

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Asma

Kata “Asthma” berasal dari bahasa Yunani yang berarti “terengah - engah” atau sukar bernapas (Hood Alsagaff, 2015). Asma biasanya dikenal sebagai suatu penyakit yang ditandai dengan adanya wheezing (mengi) intermiten yang timbul sebagai respon akibat paparan terhadap suatu zat iritan alergen. (Margaret, 2013)

Asma merupakan suatu penyakit yang di karakterisir oleh adanya inflamasi kronis pada saluran pernafasan. Hal ini di tentukan oleh adanya riwayat gejala gangguan pernafasan seperti mengi, nafas terengah-engah, dada terasa berat atau tertekan, dan batuk yang bervariasi waktu dan intensitanya diikuti dengan keterbatasan aliran udara ekspirasi yang bervariasi, inflamasi ini berhubungan dengan hiper responsivitas saluran pernafasan terhadap berbagai stimulus yang menyebabkan kekambuhan sesak nafas (mengi), kesulitan bernafas, dada terasa sesak, dan batuk-batuk yang terjadi utamanya pada malam hari atau dini hari, sumbatan saluran nafas ini bersifat reversible, baik dengan atau tanpa pengobatan (GINA 2015)

1. Patofisiologi Asma

Asma merupakan salah satu penyakit gangguan pernapasan dengan gejala awal yaitu batuk, sesak dengan nyeri di dadayang di akibat dari obstruksi bronkus yang didasari oleh inflamasi kronik dan hiperaktivitas bronkus. Hiperaktivitas

bronkus merupakan ciri khas asma. Berbagai cara di gunakan untuk mengukur hiperaktivitas bronkus ini, antara lain dengan uji provokasi beban kerja, inhalasi udara dingin, inhalasi antigen maupun inhalasi zat not spesifik (Hood Alsagaff, 2015).

2. Faktor resiko Asma

Secara umum faktor resiko asma dibedakan menjadi 2 kelompok faktor genetik dan factor lingkungan:

1.1 Faktor genetik. Adapun faktor-faktor genetik antara lain, orang tua yang menderita asma, Alergi bronkus, dan Jenis kelamin.

1.2 Faktor lingkungan. Adapun faktor- faktor lingkungan antara lain, alergen di dalam ruangan (debu, jamur dll), alergen di luarruangan, makanan (bahan penyedap, pengawet, pewarna makanan, kacang, makanan laut, susu sapi, telur), obat-obatan tertentu, bahan yang mengiritasi, asap rokok, polusi udara di luar dan di dalam ruangan, dan perubahan cuaca.

3. Gejala Asma

Gejala asma bersifat ringan, biasanya dengan atau tanpa pengobatan. Gejala awal berupa Batuk terutama pada malam atau dini hari, sesak napas, napas berbunyi (mengi) yang terdengar jika pasien menghembuskan napasnya, Rasa berat di dada dan dahak sulit keluar.

Gejala yang berat adalah keadaan gawat darurat yang mengancam jiwa yang termasuk gejala yang berat adalah serangan batuk yang hebat seperti sesak napas yang berat dan tersengal-sengal, sianosis (kulit kebiruan, yang dimulai dari

sekitar mulut),sulit tidur dan posisi tidur yang nyaman adalah dalam keadaan duduk dan,kesadaran menurun (Depkes, RI., 2007).

4. **Diagnosis Asma**

Diagnosis asma adalah berdasarkan gejala yang bersifat episodik, pemeriksaan fisiknya di jumpai napas menjadi cepat dan terdengar bunyi mengi pada pemeriksaan dada (pada serangan berat biasanya tidak lagi terdengar mengi,karena pasien sudah lelah untuk bernapas). Dan yang cukup penting adalah pemeriksaan fungsi paru,yang dapat diperiksa dengan spirometri.Spirometri adalah mesin yang dapat mengukur kapasitas vital paksa (KVP) dan volume ekspirasi paksa detik pertama (VEP1). Pemeriksaan ini sangat tergantung pada kemampuan pasien sehingga diperlukan intruksi operator yang jelas . Untuk mendapat nilai akurat,di ambil nilai tertinggi dari 2-3 nilai yang di periksa . Sumbatan jalan napas diketahui darinilai $VEP1 < 80\%$ nilai prediksi atau rasio $VEP1/KVP < 75\%$.(Depkes 2007)

