menyusun/ mendistribusikan permenkes/ kepmenkes/ pedoman/ juklak/ juknis/ modul program
2. Melaksanakan surveilans kasus (termasuk kematian) penyakit kronik dan degeneratif lainnya
3. Melaksanakan surveilans faktor risiko dengan survei khusus dan memanfaatkan sistem yang sudah ada (misalnya Susenas, Surkenas, Surkesda, dan lain-lain)
4. Menyelenggarakan pelatihan TOT (*training of trainer*) pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya (pengelola program Dinas Kesehatan Propinsi)
5. Mengembangkan sistem informasi penyakit kronik dan degeneratif lainnya
6. Membangun dan memantapkan jejaring kerja serta melakukan koordinasi secara berjenjang dan berkesinambungan
7. Memfasilitasi pertemuan lintas program/lintas sektor
8. Merancang/membuat/menggandakan dan mendistribusikan media penyuluhan
9. Melaksanakan penyuluhan (KIE) melalui berbagai metode dan media penyuluhan
10. Bersama-sama propinsi membantu kabupaten/kota dalam melaksanakan kegiatan pemberdayaan masyarakat atau peningkatan partisipasi masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit kronik dan degeneratif lainnya sesuai dengan kondisi masing-masing daerah (*local area specific*) berdasarkan hasil survei/kajian
11. Memfasilitasi kemandirian masyarakat dalam pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya
12. Mengadakan dan mendistribusikan bahan/alat deteksi dini/diagnostik dan tatalaksana penyakit kronik dan degeneratif lainnya
13. Menyelenggarakan pelatihan TOT (*training of trainer*) penemuan dan tatalaksana penyakit kronik dan degeneratif lainnya (dokter spesialis, dokter umum, dan paramedis rumah sakit propinsi)
14. Menyelenggarakan pelatihan TOT dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pengelola program dinas kesehatan propinsi dalam melaksanakan analisis situasi penyakit kronik dan degeneratif lainnya melalui kajian terhadap aspek manajemen, epidemiologi, serta sosial budaya dan perilaku masyarakat
15. Memfasilitasi upaya peningkatan pengetahuan, motivasi dan partisipasi pengelola program, dokter dan paramedis, mitra kerja dan *stakeholder* lainnya dalam pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya
16. Memfasilitasi upaya peningkatan keinginan untuk kemajuan diantara pengelola program dan petugas kesehatan dalam pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya
17. Melakukan pemantauan, penilaian, supervisi/bimbingan teknis dan monitoring pelaksanaan dan pencapaian program



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. Kegiatan Pokok di Propinsi

1. Menggandakan/mendistribusikan permenkes/ kepmenkes/ pedoman/ juklak/ juknis/ modul program
2. Melaksanakan surveilans kasus (termasuk kematian) penyakit penyakit kronik dan degeneratif lainnya
3. Melaksanakan surveilans faktor risiko dengan survei khusus dan memanfaatkan sistem yang sudah ada (misalnya Susenas, Surkenas, Surkesda, dan lain-lain)
4. Menyelenggarakan pelatihan TOT (*training of trainer*) pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya (pengelola program dinas kesehatan kabupaten/kota)
5. Mengembangkan sistem informasi penyakit kronik dan degeneratif lainnya
6. Membangun dan memantapkan kemitraan dan jejaring kerja serta melakukan koordinasi secara berjenjang dan berkesinambungan
7. Memfasilitasi pertemuan lintas program/lintas sektor
8. Menggandakan dan mendistribusikan media penyuluhan
9. Melaksanakan penyuluhan (KIE) melalui berbagai metode dan media penyuluhan
10. Bersama-sama kabupaten/kota melaksanakan kegiatan pemberdayaan masyarakat atau peningkatan partisipasi masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit kronik dan degeneratif lainnya yang sesuai dengan kondisi masing-masing daerah (*local area specific*) berdasarkan hasil survei/kajian.
11. Memfasilitasi kemandirian masyarakat dalam pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya
12. Mengusulkan pengadaan dan mendistribusikan bahan/alat deteksi dini/diagnostik dan tatalaksana penyakit kronik dan degeneratif lainnya
13. Menyelenggarakan pelatihan TOT (*training of trainer*) penemuan dan tatalaksana penyakit kronik dan degeneratif lainnya (dokter spesialis, dokter umum, dan paramedis rumah sakit kabupaten/kota)
14. Menyelenggarakan pelatihan TOT dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pengelola program dinas kesehatan kabupaten/kota dalam melaksanakan analisis situasi penyakit kronik dan degeneratif lainnya melalui kajian terhadap aspek manajemen, epidemiologi, serta sosial budaya dan perilaku masyarakat
15. Memfasilitasi upaya peningkatan pengetahuan, motivasi dan partisipasi pengelola program, dokter dan paramedis, mitra kerja dan *stakeholder* lainnya dalam pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya
16. Memfasilitasi upaya peningkatan keinginan untuk kemajuan diantara pengelola program dan petugas kesehatan dalam pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya
17. Melakukan pemantauan, penilaian, supervisi/bimbingan teknis dan monitoring pelaksanaan dan pencapaian program
18. Mengirimkan laporan hasil program secara rutin ke pusat

