



**TINGKAT KONTROL PASIEN ASMA DI POLI SPESIALIS PARU B  
RUMAH SAKIT PARU JEMBER**

**SKRIPSI**

**Oleh :**

**Rafika Respitasari  
NIM 112110101070**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2016**



**TINGKAT KONTROL PASIEN ASMA DI POLI SPESIALIS PARU B  
RUMAH SAKIT PARU JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**Oleh :**

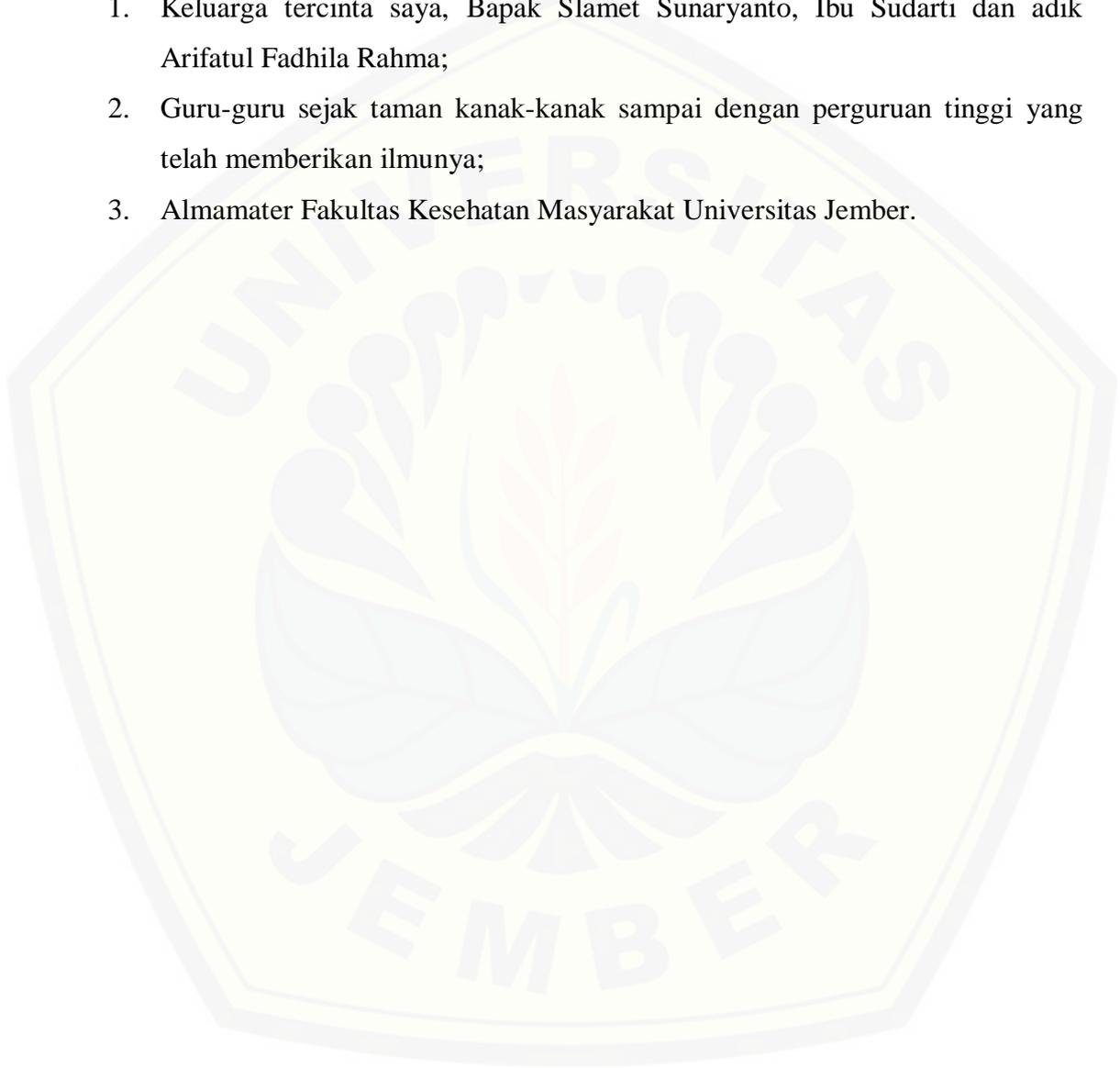
**Rafika Respitasari  
NIM 112110101070**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatISTIKA KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2016**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Keluarga tercinta saya, Bapak Slamet Sunaryanto, Ibu Sudarti dan adik Arifatul Fadhila Rahma;
2. Guru-guru sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi yang telah memberikan ilmunya;
3. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.



## MOTTO

“Wahai manusia ! Sungguh, telah datang kepadamu pelajaran (Al-Qur’an) dari Tuhanmu, penyembuh bagi penyakit yang ada dalam dada, dan petunjuk serta rahmat bagi orang yang beriman.”

(Terjemahan QS. Yunus 10:57)\*

“Dan apabila aku sakit, Dialah yang menyembuhkan aku.”

(Terjemahan QS. Asy-Syu’ara 26:80)\*\*

---

\*\*\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2007. *Al-Qur’an dan Terjemahnya*. Jakarta : Sygma

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rafika Respitasari

NIM : 112110101070

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Tingkat Kontrol Pasien Asma di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember* adalah benar-benar karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 24 Maret 2016

Yang menyatakan,

Rafika Respitasari

NIM 112110101070

**SKRIPSI**

**TINGKAT KONTROL PASIEN ASMA DI POLI SPESIALIS PARU B  
RUMAH SAKIT PARU JEMBER**

Oleh :

Rafika Respitasari  
NIM 112110101070

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Andrei Ramani, S.KM., M.Kes.  
Dosen Pembimbing Anggota : Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes.

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul *Tingkat Kontrol Pasien Asma di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Kamis  
Tanggal : 24 Maret 2016  
Tempat : Ruang 6

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

dr. Pudjo Wahjudi, M.S.  
NIP. 195403141980121001

dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc.  
NIP. 198110052006042002

Anggota,

dr. Ratna Yulianti, M.M.  
NIP. 197107112000122002

Mengesahkan,  
Dekan,

Irma Prasetyowati, S. KM., M. Kes  
NIP. 198005162003122002

## RINGKASAN

**Tingkat Kontrol Pasien Asma di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember;** Rafika Respitasari; 112110101070; 2016; 53 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Asma merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan dengan obat-obatan karena obat tersebut hanya berfungsi menghilangkan gejala. Prevalensi asma di Indonesia berdasarkan Risesdas tahun 2007 dan 2013 menunjukkan peningkatan. Data laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2011–2014 juga menunjukkan adanya peningkatan. Jumlah kasus asma di bagian rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember tahun 2013 sebanyak 374 kasus dan tahun 2014 sebanyak 371 kasus. Selama bulan Januari-Juni 2015 jumlah kasus asma meningkat menjadi 790 kasus. Pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat digunakan untuk menilai morbiditas dan kontrol asma. Salah satu poli di Rumah Sakit Paru Jember khusus menangani asma yaitu Poli Spesialis Paru B. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi tingkat kontrol pasien asma di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini dilakukan di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember pada bulan November sampai Desember 2015. Pengambilan sampel dilakukan secara judgemental sampai total responden 90 orang dengan menggunakan teknik *accidental sampling*. Teknik pengumpulan data dengan wawancara dan dokumentasi. Analisis data menggunakan statistik deskriptif.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden asmanya tidak terkontrol. Sebagian besar punya jaminan kesehatan berupa BPJS bukan PBI. Sebagian besar menggunakannya untuk periksa ke dokter. Sebagian besar responden tidak pernah rawat inap, tidak kesulitan mengurus BPJS, tidak periksa di fasyankes yang tidak bekerja sama dengan BPJS. Semua responden merasa bahwa BPJS meringankan

biaya pengobatan. Sebagian besar responden pernah periksa ke Rumah Sakit Paru lebih dari dua kali. Sepertiga responden pernah mengalami serangan asma pada malam/dini hari dan mencari pertolongan ke UGD. Sepertiga responden pernah rawat inap. Sebanyak 19 orang pernah rawat inap sebanyak satu kali. Sebagian besar pernah rawat inap selama 2-4 hari di Rumah Sakit Paru Jember. Sebanyak 10 orang pernah dirujuk untuk rawat inap. Sebagian besar responden yang punya jaminan kesehatan tidak ada hambatan biaya. Responden yang tidak punya jaminan kesehatan, sebagian besar mendapat hambatan biaya. Terdapat 19 orang yang punya hambatan biaya dan semuanya tidak punya anggaran khusus. Sebagian besar berpersepsi bahwa perawatan asma perlu biaya besar. Sebagian besar tidak punya hambatan biaya untuk periksa, rawat inap, transportasi, dan tidak menunda pengobatan asmanya. Sebagian besar memiliki hambatan biaya untuk membeli obat asma dan pernah tidak membeli seluruh obat yang diresepkan oleh dokter.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah sebagian besar responden asmanya tidak terkontrol, memiliki jaminan kesehatan berupa BPJS bukan PBI, dan pernah periksa lebih dari dua kali ke Rumah Sakit Paru. Sepertiga responden mendapat serangan asma pada malam/dini hari dan mengunjungi UGD. Sepertiga responden pernah rawat inap. Sebagian besar responden yang punya jaminan kesehatan tidak ada hambatan biaya sedangkan yang tidak punya jaminan kesehatan, sebagian besar ada hambatan biaya. Berdasarkan hal tersebut, perlu adanya pengarahan kepada pasien asma untuk periksa berkala minimal sekali dalam rentang waktu 1-6 bulan, pengarahan untuk mengurus BPJS, serta menambah jumlah pamflet tentang edukasi asma agar asma pasien lebih terkontrol.

## SUMMARY

*Level of Control Asthma Patients at Lung Specialist Clinic B of Paru Hospital Jember); Rafika Respitasari; 112110101070; 2016; 53 pages; Department of Epidemiology and Biostatistics Population, Public Health Faculty, Jember University.*

*Asthma is a disease that cannot be cured with existing drugs because these drug only works to eliminate symptoms. The prevalence of asthma in Indonesia based on Riskesdas 2007 and 2013 show an increase. According to data from Health Office Jember on 2011-2014 also showed an increase. The number of asthma cases in outpatient at Paru Hospital Jember in 2013 were 374 cases and 2014 were 371 cases. During January to June 2015, the number of asthma cases increased to 790 cases. Healthcare utilization can be used to assess morbidity and asthma control. One of clinic at Paru Hospital Jember specifically dealing with asthma namely Lung Specialist Clinic B. The purpose of this study was to identified level of control asthma patients at Lung Specialist Clinic B at Paru Hospital Jember.*

*This research used descriptive design with quantitative approach. This research was conducted in Lung Specialist Clinic B at Paru Hospital Jember on November to December 2015. Sampling was done by judgmental until total of respondents were 90 peoples with using accidental sampling technique. The technique of collecting data by interview and documentation. Data analysis using descriptive statistics.*

*The results showed that most of respondents have uncontrolled asthma. Most of respondents have health insurance such as BPJS non PBI. Most of them use it to see a doctor. Most of respondents were never hospitalized, had no trouble to take care of BPJS, and did not check up on the health care facilities that are not*

*cooperate with BPJS. All of respondents felt that BPJS alleviate cost of treatment. Most of respondents ever check up at Paru Hospital Jember more than twice. One third of respondents has experienced an asthma attack at night or early morning and seek help to emergency unit. One third of respondents ever hospitalized. There were 19 peoples had hospitalized once. Most of them were hospitalized for 2-4 days at Paru Hospital. There were 10 peoples ever referred for hospitalized. Most of respondents who have health insurance does not have cost barriers. Respondents who does not have health insurance, most of the them have cost barriers. There were 19 peoples who have cost barriers and all of them does not have a specific budget. Most of them have perceived that the treatment of asthma needs a huge cost. Most of respondents does not have cost barriers for examination or hospitalization, transportation, and never delay to get treatment for their asthma. Most of respondents have cost barriers to buy asthma medication and ever does not buy all the medicines that prescribed by the doctor.*

*The conclusions of this study are most of respondents have uncontrolled asthma, have health insurance such as BPJS non PBI, and ever check up more than twice at Paru Hospital Jember. One third of respondents has experienced an asthma attack at night or early morning and seek help to emergency unit. One third of respondents ever hospitalized. Most of the respondents who have health insurance does not have costs barriers and respondents who does not have health insurance, most of the them have cost barriers. Based on these, there needs to directing asthma patients to check up periodically at least once within 1-6 months, directing to take care BPJS, and increase the number of educational pamphlets about asthma so that patients have better asthma control.*

## PRAKATA

Puji Syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *Tingkat Kontrol Pasien Asma di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember* sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH, selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Bapak Andrei Ramani, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing utama dan Bapak Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing anggota yang telah membimbing, meluangkan waktu, dan pikiran dalam penyusunan skripsi ini;
4. Bapak dr. Pudjo Wahjudi, M.S., Ibu dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc., dan Ibu dr. Ratna Yulianti, MM., selaku tim penguji skripsi yang telah memberikan kritik dan saran dalam penyusunan skripsi ini;
5. Ibu Prehatin Trirahayu Ningrum, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing akademik;
6. UPF Promkes dan Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember yang telah mengizinkan dan membantu saya selama melakukan penelitian;
7. Sahabat saya Mentari Sekar Arum, Lilis Mega Reptiana, Lidatu Nara Sheila, Mar'atush Sholihah, Emi Dwi Astuti serta teman-teman di kos Antasari yang telah memberikan banyak dukungan dan motivasi selama penyusunan skripsi;

8. Teman-teman FKM UJ angkatan 2011 dan peminatan epidemiologi 2011 atas dukungan dan semangat yang diberikan;
9. Pihak-pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penyusunan skripsi ini dilakukan dengan optimal, namun masih terdapat kekurangan di dalamnya. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca. Penulis juga berharap semoga skripsi ini dapat berguna bagi kita semua di masa yang akan datang.

