

PENGARUH JENIS TERAPI DAN KARAKTERISTIK PENYAKIT ASMA TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN ASMA RAWAT JALAN DI RSUD

EFFECT OF THERAPIES AND CHARACTERISTICS OF THE ASTHMA TO THE OUTPATIENT QUALITY OF LIFE AT HOSPITAL

Chinthia Sari Yusriana, Tri Murti Andayani, A.M. Wara Kusharwanti

Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRAK

Asma merupakan penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan. Penanganan asma terutama ditujukan untuk mengurangi frekuensi kekambuhan. Berkurangnya frekuensi kekambuhan dapat meningkatkan kualitas hidup penderitanya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh karakteristik penyakit dan jenis terapi terhadap kualitas hidup asma. Penelitian bersifat non eksperimental dengan rancangan analitik dan *cross-sectional*. Data diambil secara retrospektif dan *concurrent*. Subyek penelitian adalah pasien asma rawat jalan berusia ≥ 18 tahun yang menerima terapi asma berupa sediaan inhalasi minimal 3 bulan di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. Data diperoleh dari *Asthma Quality of Life Questionnaire* yang diikuti dengan wawancara dan penelusuran data pada rekam medis pasien. Pengaruh karakteristik penyakit dan jenis terapi diuji menggunakan analisis regresi berganda dan sederhana. Hasil penelitian menunjukkan dari 54 pasien, 61,11% adalah wanita. Berdasarkan usia, pasien usia 53 – 59 tahun paling banyak menderita asma (18,52%). Faktor terbesar yang berperan sebagai pencetus asma adalah lingkungan (48,15%). Obat yang dipakai adalah fenoterol HBr, salbutamol, teofilin, aminofilin, mebidrolin napolisilat, metilprednisolon, OBH sirup, dan ambroxol HCl. Karakteristik penyakit yang mempunyai pengaruh terhadap kualitas hidup pasien asma di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta adalah tingkat keparahan asma ($p=0,000$) dan pemicu asma ($p=0,045$). Semakin berat keparahan asma, kualitas hidup pasien semakin menurun. Jenis terapi tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien.

Kata kunci: asma, kualitas hidup, jenis terapi, RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

ABSTRACT

Asthma is a chronic uncured disease. Asthma management is primarily intended to reduce the frequency of recurrence. Reduced frequency of recurrence is able to improve the quality of life of sufferers. This study aimed to determine the effect of disease characteristics and the asthma therapy on quality of life. This research is a non-experimental study used cross-sectional and analytical design, with retrospective and concurrent sampling methods. Subjects were outpatient asthmatic patients ≥ 18 years old receiving therapy with inhaler dosage form of at least 3 months duration in Panembahan Senopati hospital Bantul Yogyakarta. Quality of life of the patients were obtained using the Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), followed by patient interviews and medical record analysis. Effects of the asthma types and therapy on quality of life of patients were tested using multiple regressions analysis. Results showed that 61,11% patient is female ($n=45$), with most prevalence ages between 53 - 59 years old (18,52%). The most dominating triggering is environment (48,15%). Drugs used were fenoterol HBr, salbutamol, theophylline, aminophilline, mebidroline napolisilate, methylprednisolone, OBH syrup, and ambroxol HCl. The severity of asthma and asthma triggers influenced in the quality of life of the patients significantly ($p<0,05$). The more severe asthma would reduce quality of life. However, the pattern of therapy showed no effect on the quality of life of the patients.

Keywords: asthma, quality of life, treatment, Hospital Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

