

**ASESMEN KEBUTUHAN INFORMASI UNTUK  
MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP  
ANAK ASMA DAN ORANG TUANYA**

**TUGAS AKHIR**

**AISYAH MAULINA ZJUBAIDI  
0606014383**



**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS PSIKOLOGI  
PROGRAM MAGISTER TERAPAN PSIKOLOGI KESEHATAN**

**DEPOK  
JULI 2008**

**ASESMEN KEBUTUHAN INFORMASI UNTUK  
MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP  
ANAK ASMA DAN ORANG TUANYA**

**TUGAS AKHIR**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Psikologi Terapan**

**AISYAH MAULINA ZJUBAIDI  
0606014383**



**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS PSIKOLOGI  
PROGRAM STUDI MAGISTER TERAPAN  
KEKHUSUSAN PSIKOLOGI KESEHATAN**


**DEPOK  
JULI 2008**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tugas Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri,  
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Aisyah Maulina Zjubaidi**

**NPM : 0606014383**

**Tanda Tangan : **

**Tanggal : 9 Juli 2008**

## HALAMAN PENGESAHAN

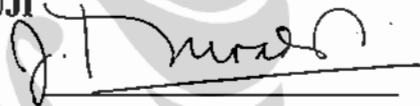
Tugas Akhir ini diajukan oleh

Nama : Aisyah Maulina Zjubaidi  
NPM : 0606014383  
Program Studi : Psikologi Kesehatan  
Judul Tugas Akhir : Asesmen Kebutuhan Informasi Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Anak Asma dan Orang Tuanya

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Psikologi Terapan pada Program Studi Magister Terapan Psikologi Kesehatan Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dr. Jeanette Murad



Penguji : Dra. Augustine S. Basri, M. Si.



Depok, 9 Juli 2008

Ketua Program Pascasarjana  
Fakultas Psikologi UI,



Dr. Siti Purwanti Brotowasisto  
NIP. 130525766

Dekan Fakultas Psikologi UI,



Dra. Dharmayati U. Lubis, MA, Ph.D  
NIP. 130540026

## KATA PENGANTAR

Bidang kesehatan saat ini makin membutuhkan ilmu psikologi kesehatan karena penanganan penyakit tidak hanya pada aspek fisik pasien saja, namun juga aspek kejiwaan dan sosial.

Tugas akhir ini disusun sebagai proses menyelesaikan masa belajar di Program Pascasarjana Psikologi Kesehatan Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini. Penulis menyadari berbagai pihak telah membantu selama masa perkuliahan hingga penyusunan tugas akhir ini. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dra. Dharmayati U. Lubis, MA, Ph.D. selaku Dekan Fakultas Psikologi UI dan dosen di program. Kuliah Ibu selalu menyenangkan dan membuka wawasan.
2. Dr. Siti Purwanti Brotowasisto (Ketua Program Pascasarjana), Dra. Augustine S. Basri, M.Si. (Koordinator Magister Terapan) dan Dr. Adriana S. Ginanjar (Koordinator Psikologi Kesehatan) yang telah membantu selama penulis belajar di program pascasarjana.
3. Prof. Dr. Jeanette Murad, selaku dosen pembimbing yang selain membimbing juga memberi tantangan untuk menjadi lebih baik, juga seorang guru besar dengan pribadi santun yang mencerminkan guru sejati.
4. Dra. Augustine S. Basri, M.Si. selaku penguji tugas akhir dan dosen. Kehadiran Ibu sudah pasti mengesankan bagi saya karena menjadi awal dan akhir kuliah saya di magister psikologi kesehatan. Kuliah pertama dengan Ibu di kelas matrikulasi dan diakhiri dengan penguji di sidang tugas akhir.
5. Kepala Divisi Respirologi Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI – RSCM, dr. Darmawan Budi Setyanto, Sp. A.(K) untuk masukannya dan para staf Klinik Suddhaprana RSCM yang banyak membantu penulis mendapat data pasien anak asma: mbak Yusni, mbak Ismi, mbak Novi, mas Heri.
6. Para responden penelitian, anak-anak asma dan orang tuanya, terima kasih telah membagi informasi untuk penelitian ini. Semoga hasil penelitian ini dapat ditindaklanjuti dan bermanfaat untuk anda semua.
7. Dr. Alex Papilaya, DTPH selaku Direktur YIMS dan teman-teman sekantor, Nur, Mas Taufik, Pak Adji, Pak Kujang, Ijal yang penuh pengertian selama saya kuliah dan menyusun tugas akhir.

8. Bapak Zubaidi dan Ibu Soerati, kedua orang tua yang membesarkanku, mencintaiku dan selalu mendoakanku; Suwardi Hagani, *my husband, my love, my partner, my soul mate, thank you for being by my side*; Mikail, Najib dan Rasyid, *my kids, my source of inspirations, all of you make me stronger...*
9. Teman-teman sekelas dan satu program Psikologi Kesehatan: Mbak Budi, Pipit, Pak Setia, Aziz...terima kasih telah bersama, kelas kita telah berakhir, tapi kelas baru dimulai di luar sana. Bu Dewi dan Bu Dokter Dewi para senior di program dan senior di kehidupan, *you cherished our class with your view and wisdom...* Teman-teman satu program terapan magister psikologi dan matrikulasi: yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terima kasih sudah sering berbagi info dan kesenangan.

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan saudara-saudara semua. Semoga tugas akhir ini membawa manfaat bagi anak asma dan pengembangan ilmu psikologi kesehatan.

Depok, 9 Juli 2008

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aisyah Maulina Zjubaidi  
NPM : 0606014383  
Program Studi : Magister Terapan Psikologi Kesehatan  
Fakultas : Psikologi  
Jenis karya : Tugas Akhir

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Asesmen Kebutuhan Informasi Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Anak Asma dan Orang Tuanya.

beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 9 Juli 2008

Yang menyatakan



(Aisyah Maulina Zjubaidi)

## ABSTRAK

**Nama** : Aisyah Maulina Zjubaidi  
**Program Studi** : Psikologi Kesehatan  
**Judul** : Asesmen Kebutuhan Informasi Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Anak Asma dan Orang Tuanya

Tugas akhir ini merupakan asesmen kebutuhan informasi pada anak asma usia 7-12 tahun dan orang tuanya untuk mendapatkan gambaran pengetahuan, kualitas hidup, kebutuhan dukungan informasi dan emosional, materi serta bentuk program edukasi. Asesmen ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Analisis menyimpulkan masih ada persepsi yang salah pada pengetahuan anak dan orang tua, sebagian besar mengalami gangguan kualitas hidup, sebagian besar anak ingin mendapat informasi namun sebagian kecil yang membutuhkan dukungan emosional. Sebagian besar orang tua ingin mendapat dukungan informasi dan emosional. Asesmen ditindaklanjuti menyusun rancangan program, menyarankan asesmen dilakukan di pelayanan kesehatan lain serta melakukan asesmen ulang setelah program dilaksanakan.

Kata kunci: anak asma, kualitas hidup, informasi, asesmen kebutuhan.



## ABSTRACT

**Nama** : Aisyah Maulina Zjubaidi  
**Program Studi** : Health Psychology  
**Judul** : Need Assessment of Information to Improve Quality of Life Asthmatic Children and Their Parents

This research was a need assessment of information among asthmatic children ranging 7-12 years old and their parents with objective to gain description of their knowledge about asthma and quality of life. Quantitative and qualitative approach was used in this assessment. Analysis concluded there were knowledge misperception among children and parents, most of them experienced problems in quality of life, most of the children wanted informational support, but only  $\leq 40\%$  children need emotional support. Most of parents need both informational and emotional support. The assessment followed up by designing a program, suggested replication of the assessment in other health care, and doing reassessment after the program was done.

**Keyword:** asthmatic children, quality of life, information, need assessment.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	vi
ABSTRAK .....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
<b>1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Pertanyaan Penelitian.....	5
1.3. Tujuan.....	6
1.4. Manfaat.....	7
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1. Penyakit Asma.....	8
2.1.1. Definisi Asma.....	8
2.1.2. Penyebab dan Pemicu Serangan.....	9
2.1.3. Penanganan Asma.....	10
2.1.3.1. Kerjasama Yang Baik Antara Pasien, Keluarga dan Dokter .....	10
2.1.3.2. Mengidentifikasi dan Mengurangi Terkena Faktor Risiko Pemicu Asma .....	11
2.1.3.3. Asesmen, Pengobatan dan Memonitor Kondisi Asma.....	12
2.1.3.4. Menangani Serangan ( <i>Exacerbation</i> ) .....	14
2.2. Kualitas Hidup Anak Asma dan Orang Tuanya.....	16
2.2.1. Definisi Kualitas Hidup .....	16
2.2.2. Kualitas Hidup Anak Asma.....	17
2.2.3. Kualitas Hidup Orang Tua Anak Asma.....	18
2.3. Dukungan Sosial.....	20
2.3.1. Definisi Dukungan Sosial.....	20

2.3.2. Bentuk Dukungan Sosial.....	20
2.3.3. Peran Dukungan Sosial.....	21
2.4. Perkembangan Anak Usia 7-12 Tahun.....	22
2.4.1. Perkembangan Kognitif.....	22
2.4.2. Perkembangan Psikososial.....	23
<b>3. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>26</b>
3.1. Desain Asesmen.....	26
3.2. Sampel.....	26
3.3. Kuesioner Yang Digunakan .....	27
3.3.1. Kuesioner Kualitas Hidup .....	27
3.3.2. Kuesioner Pengetahuan.....	29
3.3.3. Kuesioner Kebutuhan Dukungan Sosial.....	30
3.4. Pedoman Wawancara.....	30
3.5. Manajemen Penelitian.....	31
3.5.1. Persiapan.....	31
3.5.2. Pengumpulan Data.....	32
3.5.3. Pengolahan Data.....	32
3.5.4. Analisis Data.....	33
3.5.5. Tindak Lanjut.....	33
<b>4. ANALISIS HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>34</b>
4.1. Data Responden.....	34
4.2. Pengetahuan Anak .....	35
4.2.1. Pengertian Umum Asma.....	35
4.2.2. Pemicu .....	37
4.2.3. Gejala.....	38
4.2.4. Pencegahan.....	38
4.2.5. Serangan Asma dan Pengobatan.....	40
4.3. Kualitas Hidup Anak Asma.....	41
4.4. Kebutuhan Anak Asma Terhadap Dukungan Informasi dan Emosional.....	43
4.4.1. Dukungan Informasi.....	43
4.4.2. Dukungan Emosional.....	44
4.5. Pengetahuan Orang Tua.....	45
4.5.1. Pengertian Umum.....	46
4.5.2. Pemicu.....	47
4.5.3. Gejala.....	48
4.5.4. Pencegahan.....	48
4.5.5. Serangan Asma dan Pengobatan.....	49

4.6. Kualitas Hidup Orang Tua Anak Asma.....	50
4.7. Kebutuhan Orang Tua Anak Asma Terhadap Dukungan Informasi dan Emosional.....	53
4.7.1. Dukungan Informasi.....	53
4.7.2. Dukungan Emosional.....	54
4.8. Hubungan Skor Pengetahuan dan Kualitas Hidup Anak Asma dan Orang Tuanya.....	55
4.8.1. Hubungan Skor Pengetahuan Anak Asma dan Orang Tuanya.....	56
4.8.2. Hubungan Skor Kualitas Hidup Anak Asma dan Orang Tuanya.....	57
4.8.3. Hubungan Skor Pengetahuan Anak dengan Kualitas Hidup Anak.....	58
4.8.4. Hubungan Skor Pengetahuan Orang Tua dengan Kualitas Orang Tua.....	58
4.8.5. Hubungan Skor Pengetahuan Orang Tua dengan Kualitas Hidup Anak.....	59
4.9. Hasil Wawancara Dokter Spesialis Paru Anak.....	60
<b>5. KESIMPULAN, DISKUSI DAN SARAN.....</b>	<b>62</b>
5.1. Kesimpulan.....	62
5.2. Diskusi.....	63
5.2.1. Metode Penelitian .....	63
5.2.2. Kata “Pemicu” Diganti Dengan “Penyebab”.....	63
5.2.3. Keterbatasan Penelitian .....	63
5.3. Saran.....	65
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>66</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Perbandingan Kondisi Saluran Paru Sebelum dan Saat Serangan Asma.....	9
Gambar 2	Skema Dugaan Hubungan Antara Pengetahuan dan Kualitas Hidup Pada Anak Asma dan Orang Tuanya.....	60

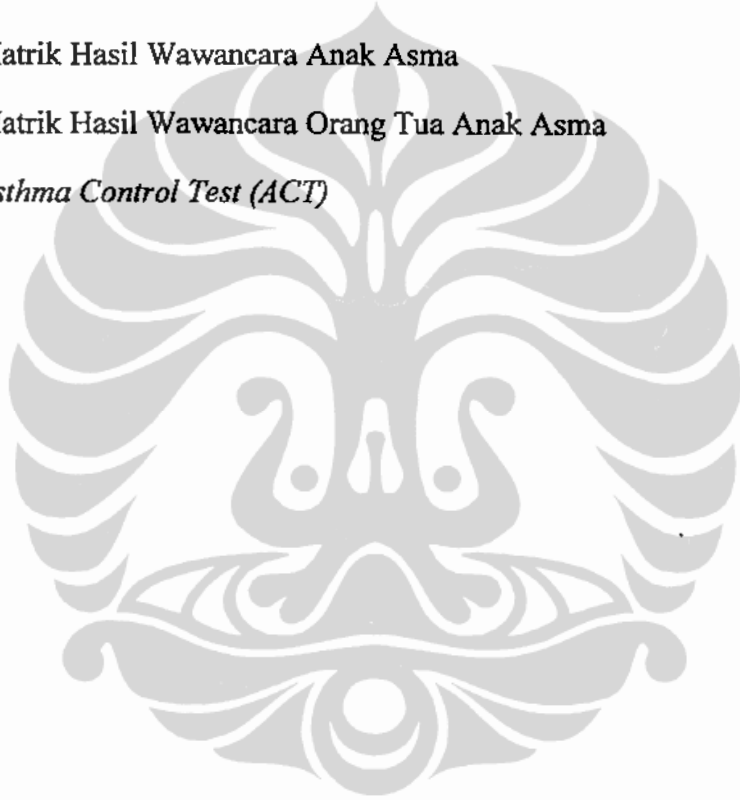


## DAFTAR TABEL

Tabel 1	Tingkat Kontrol Asma.....	12
Tabel 2	Klasifikasi Derajat Penyakit Asma Anak.....	13
Tabel 3	Penilaian Derajat Serangan Asma .....	15
Tabel 4	Data Pribadi Responden Anak dan Orang Tua .....	34
Tabel 5	Skor Pengetahuan Anak Berdasarkan Jumlah Jawaban Benar..	35
Tabel 6	Jumlah Jawaban Benar Pada Tiap Item Kuesioner Pengetahuan Anak.....	36
Tabel 7	Nilai Rerata Kualitas Hidup Anak Asma .....	41
Tabel 8	Urutan Nilai Rerata Kualitas Hidup Anak Asma .....	42
Tabel 9	Kebutuhan Anak Asma Terhadap Dukungan Informasi dan Emosional .....	43
Tabel 10	Bentuk Informasi, Pemberi Materi dan Lokasi Pertemuan Yang Diinginkan Anak.....	44
Tabel 11	Skor Pengetahuan Orang Tua Berdasarkan Jumlah Jawaban Benar.....	45
Tabel 12	Jumlah Jawaban Benar Pada Tiap Item Kuesioner Pengetahuan Orang Tua .....	46
Tabel 13	Nilai Rerata Kualitas Hidup Orang Tua Anak Asma .....	50
Tabel 14	Urutan Nilai Rerata Kualitas Hidup Orang Tua Anak Asma ....	51
Tabel 15	Kebutuhan Orang Tua Anak Asma Terhadap Dukungan Informasi dan Emosional .....	53
Tabel 16	Bentuk Informasi, Pemberi Materi dan Lokasi Pertemuan Yang Diinginkan Orang Tua .....	54
Tabel 17	Perbandingan Skor Pengetahuan dan Kualitas Hidup Anak Asma dan Orang Tuanya .....	55

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Rancangan Program Edukasi Anak Asma
- Lampiran 2 Rancangan Program Edukasi Orang Tua Anak Asma
- Lampiran 3 Contoh Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 4 Kuesioner dan Pedoman Wawancara
- Lampiran 5 Matrik Hasil Wawancara Anak Asma
- Lampiran 6 Matrik Hasil Wawancara Orang Tua Anak Asma
- Lampiran 7 *Asthma Control Test (ACT)*



## 1. PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Prevalensi asma pada anak di Indonesia cukup tinggi dan cenderung meningkat. Penelitian pada anak sekolah usia 13-14 tahun dengan menggunakan kuesioner ISAAC (*International Study on Asthma and Allergy in Children*) di Indonesia pada tahun 1995 menunjukkan prevalensi asma 2,1%, sedangkan tahun 2003 meningkat lebih dari dua kali lipat menjadi 5,2% (Sundaru, 2005).

Angka kejadian asma terjadi lebih tinggi pada bayi dan anak daripada orang dewasa. Menurut Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan, I Nyoman Kandun, pada tahun 2007 prevalensi asma pada anak sekolah di beberapa kota besar di Indonesia berkisar 3,7% hingga 16,4% pada anak sekolah dasar, sedangkan pada anak sekolah menengah pertama di Jakarta prevalensinya diperkirakan 5,8% ([www.gizi.net.id](http://www.gizi.net.id) diambil 15 Maret 2007).

Menurut *Global Initiative for Asthma* (GINA, 2006), asma adalah gangguan inflamasi kronis saluran nafas yang ditandai terhalangnya saluran nafas sehingga aliran udara menjadi terbatas karena adanya penyempitan saluran bronchus, produksi *mucus* (lendir) yang berlebihan dan meningkatnya inflamasi. Kondisi tersebut terjadi ketika saluran nafas terekspos dengan berbagai faktor risiko. Serangan asma (*exacerbations*) bersifat episodik namun inflamasi saluran nafas bersifat kronis.

Asma merupakan penyakit kronis yang dapat menimbulkan gangguan kualitas hidup. Kualitas hidup adalah suatu kepuasan terhadap berbagai aspek kehidupan seseorang (Vila, et al. 2003) yaitu aspek fisik, psikologis dan sosial. Pada penderita asma, kualitas hidupnya dapat terganggu karena gejala yang ditimbulkan baik berupa sesak napas, batuk maupun nafas berbunyi (*wheezing*). Penderita menjadi kurang tidur atau terganggu aktivitas sehari-harinya. Belum lagi biaya yang harus dikeluarkan untuk pengobatan.



Pada aspek fisik, anak asma dapat terganggu tumbuh kembangnya, antara lain penanganan asma yang kurang baik dapat menyebabkan kecacatan permanen saluran nafas. Dampak pada fisik lainnya adalah anak asma cenderung mengalami masalah kelebihan berat badan karena kurang melakukan olah raga atau kegiatan yang melibatkan banyak gerak tubuh. Penyebabnya kondisi adalah orang tua dan anak khawatir olah raga akan mencetuskan serangan asma (Glazebrook, et al., 2006). Kelebihan berat badan pada penderita asma ternyata dapat menjadi pencetus terjadinya asma pada anak (Mannino, et al., 2006).

Selain pada fisik, asma mempunyai dampak psikososial pada anak. Beberapa hasil penelitian yang dikutip oleh Judarwanto (2006) menyebutkan bahwa anak asma usia 7-9 tahun mengalami gangguan emosi dan gangguan perilaku lainnya. Di sekolah mereka sering berperilaku sosial yang negatif seperti mengganggu, berkelahi atau melukai teman lainnya, namun ada juga yang terlihat berperilaku pemalu dan mudah cemas. Anak-anak usia sekolah yang mengidap asma diketahui sering tidak masuk sekolah ketika mengalami serangan yaitu rata-rata 10 hari dalam setahun (Newacheck & Halfon dalam Papalia, Olds & Feldman, 2007). Seringnya absen dapat membuat anak tertinggal pelajaran dan tugas-tugas sekolah yang mempengaruhi prestasi akademiknya. Hal ini dapat menimbulkan rasa malu dan mempengaruhi *self-esteem* anak yang merasa bahwa dia tidak mampu menyelesaikan kewajibannya.

Penyakit asma pada anak juga berdampak pada kualitas hidup orang tuanya. Penelitian Kurnat dan Moore (1999) menyatakan orang tua anak asma mempunyai masalah sehubungan dengan penyakit anaknya, khususnya pada pengaturan waktu (merasa kelelahan, kurang tidur), hubungan di dalam keluarga terganggu (merasa tersisih dari pasangan, khawatir terhadap hubungannya dengan anaknya yang sakit) dan masalah keuangan. Beresford (1994) dalam Kurnat dan Moore (1999) menyatakan menangani anak dengan kondisi kronis ternyata menghabiskan banyak energi, waktu dan keuangan yang cenderung memicu deprivasi pada keluarga dan orang tua merasa terisolasi secara emosional dan sosial.

Dampak negatif asma pada anak perlu dikurangi dan dicegah agar kualitas hidup anak asma dan orang tuanya tidak terganggu. Kualitas hidup yang baik dapat menunjang anak untuk tumbuh dan berkembang secara optimal. Kualitas hidup berhubungan erat dengan proses adaptasi (Sarafino, 2006) yang antara lain memerlukan kemampuan individu melakukan penanganan penyakit kronis.

Penanganan asma yang baik harus dilakukan agar kondisi asma dapat dikontrol. Menurut Sin, Kang dan Weaver (2005) penanganan asma secara mandiri (*self management*) dipengaruhi oleh adanya dukungan sosial dan pengetahuan yang baik. Menurut Sarafino (2006) dukungan sosial adalah perasaan nyaman, perhatian, penghargaan atau bantuan yang diperoleh seseorang dari orang lain atau kelompok. Jenis-jenis dukungan sosial antara lain adalah *emotional support* (dukungan emosional) yaitu empati, perhatian, kepedulian, pandangan positif dan dorongan; serta *informational support* (dukungan informasi) yang merupakan informasi, saran-saran maupun umpan balik yang diberikan kepada penderita. Dalam penanganan asma berdasarkan GINA (2006), dukungan informasi dapat dianalogikan dengan memberikan edukasi sebagai bagian integral kerjasama antara petugas kesehatan, pasien dan keluarganya.

Program edukasi memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang penanganan asma mandiri (*self-management*) serta upaya adaptasi diri agar asma dapat terkontrol. Di sini peran orang tua menjadi sangat penting untuk membantu anak asma melakukan proses adaptasi terhadap asma, khususnya mendukung dan mendorong anak bersedia mematuhi aturan untuk mencegah serangan dan pengobatan asma. Dukungan orang tua pada anak asma dapat diberikan apabila orang tua mempunyai pengetahuan yang adekuat tentang asma pada anak. Wolf, Guevara, Grum, Clark dan Cates (2003) dalam McMullen, Yoos, Anson, Kitzmann, Halterman dan Arcoleo (2007) bahkan menyebutkan bahwa dukungan orang tua dan edukasi pada pasien adalah cara efektif untuk mengurangi morbiditas pada anak asma.

Di sisi lain, anak asma perlu dilibatkan secara langsung dalam edukasi tentang asma disesuaikan dengan perkembangan kognitifnya. Berdasarkan teori perkembangan Piaget (dalam Papalia, Olds & Feldman, 2007), anak usia 7-12

tahun berada dalam tahap *concrete operational* yang telah mampu melakukan penalaran dengan lebih baik walaupun belum sempurna. Pada tahap ini, anak sudah dapat mengerti penjelasan tentang penyebab dan pemicu asma karena mereka sudah memahami konsep sebab-akibat dengan baik. Kemampuan anak mengikuti petunjuk yang diberikan untuk menghindari pemicu asma juga lebih baik karena mereka lebih menyadari hal-hal yang boleh atau tidak boleh dilakukan. Penelitian Olson, Radecki, Frintner, Weiss, Korfmacher dan Siegel (2007) menyatakan pada usia 7 tahun anak asma telah mampu memberikan informasi secara reliabel dan valid tentang kondisi asmanya yaitu gejala, pembatasan kegiatan dan dampak emosional asma. Kemampuan anak asma menangkap informasi yang diberikan dan kemudian mempraktekkannya dalam kehidupan sehari-hari dibuktikan oleh program edukasi yang didesain oleh Perez, Feldmana dan Caballerob (1999) untuk anak asma usia 6-14 tahun yang berhasil meningkatkan pengetahuan dan kemampuan anak asma melakukan *self-management* asma.