Jember, 24 Maret 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>MOTTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN</b> .....	<b>v</b>
<b>PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>x</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xix</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xx</b>
<b>DAFTAR LAMBANG</b> .....	<b>xxi</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	4
1.4.2 Manfaat Praktis .....	4
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>5</b>
2.1 Asma.....	5
2.1.1 Definisi Asma.....	5
2.1.2 Gejala Asma.....	5
2.1.3 Faktor Risiko Asma.....	6
2.1.4 Tatalaksana Asma.....	12
2.2 Tingkat Kontrol Asma.....	14
2.3 Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kontrol Asma .....	16

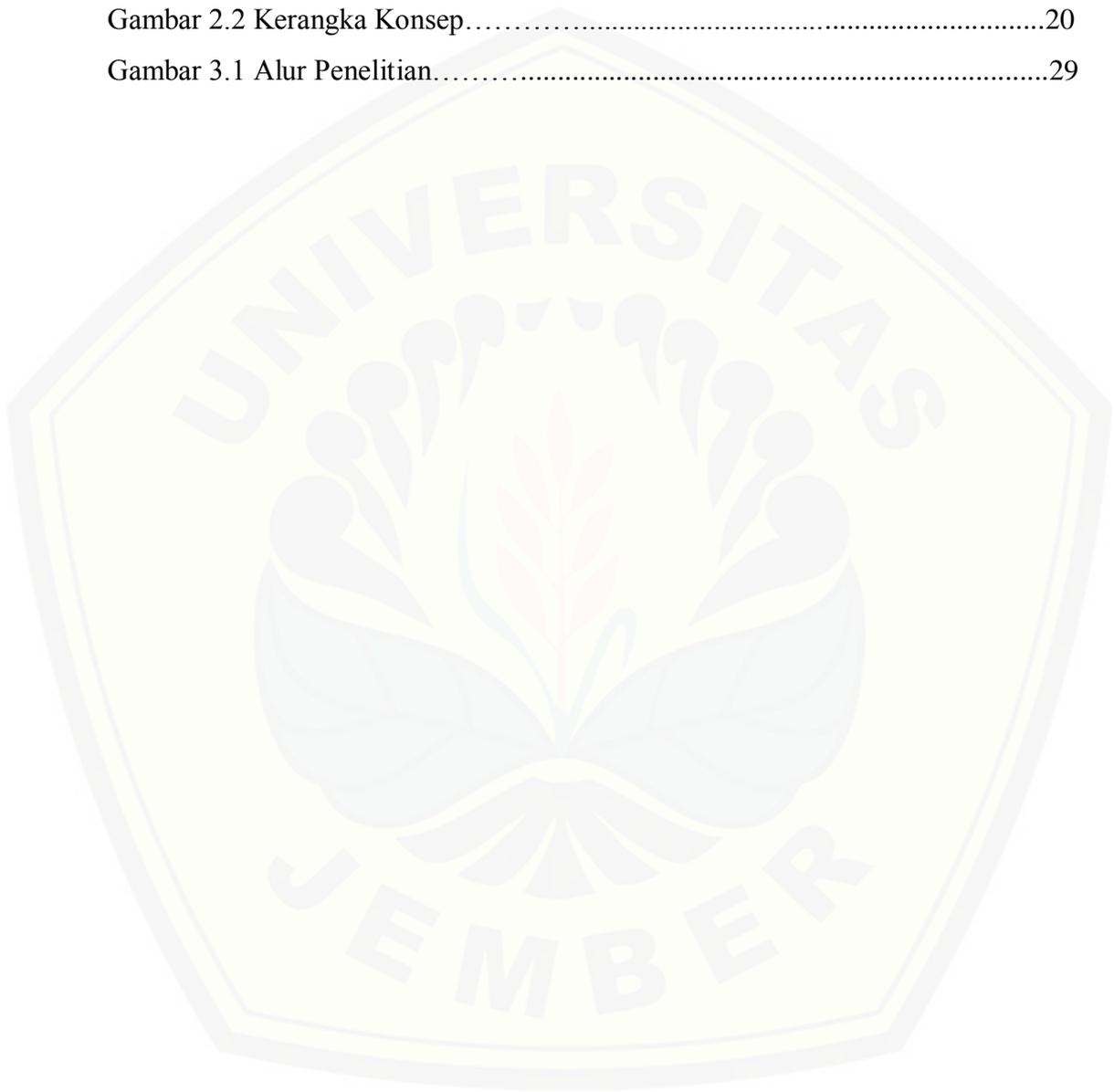
2.4 Kerangka Teori .....	19
2.5 Kerangka Konsep .....	20
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>22</b>
3.1 Jenis Penelitian .....	22
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	22
3.3 Penentuan Populasi dan Sampel Penelitian .....	22
3.3.1 Populasi Penelitian .....	22
3.3.2 Sampel Penelitian .....	22
3.3.3 Teknik Pengambilan Subjek Penelitian .....	23
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	23
3.4.1 Variabel Penelitian .....	23
3.4.2 Definisi Operasional.....	24
3.5 Data dan Sumber Data Penelitian .....	26
3.5.1 Sumber Data.....	26
3.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	26
3.6 Teknik Pengolahan Data .....	27
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data .....	28
3.7.1 Teknik Penyajian Data.....	28
3.7.2 Analisis Data .....	28
3.8 Alur Penelitian .....	29
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>30</b>
4.1 Hasil .....	30
4.1.1 Tingkat Kontrol Pasien Asma .....	30
4.1.2 Tingkat Kontrol Pasien Asma Berdasarkan Jaminan Kesehatan .....	30
4.1.3 Tingkat Kontrol Pasien Asma Berdasarkan Pemeriksaan Rutin .....	32
4.1.4 Tingkat Kontrol Pasien Asma Berdasarkan Kunjungan Unit Gawat Darurat (UGD) atau Rawat Inap .....	34
4.1.5 Tingkat Kontrol Pasien Asma Berdasarkan Hambatan Biaya .....	36
4.2 Pembahasan .....	37
4.2.1 Tingkat Kontrol Pasien Asma .....	37
4.2.2 Tingkat Kontrol Pasien Asma Berdasarkan Jaminan Kesehatan .....	38
4.2.3 Tingkat Kontrol Pasien Asma Berdasarkan Pemeriksaan Rutin Asma .....	40
4.2.4 Tingkat Kontrol Pasien Asma Berdasarkan Kunjungan Unit Gawat Darurat (UGD) atau Rawat Inap .....	42
4.2.5 Tingkat Kontrol Pasien Asma Berdasarkan Hambatan Biaya .....	43

<b>BAB. 5 PENUTUP .....</b>	<b>46</b>
5.1 Kesimpulan.....	46
5.2 Saran.....	47
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>48</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>50</b>



**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	19
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	20
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	29

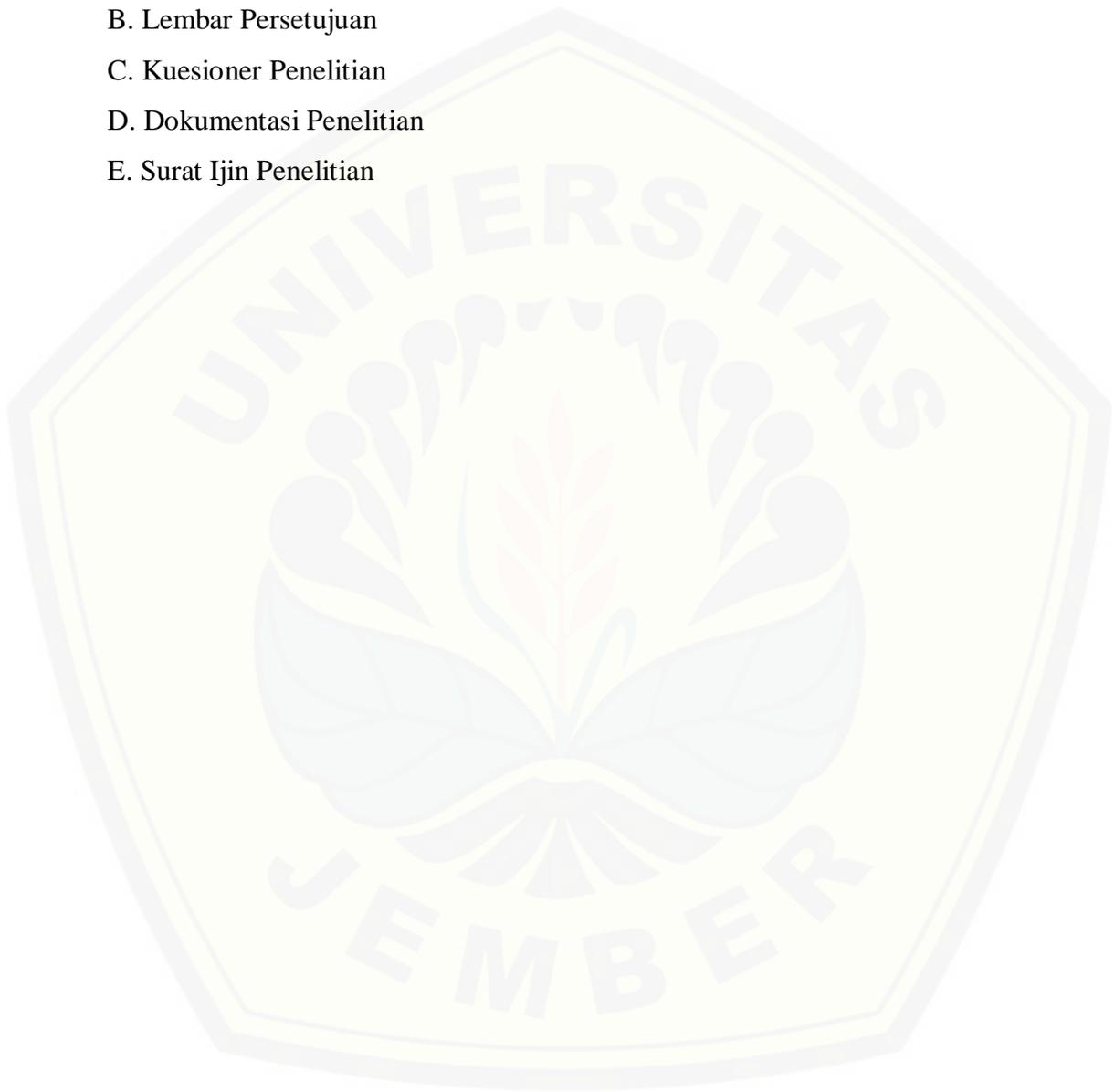


**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 2.1 Tingkat Kontrol Asma.....	14
Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Identifikasi, dan Skala .....	24
Tabel 4.1 Tingkat Kontrol Pasien Asma.....	30
Tabel 4.2 Tingkat Kontrol Pasien Asma Berdasarkan Jaminan Kesehatan.....	31
Tabel 4.3 Pemeriksaan untuk Menggambarkan Tingkat Kontrol Asma .....	34
Tabel 4.4 Tingkat Kontrol Pasien Asma Berdasarkan Kunjungan Unit Gawat Darurat (UGD) atau Rawat Inap.....	35
Tabel 4.5 Tingkat Kontrol Pasien Asma Berdasarkan Hambatan Biaya.....	37

**DAFTAR LAMPIRAN**

- A. Pengantar Kuesioner
- B. Lembar Persetujuan
- C. Kuesioner Penelitian
- D. Dokumentasi Penelitian
- E. Surat Ijin Penelitian



**DAFTAR SINGKATAN**

ACT	= <i>Asthma Control Test</i>
BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CDC	= <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
Depkes	= Departemen Kesehatan
EIA	= <i>Exercise Induced Asthma</i>
FEV1	= <i>Forced Expiratory Volume in one second</i>
GINA	= <i>Global Initiative for Asthma</i>
Ig E	= <i>Immunoglobulin E</i>
Kepmenkes	= Keputusan Menteri Kesehatan
Menkes	= Menteri Kesehatan
PBI	= Penerima Bantuan Iuran
PDPI	= Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
PEF	= <i>Peak Expiratory Flow</i>
UGD	= Unit Gawat Darurat
WHO	= <i>World Health Organization</i>

**DAFTAR LAMBANG**

- > = Lebih dari
- < = Kurang dari
- = = Sama dengan
- ≤ = Kurang dari sama dengan
- ≥ = Lebih dari sama dengan
- = Sampai dengan
- % = Persen
- x = Kali



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

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 yang mengganggu aktifitas tetapi dapat eksaserbasi dengan gejala ringan sampai berat bahkan dapat menimbulkan kematian. Asma mempunyai tingkat fatalitas yang rendah namun jumlah kasusnya cukup banyak ditemukan dalam masyarakat (Kepmenkes RI, 2008:3).

Asma diperkirakan mempengaruhi 334 juta orang dari segala usia di dunia. Asma telah menjadi beban yang sangat serius di negara berpenghasilan rendah dan menengah karena ketidakmampuan membayar biaya (*The Global Asthma Report*, 2014:4). Jumlah kematian akibat asma di kawasan Asia Tenggara sekitar 107.000 jiwa. Jumlah kematian di dunia maupun di kawasan Asia Tenggara lebih banyak pada laki-laki daripada perempuan (Depkes RI, 2009). Sebagian besar atau sekitar 80% kematian justru terjadi di negara-negara berkembang. Tingginya angka kematian akibat asma dikarenakan kontrol asma yang buruk. Penyakit asma tidak dapat disembuhkan dengan obat-obatan yang ada karena obat tersebut hanya berfungsi menghilangkan gejala (Sindo, 2007).

Prevalensi asma di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan 2013 yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI menunjukkan adanya peningkatan prevalensi asma yaitu dari 3,5% menjadi 4,5%. Berdasarkan Riskesdas tahun 2007, prevalensi asma di Jawa Timur sebesar 2,6%, dibawah angka nasional sebesar 3,5%. Berdasarkan Riskesdas tahun 2013, prevalensi asma di Jawa Timur sebesar 5,1%, diatas angka nasional sebesar 4,5%. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, prevalensi asma meningkat seiring dengan bertambahnya usia dan mulai mengalami penurunan pada kelompok umur diatas 45 tahun.

Data laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada tahun 2011 – 2014 menunjukkan bahwa jumlah kasus asma mengalami peningkatan. Jumlah kasus asma selama tahun 2011 sebanyak 24.154 kasus namun mengalami penurunan pada tahun 2012 menjadi 17.603 kasus. Tahun 2013, jumlah kasus asma mengalami peningkatan menjadi 23.284 kasus. Data laporan sementara jumlah kasus asma tahun 2014 menunjukkan adanya peningkatan menjadi 24.827 kasus.