C. Kegiatan Pokok di Kabupaten/Kota

1. Menggandakan/mendistribusikan permenkes/ kepmenkes/ pedoman/ juklak/ juknis/ modul program.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Melaksanakan surveilans kasus (termasuk kematian) penyakit kronik dan degeneratif lainnya.
3. Melaksanakan surveilans faktor risiko dengan survei khusus dan memanfaatkan sistem yang sudah ada (misalnya Susenas, Surkenas, Surkesda, dan lain-lain).
4. Menyelenggarakan pelatihan pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya (petugas puskesmas).
5. Mengembangkan sistem informasi penyakit kronik dan degeneratif lainnya
6. Membangun dan memantapkan jejaring kerja serta melakukan koordinasi secara berjenjang dan berkesinambungan.
7. Memfasilitasi pertemuan lintas program/lintas sektor.
8. Menggandakan dan mendistribusikan media penyuluhan.
9. Melaksanakan KIE melalui berbagai metode dan media penyuluhan.
10. Melaksanakan kegiatan pemberdayaan masyarakat atau peningkatan partisipasi masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit kronik dan degeneratif lainnya yang sesuai dengan kondisi masing-masing daerah (*local area specific*) berdasarkan hasil survei/kajian.
11. Memfasilitasi kemandirian masyarakat dalam pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya.
12. Mengadakan dan mendistribusikan bahan/alat deteksi dini/diagnostik dan tatalaksana penyakit kronik dan degeneratif lainnya.
13. Menyelenggarakan pelatihan penemuan dan tatalaksana penyakit tidak menular (dokter dan paramedis puskesmas).
14. Menyelenggarakan pelatihan dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pengelola program puskesmas dalam melaksanakan analisis situasi penyakit kronik dan degeneratif lainnya melalui kajian terhadap aspek manajemen, epidemiologi, serta sosial budaya dan perilaku masyarakat.
15. Memfasilitasi upaya peningkatan pengetahuan, motivasi dan partisipasi pengelola program, dokter dan paramedis, mitra kerja dan *stakeholder* lainnya dalam pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya.
16. Memfasilitasi upaya peningkatan keinginan untuk kemajuan diantara pengelola program puskesmas dalam pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya.
17. Melakukan pemantauan, penilaian, supervisi/bimbingan teknis dan monitoring pelaksanaan dan pencapaian program.
18. Mengirimkan laporan hasil program secara rutin ke propinsi.

D. Kegiatan Pokok di Puskesmas

1. Melaksanakan surveilans kasus (termasuk kematian) penyakit kronik dan degeneratif lainnya
2. Membangun dan memantapkan jejaring kerja dan melakukan koordinasi secara berjenjang dan berkesinambungan
3. Memfasilitasi pertemuan lintas program/ lintas sektor
4. Melaksanakan penemuan dan tatalaksana kasus penyakit kronik dan degeneratif lainnya
5. Melaksanakan KIE melalui berbagai metode dan media penyuluhan
6. Membina partisipasi masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit kronik dan degeneratif lainnya



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

7. Memfasilitasi kemandirian masyarakat dalam pengendalian penyakit kronik dan degeneratif lainnya.
8. Mengirimkan laporan hasil program secara rutin ke kabupaten/kota.