Dengan kemampuannya yang makin berkembang, keinginan untuk mandiri dan mempunyai otonomi terhadap dirinya membuat anak asma usia sekolah juga ingin mandiri dalam menangani asmanya. Mereka menyatakan bahwa mempunyai asma "*it's not a big deal*" atau "*just another school work*" (Horner, 1999). Sayangnya keinginan mereka untuk mandiri masih terhambat oleh kurangnya informasi dari petugas kesehatan tentang penyakit dan efek samping pengobatan (McNelis, Musick, Austin, Larson & Dunn, 2007). Anak-anak itu juga menyatakan kurang mendapat kesempatan untuk bertanya dan memenuhi kebutuhannya terhadap informasi (tentang penyakitnya, pengobatan, penyebab), mendapat dukungan emosional (kebutuhan membicarakan penyakitnya dengan orang lain) dan kekhawatiran atau merasa takut terhadap penyakitnya.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa asma berdampak negatif pada kualitas hidup anak asma dan orang tuanya. Kualitas hidup yang terganggu membuat anak asma dan orang tuanya mempunyai keterbatasan dalam kehidupan sehari-hari. Kualitas hidup yang terganggu perlu diperbaiki dengan melakukan penanganan asma dengan benar. Kemampuan melakukan penanganan asma diperoleh melalui dukungan informasi berupa edukasi yang disampaikan

oleh petugas kesehatan kepada anak asma dan orang tuanya. Selain dukungan informasi, anak asma dan orang tuanya juga membutuhkan dukungan emosional, untuk dapat membicarakan kekhawatiran tentang penyakitnya dan cara beradaptasi dengan penyakitnya.

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan asesmen kebutuhan dukungan informasi dan emosional untuk meningkatkan kualitas hidup anak asma dan orang tuanya. Asesmen dilakukan pada anak asma dan orang tuanya dengan mengukur pengetahuan, nilai kualitas hidup dan kebutuhan dukungan informasi serta emosional. Di samping itu, asesmen secara kuantitatif dilengkapi dengan wawancara semi-terstruktur untuk melengkapi hasil asesmen kuantitatif.

## 1.2. Pertanyaan Penelitian

Kualitas hidup anak asma dan orang tuanya yang terganggu perlu diperbaiki dengan memberikan dukungan sosial, berupa dukungan informasi dan emosional kepada anak asma dan orang tuanya. Dukungan sosial ini sesuai dengan acuan GINA (2006) tentang penatalaksanaan asma pada anak yang menyebutkan perlunya melakukan kerjasama yang baik antara petugas kesehatan, pasien dan keluarganya. Komponen penting dalam kerjasama ini adalah program edukasi yang adekuat pada pasien agar mampu beradaptasi dengan melaksanakan upaya mengontrol asmanya (*self-management*).

Peneliti memperkirakan program edukasi perlu dilaksanakan untuk memberikan dukungan informasi dan emosional untuk meningkatkan kualitas hidup anak asma dan orang tuanya. Suatu program yang baik perlu dilandasi adanya asesmen kebutuhan pada calon pengguna program yaitu anak asma dan orang tuanya.

Sehubungan dengan hal itu, penulis melakukan asesmen kebutuhan untuk menjawab pertanyaan berikut:

- a. Bagaimana gambaran pengetahuan anak asma tentang penyakit asma dan cara penanganannya?
- b. Bagaimana gambaran kualitas hidup anak asma?

- c. Bagaimana kebutuhan anak asma terhadap dukungan informasi dan emosional?
- d. Bagaimana materi dan bentuk program edukasi yang sesuai untuk anak asma?
- e. Bagaimana pengetahuan orang tua anak asma tentang penyakit asma serta cara penanganannya?
- f. Bagaimana gambaran kualitas hidup orang tua anak asma?
- g. Bagaimana kebutuhan orang tua anak asma terhadap dukungan informasi dan emosional?
- h. Bagaimana materi dan bentuk program edukasi yang sesuai untuk orang tua anak asma?

### 1.3. Tujuan

Tujuan umum adalah mengetahui kebutuhan anak asma dan orang tuanya tentang informasi penanganan asma untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Tujuan khusus adalah sebagai berikut:

- a. Mengetahui gambaran pengetahuan anak asma tentang penyakit asma dan cara penanganannya.
- b. Mengetahui gambaran kualitas hidup anak asma.
- c. Mengetahui kebutuhan anak asma terhadap dukungan informasi dan emosional.
- d. Mengetahui materi dan bentuk program edukasi yang sesuai untuk anak asma.
- e. Mengetahui gambaran pengetahuan orang tua anak asma tentang penyakit asma dan cara penanganannya.
- f. Mengetahui gambaran kualitas hidup orang tua anak asma.
- g. Mengetahui kebutuhan orang tua anak asma terhadap dukungan informasi dan emosional.
- h. Mengetahui materi dan bentuk program edukasi yang sesuai untuk orang tua anak asma.

#### 1.4. Manfaat

Manfaat penelitian ini adalah diketahuinya gambaran pengetahuan anak asma dan orang tuanya tentang penyakit asma, kualitas hidup, dukungan informasi dan emosional yang dibutuhkan, serta disusunnya rancangan program edukasi untuk anak asma dan orang tuanya.



## 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Penyakit Asma

Asma merupakan penyakit kronis tidak menular yang telah dikenal lebih dari 2.000 tahun lalu dan sudah diketahui oleh Hippocrates. Kata "asthma" berasal dari bahasa Yunani yang artinya sukar bernapas. Penyakit ini ditandai dengan tiga hal yaitu mengkerutnya saluran nafas, pembengkakan dan pengeluaran lendir yang berlebih pada saluran nafas sehingga terjadi penyempitan saluran nafas yang memicu terjadinya sulit bernafas (Sarafino, 2006; Sundaru, 2002).

#### 2.1.1. Definisi Asma

Menurut *Global Initiative for Asthma* (GINA, 2006) asma adalah gangguan inflamasi (peradangan) kronis saluran nafas yang ditandai terhalangnya saluran nafas, sehingga aliran udara menjadi terbatas karena adanya penyempitan saluran bronchus, produksi *mucus* (lendir) yang berlebihan dan meningkatnya inflamasi. Kondisi tersebut terjadi ketika saluran nafas terekspos dengan berbagai faktor risiko. Serangan asma (*exacerbations*) bersifat episodik namun inflamasi saluran nafas bersifat kronis. Pada orang yang rentan, inflamasi ini menyebabkan episode mengi berulang, sesak nafas, rasa dada tertekan, dan batuk, khususnya pada malam hari atau dini hari. Gejala ini biasanya berhubungan dengan penyempitan jalan napas yang luas namun bervariasi yang sebagian bersifat reversibel secara spontan maupun dengan pengobatan. Inflamasi ini juga berhubungan dengan hiper-reaktivitas jalan napas terhadap berbagai rangsangan.

Sedangkan Pedoman Nasional Asma Anak menggunakan batasan dalam bentuk operasional yaitu mengi berulang dan/atau batuk persisten dengan karakteristik timbul secara episodik, cenderung pada malam hari/dini hari (nokturnal), musiman, adanya faktor pencetus, bersifat reversibel baik secara spontan maupun dengan pengobatan serta adanya riwayat asma atau atopi lain pada pasien/keluarganya.

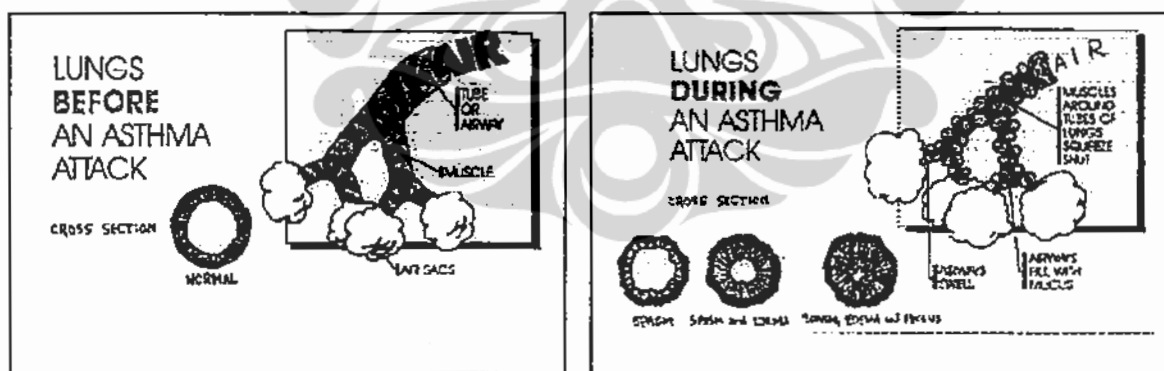
Pengertian kronis dan berulang mengacu pada kesepakatan Unit Kerja Koordinasi (UKK) Pulmonologi Pengurus Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia

(PP IDAI) tahun 1981 tentang batuk kronis berulang yaitu batuk yang berlangsung lebih dari 14 hari dan/atau tiga atau lebih episode dalam waktu 3 bulan berturut-turut (Rahajoe, Supriyatno & Setyanto, 2004).

Kesulitan bernafas tidak diderita pengidap asma secara terus-menerus, namun terjadi ketika mengalami serangan dengan gejala batuk, bernafas pendek, sesak nafas dan kadang-kadang ada *wheezing* (bunyi 'ngik-ngik' saat bernafas).

### 2.1.2. Penyebab dan Pemicu Serangan

Penyebab asma belum diketahui secara pasti namun terdapat sifat yang khas pada penderita asma yaitu saluran nafasnya sangat peka terhadap berbagai rangsangan (*bronchial hyperreactivity*= kepekaan saluran nafas yang berlebihan). Serangan asma terjadi jika kepekaan yang berlebihan mendapat rangsangan yang cukup kuat sehingga saluran nafas mengkerut dan mengeluarkan lendir yang ditumpahkan ke saluran nafas. Menurut Sundaru (2002), rangsangan atau faktor pemicu yang sering dijumpai antara lain alergen, infeksi saluran nafas, kegiatan jasmani, lingkungan kerja dan tekanan jiwa. Pada anak diperkirakan lebih dari 30-40% serangan asma dicetuskan oleh alergen.



Irisan melintang kondisi saluran paru sebelum serangan asma

Irisan melintang kondisi saluran paru saat serangan asma

**Gambar 1. Perbandingan Kondisi Saluran Paru Sebelum dan Saat Serangan Asma**

Sumber: Gambar diambil dari [www.infoasma.org](http://www.infoasma.org) pada 7 Maret 2007.



### 2.1.3. Penanganan Asma

Menurut GINA (2006), penanganan asma bertujuan mencapai dan memelihara kontrol terhadap manifestasi klinik penyakit dalam jangka panjang. Jika asma terkontrol, pasien dapat mencegah serangan, menghindari gangguan simtom pada siang dan malam hari serta dapat bergerak aktif.

Dalam GINA (2006) penanganan asma untuk anak meliputi empat komponen yaitu a) kerjasama yang baik antara pasien (anak asma), keluarga (orang tua) dan dokter, b) mengidentifikasi dan mengurangi terkena faktor risiko pemicu asma, c) asesmen, pengobatan dan memonitor kondisi asma serta d) menangani serangan (*exacerbation*).

#### 2.1.3.1. Kerjasama Yang Baik Antara Pasien, Keluarga Dan Dokter

Kerjasama yang baik membuat anak dan keluarganya dapat terlibat secara aktif dalam penanganan asma untuk mencegah masalah lebih lanjut dan memungkinkan anak melakukan kegiatan sehari-hari secara aktif. Anak dan keluarga dapat menghindari faktor risiko, menggunakan obat secara benar, mengetahui perbedaan obat pengontrol dan obat pereda, segera mengenali serangan, mengambil tindakan serta mencari pertolongan medis yang sesuai.

Edukasi merupakan bagian integral dari interaksi antara petugas kesehatan, pasien dan keluarganya. Edukasi dapat dilakukan dengan metode diskusi, demonstrasi, materi tertulis, video atau kaset maupun kelompok dukungan (*support group*). Dalam edukasi perlu disampaikan upaya meningkatkan kemampuan anak asma dalam *health protective behavior* antara lain makan makanan yang bergizi baik, minum yang banyak untuk mengencerkan dahak sehingga mudah dikeluarkan, istirahat yang cukup dan olahraga yang sesuai. Olahraga yang sesuai seperti senam asma dan berenang dapat meningkatkan kualitas hidup penderita karena menguatkan otot-otot dada sehingga meringankan penderitaan saat terjadi serangan. Olahraga yang sesuai juga mengurangi risiko terkena serangan (Mangoenprasodjo, 2005).

### 2.1.3.2. Mengidentifikasi Dan Mengurangi Terkena Faktor Risiko Pemicu Asma

Cara utama mengontrol asma adalah dengan menghindari pemicu serangan. Seringkali menghindari pemicu sulit dilakukan karena pasien bereaksi terhadap berbagai faktor yang ada di lingkungan. Oleh karena itu, obat untuk mencegah serangan dapat diberikan.

Setelah serangan asma berlalu, upaya selanjutnya adalah mencegah agar serangan tidak terulang kembali. Salah satunya adalah dengan menghindari faktor pemicu serangan. Faktor pemicu ada bermacam-macam dan setiap penderita asma mempunyai faktor pemicu yang berbeda-beda.

Berikut ini adalah beberapa faktor pemicu asma yang diolah dari Sundaru (2002) dan (Rahajoe, Supriyatno & Setyanto, 2004).

- a) Alergen yaitu zat-zat yang membuat seseorang alergi. Alergi merupakan salah satu faktor penting berkembangnya asma. Diperkirakan 75-90% anak asma di bawah lima tahun terbukti mengidap alergi. Alergi terhadap debu rumah dengan tungaunya, bulu binatang, asap rokok, asap obat nyamuk, beberapa makanan penyebab alergi, makanan produk industri dengan pewarna buatan (misalnya tartazine), pengawet (metabisulfit) dan vetsin (monosodium glutamat-MSG) bisa memicu asma.
- b) Infeksi virus saluran nafas. Pencetus ini termasuk yang paling sering menimbulkan serangan asma pada anak. Batuk dan asma yang disebabkan infeksi virus lebih lama sembuhnya dibandingkan pencetusnya bukan infeksi virus.
- c) Emosi dan stres. Selain sebagai pencetus, emosi dan stres juga dapat memperberat serangan asma yang sudah ada. Asma yang berat juga bisa membawa masalah kejiwaan bagi penderita dan keluarganya. Penderita asma anak dapat menderita depresi dan anxietas. Oleh karena itu selain mendapat pengobatan asma, penderita juga perlu mendapat pelayanan psikologis untuk mengatasi masalah anxietas atau depresinya.
- d) Olahraga atau kegiatan jasmani. Olahraga atau kegiatan jasmani yang cukup berat dapat mencetuskan asma pada penderita, namun sebaiknya

tidak dihindari karena olah raga yang sesuai dapat meningkatkan kemampuan tubuh sehingga serangan tidak menjadi parah. Lari cepat adalah olahraga yang paling mudah menimbulkan asma, selanjutnya bersepeda. Berenang dan jalan kaki paling kecil risikonya mencetuskan asma.

- e) Polusi udara juga dapat memicu terjadinya asma yaitu peningkatan penetrasi ozon, sulfur dioksida (SO<sub>2</sub>), nitrogen oksid (NOX), partikel buangan diesel dan partikel asal polusi (PM10) yang dihasilkan oleh industri dan kendaraan bermotor.

#### 2.1.3.3. Asesmen, Pengobatan Dan Memonitor Kondisi Asma

Tujuan pengobatan asma adalah mencapai dan memelihara kontrol terhadap gejala klinis asma dengan melakukan asesmen, penanganan untuk mengontrol asma dan memonitor agar asma tetap terkontrol.

- a) Mengkaji tingkat terkontrolnya asma

Setiap pasien perlu dikaji agar diketahui kondisi pengobatannya, kepatuhan terhadap pengobatan dan tingkat terkontrolnya asma. Berdasarkan tingkat terkontrolnya, asma diklasifikasikan menjadi terkontrol, terkontrol sebagian dan tidak terkontrol.

**Tabel 1. Tingkat Kontrol Asma**

Karakteristik	Terkontrol	Terkontrol Sebagian	Tidak Terkontrol
Gejala harian	Tidak ada (seminggu 2 x atau kurang)	Lebih dari 2 x seminggu	Tiga atau lebih gejala asma terkontrol sebagian muncul dalam beberapa minggu
Keterbatasan kegiatan	Tidak ada	Beberapa	
Gejala nocturnal/ terbangun malam	Tidak ada	Beberapa	
Mebutuhkan obat pereda	Tidak ada (seminggu 2 x atau kurang)	Lebih dari 2 x seminggu	
Fungsi paru (untuk anak di atas 5 th)	Normal	Diperkirakan <80%	
Exacerbation	Tidak ada	Satu kali atau lebih/tahun	

Sumber: Rahajoe, Supriyatno & Setyanto (2004)

Pedoman Nasional Asma Anak ((Rahajoe, Supriyatno & Setyanto, 2004) membagi asma anak menjadi 3 derajat penyakit yaitu asma episodik jarang, asma episodik sering dan asma persisten. Kriteria klasifikasi adalah sebagai berikut.

**Tabel 2. Klasifikasi Derajat Penyakit Asma Anak**

No	Parameter Klinis, Kebutuhan Obat, Dan Faal Paru	Asma Episodik Jarang	Asma Episodik Sering	Asma Persisten
1.	Frekuensi serangan	< 1 x/bulan	> 1 x /bulan	Sering
2.	Lama serangan	< 1 minggu	> 1 minggu	Hampir sepanjang tahun, tidak ada remisi
3.	Intensitas serangan	Biasanya ringan	Biasanya sedang	Biasanya berat
4.	Di antara serangan	Tanpa gejala	Sering ada gejala	Gejala siang dan malam
5.	Tidur dan aktivitas	Tidak terganggu	Sering terganggu	Sangat terganggu
6.	Pemeriksaan fisis di luar serangan	Normal (tidak ditemukan kelainan)	Mungkin terganggu (ditemukan kelainan)	Tidak pernah normal
7.	Obat pengendali (anti inflamasi)	Tidak perlu	Perlu	Perlu
8.	Uji faal paru (di luar serangan)	PEF/ FEV1 >80%	PEF/FEV1=60-80%	PEF/FEV1 <60% variabilitas 20-30%
9.	Variabilitas faal paru (bila ada serangan)	Variabilitas > 15%	Variabilitas > 30%	Variabilitas > 50%

Sumber: Rahajoe, Supriyatno & Setyanto (2004, halaman 14)

Keterangan:

PEF: *peak flow rate* FEV1: *forced expiratory volume in 1 second*

b) Penanganan asma untuk meningkatkan kontrol

Penanganan atau tata laksana asma pada anak bertujuan menjamin tercapainya potensi tumbuh kembang anak secara optimal, yaitu pasien dapat menjalani kegiatan normal termasuk bermain dan berolah raga, angka absensi sekolah sesedikit mungkin, gejala asma tidak timbul siang atau malam hari, kebutuhan obat seminimal mungkin dan efek samping obat yang mempengaruhi tumbuh kembang anak diupayakan seminimal mungkin ((Rahajoe, Supriyatno & Setyanto, 2004).

Obat asma dibagi menjadi dua kelompok besar yaitu obat pereda dan obat pengendali. Obat pereda disebut juga obat serangan yaitu obat yang digunakan untuk meredakan serangan atau gejala asma jika sedang timbul. Bila serangan sudah dapat diatasi, maka obat ini tidak diperlukan lagi. Obat pengendali, disebut juga obat pencegah, digunakan untuk mengatasi masalah dasar asma yaitu inflamasi respiratorik kronis. Pemakaian obat ini terus-menerus dalam jangka waktu relatif lama tergantung derajat penyakit asma. Obat pengendali diberikan pada asma episodik sering dan asma persisten.

c) **Monitoring agar asma terkontrol**

Monitoring penting dilakukan terus-menerus agar asma tetap terkontrol dan meminimalkan pengobatan. Sebaiknya pasien pergi ke dokter sekali dalam 3 bulan. Setelah serangan, sebaiknya pasien datang ke dokter antara 2 minggu hingga 1 bulan kemudian.

Jika kondisi asmanya meningkat maka dosis pengobatan dapat diturunkan. Sebaliknya jika kondisi asma memburuk, perlu meningkatkan dosis pengobatan.

2.1.3.4. **Menangani Serangan (*Exacerbation*).**

Menurut GINA (2004), serangan asma adalah episode peningkatan yang progresif (perburukan) dari gejala-gejala batuk, sesak napas, *wheezing*, rasa dada tertekan atau kombinasi dari gejala tersebut. Serangan asma biasanya mencerminkan gagalnya tata laksana asma jangka panjang atau adanya paparan dengan pencetus. Derajat serangan asma bisa mulai dari serangan ringan hingga serangan berat yang dapat mengancam nyawa.

Menurut Sundaru (2002), pilek, batuk kemudian sesak nafas ringan merupakan tanda dini serangan asma. Penderita yang sudah berkali-kali kena serangan biasanya sudah mengenal dengan baik kapan serangan datang. Serangan asma umumnya ringan, kemudian perlahan-lahan menjadi lebih berat namun ada juga serangan yang langsung berat sehingga penderita menjadi panik. Makin berat serangan artinya saluran nafas penderita makin sempit dan makin banyak gejala yang timbul. Jika semula hanya batuk, selanjutnya rasa berat di dada atau sesak

ringan. Bila serangannya berat, penderita menjadi sukar berjalan, lebih suka duduk di tempat tidur dan berpegangan pada sisi tempat tidur atau bantal, gelisah, pucat dan banyak mengeluarkan keringat. Otot-otot leher menjadi kaku karena berusaha membantu pernafasan dan bibir kebiru-biruan. Nafasnya menjadi cepat, bicaranya terputus-putus dan penderita tampak lelah.

**Tabel 3. Penilaian Derajat Serangan Asma**

Parameter	Ringan ( <i>mild</i> )	Sedang ( <i>moderate</i> )	Berat ( <i>severe</i> )	Ancaman Henti Nafas
Sesak ( <i>breathless</i> )	Mampu berjalan	Mampu berbicara	Perlu istirahat	
Posisi	Bisa berbaring	Lebih suka duduk	Duduk bertopang lengan	
Bicara	Kalimat	Penggal kalimat	Kata-kata	
Kesadaran	Mungkin <i>irritable</i>	Biasanya <i>irritable</i>	Biasanya <i>irritable</i>	Kebingungan

Diolah dari Rahajoe, Supriyatno & Setyanto (2004, halaman 28), hanya dipilih parameter asma anak yang mudah dikenali oleh orang awam.

Penderita asma yang sedang mendapat serangan asma harus segera diobati dengan obat pereda. Asma episodik jarang cukup diobati dengan obat pereda berupa bronkodilator beta-agonis atau golongan santin. Bronkodilator artinya obat yang dapat melebarkan saluran nafas dengan jalan melemaskan otot-otot saluran nafas yang sedang mengkerut. Obat hirupan baik digunakan karena efek sampingnya sangat kecil, namun mempunyai kendala harga yang mahal. Pemakaian obat hirupan (disebut juga *Metered Dose Inhaler* atau *Dry Powder Inhaler*) memerlukan teknik penggunaan yang benar (untuk anak besar) dan memerlukan alat bantu (untuk anak kecil/bayi) yang tidak selalu tersedia dan harganya mahal. Bila obat hirupan tidak ada, maka dapat diberikan obat oral. Pada asma episodik sering dan persisten, obat yang digunakan adalah obat pereda (bronkodilator) dan obat pengendali/pencegah (anti-inflamasi) yang digunakan setiap hari.

Serangan asma akut atau kronis bila tidak segera diobati dengan baik akan menimbulkan berbagai komplikasi antara lain penyempitan saluran nafas yang permanen, artinya tidak dapat lagi dilebarkan dengan obat-obat apapun. Oleh

karena itu penanganan serangan asma perlu dilakukan dengan baik dan benar. Petugas kesehatan perlu memberikan edukasi pada pasien (anak) tentang penggunaan obat-obat antiasma secara mandiri untuk pertolongan serangan yang ringan dan memberi petunjuk yang jelas kapan penderita harus segera dirujuk ke rumah sakit untuk pertolongan lebih lanjut.

## 2.2. Kualitas Hidup Anak Asma dan Orang Tuanya

### 2.2.1. Definisi Kualitas Hidup

Vila et al (2003) menyatakan bahwa kualitas hidup adalah kepuasan yang dirasakan individu pada berbagai area kehidupannya. Sedangkan Taylor (2006) mengemukakan kualitas hidup mempunyai beberapa komponen yaitu fungsi fisik, status psikologis, fungsi sosial dan simptom yang berhubungan dengan penyakit serta penanganannya. Sarafino (2006) menghubungkan kualitas hidup dengan kemampuan adaptasi individu dan keluarganya pada penyakit kronis. Orang-orang dengan penyakit kronis dan keluarganya yang mampu melakukan adaptasi dapat meningkatkan kualitas hidup dengan meningkatkan fungsi-fungsi fisik, psikologis dan sosial. Oleh karena itu kualitas hidup mengacu pada *degree of excellence* saat orang menilai hal-hal dalam kehidupannya. Menurut Gill dan Feinstein (1994) serta Power, Bullinger dan Harper (1999) dalam Sarafino (2006), orang-orang di seluruh dunia menilai '*excellence*' dengan kriteria-kriteria yang mirip, antara lain mampu melakukan aktivitas sehari-hari, perasaan-perasaan positif atau negatif, hubungan antar manusia, kegiatan-kegiatan yang menyenangkan dan kepemilikan benda.