Terdapat rumah sakit yang secara khusus menangani penyakit yang berkaitan dengan sistem pernapasan termasuk asma yaitu Rumah Sakit Paru. Terdapat beberapa poliklinik di Rumah Sakit Paru Jember, salah satunya poliklinik yang khusus menangani penyakit asma yaitu Poli Spesialis Paru B. Jumlah kasus asma di bagian rawat jalan Rumah Sakit Paru Jember tahun 2013 sebanyak 374 kasus dan tahun 2014 sebanyak 371 kasus. Selama periode bulan Januari-Juni 2015 jumlah kasus asma meningkat menjadi 790 kasus. Sebagian besar pasien asma yang memeriksakan diri di Poli Spesialis Paru B memiliki jaminan kesehatan. Selama periode Januari-Juni 2015, pasien yang memeriksakan asmanya sebanyak 1-4 kali sebesar 90%, 5-8 kali sebesar 5,3%, 9-12 kali sebesar 2,9%, 13-16 kali sebanyak 1,5%, dan sebanyak 17-20 kali sebesar 0,5%. Pasien asma yang menjalani rawat inap periode bulan Januari-Juni 2015 sebanyak 30 pasien. Sebanyak 9 pasien yang menjalani rawat inap merupakan pasien umum atau pasien yang tidak memiliki jaminan kesehatan sedangkan 21 pasien memiliki jaminan kesehatan BPJS.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ngunyen *et al.* (2011:5), sebagian besar responden dengan asma aktif di *New England* mempunyai asma yang tidak terkontrol. Tingkat pemanfaatan layanan kesehatan mencerminkan tingkat kontrol asma. Menjalani pemeriksaan rutin asma sebanyak dua kali atau lebih pada tahun lalu, adanya peningkatan kunjungan Unit Gawat Darurat atau rawat inap di tahun lalu serta ketidakmampuan mengunjungi dokter atau spesialis untuk pemeriksaan asma dan membeli obat asma karena hambatan biaya.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat digunakan untuk menilai morbiditas dan kontrol asma. Kunjungan rutin asma sangat dianjurkan dan penting bagi manajemen kontrol asma yang efektif. Asma terkait rawat inap dan

kunjungan gawat darurat dapat menunjukkan adanya asma yang tidak terkontrol dan berfungsi sebagai penanda untuk peningkatan risiko eksaserbasi asma pada masa mendatang (CDC, 2013:6). Kunjungan ke dokter umum atau spesialis asma, serta kemampuan untuk membeli resep obat asma, sangat penting untuk perawatan dan manajemen asma. Hambatan biaya untuk mendapatkan layanan ini dapat menyebabkan kurangnya keberlanjutan dan keterlambatan dalam memperoleh perawatan medis yang diperlukan, dan hal tersebut dapat berkontribusi untuk peningkatan kunjungan gawat darurat dan rawat inap (CDC, 2013:9).

Berdasarkan dengan latar belakang masalah diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai tingkat kontrol pasien asma di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana tingkat kontrol pasien asma di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember ?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah mengidentifikasi tingkat kontrol pasien asma di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi tingkat kontrol pasien asma berdasarkan jaminan kesehatan.
- b. Mengidentifikasi tingkat kontrol pasien asma berdasarkan pemeriksaan rutin asma.
- c. Mengidentifikasi tingkat kontrol pasien asma berdasarkan kunjungan Unit Gawat Darurat (UGD) atau rawat inap.
- d. Mengidentifikasi tingkat kontrol pasien asma berdasarkan hambatan biaya.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

- a. Menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan dalam bidang Epidemiologi Penyakit Tidak Menular terutama tentang penyakit asma.
- b. Sebagai referensi atau acuan bagi peneliti lain yang ingin mengkaji masalah yang sama.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Sebagai bahan masukan bagi dinas kesehatan, puskesmas, maupun rumah sakit mengenai pengendalian penyakit asma.
- b. Sebagai bahan informasi dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Paru Jember.
- c. Sebagai bahan informasi bagi penderita agar mengontrol asmanya sehingga tidak terjadi eksaserbasi asma.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Asma

#### 2.1.1 Definisi Asma

Berdasarkan *Centers for Disease Control and Prevention* (2013:1), asma adalah gangguan kronis dari saluran napas yang ditandai dengan periode obstruksi aliran udara reversibel yang dikenal sebagai episode asma atau serangan. Gejala umum serangan asma meliputi mengi, batuk, sesak napas, sesak dada atau nyeri. Serangan asma dapat dikategorikan ringan, sedang, atau berat yang dapat mengancam jiwa. Faktor manusia dan faktor lingkungan terlibat dalam berkembangnya asma dan memburuknya gejala asma. Penyebab serangan asma antara lain olahraga, infeksi saluran napas, alergen udara (misalnya serbuk sari, jamur, bulu binatang, tungau debu), pekerjaan, dan polusi udara (misalnya lingkungan dengan asap tembakau dan senyawa organik yang mudah menguap). Asma merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan, tetapi dapat dikontrol dengan perawatan medis yang tepat dan eksaserbasi asma dapat dicegah dengan menghindari paparan terutama paparan lingkungan yang dapat memicu serangan.

#### 2.1.2 Gejala Asma

Gejala asma bersifat episodik, seringkali reversibel dengan atau tanpa pengobatan. Gejala awal berupa :

1. Batuk terutama pada malam atau dini hari
2. Sesak napas
3. Napas berbunyi (mengi) yang terdengar jika pasien menghembuskan napasnya
4. Rasa berat di dada
5. Dahak sulit keluar

(Depkes, 2007)

Gejala yang berat merupakan keadaan gawat darurat yang dapat mengancam jiwa antara lain :

1. Serangan batuk yang hebat
2. Sesak napas yang berat dan tersengal-sengal
3. Sianosis (kulit kebiruan yang dimulai dari sekitar mulut)
4. Sulit tidur dan posisi tidur yang nyaman dalam keadaan duduk
5. Kesadaran menurun

(Depkes, 2007)

### 2.1.3 Faktor Risiko Asma

Risiko berkembangnya asma merupakan interaksi antara faktor pejamu (*host factor*) dan faktor lingkungan. Faktor pejamu termasuk predisposisi genetik yang mempengaruhi berkembangnya asma. Faktor lingkungan mempengaruhi individu dengan kecenderungan asma untuk berkembang menjadi asma, menyebabkan terjadinya eksaserbasi atau menyebabkan gejala-gejala asma menetap (PDPI, 2003:16).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1023/MENKES/SK/XI/2008 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Asma, secara umum faktor risiko asma dibedakan menjadi dua kelompok yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan :

1. Faktor genetik
  - a. Hiperaktifitas

Hiperaktifitas bronkus merupakan keadaan bronkus yang mudah sekali mengkerut (konstriksi) bila terpapar bahan dengan kadar rendah yang pada kebanyakan orang tidak menimbulkan reaksi misalnya alergen, polusi, asap rokok atau asap dapur, serta benda berbau tajam (Muttaqin, 2008:172). Hiperaktivitas bronkus merupakan ciri khas penyakit asma. Gejala asma berupa batuk, sesak, dan mengi merupakan akibat dari obstruksi bronkus yang didasari oleh inflamasi kronik dan hiperaktifitas bronkus. Proses inflamasi yang berlangsung lama atau proses inflamasinya berat secara klinis berhubungan dengan hiperaktifitas bronkus (Kepmenkes, 2008:6).

b. Atopi/alergi bronkus

Faktor genetik pada penderita asma yang diturunkan adalah kecenderungan memproduksi antibodi IgE yang berlebihan. Seseorang yang mempunyai predisposisi memproduksi IgE berlebihan mempunyai sifat atopik, sedangkan keadaannya disebut atopi. Namun, ada penderita asma yang tidak atopik dan juga serangan asmanya tidak dipicu oleh pemajanan terhadap alergen. Asma yang berkaitan dengan atopi digolongkan sebagai asma ekstrinsik atau asma alergi, sedangkan asma yang tidak berkaitan dengan atopi digolongkan sebagai asma intrinsik atau asma idiosinkratik (Darmanto, 2007:106). Penderita dengan penyakit alergi biasanya mempunyai keluarga dekat yang juga punya alergi. Adanya bakat alergi ini menyebabkan penderita sangat mudah terkena penyakit asma jika terpajan dengan faktor pencetus (Rengganis, 2008:446).

c. Faktor yang memodifikasi penyakit genetik

Risiko individu untuk menjadi penderita asma tergantung pada riwayat keluarga dan ekspresi fenotip asma yang dapat dimodifikasi oleh faktor genetik dan faktor lingkungan. Hal ini dianggap bahwa sejumlah kecil gen mengatur risiko penyebab individu untuk menderita asma yang ditindaklanjuti oleh pengaturan perubahan gen dan juga faktor lingkungan. Misalnya, individu dengan onset asma awal lebih sering memiliki riwayat keluarga asma dibandingkan dengan mereka yang memiliki onset asma yang lambat. Hal tersebut menunjukkan bahwa gen mempengaruhi waktu saat onset penyakit asma. Selain itu, tingkat keparahan asma dapat dinilai melalui frekuensi gejala, tingkat fungsi paru-paru, tingkat responsif saluran napas, peradangan saluran napas, hubungan saudara dalam keluarga yang menunjukkan jika seseorang positif memiliki riwayat keluarga dengan asma yang berat, orang tersebut lebih memungkinkan untuk memiliki asma yang lebih berat (Simon, 2015:1).

d. Jenis kelamin

Asma dapat terjadi pada semua golongan umur. Asma pada orang dewasa dapat merupakan kelanjutan asma yang terjadi pada masa anak-anak, asma yang kambuh lagi atau asma yang pertama kali muncul pada usia dewasa. Proporsi jenis kelamin penderita asma lebih banyak terjadi pada perempuan (Anriyani, *et al*,

2012:5). Risiko asma pada anak lebih banyak pada laki-laki. Sebelum usia 14 tahun, prevalensi asma pada anak laki-laki 1,5-2 kali lebih besar dibandingkan anak perempuan. Menjelang dewasa perbandingan tersebut kurang lebih sama dan pada masa menopause perempuan lebih banyak (Rengganis, 2008:446).

e. Ras/etnik

Para ilmuwan telah memberikan berbagai penjelasan tentang tingginya jumlah asma pada beberapa populasi etnis/ras. Teori pertama menyatakan bahwa populasi-populasi tertentu memiliki kecenderungan genetik untuk menderita asma. Teori kedua menyatakan bahwa pengaruh lingkungan seperti kemiskinan, stres, hidup di daerah pedalaman, dan penurunan akses pelayanan kesehatan berkontribusi pada tingginya prevalensi asma pada populasi. Beberapa peneliti percaya bahwa interaksi antara faktor genetik dan lingkungan dapat menjadi penyebab jumlah asma yang lebih tinggi di beberapa komunitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat asma yang bervariasi berdasarkan keturunan. Variasi tersebut antara lain sensitisasi terhadap alergi, kadar IgE, dan hiperresponsif bronkus (*American Lung Association*, 2010:27-28).

2. Faktor lingkungan

a. Alergen di dalam ruangan

Alergen di dalam ruangan yang dapat menyebabkan asma antara lain tungau debu rumah, spora jamur, kecoa, serta hewan berbulu seperti anjing dan kucing (Rengganis, 2008:446). Debu rumah sebenarnya terdiri dari bermacam macam alergen. Alergen yang paling menonjol dari debu rumah adalah tungau debu rumah. Tungau ini selalu terdapat dalam debu rumah terutama di daerah yang lembab. Tungau debu rumah berkembang biak sangat cepat terutama di kamar tidur karena makanannya berupa serpihan kulit manusia. Tungau debu rumah sangat ringan sehingga sangat mudah tersebar di udara bila tertiup angin. Penderita yang alergi, saat ia menyapu lantai atau membersihkan buku-buku tua maka akan segera terjadi reaksi alergi yang mula mula berupa bersin, mata gatal, batuk, serta mengalami sesak napas. Reaksi alergi terjadi beberapa menit sampai 6-8 jam setelah terpapar dengan alergen, begitu juga lama serangan asma dapat

berlangsung hanya setengah jam sampai berjam-jam bahkan sehari-hari bila alergen tadi tidak disingkirkan atau dihindari (Sundaru, 2007).

b. Alergen di luar ruangan

Alergen di luar ruangan antara lain serbuk sari dan spora jamur. Berdasarkan penelitian Heguy *et. al* (2008:207), terdapat kenaikan kunjungan ke unit gawat darurat karena asma yang dikaitkan dengan konsentrasi serbuk sari rumput. Meningkatnya jumlah kunjungan ke unit gawat darurat karena asma menunjukkan terjadi eksaserbasi penyakit asma. Asma atopik atau asma karena kondisi alergi dapat terjadi karena adanya kecenderungan interaksi antara faktor genetik dengan paparan alergen seperti serbuk sari.

Sensitivitas terhadap jamur dikaitkan dengan peningkatan keparahan dan kematian akibat asma, kunjungan rumah sakit, penerimaan perawatan intensif pada orang dewasa dan adanya peningkatan reaktivitas bronkus pada anak-anak. Jamur memiliki kemampuan tambahan untuk aktif memperbanyak diri dan menginfeksi kulit *host* atau mencoba membentuk koloni di saluran pernapasan. Hal tersebut memungkinkan jamur memiliki dampak yang lebih besar pada individu untuk memicu pertahanan *host* terhadap patogen, memproduksi racun non alergi dan enzim yang dapat memainkan peran dalam memicu alergi tambahan. Jamur merupakan sumber protein yang dapat merusak saluran pernapasan, meningkatkan tipe reaksi dan sekaligus bertindak sebagai alergen. Kombinasi sifat tersebut membuat jamur menjadi ancaman yang sangat ampuh bagi paru-paru penderita asma. Kontak langsung dengan alergen jamur dan udara yang mengandung hifa memiliki peranan penting terhadap berkembangnya asma (Denning, *et al.*, 2006:618-620).

c. Makanan tertentu

Alergi makanan tertentu dapat menyebabkan gejala asma. Contoh makanan yang sering menimbulkan alergi antara lain susu, telur, udang, kepiting, ikan laut, kacang tanah, coklat, kiwi, jeruk, bahan penyedap pengawet, dan pewarna makanan (Rengganis, 2008:446). Zat pengawet makanan seperti asam benzoat dan zat pewarna kuning *tartarazin* yang dipakai dalam industri makanan dan minuman kadang kadang dapat menimbulkan serangan asma (Sundaru, 2007).

d. Obat-obatan tertentu

Obat-obatan juga dapat mencetuskan asma. Contoh obat-obatan yang sering menjadi pemicu serangan asma adalah penisilin, sefalosporin, golongan beta laktam lainnya, eritrosin, tetrasiklin, analgesik, antipiretik, dan lain-lain (Rengganis, 2008:446). Golongan obat-obatan yang paling sering menyebabkan serangan asma adalah golongan penyekat beta bloker. Golongan obat tersebut sangat sering dipakai untuk pengobatan penyakit jantung koroner dan darah tinggi (Sundaru, 2007).

e. Bahan yang mengiritasi

Asma berkembang melalui berbagai mekanisme yang kompleks. Banyak faktor yang mempengaruhi perkembangan asma termasuk dosis, durasi, karakteristik dari bahan kimia, dan faktor genetik yang berkaitan dengan individu. Paparan iritan dapat mengganggu perkembangan paru-paru dan sistem kekebalan tubuh. Organisasi kesehatan telah mengidentifikasi sejumlah bahan kimia yang dapat menyebabkan asma. Penyebab asma tersebut dapat ditemukan di busa, cat, perekat, lantai, karpet, dan bahan interior lain yang sering terjadi kontak dengan penghuni rumah dengan sentuhan atau inhalasi. Kondisi ruangan dari bangunan dapat menyebabkan perkembangan asma melalui paparan yang dapat terjadi sebelum kelahiran, masa anak-anak hingga dewasa, dan dapat memicu serangan asma bagi mereka yang sudah memiliki penyakit asma. Bahan bangunan yang digunakan dalam ruangan tertutup dapat berkontribusi untuk kondisi ini (Lott & Vallete, 2013).

f. Ekspresi emosi berlebih

Stres/gangguan emosi dapat menjadi pencetus serangan asma, selain itu juga dapat memperberat serangan asma yang sudah ada. Gejala asma yang timbul harus segera diobati dan penderita asma yang mengalami stres/gangguan emosi perlu diberi nasihat untuk menyelesaikan masalah pribadinya. Jika stresnya belum diatasi, maka gejala asmanya lebih sulit diobati (Rengganis, 2008:446).