Kapasitas vital paksa (KVP) yaitu pengukuran kapasitas vital yang didapat pada ekspirasi yang dilakukan sekuat dan secepat mungkin.Volume udara dalam keadaan normal kegiatan inspirasi dan ekspirasi dalam bernapas hanya menggunakan sekitar 500 cc volume udara pernapasan (kapasitas tidal \pm 500 cc). Kapasitas tidal adalah jumlah udara yang keluar masuk paru-paru pada pernapasan normal. Dalam keadaan luar biasa, inspirasi maupun ekspirasi menggunakan sekitar 1.500 cc udara pernapasan (expiratory reserve volume = inspiratory reserve volume = 1.500 cc). Dengan demikian, udara yang digunakan dalam proses pernapasan memiliki volume antara 500 cc hingga sekitar 3.500 cc.

Besarnya volume udara pernapasan tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain ukuran alat pernapasan, kemampuan dan kebiasaan bernapas, serta kondisi kesehatan. Tetapi pada orang yang menderita obstruksi saluran napas akan mengalami pengurangan yang nyata karena penutupan prematur saluran napas yang kecil dan akibat udara yang terperangkap. (Sylvia, 1995)

Volume ekspirasi paksa (VEP), yaitu volume udara yang dapat di ekspirasikan dalam waktu standar selama tindakan KVP. Biasanya VEP di ukur selama detik pertama ekspirasi yang dipaksakan ini di sebut VEP1. Individu normal dapat menghembuskan napas sekitar 80% dari kapasitas vitalnya dalam satu detik, dinyatakan sebagai rasio VEP1/ KVP. Pada penyakit obstruktif seperti bronkhitis kronis atau emfisema, terjadi pengurangan VEP1 yang lebih besar dibandingkan dengan kapasitas vital (kapasitas vital mungkin normal) sehingga rasio VEP1/KVP kurang dari 80%. Melalui uji spirometri dapat di peroleh nilai VEP1% prediksi normal yaitu lebih $\geq 80\%$ dan VEP1/ KVP % normal $\geq 70\%$ (Dijk et al, 2015)

Arus puncak ekspirasi (APE), yaitu mengukur seberapa kekuatan seseorang mengeluarkan udara dengan ekspirasi maksimal. Ini adalah salah satu cara mengukur fungsi jalan udara yang pada umumnya dipengaruhi oleh banyak penyakit seperti asma dan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) APE ini memiliki harga skala yang dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu tinggi badan, umur, dan jenis kelamin. Seseorang dikatakan masih dalam batas skala normal, jika nilai prediksi APE-nya antara 80%-120%. Nilai prediksi adalah hasil dari

nilai aktual APE subyek penelitian dibagi nilai normal APE standarnya, lalu dikalikan 100% .(Dharmais,2003)

Tabel 1 Persentase APE

VEP1/KV,P1	VEP1/KVP1 Prediksi	Persentase APE dari nilai terbaik	Kesan
>75%	>80%	80	<ul style="list-style-type: none"> • Faal paru normal • Tidak ada kelainan • Asma diluar serangn
<75%	<80%	<80%	<ul style="list-style-type: none"> • Obstruksi jalan napas • Asma • PPOK

Sumber: Dinkes RI (2007)

5. Klasifikasi Asma

Asma dapat di klasifikasikan berdasarkan etiologi, berat penyakit dan polaketerbatasan aliran udara.Klasifikasi asma berdasarkan berat penyakitpenting bagi pengobatan dan perencanaan penatalaksanaan jangka panjang, semakin berat asma semakin tinggi tingkat pengobatan.Berat penyakit asma diklasifikasikan berdasarkan gambaran klinis dapat di lihat padatabel 2

Keparahan penyakit asma dan di lihat pada tiga kelompok yaitu :