PENDAHULUAN

Penyakit asma termasuk lima besar penyebab kematian di dunia, yaitu mencapai 17,4%. Pada tahun 2009 di Amerika Serikat diperkirakan 8,2% orang (24,6 juta) penduduknya menderita asma. Prevalensi menurun sesuai dengan meningkatnya usia, dimana terdapat 9,6% dari anak-anak ($\pm 7,1$ juta) menderita asma dibandingkan dengan 7,7% dari orang dewasa ($\pm 17,5$ juta) (Akinbami dkk., 2011). Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008) menyatakan bahwa di Indonesia prevalensi asma belum diketahui secara pasti. Hasil penelitian pada anak sekolah usia 13 – 14

tahun dengan menggunakan kuesioner *International Study on Asthma and Allergy in Children* (ISAAC) pada tahun 1995 menyatakan bahwa prevalensi asma 2,1%. Pada tahun 2003 prevalensi asma meningkat menjadi 5,2%. Hasil survey asma pada anak sekolah di beberapa kota besar seperti Medan, Palembang, Jakarta, Bandung, Semarang, Yogyakarta, Malang, dan Denpasar menunjukkan prevalensi asma pada anak SD usia 6 – 12 tahun berkisar 3,7% - 6,4%. Pada anak sekolah tingkat SMP, prevalensi asma di Jakarta Pusat sebesar 5,8% pada tahun 1995. Di Jakarta Timur prevalensi asma pada anak

SMP mencapai 8,6% pada tahun 2001. Asma dapat mengenai semua ras dan etnik yang ada di dunia, dari usia bayi hingga orang tua, dengan lebih banyak mengenai laki-laki dibandingkan perempuan, tetapi setelah pubertas lebih banyak wanita dibandingkan dengan pria (Gershwin, 2005).

Dampak buruk asma meliputi penurunan kualitas hidup, penurunan produktivitas, ketidakhadiran di sekolah, peningkatan biaya kesehatan, risiko perawatan di rumah sakit, dan bahkan kematian. Meskipun pengobatan secara efektif dapat menurunkan morbiditas karena asma, namun efektivitas hanya tercapai jika penggunaan obat-obatan telah sesuai. Selain dikarenakan kurang tepatnya tindakan pengobatan, faktor lain yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup penderita asma adalah rendahnya tingkat pemahaman penderita tentang asma dan pengobatannya (Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, 2007).

RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta memiliki jumlah penderita asma yang cukup banyak dan merupakan rumah sakit rujukan bagi warga di sekitar Bantul. Di daerah selatan Yogyakarta terdapat sebuah pabrik yang menghasilkan polusi yang cukup mengganggu. Polusi berupa debu mempunyai kontribusi yang besar terhadap kejadian asma di sekitar pabrik tersebut. Hal inilah yang menjadi alasan pentingnya penelitian hubungan terapi dan karakteristik penyakit asma terhadap kualitas hidup penderita asma untuk dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta.

METODE

Penelitian bersifat non eksperimental dengan rancangan analitik dan *cross-sectional*. Data diambil secara retrospektif dan *concurrent*. Subyek penelitian adalah pasien asma rawat jalan berusia ≥ 18 tahun yang menerima terapi asma berupa sediaan inhalasi minimal 3 bulan di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. Data diperoleh dari *Asthma Quality of Life Questionnaire* yang diikuti dengan wawancara dan penelusuran data pada rekam medis pasien. Pengaruh karakteristik penyakit dan jenis terapi terhadap kualitas

hiduppenderita asma diuji menggunakan *regresion analysis*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Data karakteristik penyakit diambil dari hasil pengisian kuisioner yang memuat pertanyaan data pribadi dan informasi umum kondisi pasien, sedangkan data kualitas hidup pasien diperoleh dari hasil pengisian kuisioner AQLQ.

Data terapi yang diambil dari data rekam medik adalah data rekam medik satu bulan sebelum pengisian kuisioner, hal ini disesuaikan dengan tujuan dari penelitian yaitu mengetahui pengaruh terapi khususnya terapi inhalasi. Jumlah pasien dalam penelitian ini didasarkan pada lama waktu penelitian yaitu bulan Januari sampai dengan bulan April 2012. Selama kurun waktu tersebut didapatkan pasien sebanyak 54 pasien. Asma dapat terjadi pada siapa saja dan dapat timbul pada semua umur. Pasien asma dalam penelitian ini termuda berusia 22 tahun sedangkan pasien tertua berusia 74 tahun. Berdasarkan diagram di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar penyakit asma terjadi pada kelompok usia 53 – 59 tahun yaitu sebesar 18,52%.