E. Kegiatan Pokok di Desa (Siaga)/Kelurahan

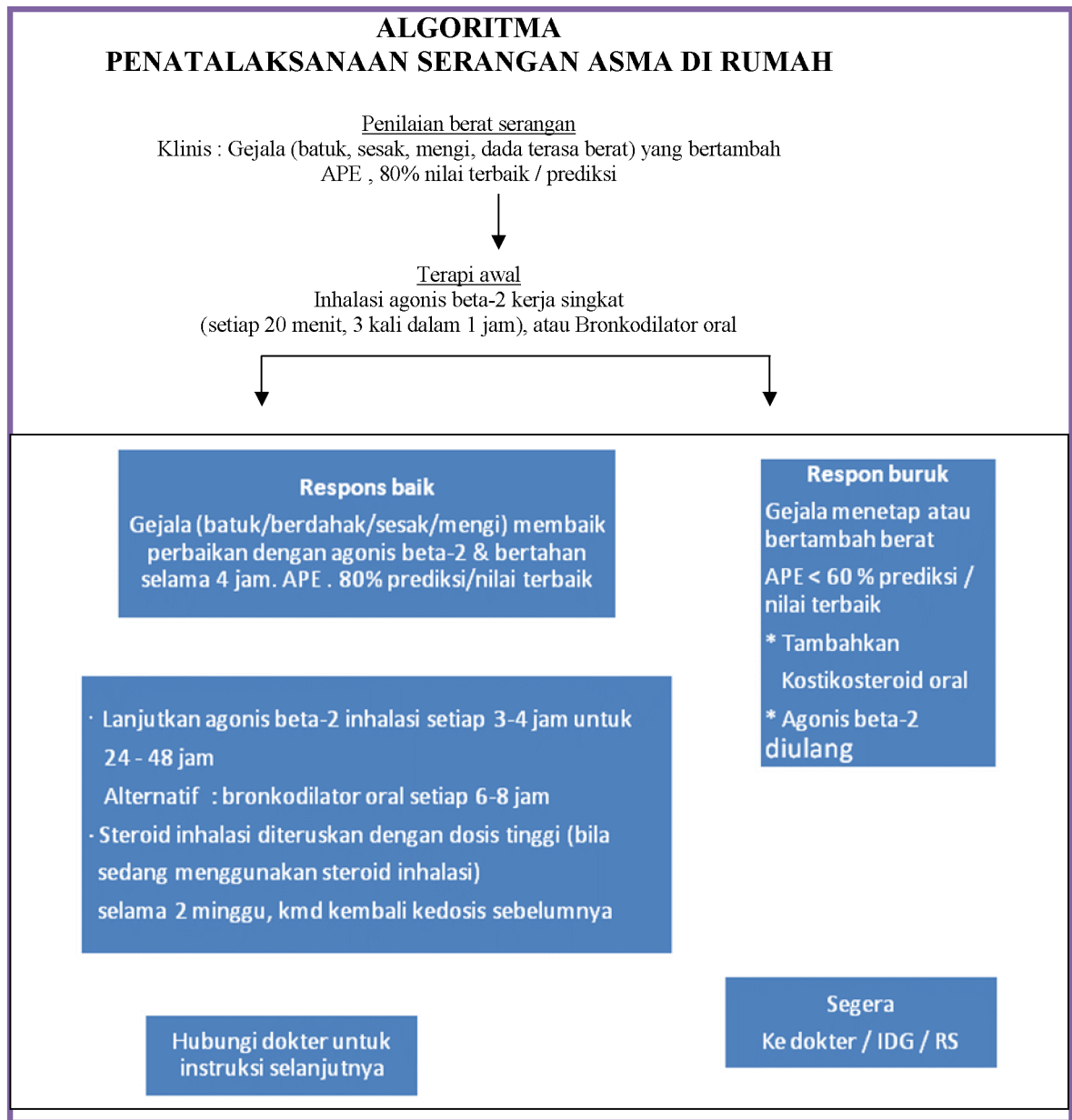
1. Membina partisipasi masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit kronik dan degeneratif lainnya.
2. Membentuk dan mengembangkan kelompok masyarakat peduli penyakit tidak menular seperti Posbindu, dan lain-lain sesuai dengan kondisi masing-masing desa/kelurahan.
3. Melaksanakan kegiatan Pos Kesehatan Desa.