- a. Asma intermitan, biasanya seseorang yang mengalami asma jenis ini tidak diberikan obat pengendali asma. Hanya saja, orang tersebut harus menghindari berbagai hal yang dapat membuat asma ini muncul
- b. Asma persisten ringan, biasanya orang yang mengalami penyakit asma ini hanya akan diberikan obat anti radang untuk mengatasi asma yang diderita
- c. Asma Persisten Sedang, biasanya orang yang mengalami asma ini akan diberikan obat untuk mengendalikan penyakit asma yang dideritanya.Selain itu pasien dengan jenis asma ini akan dianjurkan untuk mengikuti terapi

Bronkodilator yang mana terdiri dari obat-obat untuk melegakan dan melancarkan pernapasan

Tabel 2. Klasifikasi derajat Asma berdasarkan gambaran klinis secara umum

Derajat Asma	Gejala	Gejala Malam	Faat Paru
Intermitten	Bulanan		APE 80%
	<ul style="list-style-type: none"> Gejala <1x/minggu- Tanpagejala diluar serangan. Serangan singkat 	<ul style="list-style-type: none"> <2xsebulan 	<ul style="list-style-type: none"> VEP1 > 80% nilai prediksi APE > 80% nilai terbaik. Variabiliti APE <20%
Persisten ringan	Mingguan		APE > 80%
	<ul style="list-style-type: none"> Gejala >1x/minggu tetapi <1x/hari. Serangan dapat mengganggu aktivitas dan tidur 	<ul style="list-style-type: none"> > 2x sebulan 	<ul style="list-style-type: none"> VEP 1 80% nilai prediksi APE 80% nilai terbaik. Variabiliti APE 20%-30%
Persisten sedang	Harian		APE 60%-80%
	<ul style="list-style-type: none"> Gejala setiap hari Serangan mengganggu aktivitas dan tidur. Mebutuhkan bronkodilator setiap hari. 	<ul style="list-style-type: none"> > 2x sebulan 	<ul style="list-style-type: none"> VEP1 60-80% nilai prediksi APE 60%-80% nilai terbaik. Variabiliti APE >30%
Persisten berat	Kontinyu		APE
	<ul style="list-style-type: none"> Gejalaterus menerus Sering kambuh Aktivitas fisik terbatas 	<ul style="list-style-type: none"> Sering 	<ul style="list-style-type: none"> VEP1 < 60% nilai prediksi. APE < 60% nilai terbaik. Variabiliti APE >30%

Sumber : Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan Asma di Indonesia (2016)

5.1 Variabiliti harian. Variabiliti APE merupakan petunjuk stabiliti dan berat asma. Salah satu metode yang digunakan adalah nilai APE harian yaitu perbedaan nilai APE pagi dan nilai APE malam sebelumnya. Metode lain adalah APE minimum pagi selama 2 minggu menunjukkan % *the recent best* (lihat diagnosis), metode ini adalah petunjuk terbaik menilai labiliti jalan napas karena dilakukan setiap hari, berkorelasi dengan hiperesponsif jalan napas dan perhitungannya mudah.

Tabel 3. Variabilitas harian APE

Variabilitas harian APE	Diagnosis Diferensial
<20%	- tidak ada kelaianan -ppok -asma diluar serangan
>20%	-asma

Sumber Dinkes RI (2007)

Tabel 4. Klasifikasi derajat Asma pada anak

Parameter klinis Kebutuhan obat Dan faal paru asma	Asma episodic Jarang	Asma episodik sering	Asma persisten
frekuensi sedang lama serangan	<1x/bulan <1minggu	>1x/bulan >1minggu	Sering Hampir sepanjang tahun dan tidak ada periode bebas serangan
intensitas serangan	Biasanya ringan	Biasanya sedang	Biasanya berat
tidur dan aktivitas	Tanpa gejala	Sering ada gejala	Gejala siang dan malam
pemeriksaan fisik diluar serangan	Normal (tidak ditemukan kelainan)	Mungkin terganggu (ditemukan kelainan)	Tidak pernah normal
obat pengendali (anti inflamasi)	Tidak perlu	Perlu	Perlu
uji faal paru (diluar serangan)	PEF atau FEV1 > 80%	PEF atau FEV1 <60%-80%	PEF atau FEV1 <60%
Variabilitas faal paru (bila ada serangan)	Variabilitas >15%	Variabilitas >30%	Variabilitas >50%

