

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. PERMASALAHAN ASMA BRONKIAL

1. Kekambuhan Asma

Istilah asma berasal dari kata dalam bahasa Yunani yang artinya terengah-engah dan berarti serangan napas pendek (Price et al, 2002). Asma merupakan penyakit inflamasi (peradangan) kronik saluran nafas yang ditandai adanya mengi episodik, batuk, dan rasa sesak di dada akibat penyumbatan saluran nafas, dan termasuk dalam kelompok penyakit saluran pernapasan kronik (Depkes, 2009). Pendapat lain asma adalah suatu penyakit peradangan kronik saluran pernapasan yang berhubungan dengan hiperesponsif dan penyempitan saluran nafas yang menimbulkan gejala-gejala gangguan pernafasan secara episodic yang membaik secara spontan atau setelah pemberian obat (GINA, 2014).

Secara umum kekambuhan asma dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor resiko antara lain:

- a. Alergen dalam rumah (tungau debu rumah, spora jamur, kecoa, serpihan kulit binatang, seperti anjing, kucing dan lain-lain)
- b. Alergen luar rumah (serbuk sari, dan spora jamur)
- c. Alergen makan (susu, udang, telur, kepiting dan ikan laut)
- d. Bahan yang mengiritasi (parfum)

- e. Ekspresi emosi berlebih, stress atau gangguan emosi dapat menjadi pencetus serangan asma, selain itu juga dapat memperberat serangan asma yang sudah ada
- f. Asap rokok bagi perokok aktif maupun pasif, asap rokok berhubungan dengan penurunan fungsi paru. Paparan asap rokok, sebelum dan sesudah kelahiran berhubungan dengan efek berbahaya yang dapat diukur seperti meningkatkan risiko terjadinya gejala serupa asma pada usia dini
- g. Perubahan cuaca, cuaca lembab dan hawa pegunungan yang dingin sering mempengaruhi asma. Atmosfer yang mendadak dingin merupakan faktor pemicu terjadinya serangan asma. Serangan kadang-kadang berhubungan dengan musim, seperti: musim hujan, musim kemarau, musim bunga (serbuk sari beterbangan) (Bateman, 2007).

2. Epidemiologi asma

Asma dapat terjadi pada semua usia, tetapi paling sering dimulai selama masa anak-anak. Di Amerika lebih dari 25 juta orang diketahui menderita asma dan sekitar 7 juta penderitanya adalah anak-anak (NHLBI, 2014). Penelitian ISAAC tahap pertama yang dilakukan di 56 negara mendapatkan angka prevalensi yang sangat bervariasi berkisar antara 2,1% hingga 32,2% pada kelompok 13-14 tahun dan 4,1% hingga 32,1% pada kelompok 6-7 tahun. Hasil penelitian ISAAC tahap ke tiga menunjukkan bahwa tidak ada perubahan prevalensi asma dibandingkan dengan hasil penelitian tahap pertama. Banyak Negara yang mengalami peningkatan prevalensi asma terutama pada kelompok usia yang lebih muda (6-7 tahun). Meskipun demikian, prevalensi asma cenderung sedikit

menurun pada kelompok usia 13-14 tahun di Negara yang sebelumnya mempunyai prevalensi asma yang tinggi. Sedangkan di Indonesia asma merupakan sepuluh besar penyebab kesakitan dan kematian di Indonesia, hal itu tergambar dari data studi survei kesehatan rumah tangga (SKRT) di berbagai provinsi di Indonesia. Pada SKRT 1992, asma sebagai penyebab kematian (mortalitas) ke-4 di Indonesia atau sebesar 5,6% tahun 1995, prevalensi asma di seluruh Indonesia sebesar 13/1000 (Ratnawati, 2011).

3. Etiologi

Ada beberapa etiologi tentang penyakit asma, meliputi:

1. Genetika

Studi keluarga dan kembar telah menunjukkan bahwa genetika menjadi peran penting dalam pengembangan asma dan alergi, kemungkinan melalui beberapa gen dari efek moderat (yaitu, gen yang terkait dengan risiko relatif pada kisaran 1,2-2). Secara khusus, ada secara konsisten direplikasi daerah di lengan panjang kromosom 2, 5, 6, 12 dan

13. Studi Asosiasi individu yang tidak berhubungan juga telah mengidentifikasi lebih dari 100 gen yang terkait dengan alergi dan asma, 79 di antaranya telah direplikasi setidaknya satu studi lebih lanjut (Subbarao *et al*, 2009).