Dari berbagai definisi di atas, penulis menyimpulkan kualitas hidup penderita asma adalah kepuasan penderita asma terhadap berbagai aspek kehidupannya meliputi aspek fisik, psikologis, sosial dan simptom yang berhubungan dengan penyakit asma dan penanganannya.

Kualitas hidup penderita penyakit kronis saat ini ditinjau secara khusus pada seberapa besar penyakit dan penanganannya mengganggu aktivitas sehari-hari antara lain tidur, makan, bekerja dan kegiatan lainnya yang dilakukan. Secara

mendasar, asesmen kualitas hidup dilakukan untuk mengetahui kegiatan normal pasien yang perlu disesuaikan dengan penyakit dan penanganannya.

### 2.2.2. Kualitas Hidup Anak Asma

Pradel, Hartzema dan Bush (2001); Glazebrook, et al. (2006); Rydstrom, Englund dan Sandman (1999); Brook dan Tepper (1997) serta Blackman dan Gurka (2007) menyatakan penyakit asma mempengaruhi kualitas hidup anak asma pada aspek fisik dan psikososial.

#### a) Aspek Fisik

Pada fisik anak, gejala asma mengganggu kualitas hidup saat terjadi serangan berupa sesak napas, batuk dan *wheezing* (mengi) serta mengalami keterbatasan dalam beraktivitas. Pradel, Hartzema dan Bush (2001) menyatakan bentuk keterbatasan yang terjadi antara lain menghindari makanan penyebab alergi dan keterbatasan aktivitas fisik. Keterbatasan aktivitas fisik ini menyebabkan anak asma cenderung kelebihan berat badan (Glazebrook, et al., 2006).

Selanjutnya, kelebihan berat badan dapat memicu masalah kesehatan lainnya yaitu hipertensi pada anak (Muntner, He, Cutler, Wildman & Whelton, 2001 dalam Papalia, Olds & Feldman, 2007) dan kualitas hidup yang lebih rendah dibanding anak yang tidak kelebihan berat badan (Schwimmer, Burwinkle & Varni, 2003 dalam Papalia, Olds & Feldman, 2007 halaman 320). Anak asma melakukan aktivitas fisik lebih sedikit daripada anak non asma karena persepsi bahwa kegiatan fisik dapat memicu asma.

#### b) Aspek Psikososial

Kualitas hidup tidak hanya menyangkut fisik namun juga psikososial. Rydstrom, Englund dan Sandman (1999) yang melakukan suatu penelitian kualitatif di Swedia mengungkapkan anak asma mengekspresikan perasaan bersalah antara lain karena keluarga tidak dapat memelihara binatang peliharaan; merasa kesepian karena dilarang bermain ke rumah teman yang mempunyai binatang peliharaan atau harus tinggal cukup lama di rumah karena mengalami



serangan asma dan merasa cemas serta ketakutan ketika mendapat serangan asma di malam hari.

Aspek psikososial lainnya diungkapkan Brook dan Tepper (1997) yang menyatakan skor *self-esteem*, cara *coping* pada situasi stres dan hubungan *interfamilial* lebih rendah pada anak/remaja asma daripada anak/remaja yang sehat. Rendahnya *self-esteem* diduga berkaitan dengan tingkat keparahan asma sebagian besar responden (88%) yaitu asma *severe* dan *moderate* yang berakibat anak/remaja asma sering dirawat di rumah sakit, meningkatnya angka absen sekolah dan adanya simtom alergi. Kemampuan *coping* yang rendah diduga karena pengetahuan yang rendah tentang penyakit dan penanganannya, sedangkan gangguan hubungan dalam keluarga diduga karena rendahnya rasa toleransi dan harmoni yang terkait dengan meningkatnya stres keluarga akibat seringnya anak dirawat di rumah sakit, sikap *overprotective* orang tua dan seringnya orang tua absen dari tempat kerja dan anak tidak dapat memenuhi harapan orang tua.

Blackman dan Gurka (2007) juga menemukan aspek psikososial pada kualitas hidup anak asma yaitu cenderung menderita depresi, gangguan perilaku dan *learning disabilities*. Berdasarkan data *The National Survey of Children's Health* tahun 2003, mereka menemukan sebagian anak asma juga menderita *attention-deficit/hyperactivity disorder* namun tidak menjelaskan bagaimana hal itu bisa terjadi. Makin parah asma yang diderita, makin tinggi kecenderungannya untuk mengalami masalah-masalah tersebut. Anak asma yang diteliti juga cenderung mengalami *bullying*. Jika keluarga anak asma mengalami masalah sosioekonomi maka anak makin berisiko mengalami masalah perkembangan, emosional dan tingkah laku. Anak asma dengan keparahan *severe* mempunyai risiko lebih tinggi mengalami masalah tersebut.

### 2.2.3. Kualitas Hidup Orang Tua Anak Asma

Selain mempengaruhi kualitas hidup pasien, asma pada anak juga mempengaruhi kualitas hidup orang tua atau orang lain yang merawatnya. Hal ini karena anak masih bergantung pada orang tuanya dalam menangani asma. Meltzer dan Moore (2008) serta Englund, Rydstrom dan Norberg (2001) menyatakan asma

yang diderita anak mempengaruhi kualitas hidup orang tuanya pada aspek fisik dan psikososial.

a) Aspek Fisik

Suatu meta riset yang dilakukan Meltzer dan Moore (2008) melaporkan bahwa orang tua yang anaknya menderita penyakit kronis termasuk asma mengalami gangguan tidur karena harus merawat anak dan memonitor penyakit anak. Waktu tidur yang kurang dan tambahan pekerjaan menangani penyakit anak berdampak pada fisik orang tua yaitu menyebabkan kelelahan.

b) Aspek Psikososial

Selain berdampak pada aspek fisik, Meltzer dan Moore (2008) juga menemukan bahwa pekerjaan merawat anak yang sakit kronis menyebabkan orang tua menjadi stress sehingga sulit tidur. Akibatnya para orang tua mengalami depresi, *anxietas*, *fatigue*, frustrasi dan kepuasan perkawinan berkurang.

Temuan di atas didukung oleh Berge, Patterson dan Rueter (2006) yang menyatakan penyakit kronis pada anak berdampak pada kepuasan perkawinan para ibu dan meningkatkan simtom depresif. Mereka menyebutkan para ibu, sebagai *caregiver* utama, terpaksa makin banyak meluangkan waktu untuk mengurus anak yang sakit karena tingkat keparahannya makin tinggi sehingga mengurangi waktu bersama pasangan.

Aspek psikososial asma pada kualitas hidup orang tua anak asma juga dikemukakan oleh Englund, Rydstrom dan Norberg (2001) yang melakukan penelitian kualitatif dan menemukan para ibu yang anaknya menderita asma merasa sedih terhadap kondisi anaknya, cemas tentang efek samping pengobatan terhadap pertumbuhan anak dan ketidakpastian keadaan penyakit anak. Para ibu anak asma juga merasa kekurangan waktu untuk memperhatikan diri sendiri dan suami karena harus mengurus anak asma. Para ayah juga menunjukkan kecemasan saat terjadi serangan asma pada anak, namun pada umumnya merasa lebih optimis terhadap kondisi anaknya.

## 2.3. Dukungan Sosial

### 2.3.1. Definisi Dukungan Sosial

Sarafino (2006) menyebutkan definisi dukungan sosial yaitu perasaan nyaman, perhatian, penghargaan atau bantuan yang diperoleh seseorang dari orang lain atau kelompok (Gentry & Kobasa, 1984; Wallston, Alagna, DeVellis & DeVellis, 1983; Wills & Fegan, 2001). Dukungan dapat berasal berbagai sumber antara lain pasangan, keluarga, teman, teman kerja, dokter atau masyarakat. Orang-orang yang mendapat dukungan sosial percaya bahwa dia adalah orang yang dicintai, dihargai dan bagian dari jaringan sosial, seperti keluarga atau masyarakat yang dapat membantu pada waktu dibutuhkan.

Definisi yang hampir sama juga dikemukakan Rietschlin (1998) dalam Taylor (2006), dukungan sosial adalah informasi dari orang lain yang dicintai dan disayangi, dihormati dan dihargai oleh seseorang (pasien) dan merupakan bagian jaringan komunikasi serta tanggung jawab bersama dari orang tua, pasangan, saudara, teman, hubungan sosial dan komunitas. Dalam berbagai situasi stres, antara lain menderita penyakit, orang yang memiliki dukungan sosial yang tinggi ternyata merasakan stress lebih rendah dan lebih mampu menangani penyakitnya.

Peneliti menyimpulkan dukungan sosial pada penderita asma adalah informasi, perasaan nyaman, perhatian dan bantuan yang diperoleh penderita asma dari orang lain agar penderita mampu mengontrol penyakitnya.

### 2.3.2. Bentuk Dukungan Sosial

Menurut Sarafino (2006), bentuk-bentuk dukungan sosial adalah:

- a) *Informational support* yaitu dukungan berupa saran-saran, petunjuk-petunjuk, usulan atau umpan balik tentang cara-cara yang perlu dilakukan. Misalnya: informasi tentang penyakit yang dialami dan penanganannya. Informasi dapat membantu pasien lebih mengerti tentang penyakit yang dialaminya, cara mendapatkan sumber daya yang dibutuhkan untuk menangani penyakit dan strategi koping untuk menghadapinya.

- b) *Emotional* atau *esteem support* yaitu dukungan berupa empati, perhatian, kepedulian, pandangan positif dan dorongan kepada seseorang. Dukungan ini memberikan kenyamanan dan jaminan dengan *sense of belongingness* dan perasaan dicintai saat berada dalam situasi stres. Saat mengalami stress, seseorang seringkali mengalami depresi, kesedihan, anxietas dan hilangnya rasa percaya diri. Kehangatan yang diberikan oleh orang lain dapat membantu pasien mengatasi masalah emosi yang dirasakannya.
- c) *Tangible* atau *instrumental support* yaitu bantuan langsung antara lain berupa bantuan keuangan atau membantu tugas-tugas yang perlu dilakukan. Misalnya: bantuan keuangan untuk keluarga dengan anak asma yang tidak mampu, bantuan tetangga menjaga anak yang lain saat anak asma harus dirawat di rumah sakit.
- d) *Companionship support* yaitu adanya orang lain yang bersedia menemani agar seseorang tetap merasa menjadi bagian dari kelompok yang saling berbagi minat dan kegiatan sosial.

Dalam Taylor (2006) disebutkan satu bentuk dukungan sosial yang tidak disebutkan oleh Sarafino yaitu *invisible support* yaitu dukungan sosial yang diperoleh namun tidak disadari oleh penerimanya. Bentuk ini merupakan dukungan sosial yang memberikan keuntungan paling besar kepada penerimanya (pasien). Hal ini mengingat dukungan sosial juga berisiko menimbulkan perasaan bersalah pada pasien karena pemberi dukungan harus meluangkan waktu dan perhatian. Jika menimbulkan ketergantungan pasien, dukungan sosial juga berpotensi menurunkan *self-esteem* pasien.

### 2.3.3. Peran Dukungan Sosial

Peran dukungan sosial dalam berbagai aspek kehidupan adalah:

- a) Membantu penanganan penyakit

Pada penyakit asma, adanya dukungan sosial berupa informasi yaitu pengetahuan tentang asma pada remaja penderita asma berkorelasi positif dengan perilaku penanganan penyakitnya (Sin, Kang & Weaver, 2005). Pada penelitian yang sama *tangible support* dan *emotional support* juga berkorelasi positif dengan perilaku mereka dalam penanganan asma.

Dengan kata lain, jika dukungan sosialnya tinggi maka penanganan asmanya makin baik. Dukungan sosial berupa edukasi yang didapatkan orang tua anak asma secara tatap muka ternyata mengurangi keparahan dan kesakitan asma (Liu & Feekery, 2001).

Dukungan sosial dapat mengurangi kecenderungan menjadi sakit, mempercepat kesembuhan sakit dan mengurangi risiko kematian karena sakit (House, Landis & Umberson, 1988; Rutledge, Matthews, Lui, Stone & Cavley, 2003 dalam Taylor, 2006).

Beberapa penelitian bahkan menemukan hubungan signifikan antara dukungan sosial keluarga dan kepatuhan terhadap penanganan penyakit kronis yang dideritanya yaitu penelitian Garay-Sevilla, et al. (1995) pada pasien diabetes dan penelitian meta analisis DiMatteo (2004) pada berbagai penyakit.

b) Membantu mengurangi masalah psikologis

Dukungan sosial berperan mengurangi risiko timbulnya masalah psikologis, antara lain depresi dan anxietas, pada situasi stres termasuk sedang sakit (Taylor, 2006). Kurangnya dukungan sosial pada saat dibutuhkan dapat membuat stres menjadi lebih berat.

## 2.4. Perkembangan Anak Usia 7-12 Tahun

### 2.4.1. Perkembangan Kognitif

Subyek asesmen ini adalah anak asma berusia 7-12 tahun yang menurut Papalia, Olds dan Feldman (2007) berada dalam tahap perkembangan kanak-kanak pertengahan (*middle childhood*). Dari sisi perkembangan kognitif, masa kanak-kanak pertengahan berada pada tahap *concrete operasional* (Piaget dalam Papalia, Olds & Feldman, 2007) yaitu dapat menalar dengan lebih baik dari usia sebelumnya, mampu menyelesaikan masalah yang nyata (*problem-solving*) walaupun terbatas dan berpikir secara logika karena egosentris-nya sudah berkurang. Mereka juga sudah dapat mengerti hubungan sebab-akibat dan perilakunya menjadi lebih otonom. Dengan demikian anak-anak tahap ini sudah

dapat mengerti penjelasan tentang penyebab dan pemicu asma karena mereka sudah memahami konsep sebab-akibat dengan baik. Perilaku yang lebih otonom berpotensi untuk diajari cara menangani asma secara lebih mandiri.

Kanak-kanak pertengahan juga mempunyai penalaran yang lebih baik daripada tahap *pre-operational* dan mampu berpikir induktif-deduktif. Secara induktif mereka dapat melihat hal-hal spesifik dan kemudian membuat kesimpulan yang digeneralisasi, misalnya, "Aku sakit pergi ke dokter, Doni sakit pergi ke dokter ...jadi semua yang sakit pergi ke dokter". Sedangkan secara deduktif, anak-anak usia ini mampu membuat kesimpulan dari hal yang umum ke hal yang spesifik, contohnya, "Semua anak yang sakit asma harus minum obat, saya sakit asma jadi saya harus minum obat; Doni sakit asma, Doni juga harus minum obat". Walaupun demikian, kemampuan penalaran masih terbatas pada waktu dan tempat terkini.

Kemampuan anak mengikuti petunjuk pada usia kanak-kanak pertengahan dapat dilihat dari kemampuan *moral reasoning* yang berada pada tahap dua (Piaget dalam Papalia, Olds & Feldman, 2007) yang menggambarkan bahwa mereka lebih sadar melakukan apa yang boleh dan tidak boleh (*increasing flexibility and autonomy*). Dengan demikian kemampuan anak mengikuti petunjuk yang diberikan untuk menghindari pemicu asma kemungkinan juga menjadi lebih baik karena mereka lebih menyadari hal-hal yang boleh atau tidak boleh dilakukan.

#### 2.4.2. Perkembangan Psikososial

Secara psikososial, berdasarkan teori neo-Piagetian (Papalia, Olds & Feldman, 2007) kanak-kanak pertengahan mulai mengembangkan konsep diri sehingga dapat membandingkan kondisi diri yang nyata dan kondisi diri yang ideal.

Sedangkan menurut Erikson (dalam Papalia, Olds & Feldman, 2007) mereka juga telah mengembangkan *self-esteem* yaitu pandangan anak-anak terhadap kapasitasnya melakukan suatu pekerjaan/kegiatan. Masalah yang harus diatasi kanak-kanak pertengahan adalah *industry vs inferiority* yang berhubungan dengan kompetensi yaitu pandangan anak terhadap kemampuannya melakukan

ketrampilan sosial dan menyelesaikan tugas-tugas. Anak akan membandingkan kemampuannya dengan kemampuan teman sebayanya. Jika dia memandang dirinya tidak mampu maka anak akan “berlindung” dalam keluarganya (mencerminkan inferioritas). Sebaliknya, mereka juga dapat menjadi terlalu “industrious” sehingga mereka kurang mepedulikan hubungan sosial dan menjadi “workaholics”. Keseimbangan dalam *self-esteem* anak diperlukan agar anak tidak berada pada kedua kondisi ekstrem tersebut. Dukungan keluarga dan teman dibutuhkan agar anak mampu mengembangkan *self-esteem* secara seimbang.

Walaupun masih membutuhkan bantuan orang tua atau petugas kesehatan, pada usia sekolah anak asma sebenarnya ingin mandiri dalam menangani asmanya. Namun penelitian Raw (1987) dalam Horner (1999), menyimpulkan orang tua cenderung membuat anak tidak mandiri karena merasa anak masih terlalu muda dan sering mengambil alih upaya mengatasi serangan. Anak malah merasa tidak berdaya ketika orang dewasa mengambil alih dan tidak memberi kesempatan anak untuk berhasil menangani situasi. Dari sisi perkembangan diketahui bahwa anak sedang mengembangkan *self-esteem* yaitu kemampuan menguasai ketrampilan sosial dan menyelesaikan aktivitas yang menjadi “tugas”nya.

Kanak-kanak pertengahan telah menunjukkan perasaan malu, bersalah dan mempunyai pandangan tentang kehormatan (Eisenberg et al, 2004 dalam Papalia, Olds & Feldman, 2007). Mereka mengerti tentang aturan sosial dalam berperilaku dan lebih mampu mengontrol emosinya. Kemampuan mengontrol emosi ini mempengaruhi penyesuaian diri anak di sekolah. Pada masa ini, anak-anak lebih menunjukkan empati dan berperilaku prososial yang menunjukkan kemampuan penyesuaian diri yang positif.

Perkembangan psikososial kanak-kanak pertengahan dipengaruhi juga oleh kondisi keluarganya, walaupun mereka sudah lebih banyak menghabiskan waktunya di luar rumah, yaitu di sekolah dan bersama teman sebaya. Atmosfer keluarga yang mendukung dan penuh kasih sayang berpengaruh positif pada

perkembangan anak. Cara orang tua dan anak menangani masalah perlu diperhatikan agar anak dapat mengerti perlunya peraturan dan standar perilaku.

Efek hubungan kanak-kanak pertengahan dengan teman sebaya dapat bersifat positif atau negatif pada perkembangan psikososialnya. Bersifat positif karena anak dapat mengembangkan kemampuan sosial dan keakraban, mengembangkan kepemimpinan dan kemampuan komunikasi serta rasa memiliki. Efek negatifnya adalah jika timbul 'klik' dengan teman sebaya karena *prejudice* atau sikap yang tidak disukai karena perbedaan 'golongan'. Teman sebaya juga dapat mendorong sikap anti-sosial, yaitu mendorong anak untuk mengikuti aturan kelompok walaupun tidak sesuai dengan aturan sosial.

Karena terpapar suatu masalah, kanak-kanak pertengahan dapat merasakan stres dan depresi. Anak yang menderita asma dapat mengalami depresi dan ansietas yang dapat memperburuk penyakitnya. Walaupun demikian, anak dapat mengembangkan daya tahan atau plastisitas sehingga mampu mengembangkan sikap tenang di bawah tekanan. Hal ini kemungkinan karena adanya '*protective factor*' yaitu hubungan dalam keluarga dan fungsi kognitif yang baik (Papalia, Olds & Feldman, 2007).



### 3. METODE PENELITIAN

#### 3.1. Desain Asesmen

Penelitian ini merupakan asesmen kebutuhan program psikoedukasi yang menggunakan kuesioner tertulis (kuantitatif) dan wawancara semi terstruktur (kualitatif). Menurut Mesters, Pieterse dan Meertens (1991) asesmen kebutuhan dengan menggunakan rancangan kuantitatif dan kualitatif memberikan keuntungan karena hasilnya saling melengkapi.

#### 3.2. Sampel

Responden terdiri dari anak asma dan orang tuanya atau wali yang mengasuhnya. Kriteria khusus anak adalah

- a) Anak usia 7 – 12 tahun
- b) Anak pertama kali berobat di Poliklinik Anak atau Klinik Suddhaprana Rumah Sakit Ciptomangunkusumo (RSCM) Jakarta antara bulan Desember 2007 hingga Mei 2008.
- c) Anak didiagnosis asma oleh dokter.
- d) Anak tinggal di Jakarta dan sekitarnya.
- e) Anak tidak mempunyai kebutuhan khusus yang dilihat dari anak bersekolah di sekolah umum.

Daftar calon responden sesuai kriteria yang didapatkan dari RSCM berjumlah 16 anak. Selanjutnya penulis menghubungi orang tua anak melalui telpon untuk mengkonfirmasi penyakit anak dan mendapatkan kesediaan diwawancara. Sebanyak 2 orang tua menolak dengan alasan kesibukan mereka, 3 orang tua merasa anaknya tidak menderita asma (hanya alergi) dan 1 orang tidak dapat dihubungi lewat telpon. Akhirnya didapatkan 10 pasang responden yang terdiri dari 10 anak asma dan 10 orang tua atau wali pengasuh.

### 3.3. Kuesioner Yang Digunakan

#### 3.3.1. Kuesioner Kualitas Hidup

Instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup anak asma dan orang tuanya adalah kuesioner yang dikembangkan oleh Juniper, Guyatt, Feeny, Ferrie, Griffith dan Townsend (1996a, 1996b) yaitu *the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ)* dan *the Pediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ)*.

##### a) *Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ)*

Kuesioner ini digunakan untuk mengukur kualitas hidup anak asma dengan berfokus mengukur fungsi-fungsi yang relevan pada kondisi khusus asma. PAQLQ terdiri dari 23 item yang mengukur kualitas hidup anak asma dengan melihat domain simtom (10 item), keterbatasan aktivitas (5 item) dan fungsi emosi (8 item). Skor yang lebih tinggi pada suatu sub skala menunjukkan kualitas hidup yang berkaitan dengan sub skala itu lebih tinggi. Sub skala simtom mengukur tingkat gangguan simtom asma yang dialami anak pada minggu sebelumnya (contoh item: "seberapa besar rasa sesak di dada mengganggumu selama minggu lalu?"). Sub skala keterbatasan aktivitas mengukur tingkat gangguan asma pada kegiatan sehari-hari anak pada minggu sebelumnya (contoh item: "seberapa besar kamu merasa terganggu dengan asma saat melakukan kegiatan selama minggu lalu?"). Sub skala fungsi emosi mengukur tingkat gangguan asma pada perasaan anak minggu sebelumnya (contoh item: "seberapa sering asma membuatmu merasa jengkel pada minggu lalu?"). Setiap item menggunakan 7 poin Skala Likert dengan nilai 1=benar-benar sangat mengganggu hingga 7=tidak mengganggu atau 1=sepanjang waktu hingga 7=tidak ada.

Juniper et al. (1996a) menetapkan validitas instrumen dengan melakukan korelasi antar sub-skala yaitu simtom, kegiatan dan emosi dengan alat ukur lainnya yaitu *Feeling Thermometer* (didapatkan  $r=0,41$ ,  $r=0,53$  dan  $r=0,36$ ) dan level beta-agonist (didapatkan  $r=-0,51$ ,  $r=-0,49$  dan  $r=-0,30$ ). *Feeling Thermometer* adalah suatu alat ukur generik untuk mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan. Alat ini memperkirakan bagaimana pasien merasa (*feel*) tentang status kesehatannya. Skalanya terdiri dari garis dengan angka dari 0

hingga 100 (0=status kesehatan paling buruk (mati) dan 100=status kesehatan paling baik). Saat pengukuran, pasien diceritakan tentang 3 status kesehatan hipotetis yang menggambarkan kondisi asma ringan, sedang dan berat. Kemudian pasien diminta menempatkan 3 tanda pada "thermometer" untuk menggambarkan perasaan mereka terhadap masing-masing kondisi asma tersebut. Selanjutnya pasien ditanya apa yang dirasakannya tentang kondisi kesehatannya saat itu. Level beta-agonist adalah berapa kali pasien menggunakan beta-agonist (obat asma generik) berupa hirupan dalam sehari yang dapat mengindikasikan tingkat terkontrolnya asma.

Instrumen ini berbahasa Inggris dan saat didesain digunakan pada anak asma di Kanada. Instrumen ini telah digunakan di berbagai penelitian antara lain Dolinar, Kumar, Coutu-Wakulczyk dan Rowe (2000), Marsac, Funk dan Nelson (2006) serta Sales, Fivush dan Teague (2008). Pembuat kuesioner juga mengizinkan pengguna lainnya untuk melakukan modifikasi terhadap daftar kegiatan anak yang digunakan dalam instrumen ini yang disesuaikan dengan kondisi wilayah dan musim.

Instrumen kemudian diterjemahkan dalam Bahasa Indonesia. *Face validity* didapatkan dari seorang psikolog yang merupakan pembimbing penulis. Proses pengumpulan data dilaksanakan sesuai petunjuk Juniper et al. (1996) dalam kuesioner.

b) *Pediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ)*.