PEF = peak expiratory flow (Aliran ekspirasi/saat membuang napas puncak) ,*FEV1 = forced expiratory volume in second* (volume ekpirasi paksa dalam 1 detik)

Sumber : Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan Asma di Indonesia (2004)

6. Penatalaksanaan asma

Penatalaksanaan asma adalah meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup agar penderita asma dapat hidup normal tanpa hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari

6.1 Tujuan penatalaksanaan asma. Menghilangkan dan mengendalikan gejala asma. Meningkatkan dan mempertahankan faal paru seoptimal mungkin. Mengupayakan aktiviti normal termasuk exercise. Menghindari efek samping obat. Mencegah terjadi keterbatasan aliran udara (*airflow limitation*) ireversibel. Mencegah kematian karena asma.

6.2 Penatalaksanaan asma berguna untuk mengontrol penyakit. Asma dikatakan terkontrol bila. Gejala minimal (sebaiknya tidak ada), termasuk gejala malam. Tidak ada keterbatasan aktiviti termasuk exercise. Kebutuhan bronkodilator (agonis 2 kerja singkat) minimal (idealnya tidak diperlukan). Variasi harian APE kurang dari 20%. Nilai APE normal atau mendekati normal. Efek samping obat minimal (tidak ada). Tidak ada kunjungan ke unit darurat gawat

Tujuan penatalaksanaan tersebut merefleksikan pemahaman bahwa asma adalah gangguan kronik progresif dalam hal inflamasi kronik jalan napas yang menimbulkan hiperresponsif dan obstruksi jalan napas yang bersifat episodik. Sehingga penatalaksanaan asma dilakukan melalui berbagai pendekatan yang dapat dilaksanakan (*applicable*), mempunyai manfaat, aman dan dari segi harga terjangkau. Integrasi dari pendekatan tersebut dikenal dengan Program

penatalaksanaan asma, yang meliputi 7 komponen :edukasi, menilai dan monitor berat asma secara berkala, identifikasi dan mengendalikan faktor pencetus, merencanakan dan memberikan pengobatan jangka panjang, menetapkan pengobatan pada serangan akut 6. kontrol secara teratur, dan pola hidup sehat.

7. Pengobatan Asma

Pengobatan berdasarkan derajat berat asma

7.1. Asma Persisten Ringan. Penderita asma persisten ringan membutuhkan obat pengontrol setiap hari untuk mengontrol asmanya dan mencegah agar asmanya tidak bertambah berat sehingga terapi utama pada asma persisten ringan adalah steroid inhalasi, kortikosteroid dosis rendah. Dosis yang dianjurkan 200-400 ug BD/ hari atau 100-250 ug FP/hari atau ekivalennya, diberikan sekaligus atau terbagi 2 kali sehari. Terapi lain adalah bronkodilator (agonis beta-2 kerja singkat inhalasi) jika dibutuhkan sebagai pelega, sebaiknya tidak lebih dari 3-4 kali sehari. Bila penderita membutuhkan pelega/ bronkodilator lebih dari 4x/ sehari (Dinkes 2007)

7.2. Asma Intermitten. Termasuk pula dalam asma intermiten penderita alergi dengan pajanan allergen, asmanya kambuh tetapi di luar itu bebas gejala dan faal paru normal. Demikian pula penderita *exercise-induced asthma* atau kambuh hanya bila cuaca buruk. Serangan berat umumnya jarang pada asma intermiten walaupun mungkin terjadi. Bila terjadi serangan berat pada asma intermiten, selanjutnya penderita diobati sebagai asma persisten sedang. Bila terjadi serangan, obat pilihan agonis β_2 kerja singkat inhalasi, alternative agonis

β_2 kerja singkat oral atau antikolinergik inhalasi. Jika dibutuhkan bronkodilator lebih dari sekali seminggu dalam 3 bulan maka sebaiknya penderita diperlakukan sebagai asma persisten ringan. Pertimbangkan kemungkinan beratnya asma meningkat menjadi tahapan berikutnya, Pengobatan yang lazim adalah agonis β_2 kerja singkat seperti salbutamol dan terbutalin.(Dinkes 2007)