MENTERI KESEHATAN,

ttd

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)

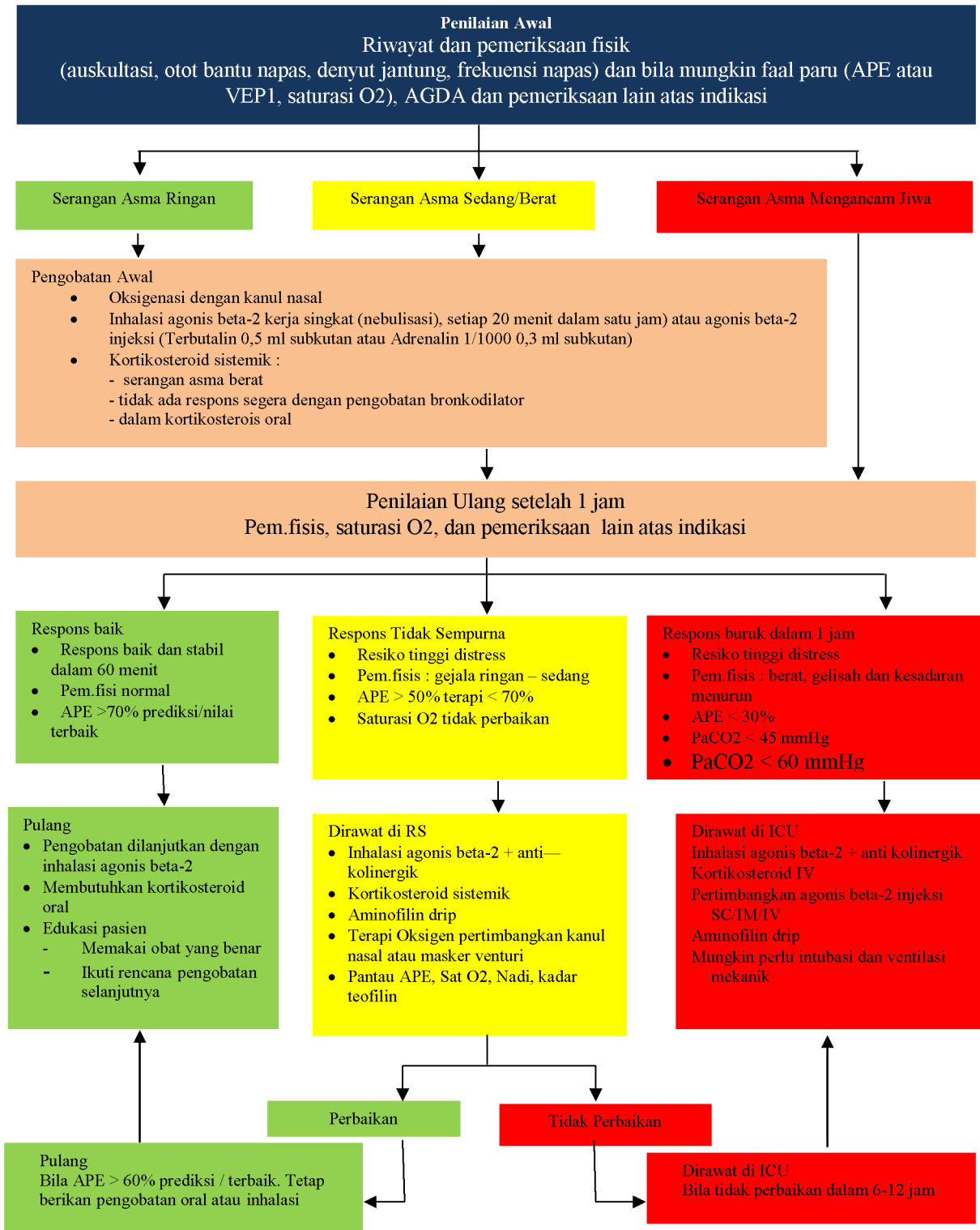
Bagan 1.