PACQLQ digunakan untuk mengukur kualitas hidup orang tua atau wali utama anak asma terdiri dari 13 item dengan melihat domain emosi dan aktivitas. Kuesioner berbentuk *self-reported* untuk mengetahui fungsi emosi (9 item) dan keterbatasan aktivitas (4 item) pada minggu sebelumnya. Skor yang lebih tinggi pada suatu sub skala menunjukkan kualitas hidup yang berkaitan dengan sub skala itu lebih tinggi. Sub skala fungsi emosi mengukur tingkat *emotional distress* yang dialami orang tua berkaitan dengan asma yang diderita anak pada minggu sebelumnya (contoh item: "selama minggu lalu, seberapa sering anda merasa tidak berdaya atau khawatir ketika anak anda mengalami batuk, nafasnya berbunyi atau tidak dapat bernafas?"). Sub skala keterbatasan aktivitas mengukur seberapa

sering kegiatan sehari-hari orang tua menjadi terbatas atau terganggu karena asma yang diderita anak pada minggu sebelumnya (contoh item: “selama minggu lalu, seberapa sering pekerjaan anda atau pekerjaan rumah tangga anda terganggu karena asma anak anda?”). Orang tua diminta melakukan ranking tiap item dengan 7 poin Skala Likert dengan nilai 1=sepanjang waktu hingga 7=tidak ada atau 1=sangat-sangat cemas atau prihatin hingga 7=tidak cemas atau prihatin.

Juniper et al. (1996b) menetapkan reliabilitas skala ini dengan mengukur koefisien intraklas secara statistik dan mendapatkan hasil 0,85.

Kuesioner ini berbahasa Inggris dan saat didesain digunakan di Kanada. Instrumen kemudian diterjemahkan dalam Bahasa Indonesia. Kuesioner ini telah digunakan di berbagai penelitian antara lain Dolinar, Kumar, Coutu-Wakulczyk dan Rowe (2000), Marsac, Funk dan Nelson (2006) serta Sales, Fivush dan Teague (2008). *Face validity* didapatkan dari seorang psikolog yang merupakan pembimbing penulis. Proses pengumpulan data dilaksanakan sesuai petunjuk Juniper et al. (1996) dalam kuesioner.

### 3.3.2. Kuesioner Pengetahuan

#### a) Kuesioner Pengetahuan Anak Asma

Kuesioner pengetahuan anak asma dikembangkan dari kuesioner yang digunakan dalam penelitian Parcel, Nader dan Tiernan (1980). Kuesioner pengetahuan pada anak asma terdiri dari 15 item meliputi pengetahuan tentang pengertian umum asma (4 item), pemicu (2 item), gejala (2 item), pencegahan (3 item), serangan asma dan pengobatan (4 item). Kuesioner dibacakan oleh penulis dengan pilihan jawaban ya, tidak atau tidak tahu. Contoh item yang digunakan adalah “sakit asma dapat menular pada teman” (pengertian umum); “serangan asma dapat terjadi karena saya alergi pada sesuatu, misalnya debu, serbuk bunga atau binatang” (pemicu); “ada rasa sesak/sulit bernafas saat serangan asma” (gejala); “hanya dokter saja yang bisa mencegah serangan asma” (pencegahan) dan “serangan asma dapat berhenti tanpa diobati” (serangan asma dan pengobatan).

#### b) Kuesioner Pengetahuan Orang Tua Anak Asma

Kuesioner pengetahuan orang tua anak asma dikembangkan dari kuesioner yang digunakan dalam penelitian Fitzclarence dan Henry (1990) serta Mesters, Meertens, Crebolder dan Parcel (1993). Kuesioner terdiri dari 15 pertanyaan meliputi pengertian umum asma (4 item), pemicu (1 item), gejala (1 item), pencegahan (2 item), serangan asma dan pengobatan (7 item). Kuesioner diisi sendiri oleh orang tua dengan pilihan jawaban ya, tidak atau tidak tahu. Contoh item yang digunakan adalah “sakit asma artinya paru-paru diserang kuman penyakit” (pengertian umum); “serangan asma dapat terjadi karena alergi pada sesuatu, misalnya debu, serbuk bunga atau binatang” (pemicu); “serangan asma dimulai dengan batuk dan nafas berbunyi” (gejala); “serangan asma tidak dapat dicegah” (pencegahan) dan “obat asma dapat menyebabkan ketagihan jika digunakan dalam waktu lama” (serangan asma dan pengobatan).

#### 3.3.3. Kuesioner Kebutuhan Dukungan Sosial

Kuesioner dukungan sosial pada anak dan orang tuanya menggunakan kuesioner kebutuhan dukungan informasi (6 item) dan dukungan emosional (4 item) yang digunakan dalam penelitian McNellis, Musick, Austin, Larson dan Dunn (2007). Contoh item yang digunakan adalah “saya ingin mendapat informasi tentang cara-cara agar tidak sering serangan asma” (dukungan informasi) dan “saya ingin membicarakan kekhawatiran saya bahwa asma dapat mempengaruhi masa depan saya” (dukungan emosional). Item pada kuesioner orang tua mengalami sedikit perubahan, dengan contoh “saya ingin mendapat informasi tentang cara-cara agar anak tidak sering serangan asma”. Pilihan jawaban adalah ya atau tidak.

#### 3.4. Pedoman Wawancara

Wawancara semi terstruktur dilakukan untuk melengkapi data kuantitatif. Wawancara dilakukan untuk mendapat informasi lebih mendalam dari anak dan orang tuanya mengenai:

- a) Pengetahuan tentang penyakit asma yaitu pengertian umum, gejala dan pemicu serangan.
- b) Penanganan serangan asma.
- c) Upaya pencegahan yang dilakukan.
- d) Dampak psikososial yang dirasakan.
- e) Dukungan sosial yang diterima dan yang diharapkan.
- f) Bentuk rancangan program.

### 3.5. Manajemen Penelitian

#### 3.5.1. Persiapan

Persiapan dimulai dengan permohonan ijin penelitian kepada Kepala Divisi Respirologi Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) - RSCM. Pemilihan rumah sakit ini berdasarkan pertimbangan akses yang cukup mudah karena merupakan rumah sakit pendidikan yang menyediakan sarana penelitian untuk mahasiswa Universitas Indonesia. Pertimbangan kedua mengingat RSCM adalah rumah sakit rujukan sehingga pasien asma yang berobat di RSCM kemungkinan adalah pasien dengan tingkat keparahan lanjut.

Setelah ijin diperoleh, penulis mencari pasien anak asma yang sesuai kriteria melalui data di rekam medis. Petugas rekam medis yang berwenang kemudian memasukkan kriteria anak usia 7 – 12 tahun, diagnosis asma dan berobat antara Desember 2007 – Mei 2008 pada data yang terkomputerisasi. Hasil yang didapatkan kemudian dicari rekam medisnya untuk mendapatkan catatan nama orang tua, alamat dan nomor telepon. Ternyata tidak seluruh rekam medis mencatat dengan lengkap hal tersebut. Penyaringan awal mendapatkan 16 anak asma yang sesuai kriteria.

Langkah selanjutnya adalah menghubungi orang tua anak asma melalui telepon untuk memperkenalkan diri dan menyatakan maksud penelitian, melakukan konfirmasi tentang penyakit anak, kesediaan menjadi subyek penelitian dan melakukan kesepakatan waktu wawancara. Setelah dikonfirmasi

lewat telepon didapatkan 10 orang tua yang bersedia dan mengizinkan anaknya diwawancara.

Persiapan selanjutnya adalah memperbanyak kuesioner dan mempersiapkan hadiah kecil berupa buku cerita untuk anak asma.

### 3.5.2. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan kunjungan rumah ke pasien asma oleh penulis. Pengumpulan data dilakukan antara tanggal 3 – 14 Juni 2008.

Sebelum dilakukan pengumpulan data, orang tua diminta mengisi *informed consent* tentang persetujuan wawancara. Selanjutnya penulis menjelaskan kembali tujuan penelitian dan memberi petunjuk pada orang tua tentang cara mengisi kuesioner. Orang tua diminta mengisi kuesioner pengetahuan dan kualitas hidup, sementara anak dibacakan kuesioner pengetahuan dan kualitas hidup. Setelah itu, anak diwawancara dan dilanjutkan dengan mengisi kuesioner dukungan sosial dengan dibacakan oleh peneliti. Setelah wawancara dengan anak kemudian dilanjutkan wawancara dengan orang tua dan diakhiri dengan orang tua mengisi kuesioner dukungan sosial. Saat pengumpulan data ada orang tua (seorang nenek) yang minta dibacakan kuesionernya.

Wawancara anak dan orang tua direkam dengan alat perekam. Lama pengumpulan data untuk mengisi seluruh kuesioner dan wawancara pada anak serta orang tuanya berkisar 50-70 menit. Bila kuesioner orang tua perlu dibacakan oleh peneliti, waktunya menjadi 90 menit.

Setelah pengumpulan data selesai dilakukan, penulis mohon diri sambil menyerahkan hadiah kecil kepada anak.

### 3.5.3. Pengolahan Data

Data yang diperoleh kemudian diolah. Data dari kuesioner-kuesioner dimasukkan dalam program Excel for Windows. Pada kuesioner pengetahuan, respon pada item diberi nilai, baru dimasukkan dalam program. Selanjutnya data dihitung rerata dan distribusi frekuensi sederhana.

Hasil wawancara didengarkan kembali dan ditulis verbatimnya. Penulis mendapat bantuan seorang lulusan sekolah menengah atas untuk menulis verbatim wawancara.

#### 3.5.4. Analisis Data

Data dari kuesioner dianalisis berdasarkan distribusi frekuensi masing-masing kuesioner, perbandingan hasil pengetahuan anak dan orang tua, kualitas hidup anak dan orang tua dan dukungan sosial yang dibutuhkan anak serta orang tua.

Data wawancara dibuat matrik dan dianalisis secara tematik berdasarkan kelompok responden. Selanjutnya data wawancara dibandingkan dengan data kuesioner dan dilakukan pembahasan sesuai temuan.

#### 3.6. Tindak Lanjut

Hasil asesmen kemudian disajikan dalam bentuk laporan tugas akhir. Tindak lanjut asesmen adalah membuat rancangan program dengan materi dan metode sesuai hasil asesmen.



#### 4. ANALISIS HASIL PENELITIAN

##### 4.1. Data Responden

Sebanyak 10 anak asma dan 10 orang tuanya menjadi responden asesmen ini. Responden anak terdiri dari 5 anak laki-laki dan 5 anak perempuan. Usia anak berkisar 7-11 tahun. Seluruh anak adalah siswa sekolah dasar.

**Tabel 4. Data Pribadi Responden Anak dan Orang Tua**

ANAK			ORANG TUA		
Usia	n	%	Usia	n	%
7 thn	1	10%	35-39 thn	6	60%
8 thn	4	40%	40-44 thn	3	30%
9 thn	4	40%	56 thn	1	10%
11 thn	1	10%			
Jenis kelamin			Jenis Kelamin		
Laki	5	50%	Perempuan	10	100%
Perempuan	5	50%			
Pendidikan			Pendidikan		
SD kelas 2	4	40%	SD	1	10%
SD kelas 3	5	50%	SMP	1	10%
SD kelas 5	1	10%	SMU	3	30%
			D3	1	10%
			S1	3	30%
			S2	1	10%
Alasan berobat ke RSCM					
Dirujuk	5	50%			
Inisiatif sendiri	5	50%			

Sembilan responden orang tua adalah ibu anak asma dan satu nenek sebagai pengasuh utama karena anak tidak tinggal bersama orang tua. Usia para ibu berkisar antara 35-44 tahun, kecuali nenek berusia 56 tahun. Tingkat pendidikan para ibu sebagian besar adalah menengah atas dan sarjana, sedangkan nenek berpendidikan sekolah dasar.

Separuh anak berobat di RSCM atas inisiatif orang tua dan separuh lagi karena mendapat rujukan dari dokter yang merawat sebelumnya. Rujukan dilakukan karena kondisi kesehatan anak memerlukan pemeriksaan atau pengobatan yang lebih lengkap.

#### 4.2. Pengetahuan Anak

Dari 15 pertanyaan dalam kuesioner, ternyata tidak ada responden anak yang berhasil menjawab benar semua pernyataan. Nilai paling tinggi adalah 12 jawaban benar (3 anak: Iz, Vi, Abr) dan nilai paling rendah adalah 5 jawaban benar (1 anak: Au).

**Tabel 5. Skor Pengetahuan Anak Berdasarkan Jumlah Jawaban Benar (skor maksimal=15)**

Anak	Jumlah Jawaban Benar	
	n	%
Iz (9 tahun)	12	80%
Vi (8 tahun)	12	80%
Abr (8 tahun)	12	80%
Kri (9 tahun)	10	66,67%
Dan (8 tahun)	10	66,67%
Li (7 tahun)	10	66,67%
Fa (11 tahun)	10	66,67%
Ank (9 tahun)	9	60%
Ra (9 tahun)	6	40%
Au (8 tahun)	5	33,33%

Kuesioner pengetahuan anak asma dibagi menjadi 5 aspek meliputi pengertian umum, penyebab, gejala, pencegahan serta serangan dan pengobatan.

##### 4.2.1. Pengertian Umum Asma

Dari Tabel 6 terlihat aspek pengertian umum tentang asma telah diketahui cukup baik oleh responden anak, yaitu 80% anak mengetahui bahwa asma bukan penyakit menular. Dua item berikutnya masing-masing juga dapat dijawab benar

oleh 60% responden. Namun hanya 20% responden yang menjawab tepat terhadap item “berolah raga renang secara teratur dapat menyembuhkan asma”. Hal ini menunjukkan masih terjadi salah persepsi terhadap penyakit asma sebagai penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan. Olah raga seperti berenang dan senam asma tidak menyembuhkan, namun meningkatkan kondisi kebugaran tubuh sehingga penderita asma tidak mudah kena serangan atau meringankan serangan.

**Tabel 6. Jumlah Jawaban Benar Pada Tiap Item Kuesioner Pengetahuan Anak (jumlah maksimal=10)**

Item Pengetahuan	n	%
<b>Pengertian umum</b>		
Sakit asma dapat menular pada teman	8	80%
Sakit asma membuat saya merasa sakit terus-menerus	6	60%
Sakit asma artinya alat pernafasan tubuh tidak bekerja dengan baik	6	60%
Berolah raga renang secara teratur dapat menyembuhkan asma	2	20%
<b>Pemicu</b>		
Serangan asma dapat terjadi karena saya alergi pada sesuatu, misalnya debu, serbuk bunga atau binatang	8	80%
Serangan asma dapat terjadi karena saya makan sesuatu misal coklat, chiki	6	60%
<b>Gejala</b>		
Ada rasa sesak (sulit bernafas) saat serangan asma	10	100%
Serangan asma dimulai dengan batuk dan nafas berbunyi	9	90%
<b>Pencegahan</b>		
Serangan asma dapat dicegah dengan menghindari hal-hal yang menyebabkan serangan	7	70%
Serangan asma tidak dapat dicegah	3	30%
Hanya dokter saja yang bisa mencegah serangan asma	1	10%
<b>Serangan Asma dan Pengobatan</b>		
Obat asma dapat digunakan agar saya tidak batuk dan merasa sesak	9	90%
Serangan asma dapat berhenti tanpa diobati	8	80%
Anak usia saya dapat belajar cara menggunakan obat asma	8	80%
Saat serangan asma, saya sebaiknya banyak minum air	5	50%

Dari hasil wawancara diketahui pengetahuan anak asma tentang pengertian umum asma masih kurang. Hal ini ditunjukkan oleh sebagian besar anak tidak dapat menjelaskan yang dimaksud dengan penyakit asma, sementara beberapa anak lainnya menyatakan penyakit asma berarti sesak nafas.

Implikasi keadaan ini pada rancangan program yang dibuat adalah pada aspek pengertian umum tentang asma, responden anak perlu mendapat informasi lebih lanjut tentang pengertian penyakit asma, fisiologi asma sebagai gangguan pernafasan, asma sebagai penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan dan serangan asma yang tidak terjadi terus-menerus.

#### 4.2.2. Pemicu

Pada aspek pemicu terlihat bahwa pengetahuan anak asma sudah cukup baik yaitu lebih dari separuh telah mengetahui pemicu asma antara lain alergi debu atau bulu binatang atau makanan.

Ada hal menarik yang perlu diperhatikan yaitu saat wawancara responden anak bingung ketika ditanya dengan menggunakan kata “pemicu” asma, sehingga peneliti menggantinya dengan kata “penyebab” atau “apa yang dilakukan anak sebelum terjadi serangan”.

Hasil wawancara menyebutkan sebagian besar anak menyatakan tidak tahu tentang pemicu/penyebab asma, walaupun beberapa anak menyatakan pemicu serangan asma yang terjadi pada dirinya adalah debu, melanggar pantangan makanan, kecapaian dan tertawa terlalu keras. Pernyataan “tidak tahu” tentang pemicu asma menarik dikaji karena sebenarnya seluruh anak mengatakan dilarang mengkonsumsi makanan atau minuman tertentu oleh dokter dan orang tua. Jadi seharusnya mereka mengetahui bahwa larangan itulah yang memicu terjadinya serangan. Terhadap keadaan ini peneliti mempunyai beberapa dugaan yaitu:

- a) Responden anak belum memahami hubungan sebab-akibat antara makanan dan minuman tertentu yang dikonsumsinya dengan serangan asma yang dirasakannya. Kemungkinan besar, orang tua dan dokter hanya memberitahu tentang pantangan yang harus dipatuhi namun belum menjelaskan proses terjadinya serangan asma atau hubungan sebab akibat antara pemicu (makanan/minuman) dengan serangan.

- b) Pada anak-anak yang menyatakan tidak tahu, mungkin mereka memang belum mengetahui secara pasti pemicu serangan asma pada dirinya. Hal ini dapat dimengerti karena pemicu serangan asma sering tidak hanya satu atau dua hal, namun bersifat kompleks.

Oleh karena itu pada rancangan program, responden anak perlu mendapat tambahan informasi tentang perbedaan antara penyebab dan pemicu serangan, berbagai jenis pemicu serangan asma, proses terjadinya serangan asma khususnya hubungan sebab akibat antara pemicu dan terjadinya serangan.

#### 4.2.3. Gejala

Pada Tabel 6 terlihat dua item tentang gejala dapat dijawab dengan benar oleh 100% anak pada item “ada rasa sesak (sulit bernafas) saat serangan asma” dan 90% anak pada item “serangan asma dimulai dengan batuk dan nafas berbunyi”. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara yaitu seluruh anak dapat menjelaskan gejala serangan asma yaitu batuk, sesak nafas, sakit saat bernafas dan ada bunyi saat bernafas (antara lain ‘ngik-ngik’).

Implikasi pada rancangan program adalah informasi pada anak tentang gejala umum serangan asma tidak perlu diperdalam. Informasi dapat ditingkatkan dengan menginformasikan gejala serangan yang dihubungkan dengan tingkat keparahan serangan.

#### 4.2.4. Pencegahan

Tabel 6 memperlihatkan bahwa pengetahuan anak tentang pencegahan asma masih kurang baik. Salah satu item bahkan dijawab benar oleh hanya 10% responden anak (“hanya dokter saja yang bisa mencegah serangan asma”). Item “serangan asma tidak dapat dicegah” juga hanya direspon secara benar oleh 30% responden. Keadaan ini sesuai dengan hasil wawancara yaitu sebagian besar anak menyatakan tidak mengetahui cara mencegah serangan asma. Hanya beberapa anak yang menyatakan memakai masker untuk mencegah masuknya debu saat naik motor, mematuhi pantangan makanan atau minuman dan tidak boleh terlalu lelah agar tidak terjadi serangan asma.

Kurangnya pengetahuan anak asma tentang pencegahan serangan secara logis berhubungan dengan kurangnya pengertian anak tentang pemicu serangan. Seperti telah disebutkan dalam sub bab 4.2.2. bahwa seluruh anak tahu tentang pantangan makanan atau minuman tertentu, antara lain coklat, chiki dan es, namun mereka belum memahami pantangan sebagai pemicu serangan.

Selanjutnya dari wawancara diketahui anak kadang melanggar pantangan, walaupun seluruh anak menyatakan lebih sering mematuhi. Lebih lanjut diungkapkan pelanggaran yang dilakukan bukan karena pengaruh teman namun lebih karena tidak mampu menahan keinginannya sendiri. Ajakan teman untuk jajan makanan/minuman yang dipantang dapat ditolak, namun lebih sulit menolak keinginan yang datang dari diri sendiri. Pada umumnya, keadaan ini sesuai dengan terori perkembangan anak usia pertengahan, yaitu anak sudah mengembangkan kemampuan menahan emosi walau masih terbatas. Para responden juga mulai mendapat pengaruh dari teman, namun belum terlalu besar sehingga mereka cukup mampu menolak ajakan teman yang tidak sesuai dengan “aturan”.

Setelah melanggar pantangan makan atau minum, pada beberapa anak serangan asma terjadi tidak lama kemudian atau pada malam harinya. Namun beberapa anak yang lain menyatakan melanggar pantangan makanan dan minuman tidak membuatnya mendapat serangan asma. Secara medis, pemicu serangan sebaiknya dapat diketahui dengan tepat agar anak dapat melakukan upaya pencegahan dengan baik. Namun seringkali pemicu asma bersifat kompleks dan sulit diketahui secara tepat sehingga dokter kemudian menasehatkan berbagai pantangan yang biasanya dianggap dapat memicu serangan. Kondisi ini kemungkinan menyebabkan anak tidak memahami dengan baik konsep sebab akibat antara pantangan dan terjadinya serangan sehingga mereka pun kurang mengerti tentang upaya pencegahan.

Implikasi pada rancangan program yaitu anak asma perlu mendapat informasi mendalam tentang cara mencegah serangan asma dan cara peran aktif anak yang perlu dilakukan agar terhindar dari serangan.

#### 4.2.5. Serangan Asma dan Pengobatan

Pada Tabel 6 sebagian besar anak telah merespon dengan benar terhadap 3 item pada aspek serangan asma dan pengobatannya yaitu “obat asma dapat digunakan agar saya tidak batuk dan merasa sesak” (90%), “serangan asma dapat berhenti tanpa diobati” (80%) dan “anak seusia saya dapat belajar cara menggunakan obat asma” (80%). Sedangkan 1 item “saat serangan asma, saya sebaiknya banyak minum air” direspon secara benar oleh hanya 50% responden.

Hasil kuesioner ini cukup sesuai dengan hasil wawancara yaitu hampir seluruh anak menyatakan saat terjadi serangan yang dilakukannya adalah minum atau menghirup obat. Sebagian anak juga menyatakan dapat meminum atau menghirup obatnya sendiri tanpa bantuan orang tua.

Dari wawancara juga diketahui, responden anak mengutamakan penggunaan obat untuk mengatasi serangan. Hanya satu anak (Au) yang menyatakan hanya duduk diam saat terjadi serangan karena tidak ada obat. Responden anak kurang mengetahui upaya-upaya lain untuk meringankan serangan. Beberapa anak menyebutkan upaya lain yang dilakukan adalah berbaring dengan posisi bantal yang tinggi, minum rebusan daun saga dan dadanya digosok dengan balsam. Mereka tidak menyebutkan banyak minum air putih dapat membantu meringankan serangan.

Keadaan ini perlu diperhatikan lebih seksama karena anak terkesan merasa cukup aman dengan adanya obat. Dalam wawancara mereka menceritakan obat sangat membantu saat terjadi serangan. Setelah minum atau menghirup obat, dalam waktu yang tidak terlalu lama serangan mereda. Peneliti menduga keadaan ini merupakan kelanjutan dari kurangnya pengetahuan anak tentang penyebab dan pencegahan serangan asma. Pada anak usia pertengahan, walaupun telah mempunyai kemampuan kognitif lebih baik namun anak masih melihat pada situasi konkrit. Secara konkrit mereka merasakan walaupun pantangan dilanggar dan kemudian terjadi serangan, namun obat membantu meredakan serangan sehingga mereka kurang menyadari bahwa obat sebenarnya adalah alat bantu dan yang utama adalah upaya pencegahan.

Oleh karena itu anak perlu mendapat tambahan informasi tentang peran obat dalam mengontrol serangan asma dan cara penggunaannya dengan tepat.

#### 4.3. Kualitas Hidup Anak Asma

Kuesioner kualitas hidup terdiri dari 23 item yang menggambarkan kualitas hidup anak asma seminggu sebelumnya dan terdiri dari 3 sub skala yaitu simtom, aktivitas dan emosi. Nilai rerata maksimal adalah 7 dan minimal 1. Nilai 7 menunjukkan tidak ada gangguan terhadap kualitas hidupnya sedangkan nilai 1 menunjukkan kualitas hidupnya sangat terganggu oleh asma.