2. Faktor Resiko Prenatal

- a. Prenatal Asap Rokok, ibu yang merokok secara konsisten pada usia prenatal dikaitkan dengan suara mengi pada anak usia dini. Ibu yang

merokok pada usia prenatal juga dikaitkan dengan peningkatan resiko alergi makanan (Subbarao *et al*, 2009).

- b. Diet dan Gizi, studi observasional memeriksa tingkat gizi prenatal atau intervensi diet dan perkembangan selanjutnya dari penyakit atopik telah berfokus pada makanan dengan sifat anti-inflamasi (misalnya, omega-3 asam lemak) dan antioksidan seperti vitamin E dan seng. Beberapa studi telah menunjukkan bahwa asupan tinggi ikan atau minyak ikan selama kehamilan dikaitkan dengan rendahnya risiko penyakit atopik (khusus eksem dan atopik mengi) sampai usia 6 tahun (Subbarao *et al*, 2009).
- c. Penggunaan Antibiotic, hubungan antara pengobatan antibiotik prenatal dan perkembangan dari penyakit atopik telah diperiksa dalam 2 cara, pertama dengan pengobatan sebagai prediktor dikotomis (yaitu, penggunaan antibiotik) dan yang kedua dengan jumlah program antibiotik selama kehamilan. Studi kohort longitudinal meneliti penggunaan antibiotik menunjukkan risiko lebih besar mengi persisten dan asma pada anak usia dini (Subbarao *et al*, 2009).

4. Patofisiologi

Penyakit asma memiliki manifestasi fisiologis berbentuk obstruksi saluran napas yang memberikan gejala-gejala asma seperti batuk, mengi yang terdengar dengan atau tanpa stetoskop, dan sesak napas. Penyempitan saluran napas dapat terjadi secara bertahap, perlahan-lahan, dan bahkan menetap dengan pengobatan tetapi dapat pula terjadi mendadak, sehingga menimbulkan kesulitan bernapas yang akut. Derajat obstruksi ditentukan oleh diameter lumen saluran napas,

dipengaruhi oleh edema dinding bronkus, produksi mucus, kontraksi dan hipertrofi otot polos bronkus (IPD FKUI, 2006).

Saluran pernapasan adalah tabung yang membawa udara masuk dan keluar dari paru-paru. Orang yang menderita asma telah terjadi peradangan pada saluran pernapasannya. Peradangan tersebut membuat saluran pernapasan bengkak dan sangat sensitif. Saluran pernapasan bereaksi dengan kuat dengan zat inhalasi yang dihirup. Ketika saluran udara bereaksi, otot-otot di sekitar saluran pernapasan menegang, hal tersebut mengakibatkan saluran pernapasan menyempit, sehingga menyebabkan udara kurang mengalir ke paru-paru. Pembengkakan dapat bertambah parah, sehingga membuat saluran pernapasan menjadi lebih sempit. Sel di saluran pernapasan dapat memproduksi lendir lebih banyak dari biasanya. Lendir adalah cairan lengket, tebal yang dapat menyebabkan penyempitan saluran pernapasan. Reaksi ini dapat mengakibatkan gejala asma, gejala dapat terjadi setiap kali saluran udara meradang (NHLBI, 2014). Menurut beberapa ahli karakteristik dari asma adalah obstruksi saluran napas yang reversibel (tetapi tidak lengkap pada beberapa pasien) baik secara spontan maupun dengan pengobatan, inflamasi saluran pernapasan, dan peningkatan respon saluran napas terhadap berbagai rangsangan (hiperaktivitas) (IPD FKUI, 2006).

Gejala asma pada beberapa penderita muncul berhubungan dengan aktivitas fisik. Dan seseorang yang memiliki keluarga dengan riwayat asma atau alergi meningkatkan resiko menderita asma (AAAAI, 2016). Asma dibedakan menjadi asma alergik (ekstrinsik) dan asma non-alergik (intrinsic) (IPD FKUI, 2006). Asma alergik terutama munculnya pada masa anak-anak dengan keluarga

yang mempunyai riwayat penyakit atopik termasuk hay fever, eczema, dermatitis dan asma.