Tingkat kontrol asma dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah ekspresi emosi yang berlebihan misalnya kecemasan. Kecemasan cenderung memperburuk penyakit asma. Kecemasan berhubungan dengan

tingginya pemanfaatan pelayanan kesehatan. Selama periode kecemasan, serangan asma lebih sering terjadi dan kontrol asma lebih sulit. Kecemasan dapat secara langsung mempengaruhi tubuh atau menyebabkan penderita kurang efektif dalam mengelola asma. Kecemasan dapat menyebabkan perubahan fisiologis yang dapat menimbulkan serangan. Emosi-emosi yang kuat memicu pelepasan bahan kimia, seperti histamin dan leukotrien, yang dapat memicu penyempitan saluran napas (Puspita, 2014:6-7).

g. Asap rokok

Berdasarkan penelitian Agil (2012:11), terdapat hubungan antara lama paparan asap rokok dan frekuensi eksaserbasi asma setelah terpapar asap rokok. Semakin lama paparan yang dialami orang yang menderita asma, maka semakin sering pula eksaserbasi asma yang dialami. Penelitian ini memperlihatkan bahwa untuk meminimalkan tingkat eksaserbasi asma dari seorang penderita asma maka paparan terhadap asap rokok harus dihindari atau dikurangi seminimal mungkin. Sisi aliran asap rokok yang terbakar lebih panas dan lebih toksik daripada asap yang dihirup perokok, terutama dalam mengiritasi mukosa jalan nafas. Paparan asap tembakau pasif berakibat lebih berbahaya yang dapat menyebabkan gejala penyakit saluran nafas bawah (batuk, lendir dan mengi) dan naiknya risiko asma dan serangan asma (Purnomo, 2008).

h. Polusi udara di luar dan di dalam ruangan

Polutan udara merupakan suatu bahan kimia yang dapat bersumber dari luar ruangan atau dalam ruangan, yang tipe dan konsentrasinya sangat berbeda satu sama lain. Polutan udara dapat memicu penyakit asma yang berdampak pada meningkatnya prevalensi asma dan mencetuskan kekambuhan penyakit yang sudah ada sehingga penyakit tersebut bertambah berat. Polusi udara dapat mempengaruhi banyaknya *aeroallergen*, misalnya serbuk sari karena polusi udara dapat mengurangi produktivitas tumbuhan dan daya tahan serbuk sari. Polutan udara dalam ruangan yang utama adalah *formaldehid* dan asap rokok. Polutan udara di luar ruangan terutama berasal dari pembakaran bahan bakar fosil, misalnya SO<sub>2</sub> (Widura, tanpa tahun). Sulfur dioksida (SO<sub>2</sub>) dapat mempengaruhi sistem pernapasan dan gangguan fungsi paru, iritasi pada mata, inflamasi pada

saluran pernapasan, batuk, sekresi lendir, asma, bronkhitis kronis, tekanan darah rendah, nadi cepat, dan sakit kepala. Faktor risiko terpapar SO<sub>2</sub> yaitu penggunaan bahan bakar seperti arang, kayu, minyak bumi, batu bara dan kebiasaan merokok (Permenkes, 2011).

i. *Exercise Induced Asthma*

Penderita asma dapat kambuh asmanya ketika melakukan aktivitas atau olahraga tertentu. Asma yang dieksaserbasi/diperburuk selama latihan fisik disebut *Exercise Induced Asthma* (EIA). Tipe EIA ini terjadi setelah melakukan latihan berat tetapi tidak selama melakukan latihan seperti *jogging*, aerobik, berjalan cepat dan menaiki tangga. Lari cepat paling mudah menimbulkan serangan asma sedangkan renang dan jalan kaki paling kecil risikonya untuk menimbulkan serangan asma. Serangan asma karena aktivitas biasanya terjadi segera setelah selesai aktivitas tersebut, lamanya sesak antara 10-60 menit dan jarang serangan asma timbul beberapa jam setelah latihan (Ekarini, 2012:29).

j. Perubahan cuaca

Cuaca lembab dan hawa pegunungan yang dingin sering mempengaruhi asma. Atmosfer yang mendadak dingin merupakan faktor pemicu terjadinya serangan asma. Serangan asma kadang-kadang berhubungan dengan musim, seperti musim hujan, musim kemarau, musim bunga (serbuk sari beterbangan) (Rengganis, 2008:446).

#### 2.1.4 Tatalaksana Asma

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

1. Menghilangkan dan mengendalikan gejala asma
2. Mencegah eksaserbasi akut
3. Meningkatkan dan mempertahankan faal paru seoptimal mungkin
4. Mengupayakan aktivitias normal termasuk *exercise*
5. Menghindari efek samping obat

6. Mencegah terjadi keterbatasan aliran udara (*airflow limitation*) ireversibel
7. Mencegah kematian karena asma
8. Khusus anak, untuk mempertahankan tumbuh kembang anak sesuai potensi genetiknya  
(Kepmenkes, 2008:13)

Pada prinsipnya penatalaksanaan asma diklasifikasikan menjadi dua yaitu :

1. Penatalaksanaan asma akut (saat serangan)

Serangan akut adalah episodik perburukan asma yang harus diketahui oleh pasien. Penatalaksanaan asma sebaiknya dilakukan oleh pasien di rumah 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 (Kepmenkes, 2008:13).

2. Penatalaksanaan asma jangka panjang

Penatalaksanaan asma jangka panjang bertujuan untuk mengontrol dan mencegah serangan asma. Pengobatan asma jangka panjang disesuaikan dengan klasifikasi beratnya asma. Prinsip pengobatan jangka panjang meliputi edukasi, obat asma, dan menjaga kebugaran. Pelaksanaan ketiga hal tersebut diharapkan dapat mencapai tujuan penanganan asma yaitu asma terkontrol.

- a. Edukasi

Edukasi yang diberikan mencakup :

- 1) Kapan pasien berobat atau mencari pertolongan
- 2) Mengenali gejala serangan asma secara dini
- 3) Mengetahui obat-obat pelega dan pengontrol serta cara dan waktu penggunaannya
- 4) Mengenali dan menghindari faktor pencetus
- 5) Kontrol teratur

- b. 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. Pengontrol asma menggunakan anti inflamasi (kortikosteroid inhalasi). Pasien asma anak diperlukan kontrol lingkungan sebelum diberikan kortikosteroid dan dosis diturunkan apabila dua sampai tiga bulan kondisi telah terkontrol.

### c. Menjaga kebugaran

Selain edukasi dan obat-obatan, diperlukan juga menjaga kebugaran antara lain dengan melakukan senam asma. Pasien asma dewasa dapat melakukan Senam Asma Indonesia yang teratur sehingga asma terkontrol akan tetap terjaga. Pasien asma anak dapat menggunakan olahraga lain yang menunjang kebugaran (Kepmenkes, 2008:14-15).

## 2.2 Tingkat Kontrol Asma

Tujuan utama dari manajemen asma adalah mencapai dan mempertahankan kontrol asma untuk mencegah terjadinya eksaserbasi dan mengurangi risiko morbiditas serta mortalitas. Tingkat kontrol asma harus dinilai pada setiap kunjungan dan pengobatan harus disesuaikan untuk mencapai kontrol. Berdasarkan *Global Initiative for Asthma* (GINA) tahun 2006, merekomendasikan klasifikasi asma berdasarkan tingkat kontrol yaitu terkontrol, terkontrol sebagian, dan tidak terkontrol seperti pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.1 Tingkat kontrol asma

Tingkat Kontrol Asma				
No.	Karakteristik	Terkontrol	Terkontrol Sebagian	Tidak Terkontrol
1.	Gejala harian	Tidak ada (dua kali atau kurang per minggu )	Lebih dari dua kali seminggu	Tiga atau lebih gejala dalam kategori asma terkontrol sebagian,
2.	Pembatasan aktifitas	Tidak ada	Sewaktu-waktu dalam seminggu	muncul sewaktu waktu dalam seminggu
3.	Gejala nokturnal/ gangguan tidur (terbangun)	Tidak ada	Sewaktu-waktu dalam seminggu	
4.	Kebutuhan <i>reliever</i> atau terapi <i>rescue</i>	Tidak ada (dua kali atau kurang dalam seminggu)	Lebih dari dua kali seminggu	
5.	Fungsi paru (PEF atau FEV1 <sup>*</sup> )	Normal	< 80% (perkiraan atau dari kondisi terbaik bila diukur)	
6.	Eksaserbasi	Tidak ada	Sekali atau lebih dalam satu tahun <sup>**</sup> )	Sekali dalam seminggu <sup>***</sup> )

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 adekuat.
- \*\*\*\*) : Suatu eksaserbasi mingguan, membuatnya menjadi asma tak terkontrol.

Tujuan dari pemeriksaan berkala dan pemantauan secara terus menerus adalah untuk menentukan tujuan terapi asma sudah tercapai atau belum dan asma dalam kondisi terkontrol. Ketika asma tidak terkontrol, hal tersebut berkaitan erat dengan beban asma, penurunan kualitas hidup, dan peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Tingkat kontrol asma adalah ukuran sejauh mana manifestasi asma dapat diminimalkan dengan intervensi pengobatan. Tingkat kontrol pada saat pemeriksaan tindak lanjut akan menentukan tindakan klinis yang perlu dilakukan yaitu mempertahankan atau menyesuaikan terapi. Frekuensi kunjungan ke dokter berdasarkan penilaian kontrol asma adalah masalah pertimbangan klinis. Penilaian klinis asma seharusnya diperoleh melalui riwayat medis dan pemeriksaan fisik yang didukung dengan pemeriksaan fungsi paru (NHLBI, 2007:55;67). Ketika kontrol asma telah tercapai, pemantauan secara terus menerus penting dilakukan untuk mempertahankan kontrol, menetapkan langkah yang tepat dan dosis pengobatan yang diperlukan untuk meminimalkan biaya dan mengoptimalkan keamanan pengobatan. Asma adalah penyakit yang bervariasi penyebabnya dan pengobatan harus disesuaikan secara berkala untuk merespon hilangnya kontrol seperti yang ditandai dengan memburuknya gejala atau berkembangnya eksaserbasi (GINA, 2006:61).

Kontrol asma dapat dinilai dengan kuesioner kontrol asma yang dapat digunakan sendiri oleh pasien yaitu menggunakan *Asthma Control Test (ACT)*. ACT memberikan penilaian kontrol asma yang lebih sederhana dibandingkan kuesioner lainnya. Kuesioner ini tidak memerlukan pengujian fungsi paru dan sangat mudah digunakan karena menggunakan metode *scoring*. ACT terdiri dari

lima item yang menilai tentang gangguan aktivitas, sesak napas, gejala nokturnal, penggunaan obat penolong, dan penilaian diri tentang kontrol asma. ACT ini dikembangkan oleh Nathan dan teman-temannya pada tahun 2004 dan merupakan merek dagang dari perusahaan Amerika Serikat, *Quality Metric* dan telah tervalidasi sehingga dapat diandalkan dalam menilai kontrol asma. Skor dalam kuesioner ACT berada dalam rentang 5-25 dengan skor yang lebih tinggi mencerminkan kontrol asma yang lebih baik (Johnbull *et. al*, 2014). ACT dapat digunakan untuk menilai kontrol asma pada pasien yang berusia minimal 12 tahun. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan dua kategori tingkat kontrol asma yaitu kategori tidak terkontrol dengan total skor ACT  $\leq 19$  dan kategori terkontrol dengan total skor ACT  $> 19$  seperti pada penelitian sebelumnya oleh Edisworo (2009) dan Atmoko (2009).

### **2.3 Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kontrol Asma**

Menurut Nguyen (2011), terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan tingkat kontrol pasien asma antara lain :

a. Jaminan kesehatan

Kesulitan akses pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi karena biaya kesehatan yang mahal. Peningkatan biaya kesehatan diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*, dan kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan perlu terjamin, oleh karena itu pemerintah mengeluarkan kebijakan tentang program jaminan kesehatan (Efendi & Makhfudli, 2009:41).

Penelitian dilakukan oleh Departemen Kesehatan Utah tentang status sosial ekonomi populasi penderita asma yang dikaitkan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan morbiditas asma. Indikator dasar status sosial ekonomi antara lain pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan, dan jaminan kesehatan. Ketiadaan jaminan kesehatan terkait dengan hambatan pengobatan asma. Hampir setengah dari penderita asma dewasa yang tidak tercakup jaminan kesehatan, tidak

mampu ke dokter atau membeli obat asma yang diperlukan karena biaya. Penderita asma dewasa yang melaporkan mengalami hambatan biaya untuk membeli obat asma selama dua belas bulan terakhir berisiko tiga kali atau lebih mengalami serangan asma dibandingkan dengan penderita asma dewasa yang tidak mengalami hambatan biaya untuk membeli obat asma.

b. Pemeriksaan rutin asma

Menurut *National Heart, Lung, and Blood Institute*, asma merupakan penyakit yang sangat bervariasi karena dapat berubah seiring berjalannya waktu, perubahan musim, dan berbeda dari orang ke orang. Respon terhadap terapi asma juga dapat bervariasi maka tindak lanjut pengendalian asma secara berkala melalui kunjungan klinis sangat penting untuk meningkatkan terapi (meningkatkan dosis obat, jumlah obat, dan frekuensi penggunaan obat) yang diperlukan atau penurunan terapi bila memungkinkan untuk meminimalkan pengobatan yang diperlukan sehingga dapat mempertahankan kontrol asma. Pasien yang menderita asma harus dijadwalkan untuk kunjungan tindak lanjut secara berkala untuk menilai kontrol asma dan mengubah pengobatan jika diperlukan. Selang waktu untuk kunjungan tindak lanjut dapat bervariasi berdasarkan tingkat kontrol asma serta tingkat pengobatan yang dibutuhkan. Frekuensi pemantauan merupakan masalah penilaian klinis. Hal ini akan bervariasi tergantung pada beberapa faktor, termasuk tingkat kontrol asma.