Sumber : PDPI, Asma. Pedoman & Penatalaksanaan Di Indonesia, 2004

Bagan 2.

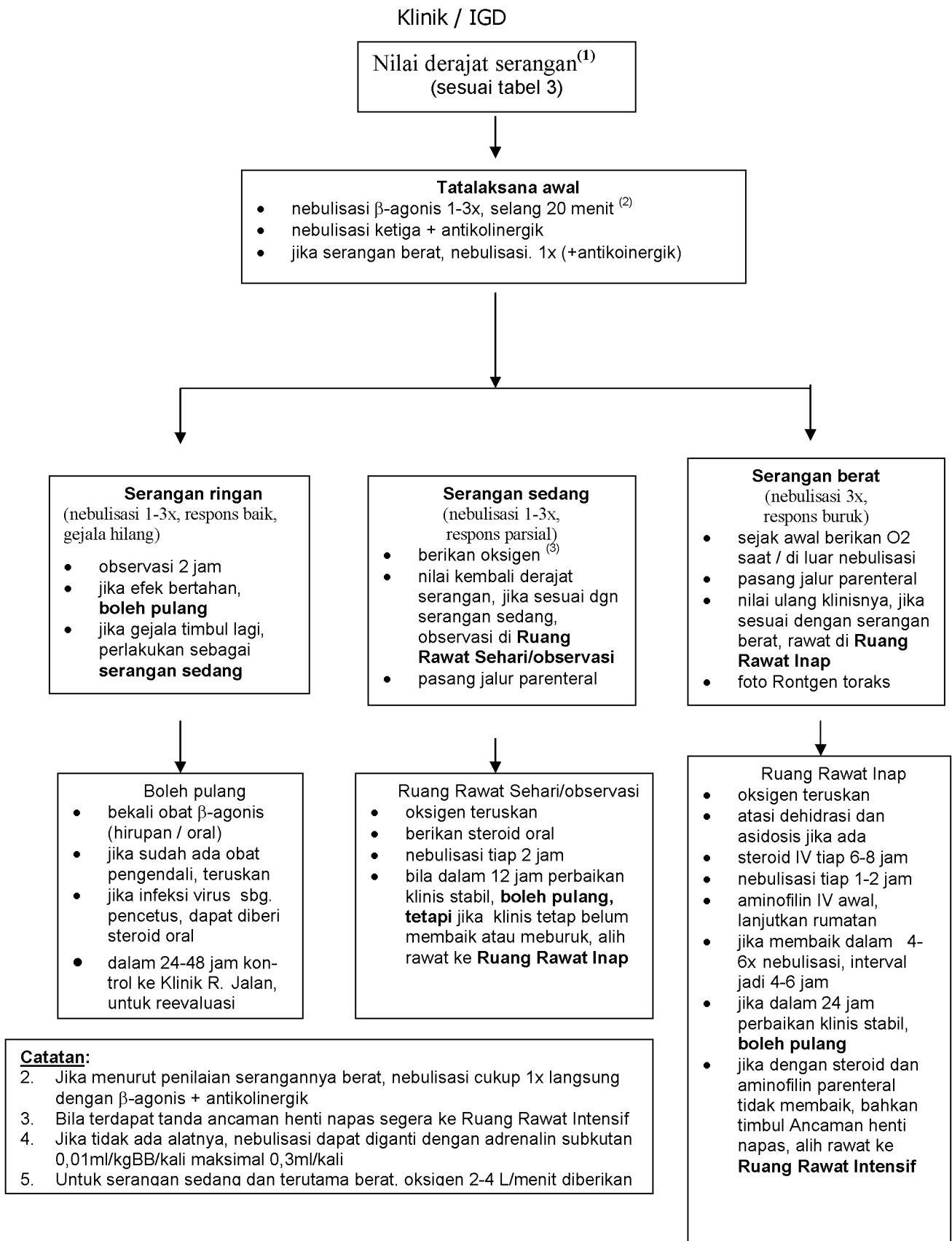
Algoritma Penatalaksanaan Asma Di Rumah Sakit



Sumber : Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, Asma Pedoman & Penatalaksanaan Di Indonesia, , 2004.