Mekanisme serangan asma alergik melalui reaksi alergi tipe 1 terhadap alergen (IPD FKUI, 2006). Asma alergik disebabkan oleh kepekaan individu terhadap alergen (biasanya protein) dalam bentuk serbuk sari yang dihirup, bulu halus binatang, spora jamur, debu, serat kain, dan makanan seperti susu atau coklat. Paparan terhadap alergen, meskipun dalam jumlah yang sangat kecil, dapat mengakibatkan serangan asma. Berbeda dengan asma alergik, asma dikatakan non-alergik jika tidak ditemukan tanda-tanda reaksi hipersensitivitas terhadap allergen (IPD FKUI, 2006).

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kekambuhan asma antara lain debu yang menempel pada kipas angin, langit-langit rumah, jendela kamar yang selalu tertutup, dan membersihkan debu tidak dengan lap basah merupakan faktor resiko kekambuhan asma (Purnomo, 2008). Tungau Debu Rumah (TDR) adalah allergen inhalan penting yang berhubungan dengan asma. Kasur yang sudah lama tidak dijemur dan tidak dibersihkan akan menampung TDR dan karpet rumah juga sering menampung allergen seperti TDR (Wahani, 2011). Makanan juga dapat menyebabkan kekambuhan asma, beberapa makanan yang dapat menyebabkan kekambuhan asma antara lain susu sapi, ikan laut, kacang, berbagai buah-buahan seperti durian, dan mangga berperan jadi penyebab asma. Makanan produk industri dengan pewarna buatan pengawet serta vestin juga dapat menyebabkan asma (Purnomo, 2008).

5. Diagnosis

Diagnosis asma adalah berdasarkan gejala yang bersifat episodik, pemeriksaan fisiknya dijumpai napas menjadi cepat dan dangkal dan terdengar bunyi mengi pada pemeriksaan dada (pada serangan sangat berat biasanya tidak lagi terdengar mengi, karena pasien sudah lelah untuk bernapas) (Depkes, 2007). Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mendiagnosis penyakit asma, antara lain:

a. Anamnesis

Ada beberapa hal yang harus diketahui dari pasien asma antara lain: riwayat hidung ingusan atau mampat (rhinitis alergi), mata gatal, merah, dan berair (*konjungtivitis* alergi), dan *eksem atopi*, batuk yang sering kambuh (kronik) disertai mengi, flu berulang, sakit akibat perubahan musim atau pergantian cuaca, adanya hambatan beraktivitas karena masalah pernapasan (saat berolahraga), sering terbangun pada malam hari, riwayat keluarga (riwayat asma, rinitis atau alergi lainnya dalam keluarga), memelihara binatang di dalam rumah, banyak kecoa, terdapat bagian yang lembab di dalam rumah. Untuk mengetahui adanya tungau debu rumah, tanyakan apakah menggunakan karpet berbulu, sofa kain bludru, kasur kapuk, banyak barang di kamar tidur (GINA, 2007).

b. Pemeriksaan Klinis

Untuk menegakkan diagnosis asma, harus dilakukan anamnesis secara rinci, menentukan adanya episode gejala dan obstruksi saluran napas. Pada pemeriksaan fisis pasien asma, sering ditemukan perubahan cara bernapas,

dan terjadi perubahan bentuk anatomi toraks. Pada inspeksi dapat ditemukan; napas cepat, kesulitan bernapas, menggunakan otot napas tambahan di leher, perut dan dada. Pada *auskultasi* dapat ditemukan mengi, ekspirasi memanjang (GINA, 2007).

6. Pencegahan

Asma dapat dicegah dengan beberapa cara, antara lain:

a. Mencegah *sensitilasi*

Cara-cara mencegah asma berupa pencegahan sensitasi alergi (terjadinya atopi, diduga paling relevan pada masa prenatal dan perinatal) atau pencegahan terjadinya asma pada individu yang disensitasi. Selain menghindari pajanan dengan asap rokok, baik in utero atau setelah lahir, tidak ada bukti intervensi yang dapat mencegah perkembangan asma. Hipotesis *hegiene* untuk mengarahkan system imun bayi kearah Th1, respon nonalergi atau modulasi sel T regulator mesish merupakan hipotesis (Briode, 2007).