Berdasarkan penelitian Soriano *et. al* (2003:806), pasien asma dewasa dengan kontrol yang buruk memiliki frekuensi yang lebih banyak dalam melakukan kunjungan dokter dibandingkan dengan pasien asma dewasa dengan kontrol asma yang baik. Banyak pasien dengan kontrol asma yang buruk dijadwalkan melakukan kunjungan tindak lanjut (*follow up*) dibandingkan dengan pasien asma yang memiliki kontrol yang lebih baik. Alasan utama kunjungan pasien dengan kontrol asma yang buruk adalah adanya perubahan gejala atau keinginan adanya perubahan dalam pengobatan. Frekuensi kunjungan dokter tidak berarti kontrol asma yang baik karena pasien dengan kontrol asma yang buruk memiliki frekuensi kunjungan dokter lebih sering.

c. Kunjungan Unit Gawat Darurat (UGD) atau rawat inap

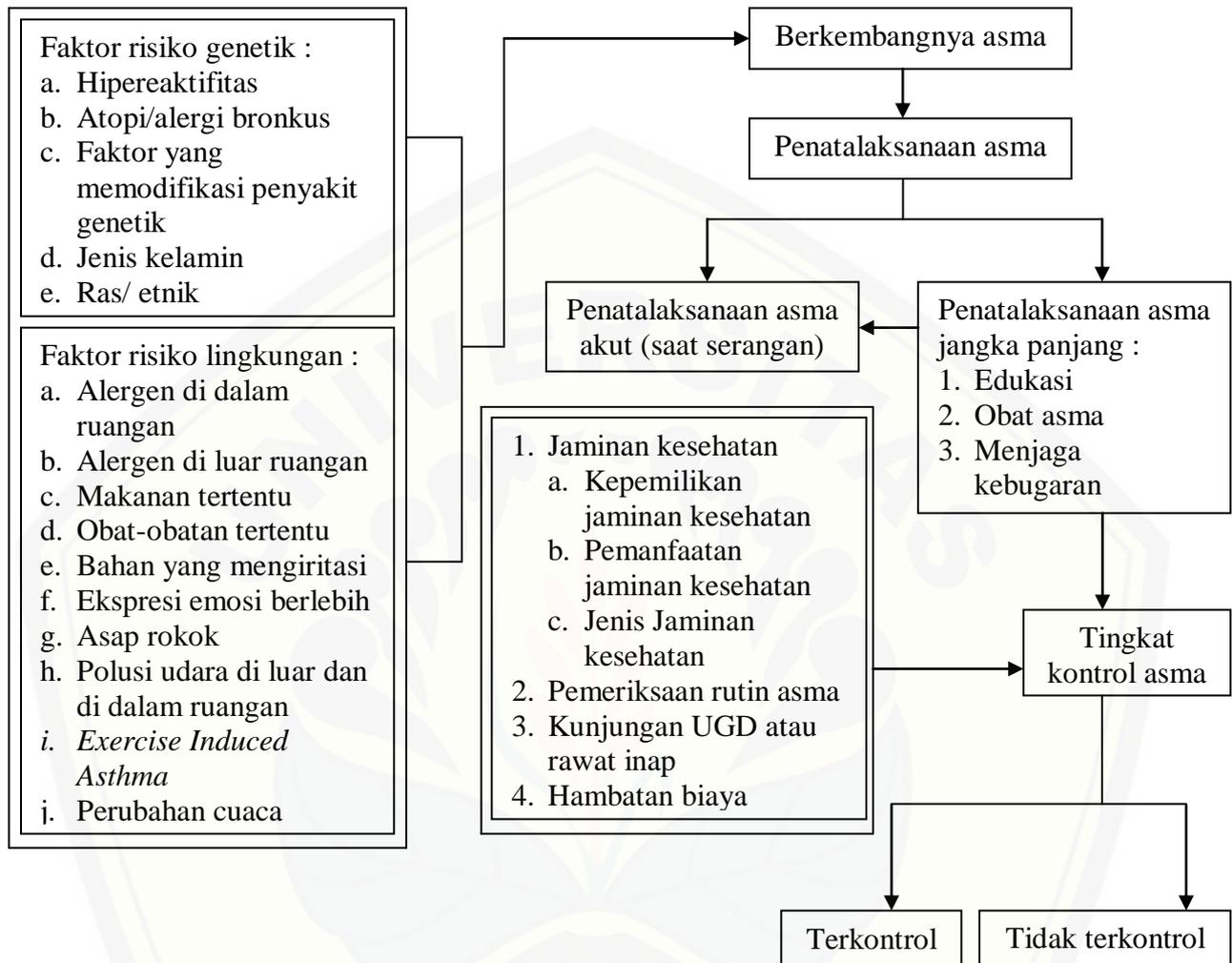
Kunjungan ke unit gawat darurat dan menjalani rawat inap karena asma memberikan gambaran yang penting dalam surveilans kesehatan masyarakat. Kunjungan tersebut dapat digunakan untuk menentukan keparahan asma pada populasi tertentu dan wilayah geografis serta dapat membantu dalam upaya pencegahan dan intervensi. Kunjungan ke unit gawat darurat sebagian besar dapat dicegah dengan kunjungan pemeriksaan kesehatan rutin ke fasilitas kesehatan primer atau spesialis, penggunaan obat yang tepat serta mengetahui dan mengurangi faktor pemicu asma. Penghitungan terhadap jumlah pasien rawat inap karena asma dapat digunakan untuk memperkirakan jumlah biaya medis yang diperlukan. Besarnya biaya medis dapat menunjukkan pengelolaan asma yang buruk (*Wisconsin Department of Health Services, 2013:43*).

Desalu *et. al* (2013:132) dalam penelitiannya menganalisis bahwa frekuensi peningkatan gejala asma harian dan gejala asma pada malam hari menunjukkan hubungan yang kuat dengan kunjungan unit gawat darurat dan menjalani rawat inap. Peningkatan gejala asma sering menandakan tingkat keparahan penyakit, penurunan tingkat kontrol asma, menyebabkan eksaserbasi akut dan tanda peringatan untuk segera mendapatkan pengobatan sehingga dapat mencapai kontrol optimal.

d. Hambatan biaya

Kunjungan ke dokter di layanan kesehatan primer atau spesialis asma serta kemampuan untuk membeli resep obat asma sangat penting untuk perawatan dan manajemen asma. Hambatan biaya dalam memperoleh layanan ini dapat menyebabkan kurangnya keberlanjutan dan keterlambatan untuk memperoleh perawatan medis yang diperlukan sehingga berkontribusi terjadinya peningkatan kunjungan unit gawat darurat dan menjalani rawat inap (CDC, 2013:9). Berdasarkan penelitian Nguyen *et.al* (2011:6), menunjukkan bahwa hambatan biaya untuk memeriksakan diri ke dokter atau hambatan biaya untuk mendapatkan obat asma secara signifikan memungkinkan penderita asma untuk memiliki kontrol asma yang buruk.

## 2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Modifikasi dari konsep Jeanette (2006); Kepmenkes (2008); dan Nguyen (2011)

## 2.5 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori, peneliti bermaksud menggambarkan tingkat kontrol pasien asma sebagai variabel terikat dengan variabel bebas tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan yang terdiri dari jaminan kesehatan, pemeriksaan rutin asma, kunjungan UGD dan rawat inap, dan hambatan biaya. Kerangka konsep digambarkan sebagai berikut :



Keterangan :

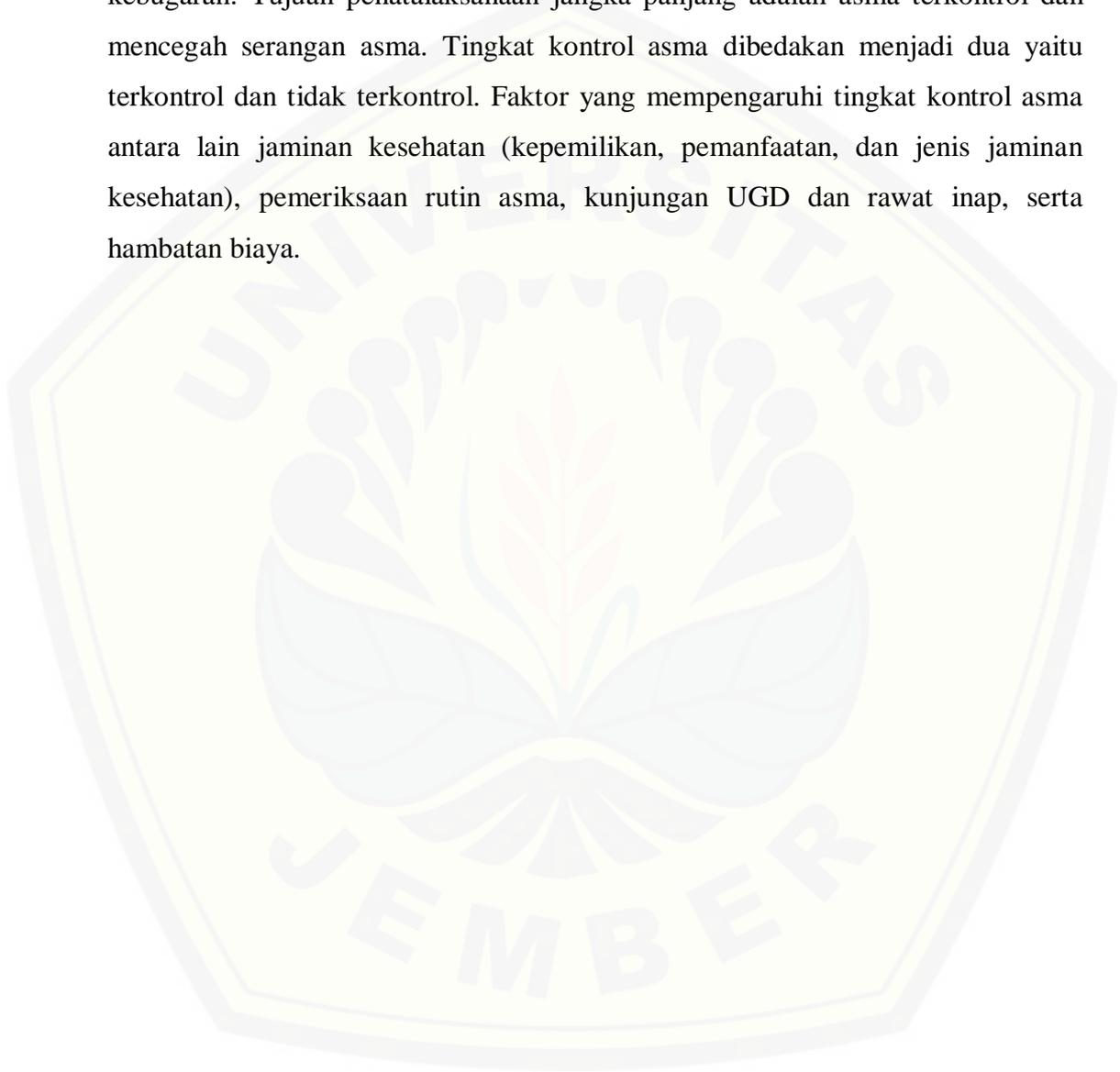
: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

**Penjelasan Kerangka Konsep**

Penatalaksanaan asma diklasifikasikan menjadi dua yaitu penatalaksanaan asma akut (saat serangan) dan penatalaksanaan asma jangka panjang. Prinsip penatalaksanaan jangka panjang meliputi edukasi, obat asma, dan menjaga kebugaran. Tujuan penatalaksanaan jangka panjang adalah asma terkontrol dan mencegah serangan asma. Tingkat kontrol asma dibedakan menjadi dua yaitu terkontrol dan tidak terkontrol. Faktor yang mempengaruhi tingkat kontrol asma antara lain jaminan kesehatan (kepemilikan, pemanfaatan, dan jenis jaminan kesehatan), pemeriksaan rutin asma, kunjungan UGD dan rawat inap, serta hambatan biaya.



## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Peneliti dalam penelitian deskriptif hanya melakukan deskripsi mengenai fenomena yang ditemukan. Hasil pengukuran disajikan secara berkelompok tergantung pada sifat topik yang diteliti, namun tidak dilakukan analisis penyebab fenomena tersebut terjadi (Sastroasmoro & Ismael, 2014:108). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui tingkat kontrol pada pasien asma rawat jalan di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember.

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Pelaksanaan penelitian berada di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember. Waktu penelitian dilaksanakan mulai tanggal 20 November–11 Desember 2015.

### 3.3 Penentuan Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:89). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien asma berusia minimal 14 tahun yang memeriksakan diri di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember.

#### 3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2014:90). Pengambilan sampel dilakukan secara *judgmental* oleh peneliti sejumlah 90 pasien. Jumlah sampel tersebut diambil berdasarkan rata-rata pasien asma yang berkunjung ke Poli Spesialis Paru B per hari sebanyak 6 pasien dengan perkiraan waktu penelitian selama 15 hari. Rata-rata jumlah pasien asma per hari diperoleh dengan perhitungan sebagai berikut:

Rata-rata :  $\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien asma selama bulan Januari-Juni 2015}}{\text{Jumlah hari kerja bulan Januari-Juni 2015}}$

:  $\frac{790}{152}$

: 5,197

: 5,2  $\approx$  6 pasien

Pengambilan subyek penelitian dilaksanakan berdasarkan populasi dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan oleh peneliti antara lain sebagai berikut :

#### 1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Responden yang berusia minimal 14 tahun.
- b. Didiagnosis dokter menderita asma tanpa disertai penyakit lain.

#### 2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah pasien asma dengan penyakit penyerta.

### 3.3.3 Teknik Pengambilan Subjek Penelitian

Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *accidental sampling*. Pengambilan sampel secara *accidental* ini dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat atau sesuai dengan konteks penelitian (Notoatmodjo, 2012:123).

## 3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

### 3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2013:64). Variabel dalam penelitian ini adalah jaminan kesehatan, pemeriksaan rutin asma,

kunjungan Unit Gawat Darurat (UGD) atau rawat inap, serta hambatan biaya. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat kontrol pada pasien asma.