**Tabel 7. Nilai Rerata Kualitas Hidup Anak Asma (minimal=1 maksimal=7)**

<b>Fungsi</b>	<b>Rerata</b>
Simtom	4,56
Aktivitas	4,94
Emosi	5,16
Total Kualitas Hidup	4,85

Tabel 7 menunjukkan nilai rerata tiap sub skala dan total kualitas hidup. Nilai rerata total kualitas hidup adalah 4,85 yang menunjukkan ada gangguan terhadap kualitas hidup anak asma karena asma yang dideritanya. Nilai rerata sub skala simtom paling rendah di antara fungsi-fungsi lainnya. Hal ini menunjukkan simtom asma (pada kuesioner adalah batuk; kelelahan; nafas bersuara; rasa sesak di dada; bernafas pendek; terbangun ketika tidur malam; kehabisan nafas; kesulitan tidur malam; kesulitan bernafas) dirasakan paling mengganggu kualitas hidup. Sementara itu fungsi emosi mempunyai nilai paling besar dibanding fungsi lainnya. Hal ini menunjukkan fungsi emosi (meliputi perasaan jengkel; khawatir, prihatin, terganggu; marah; uring-uringan; perasaan berbeda; jengkel karena tidak dapat bergabung; tidak nyaman; ketakutan oleh serangan asma) paling sedikit terganggu karena asma.



**Tabel 8. Urutan Nilai Rerata Kualitas Hidup Anak Asma  
(minimal=1 maksimal=7)**

Anak	Rerata
Iz	7
Dan	6,56
Li	5,48
Kri	5,22
Fa	4,35
Ank	4,22
Abr	4,13
Ra	4,09
Vi	3,87
Au	3,61

Dari Tabel 8 terlihat hasil kuesioner menunjukkan nilai rerata kualitas hidup yang terkecil adalah 3,61 dan nilai tertinggi 7. Pada responden Iz yang nilai kualitas hidupnya 7 perlu dilakukan upaya mengontrol asma secara berkesinambungan agar kualitas hidupnya tetap baik. Dari wawancara diketahui bahwa seminggu sebelum asesmen Iz memang baru pulih dari serangan asma yang beberapa kali menggangukannya selama sebulan sebelumnya (April-Mei 2008). Sedangkan responden Au yang nilai kualitas hidupnya paling rendah, peneliti menduga ada hubungannya dengan pengobatan asma yang tidak dilakukan saat terjadi serangan. Jika penanganan asma Au dilakukan dengan baik, nilai kualitas hidupnya kemungkinan akan meningkat.

Jika nilai kualitas hidup anak dibandingkan dengan skor pengetahuan asmanya (lihat Tabel 5), ternyata Iz yang memiliki nilai kualitas hidup tertinggi juga memiliki skor pengetahuan yang tertinggi. Sedangkan Au yang memiliki nilai kualitas hidup terendah juga memiliki skor pengetahuan terendah. Dari kondisi ini dapat disimpulkan pengetahuan yang lebih baik kemungkinan mempengaruhi penanganan asma menjadi lebih baik sehingga membuat kualitas hidup anak asma juga lebih tinggi.

Implikasi kondisi ini pada rancangan program adalah anak perlu mendapat informasi tentang perlunya melakukan upaya mengontrol asma secara sinambung

agar simtom asma tidak mengganggu kualitas hidup. Di samping itu, diperlukan juga memberikan materi tentang cara mengatasi emosi negatif yang timbul berkaitan dengan asma yang diderita anak.

#### 4.4. Kebutuhan Anak Asma Terhadap Dukungan Informasi dan Emosional

**Tabel 9. Kebutuhan Anak Asma Terhadap Dukungan Informasi dan Emosional**

<b>Kebutuhan Dukungan Informasi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1. Saya ingin mendapat informasi tentang asma	10	100%
2. Saya ingin mendapat informasi tentang pengobatan asma	8	80%
3. Saya ingin mendapat informasi tentang penyebab serangan asma	10	100%
4. Saya ingin mendapat informasi tentang cara menangani serangan asma	8	80%
5. Saya ingin mendapat informasi tentang kegiatan yang boleh atau tidak boleh dilakukan saat serangan	8	80%
6. Saya ingin mendapat informasi tentang cara-cara agar tidak sering serangan asma	10	100%
<b>Kebutuhan Dukungan Emosional</b>		
1. Saya ingin membicarakan ketakutan saya tentang asma	4	40%
2. Saya ingin membicarakan kekhawatiran saya bahwa asma dapat mempengaruhi masa depan saya	3	30%
3. Saya ingin berbagi cerita dengan teman lain yang menderita asma	4	40%
4. Saya ingin membicarakan cara memberitahu teman kalau saya menderita asma	2	20%

##### 4.3.1. Dukungan Informasi

Tabel 9 memperlihatkan seluruh anak menyatakan ingin mendapat informasi tentang asma, penyebab serangan dan cara agar tidak sering kena serangan. Sedangkan informasi tentang pengobatan asma, cara penanganan serangan dan kegiatan yang boleh dilakukan saat serangan ingin diketahui oleh 80% responden. Sebanyak 20% responden menyatakan tidak ingin mendapat

informasi itu karena merasa dianggap cukup rumit sehingga lebih tepat diberikan kepada ibunya. Mereka khawatir tidak bisa mengingat keterangan mendetil tentang hal itu.

Dari hasil wawancara, anak ingin mendapatkan informasi melalui buku panduan, CD dan pertemuan tatap muka. Mereka mengharapkan pemberi informasi adalah dokter. Jika dilakukan pertemuan tatap muka, mereka ingin dilakukan di rumah sakit, rumah, sekolah atau tempat yang nyaman antara lain kafe dan tempat bermain anak.

**Tabel 10. Bentuk Informasi, Pemberi Materi dan Lokasi Pertemuan Yang Diinginkan Anak**

Bentuk Informasi	
Buku	5 anak
CD	2 anak
Pertemuan tatap muka	8 anak
Pemberi Materi Tatap Muka	
Dokter	4 anak
Lewat orang tua	1 anak
Tidak menyebutkan	3 anak
Lokasi Pertemuan Tatap Muka	
RS	3 anak
Lainnya: rumah, sekolah, kafe, taman bermain	4 anak

Dengan demikian, rancangan program dibuat dalam bentuk pertemuan tatap muka yang dilengkapi dengan buku panduan untuk dibawa pulang. Pemberi materi adalah dokter atau petugas kesehatan lainnya, khususnya untuk materi yang berkaitan dengan penanganan asma secara medis. Lokasi pertemuan diupayakan di tempat yang nyaman bagi anak-anak.

#### 4.3.2. Dukungan Emosional

Hasil yang berbeda terlihat pada kebutuhan anak terhadap dukungan emosional yaitu kurang dari separuh anak yang menyatakan ingin membicarakan ketakutannya tentang asma, membicarakan kekhawatiran asma dapat mempengaruhi masa depan dan berbagi cerita dengan teman lain yang asma.

Bahkan hanya 20% yang menyatakan ingin membicarakan cara memberitahu teman tentang asma yang dideritanya. Hal ini berkaitan dengan hasil wawancara yaitu responden anak menyatakan merasa malu karena mempunyai penyakit asma sehingga merasa tidak perlu memberitahu teman tentang penyakitnya. Sebagian besar anak-anak tersebut juga menyatakan tidak merasa takut atau khawatir tentang penyakitnya. Mereka menyatakan bahwa obat akan membantu mereka mengatasi serangan. Mereka juga enggan berbagi cerita dengan teman lain yang menderita asma karena merasa tidak ingin dibedakan dengan anak tanpa penyakit asma atau *"nggak mau ngumpul sama temen-temen asma nanti jadi nggak enak"*.

Implikasi kondisi di atas terhadap rancangan program adalah memberikan sesi yang memungkinkan anak asma yang membutuhkannya untuk dapat membicarakan kebutuhan dukungan emosional dan cara mendapatkannya.

#### 4.5. Pengetahuan Orang Tua

Pada Tabel 11 berikut ini terlihat tidak ada responden orang tua yang berhasil menjawab benar semua pernyataan. Nilai paling tinggi adalah 13 jawaban benar (Ibu Iz) dan nilai paling rendah adalah 6 jawaban benar (Ibu Au).

**Tabel 11. Skor Pengetahuan Orang Tua Berdasarkan Jumlah Jawaban Benar (skor maksimal=15)**

Orang Tua	Jumlah Jawaban Benar	
	n	%
Iz (39 tahun)	13	86,67%
Dan (42 tahun)	12	80%
Kri (36 tahun)	10	66,67%
Li (39 tahun)	10	66,67%
Ank (35 tahun)	10	66,67%
Abr (35 tahun)	9	60%
Vi (56 tahun)	8	53,33%
Ra (44 tahun)	8	53,33%
Fa (41 tahun)	7	46,67%
Au (39 tahun)	6	40%

Kuesioner pengetahuan orang tua anak asma dibagi menjadi 5 aspek meliputi pengertian umum, pemicu, gejala, pencegahan serta serangan dan pengobatan.

#### 4.5.1. Pengertian Umum

**Tabel 12. Jumlah Jawaban Benar Pada Tiap Item Kuesioner Pengetahuan Orang Tua (jumlah maksimal=10)**

Item Pengetahuan	n	%
<b>Pengertian Umum</b>		
Saat terjadi serangan asma, saluran pernafasan mengerut sehingga menjadi sesak nafas.	10	100%
Sakit asma dapat menular pada orang lain	10	100%
Sakit asma artinya paru-paru diserang kuman penyakit	3	30%
Berolah raga renang secara teratur dapat menyembuhkan asma	2	20%
<b>Pemicu</b>		
Serangan asma dapat terjadi karena alergi pada sesuatu, misalnya debu, serbuk bunga atau binatang	10	100%
<b>Gejala</b>		
Serangan asma dimulai dengan batuk dan nafas berbunyi	8	80%
<b>Pencegahan</b>		
Serangan asma dapat dicegah dengan menghindari pemicunya	10	100%
Serangan asma tidak dapat dicegah	6	60%
<b>Serangan Asma dan Pengobatan</b>		
Obat asma ada dua jenis yaitu untuk mencegah dan mengobati serangan	9	90%
Serangan asma dapat berhenti sendiri tanpa diobati	7	70%
Saat serangan asma, penderita sebaiknya banyak minum air	5	50%
Obat asma yang diminum bereaksi sama cepat dengan obat yang dihirup	4	40%
Obat asma dapat menyebabkan ketagihan jika digunakan dalam waktu lama	3	30%
Jika sering menggunakan obat asma, lama-ke-lamaan obat itu tidak manjur lagi.	3	30%
Efek samping obat asma yang dihirup lebih besar daripada obat asma yang diminum	3	30%

kemungkinan membuat Ibu Fa merasa nyaman dan kurang aktif mencari informasi tentang asma. Hal ini dapat dilihat dari skor kualitas hidup, terlihat bahwa skor Ibu Fa cukup baik dan lebih besar daripada skor anaknya. Sedangkan Fa kemungkinan lebih banyak mendapat informasi tentang asma dari sepupunya yang perawat berupa buku dan penjelasan lisan. Oleh karena itu wajar jika skor pengetahuan Fa lebih tinggi daripada ibunya.

Vi (8 tahun) diasuh dan tinggal bersama nenek dan kakeknya di kawasan Cimanggis. Kedua orang tuanya bekerja dan tinggal di luar kota. Menurut penuturan Nenek Vi, anak Vi adalah anak yang cukup cerdas dan kritis, termasuk menanyakan isi ramuan tradisional yang diberikan kepadanya saat kena serangan asma. Nenek Vi berpendidikan sekolah dasar dan kesulitan membaca huruf Latin. Saat mengisi kuesioner, Nenek Vi meminta peneliti membacakannya. Akses pengetahuan Vi tentang asma adalah dari dokter sedangkan Nenek Vi memperolehnya dari dokter dan teman-teman pengajiannya. Peneliti menduga Vi menangkap informasi dari dokter lebih baik dibandingkan Nenek Vi sehingga mempunyai pengetahuan yang lebih baik.

Abr terlihat sebagai anak yang cukup pintar. Saat merespon kuesioner, Abr menggunakan kata "yes" dan "no". Peneliti tidak menemukan hal istimewa yang membuat Abr mempunyai skor pengetahuan lebih baik daripada ibunya. Namun perlu dicatat bahwa Ibu Abr tampaknya kurang bisa menerima Abr menderita asma. Walaupun deskripsi kondisi Abr dan diagnosis dokter menyatakan bahwa Abr menderita asma, namun Ibu Abr cenderung menyatakan anaknya tidak menderita asma karena hanya batuk dan tidak ada nafas berbunyi. Persepsi Ibu Abr tentang asma termasuk persepsi yang salah karena menurut dokter, asma tidak selalu harus disertai nafas berbunyi. Masih menjadi pertanyaan apakah kondisi "kurang menerima" ini berpengaruh pada pengetahuan Ibu Abr.

#### 4.8.2. Hubungan Skor Kualitas Hidup Anak Asma Dengan Orang Tuanya

Dari Tabel 17, terlihat rerata kualitas hidup anak lebih kecil daripada orang tuanya. Dari kondisi ini peneliti menduga anaklah yang merasakan serangan asma sehingga kualitas hidup lebih terganggu daripada orang tua. Selain itu pada

kanak-kanak usia pertengahan, anak asma belum sepenuhnya mampu mengembangkan *problem solving skill* atau cara *coping* lainnya. Orang tua kemungkinan lebih mampu mengembangkan cara *coping* menghadapi anak asma sehingga kualitas hidupnya lebih baik. Oleh karena itu perlu diteliti bagaimana adaptasi dan *coping* orang tua dalam menangani asma pada anak dan apakah hal itu berpengaruh pada kualitas hidup anak.

Beberapa anak mempunyai skor kualitas hidup lebih tinggi daripada orang tuanya yaitu Ra, Li, Iz, Au serta Dan. Pada Li, Iz serta Dan hal ini kemungkinan disebabkan anak merasa nyaman dengan penanganan asma yang dilakukan orang tua sehingga nilai kualitas hidupnya lebih baik. Pada Ra dan Au, walaupun nilainya lebih tinggi daripada orang tuanya, namun dibanding anak-anak yang lain nilai kualitas hidupnya lebih kecil sehingga penanganannya masih kurang baik.

#### 4.8.3. Hubungan Skor Pengetahuan Anak Dengan Kualitas Hidup Anak

Peneliti telah memaparkan hubungan pengetahuan anak dengan kualitas hidup anak pada sub bab 4.3. halaman 42. Peneliti menduga ada hubungan antara skor pengetahuan anak dengan kualitas hidup anak. Skor pengetahuan yang lebih baik diduga membuat anak lebih mampu melakukan penanganan asma sehingga membuat kualitas hidupnya menjadi lebih baik.

#### 4.8.4. Hubungan Skor Pengetahuan Orang Tua dengan Kualitas Hidup Orang Tua

Pada sub bab 4.6 halaman 52 peneliti telah memaparkan tentang kemungkinan hubungan pengetahuan orang tua dengan kualitas hidup orang tua anak asma. Peneliti menduga skor pengetahuan orang tua berkorelasi dengan kualitas hidup orang tua baik langsung maupun tidak langsung. Skor pengetahuan yang lebih baik diduga mempengaruhi penanganan asma anak menjadi lebih baik sehingga kualitas hidup orang tua tidak banyak terganggu.

#### 4.8.5. Hubungan Skor Pengetahuan Orang Tua dengan Kualitas Hidup Anak

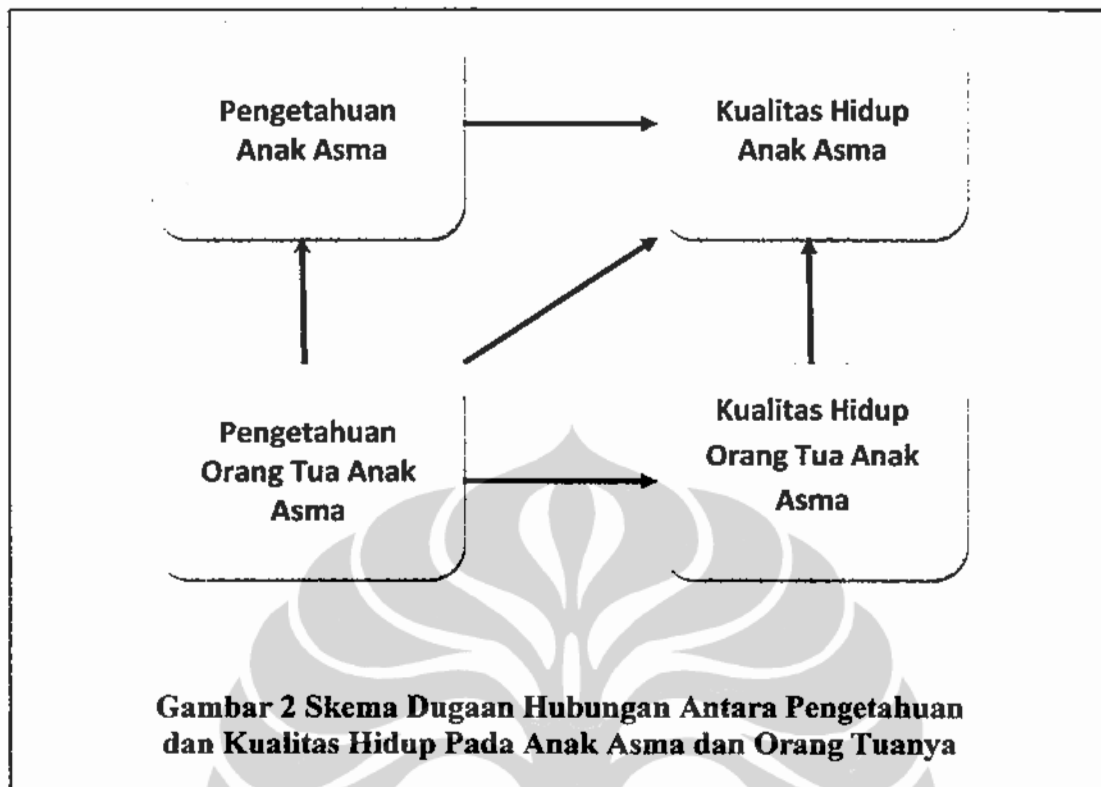
Dari Tabel 17 terlihat skor pengetahuan Ibu Iz adalah tertinggi dan ternyata kualitas hidup anak Iz juga tertinggi. Sebaliknya skor pengetahuan Ibu Au terendah dan kualitas hidup anak Au juga terendah.

Pengetahuan Ibu Iz yang baik tentang asma kemungkinan membuat penanganan asma anak Iz menjadi baik sehingga kualitas hidup anak Iz juga baik. Dari wawancara diketahui anak Iz telah mampu menggunakan sendiri obat asma jika terjadi serangan dan mempunyai persediaan obat asma di rumah. Ibu Iz juga memberitahu guru di sekolah tentang asma yang diderita Iz. Walaupun Ibu Iz bekerja, namun sehari-hari mendapat bantuan dari nenek Iz untuk menangani asma Iz.

Pengetahuan Ibu Au yang rendah kemungkinan membuat penanganan asma anak Au menjadi tidak baik sehingga kualitas hidup anak Au juga kurang baik. Dari wawancara diketahui anak Au tidak mendapat penanganan asma yang baik. Setiap kali mendapat serangan sesak nafas, Au tidak mendapat obat dan hanya diurut dadanya dengan balsam oleh Ibu Au. Ibu Au bahkan berpendapat sesak nafas yang sering dirasakan Au masih dapat ditahan karena Au lebih besar sehingga Ibu Au lebih fokus menangani penyakit adik Au. Sehari-hari Ibu Au adalah seorang ibu rumah tangga yang lebih banyak mengurus kedua anaknya di rumah kontrakan. Ibu Au mengatakan cukup kewalahan mengurus kedua anaknya sendirian sementara suaminya bekerja di luar kota dan dia tidak mempunyai pembantu.

Dari kondisi ini peneliti menduga pengetahuan orang tua kemungkinan berhubungan dengan kualitas hidup anak. Pengetahuan orang tua yang adekuat tentang asma anak kemungkinan membuat penanganan asma anaknya menjadi lebih baik sehingga mempengaruhi kualitas hidup anak asma menjadi lebih baik pula. Berbagai dugaan peneliti tersebut tergambar dalam skema berikut ini.





#### 4.9. Hasil Wawancara Dengan Dokter Spesialis Paru Anak

Dokter spesialis paru anak yang diwawancarai adalah dr. Darmawan Budi Setyanto, Sp. A (K) yang merupakan Kepala Divisi Respirologi Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI – RSCM Jakarta.

Dokter Darmawan menyatakan bahwa saat ini informasi yang diberikan dokter kepada orang tua anak asma lebih ditekankan pada pengertian asma dan meluruskan persepsi-persepsi yang salah tentang penyakit asma, antara lain pendapat masyarakat bahwa asma selalu berarti sesak nafas. Menurut beliau, asma tidak selalu sesak nafas, ada juga yang gejalanya hanya batuk terus-menerus dan setelah diperiksa fungsi parunya ternyata asma.

Menurutnya, orang tua sering mengeluhkan kondisi anaknya dan menanyakan kapan anaknya dapat sembuh atau terbebas dari asma. Keluhan ini terjadi karena orang tua belum memahami asma sebagai penyakit yang bersifat kronis dan tidak dapat disembuhkan. Dokter biasanya menjelaskan pada orang tua bahwa asma adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan namun dapat

dikontrol agar tidak sering kambuh. Pengontrolan asma yang paling utama adalah dengan menghindari pemicu “ *avoid the triggers, avoid the triggers, avoid the triggers*”. Dokter Darmawan menyatakan sering menjelaskan dengan membuat analogi alergi udang yaitu tanda-tanda alerginya hilang jika orang yang bersangkutan minum obat dan tidak makan udang lagi. Serangan asma tidak terjadi jika tidak ada pemicunya. Sayangnya, pemicu asma cukup banyak dan kadang sulit diidentifikasi sehingga diperlukan obat untuk membantu mencegah dan meringankan serangan.

Dokter Darmawan menyatakan bahwa saat ini informasi lebih banyak diberikan kepada orang tua. Pemberian informasi berupa penyuluhan langsung pada anak-anak diberikan saat ada kegiatan *Asthma Camp* yang menjadi kegiatan rutin Klinik Asma/Suddhaprana RSCM setahun sekali (bekerja sama dengan Yayasan Suddhaprana). Setelah kegiatan itu, tidak ada tindak lanjut kepada anak.

Menurut Dokter Darmawan, upaya memonitor keadaan asma anak dengan Lembar Catatan Harian seperti yang disarankan oleh GINA (2006) maupun Pedoman Nasional Asma Anak (Rahajoe, Supriyatno, Setyanto, 2004) seharusnya dapat diajarkan pada anak dan orang tua untuk mengontrol asma. Saat ini upaya itu belum dilakukan dan lebih sering digunakan untuk penelitian. Di samping Lembar tersebut, saat ini juga ada *Asthma Control Test* (ACT) untuk menilai kondisi asma anak usia 12 tahun ke atas (lihat Lampiran 7).

## 5. KESIMPULAN, DISKUSI DAN SARAN

### 5.1. Kesimpulan

Dari analisis hasil penelitian peneliti membuat kesimpulan sebagai berikut:

- a) Sebagian besar anak telah mempunyai pengetahuan yang baik tentang gejala umum asma, namun masih ada persepsi yang salah tentang pengertian umum asma, pemicu/penyebab serangan, pencegahan dan peran pengobatan asma.
- b) Nilai rerata kualitas hidup anak asma yaitu 4,85 menunjukkan anak asma merasa terganggu kualitas hidupnya karena penyakit yang diderita (nilai maksimal 7=tidak ada gangguan).
- c) Sebagian besar anak asma (80% – 100%) menginginkan dukungan informasi, namun hanya 20% – 40% yang membutuhkan dukungan emosional. Berdasarkan wawancara, penyebab rendahnya kebutuhan dukungan emosional adalah sebagian besar anak menganggap tidak perlu memberitahu teman tentang penyakitnya karena merasa malu menderita asma; tidak ingin dibedakan dengan anak tanpa penyakit asma dan tidak merasa takut atau khawatir tentang penyakitnya sebab obat akan membantu mereka mengatasi serangan.
- d) Materi dan bentuk program edukasi untuk anak asma sesuai dengan hasil asesmen terdapat pada lampiran.
- e) Sebagian besar orang tua anak asma telah mempunyai pengetahuan yang cukup tentang gejala umum asma dan pencegahan, namun masih ada persepsi yang salah tentang pengertian umum asma, pemicu/penyebab serangan dan peran pengobatan asma.
- f) Nilai rerata kualitas hidup orang tua anak asma yaitu 5,08 menunjukkan orang tua anak asma merasa terganggu kualitas hidupnya karena penyakit yang diderita anak (nilai maksimal 7=tidak ada gangguan).
- g) Seluruh orang tua anak asma (100%) menginginkan dukungan informasi dan sebagian besar (80 – 90%) membutuhkan dukungan emosional.
- h) Materi dan bentuk program edukasi untuk orang tua anak asma sesuai dengan hasil asesmen terdapat pada lampiran.

## 5.2. Diskusi

### 5.2.1. Metode Penelitian

Asesmen ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan mengisi kuesioner dan dilengkapi dengan pendekatan kualitatif yaitu wawancara semi terstruktur. Penggunaan dua metode ini terbukti menguntungkan karena dapat saling melengkapi hasil.

Peneliti menilai metode asesmen ini cukup mudah dilakukan sehingga dapat direplikasi di pelayanan kesehatan lainnya. Cara pengumpulan data dapat dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan sehingga memudahkan petugas dan menghemat sumber daya.