b. Mencegah *Eksaserbasi*

Eksaserbasi asma dapat ditimbulkan berbagai faktor (trigger) seperti allergen (indoor seperti tungau debu rumah, hewan berbulu, kecoa, dan jamur, allergen outdoor seperti polen, jamur, infeksi virus, polutan dan obat). Mengurangi pajanan penderita dengan beberapa faktor seperti menghentikan merokok, menghindari asap rokok, lingkungan kerja, makanan, aditif, obat yang menimbulkan gejala dapat memperbaiki kontrol asma serta keperluan obat. Tetapi biasanya

penderita bereaksi terhadap banyak faktor lingkungan sehingga usaha menghindari allergen sulit untuk dilakukan. Hal-hal lain yang harus pula dihindari adalah polutan indoor dan outdoor, makanan dan aditif, obesitas, emosi-stress, dan berbagai faktor lainnya (Briode, 2007).

Pencegahan asma berkaitan dengan pengendalian asma pada penderita asma, tujuan dari pengendalian asma adalah:

1. Meningkatkan kemandirian pasien dalam upaya pencegahan asma.
2. Menurunkan jumlah kelompok masyarakat yang terpajan faktor risiko asma
3. Terlaksananya deteksi dini pada kelompok masyarakat berisiko asma
4. Terlaksananya penegakan diagnosis dan tatalaksana pasien asma sesuai standar/kriteria
5. Menurunnya angka kesakitan akibat asma
6. Menurunnya angka kematian akibat asma (Bateman, 2007).

Untuk melaksanakan tujuan tersebut, salah satu cara yang dapat dilakukan dengan Komunikasi, Informasi dan Edukasi yang meliputi:

1. Penyuluhan bagi pasien dan keluarga tentang pencegahan dan penanggulangan asma.
2. Meningkatkan pengetahuan, motivasi dan partisipasi pasien dalam pengendalian asma.
3. Untuk merubah sikap dan perilaku pasien dalam pengendalian asma.

4. Meningkatkan kemandirian pasien dalam ketrampilan penggunaan obat/alat inhalasi.

Pelaksanaan KIE tentang asma dan faktor risikonya dapat dilakukan melalui berbagai media penyuluhan, seperti penyuluhan tatap muka, radio, televisi dan media elektronik lainnya, poster, leaflet, pamflet, surat kabar, majalah dan media cetak lainnya (GINA, 2007).

7. Penatalaksanaan Asma

Pendekatan kedokteran keluarga dalam penatalaksanaan asma anak dibagi menjadi beberapa hal yaitu melalui aspek komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) pada penderita dan keluarganya, penghindaran terhadap faktor pencetus, dan medikamentosa. Pada KIE perlu ditekankan bahwa keberhasilan terapi atau tatalaksana sangat bergantung pada kerjasama yang baik antara keluarga (penderita) dan dokter keluarga yang menanganinya. Dokter layanan primer harus melibatkan keluarga pasien asma termasuk pengasuhnya dalam tatalaksana penyakit ini. Keluarga penderita asma perlu dijelaskan mengenai asma secara detail dengan bahasa yang dapat dipahami oleh kalangan nonmedis agar keluarga mengetahui apa yang terjadi pada asma, kapan harus pergi ke dokter, penanganan pertama apabila terjadi serangan, dan sebagainya. Tatalaksana tentang penghindaran terhadap pencetus memegang peran yang cukup. Serangan asma akan timbul apabila ada suatu faktor pencetus yang menyebabkan terjadinya rangsangan terhadap saluran respiratorik yang berakibat terjadi bronkokonstriksi, edema mukosa, dan hipersekresi. Penghindaran terhadap pencetus diharapkan

dapat mengurangi rangsangan terhadap saluran respiratorik (Lenfant, 2007).

Penatalaksanaan Asma Bertujuan:

1. Menghilangkan dan mengendalikan gejala asma, agar kualitas hidup meningkat
2. Mencegah eksaserbasi akut
3. Meningkatkan dan mempertahankan faal paru seoptimal mungkin
4. Mempertahankan aktivitas normal termasuk latihan jasmani dan aktivitas lainnya
5. Menghindari efek samping obat
6. Mencegah terjadinya keterbatasan aliran udara ireversibel
7. Meminimalkan kunjungan ke gawat darurat (Broide, 2007).

B. DEFINISI PROMOSI KESEHATAN

1. Pengertian Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Kemenkes, 2011). Pada penelitian ini menggunakan media leaflet. Media Leaflet adalah selebaran kertas yang berisikan tulisan dengan kalimat – kalimat yang singkat, padat, jelas, dan mudah dimengerti dan gambar – gambar yang sederhana (Dinkes, 2012).