### 3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud atau tentang hal yang diukur oleh variabel yang bersangkutan. Definisi operasional penting dan diperlukan agar pengukuran variabel konsisten antara responden yang satu dengan responden yang lain (Notoatmodjo, 2012:111). Definisi operasional variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Identifikasi, dan Skala

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/ Kategori	Skala
1.	a. Asma terkontrol	Asma yang ditandai dengan tidak ada gejala harian ( $\leq 2x$ /minggu), tidak ada pembatasan aktivitas, tidak ada gangguan tidur pada malam hari, tidak membutuhkan pelega ( $\leq 2x$ /minggu), fungsi paru (PEF/VEP1) normal, dan tidak terjadi eksaserbasi.	Wawancara dengan kuesioner <i>Asthma Control Test</i> (ACT)	Kategori asma terkontrol jika total skor $> 19$	Nominal
	b. Asma tidak terkontrol	Asma yang ditandai dengan terbangun pada malam hari karena gejala-gejala asma, menjalani kunjungan ke gawat darurat atau ke dokter karena serangan akut, serta adanya peningkatan kebutuhan obat pelega.	Wawancara dengan kuesioner <i>Asthma Control Test</i> (ACT)	Kategori asma tidak terkontrol jika total skor $\leq 19$	Nominal
2.	Jaminan Kesehatan a. Kepemilikan Jaminan kesehatan	Responden memiliki jaminan kesehatan saat dilakukan wawancara	Wawancara dengan kuesioner	Jaminan kesehatan dikategorikan menjadi 2 yaitu : 0= Tidak, jika responden tidak memiliki jaminan kesehatan 1= Ya, jika responden memiliki jaminan kesehatan	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/ Kategori	Skala
	b. Pemanfaatan jaminan kesehatan	Responden memanfaatkan jaminan kesehatan untuk pemeriksaan rutin atau rawat inap karena asma	Wawancara dengan kuesioner	Pemanfaatan jaminan kesehatan dikategorikan menjadi 2 yaitu : 0= Tidak, jika responden tidak memanfaatkan jaminan kesehatan untuk pemeriksaan rutin atau rawat inap karena asma 1= Ya, jika responden memanfaatkan jaminan kesehatan untuk pemeriksaan rutin atau rawat inap karena asma	Nominal
	c. Jenis jaminan kesehatan	Jenis jaminan kesehatan yang digunakan responden saat periksa, berobat, maupun rawat inap.	Wawancara dengan kuesioner	Jenis jaminan kesehatan dibedakan menjadi 3 yaitu : a. BPJS PBI b. BPJS non PBI c. Lainnya	Nominal
3.	Pemeriksaan rutin asma	Frekuensi responden mengunjungi dokter praktek swasta, Puskesmas, Rumah Sakit Daerah, Rumah Sakit Swasta atau Rumah Sakit Paru selama enam bulan terakhir untuk pemeriksaan rutin asma.	Wawancara dengan kuesioner	Berdasarkan PDPI (2004), pemeriksaan berkala perlu dilakukan minimal sekali setiap 1-6 bulan, oleh karena itu pemeriksaan asma dalam penelitian ini dikategorikan : a. Tidak pernah b. 1 kali c. 2 kali d. Lebih dari 2 kali	Ordinal
4.	Kunjungan Unit Gawat Darurat atau rawat inap	Responden pernah mengunjungi Unit Gawat Darurat ( <i>One Day Care</i> ) atau menjalani rawat inap selama satu tahun terakhir karena asma.	Wawancara dengan kuesioner	Kunjungan Unit Gawat Darurat atau rawat inap dikategorikan : a. 1 kali b. 2 kali c. Lebih dari 2 kali	Ordinal
5.	Hambatan biaya	Persepsi responden tentang ketidakmampuan untuk membayar biaya transportasi ke fasyankes, membayar pemeriksaan rutin asma, membeli obat asma, atau membayar biaya rawat inap karena asma.	Wawancara dengan kuesioner	Hambatan biaya dikategorikan menjadi 2 yaitu : 0= Tidak, jika responden tidak memiliki hambatan biaya transportasi ke fasyankes, biaya pemeriksaan rutin asma, biaya membeli obat asma, atau biaya rawat inap karena asma.	Nominal

---

1= Ya, jika responden memiliki satu atau lebih hambatan biaya antara lain hambatan biaya transportasi ke fasyankes, biaya pemeriksaan rutin asma, biaya membeli obat asma, atau biaya rawat inap karena asma.

---

### 3.5 Data dan Sumber Data Penelitian

#### 3.5.1 Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang didapat dari sumber utama, individu atau perseorangan. Data primer didapatkan melalui beberapa cara yaitu angket, wawancara, jajak pendapat, dan lain-lain (Nazir, 2009). Data primer yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara yang meliputi data kepemilikan jaminan kesehatan, pemeriksaan rutin asma, kunjungan Unit Gawat Darurat atau rawat inap, hambatan biaya, serta tingkat kontrol pada pasien asma.

Data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung baik dari buku literatur, arsip-arsip dan dokumen-dokumen yang dimiliki oleh instansi bersangkutan atau media lain. Data sekunder dalam penelitian ini berupa data laporan pasien asma yang memeriksakan diri ke Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember periode tahun 2013, 2014, dan bulan Januari-Juni 2015.

#### 3.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, diantaranya :

##### a. Wawancara

Menurut Sugiono (2013:188), wawancara merupakan teknik pengumpulan data dengan cara pewawancara dalam mengumpulkan data mengajukan suatu pertanyaan kepada yang diwawancarai. Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai panduan wawancara langsung kepada responden untuk memperoleh data-data mengenai kepemilikan jaminan kesehatan, pemeriksaan rutin asma,

kunjungan Unit Gawat Darurat atau rawat inap, hambatan biaya, serta tingkat kontrol asma pada responden.

b. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah metode mencari data untuk mengetahui hal-hal atau variabel penelitian. Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data laporan pasien asma yang memeriksakan diri ke Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember periode tahun 2013, 2014, dan bulan Januari-Juni 2015.

### 3.5.3 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian digunakan untuk mengukur nilai variabel yang diteliti. Jumlah instrumen yang akan digunakan untuk penelitian tergantung pada jumlah variabel yang diteliti. Instrumen penelitian sudah ada yang dibakukan, tetapi masih ada yang harus dibuat peneliti sendiri (Sugiono, 2013:148). Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan panduan wawancara berupa kuesioner. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari lima bagian yaitu bagian I tentang *Asthma Control Test /ACT* (Nathan *et al.*, 2004), bagian II tentang jaminan kesehatan, bagian III tentang pemeriksaan rutin asma, bagian IV tentang kunjungan Unit Gawat Darurat atau rawat inap, dan bagian V tentang hambatan biaya.

## 3.6 Teknik Pengolahan Data

Menurut Bungin (2005:165), untuk mempermudah analisis, sebelum data disajikan perlu dilakukan hal sebagai berikut :

a. Memeriksa Data (*editing*)

Pemeriksaan data adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti selesai menghimpun data di lapangan. Data yang telah diperoleh diperiksa kembali oleh peneliti sebelum data diolah untuk memastikan bahwa tidak terdapat hal-hal yang salah atau masih meragukan serta untuk menilai kelengkapan data yang telah terkumpul sehingga kualitas data dapat dijaga dan menghilangkan keraguan data.

b. Mengkodekan Data (*Coding*)

Setelah tahap editing selesai dilakukan maka selanjutnya adalah mengklasifikasikan data dengan memberi identitas sehingga memiliki arti tertentu saat dianalisis. Langkah ini dilakukan untuk memudahkan dalam proses analisis data. Jawaban yang telah dihimpun akan diberi kode dengan memberi angka pada setiap pilihan jawaban.

c. Membuat Tabulasi Data (*tabulating*)

Tabulasi adalah memasukkan data pada tabel-tabel tertentu, mengatur angka-angka, dan menghitungnya. Data yang terkumpulkan kemudian dimasukkan ke dalam tabel-tabel sesuai dengan variabel yang diteliti.

### **3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data**

#### **3.7.1 Teknik Penyajian Data**

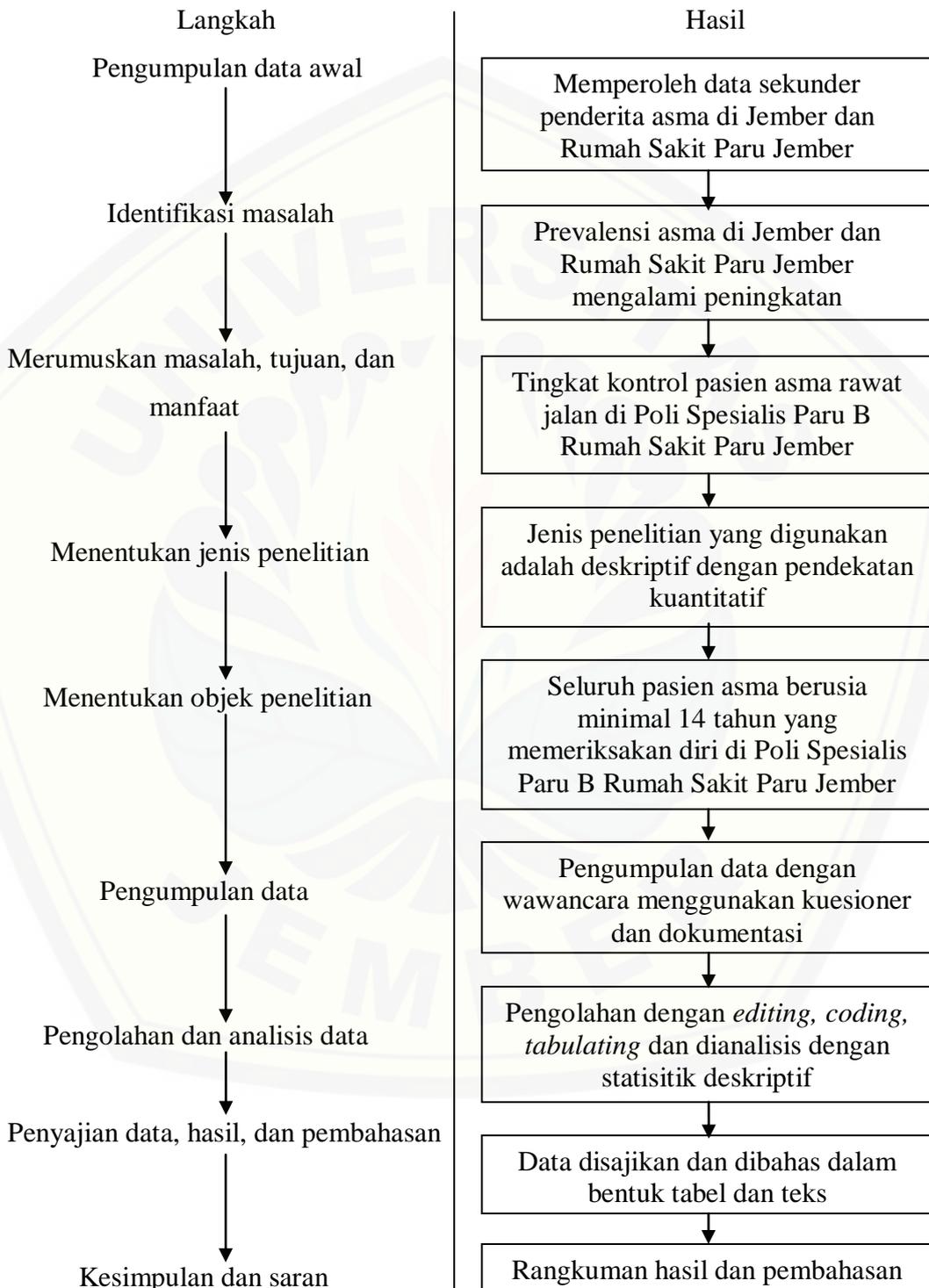
Penyajian data adalah kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian agar laporan dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian. Cara penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk. Umumnya penyajian data dikelompokkan menjadi tiga, yakni penyajian dalam bentuk teks (*textular*), penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafik. Penyajian data dalam penelitian ini secara teks (*textular*) dan tabel.

#### **3.7.2 Analisis Data**

Analisis data merupakan kegiatan setelah data dari seluruh responden atau sumber data lain terkumpul. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan statistik deskriptif. Menurut Sugiyono (2013:199), statistik deskriptif digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi.

### 3.8 Alur Penelitian

Urutan langkah-langkah penelitian dan hasil dari masing-masing langkah diuraikan dalam diagram berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Operasional

## BAB. 5 PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian tentang tingkat kontrol pasien asma di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Sebagian besar responden asmanya tidak terkontrol.
2. Berdasarkan jaminan kesehatan :
  - a. Sebagian besar responden :
    - 1) Memiliki jaminan kesehatan berupa BPJS bukan PBI.
    - 2) Menggunakan jaminan kesehatan untuk periksa ke dokter.
    - 3) Tidak pernah memanfaatkan jaminan kesehatan untuk rawat inap.
    - 4) Tidak mengalami kesulitan untuk mengurus BPJS.
    - 5) Tidak periksa di fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS.
  - b. Semua responden merasa bahwa BPJS meringankan biaya yang perlu dikeluarkan.
3. Fasilitas pelayanan kesehatan yang paling sering dikunjungi untuk pemeriksaan asma adalah Rumah Sakit Paru Jember. Sebagian besar responden pernah memeriksakan diri lebih dari dua kali ke Rumah Sakit Paru Jember.
4. Berdasarkan kunjungan Unit Gawat Darurat (UGD) atau rawat inap :
  - a. Sepertiga responden pernah :
    - 1) Mengalami serangan asma pada malam/dini hari dan mencari pertolongan ke UGD .
    - 2) Menjalani rawat inap karena asma.
  - b. Sebagian besar responden :
    - 1) Pernah menjalani rawat inap sebanyak satu kali.
    - 2) Lama rawat inap selama 2-4 hari.
    - 3) Rawat inap di Rumah Sakit Paru Jember.
  - c. Sepertiga dari jumlah responden yang rawat inap pernah dirujuk dari puskesmas ke rumah sakit.

5. Berdasarkan hambatan biaya :
  - a. Sebagian besar responden :
    - 1) Tidak memiliki hambatan biaya bagi yang mempunyai jaminan kesehatan.
    - 2) Memiliki hambatan biaya bagi yang tidak mempunyai jaminan kesehatan.
    - 3) Berpersepsi bahwa perawatan asma memerlukan biaya besar.
    - 4) Tidak memiliki hambatan biaya untuk pemeriksaan maupun rawat inap, transportasi, dan tidak pernah menunda pengobatan asmanya.
    - 5) Memiliki hambatan biaya untuk membeli obat asma dan pernah tidak membeli seluruh obat yang diresepkan oleh dokter.
  - b. Semua responden yang punya hambatan biaya,tidak memiliki anggaran khusus.

