

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Penelitian dilakukan di Kabupaten Temanggung terhitung mulai dari bulan Agustus 2013 sampai Desember 2013. Penelitian ini dibuat untuk mengetahui perbedaan frekuensi serangan asma pada anak usia 2 – 5 tahun yang mendapatkan ASI eksklusif dan yang tidak mendapatkan ASI eksklusif. Penelitian dilakukan pada pasien yang datang ke poli anak rumah sakit Temanggung pada bulan Januari 2013 sampai Juli 2013, subyek penelitian diambil sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan pada metode penelitian.

1. Karakteristik Subyek Penelitian

Jumlah subyek yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah 20 anak penderita asma bronkial. Dari 20 anak penderita asma bronkial tersebut dikelompokkan menjadi 2, yaitu 13 anak yang mendapatkan ASI eksklusif dan 7 anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif. Penentuan kelompok tersebut didasarkan pada hasil kuisioner yang telah diisi oleh subyek

Tabel 1. Karakteristik Subyek

No.	Karakteristik	Jumlah		
		Asma Jarang	Asma Sering	Asma Persisten
1.	Jenis Kelamin			
	Laki – laki	5	4	1
	Perempuan	8	2	-
2.	Usia			
	2 – 3 Tahun	7	2	-
	4 – 5 Tahun	6	4	1
3.	ASI			
	Eksklusif	8	4	1
	Tidak Eksklusif	5	2	-

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui karakteristik subyek yang dilihat dari jenis kelamin, usia, dan juga status pemberian ASI terhadap jumlah dari setiap frekuensi serangan asma.

2. Analisis Data

Analisis data yang digunakan adalah SPSS dengan metode *Mean Whitney Test* untuk mengetahui signifikansi perbedaan pada penelitian. Tingkat kesalahan alpha yang digunakan adalah 0,05 (5%) dengan ketentuan jika signifikansi yang dihasilkan kurang dari 0,05 maka terdapat perbedaan kelompok subyek yang diuji dan jika signifikansi lebih dari 0,05 maka tidak terdapat perbedaan kelompok subyek yang diuji

Tabel 2. Hubungan Pemberian ASI dengan Frekuensi Serangan Asma

Status ASI	Frekuensi Serangan Asma					
	Asma Jarang		Asma Sering		Asma Persisten	
	n	%	n	%	n	%
Eksklusif	8	40	4	20	1	5
Tidak Eksklusif	5	25	2	10	-	-
P = 0,602						

Berdasarkan pengujian dengan *Mean Whitney Test*, diperoleh angka *Asymp.Sig.(2-tailed)* 0,602. Nilai $p > 0,05$ (0,602 lebih besar dari 0,05) maka hasil pengujiannya tidak signifikan, dengan hipotesis 0 diterima dan hipotesis 1 ditolak.

B. Pembahasan

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan frekuensi serangan asma pada anak usia 2 – 5 tahun yang mendapatkan ASI eksklusif dan yang tidak mendapatkan ASI eksklusif. ASI merupakan makanan terbaik untuk memenuhi kebutuhan zat gizi yang diperlukan bayi lahir untuk kekebalan tubuh bayi. Bayi yang tidak diberi ASI eksklusif akan meningkatkan resiko kejadian penyakit tertentu seperti penyakit respiratorik yaitu asma atau penyakit alergi lainnya. Penyakit asma merupakan penyakit keturunan dan merupakan penyakit respiratorik

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa jumlah anak usia 2 – 5 tahun yang mendapatkan ASI eksklusif dengan serangan asma jarang adalah 8 orang (40%), dengan serangan asma sering adalah 4 orang (20%), dan dengan serangan asma persisten adalah 1 orang (5%). Sedangkan untuk jumlah anak usia 2 – 5 tahun yang tidak mendapatkan ASI eksklusif dengan serangan asma jarang adalah 5 orang (25%), dengan serangan asma sering adalah 2 orang (10%), dan dengan serangan asma persisten 0. Nilai p pada penelitian ini adalah $p = 0,602$ sehingga dapat dikatakan bahwa pada penelitian ini tidak terdapat perbedaan yang bermakna frekuensi serangan asma pada anak usia 2 – 5 tahun yang mendapatkan ASI eksklusif dan yang tidak mendapatkan ASI eksklusif.

Pada penelitian Pohlabein, dkk (2009) yang berjudul “ Frekuensi Penyakit Alergi pada Anak Usia 2 Tahun Dihubungkan dengan Riwayat Parenteral Alergi dan Pemberian ASI” didapatkan hasil bahwa pemberian ASI eksklusif selama lebih dari 4 bulan dihubungkan dengan peningkatan risiko asma dan dermatitis atopik pada anak-anak tanpa riwayat penyakit alergi pada orangtua (OR = 1,62, 95% CI = 1,02-2,56), sedangkan anak-anak yang ayahnya memiliki riwayat penyakit alergi, maka pemberian ASI eksklusif selama lebih dari 4 bulan sangat bermanfaat menurunkan risiko asma dan dermatitis atopik (OR = 0,39, 95% CI = 0,18-0,83) dan untuk anak yang ibunya memiliki riwayat penyakit alergi tidak begitu bermanfaat dalam menurunkan risiko asma dan dermatitis atopik (OR =

Pada penelitian tersebut di atas tidak mendukung penelitian ini karena penelitian di atas lebih menekankan pada faktor riwayat alergi orangtua sedangkan penelitian ini lebih menekankan pada frekuensi serangan asma pada anak. Hasil penelitian sekarang yang tidak bermakna atau tidak signifikan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti jumlah sampel yang sedikit dan tidak memenuhi kriteria jumlah besar sampel yang telah ditentukan, adanya faktor-faktor pencetus asma yang tidak dapat dikendalikan atau juga bisa dipengaruhi dari terapi asma itu sendiri. Sebagian penggunaan obat asma yang dipakai oleh subyek penelitian tidak dapat diidentifikasi karena ada beberapa obat yang menggunakan jenis obat dalam bentuk puyer sehingga hal tersebut juga bisa mempengaruhi frekuensi serangan asma.