2. Tujuan Promosi Kesehatan

Berdasarkan pengertian dari promosi kesehatan, tujuan promosi kesehatan antara lain:

1. Pasien dapat mandiri dalam mempercepat kesembuhan dan rehabilitasinya,
2. Individu sehat, keluarga dan masyarakat dapat mandiri dalam meningkatkan kesehatan, mencegah masalah-masalah kesehatan dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat, melalui
3. Pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama mereka, sesuai sosial budaya mereka, serta didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Kemenkes, 2011).

Pada pelaksanaan promosi kesehatan memiliki 3 sasaran yaitu sasaran primer, sasaran sekunder dan sasaran tersier.

a. Sasaran Primer

Sasaran primer (utama) upaya promosi kesehatan sesungguhnya adalah pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat. Mereka ini diharapkan mengubah perilaku hidup mereka yang tidak bersih dan tidak sehat menjadi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Perubahan perilaku pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) akan sulit dicapai jika tidak didukung oleh sistem nilai dan norma-norma sosial serta norma-norma hukum yang dapat diciptakan/dikembangkan oleh para pemuka masyarakat, baik pemuka informal maupun pemuka formal.

b. Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder adalah para pemuka masyarakat, baik pemuka informal (misalnya pemuka adat, pemuka agama dan lain-lain) maupun pemuka formal (misalnya petugas kesehatan, pejabat pemerintahan dan lain-lain), organisasi kemasyarakatan dan media massa. Mereka diharapkan dapat turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) dengan cara: Berperan sebagai panutan dalam mempraktikkan PHBS. Turut menyebarkan informasi tentang PHBS dan menciptakan suasana yang kondusif bagi PHBS. Berperan sebagai kelompok penekan (pressure group) guna mempercepat terbentuknya PHBS.

c. Sasaran Tersier

Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik yang berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang-bidang lain yang berkaitan serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya. Mereka diharapkan turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) (Kemenkes, 2011).

3. Metode Promosi Kesehatan

Di bawah ini akan diuraikan beberapa metode promosi atau pendidikan individual, kelompok dan massa (publik) :

1. Metode Promosi Individual (Perorangan)

Dalam promosi kesehatan, metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau *inovasi*. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta membantunya maka perlu menggunakan metode (cara) ini (Kairupan *et al*, 2009). Bentuk pendekatan ini, antara lain:

a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Dengan cara ini, kontak antara klien dan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku) (Kairupan *et al*, 2009).

b. Wawancara (*interview*)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan, untuk mempengaruhi apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi (Kairupan *et al*, 2009).

2. Metode Promosi Kelompok

Dalam memilih metode promosi kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitasnya suatu metode akan tergantung pula besarnya sasaran pendidikan (Kairupan *et al*, 2009).

a. Kelompok Besar

Contoh yang dimaksud kelompok besar di sini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar (Kairupan *et al*, 2009).

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah antara lain:

1. Ceramah yang berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi apa yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri.
2. Mempelajari materi dengan sistematika yang baik. Lebih baik lagi kalau disusun dengan diagram atau skema.
3. Mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran, misalnya makalah singkat, slide, transparan, sound sistem, dan sebagainya (Kairupan *et al*, 2009).

Pelaksanaan:

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah.
2. Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
3. Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah.
4. Berdiri di depan (di pertengahan), seyogyanya tidak duduk.
5. Menggunakan alat-alat bantu lihat (AVA) semaksimal mungkin (Kairupan *et al*, 2009).

2. Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari seorang ahli atau beberapa orang ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan dianggap hangat di masyarakat (Kairupan *et al*, 2009).

b. Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain:

a. Diskusi Kelompok

Dalam suatu kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk para peserta diatur

sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi juga duduk diantara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Dengan kata lain mereka harus merasa dalam taraf yang sama sehingga tiap anggota kelompok mempunyai kebebasan/keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat. Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan yang dapat berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topik yang dibahas. Agar terjadi diskusi yang hidup maka pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur sedemikian rupa sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara, sehingga tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta (Kairupan *et al*, 2009).

b. Curah Pendapat (Brain Storming)

Metode ini merupakan modifikasi dari metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya, pada permulaan pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam *flipchart* atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh dikomentari siapapun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi (Kairupan *et al*, 2009).