Subyek dalam penelitian ini berjumlah 54 pasien asma rawat jalan yang terdiri dari 21 (38,89%) pasien pria dan 33 (61,11%) pasien wanita. Secara umum, gambaran usia dan jenis kelamin pasien asma di RSUD Panembahan Senopati menunjukkan kemiripan dengan prevalensi asma pada beberapa studi epidemiologi yang dilakukan Kynyk dkk. (2011). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah wanita penderita asma tertinggi terjadi pada kelompok usia 53 – 59 tahun. Pada kelompok usia 60 – 66 tahun pasien pria lebih mendominasi daripada pasien wanita. Meskipun asma tidak dapat disembuhkan, manajemen yang tepat dapat mengontrol gangguan asma tersebut dan memungkinkan orang untuk menikmati kualitas hidup yang baik. Lama menderita asma dalam penelitian ini dibedakan menjadi 4 kategori, yaitu kurang atau sama dengan satu tahun, 2 – 5 tahun, 6 – 10 tahun dan lebih dari 10 tahun. Hasil penelitian dapat dilihat dalam tabel I.

Pengukuran lama menderita asma dalam

penelitian ini perlu diketahui terkait dengan sifat asma yang kemungkinan akan diderita seumur hidup pasien. Keadaan ini memungkinkan pasien yang sudah lama menderita asma dapat beradaptasi dengan baik sehingga asma bukan lagi menjadi masalah yang berat sehingga kemungkinan tidak akan banyak mempengaruhi kualitas hidup penderitanya.

Sifat penyakit asma yang kronis membutuhkan pengelolaan penyakit ini sepanjang hidup penderitanya. Pengendalian asma dengan terapi farmakologi dapat dilakukan dengan terapi rawat jalan. Lama rawat jalan pasien asma dalam penelitian ini dikategorikan menjadi empat kategori, yaitu kurang atau sama dengan satu tahun, 2 – 5 tahun, 6 – 10 tahun dan lebih dari 10 tahun. Tabulasi data lama rawat jalan pasien asma dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel II. Beberapa faktor yang dapat menjadi faktor pencetus timbulnya asma yaitu dari faktor

pasien dan faktor lingkungan. Faktor pasien dapat berupa faktor genetik, alergi, dan saluran nafas yang mudah terangsang serta faktor psikis. Sedangkan faktor lingkungan juga dapat berupa bahan-bahan di dalam dan di luar ruangan, makanan-makanan tertentu, obat-obatan tertentu, iritan, asap rokok, polusi udara, infeksi saluran nafas serta perubahan cuaca. Dalam penelitian ini, pemicu asma digolongkan menjadi 3 yaitu psikis/emosi, lingkungan dan aktivitas. Hasil dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel III di bawah ini.

Tingkat keparahan asma pada pasien usia ≥ 12 tahun dapat dinilai berdasarkan frekuensi terjadinya gangguan asma dan fungsi paru. Dalam penelitian ini tingkat keparahan asma ditentukan berdasarkan frekuensi terbangun di malam hari akibat serangan asma saja karena keterbatasan data. Tingkat keparahan pasien asma di RSUD Panembahan Senopati Bantul terangkum dalam tabel IV.

Tabel I. Lama Menderita Asma Pasien RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

Lama menderita asma (tahun)	n	%
≤ 1	18	33,33
2 – 5	26	48,15
6 – 10	7	12,96
> 10	3	5,56
Jumlah	54	100,00

Tabel II. Lama Rawat Jalan Pasien Asma RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

Lama rawat jalan (tahun)	n	%
≤ 1	23	42,59
2 – 5	23	42,59
6 – 10	7	11,11
> 10	2	3,71
Jumlah	54	100,00

Tabel III. Pemicu Asma Pasien RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

Penyebab atau pemicu asma	n	%
Lingkungan	26	48,15
Psikis/emosi	11	20,37
Aktivitas	17	31,48
Jumlah	54	100,00

Tabel IV. Distribusi TingkatKeparahan Asma Pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

Tingkat keparahan	N	%
Intermiten	1	1,85
Persisten ringan	20	37,04
Persisten sedang	15	27,78
Persisten berat	18	33,33
Jumlah	54	100,00