## 5.2 Saran

1. Bagi Rumah Sakit Paru Jember
  - a. Memberikan pengarahan kepada pasien asma untuk periksa secara berkala minimal sekali dalam rentang waktu 1-6 bulan.
  - b. Memberikan pengarahan kepada pasien yang belum memiliki jaminan kesehatan untuk mengurusnya.
  - c. Menambah jumlah pamflet edukasi tentang asma yang berisi mengenai gejala, faktor risiko,dan pencegahan asma.
2. Bagi Penelitian Selanjutnya

Perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai karakteristik dan pengetahuan penderita asma yang dikaitkan dengan tingkat kontrol asma.

**DAFTAR PUSTAKA**

- American Lung Association. 2010. *State of Lung Disease in Diverse Communities* [serial online] [http://www.lung.org/assets/documents/publications/solddc\\_chapters/asthma.pdf](http://www.lung.org/assets/documents/publications/solddc_chapters/asthma.pdf). [12 Mei 2015].
- Agil, Prayogi. 2012. *Hubungan antara Paparan Asap Rokok dan Frekuensi Terjadinya Eksaserbasi Asma pada Pasien Asma yang Berobat Ke RSUD Dr Soedarso*. Naskah Publikasi. Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura.
- Anriyani, Desi., Jemadi, & Rasmaliah. 2012. *Karakteristik Penderita Asma Bronkial Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Langsa Tahun 2009-2012*. Artikel Ilmiah Mahasiswa. Medan : Program Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Peminatan Epidemiologi Universitas Sumatera Utara.
- Atmoko, Widi. 2009. *Hubungan Usia, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, dan Indeks Masa Tubuh dengan Tingkat Kontrol Asma di Poliklinik Asma Rumah Sakit Persahabatan*. Skripsi. Jakarta: Program Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- CDC. 2013. *Asthma Facts: CDC's National Asthma Control Program Grantees*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Dalcin, P.T.R., D.M. Manegotto, A. Zanonato, L. Franciscatto, F. Soliman, M. Figueredo, dan R.P. Pereira. 2009. Factors Associated with Uncontrolled Asthma in Porto Alegre, Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research Volume 42 (11) 993-118 November 2009*. [serial online] <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/21242/000722207.pdf?sequence=1>. [11 Mei 2015].
- Denning, D.W., B.R. O'Driscoll, C.M. Hogaboam, P. Bowyer dan R.M. Niven. 2006. Review : The Link Between Fungi and Severe Asthma : A Summary of The Evidence. *European Respiratory Journal Volume 27 No 3* [serial online] <http://www.ersj.org.uk/content/27/3/615.full.pdf>. [12 Mei 2015].
- Depkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Indonesia 2013*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Depkes RI. 2009. *Pedoman Pengendalian Penyakit Asma*. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

- Depkes RI. 2007. *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. 2007. *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Asma*. Jakarta : Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Darmanto, Djodibroto. 2007. *Respirologi*. Jakarta : EGC.
- Desalu,O.O., Joseph O.F., Adekunle O.A., dan Adebowale O.A. 2013. Risk Factors for Asthma Hospitalization and Emergency Department Visit in Nigeria: The Role of Symptoms Frequency and Drug Utilization. *Indian Journal of Allergy, Asthma and Immunology Jul-Dec 2013, Volume 27, Issue 2* [serial online] [http://www.ijaaai.in/temp/IndianJAllergyAsthmaImmuno1272129-7164278\\_195402.pdf](http://www.ijaaai.in/temp/IndianJAllergyAsthmaImmuno1272129-7164278_195402.pdf). [11 Mei 2015].
- Doz, M., Christos C., Laure C., Eduardo C., Max B., Julien R., Laurent D., Celine P., Alicia H., and Bruno D. 2013. The Association between Asthma Control, Health Care Costs, and Quality of Life in France and Spain. *BMC Pulmonary Medicine 2013 13:15* <http://bmcpulmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2466-13-15> [10 Januari 2016].
- Edisworo,Masbimoro Waliyy. 2009. *Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Umum Asma dengan Tingkat Kontrol Asma di Poliklinik Asma Rumah Sakit Persahabatan Jakarta*. Skripsi. Jakarta : Program Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Efendi, Ferry & Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktek dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Ekarini, Ni Luh Putu. 2012. *Analisis Faktor –Faktor Pemicu Dominan Terjadinya Serangan Asma pada Pasien Asma*. Tesis. Depok : Fakultas Ilmu Keperawatan Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia.
- Global Asthma Network. 2014. *The Global Asthma Report 2014*. Auckland,New Zealand : Global Asthma Network.
- Global Initiative For Asthma. 2006. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. [serial online] [http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA\\_Report\\_072007\\_1.pdf](http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_072007_1.pdf). [7 Juni 2015].
- Gold, L.S., Nancy S., Felicia C.A., Robert A.N., Sean D.S. 2012. Associations of Patient Outcomes with Level of Asthma Control. *Annual Allergy Asthma Immunology 109 (2012) 260–265* [serial online] [https://www.researchgate.net/profile/Laura\\_Gold/publication/231178015\\_A](https://www.researchgate.net/profile/Laura_Gold/publication/231178015_A)

ssociations\_of\_patient\_outcomes\_with\_level\_of\_asthma\_control/links/0046352d815d5dac40000000.pdf [26 Januari 2016]

Gold, L.S., Kai Y., Nancy S., Felicia C.A., Robert A.N., Sean D.S. 2013. Asthma Control, Cost, and Race: Results from a National Survey. *Journal Of Asthma May 2013* [serial online] [https://www.researchgate.net/profile/Laura\\_Gold/publication/236613059\\_Asthma\\_Control\\_Cost\\_and\\_Race\\_Results\\_from\\_a\\_National\\_Survey/links/00b4952d815f642206000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Laura_Gold/publication/236613059_Asthma_Control_Cost_and_Race_Results_from_a_National_Survey/links/00b4952d815f642206000000.pdf) [26 Januari 2016]

Heguy, Lea. Michelle G.M., S. Goldberg, Marie R., Frederic G., dan Marie F.V. 2008. Associations Between Grass and Weed Pollen and Emergency Department Visits for Asthma Among Children in Montreal. *Environmental Research 106 (2008) 203–211* [serial online] [http://www.geotop.ca/pdf/garneauM/Heguy\\_et\\_al\\_ER\\_2008.pdf](http://www.geotop.ca/pdf/garneauM/Heguy_et_al_ER_2008.pdf). [9 Mei 2015].

Jeanette A. Stingone and Luz Claudio. 2006. Disparities in The Use of Urgent Health Care Services Among Asthmatic Children. *Ann Allergy Asthma Immunol.2006; 97:244–250* [serial online] [http://www.researchgate.net/publication/6850446\\_Disparities\\_in\\_the\\_use\\_of\\_urgent\\_health\\_care\\_services\\_among\\_asthmatic\\_children](http://www.researchgate.net/publication/6850446_Disparities_in_the_use_of_urgent_health_care_services_among_asthmatic_children) [31 Juli 2015]

Johnbull, J., B. O. Adeniyi, P. O. Ikuabe, dan G. E. Erhabor. 2014. The Asthma Control Test and Its Relationship with Lung Function Parameters. *African Journal of Respiratory Medicine Vol 9 No 1 March 2014* [serial online] [http://www.africanjournalofrespiratorymedicine.com/articles/march\\_2014/AJRM%20Mar%2014%20pp%2024-27.pdf](http://www.africanjournalofrespiratorymedicine.com/articles/march_2014/AJRM%20Mar%2014%20pp%2024-27.pdf). [20 Juni 2015].

*Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1023/MENKES/SK/XI/2008 Tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Asma.*

Lott, Sarah dan Jim Vallette. 2013. Full Disclosure Required: A Strategy to Prevent Asthma Through Building Product Selection. *Healthy Building Network* [serial online] <http://www.healthybuilding.net/uploads/files/full-disclosure-required-a-strategy-to-prevent-asthma-through-building-product-selection.pdf>. [9 Mei 2015].

Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta : Salemba Medika.

Nathan, R.A., Sorkness, C.A., Kosinski, M., Schatz, M., Li, JT., Marcus, P., Murray, JJ., dan Pendergraft, T.B. 2004. Development of The Asthma Control Test: A Survey for Assessing Asthma Control. *Journal Allergy Clinical Immunology 2004;113:59–65* [serial online]

[http://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(03\)02270-X/pdf](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(03)02270-X/pdf) [29 Oktober 2015]

National Heart, Lung, and Blood Institute. 2007. *Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma*. United States : National Institute of Health U.S. Department of Health and Human Service.

National Heart, Lung, and Blood Institute. 2013. *Follow-up Visits: Stay on Track* <https://www.nhlbi.nih.gov/healthpro/resources/lung/naci/discover/follow-up-visits.htm>. [10 Mei 2015].

Nazir, Moh. 2009. *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia.

Neighborhood Health Plan. 2013. *Asthma Control Test* [serial online] [https://www.nhp.org/provider/asthma/Survey\\_ACT\\_adult\\_EN.pdf](https://www.nhp.org/provider/asthma/Survey_ACT_adult_EN.pdf) [11 Mei 2015]

Nguyen, K., Hatice Z., Shahed I., Justin P., dan Eileen B. 2011. Factors Associated with Asthma Control among Adults in Five New England States, 2006–2007. *Journal of Asthma, Early Online*, 1–8, 2011 [serial online] [http://www.ct.gov/dph/lib/dph/hems/asthma/pdf/final\\_control\\_brfsa\\_asthma.pdf](http://www.ct.gov/dph/lib/dph/hems/asthma/pdf/final_control_brfsa_asthma.pdf). [7 Maret 2015]

Meng, Y., Susan H.B., Theresa A.H., Christina L. 2008. *Uncontrolled Asthma Means Missed Work and School, Emergency Department Visits for Many Californians* [serial online] <https://escholarship.org/uc/item/2xp0r5vf> [25 Januari 2016]

Meredith, M., Lutzker L., Flattery J. 2013. *Asthma in California : A Surveillance Report*. California Department of Public Health, Environmental Health Investigations Branch [serial online] [https://www.cdph.ca.gov/programs/ohsep/Documents/Asthma\\_in\\_California2013.pdf](https://www.cdph.ca.gov/programs/ohsep/Documents/Asthma_in_California2013.pdf) [8 Januari 2016]

PDPI. 2004. *Asma : Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan di Indonesia*. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia [serial online] <http://www.klikpdpi.com/konsensus/asma/asma.pdf>. [11 April 2015].

*Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1077/MENKES/PER/V/2011 Tentang Pedoman Penyehatan Udara Dalam Ruang Rumah.*

*Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.*

- Priyanto,H., Faisal Y., Wiwien H.W. 2011. Studi Perilaku Kontrol Asma pada Pasien yang Tidak Teratur di Rumah Sakit Persahabatan. *J Respir Indo Vol. 31, No. 3, Juli 2011* [serial online] <http://www.jurnalrespirologi.org/wpcontent/uploads/2012/03/jri-jul-2011-138-49.pdf> [10 Januari 2016]
- Purnomo, 2008. *Faktor Faktor Risiko yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Asma Bronkial Pada Anak*. Semarang : Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.
- Puspita, Ruliyantika Nanda. 2014. *Hubungan Kecemasan Terhadap Tingkat Kontrol Asma di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Surakarta*. Naskah Publikasi. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rengganis,Iris. 2008. Diagnosis dan Tatalaksana Asma Bronkial. *Majalah Kedokteran Indonesia Vol 58, No. 11, November 2008* [serial online] <http://indonesia.digitaljournals.org/index.php/idnmed/article/viewFile/608/597>. [19 April 2015].
- Sindo.2007. *Penyakit Asma, Kontrol Teratur, Cegah Kekambuhan* <http://lifestyle.okezone.com/read/2007/11/21/27/62506/penyakit-asma-kontrol-teratur-cegah-kekambuhan>. [8 Maret 2015]
- Simon, Thomsen. 2015. Genetics of Asthma: An Introduction for The Clinician. *European Clinical Respiratory Journal 2015, 2 : 24643* [serial online] [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=22&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjABOBQ&url=http%3A%2F%2Fwww.e-crj.net%2Findex.php%2Fecrj%2Farticle%2Fdownload%2F24643%2F37877&ei=Tb1NVe\\_ZGo3JuAS7yIGQDQ&usg=AFQjCNFssrJ4z9VjEqyWC4qiTQkvNszKRA&bvm=bv.92885102,d.c2E](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=22&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjABOBQ&url=http%3A%2F%2Fwww.e-crj.net%2Findex.php%2Fecrj%2Farticle%2Fdownload%2F24643%2F37877&ei=Tb1NVe_ZGo3JuAS7yIGQDQ&usg=AFQjCNFssrJ4z9VjEqyWC4qiTQkvNszKRA&bvm=bv.92885102,d.c2E). [14 Mei 2015].
- Soriano, J.B., Klaus F. R., dan Paul A.V. 2003. Predictors of Poor Asthma Control in European Adults. *Journal Of Asthma Vol.40, No.7, pp.803–813, 2003* [serial online] <https://www.lumc.nl/sub/1070/att/91028021319455/100317023051452.pdf>. [8 Mei 2015].
- Sugiono. 2013. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung : Alfabeta.
- Sundaru,Heru. 2007. *Asma : Apa dan Bagaimana Pengobatannya*. Jakarta : Gaya Baru.
- Syahira, Indra Y., dan Miftah A. 2015. Hubungan Tingkat Pengetahuan Asma dengan Tingkat Kontrol Asma di Poliklinik Paru RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. *JOM FK Volume 1 NO. 25 Maret 2015* [serial online]

<http://jom.unri.ac.id/index.php/JOMFDOK/article/viewFile/7203/6884> [25 Desember 2015].

Turktas, H., Dilsad M., Mehmet A.U., Kivilcim O. 2010. Determinants of Asthma Control in Tertiary Level in Turkey: A Cross-Sectional Multicenter Survey. *Journal of Asthma*, 47:557–562, 2010 [serial online] [https://www.researchgate.net/profile/Haluk\\_Tuerktas/publication/224963094\\_Determinants\\_of\\_asthma\\_control\\_in\\_tertiary\\_level\\_in\\_Turkey\\_a\\_cross-sectional\\_multicenter\\_survey/links/550acde00cf265693cedeaf6.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Haluk_Tuerktas/publication/224963094_Determinants_of_asthma_control_in_tertiary_level_in_Turkey_a_cross-sectional_multicenter_survey/links/550acde00cf265693cedeaf6.pdf) [23 Januari 2016]

Utah Department of Health. 2011. *Socioeconomic Status Report* [serial online] <http://www.health.utah.gov/asthma/pdfs/data/socioeconomic.pdf>. [8 Mei 2015].