c. *Bola Salju (Snow Balling)*

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang) dan kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit maka tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya sehingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok (Kairupan *et al*, 2009).

d. *Kelompok-kelompok Kecil (Buzz Group)*

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (buzz group) yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain. Masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya hasil dari tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya (Kairupan *et al*, 2009).

e. *Memainkan Peranan (Role Play)*

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter Puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat (Kairupan *et al*, 2009). Mereka memperagakan, misalnya bagaimana interaksi atau berkomunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas (Kairupan *et al*, 2009).

f. Permainan Simulasi (Simulation Game)

Metode ini merupakan gabungan antara role play dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli.

Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain bebreran atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber (Kairupan *et al*, 2009).

3. Metode Promosi Kesehatan Massa

Metode pendidikan atau promosi kesehatan secara massa dipakai untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Dengan demikian cara yang paling tepat ialah pendekatan massa. Oleh karena sasaran promosi ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah *awareness* atau kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Namun demikian, bila kemudian dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku juga merupakan hal yang wajar. Pada umumnya bentuk pendekatan massa ini tidak

langsung. Biasanya dengan menggunakan atau melalui media massa (Kairupan *et al*, 2009).

Beberapa contoh metode promosi kesehatan secara massa ini, antara lain:

- a. Ceramah umum (*public speaking*)

Pada acara-acara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, Menteri Kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato di hadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Safari KB juga merupakan salah satu bentuk pendekatan massa (Kairupan *et al*, 2009).
- b. Pidato-pidato/diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk promosi kesehatan massa (Kairupan *et al*, 2009).
- c. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan adalah juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa (Kairupan *et al*, 2009).
- d. Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan dan penyakit adalah merupakan bentuk pendekatan promosi kesehatan massa (Kairupan *et al*, 2009).
- e. *Bill Board*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga merupakan bentuk promosi kesehatan massa. Contoh: billboard *Ayo ke Posyandu* (Kairupan *et al*, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh (Refdi, 2013) adalah salah satu penelitian yang meneliti pengaruh promosi kesehatan, dengan judul —Pengaruh Konseling Gizi terhadap Pengetahuan Tentang Diet Asma dan Frekuensi Kekambuhan Pasien Asma di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta. Penelitian ini melakukan promosi kesehatan dengan metode edukasi, dan dari hasil analisis promosi kesehatan dengan metode edukasi dapat meningkatkan pengetahuan dan menurunkan frekuensi asma pada penderita asma.

C. Buteyko

Asma dapat diterapi dengan cara non-farmakologi, salah satunya dengan latihan yang disebut Buteyko. Teknik pernapasan Buteyko adalah sebuah teknik pernapasan yang dikembangkan oleh professor Konstantin Buteyko dari Rusia. Ia meyakini bahwa penyebab utama penyakit asma menjadi kronis karena masalah hiperventilasi yang tersembunyi, dengan program dasar memperlambat frekuensi pernapasan agar menjadi normal. Program tersebut adalah sebuah panduan untuk memperbaiki pernapasan diafragma dan belajar bernapas melalui hidung (Lingard, 2008).