Tabel V. Jenis Terapi Asma di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

Jenis terapi	n	%
Agonis β 2 adrenergik	10	18,52
Agonis β 2 adrenergik + kortikosteroid	18	33,33
Agonis β 2 adrenergik + metilxantin	6	11,11
Agonis β 2 adrenergik + kortikosteroid + metilxantin	20	37,04
Jumlah	54	100,00

Secara umum, golongan obat antiasma yang digunakan pada pasien asmadewasa di RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah kortikosteroid, agonis β 2 adrenergik, metilksantin, dan antihistamin. Data rekam medis dalam penelitian ini adalah semua pasien obat asma inhalasi yaitu dari jenis fenoterol HBr, sehingga semua pola pengobatan dalam penelitian ini adalah pemakaian obat jenis fenoterol HBr dengan kombinasi obat dari golongan lain. Agonis β 2-adrenergik yang diberikan secara inhalasi merupakan bronkodilator yang paling efektif dan terapi lini pertama untuk mengatasi serangan asma akut (Ikawati, 2011). Penggunaan agonis β 2-adrenergik tunggal maupun dikombinasikan dengan antiasma yang lain dikategorikan menjadi 4 jenis terapi yang dapat dilihat pada tabel V.

Pengaruh karakteristik terhadap kualitas hidup pasien

Pengukuran kualitas hidup dalam penelitian ini menggunakan instrumen *Asthma Quality of Life Questionnaire* (AQLQ). Sebelum digunakan, dilakukan pengujian validitas dan reliabilitas AQLQ. Hasil uji validitas dengan *bivariate correlations* menunjukkan bahwa semua item pertanyaan valid (r hitung > r tabel). Setelah semua item pertanyaan dalam AQLQ dinyatakan valid, dilakukan pengujian reliabilitas. Hasil uji reliabilitas dengan metode *Crobach's Alfa* menunjukkan bahwa AQLQ reliabel (α > r tabel). Skor rata-rata domain

gangguan asma dari 54 sampel adalah $33,14 \pm 12,42$, domain frekuensi serangan asma $32,14 \pm 14,47$, domain penggunaan inhaler $52,65 \pm 12,36$, dan kualitas hidup $36,06 \pm 9,86$. Rangkuman skor domain-domain dalam kualitas hidup pasien asma di RSUD Panembahan Senopati Bantul tercantum pada tabel VI.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin lama menderita asma dan semakin lama rawat jalan, skor domain kualitas hidup dan skor kualitas hidup cenderung meningkat. Peningkatan skor menunjukkan makin baiknya kualitas hidup pasien. Hal ini dimungkinkan karena semakin lama pasien menderita asma, pasien semakin mengenali penyakit yang dideritanya sehingga pasien dapat mengelola penyakitnya. Pengelolaan penyakit asma yang baik akan meningkatkan kualitas hidup penderitanya.

Pemicu asma yang memberikan rata-rata skor domain frekuensi serangan dan skor kualitas hidup tertinggi adalah faktor psikis/emosi. Hal ini berarti pasien asma yang faktor pemicunya adalah faktor psikis/emosi, gangguan asma dan frekuensi serangannya paling minimal, kualitas hidupnya makin baik. Rata-rata skor domain penggunaan inhaler terendah terjadi pada pasien yang faktor pemicu asmanya adalah psikis/emosi. Hal ini menunjukkan bahwa pasien yang faktor pemicu asmanya karena psikis/emosi, lebih sering menggunakan Terapi inhaler dibandingkan pasien asma dengan faktor pemicu asma berupa lingkungan dan aktivitas.