7.3. Asma Persisten Sedang. Penderita dalam asma persisten sedang membutuhkan obat pengontrol setiap hari untuk mencapai asma terkontrol dan mempertahankannya, obat pengontrol yang lazim digunakan adalah antiinflamasi, agonis beta-2 kerja lama dan kortikosteroid jika penderita hanya mendapatkan glukokortikosteroid inhalasi dosis rendah (400 ug BD atau ekuivalennya) dan belum terkontrol; maka harus ditambahkan agonis beta-2 kerja lama inhalasi atau alternatifnya. Jika masih belum terkontrol, dosis glukokortikosteroid inhalasi dapat dinaikkan. Dianjurkan menggunakan alat bantu/spacer pada inhalasi bentuk IDT/MDI atau kombinasi dalam satu kemasan agar lebih mudah.(Dinkes 2007)

7.4. Asma Persisten Berat. Penderita yang mengalami asma jenis ini akan diberikan obat pengendali asma biasanya, obat yang diberikan adalah beberapa obat kombinasi inhaler kortikosteroid dalam dosis tinggi. Biasanya obat yang diberikan antara lain kortikosteroid dalam bentuk inhaler maupun injeksi seperti methylprednisolon dan aminophilin injeksi. Tujuan terapi pada keadaan ini adalah mencapai kondisi sebaik mungkin, gejala seringan mungkin, kebutuhan obat pelega seminimal mungkin, faal paru (APE) mencapai nilai terbaik, variability APE seminimal mungkin dan efek samping obat seminimal mungkin.

B. Obat Antiasma

1. Anti alergi

Zat-zat yang berkhasiat menstabilisasi mastcells, sehingga tidak pecah dan mengakibatkan terlepasnya histamine dan mediator peradang lainnya antara lain adalah kromoglikate dan nedocromil, adapun anti histaminika (ketotifen, oksatomida) dan β 2-adrenergika (Lemah) memiliki daya kerja ini. Obat ini sangat berguna untuk prevensi serangan asma dan rhinitis alergi (Tan dan Rahardja 2008)

2. Bronchodilator

Pelepasan kejang dan broncodilatasi dapat dicapai dengan cara merangsang system adnergik dengan adnergika atau melalui penghambatan system kolinergis dengan antikolinergika juga dengan theofiline

- a. Agonis- β -adnergik (β -mimetika) yaitu salbutamol, terbutalin dan dari klenbuterol (Long/acting). Obat dengan efek terhadap dua reseptor sebaiknya jangan digunakan lagi berhubung efeknya terhadap jantung seperti efedrin, isoprenlin dan orsiprenalin. Mekanisme kerjanya adalah melalui stimulasi reseptor β 2 yang banyak terdapat trachea (batang tenggorokan) dan bronchi, yang menyebabkan aktifitas ATP yang mengubah enersi menjadi cAMP di dalam sel menghasilkan beberapa efek melalui enzim fosfokinase .Dengan di-introduksinya β 2-agonis kerja panjang seperti salmeterol dan falmeterol ,senyawa-senyawa ini lebih berperan untuk pengobatan pemeliharaan terhadap asma. Kombinasinya dengan kortikosteroid inhalasi bersifat

komplementer karena bekerja terhadap sistem sel berlainan sehingga memiliki mekanisme kerja yang juga berlainan.