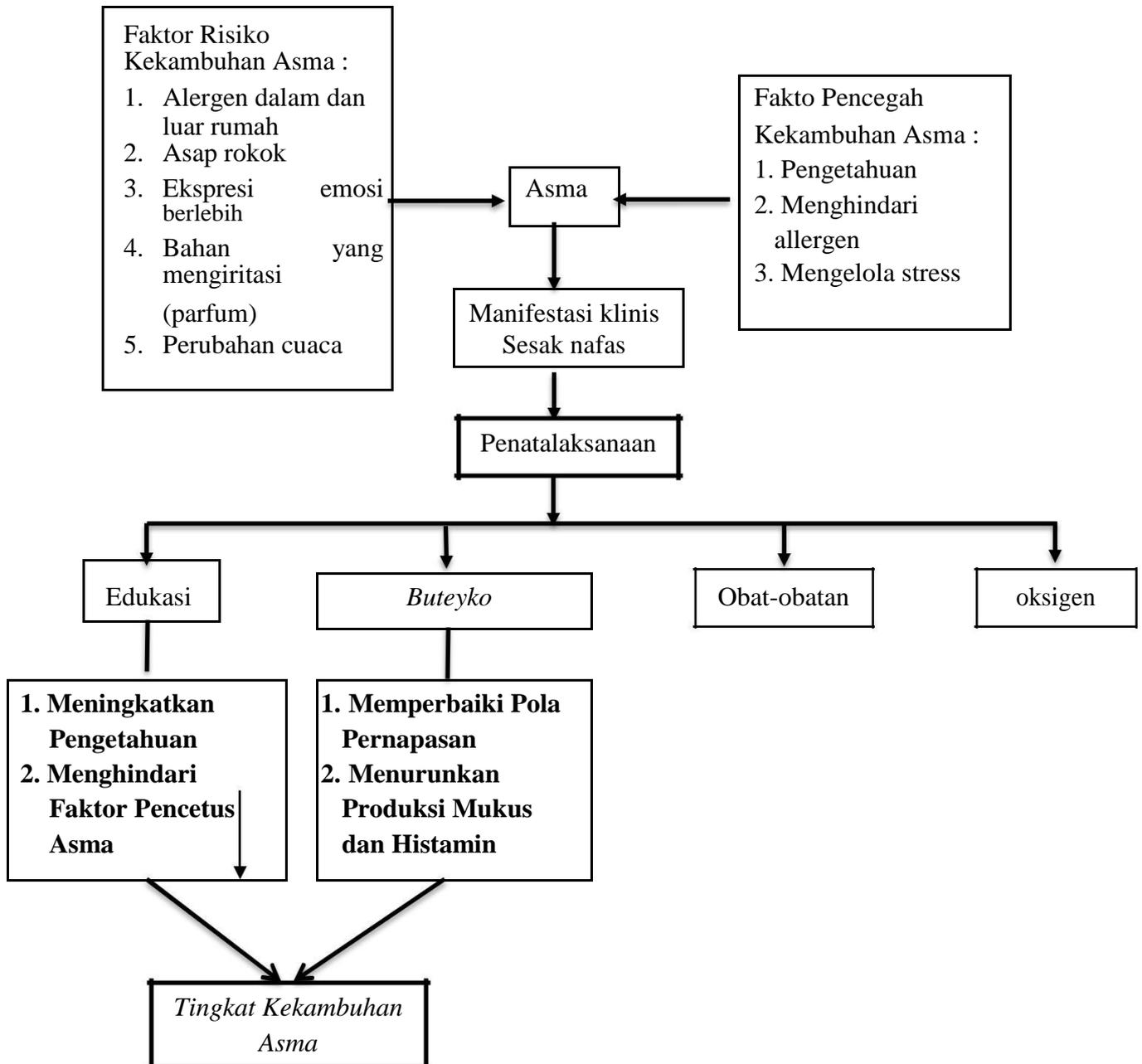
Tujuan dari Buteyko adalah memperbaiki pola pernapasan sehingga mempertahankan keseimbangan kadar karbon dioksida dan oksigen seluler, berusaha menghilangkan kebiasaan buruk bernapas yang berlebihan untuk menggantikan dengan kebiasaan baru melalui pola napas yang lambat dan dangkal dan menurunkan produksi mucus dan histamin sehingga inflamasi menurun dan pernapasan menjadi lebih mudah (Longe, 2005).

Buteyko dapat dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Bernapas hanya melalui hidung, baik inspirasi maupun ekspirasi dan pastikan mulut tertutup sewaktu bernapas
2. Bernapaslah hanya dengan diafragma, tidak dengan pernapasan dada. Atur posisi duduk dan letakan tangan di perut lalu tarik napas.
3. Letakan jari di bawah hidung. Napas harus sangat dangkal dimana hampir tidak terasa pergerakan udara (Thomas , 2004).

Penelitian yang menggunakan latihan *Buteyko* salah satunya adalah —Latihan pernapasan dengan metode *Buteyko* meningkatkan nilai force expiratory volume in 1 second (%FEV1) penderita asma dewasa derajat persisten sedang || (Denny, 2007). Penelitian ini meneliti pengaruh latihan *Buteyko* terhadap nilai force expiratory volume in 1 second pada pasien dengan asma persisten sedang, latihan *Buteyko* terbukti terdapat perbedaan yang significant nilai %PEV1 pada pasien dengan asma persisten sedang sebelum dan sesudah latihan *Buteyko* pada kelompok intervensi.