Tabel VI. Rata-rata Skor Kualitas Hidup Tiap Domain Berdasarkan Karakteristik Penyakit Pasien Asma di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

Karakteristik penyakit asma	Rata-rata skor domain			Skor kualitas hidup	n
	Gangguan asma	Frekuensi serangan	Penggunaan inhaler		
Lama menderita asma					
≤ 1 tahun	31,29±8,93	34,31±13,54	49,21±11,20	35,22±8,76	18
2 – 5 tahun	34,21±14,22	28,57±14,14	54,40±12,13	35,69±10,34	26
6 – 10 tahun	30,83±15,02	34,69±17,70	53,06±17,91	35,82±11,84	7
> 10 tahun	40,35±8,04	45,24±8,25	57,14±0,00	44,78±6,68	3
Lama rawat jalan					
≤ 1 tahun	33,14±10,11	33,85±13,49	48,45±11,18	36,06±8,50	23
2 – 5 tahun	33,18±14,23	28,57±13,96	55,28±12,41	35,33±10,53	23
6 – 10 tahun	28,07±14,38	33,33±18,99	57,14±15,65	34,67±12,53	6
> 10 tahun	44,74±3,72	50,00±0,00	57,14±0,00	48,56±1,86	2
Pemicu asma					
Lingkungan	26,92±6,87	28,85±14,64	52,20±12,74	31,78±6,51	26
Psikis/emosi	38,76±9,20	40,26±7,34	49,35±11,72	41,02±6,91	11
Aktivitas	39,01±16,23	31,93±16,19	55,46±12,25	39,39±12,94	17
Tingkat keparahan asma					
Intermiten	52,63±0,00	42,86±0,00	57,14±0,00	50,12±0,00	1
Persistenringan	43,42±7,99	39,64±11,23	55,71±11,26	44,21±5,08	20
Persistensedang	31,58±6,29	30,00±14,34	52,38±12,85	34,52±6,71	15
Persisten berat	21,93±9,76	25,00±14,55	49,21±13,17	27,50±8,24	18

Tabel VII. Hasil Analisis Regresi Linear Berganda Karakteristik Pasien Asma terhadap Kualitas Hidup Pasien Asma di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

Karakteristik penyakit asma	Domain						Kualitas hidup	
	Gangguan asma		Frekuensi serangan		Penggunaan inhaler		p	r
	p	r	p	r	p	R		
Lama menderita	0,250		0,726		0,529		0,471	
Lama rawat jalan	0,093		0,847		0,110		0,494	
Pemicu asma	0,002*	0,720	0,838	0,381	0,969	0,330	0,045*	0,664
Tingkat keparahanasma	0,000*		0,010*		0,211		0,000*	

Keterangan: * signifikan 5%

Tabel VI menunjukkan bahwa semakin berat tingkat keparahan asma, skor rata-rata domain kualitas hidup dan skor kualitas hidup semakin menurun. Hal ini menunjukkan bahwa semakin berat tingkat keparahan asma, kualitas hidup pasien semakin menurun. Hasil penelitian ini sesuai dengan kenyataan bahwa semakin berat tingkat keparahan asma, semakin berat pula gangguan asma, semakin meningkat frekuensi serangan asma dan penggunaan inhaler, sehingga aktivitas pasien akan semakin terganggu, yang pada akhirnya kualitas hidupnya semakin menurun.

Karakteristik penyakit asma dalam penelitian ini antara lain lama menderita asma, lama rawat jalan, pemicu asma, dan tingkat keparahan asma. Untuk mengetahui pengaruh karakteristik penyakit asma terhadap kualitas hidup, dilakukan analisis regresi linear berganda. Hasil analisis regresi linear berganda karakteristik pasien terhadap kualitas hidup pasien dalam penelitian terangkum dalam tabel VII. Pemicu asma dan tingkat keparahan asma mempengaruhi secara signifikan skor domain gangguan asma ($p < 0,05$). Tingkat keparahan asma berpengaruh secara signifikan terhadap

domain gangguan asma, frekuensi serangan, dan kualitas hidup ($p < 0,05$). Bentuk pengaruhnya adalah semakin berat tingkat keparahan asma, maka gangguan asma semakin berat, frekuensi serangan asma semakin tinggi, dan kualitas hidup semakin rendah. Hal ini sejalan dengan data rata-rata skor domain gangguan asma, frekuensi serangan, dan kualitas hidup yang terangkum dalam tabel IX yang semakin meningkat dengan peningkatan keparahan asma.