### 5.2.2. Kata “Pemicu” Diganti Dengan “Penyebab” Asma

Ada hal menarik yang perlu diperhatikan saat wawancara tentang penyebab dan pemicu asma. Responden anak bingung ketika ditanya dengan menggunakan kata “pemicu” asma, sehingga peneliti menggantinya dengan kata “penyebab” atau “apa yang dilakukan anak sebelum terjadi serangan”. Sedangkan responden orang tua menganggap kata penyebab dan pemicu asma sama saja, sehingga jawaban orang tua terhadap pertanyaan penyebab adalah sama dengan pemicu.

Secara teori tentang asma (lihat Bab 2), penggantian kata ini tidak sepenuhnya benar karena penyebab dan pemicu asma berbeda. Namun peneliti terpaksa melakukannya untuk memudahkan proses wawancara. Menurut pengamatan peneliti, dalam percakapan sehari-hari antara dokter dan pasien asma, penggantian ini pun sering terjadi untuk menyamakan persepsi antara dokter dan pasien. Pasien tidak mengerti perbedaan antara konsep penyebab dan pemicu asma, sehingga dokter cenderung menggunakan kata “penyebab” untuk membicarakan “pemicu” asma.

### 5.2.3. Keterbatasan Penelitian

Beberapa keterbatasan penelitian ini yaitu:

- a) Hasil penelitian tidak dapat digeneralisasi mengingat jumlah sampel yang kecil dan terbatas hanya pada satu klinik di satu rumah sakit.

- b) Penelitian ini tidak mengukur status asma anak yaitu terkontrol, terkontrol sebagian atau tidak terkontrol. Dari hasil wawancara dengan dokter spesialis paru anak diperoleh informasi suatu kuesioner yang terdiri dari 5 item yaitu *Asthma Control Test* (ACT). Pada penelitian selanjutnya, alat ini dapat digunakan untuk mengevaluasi status asma anak usia 12 tahun ke atas.
- c) Tujuan utama penelitian sebagai suatu asesmen kebutuhan adalah untuk membuat rancangan program edukasi, namun dari analisis hasil penelitian peneliti menyimpulkan dugaan-dugaan tentang hubungan pengetahuan dengan kualitas hidup anak asma dan orang tuanya. Dugaan tersebut tidak dapat dibuktikan dengan uji statistik karena jumlah sampel penelitian ini yang terbatas. Penelitian selanjutnya perlu menggunakan jumlah sampel yang signifikan untuk melakukan uji statistik agar dapat membuktikan korelasi antara variabel yang diduga saling berhubungan. Jika pembuktian ini dapat dilakukan, maka akan memperkaya teori tentang kualitas hidup anak asma dan orang tuanya.
- d) Penelitian ini tidak dapat memberikan kesimpulan pada sampel anak asma dan orang tua yang diteliti tentang mana yang lebih berpengaruh terhadap kualitas hidup anak asma: tingkat pengetahuan anak atau orang tua. Penelitian selanjutnya perlu dilakukan untuk mengetahuinya agar rancangan program yang dibuat dapat lebih efektif dan efisien menyangkut titik berat materi serta lebih berfokus pada kelompok anak atau orang tua.
- e) Berdasarkan wawancara dan pengamatan peneliti, timbul pertanyaan tentang kemungkinan variabel lain yang tidak diteliti namun dapat mempengaruhi penanganan anak asma dan kualitas hidupnya, antara lain pengaruh sikap/kepedulian orang tua anak asma serta pengaruh tingkat sosial ekonomi keluarga.

Contoh: Salah satu kasus yaitu Ibu Au terkesan kurang peduli dan kurang menganggap penting untuk segera melakukan penanganan asma pada anaknya yang sering kena serangan. Walaupun tinggal di rumah kontrakan, namun Ibu Au berlangganan televisi kabel, yang sedang dipasang saat peneliti melakukan wawancara di rumahnya, sehingga disimpulkan seharusnya tidak ada masalah keuangan untuk menangani asma pada anaknya. Selain itu skor

pengetahuan Ibu Au tentang asma juga rendah sehingga menimbulkan pertanyaan tentang pengaruh variabel lain yaitu sikap orang tua dan tingkat sosial ekonomi keluarga.

### 5.3. Saran

- a) Asesmen yang sama perlu dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk meningkatkan penanganan asma, khususnya pada anak. Asesmen yang sama juga dapat dilakukan pada remaja.
- b) Sesuai saran dokter spesialis paru anak, untuk asesmen berikutnya perlu menambah alat ukur yaitu ACT untuk mengetahui status asma anak usia 12 tahun ke atas.
- c) Rancangan program perlu dilaksanakan pada subyek yang diteliti dan kemudian dilakukan asesmen kembali untuk mengetahui skor pengetahuan dan kualitas hidup anak asma dan orang tuanya.
- d) Penelitian selanjutnya perlu dilakukan dengan jumlah sampel yang signifikan untuk menguji berbagai korelasi antara pengetahuan anak asma dan orang tuanya seperti tercantum di atas.
- e) Penelitian selanjutnya perlu mendalami mana yang lebih berpengaruh terhadap kualitas hidup anak asma: tingkat pengetahuan anak atau orang tua.
- f) Penelitian selanjutnya dapat mengelaborasi beberapa variabel lainnya yang diduga berpengaruh terhadap kualitas hidup anak asma yaitu sikap/kepedulian orang tua dan tingkat sosial ekonomi keluarga.

## DAFTAR PUSTAKA

- Blackman, J.A., & Gurka, M.J. (2007). Developmental and behavioral comorbidities of asthma in children. *Journal Developmental Behavior Pediatric*, 28:92–99. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 15 Juni 2008.
- Brook, U., & Tepper, I. (1997). Self image, coping and familial interaction among asthmatic children and adolescents in Israel. *Patient Education and Counseling*, Vol. 30 Hal. 187-192. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 22 November 2007.
- DiMatteo. M.R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*. Vol. 23, No. 2, 207–218. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 16 Juni 2008.
- Dolarin, R., Kumar, V., Coutu-Wakulczyk, G., & Rowe, B.H. (2000). Pilot study of a home-based asthma health education program. *Patient Education and Counseling*, Vol. 40 Hal. 93-102. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 29 Mei 2008.
- Englund, A.D., Rydstrom, I., & Norberg, A. (2001). Being the parent of a child with asthma. *Pediatric Nursing* Vol. 27 No.4. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 19 Juni 2007.
- Fitzclarence, C.A., & Henry, R.L. (1990). Validation of an asthma knowledge questionnaire. *Journal of Paediatric and Child Health*. Vol 26. Pg 200-204. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 29 April 2008.
- Garay-Sevilla, M.E., Nava, L.E., Malacara, J.M., Huerta, R., de Ledn, J.D., Mena, A., & Fajardo, M.E. (1995). Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*. Vol.9 Pg.81-86. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 16 Juni 2008.
- Glazebrook, C., et al. (2006). Asthma as a barrier to children's physical activity: Implications for body mass index and mental health. *Pediatrics*. Vol.118, Number 6 December 2006. Diambil dari [www.proquest.com](http://www.proquest.com) pada 23 Maret 2007.
- Global Initiative for Asthma (2006). *Pocket guide for asthma management and prevention in children*. Diambil dari [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org) pada tanggal 13 Maret 2008.
- Homer, S.D. (1999). Asthma self-care: Just another piece of school work. *Pediatric Nursing*; Nov/Dec 1999; 25, 6. Diambil dari [www.proquest.com](http://www.proquest.com) pada 4 Juni 2007
- Judarwanto, W. (2006). Asma pada anak: Gangguan yang menyertai dan fakta yang belum terungkap. Makalah dipresentasikan dalam *Seminar Cara Efektif Mengatasi Asma*. Minggu, 30 April 2006, RS Bunda, Jakarta.

- Juniper, E.F., Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Ferrie, P.J., Griffith, L.E., & Townsend, M. (1996a). Measuring quality of life in children with asthma. *Quality of Life Research*, Vol. 5, No. 1, pp. 35-46. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 23 April 2008.
- Juniper, E.F., Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Ferrie, P.J., Griffith, L.E., & Townsend, M. (1996b). Measuring quality of life in the parents of children with asthma. *Quality of Life Research*, Vol. 5, No. 1, pp. 27-34. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 23 April 2008.
- Kurnat, E. I., & Moore, C. M. (1999). The impact of a chronic condition on the families of children with asthma. *Pediatric Nursing*; May/Jun 1999; 25, 3. Diambil dari [www.proquest.com](http://www.proquest.com) pada 4 Juni 2007.
- Liu, C., & Feekery, C. (2001). Can asthma education improve clinical outcomes? An evaluation of a pediatric asthma education program. *Journal of Asthma* Vol. 38 No. 3 Pg. 269-278. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 23 Juni 2008.
- Mangoenprasodjo, A.S. (2005). *Asma? Hidup sehat dan normal bagi penderita*. Yogyakarta: Thinkfresh.
- Mannino, D. M., et al. (2006). Boys with high body masses have an increased risk of developing asthma: Findings from the National Longitudinal Survey Of Youth (NLSY)." *International Journal of Obesity and Related Disorders*. Vol. 30(1): 6. Diambil dari [www.proquest.com](http://www.proquest.com) pada 4 Juni 2007.
- Marsac, M.L., Funk, J.B., & Nelson, L. (2006). Coping styles, psychological functioning and quality of life in children with asthma. *Child: Care, Health and Development*, Vol. 33, No. 4, Pg. 360-367. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 15 Juni 2008.
- McMullen, A., Yoos, H.L., Anson, E., Kitzmann, H., Halterman, J.S., & Arcoleo, K.S. (2007). Asthma care of children in clinical practice: Do parents report receiving appropriate education? *Pediatric Nursing/January-February 2007/Vol. 33/No. 1*. Diambil dari [www.proquest.com](http://www.proquest.com) pada 4 Juni 2007.
- McNelis, A.M., Musick, B., Austin, J.K., Larson, P., & Dunn, D.W. (2007). Psychosocial care needs of children with recent-onset asthma. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. Jan 2007; 12, 1. Diambil dari [www.proquest.com](http://www.proquest.com) pada 23 Maret 2007.
- Meltzer, L.J., & Moore, M. (2008). Sleep disruptions in parents of children and adolescents with chronic illnesses: Prevalence, causes, and consequences. *Journal of Pediatric Psychology* Vol. 33(3) pp. 279-291. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 18 Juni 2008.
- Mesters, I., Meertens, R., & Crebolder, H., Parcel, G. (1993). Development of a health education program for parents of preschool children with asthma. *Health Education Research*. Vol. 8 No.1 Pg 53-68. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 18 Mei 2008.
- Mesters, I., Pieterse, M., & Meertens, R. (1991). Pediatric asthma, a qualitative and quantitative approach to need assessment. *Patient Education and*



- Counseling*. No. 17 Pg. 23-34. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 22 November 2007.
- Olson, L.M., Radecki, L., Frintner, M.P., Weiss, K.B., Korfmacher, J., & Siegel, R.M. (2007). At what age can children report dependably on their asthma health status? *Pediatrics*. Vol.119. Diambil dari [www.proquest.com](http://www.proquest.com) pada 9 Maret 2007.
- Papalia, D, Olds, S.W., & Feldman, R.D.. (2007). *Human development*. 10<sup>th</sup> edition. New York: McGraw-Hill International Edition.
- Parcel, G.S., Nader, P.R., & Tiernan, K. (1980). A health education program for children with asthma. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. Vol. 1 No.3.
- Penderita Asma Terus Meningkat*. Kamis, 4 Mei, 2006. Tulisan dalam [www.gizi.net](http://www.gizi.net) diambil 15 Maret 2007).
- Perez, M.G., Feldmana, L., & Caballerob, F.N. (1999). Effects of a self-management educational program for the control of childhood asthma. *Patient Education and Counseling*. Vol. 36 Pg. 47–55. Diambil dari [www.proquest.com](http://www.proquest.com) pada 22 November 2007.
- Pradel, F.G., Hartzeman, A. G., & Bush, P.J. (2001). Asthma self management: the perspective of children. *Patient Education and Counseling*. Vol. 45 Pg. 199-209. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 28 April 2008.
- Rahajoe, N., Supriyatno, B., & Setyanto, D.B. Ed. (2004). *Pedoman Nasional Asma Anak*. Jakarta: Unit Kerja Koordinasi Pulmonologi - Pengurus Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Rydstrom, I., Englund, A.D., & Sandman, P. (1999). Being a child with asthma. *Pediatric Nursing*. Vol. 25 No. 6. Diambil dari [www.proquest.com](http://www.proquest.com) pada 25 Juni 2007.
- Sales, J. Fivush, R., & Teague, G.W. (2008). The role of parental coping in children with asthma's psychological well-being and asthma-related quality of life. *Journal of Pediatric Psychology* Vol. 33 No. 2 Pg. 208–219. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 27 Mei 2008.
- Sarafino, E. P. (2006). *Health psychology biopsychosocial interactions*. 5<sup>th</sup> edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Sin, M., Kang, D., & Weaver, M. (2005). Relationships of asthma knowledge, self-management, and social support in african american adolescents with asthma, *International Journal of Nursing Studies* Vol. 42 Pg. 307–313. Diambil dari [www.proquest.com](http://www.proquest.com) pada 28 April 2008.
- Sundaru, H. (2002). *Asma: Apa dan bagaimana pengobatannya?* Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Sundaru, H. (2005). *Apa yang perlu diketahui tentang asma?* Tulisan dalam website Departemen Kesehatan Republik Indonesia ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)). Diambil 15 Maret 2007.

Taylor, S.E. (2006). *Health psychology*. 6<sup>th</sup> edition. New York: McGraw-Hill International.

Vila, G., et al. (2003). Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their parents. *Psychosomatics* Vol.44 No. 4. Diambil dari [www.library.uq.edu.au](http://www.library.uq.edu.au) pada tanggal 12 Juni 2008.



**RANCANGAN PROGRAM EDUKASI ANAK ASMA**

**Aisyah Maulina Zjubaidi**  
**0606014383**

**Program Magister Terapan Psikologi Kesehatan**  
**Fakultas Psikologi Universitas Indonesia**  
**2008**

**Mata Pelajaran: 1. Pengertian dan Gejala Asma**

**Deskripsi Mata Pelajaran:**

Mata pelajaran ini membahas pengertian dan gejala asma

Tujuan Instruksional Umum	Tujuan Instruksional Khusus	Pokok Bahasan & Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Waktu	Evaluasi
Anak dapat memahami pengertian dan gejala asma	1.1. Anak dapat menjelaskan pengertian asma	1.1. Pengertian asma: 1.1.1. Pengertian asma 1.1.2. Asma sebagai penyakit kronis 1.1.3. Asma sebagai penyakit yang dapat dikontrol	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penyampaian materi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Ice breaking</i></li> <li>LCD</li> <li>Buku panduan</li> </ul>	Teori: 30' Praktek: 30'	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pre-post test</li> <li>Kuis</li> <li>Menilai hasil praktek</li> </ul>
	1.2. Anak dapat mengerti fisiologi asma	1.2. Fisiologi asma: 1.2.1. Fisiologi paru 1.2.2. Kondisi paru saat serangan asma	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penyampaian materi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LCD</li> <li>Film/gambar</li> <li>Buku panduan</li> </ul>		
	1.3. Anak dapat mengenali gejala asma	1.3. Gejala asma: 1.3.1. Gejala umum asma 1.3.2. Gejala dan tingkat keparahan serangan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penyampaian materi</li> <li>Praktek mengenali gejala &amp; keparahan serangan</li> <li><i>Positif reinforcement</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LCD</li> <li>Film/gambar</li> <li>Buku panduan</li> </ul>		

**Mata Pelajaran: 2. Penyebab dan Pemicu Serangan Asma**

**Deskripsi Mata Pelajaran:**

Mata pelajaran ini membahas penyebab dan pemicu serangan asma

Tujuan Instruksional Umum	Tujuan Instruksional Khusus	Pokok Bahasan & Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Waktu	Evaluasi
Anak dapat memahami penyebab dan pemicu serangan asma	2.1. Anak dapat membedakan penyebab dan pemicu serangan asma	2.1. Penyebab dan pemicu serangan asma: 2.1.1. Penyebab asma 2.1.2. Pemicu asma 2.1.3. Interaksi penyebab dan pemicu dalam proses terjadinya serangan asma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Film/gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>	Teori: 30' Praktek: 30'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-post test</li> <li>• Kuis</li> <li>• Menilai hasil praktek</li> </ul>
	2.2. Anak dapat mengenali berbagai jenis pemicu serangan asma	2.2. Berbagai jenis pemicu serangan asma: 2.2.1. Pemicu serangan yang dapat dihindari 2.2.2. Pemicu serangan yang sulit dihindari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> <li>• Dinamika kelompok</li> <li>• Praktek mengenali pemicu</li> <li>• <i>Positif reinforcement</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>		

### Mata Pelajaran: 3. Pencegahan Serangan Asma

#### Deskripsi Mata Pelajaran:

Mata pelajaran ini membahas cara mencegah serangan asma.

Tujuan Instruksional Umum	Tujuan Instruksional Khusus	Pokok Bahasan & Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Waktu	Evaluasi
Anak dapat memahami cara mencegah serangan asma	3.1. Anak dapat menjelaskan cara mencegah serangan asma 3.2. Anak dapat menyebutkan peran aktifnya dalam mencegah serangan 3.3. Anak dapat menyebutkan hambatan dalam menghindari pemicu 3.4. Anak dapat menyebutkan cara mendapat dukungan untuk pencegahan serangan asma	3.1. Cara mencegah serangan asma: 3.1.1. Menghindari pemicu 3.1.2. Menggunakan obat asma 3.2. Peran aktif anak asma untuk mencegah serangan: 3.2.1. Di rumah 3.2.2. Di sekolah & lingkungan rumah 3.3. Hambatan dalam menghindari pemicu: 3.3.1. Internal 3.3.2. Eksternal 3.4. Cara mendapat dukungan untuk pencegahan serangan asma: 3.4.1. Mengidentifikasi dukungan 3.4.2. Menggunakan dukungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> <li>• <i>Role play</i></li> <li>• Dinamika kelompok</li> <li>• <i>Positif reinforcement</i></li> <li>• Modeling</li> <li>• Dinamika kelompok</li> <li>• Diskusi</li> <li>• Dinamika kelompok</li> <li>• <i>Role play</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Buku panduan</li> <li>• Film/Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> <li>• Film/gambar</li> <li>• Buku panduan</li> <li>• Film/gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>	Teori: 20' Praktek: 40'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-post test</li> <li>• Kuis</li> <li>• Menilai keaktifan anak dalam kelompok</li> </ul>

### Mata Pelajaran: 4. Pengobatan Asma

#### Deskripsi Mata Pelajaran:

Mata pelajaran ini membahas pengobatan asma pada anak.

Tujuan Instruksional Umum	Tujuan Instruksional Khusus	Pokok Bahasan & Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Waktu	Evaluasi
Anak dapat memahami pengobatan asma	4.1. Anak dapat menjelaskan jenis obat asma  4.2. Anak dapat menjelaskan peran pengobatan asma  4.3. Anak dapat mempraktekkan cara menggunakan obat asma	4.1. Jenis obat asma: 4.1.1. Pereda serangan 4.1.2. Pencegahan  4.2. Peran pengobatan asma: 4.2.1. Reaksi obat terhadap serangan asma 4.2.2. Obat untuk mengontrol asma  4.3. Cara menggunakan obat asma 4.3.1. Obat hirup 4.3.2. Obat minum 4.3.3. Dosis obat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> <li>• Permainan</li> <li>• Penyampaian materi</li> <li>• Modeling</li> <li>• Praktek</li> <li>• <i>Positif reinforcement</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Buku panduan</li> <li>• LCD</li> <li>• Film/Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> <li>• LCD</li> <li>• Film/Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>	Teori: 20' Praktek: 40'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-post test</li> <li>• Kuis</li> <li>• Menilai hasil praktek anak</li> </ul>

**Mata Pelajaran: 5. Menangani dan Mengontrol Gejala/Serangan Asma**

**Deskripsi Mata Pelajaran:**

Mata pelajaran ini membahas cara menangani dan mengontrol gejala/serangan asma.

Tujuan Instruksional Umum	Tujuan Instruksional Khusus	Pokok Bahasan & Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Waktu	Evaluasi
Anak dapat memahami cara menangani dan mengontrol gejala/serangan asma	<p>5.1. Anak dapat menjelaskan pertolongan pertama menangani gejala dan serangan</p> <p>5.2. Anak dapat mengetahui kapan perlu mencari pertolongan</p> <p>5.3. Anak dapat membuat rencana mengontrol asma</p> <p>5.4. Anak dapat mempraktekkan senam asma</p>	<p>5.1. Pertolongan pertama menangani gejala dan serangan:                      5.1.1. Menggunakan obat                      5.1.2. Teknik lain: <i>deep breathing</i></p> <p>5.2. Kapan mencari pertolongan</p> <p>5.3. Rencana mengontrol asma:                      5.3.1. Mengisi Lembar Catatan Harian                      5.3.2. Mengisi <i>asthma action plan</i>                      5.3.3. Kebiasaan hidup sehat: menjaga kebersihan, makanan sehat, olah raga.</p> <p>5.4. Senam asma dan fungsinya</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> <li>• Latihan</li> <li>• Latihan kasus/<i>role play</i></li> <li>• Dinamika kelompok</li> <li>• Praktek</li> <li>• <i>Positif reinforcement</i></li> <li>• Praktek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> <li>• Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> <li>• LCD</li> <li>• Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> <li>• Film/gambar</li> </ul>	<p>Teori: 30'</p> <p>Praktek: 60'</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-post test</li> <li>• Kuis</li> <li>• Menilai keaktifan anak dan hasil praktek</li> </ul>



**Mata Pelajaran: 6. Dampak Psikososial Asma Pada Anak**

**Deskripsi Mata Pelajaran:**

Mata pelajaran ini membahas dampak psikososial asma pada anak dan cara penanganannya.

Tujuan Instruksional Umum	Tujuan Instruksional Khusus	Pokok Bahasan & Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Waktu	Evaluasi
Anak dapat mendiskusikan dampak psikososial asma dan cara penanganannya	6.1. Anak dapat mendiskusikan dampak psikososial yang dialami	6.1. Dampak psikososial asma: 6.1.1. Perasaan saat serangan 6.1.2. Perasaan pada berbagai aturan yang membatasi. 6.1.3. Pengaruh asma pada hubungan dengan keluarga dan teman sebaya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusi</li> <li>• Dinamika kelompok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buku panduan</li> </ul>	Teori: 20' Praktek: 40'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menilai keaktifan anak</li> </ul>
	6.2. Anak dapat mendiskusikan cara menangani dampak psikososial asma	6.2. Cara menangani dampak psikososial: 6.2.1. Dukungan keluarga 6.2.2. Dukungan teman sebaya 6.2.3. Relaksasi 6.2.4. Lainnya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> <li>• Diskusi</li> <li>• Latihan kasus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Film/gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>		

**RANCANGAN PROGRAM EDUKASI ORANG TUA ANAK ASMA**

**Aisyah Maulina Zjubaidi**  
**0606014383**

**Program Magister Terapan Psikologi Kesehatan**  
**Fakultas Psikologi Universitas Indonesia**  
**2008**

**Mata Pelajaran: 2. Penyebab dan Pemicu Serangan Asma**

**Deskripsi Mata Pelajaran:**

Mata pelajaran ini membahas penyebab dan pemicu serangan asma

Tujuan Instruksional Umum	Tujuan Instruksional Khusus	Pokok Bahasan & Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Waktu	Evaluasi
Peserta dapat memahami penyebab dan pemicu serangan asma	2.1. Peserta dapat membedakan penyebab dan pemicu serangan asma	2.1. Penyebab dan pemicu serangan asma: 2.1.1. Penyebab asma 2.1.2. Pemicu asma 2.1.3. Interaksi penyebab dan pemicu dalam proses terjadinya serangan asma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> <li>• Diskusi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Film/gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>	Teori: 30' Praktek: 30'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-post test</li> <li>• Kuis</li> <li>• Menilai hasil praktek</li> </ul>
	2.2. Peserta dapat mengenali berbagai jenis pemicu serangan asma	2.2. Berbagai jenis pemicu serangan asma: 2.2.1. Pemicu serangan yang dapat dihindari 2.2.2. Pemicu serangan yang sulit dihindari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> <li>• Diskusi</li> <li>• Praktek mengenali pemicu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>		

### Mata Pelajaran: 3. Pencegahan Serangan Asma Pada Anak

#### Deskripsi Mata Pelajaran:

Mata pelajaran ini membahas cara mencegah serangan asma pada anak

Tujuan Instruksional Umum	Tujuan Instruksional Khusus	Pokok Bahasan & Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Waktu	Evaluasi
Peserta dapat memahami cara mencegah serangan asma pada anak	3.1. Peserta dapat menjelaskan cara mencegah serangan asma pada anak	3.1. Cara mencegah serangan asma pada anak: 3.1.1. Menghindari pemicu 3.1.2. Menggunakan obat asma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> <li>• Diskusi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>	Teori: 20' Praktek: 40'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuis</li> <li>• Menilai keaktifan peserta dalam kelompok</li> </ul>
	3.2. Peserta mendiskusikan cara bekerja sama dengan anak dalam mencegah serangan	3.2. Cara bekerja sama dengan anak dalam pencegahan: 3.2.1. Di rumah 3.2.2. Di sekolah & lingkungan rumah	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Role play</i></li> <li>• Dinamika kelompok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buku panduan</li> </ul>		
	3.3. Peserta mendiskusikan hambatan dalam menghindari pemicu	3.3. Hambatan dalam menghindari pemicu: 3.3.1. Internal 3.3.2. Eksternal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buku panduan</li> </ul>		
	3.4. Peserta mendiskusikan cara mendapat dukungan untuk upaya pencegahan serangan asma pada anak	3.4. Cara mendapat dukungan untuk pencegahan serangan asma pada anak: 3.4.1. Mengidentifikasi dukungan 3.4.2. Menggunakan dukungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buku panduan</li> </ul>		

### Mata Pelajaran: 4. Pengobatan Asma

#### Deskripsi Mata Pelajaran:

Mata pelajaran ini membahas pengobatan asma pada anak asma.