D. Kerangka teori

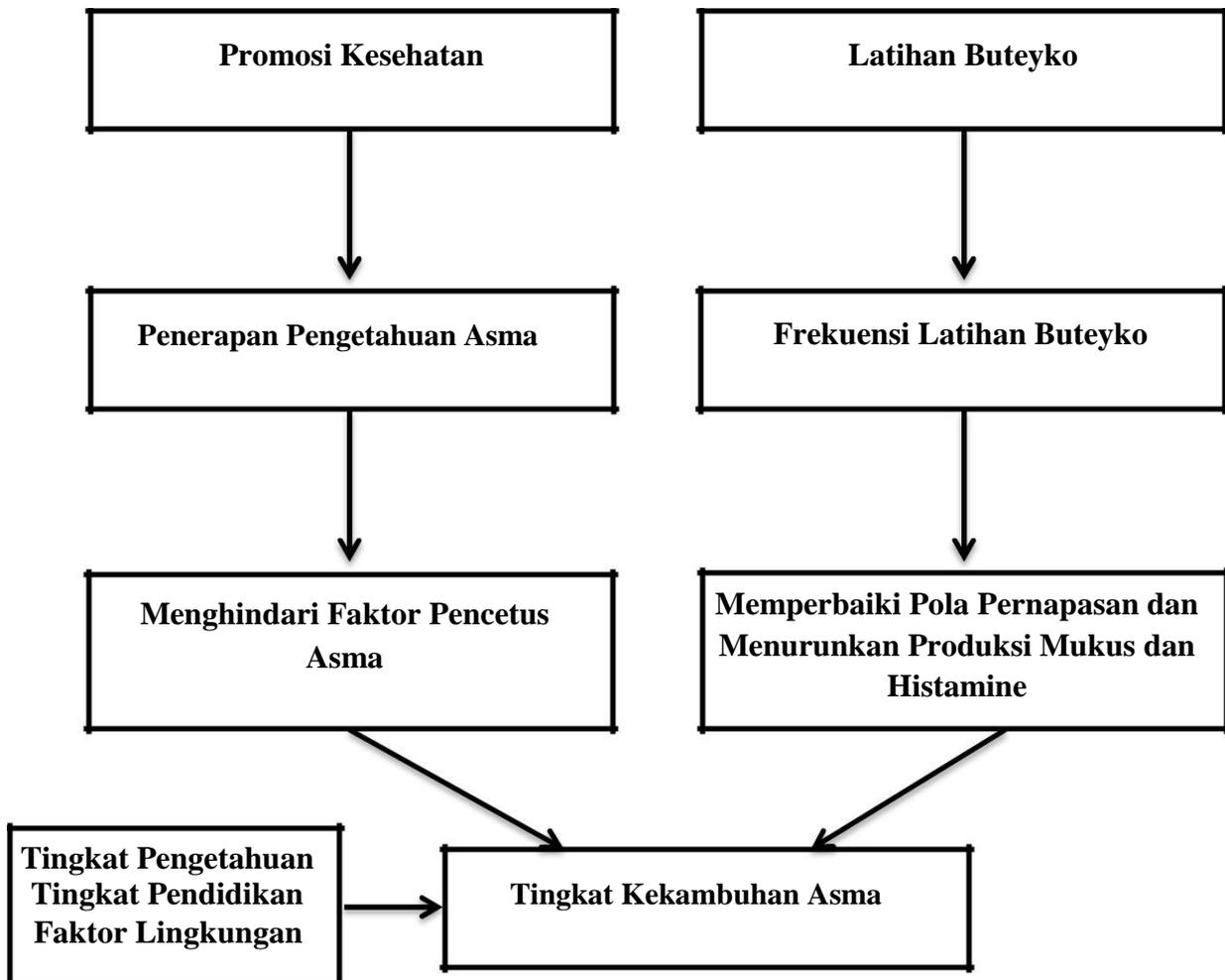


Keterangan:

: Diteliti
 : Tidak diteliti

Gambar 1. Kerangka Teori

E. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

F. Hipotesis

H₀ : Promosi kesehatan dengan penyuluhan dan latihan pernapasan *Buteyko* tidak dapat menurunkan kejadian kekambuhan pada penderita asma.

H₁ : Promosi kesehatan dengan penyuluhan dan *Buteyko* dapat menurunkan kejadian kekambuhan pada penderita asma.