Semua komponen karakteristik penyakit asma tidak berpengaruh terhadap domain penggunaan inhaler. Secara teoritis tingkat keparahan asma akan meningkatkan frekuensi penggunaan inhaler, namun hal tersebut tidak terlihat. Bila dihubungkan dengan data rata-rata skor domain penggunaan inhaler dengan tingkat keparahan asma, terlihat terjadi penurunan rata-rata skor domain penggunaan inhaler seiring dengan peningkatan keparahan asma. Namun penurunan rata-rata skor domain penggunaan inhaler tidak setajam penurunan skor rata-rata domain gangguan asma, frekuensi serangan, dan kualitas hidup. Tidak adanya pengaruh tingkat keparahan asma dengan domain penggunaan inhaler kemungkinan terjadi karena hanya satu jenis inhaler yang digunakan oleh pasien di RSUD Panembahan Senopati yaitu fenoterol HBr sebagai *quick reliever* serangan asma dan tidak adanya penggunaan kortikosteroid inhalasi sebagai terapi pemeliharaan asma. Bila dihubungkan dengan distribusi pasien berdasarkan tingkat keparahan asmanya, 98% pasien dalam penelitian termasuk pasien asma persisten yang membutuhkan kortikosteroid inhalasi untuk mengontrol asmanya.

Karakteristik penyakit asma yang berpengaruh terhadap kualitas hidup adalah tingkat keparahan asma dan pemicu asma ($p < 0,05$). Data skor kualitas hidup memenuhi syarat untuk dilakukan analisis parametrik karena memenuhi kriteria homogen ($p > 0,05$) dan terdistribusi normal ($p > 0,05$). Untuk mengetahui jenis tingkat keparahan asma yang mempengaruhi skor kualitas hidup, dilakukan analisis statistika dengan Anova satu jalan. Hasil analisis Anova satu jalan menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna rata-rata skor kualitas

hidup pada kelompok asma persisten ringan, sedang, maupun berat, sehingga dapat dikatakan ada pengaruh tingkat keparahan asma terhadap skor kualitas hidup. Analisis statistika dilanjutkan kembali dengan uji Tukey untuk melihat adanya perbedaan yang bermakna skor kualitas hidup antar tiap tingkat keparahan asma. Hasil uji Tukey menunjukkan skor kualitas hidup pasien asma persisten antar tiap tingkat keparahan asma berbeda secara bermakna ($p < 0,05$). Hal ini menjelaskan bahwa tingkat keparahan asma persisten ringan, sedang, dan berat mempengaruhi skor kualitas hidup. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Imelda dkk. (2007) yang menyatakan bahwa tingkat keparahan asma yang berpengaruh terhadap kualitas hidup adalah asma intermiten dan persisten ringan.

Uji Kruskal Wallis menunjukkan ada perbedaan bermakna rata-rata skor kualitas hidup pada asma dengan pemicu lingkungan, psikis/emosi, dan aktivitas. Pemicu asma yang mempunyai pengaruh terbesar terhadap skor kualitas hidup ditentukan berdasarkan nilai median skor kualitas hidup berdasarkan pemicu asma. Semakin besar nilai median skor kualitas hidup menunjukkan semakin besar pengaruh pemicu asma terhadap skor kualitas hidup. Nilai median skor kualitas hidup berdasarkan faktor pemicu lingkungan, psikis/emosi, dan aktivitas berturut-turut adalah 32,58, 42,48, dan 45,36. Berdasarkan nilai median, pemicu asma yang paling berpengaruh terhadap skor kualitas hidup dalam penelitian ini adalah aktivitas.

Korelasi antar variabel ditunjukkan dengan nilai r . Korelasi dikatakan kuat apabila nilai $r > 0,5$. Hasil analisis korelasi antara skor domain gangguan asma maupun skor kualitas hidup dengan karakteristik lama menderita, lama rawat jalan, pemicu asma, dan tingkat keparahan asma menunjukkan korelasi yang kuat. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Imelda, dkk (2007).