Washington State Department of Health. 2013. *Asthma and Socioeconomic Status in Washington State* [serial online] <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/345-333> [22 januari 2016]

Watase, H., Yusuke H., Takuyo C., Carlos A.C. Jr, dan Kohei H. 2015. Multicentre Observational Study of Adults with Asthma Exacerbations : Who Are The Frequent Users of The Emergency Department In Japan ?. *BMJ Open* 2015 ; 5 : e007435 [serial online] <http://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e007435.full.pdf+html>. [6 Juni 2015].

Widura. Tanpa Tahun. *Patogenesis Asthma Bronchiale*. Bagian Mikrobiologi Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha [serial online] <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=72429&val=4914>. [12 Mei 2015].

Wisconsin Department of Health Services. 2013. *Burden of Asthma in Wisconsin 2013* [serial online] <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p4/p45055-2013.pdf>. [12 Mei 2015].

**LAMPIRAN A. Pengantar Kuesioner**



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN  
PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp (0331) 322955, 322996 Fax  
(0331) 337878 Jember 68121

Dengan hormat,

Dalam rangka menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM), penulis melaksanakan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kontrol pasien asma di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember.

Untuk mencapai tujuan tersebut, peneliti dengan hormat meminta kesediaan Anda untuk membantu dalam pengisian kuesioner yang peneliti ajukan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban serta identitas Anda akan dijamin oleh kode etik dalam penelitian. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan untuk penyusunan skripsi.

Peneliti mengucapkan terima kasih atas perhatian dan kesediaan Anda untuk mengisi kuesioner yang peneliti ajukan.

Jember,.....2015

Peneliti

(Rafika Respitasari)

**LAMPIRAN B. Lembar Persetujuan**



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN  
PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp (0331) 322955, 322996 Fax  
(0331) 337878 Jember 68121

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

Usia : .....

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subyek (responden) dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Rafika Respitasari

NIM : 112110101070

Judul : Tingkat Kontrol Pasien Asma di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember

Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan resiko atau dampak apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya diberi kesempatan menanyakan hal-hal yang belum jelas dan telah diberikan jawaban dengan jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subyek (responden) dalam penelitian ini.

Jember,.....2015

Responden

(.....)

LAMPIRAN C. Kuesioner Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN  
PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp (0331) 322955, 322996 Fax  
(0331) 337878 Jember 68121

Nomor Responden : .....

Tanggal Penelitian : .....

**DATA UMUM RESPONDEN**

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin : L/P

Pekerjaan : a. Tidak bekerja  
b. Karyawan  
c. Wiraswasta  
d. PNS  
e. Lainnya, sebutkan.....

Alamat :

No. Telp :

**I. TINGKAT KONTROL ASMA**

1. Dalam 4 minggu terakhir, berapa sering asma yang diderita mengganggu Anda untuk melakukan pekerjaan sehari-hari (di kantor, sekolah, atau di rumah) ?

1. Selalu
2. Sering
3. Kadang
4. Jarang
5. Tidak pernah

2. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa sering Anda mengalami sesak napas ?
  1. Lebih dari satu kali sehari
  2. Satu kali sehari
  3. 3-6 kali dalam seminggu
  4. 1-2 kali dalam seminggu
  5. Tidak pernah
3. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa sering gejala asma (mengi, batuk, sesak napas, nyeri dada, atau rasa tertekan di dada) menyebabkan Anda terbangun di malam hari atau lebih awal dari biasanya di pagi hari ?
  1. 4 kali atau lebih dalam seminggu
  2. 2-3 kali dalam seminggu
  3. Satu kali dalam seminggu
  4. 1-2 kali
  5. Tidak pernah
4. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa sering Anda menggunakan obat semprot asma atau obat tablet/sirup untuk melegakan pernapasan ?
  1. 3 kali atau lebih dalam sehari
  2. 1-2 kali dalam sehari
  3. 2-3 kali dalam seminggu
  4. 1 kali dalam seminggu atau kurang
  5. Tidak pernah
5. Bagaimana Anda menilai sendiri tingkat kontrol asma dalam 4 minggu terakhir ?
  1. Tidak terkontrol
  2. Kurang terkontrol
  3. Cukup terkontrol
  4. Terkontrol dengan baik
  5. Sangat terkontrol

**II. JAMINAN KESEHATAN**

6. Apakah Anda memiliki jaminan kesehatan ?
  - a. Ya
  - b. Tidak (lanjut bagian III)
7. Apa jenis jaminan kesehatan yang Anda miliki sekarang ?
  - a. BPJS PBI / Jamkesmas
  - b. BPJS non PBI
  - c. Lainnya.....
8. Apakah Anda menggunakan jaminan kesehatan saat memeriksakan diri ke dokter saat mengalami asma ?
  - a. Ya
  - b. Tidak
9. Apakah Anda pernah menjalani rawat inap karena asma ?
  - a. Ya
  - b. Tidak (lanjut ke nomor 11)
10. Apakah Anda menggunakan jaminan kesehatan ketika menjalani rawat inap karena asma ?
  - a. Ya
  - b. Tidak
11. Apakah Anda pernah merasa kesulitan untuk mengurus penggunaan jaminan kesehatan untuk perawatan asma ?
  - a. Ya, alasan :.....
  - b. Tidak
12. Apakah jaminan kesehatan meringankan biaya yang perlu anda keluarkan untuk pemeriksaan dan pengobatan asma ?
  - a. Ya
  - b. Tidak
13. Apakah anda pernah mengeluarkan biaya untuk perawatan asma karena anda memeriksakan diri dan menjalani pengobatan asma pada fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS ?
  - a. Ya, alasan :.....

- b. Tidak

### III. PEMERIKSAAN RUTIN ASMA

(Petunjuk : Periode enam bulan terakhir dimulai sejak bulan Mei-Oktober 2015)

14. Apakah Anda pernah mengunjungi dokter praktek swasta untuk melakukan pemeriksaan rutin asma ?
- a. Ya
  - b. Tidak (lanjut ke nomor 16)
15. Dalam enam bulan terakhir, berapa kali Anda mengunjungi dokter praktek swasta untuk melakukan pemeriksaan rutin asma ?
- a. 1 kali
  - b. 2 kali
  - c. Lebih dari 2 kali
16. Apakah Anda pernah mengunjungi Puskesmas untuk melakukan pemeriksaan rutin asma ?
- a. Ya
  - b. Tidak (lanjut ke nomor 18)
17. Dalam enam bulan terakhir, berapa kali Anda mengunjungi Puskesmas untuk melakukan pemeriksaan rutin asma ?
- a. 1 kali
  - b. 2 kali
  - c. Lebih dari 2 kali
18. Apakah Anda pernah mengunjungi Rumah Sakit Daerah untuk melakukan pemeriksaan rutin asma ?
- a. Ya
  - b. Tidak (lanjut ke nomor 20)
19. Dalam enam bulan terakhir, berapa kali Anda mengunjungi Rumah Sakit Daerah untuk melakukan pemeriksaan rutin asma ?
- a. 1 kali
  - b. 2 kali
  - c. Lebih dari 2 kali

20. Apakah Anda pernah mengunjungi Rumah Sakit Swasta untuk melakukan pemeriksaan rutin asma ?
- Ya
  - Tidak (lanjut nomor 22)
21. Dalam enam bulan terakhir, berapa kali Anda mengunjungi Rumah Sakit Swasta untuk melakukan pemeriksaan rutin asma ?
- 1 kali
  - 2 kali
  - Lebih dari 2 kali
22. Apakah Anda pernah mengunjungi Rumah Sakit Paru untuk melakukan pemeriksaan rutin asma ?
- Ya
  - Tidak
23. Dalam enam bulan terakhir, berapa kali Anda mengunjungi Rumah Sakit Paru untuk melakukan pemeriksaan rutin asma ?
- 1 kali
  - 2 kali
  - Lebih dari 2 kali

#### **IV. KUNJUNGAN UNIT GAWAT DARURAT DAN RAWAT INAP**

24. Dalam satu tahun terakhir, pernahkah anda mengalami serangan asma pada malam/dini hari dan segera mencari pertolongan ke Unit Gawat Darurat ?
- Ya
  - Tidak
25. Dalam satu tahun terakhir, pernahkah anda menjalani rawat inap karena asma ?
- Ya
  - Tidak (lanjut bagian V)

26. Dalam satu tahun terakhir, berapa kali anda menjalani rawat inap karena asma ?

- a. 1 kali (lanjut nomor 27.1)
- b. 2 kali (lanjut nomor 27.1 dan 27.2)
- c. Lebih dari 2 kali (lanjut nomor 27)

27. Berapa hari anda menjalani rawat inap karena asma ?

1. Rawat inap kesatu (.....hari)
2. Rawat inap kedua (.....hari)
3. Rawat inap ke..... (.....hari)

28. Dimana Anda menjalani rawat inap karena asma ?

1. Rawat inap kesatu :
  - a. Puskesmas
  - b. Rumah Sakit Daerah
  - c. Rumah Sakit Swasta
  - d. Rumah Sakit TNI/Polri
  - e. Rumah Sakit Paru
2. Rawat inap kedua :
  - a. Puskesmas
  - b. Rumah Sakit Daerah
  - c. Rumah Sakit Swasta
  - d. Rumah Sakit TNI/Polri
  - e. Rumah Sakit Paru
3. Rawat inap ke..... :
  - a. Puskesmas
  - b. Rumah Sakit Daerah
  - c. Rumah Sakit Swasta
  - d. Rumah Sakit TNI/Polri
  - e. Rumah Sakit Paru

29. Apakah Anda pernah dirujuk dari Puskesmas ke Rumah Sakit untuk menjalani rawat inap karena asma ?

- a. Ya
- b. Tidak

**V. HAMBATAN BIAYA**

- Keterangan :** a. *Pertanyaan nomor 30 untuk pasien yang memiliki jaminan kesehatan.*  
b. *Pertanyaan nomor 31 untuk pasien yang **tidak** memiliki jaminan kesehatan.*

30. Apakah terdapat hambatan biaya ketika asma yang Anda derita kambuh meskipun sudah memiliki jaminan kesehatan ?

- a. Ya, alasan : .....
- b. Tidak (lanjut nomor 41)

31. Apakah terdapat hambatan biaya ketika asma yang Anda derita kambuh ?

- a. Ya, alasan : .....
- b. Tidak (lanjut nomor 40)

32. Apakah asma yang Anda derita memerlukan biaya yang besar ?

- a. Ya
- b. Tidak

33. Apakah anda mempunyai anggaran khusus setiap kali mendapat serangan asma ?

- a. Ya
- b. Tidak (lanjut no 35)

34. Berapa besarnya anggaran khusus yang anda sediakan setiap kali mendapat serangan asma ?

**(Keterangan : kosongkan isian yang tidak memerlukan anggaran khusus)**

Rincian: a. Pemeriksaan Rp : .....

b. Membeli obat asma Rp : .....

c. Transportasi Rp : .....

d. Lainnya Rp : .....

35. Apakah Anda mengalami hambatan biaya untuk melakukan pemeriksaan rutin asma ?

- a. Ya
- b. Tidak

36. Apakah Anda mengalami hambatan biaya untuk membeli obat asma ?
- Ya
  - Tidak
37. Apakah Anda pernah tidak membeli seluruh obat yang diresepkan oleh dokter karena hambatan biaya ?
- Ya
  - Tidak
38. Apakah Anda mengalami hambatan biaya ketika memerlukan rawat inap di Puskesmas/Rumah Sakit ketika mengalami serangan asma ?
- Ya
  - Tidak
39. Pernahkah Anda menunda pengobatan ketika terjadi serangan asma yang mengakibatkan kondisi asma yang Anda derita semakin parah karena hambatan biaya ?
- Ya
  - Tidak
40. Berapa kisaran biaya yang perlu Anda keluarkan untuk mengatasi serangan asma dalam satu kali pemeriksaan ? Rp.....
41. Apakah anda mengalami hambatan biaya transportasi untuk menjangkau fasilitas kesehatan ketika mengalami serangan asma ?
- Ya
  - Tidak (selesai)
42. Berapa besarnya biaya transportasi yang Anda keluarkan untuk menjangkau fasilitas kesehatan setiap kali mengalami serangan asma ?  
Rp : .....

**Lampiran D. Dokumentasi Penelitian**



Gambar 1. Pengukuran Arus Puncak Ekspirasi Responden dengan *Peak Flow Meter*



Gambar 2. Wawancara dengan Responden

Lampiran E. Surat Ijin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

K e p a d a

Yth. Sdr. Direktur Rumah Sakit Paru Jember  
di -  
J E M B E R

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/1653/314/2015

Tentang

**PENELITIAN**

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember  
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 27 Oktober 2015 Nomor : 3677/UN25.1.12/SP/2015 perihal Ijin Penelitian.

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / NIM. : Rafika Respitasari 112110101070  
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember  
Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk penyusunan Skripsi dengan judul :  
"Tingkat Kontrol Pada Pasien Asma Rawat Jalan di Poli Paru B Rumah Sakit Paru Jember".  
Lokasi : Rumah Sakit Paru Jember  
Tanggal : 04-11-2015 s/d 04-01-2016

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terim a kasih.

Ditetapkan di : Jember  
Tanggal : 04-11-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN JEMBER  
Kabid Kajian Strategis & Politik



- Tembusan :  
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember  
2. Ybs.



## RUMAH SAKIT PARU JEMBER

JL. NUSA INDAH NO 28 JEMBER 68118JEMBER, EAST JAVAINONESIA  
TELP:+62331 421078,487255(HUNTING)FAX : :+62331 421078

### NOTA DINAS

Tanggal : 20 November 2015  
Nomor : 0155ND/LIT/XI/2015  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Permohonan Penyebaran Kuesioner Penelitian  
Kepada : Perawat Poli Sp. Paru B  
Dari : Koordinator Instalasi Litbang

Menindaklanjuti adanya Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat UNEJ atas nama :

NO	NAMA	NIM	TAHUN ANGKATAN
1.	Rafika Respitasari	112110101070	2011

yang akan melakukan permohonan penyebaran kuesioner penelitian dengan judul "Tingkat Kontrol pada Pasien Asma (Studi pada Pasien Rawat Jalan di Poli Spesialis paru B Rumah Sakit Paru Jember, maka kami mohon bantuan dari perawat poli Sp. Paru B untuk memberikan kesempatan dan ijin kepada mahasiswa tersebut untuk melaksanakan penyebaran kuesioner dimaksud.

Demikian informasi disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Jember, 20 November 2015  
Koordinator Instalasi Litbang

  
Andi Rachmad Hidayatullah, S.KM

Tembusan kepada:

1. Koord. Instalasi Rawat Jalan
2. Arsip