- b. Antikolinergika Sebuah studi yang telah dilakukan mengaitkan penggunaan obat antikolinergik jangka panjang bisa menimbulkan risiko demensia yang lebih tinggi. Antikolinergik bekerja dengan memblokir neurotransmitter, yang disebut asetilkolin yang membawa sinyal otak untuk mengendalikan otot. Digunakan untuk mengobati berbagai kondisi, dari penyakit Parkinson dan kehilangan kontrol kandung kemih untuk asma, penyakit paru obstruktif kronik, dan depresi. Antikolinergik untuk depresi, seperti amitriptyline, dosulepin, dan paroxetine, sebelumnya telah dikaitkan dengan risiko demensia yang lebih tinggi, bahkan ketika digunakan hingga 20 tahun sebelumnya.
- c. Derivat xanthin Teofilin, aminofilin daya bronchorelaksasinya diperkirakan berdasarkan blokade reseptor adenosine. Teofilin seperti kromoglikat mencegah meningkatnya hiperreaktivitas dan berdasarkan ini bekerja profilaktis. Resorpsi dari turunan teofilin sangat bervariasi yang terbaik adalah teofilin mikrofine dan garam-garamnya aminofilin dan kolinteofilinat. Penggunaannya secara terus menerus pada terpaai pemeliharaan ternyata efektif mengurangi frekuensi serta hebatnya serangan. Keadaan akut (injeksi aminofilin) dapat dikombinasi dengan asma lainnya, tetapi kombinasi dengan β 2-mimetika hendaknya digunakan dengan hati-hati berhubung kedua jenis obat saling memperkuat efek terhadap jantung. Kombinasinya dengan efedrin (asmadex, asmasolon) praktis tidak meningkatkan efek bronchodilatasi. Sedangkan efeknya terhadap jantung dan efek sentralnya sangat diperkuat oleh

Karena ini, sediaan kombinasi demikian tidak dianjurkan terutama bagi para manula

3. Kortikosteroid

Kortikosteroid (prednisone, dexamethasone, hidrokortisone) berkhasiat meniadakan efek mediator ,seperti peradangan dan gatal-gatal .Daya anti radang ini berdasarkan blockade enzim fosfolopase-A2 sehingga pembentukan mediator peradangan prostaglandin dan leukotriene dari asam aricidonat tidak terjadi. Pelepasan asam ini oleh mastcells juga dirintangi.Kortikosteroid menghambat mekanisme kegiatan alergen malalui IgE dapat menyebabkan degranulasi mastcells juga meningkatkan kepekaan reseptor- β 2 sehingga efek β -mimetika diperkuat.Penggunaan terutama bermanfaat pada serangan asma akibat infeksi virus selain itu juga pada infeksi bakteri untuk melawan reaksi peradangan. (Tan dan Rahardja 2008)

C. Rumah Sakit

1. Rumah sakit Kasih ibu,Surakarta

Berangkat dari idealisme luhur yang berkeinginan untuk mengabdikan bagi masyarakat dan memberikan pelayanan kesehatan tanpa memandang latar belakang penderita, serta didukung prakarsa beberapa tokoh masyarakat Surakarta untuk mewujudkan serta meningkatkan pelayanan kesehatan maka dihadapan Notaris Soehartinah Ramli, para pendiri yaitu Bapak Hadi Soebroto, Bapak Robby Sumampow,dan Bapak dr. H. Abdullah Hafid Zaini, SpOGSepakat mendirikan

Yayasan “Kasih Ibu” pada hari sabtu tanggal 16 Juni 1979 di Surakarta. Adapun maksud dan tujuan pendirian Yayasan “Kasih Ibu” adalah untuk dimanfaatkan bagi kemanusiaan dan membantu pemerintah dibidang pengobatan dan bidang sosial. Untuk itu diambil langkah usaha dengan mendirikan poliklinik dan rumah sakit, khususnya Rumah Sakit Bersalin. Yayasan ini dipimpin dan diurus oleh satu badan Pengurus/Pengurus Harian, untuk pertama kali dijabat oleh:

- a. Ketua : Hidajat Tjokro Susanto.
- b. Sekretaris : Herry Sumampow
- c. Bendahara : Hadi Subroto
- d. Komisaris : Robby Sumampow

Pada tanggal 2 Februari 1981 diresmikan Rumah Bersalin Kasih Ibu oleh Bapak Walikota yaitu Bapak Soekatmo, SH dengan kapasitas 60 tempat tidur, dengan direksi dr. Risjard Sudrajat, Drs.V. Budi Santosa dan Ibu Sugiantoro. Dalam perkembangan, Rumah Bersalin Kasih Ibu mengalami pasang surut dan berbagai perubahan terus terjadi. Pada tahun 1981 dr. Lo Siauwing bergabung dengan demikian terjadi perombakan struktural dan pada tahun 1982 ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Umum atas pertimbangan kebutuhan akan jasa layanan kesehatan masyarakat dan atas usul IKES (Inspektur Kesehatan). Sebagai Rumah Sakit umum, Kasih Ibu memberikan Pelayanan kesehatan tidak hanya seputar masalah kebidanan dan penyakit kandungan tetapi juga untuk berbagai jenis penyakit yang lain, sehingga sejak tahun 1982 hingga kini semakin berkembang dalam memberikan pelayanan kesehatan.