Tujuan Instruksional Umum	Tujuan Instruksional Khusus	Pokok Bahasan & Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Waktu	Evaluasi
Peserta dapat memahami pengobatan asma pada anak	4.1. Peserta dapat menjelaskan jenis obat asma anak	4.1. Jenis obat asma: 4.1.1. Pereda serangan 4.1.2. Pencegahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> <li>• Permainan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>	Teori: 20' Praktek: 40'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-post test</li> <li>• Kuis</li> <li>• Menilai hasil praktek peserta</li> </ul>
	4.2. Peserta dapat menjelaskan peran pengobatan asma	4.2. Peran pengobatan asma: 4.2.1. Reaksi obat terhadap serangan asma 4.2.2. Obat untuk mengontrol asma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Film/Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>		
	4.3. Peserta dapat mempraktekkan cara menggunakan obat asma pada anak	4.3. Cara menggunakan obat asma 4.3.1. Obat hirup 4.3.2. Obat minum 4.3.3. Dosis obat		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modeling</li> <li>• Praktek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Film/Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>	

**Mata Pelajaran: 5. Menangani dan Mengontrol Gejala/Serangan Asma**

**Deskripsi Mata Pelajaran:**

Mata pelajaran ini membahas cara menangani dan mengontrol gejala/serangan asma pada anak.

Tujuan Instruksional Umum	Tujuan Instruksional Khusus	Pokok Bahasan & Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Waktu	Evaluasi
Peserta dapat memahami cara menangani dan mengontrol gejala/serangan asma pada anak	5.1. Peserta dapat menjelaskan pertolongan pertama menangani gejala dan serangan asma pada anak	5.1. Pertolongan pertama menangani gejala dan serangan: 5.1.1. Menggunakan obat 5.1.2. Teknik lain: <i>deep breathing</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> <li>• Latihan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>	Teori: 30' Praktek: 60'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-post test</li> <li>• Kuis</li> <li>• Menilai keaktifan peserta dan hasil praktek</li> </ul>
	5.2. Peserta dapat mengetahui kapan perlu mencari pertolongan	5.2. Kapan mencari pertolongan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Latihan kasus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>		
	5.3. Peserta dapat membuat rencana mengontrol asma bersama anak	5.3. Rencana mengontrol asma: 5.3.1. Mengisi Lembar Catatan Harian 5.3.2. Mengisi <i>asthma action plan</i> 5.3.3. Kebiasaan hidup sehat: menjaga kebersihan, makanan sehat, olah raga.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>		
	5.4. Peserta dapat mempraktekkan senam asma	5.4. Senam asma dan fungsinya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Film/gambar</li> </ul>		

**Mata Pelajaran: 6. Dampak Psikososial Asma Pada Anak dan Orang Tua**

**Deskripsi Mata Pelajaran:**

Mata pelajaran ini membahas dampak psikososial asma pada anak dan orang tua serta cara penanganannya.

Tujuan Instruksional Umum	Tujuan Instruksional Khusus	Pokok Bahasan & Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Waktu	Evaluasi
Peserta dapat mendiskusikan dampak psikososial asma pada anak dan orang tua serta cara penanganannya	6.1. Peserta dapat mendiskusikan dampak psikososial yang dialami	6.1. Dampak psikososial asma: 6.1.1. Perasaan saat terjadi serangan pada anak 6.1.2. Perasaan saat aktifitas sehari-hari terganggu 6.1.3. Pengaruh asma anak pada hubungan dengan keluarga, tetangga, pekerjaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusi</li> <li>• Dinamika kelompok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buku panduan</li> </ul>	Teori: 20' Praktek: 40'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menilai keaktifan peserta</li> </ul>
	6.2. Peserta dapat mendiskusikan cara menangani dampak psikososial asma pada anak	6.2. Cara menangani dampak psikososial: 6.2.1. <i>Sharing</i> cara <i>coping</i> 6.2.2. Dukungan keluarga 6.2.3. Dukungan teman sebaya 6.2.4. Relaksasi 6.2.5. Manajemen stres 6.2.6. Lainnya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian materi</li> <li>• Diskusi</li> <li>• Latihan kasus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCD</li> <li>• Film/gambar</li> <li>• Buku panduan</li> </ul>		

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyetujui anak saya dan saya diwawancara dan mengisi kuesioner untuk penelitian "**Asesmen Kebutuhan Program Edukasi Pada Anak Asma dan Orang Tuanya**".

Nama orang tua : .....

Nama Anak : .....

Alamat : .....

Pihak peneliti yaitu **Aisyah Maulina** adalah mahasiswa Program Magister Psikologi Kesehatan, Fakultas Psikologi Universitas Indonesia (NPM: 0606014383) diperbolehkan menggunakan data yang diperoleh dari wawancara dan kuesioner untuk tujuan penelitian tersebut, dengan merahasiakan identitas asli saya dan anak saya.

Jakarta, .....Juni 2008

Tanda tangan : \_\_\_\_\_

Nama terang : \_\_\_\_\_



## PROSEDUR WAWANCARA

1. Perkenalkan diri dan sampaikan tujuan wawancara.
2. Sampaikan bahwa responden dan hasil wawancara bersifat rahasia. Mintalah ijin untuk menggunakan alat perekam.
3. Minta orang tua mengisi inform consent dan menandatangani.
4. Tuliskan data-data anak dan orang tuanya.
5. Wawancara dilakukan secara berurutan.
6. Wawancara anak terdiri dari lima bagian: data responden, kuesioner pengetahuan, kuesioner kualitas hidup, wawancara pengetahuan dan kuesioner kebutuhan.
7. Wawancara orang tua terdiri dari empat bagian: kuesioner pengetahuan, kuesioner kualitas hidup, wawancara pengetahuan dan kuesioner kebutuhan.
8. Sebaiknya anak diwawancara terlebih dahulu. Kuesioner untuk anak dibacakan oleh pewawancara. Saat wawancara sebaiknya tidak ada orang lain yang hadir.
9. Kuesioner untuk orang tua dapat dibaca sendiri atau dibacakan.
10. Setelah selesai, ucapkan terima kasih dan berikan bingkisan untuk anak.

## KUESIONER & PEDOMAN WAWANCARA DENGAN ANAK ASMA

### BAGIAN 1 DATA RESPONDEN

Nama anak	
Usia	
Jenis kelamin	
Sekolah	
Kelas	
Nama ayah	
Usia	
Pendidikan terakhir	
Nama ibu	
Usia	
Pendidikan terakhir	
Usia anak pertama kali didiagnosis asma	
Alasan berobat ke RSCM	
Tanggal wawancara	
Waktu	

**BAGIAN 2**  
**KUESIONER PENGETAHUAN ANAK ASMA**

Bacakan kuesioner, minta anak menjawabnya. Kemudian lingkari salah satu jawaban.

Pengetahuan			
1. Sakit asma membuat saya merasa sakit terus-menerus	Benar	Tidak tahu	Salah
2. Sakit asma artinya alat pernafasan tubuh tidak bekerja dengan baik	Benar	Tidak tahu	Salah
3. Serangan asma dapat terjadi karena saya alergi pada sesuatu, misalnya debu, serbuk bunga atau binatang	Benar	Tidak tahu	Salah
4. Serangan asma dapat terjadi karena saya makan sesuatu misal coklat, chiki	Benar	Tidak tahu	Salah
5. Sakit asma dapat menular pada teman	Benar	Tidak tahu	Salah
6. Serangan asma dimulai dengan batuk dan nafas berbunyi	Benar	Tidak tahu	Salah
7. Ada rasa sesak (sulit bernafas) saat serangan asma	Benar	Tidak tahu	Salah
8. Serangan asma tidak dapat dicegah	Benar	Tidak tahu	Salah
9. Serangan asma dapat dicegah dengan menghindari hal-hal yang menyebabkan serangan	Benar	Tidak tahu	Salah
10. Hanya dokter saja yang bisa mencegah serangan asma	Benar	Tidak tahu	Salah
11. Obat asma dapat digunakan agar saya tidak batuk dan merasa sesak	Benar	Tidak tahu	Salah
12. Anak seusia saya dapat belajar cara menggunakan obat asma.	Benar	Tidak tahu	Salah
13. Serangan asma dapat berhenti tanpa diobati	Benar	Tidak tahu	Salah
14. Saat serangan asma, saya sebaiknya banyak minum air	Benar	Tidak tahu	Salah
15. Berolah raga renang secara teratur dapat menyembuhkan asma	Benar	Tidak tahu	Salah

**BAGIAN 3**  
**KUESIONER KUALITAS HIDUP ANAK ASMA**

Sebutkan kegiatan sehari-harimu yang terganggu karena asma yang kamu derita.

*Tulis daftarnya.*

Mari bersama kita lihat daftar ini yang kemungkinan kamu lakukan seminggu lalu. Karena sakit asma, mungkin beberapa kegiatan berikut sulit kamu lakukan atau menjadi tidak menyenangkan. Mari lihat daftarnya dan sebutkan di kegiatan yang mana kamu merasa terganggu karena asma seminggu lalu. Jika kamu tidak melakukan sesuatu yang ada di daftar ini atau tidak ada kegiatan yang terganggu, katakan saja "tidak".

*Bacakan daftar kegiatan di bawah ini, kegiatan yang sudah disebut secara spontan oleh anak tidak usah dibaca lagi. Berhenti sebentar pada setiap kegiatan untuk memberi pasien kesempatan mengingat.*

- |                             |   |                         |
|-----------------------------|---|-------------------------|
| 1. Bola hoki                | 13. Tidur                                 | 25. Berteriak           |
| 2. Baseball/kasti           | 14. Bangun pagi                           | 26. Senam               |
| 3. Bola basket              | 15. Berenang                              | 27. Bermain rollerblade |
| 4. Menari                   | 16. Bola voli                             | 28. Bermain skateboard  |
| 5. Sepakbola                | 17. Berjalan                              | 29. Berbaris            |
| 6. Bermain saat istirahat   | 18. Berjalan menanjak                     | 30. Memanjat            |
| 7. Bermain binatang piaraan | 19. Menaiki tangga                        | 31. Berbicara           |
| 8. Bermain dengan teman     | 20. Tertawa                               |                         |
| 9. Bersepeda                | 21. Belajar                               |                         |
| 10. Berlari                 | 22. Mengerjakan pekerjaan rumah tangga    |                         |
| 11. Lompat tali             | 23. Bernyanyi                             |                         |
| 12. Berbelanja              | 24. Membuat pekerjaan tangan sebagai hobi |                         |

Dari kegiatan-kegiatan yang sudah disebutkan di atas, pilih 3 kegiatan kamu yang paling terganggu karena asma?

Ceritakan seberapa besar kamu terganggu karena asma saat melakukan 3 kegiatan itu. Kita akan menggunakan kartu-kartu berikut, saya akan menunjukkan kartu mana yang akan dipakai. Pilih nomer yang paling sesuai menggambarkan seberapa besar kamu terganggu dengan asma saat melakukan tiap kegiatan pada minggu lalu.

**PILIHAN RESPON SUBYEK:**

Kartu Biru	Kartu Hijau
1. Benar-benar sangat mengganggu	1. Sepanjang waktu
2. Sangat mengganggu	2. Sebagian besar waktu
3. Agak sering mengganggu	3. Agak lebih banyak waktu
4. Kadang mengganggu	4. Beberapa kali
5. Sedikit mengganggu	5. Sedikit waktu
6. Hampir tidak mengganggu	6. Hampir tidak pernah
7. Tidak mengganggu	7. Tidak ada

Bacakan pertanyaannya dan serahkan kartu sesuai petunjuk di kolom paling kanan.

1	Seberapa besar kamu merasa terganggu dengan asma saat melakukan (kegiatan 1 ..... ) selama minggu lalu?	Kartu Biru
2	Seberapa besar kamu merasa terganggu dengan asma saat melakukan (kegiatan 2 ..... ) selama minggu lalu?	Kartu Biru
3	Seberapa besar kamu merasa terganggu dengan asma saat melakukan (kegiatan 3 ..... ) selama minggu lalu?	Kartu Biru
4	Seberapa besar BATUK mengganggu selama minggu lalu?	Kartu Biru
5	Seberapa sering asma membuatmu merasa JENGKEL pada minggu lalu?	Kartu Hijau
6	Seberapa sering asma membuatmu merasa KELELAHAN pada minggu lalu?	Kartu Hijau
7	Seberapa sering kamu merasa KHAWATIR, PRIHATIN atau TERGANGGU karena asma selama minggu lalu?	Kartu Hijau
8	Seberapa besar SERANGAN ASMA mengganggu selama minggu lalu?	Kartu Biru
9	Seberapa sering asma membuatmu merasa MARAH selama minggu lalu?	Kartu Hijau
10	Seberapa besar WHEEZING (SUARA NGIK-NGIK, NAFAS BERSUARA) mengganggu selama minggu lalu?	Kartu Biru

11	Seberapa sering kamu merasa URING-URINGAN selama minggu lalu?	Kartu Hijau
12	Seberapa besar RASA SESAK DI DADA mengganggu selama minggu lalu?	Kartu Biru
13	Seberapa sering kamu merasa BERBEDA atau TIDAK SAMA DENGAN ANAK LAIN karena asma selama minggu lalu?	Kartu Hijau
14	Seberapa besar BERNAFAS PENDEK mengganggu selama minggu lalu?	Kartu Biru
15	Seberapa sering kamu merasa JENGKEL KARENA TIDAK DAPAT BERGABUNG DENGAN ANAK LAIN karena asma selama minggu lalu?	Kartu Hijau
16	Seberapa sering asma membuatmu TERBANGUN KETIKA TIDUR MALAM selama minggu lalu?	Kartu Hijau
17	Seberapa sering kamu merasa TIDAK NYAMAN karena asmamu selama minggu lalu?	Kartu Hijau
18	Seberapa sering kamu merasa KEHABISAN NAFAS selama minggu lalu?	Kartu Hijau
19	Seberapa sering kamu merasa TIDAK DAPAT BERGABUNG DENGAN ORANG LAIN karena asma selama minggu lalu?	Kartu Hijau
20	Seberapa sering kamu kesulitan TIDUR PADA MALAM hari karena asma selama minggu lalu?	Kartu Hijau
21	Seberapa sering kamu merasa KETAKUTAN OLEH SERANGAN ASMA selama minggu lalu?	Kartu Hijau
22	Pikirkan tentang semua kegiatan yang kamu lakukan minggu lalu. Berapa besar kamu merasa terganggu oleh asma saat melakukan kegiatan-kegiatan itu?	Kartu Biru
23	Seberapa sering kamu mempunyai kesulitan BERNAFAS DALAM selama minggu lalu?	Kartu Hijau

**BAGIAN 4**  
**PEDOMAN WAWANCARA ANAK ASMA**

**GUNAKAN ALAT PEREKAM**  
**JANGAN LUPA DIUJICOBA DULU**  
**SEBUTKAN NAMA ANAK**

Pengetahuan tentang asma

1. Yang dimaksud dengan asma.
2. Penyebab asma.
3. Pemicu.
4. Gejala yang dirasakan saat serangan asma.

Penanganan asma

5. Yang dilakukan saat serangan asma.
  - Probing: Jika pakai obat, jenisnya diminum atau disemprot. Ada berapa jenis obat yang dipakai? Jika disemprot, tanyakan cara menggunakannya.
  - Probing: cara lain atau tambahan, misalnya duduk, beristirahat.

Pencegahan

6. Yang dilakukan supaya tidak kena serangan.
7. Pantangan makanan/minuman atau aturan tertentu.
8. Orang yang memberi tahu.

Dampak Psikososial

9. Perasaan karena punya asma dan ketika kena serangan (takut, tidak nyaman, khawatir, dsb).
10. Perasaan karena ada pantangan atau aturan-aturan.
11. Kepatuhan anak terhadap pantangan atau aturan-aturan .

Dukungan sosial

12. Teman/guru tahu atau tidak tentang asma yang diderita.
13. Orang yang memberitahu teman/guru.
14. Bantuan dari teman/guru saat kena serangan.
15. Pengaruh teman terhadap pantangan/aturan.

**ALAT PEREKAM DIMATIKAN**

## BAGIAN 5

## KUESIONER KEBUTUHAN ANAK ASMA

Bacakan kuesioner dan minta anak menjawabnya. Kemudian lingkari salah satu jawaban.

<b>Kebutuhan Informasi</b>		
1. Saya ingin mendapat informasi tentang asma	Ya	Tidak
2. Saya ingin mendapat informasi tentang pengobatan asma	Ya	Tidak
3. Saya ingin mendapat informasi tentang penyebab serangan asma	Ya	Tidak
4. Saya ingin mendapat informasi tentang cara menangani serangan asma	Ya	Tidak
5. Saya ingin mendapat informasi tentang kegiatan yang boleh atau tidak boleh dilakukan saat serangan	Ya	Tidak
6. Saya ingin mendapat informasi tentang cara-cara agar tidak sering serangan asma	Ya	Tidak
<b>Kebutuhan Dukungan Sosial</b>		
1. Saya ingin membicarakan ketakutan saya tentang asma	Ya	Tidak
2. Saya ingin membicarakan kekhawatiran saya bahwa asma dapat mempengaruhi masa depan saya	Ya	Tidak
3. Saya ingin berbagi cerita dengan teman lain yang menderita asma	Ya	Tidak
4. Saya ingin membicarakan cara memberitahu teman kalau saya menderita asma	Ya	Tidak

Kebutuhan

1. Pernah atau tidak mendapat informasi tentang asma. Asal informasi.
2. Informasi apa lagi yang dibutuhkan.
3. Bentuk informasi yang diinginkan: buku panduan, buku komik, CD, kaset, tatap muka, dll.
4. Pemberi informasi yang diinginkan.
5. Tempat mendapat informasi.

**WAWANCARA ANAK SELESAI. UCAPKAN TERIMA KASIH.**



**BAGIAN 6**  
**KUESIONER PENGETAHUAN ORANG TUA ANAK ASMA**

Pilih salah satu jawaban dengan melingkarinya

1. Sakit asma artinya paru-paru diserang kuman penyakit	Benar	Tidak tahu	Salah
2. Saat terjadi serangan asma, saluran pernafasan mengerut sehingga menjadi sesak nafas.	Benar	Tidak tahu	Salah
3. Serangan asma dapat terjadi karena alergi pada sesuatu, misalnya debu, serbuk bunga atau binatang	Benar	Tidak tahu	Salah
4. Sakit asma dapat menular pada orang lain	Benar	Tidak tahu	Salah
5. Serangan asma dimulai dengan batuk dan nafas berbunyi	Benar	Tidak tahu	Salah
6. Serangan asma tidak dapat dicegah	Benar	Tidak tahu	Salah
7. Obat asma dapat menyebabkan ketagihan jika digunakan dalam waktu lama	Benar	Tidak tahu	Salah
8. Jika sering menggunakan obat asma, lama-kelamaan obat itu tidak manjur lagi.	Benar	Tidak tahu	Salah
9. Serangan asma dapat dicegah dengan menghindari pemicunya	Benar	Tidak tahu	Salah
10. Efek samping obat asma yang dihirup lebih besar daripada obat asma yang diminum	Benar	Tidak tahu	Salah
11. Serangan asma dapat berhenti sendiri tanpa diobati	Benar	Tidak tahu	Salah
12. Obat asma yang diminum bereaksi sama cepat dengan obat yang dihirup	Benar	Tidak tahu	Salah
13. Saat serangan asma, penderita sebaiknya banyak minum air	Benar	Tidak tahu	Salah
14. Berolah raga renang secara teratur dapat menyembuhkan asma	Benar	Tidak tahu	Salah
15. Obat asma ada dua jenis yaitu untuk mencegah dan mengobati serangan	Benar	Tidak tahu	Salah

## BAGIAN 7

## KUESIONER ORANG TUA ANAK ASMA

Kami ingin mengetahui bagaimana asma pada anak anda dapat mempengaruhi kegiatan sehari-hari anda dan bagaimana perasaan anda terhadap hal itu.

Harap dijawab setiap pertanyaan dengan membuat tanda silang (x) pada kotak yang tersedia. Anda hanya boleh menandai satu kotak saja untuk setiap pertanyaan.

1. Selama minggu lalu, seberapa sering anda merasa tidak berdaya atau khawatir ketika anak anda mengalami batuk, nafasnya berbunyi atau tidak dapat bernafas?
  - Sepanjang waktu
  - Sebagian besar waktu
  - Agak sering
  - Beberapa kali
  - Sesekali
  - Jarang sekali
  - Tidak pernah
  
2. Selama minggu lalu, seberapa sering keluarga anda perlu mengubah rencana karena asma yang diderita anak anda?
  - Sepanjang waktu
  - Sebagian besar waktu
  - Agak sering
  - Beberapa kali
  - Sesekali
  - Jarang sekali
  - Tidak pernah
  
3. Selama minggu lalu, seberapa sering anda merasa frustrasi atau tidak sabar ketika anak anda uring-uringan karena asmanya?
  - Sepanjang waktu
  - Sebagian besar waktu
  - Agak sering
  - Beberapa kali
  - Sesekali
  - Jarang sekali
  - Tidak pernah

4. Selama minggu lalu, seberapa sering pekerjaan anda atau pekerjaan rumah tangga anda terganggu karena asma anak anda?
- Sepanjang waktu
  - Sebagian besar waktu
  - Agak sering
  - Beberapa kali
  - Sesekali
  - Jarang sekali
  - Tidak pernah
5. Selama minggu lalu, seberapa sering anda merasa khawatir karena anak anda mengalami batuk, nafas berbunyi atau tidak dapat bernafas?
- Sepanjang waktu
  - Sebagian besar waktu
  - Agak sering
  - Beberapa kali
  - Sesekali
  - Jarang sekali
  - Tidak pernah
6. Selama minggu lalu, seberapa sering anda tidak dapat tidur malam karena asma anak anda?
- Sepanjang waktu
  - Sebagian besar waktu
  - Agak sering
  - Beberapa kali
  - Sesekali
  - Jarang sekali
  - Tidak pernah
7. Selama minggu lalu, seberapa sering anda terganggu karena kondisi asma anak anda mengganggu hubungan dalam keluarga?
- Sepanjang waktu
  - Sebagian besar waktu
  - Agak sering
  - Beberapa kali
  - Sesekali
  - Jarang sekali
  - Tidak pernah

8. Selama minggu lalu, seberapa sering anda terbangun malam karena asma anak anda?
- Sepanjang waktu
  - Sebagian besar waktu
  - Agak sering
  - Beberapa kali
  - Sese kali
  - Jarang sekali
  - Tidak pernah
9. Selama minggu lalu, seberapa sering anda merasa marah bahwa anak anda menderita asma?
- Sepanjang waktu
  - Sebagian besar waktu
  - Agak sering
  - Beberapa kali
  - Sese kali
  - Jarang sekali
  - Tidak pernah
10. Selama minggu lalu, bagaimana anda merasa cemas atau prihatin tentang kemampuan anak anda melakukan tugas sehari-hari?
- Sangat-sangat cemas atau prihatin
  - Sangat cemas atau prihatin
  - Agak cemas atau prihatin
  - Kadang cemas atau prihatin
  - Sedikit cemas atau prihatin
  - Jarang sekali cemas atau prihatin
  - Tidak cemas atau prihatin
11. Selama minggu lalu, bagaimana anda merasa cemas atau prihatin tentang pengobatan asma anak anda dan efek sampingnya?
- Sangat-sangat cemas atau prihatin
  - Sangat cemas atau prihatin
  - Agak cemas atau prihatin
  - Kadang cemas atau prihatin
  - Sedikit cemas atau prihatin
  - Jarang sekali cemas atau prihatin
  - Tidak cemas atau prihatin

12. Selama minggu lalu, bagaimana anda merasa cemas atau prihatin tentang menjadi sangat melindungi terhadap anak anda?
- Sangat-sangat cemas atau prihatin
  - Sangat cemas atau prihatin
  - Agak cemas atau prihatin
  - Kadang cemas atau prihatin
  - Sedikit cemas atau prihatin
  - Jarang sekali cemas atau prihatin
  - Tidak cemas atau prihatin
13. Selama minggu lalu, bagaimana anda merasa cemas atau prihatin tentang anak anda mampu menjalani kehidupan normal?
- Sangat-sangat cemas atau prihatin
  - Sangat cemas atau prihatin
  - Agak cemas atau prihatin
  - Kadang cemas atau prihatin
  - Sedikit cemas atau prihatin
  - Jarang sekali cemas atau prihatin
  - Tidak cemas atau prihatin

**BAGIAN 8**  
**PEDOMAN WAWANCARA ORANG TUA ANAK ASMA**

**GUNAKAN ALAT PEREKAM**  
**JANGAN LUPA DIUJICoba DULU**  
**SEBUTKAN NAMA ORANG TUA**

Pengetahuan tentang asma

1. Yang dimaksud dengan asma.
2. Penyebab asma.
3. Pemicu.
4. Gejala yang dirasakan saat serangan asma.

Penanganan asma

5. Yang dilakukan saat serangan asma.
6. Probing: Jika pakai obat, jenisnya diminum atau disemprot. Ada berapa jenis obat yang dipakai? Jika disemprot, tanyakan cara menggunakannya.
7. Probing: cara lain atau tambahan, misalnya duduk, beristirahat.