Faktor pencetus asma yang tidak dapat peneliti kendalikan seperti :

1. Faktor pada penderita : aspek genetik, kemungkinan alergi, jenis kelamin, saluran pernafasan yang memang mudah terangsang.

2. Faktor lingkungan : bahan-bahan di dalam ruangan (tungau debu rumah, binatang kecoa), bahan-bahan di luar ruangan (tepung sari bunga jamur), makanan-makanan tertentu dengan bahan pengawet; penyedap; pewarna makanan, iritan (parfum, bau-bauan merangsang, spray), ekspresi emosi yang berlebihan, asap rokok, polusi udara dari luar dan dalam ruangan, infeksi saluran napas, aktivitas fisik, perubahan cuaca (Oeminati

Terapi atau tatalaksana serangan asma pada anak dapat dibagi 2 (GINA, 2006), yaitu tatalaksana di rumah dan di rumah sakit. Panduan pengobatan di rumah disebutkan bahwa terapi awal adalah inhalasi β -agonis kerja cepat sebanyak 2 kali dengan selang waktu 20 menit. Sedangkan untuk tatalaksana di rumah sakit, pasien asma yang datang langsung dinilai derajat serangannya. Kemudian tatalaksana awal terhadap pasien adalah pemberian β -agonis kerja cepat dengan penambahan garam fisiologis secara nebulisasi. Nebulisasi serupa dapat diulang 2 kali dengan selang waktu 20 menit. Pada pemberian ketiga dapat ditambahkan dengan antikolinergik. Jika pasien datang dengan serangan asma berat maka dapat langsung diberikan nebulisasi β -agonis dikombinasi dengan antikolinergik.

Obat asma itu sendiri dapat dibagi dalam 2 kelompok, yaitu obat pereda (*reliever*) dan obat pengendali (*controller*). Obat pereda atau disebut juga obat pelega dapat digunakan untuk meredakan serangan atau gejala asma yang sedang timbul. Jika serangan telah teratasi dan gejala sudah menghilang, maka obat ini tidak digunakan lagi. Sedangkan obat pengendali atau disebut juga obat pencegah/profilaksis dapat digunakan untuk mengatasi masalah dasar asma yaitu inflamasi kronik saluran pernafasan sehingga obat dapat terus dipakai dalam jangka waktu lama sesuai dengan derajat serangan asma dan responnya terhadap pengobatan.

Terapi atau tatalaksana asma berdasarkan derajat asma dapat dilihat

1. Asma episodik jarang

Asma episodik jarang cukup diobati dengan obat pereda berupa bronkodilator β -agonis hirupan kerja pendek atau golongan xantin kerja cepat hanya apabila perlu saja, yaitu jika ada gejala/serangan. Penggunaan teofilin sebagai bronkodilator semakin kurang perannya dalam tatalaksana asma karena batas keamanannya sempit, tapi dapat digunakan dengan memperhatikan efek sampingnya. Selain itu penggunaan β -agonis oral tunggal dengan dosis besar sering menimbulkan efek samping palpitasi sehingga hal ini dapat dikurangi dengan menurunkan dosis serta mengkombinasikan obat itu dengan teofilin. Menurut Pedoman Nasional Asma Anak, pemberian anti inflamasi sebagai obat pengendali untuk asma ringan tidak dianjurkan.

2. Asma episodik sering

Penggunaan β -agonis hirupan lebih dari 3x per minggu (tanpa menghitung penggunaan pra-aktivitas fisik) atau serangan sedang/berat terjadi lebih dari 1 kali dalam sebulan, merupakan indikasi penggunaan anti inflamasi sebagai pengendali. Obat anti inflamasi lini pertama yang digunakan adalah kortikosteroid dosis rendah. Jika setelah 8 – 12 minggu dengan steroid dosis rendah tidak timbul respon (masih terdapat gejala asma/gangguan tidur/aktivitas sehari-hari), maka pengobatan dilanjutkan dengan tahap kedua yaitu menaikkan dosis steroid hirupan. Jika tatalaksana suatu derajat asma sudah adekuat tetapi tetap tidak ada respon,

jika asma terkendali dalam 2 – 8 minggu maka derajatnya beralih ke yang lebih ringan. Sebelum tatalaksana berpindah ke yang lebih berat maka harus dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan penghindaran pencetus, penggunaan obat, serta faktor komorbid yang mempersulit pengendalian asma.

3. Asma persisten

Bergantung pada kasusnya, steroid hirupan dapat diberikan mulai dari dosis tinggi lalu diturunkan sampai dosis rendah selama gejala masih terkendali atau sebaliknya mulai dari dosis rendah sampai tinggi hingga gejala dapat dikendalikan. Jika setelah diberi dosis rendah responnya tidak baik dapat diberikan dosis medium atau tetap memberikan dosis rendah ditambahkan dengan LABA (*long acting β -agonis*), atau TSR (*theophylline slow release*), atau ALTR (*anti leukotrine reseptor*). Jia setelah 8-12 minggu obat tidak berespon baik juga maka dapat menaikkan dosis obat ke dosis tinggi atau tetap menggunakan dosis medium ditambah dengan