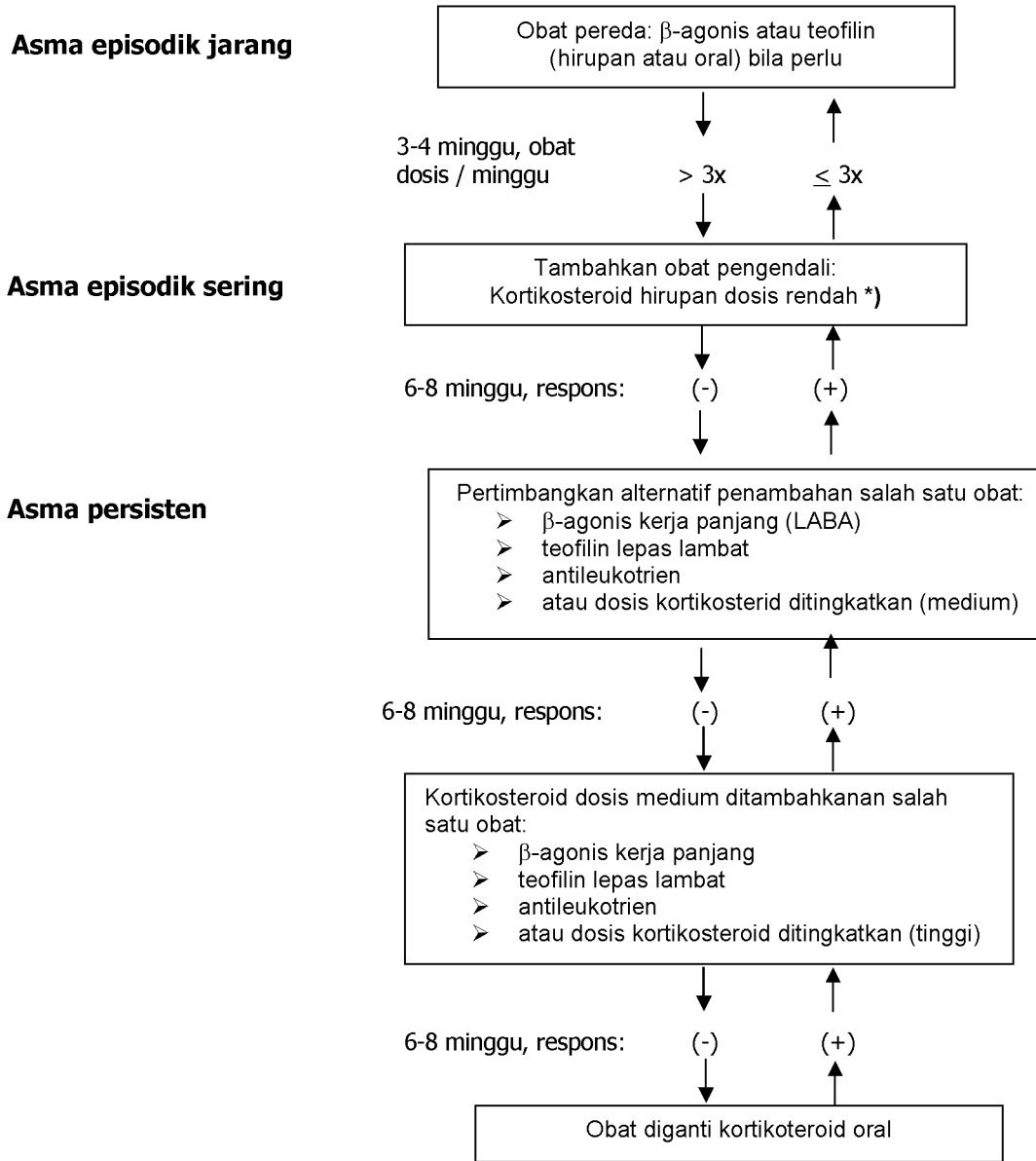
Bagan 3.

Alur Tatalaksana Serangan Asma pada Anak



Bagan 4.