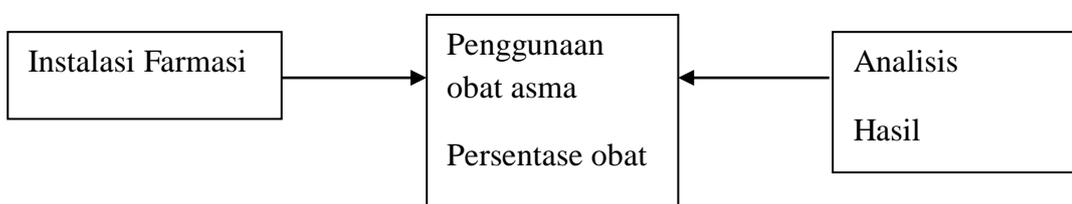
2. Visi , Misi dan motto Rumah Sakit Kasih Ibu, Surakarta

Visi : Menjadi rumah sakit unggulan dan terpercaya di Surakarta dan sekitarnya

Misi : Senantiasa berdedikasi mengutamakan keselamatan pasien dengan memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bermutu tinggi

Moto : Cepat ,Aman dan berkualitas

D. Kerangka Pikir Penelitian



Gambar 1. Kerangka Pikir Penelitian

E. Landasan Teori

Asma merupakan penyakit kronis saluran pernapasan yang ditandai oleh inflamasi, peningkatan reaktivitas terhadap berbagai stimulus, dan hambatan saluran pernapasan (Depkes RI,2007)

Asma ditandai dengan batuk, dan sesak di dada akibat penyumbatan saluran napas yang dapat dikarakteristikkan dengan adanya respons yang berlebihan dari trakea dan bronki terhadap berbagai rangsangan dan bermanifestasi dengan penyebaran penyempitan saluran napas yang beratnya dapat berubah secara spontan (Munaf, 2008).

Pengobatan asma ditujukan pada macam-macam aspek yaitu aspek kasual dengan mencari dan menentukan sebabnya. Simtomatis yaitu pengobatan untuk menghilangkan gejala asma. Obat pencegah serangan berguna untuk mencegah

agar serangan asma tidak sering terjadi .Imunoterapi dengan alan mengurangi bahan-bahan yang menyebabkan timbulnya serangan asma. (Sutaryo 1985)

Obat-obat untuk asma terdiri dari dua bagian yaitu saat serangan asma dan pencegahan asma. Obat saat serangan asma antara lain bronkodilator dan kortikosteroid. Bronkodilator menyebabkan relaksasi otot-otot halus yang berada pada saluran pernapasan (warfield 1996).Bronkodilator terdiri atas 3 golongan obat yaitu golongan obat simpatomimetik seperti epinefrin dan efedrin, golongan obat metilxantin seperti theofhyline, theobromin dan cafein, golongan obat muskarinik antagonis seperti atropine.Kortikosteroid adalah obat anti alergi dan peradangan seperti metil prednisolone, hidrokortison. (Baratawidjaya 1990)

F. Keterangan Empirik

Berdasarkan landasan teori , maka dapat disusun hipotesis dari penelitian sebagai berikut :

1. Obat antiasma yang digunakan pada pasien asma di instalasi rawar jalan RS, Kasih Ibu ,Surakarta pada tahun 2018 yaitu salbutamol, methylprednisolone, dexamethasone, theophiline
2. Persentase obat antiasma yang digunakan pada pasien asma di instalasi rawar jalan RS, Kasih Ibu ,Surakarta pada tahun 2018 dapat ditentukan.