Pencegahan

8. Yang dilakukan supaya anak tidak kena serangan.
9. Pantangan makanan/minuman atau aturan tertentu untuk anak.
10. Kepatuhan anak terhadap aturan.
11. Yang dilakukan orang tua agar anak patuh.

Dampak Psikososial

12. Perasaan orang tua terhadap asma yang diderita anak. Perasaan orang tua ketika anak kena serangan (takut, tidak nyaman, khawatir, dsb).
13. Dampak asma yang diderita anak pada keluarga dan anggota keluarga lain.

Dukungan sosial

14. Orang yang menangani saat anak kena serangan. Anggota keluarga yang membantu.
15. Orang yang membantu saat terjadi serangan di luar rumah (Guru, teman anak, saudara, tetangga, dll).
16. Bantuan lain yang didapatkan.

**BAGIAN 9**  
**KUESIONER KEBUTUHAN ORANG TUA ANAK ASMA**

<b>Kebutuhan Informasi</b>		
1. Saya ingin mendapat informasi tentang asma anak	Ya	Tidak
2. Saya ingin mendapat informasi tentang pengobatan asma	Ya	Tidak
3. Saya ingin mendapat informasi tentang penyebab serangan asma	Ya	Tidak
4. Saya ingin mendapat informasi tentang cara menangani serangan asma anak	Ya	Tidak
5. Saya ingin mendapat informasi tentang kegiatan yang boleh atau tidak boleh dilakukan anak saat serangan asma	Ya	Tidak
6. Saya ingin mendapat informasi tentang cara-cara agar anak tidak sering serangan asma	Ya	Tidak
<b>Kebutuhan Dukungan Sosial</b>	Ya	Tidak
1. Saya ingin membicarakan kekhawatiran saya tentang asma yang diderita anak saya	Ya	Tidak
2. Saya ingin membicarakan kekhawatiran saya bahwa asma dapat mempengaruhi masa depan anak saya	Ya	Tidak
3. Saya ingin berbagi cerita dengan orang lain tentang penyakit asma anak saya	Ya	Tidak
4. Saya ingin membicarakan cara mendapatkan dukungan untuk membantu menangani asma anak saya	Ya	Tidak

**Kebutuhan**

1. Pernah atau tidak mendapat informasi tentang asma. Asal informasi.
2. Informasi apa lagi yang dibutuhkan orang tua.
3. Bentuk informasi yang diinginkan: buku panduan, buku komik, CD, kaset, tatap muka, dll.
4. Pemberi informasi yang diinginkan.
5. Tempat mendapat informasi.

## Matriks Wawancara Anak

Naama anak	Yang disebut penyakit asma	Gejala	Pemicu/ penyebab	Penanganan	Pencegahan	Dampak Psikososial	Dukungan yg diperoleh
Kri (lk, 9 th)	Tidak tahu	Susah bernafas; nafas berbunyi	Tidak jelas	Minum obat; dibawa ke dokter jika nafasnya berbunyi	Tidak memakan larangan: coklat, kacang tanah sama es. Setelah makan itu, malamnya batuk	Merasa kesakitan saat serangan Perasaan karena ada larangan: "harus di bikin seneng lah, lama-lama dah biasa"	Teman sekolah tidak tahu, guru tahu
Ra (pr, 9 th)	Tidak tahu	Batuk, sesak	Tidak tahu	Tiduran, nonton TV, minum obat sama mama	Tidak tahu Ada pantangan: es, chiki, permen;	Merasa terganggu karena pantangan .	Teman tidak tahu kalo ada pantangan, kadang suka mengajak beli es; setelah makan pantangan terus sesak dan batuk;
Fa (lk, 11 th)	Saluran pernapasannya terganggu	Sakit banget di dada, perih <i>Pernah ampe pingsan juga sih di sekolah. Pas asmanya</i>	Menghisap debu	Diberi obat semprot. Ada obat yg diminum juga. Obatnya pakai sendiri; diajari oleh sepupu yg perawat .	<i>Kaio naek motor, pake masker</i> Ada pantangan: chiki, es Pantangan suka dilanggar, mis.	Pernah merasa khawatir tgg asma yg diderita. Tidak mau memberitahu teman karena	Teman sekolah & guru tidak tahu; teman rumah tahu; teman tidak mengajak-ajak untuk melanggar pantangan.



Nama anak	Yang disebut penyakit asma	Gejala	Pemicu/ penyebab	Penanganan	Pencegahan	Dampak Psikososial	Dukungan yg diperoleh
Ank (lk, 9 th)	Tidak tahu	kambuh, selesai upacara pingsan Nyesek	Tidak tahu	Kalo pergi jauh membawa obat  Pake obat dihirup; pake sendiri; diberitahu dokter  Pernah sesak saat olah raga	minum es.  Minum obat, ngikutin kata dokter  Pantangan: chiki, es yg gopek, coklat, indomi  Kalo nggak boleh makan? "ya udah, nggak usah aja, nggak dibeli"	Tidak merasa khawatir tlg masa depan	Teman dan guru tahu tentang asmanya; teman tidak mengajak beli es
Iz (pr, 9 th)	Sesak	Napasnya bunyi, sesak, "ngga bisa napas.."	Tidak tahu	Di rumah & di sekolah: jika merasa sesak, langsung pakai obat semprot yg tersedia; anak sudah bisa pakai sendiri. Kalau sesak tidak hilang, langsung ke UGD.	Pantangan: coklat, es krim, tidak boleh terlalu lelah.	"Ya ngga enak lah ngga bisa napas, trus jalannya juga ngga enak... capek"  Kalau lagi sakit, nggak masuk sekolah, nggak enak di rumah nggak	Teman dan guru di sekolah tahu.  Kalo nyesek di sekolah, teman-teman kasih tahu ke guru, terus dibawa ke ruang khusus  Iz menolak ajakan teman yg dapat melanggar pantangan

Nama anak	Yang disebut penyakit asma	Gejala	Pemicu/ penyebab	Penanganan	Pencegahan	Dampak Psikososial	Dukungan yg diperoleh
Li (pr, 7 th)	Tidak tahu	Tidak tahu	Batuk-batuk	Perilaku lain: tiduran dengan bantal tinggi, dada digosok dengan obat gosok udah tiduran. Minum obat puyer dengan resep ke dokter dulu	Tidak tahu. Pantangan: chiki coklat, minum es; Melanggar pantangan karena sangat kepingin jajan yg dilarang. Anak membelinya di sekolah	Perasaan anak: biasa saja.	Teman tidak tahu; guru tahu. Pernah sesak di sekolah, dibantu guru
Au (pr, 8 th)	Tidak tahu	Batuk; "nyeseknya itu, rasanya tuh kaya di timpuk pake batu, rasanya tuh kaya di tekan "	Tidak tahu	Diam saja; biasanya duduk sambil senderan di kursi; manggil mama, dielus-elus dadanya;	Tarik nafas; tidak ada Nggak boleh lelah/lari-lari	Sedih; merasa tertekan dada (kesakitan); khawatir;	Teman & guru nggak ada yg tahu.
Vi (pr, 8 th)	Tidak tahu	Pilek, napas	Kecapaian;	Minum obat dari	Tidak tahu.	Sedih.	Teman-teman masih

Nama anak	Yang disebut penyakit asma	Gejala	Pemicu/penyebab	Penanganan	Pencegahan	Dampak Psikososial	Dukungan yg diperoleh
		berbunyi ngik ngik	melanggar pantangan makan .	dokter; ada persediaan obat; diminumkan nenek. Nenek juga memberi rebusan daun saga & jahe bila obat tidak ada. Nenek mengusap-usap dada anak	Pantangan: coklat, chiki, es, buah bergetah (nangka, rambutan)	Pantangan yang ada dilaksanakan. Jika diajak teman,	suka mengajak makan/minum pantangan; kadang nggak mau juga, " <i>kan kalau sakit ngga enak, ya udah ngga usah aja.</i> "  Guru dan teman bermain tahu.
Abr (1k, 8 th)	Tidak tahu	Sesak , batuk- batuk, napas pendek.	Debu, batuk	Minum obat; obat sudah tersedia di rumah.	Tidak jelas Ada pantangan. Jika dilanggar, jadi batuk dan bibir merah	Tidak merasa khawatir	Teman ada satu yg tahu. Teman suka mengajak minum & makan yg dipantang, " <i>...kalo dilanggar jadi batuk dan bibir merah</i> ".
Da (1k, 8 th)	Sesak	Saat menarik nafas ada bunyi dan nafas menjadi berat.	Sering tertawa keras; terlalu lama kena matahari; terlalu lelah bermain lari-lari atau naik sepeda.	Pakai obat (Ventolin), disemprot. Anak bisa melakukan sendiri. Bisa 5 kali semprot.	Ada larangan, namun setelah makan tidak ada serangan, jadi pantangan sering dilanggar	Tidak ada rasa takut	Mendapat informasi dari dokternya; teman sekolah tahu karena pernah merasa sesak di sekolah; teman masih suka mengajak minum es, " <i>tapi didiemin aja</i> "; guru tidak tahu.

## Matriks Wawancara Orang Tua

Nama	Yang dideskripsikan	Gejala	Penyebab	Penanganan	Pencegahan	Dampak Psikososial	Dukungan yg diperoleh
Ibu Kri, 36 th	Batuk yang disertai dengan bunyi dan sesak	Napas cepat, ada batuk pilek.	Debu, kurang minum, kurang istirahat.	Anak dibawa ke dokter, diuap dan dikasih obat; dijemur; dikasih banyak minum.  Anak minum obat sendiri.	Anak dilarang makan coklat, kacang tanah, indomie, chiki; banyak minum; berenang.  Anak sering melanggar pantangan, khususnya coklat (meises)	Saat serangan merasa bingung, cemas, takut.	Guru mungkin tahu karena yg terakhir anak membawa obat ke sekolah.  Penjelasan dari dokter hanya ttg larangan saja, belum ke penyebab, dll
Ibu Ra, 44 th	Penyakit pernafasan	Sesak nafas  Serangan bisa siang/ malam	Debu, terlalu lelah, salah makan (mungkin ada alergi)  Batuk pilek  Anak minum es, langsung kumat	Ke dokter, dikasih obat, minum obat	Bersih-bersih dari debu; kotoran-kotoran di handuk dijauhkan; beres-beres rumah; anak dilarang makan es, gorengan.  Kepatuhan anak: "agak membantah dia... supaya patuh dikasih uang... Rp1000"	Cemas, nggak bisa tidur  Kadang-kadang merasa kesal saat anak melanggar pantangan. Kadang-kadang ngomel ke anak.	Kurang dukungan dari anak yg lain; karena asma juga.  Guru sekolah tahu kalau Ra sakit asma.  Dukungan keuangan kurang. Jika tidak punya uang dan anak kena serangan, biasanya berobat ke dokter dekat rumah (jadi

Lampiran 6

Nama	Yang dimaksud asma	Gejala	Penyebab	Penanganan	Pencegahan	Dampak Psikososial	Dukungan yg diperoleh
Ibu Fa, 41 th	Sesak "tahunya itu aja selanjutnya ngga tahu".	Tidak bisa bernafas.	Penyebabnya tidak tahu, mungkin karena virus. Tapi virus apa, juga tidak tahu.	Kalau ada serangan, anak memakai obat hirup. Anak pakai sendiri. Jika tidak mempan, anak diuap di rumah karena punya nebulizer. Pemakaiannya diawasi oleh keponakan responden yg perawat dan tinggal serumah. Obat hirup juga dipakai malam hari saat anak merasa tidak enak.	Kalau ibu sedang sibuk, kebersihan rumah tidak terurus. Cara-caranya tidak tahu, mungkin jangan minum es dan jangan kegemukan. Sulit menjaga kepatuhan anak "susah yah ... di rumah ngga ada es, ngga ada air es, tapi di luar? Apalagi di tempat les di depannya ada jual es isinya fruty"	"Biasa aja. Di sini ada yang pinter ngurus, keponakan saya yg perawat"	Ada anggota keluarga yg perawat dan aktif merawat anak yg asma. Asma dirasa belum terlalu mengganggu keluarga karena di rumah tersedia nebulizer dan obat. Guru belum diberitahu
Ibu Ank 35 th	Rongga pernafasannya mengecil sehingga	Keringat dingin, nafas anak berbunyi...hik..hik..hik	Terlalu banyak aktivitas; anak banyak marah-marah;	Ketika serangan, anak diberi obat yg sudah disediakan.	Ibu membersihkan rumah; menghindari rumah dari debu.	Tidak terlalu panik karena pengalaman mengurus kakaknya yg asma juga.	Ipar ada yg dokter; sharing nebulizer dengan ipar karena anaknya juga sakit

Lampiran 6

Nama	Yang digambarkan	Gejala	Penyebab	Penanganan	Pencegahan	Dampak Psikososial	Dukungan yg diharapkan
	<p>mengganggu dan pernafasan tidak lancar</p>			<p>Anak diberi minum dan dadanya diurut dengan vicks atau minyak kayu putih; anak diminta beristirahat.</p>	<p>Anak dilarang makan chiki, coklat dan es. Kepatuhan anak cukup baik, karena setiap kali melanggar pantangan, biasanya ketahuan, malaminya ada serangan "begitu siangnya makan yang dilarang atau kecapekan, malaminya pasti ada serangan" Supaya patuh, Ibu mengajak anak bicara dan memberi contoh saudara yg sakit asma yg parah.</p>	<p>Pernah panik saat sehari ada 3x serangan.</p>	<p>asma.</p>
<p>Ibu Iz, 39 tahun</p>	<p>Jalan nafas menjadi tebal sehingga</p>	<p>Batuk dan nafas sesak.</p>	<p>Keturunan, makan salah: coklat, es krim,</p>	<p>Ada Meptin untuk serangan dan ada yg untuk</p>	<p>Anak diupayakan tidak melanggar pantangan.</p>	<p>Harus mau menerima keadaan anak yg sakit, karena jika</p>	<p>Di sekolah guru tahu dan membantu meminumkan obat</p>

Lampiran 6

Gejala	Yang mengganggu (gejala)	Penyebab	Penanganan	Pencegahan	Dampak Psikososial	Dukungan yg diharapkan (jika ada)
	<p>mengganggu keluar masuknya oksigen</p>	<p>goreng-gorengan, terlalu lelah, keringatan (baju basah), perubahan udara.</p>	<p>pencegahan diminum pagi-sore. Supaya dahak keluar, anak diberi minum susu; kompres air hangat di dada anak; anak dibaringkan dengan bantal tinggi. Kalau tidak berhasil, anak langsung dibawa ke UGD.</p>	<p>Kepatuhan anak baik. Anak diajari beberapa penyesuaian: makan es krim saat agak lumer shg tidak terlalu dingin.</p>	<p>menolak akan lebih sulit. Ibu berupaya <i>enjoy</i>, supaya kalau saat kumat, anak ikut tenang kalau melihat ibunya tenang. Beberapa kali keluarga membatalkan acara karena anak kena serangan. Jika serangannya berat, ibu terpaksa tidak masuk kantor</p>	<p>yg disiapkan (jika harus minum obat) Di rumah ada eyang yang membantu. Serangan sering datang malam saat ada orang tua.</p>
<p>Ibu Li, 39 th</p>	<p>Sesak nafas. Batuk, sesak nafas, saat tidur nafas berbunyi</p>	<p>Alergi &amp; debu</p>	<p>Kalau anak batuk, diberi obat batuk warung dan obat alergi. Obat batuk selalu tersedia di rumah. Ada obat resep dokter yg harus diminum terus dan tidak boleh berhenti</p>	<p>Membersihkan kamar &amp; AC. Anak dilarang makan coklat, makanan dng MSG (indomie) dan es. Kepatuhan anak cukup baik karena anak takut kambuh. Namun kadang</p>	<p>Ibu merasa cemas jika sesaknya terlihat. Ibu juga bingung karena anak cenderung pendiam, tidak bicara ketika merasa sakit.</p>	<p>Tidak ada dukungan dari anggota keluarga lain (para ipar). Rumah terlihat messy dan memelihara 3 anjing yang ikut masuk ke dalam rumah. Guru tidak tahu Li</p>

Lampiran 6

Nama yang diteliti (nama asmi)	Gejala	Penyebab	Pencegahan	Pencegahan	Dampak Psikososial	Dukungan yg diperoleh	
Ibu Au, 39 th	Asma diawali oleh alergi, yang kalau mendapat pengobatan yg benar maka akan sembuh, tapi akan terulang lagi kalau alerginya tidak dihindari.	Batuk dan sesak nafas	Kasus anak Au: menurut Ibu Au adalah gara-gara salah obat	anak ingin makan indomi, ibu memberi dengan mengurangi bumbu.	Saat anak Au mengalami sesak nafas di malam hari ibunya tidak melakukan apa-apa, hanya menghibur dan mengurus dada anak <i>"kadang dia ngga bisa tidur, nahan sakit ...cuma teriak gitu"</i>	Perasaan saya khawatir, prihatin, terus saya berpikir kapan ini berakhir gitu, kapan ini berakhir, semua orang kam pengen anaknya normal kalau batuk, batuk yang biasa-biasa aja, kalo butuh obat pengimya sih obat yang obat warung aja, Ibu Au juga merasa putus asa, suka emosi karena anaknya bandel.	Informasi tentang asma diperoleh ibu dari dokter, majalah, tv. Tidak ada bantuan dan Ibu Au juga tidak mengharapkan bantuan orang lain untuk mengurus anaknya karena khawatir salah ( <i>saya agak sensitif</i> ). Suami Ibu Au bekerja di luar kota; guru Au tahu Au sakit asma tapi kurang membantu.
Nenek Vi, 56 th	Batuk dan sesak nafas	Anak keluar ingus, nafas	Debu, alergi binatang, faktor	Tidak melanggar pantangan: kena	Nenek menjadi kurang tidur; merasa	Dari suami; biaya pengobatan	



Lampiran 6

Yang diteliti	Gejala	Penyebab	Pencegahan	Dampak Psikososial	Dukungan yang diperlukan
	<p>berbunyi ngik- ngik dan batuk. Biasanya malam hari</p>	<p>keturunan</p>	<p>debu dan kecapekan,</p>	<p>cemas (<i>Ya Allah, sampe kapan anak ini begini</i>) dan kasihan pada anak saat kena serangan; Nenek merasa repot harus sering bersih-bersih; memasak makanan camilan karena tidak mengijinkan anak jajan; dan merasa kewalahan mengurus anak jika ada serangan.</p>	<p>mendapat ganti dari asuransi ayahnya Vi, tapi saat ini sudah lewat batas asuransi; saat berobat di RSCM dibantu oleh Yayasan Asma atas rujukan dr. Bambang karena sudah tidak dapat penggantian lagi.</p> <p>Nenek Vi juga mendapat informasi penangan asma dari ibu arisan.</p>
<p>Ibu Abr, 35 th</p>	<p>Sesak nafas karena banyak gerak. "<i>... tapi Abr kayaknya hanya alergi debu</i>"</p>	<p>Melanggar pantangan &amp; makanan &amp; minuman alergi.</p>	<p>Tidak melanggar pantangannya. Anak cukup patuh, karena sedikit melanggar langsung batuk dan bibirnya merah</p>	<p>Merasa kasihan melihat anak batuk-batuk, "<i>kayaknya kecapekan batuknya</i>" Ibu Abr merasa lelah harus bolak-balik mencari pengobatan; pertama ke RS UKI terus dirujuk ke RSCM dan melakukan</p>	<p>Suami sibuk kerja; yg membantu di rumah adalah pembantu. Guru tidak diberi tahu, karena merasa tidak akan diperhatikan "<i>percuma aja, sekolah negeri kan</i>"</p>

Lampiran 6

Nama Responden	Gejala	Penyebab	Penanganan	Pencegahan	Dampak Psikososial	Dukungan yg diperoleh
Ibu Dan, 42 th	Sesak nafas sering terjadi malam hari	Ada keturunan dari ayah dan ibu (kakek & nenek Dan) Pemicu: dingin dan kelelahan. Serangan 4 kali/bulan; lebih sering kalau anak sedang flu.	Anak diminta duduk tenang, diberi Ventolin; anak sudah bisa memakai obat semprot sendiri; diajari dokter; Anak pernah membawa Ventolin ke sekolah, sekarang tidak lagi. Jika dengan Ventolin nafas masih berat, anak kemudian dibawa ke dokter untuk diuap.	Menghindari terpapar langsung dng AC, tidur dng kasur & bantal bukan kapuk; tidak pakai selimut berbulu. Anak dilarang makan coklat dan es. Anak cukup patuh tapi "kadang-kadang dia suka diem diem juga" (melanggar pantangan minum es)	bermacam-macam tes. "kok nggak sembuh-sembuh, padahal keluarga nggak ada yg alergi kayak gitu"	Nenek, tante/bulik, sepupu dan mertua ada yg asma yg saling bercerita sehingga Dan merasa ada yg sama dalam keluarga. Mereka menghibur agar tidak cemas. Walau asma, mereka juga suka naik gunung dan aktivitas lainnya. Akses ke dokter juga mudah.

## Asthma Control Test (ACT)<sup>TM</sup>

(Sumber: [www.asthmacontroltest.com](http://www.asthmacontroltest.com) )

Pilih keadaan yang sesuai dengan kondisi anda di setiap pertanyaan. Anda diharapkan untuk menjawab setiap pertanyaan dengan jujur. Jawaban anda dapat menolong anda dan dokter anda untuk mendiskusikan keadaan asma anda yang sebenarnya dan tindakan medis yang diperlukan untuk mengobatinya.

**Cantumkan angka pilihan jawaban dalam kotak di samping kanan.**

- A. Dalam 4 minggu terakhir seberapa sering asma anda mengganggu anda untuk melakukan pekerjaan sehari-hari di kantor, sekolah atau rumah?
1. Selalu
  2. Sering
  3. Kadang-kadang
  4. Jarang
  5. Tidak pernah
- Nilai:
- B. Dalam 4 minggu terakhir seberapa seringkah anda mengalami sesak nafas?
1. Lebih dari 1 kali sehari
  2. Sekali sehari
  3. 3-6 kali seminggu
  4. 1-2 kali seminggu
  5. Tidak pernah
- Nilai:
- C. Dalam 4 minggu terakhir seberapa sering gejala asma (bengek, batuk-batuk, sesak nafas, nyeri dada atau rasa tertekan di dada) menyebabkan anda terbangun di malam hari atau lebih awal dari biasanya?
1. 4 kali atau lebih dalam seminggu
  2. 2-3 kali seminggu
  3. Sekali seminggu
  4. 1-2 kali sebulan
  5. Tidak pernah
- Nilai:
- D. Dalam 4 minggu terakhir seberapa sering anda menggunakan obat semprot atau obat oral (tablet/sirup) untuk melegakan pernafasan?
1. 3 kali atau lebih sehari
  2. 1-2 kali sehari
  3. 2-3 kali seminggu
  4. 1 kali seminggu atau kurang
  5. Tidak pernah
- Nilai:

E. Bagaimana anda sendiri menilai tingkat kontrol asma anda dalam 4 minggu terakhir?

1. Tidak terkontrol sama sekali
2. Kurang terkontrol
3. Cukup terkontrol
4. Terkontrol dengan baik
5. Terkontrol sepenuhnya

Nilai:

**TOTAL NILAI :**

Arti Nilai:

<b>25</b>	<b>SELAMAT.</b> Anda sudah mencapai <b>TOTAL KONTROL</b> . Anda tidak lagi mengalami gejala asma dan tidak ada keterbatasan aktifitas karena asma. Hubungi dokter dan perawat jika terjadi perubahan skor.
<b>20-24</b>	<b>ON TARGET.</b> Asma anda terkontrol baik tetapi belum mencapai <b>TOTAL KONTROL</b> . Konsultasikan pada dokter dan perawat anda untuk mencapai <b>TOTAL KONTROL</b>
<b>Kurang dari 20</b>	<b>OFF TARGET.</b> Asma anda belum terkontrol. Dokter dan perawat anda akan merekomendasikan program penatalaksanaan asma untuk meningkatkan control asma anda.