Alur Tatalaksana Asma Anak jangka Panjang



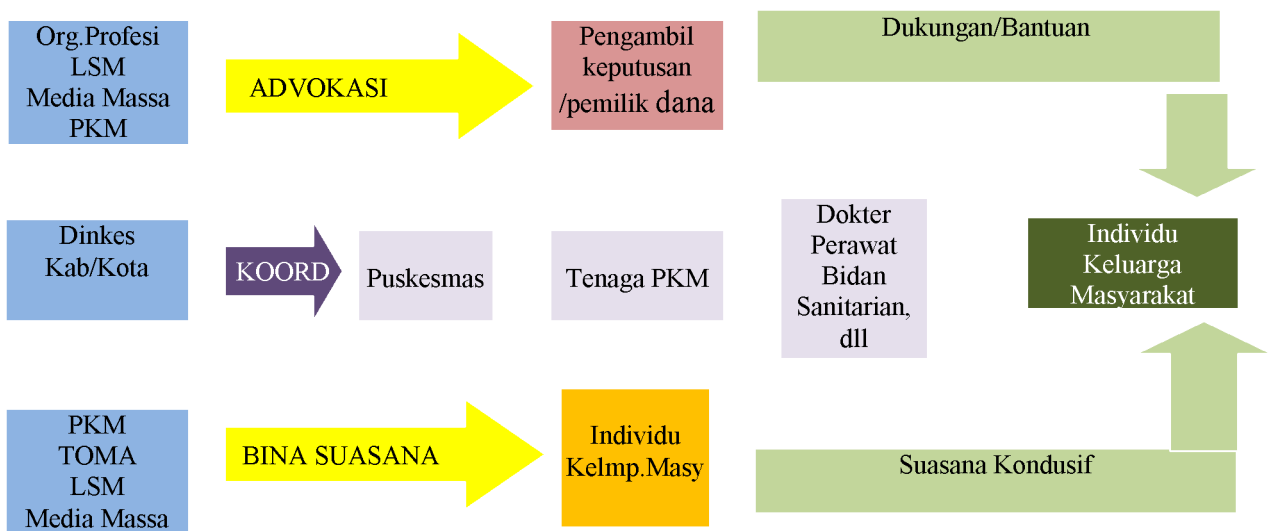
*) Ketotifen dapat digunakan pada pasien balita dan/atau asma tipe rinitis

Bagan 5.

**STRATEGI *PRIMARY HEALTH CARE*
DALAM PENGENDALIAN ASMA
MELALUI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**



**STRATEGI *PRIMARY HEALTH CARE*
DALAM PENGENDALIAN ASMA
MELALUI PEMBERDAYAAN HARUS DIDUKUNG OLEH
BINA SUASANA & ADVOKASI**



Bagan 6.

PELANGI ASMA

| Pelangi asma, monitoring asma secara mandiri |
|---|
| Hijau <ul style="list-style-type: none">• Kondisi baik, asma terkontrol• Tidak ada / minimal gejala• APE : 80-100 % nilai dugaan / terbaik <p><i>Pengobatan bergantung berat asma, prinsipnya pengobatan dilanjutkan. Bila tetap berada pada warna hijau minimal 3 bulan, maka pertimbangkan turunkan terapi.</i></p> |
| Kuning <ul style="list-style-type: none">• Berarti hati-hati, asma tidak terkontrol, dapat terjadi serangan akut / eksaserbasi• Dengan gejala asma (asma malam, aktivitas terhambat, batuk, mengi, dada terasa berat, baik saat aktivitas maupun istirahat) dan atau APE 60-80 % dengan prediksi / nilai terbaik. <p><i>Mebutuhkan peningkatan dosis medikasi atau perubahan medikasi</i></p> |
| Merah <ul style="list-style-type: none">• Berbahaya• Gejala asma terus- menerus dan membatasi aktivitas sehari-hari.• APE < 60% nilai dugaan / terbaik. <p><i>Pasien membutuhkan pengobatan segera sebagai rencana pengobatan yang disepakati dokter-pasien secara tertulis. Bila tetap tidak ada respons, segera hubungi dokter atau ke rumah sakit terdekat.</i></p> |

Sumber : PDPI, Asma Pedoman & Penatalaksanaan Di Indonesia, 2004