Meskipun asma tidak bisa disembuhkan, manajemen yang tepat dapat mengontrol gangguan asma tersebut dan memungkinkan orang untuk menikmati kualitas hidup yang baik. Tabulasi rata-rata skor kualitas hidup tiap domain dengan jenis terapi pasien asma dalam penelitian ini disajikan dalam tabel VIII.

Tabel VIII. Rata-rata Skor Kualitas Hidup Tiap Domain dengan Jenis Terapi dan Pengaruhnya pada Pasien Asma di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

Domain	Jenis terapi				p
	Agonis β 2 adrenergik	Agonis β 2 adrenergik dan kortikosteroid	Agonis β 2 adrenergik dan metilsantin	Agonis β 2 adrenergik, kortikosteroid dan metilsantin	
Gangguanasma	33,69 \pm 12,20	33,34 \pm 13,27	30,70 \pm 14,67	33,42 \pm 11,99	0,935
Frekuensi serangan	30,71 \pm 8,94	37,30 \pm 14,40	21,43 \pm 14,29	31,43 \pm 15,61	0,527
Penggunaaninhal er	50,00 \pm 10,10	52,38 \pm 14,70	54,76 \pm 14,04	53,57 \pm 11,23	0,472
Kualitashidup	35,41 \pm 8,70	37,83 \pm 10,86	31,62 \pm 10,69	36,12 \pm 9,50	0,833

Tabel VIII menunjukkan bahwa skor domain kualitas hidup dan skor kualitas hidup tidak tergantung dengan banyaknya jenis obat antiasma yang digunakan. Secara umum, skor domain kualitas hidup dan skor kualitas hidup tidak banyak berbeda antara kelompok pasien yang menggunakan 1, 2, atau 3 jenis obat. Hasil analisis statistika dengan regresi linear sederhana menunjukkan bahwa jenis terapi tidak berpengaruh secara signifikan terhadap skor domain kualitas hidup maupun skor kualitas hidup. Bila dihubungkan dengan tingkat keparahan asma dan jenis terapinya, hasil penelitian yang demikian ini kemungkinan dipengaruhi oleh ketidaksesuaian jenis terapi dengan tingkat keparahan asma. Dalam penelitian ini 53 dari 54 pasien termasuk pasien dengan tingkat keparahan persisten ringan sampai berat yang memerlukan terapi jangka

panjang dengan kortikosteroid inhalasi. Pasien di RSUD Panembahan Senopati hanya menerima kortikosteroid dalam bentuk oral sehingga hasil terapi kurang maksimal. Selain itu, kemungkinan tersebut dapat juga dipengaruhi oleh kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat-obatan.

KESIMPULAN

Karakteristik penyakit yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien asma di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta adalah tingkat keparahan asma ($p=0,000$) dan pemicu asma ($p=0,045$). Semakin berat tingkat keparahan asma, skor kualitas hidup semakin rendah. Jenis terapi tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien asma di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta.

DAFTAR PUSTAKA

- Akinbami, L.J., Moorman, J.E., and Liu, X., 2011, *Asthma Prevalence Health Care Use and Mortality United States 2005-2009*, U.S. Departement of Health and Human Services Center for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomer 1023/Menkes/SK/XI/2008, tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Asma*, Jakarta, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2007, *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Asma*, Jakarta, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Gerswin, L., 2005, 'Asthma Gender and ETS Pathogenic Synergy', Tobacco-Related Disease Research Program, diakses pada 10 Mei 2010, <http://www.trdrp.org/fundedresearch/grant_page.php?grant_id=4046>.
- Ikawati, Z., 2011, *Penyakit Sistem Pernafasan dan Tatalaksana Terapinya*, Bursallmu,

- Yogyakarta, 104 – 156.
- Imelda, S., Yunus, F., dan Wiyono, W.H., 2007, Hubungan Derajat Asma dengan Kualitas Hidup yang Dinilai dengan Asthma Quality of Life Questionnaire, *Majalah Kedokteran Indonesia*, **57**:435 – 445.
- Kynnyx, J.A., Mastronarde, J.G., and McCallister, J.W., 2011, Asthma the SexDifference, *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, **17**:6 – 11