



**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KEPARAHAN DAN
TINGKAT KONTROL ASMA BRONKIAL DENGAN
KUALITAS HIDUP PADA PASIEN ASMA BRONKIAL**

Skripsi

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh:

Lina Febriana

NIM : 30901800106

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi yang berjudul **“Hubungan antara Tingkat Keparahan dan Tingkat Kontrol Asma Bronkial dengan Kualitas Hidup pada Pasien Asma Bronkial”** saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dengan dibuktikan oleh uji *Turn it in* 24%. Jika dikemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiatisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Mengetahui,

Wakil Dekan 1



(Ns. Sri Wahyuni M.Kep Sp.Kep Mat)

Semarang, 28 Desember 2021

Peneliti



(Lina Febriana)



**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KEPARAHAN DAN
TINGKAT KONTROL ASMA BRONKIAL DENGAN
KUALITAS HIDUP PADA PASIEN ASMA BRONKIAL**

Skripsi

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh:

Lina Febriana

NIM : 30901800106

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2021

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KEPARAHAN DAN TINGKAT
KONTROL ASMA BRONKIAL DENGAN KUALITAS HIDUP PADA
PASIEN ASMA BRONKIAL**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Lina Febriana

NIM : 30901800106

Telah disahkan dan disetujui oleh pembimbing pada:

Pembimbing I

Tanggal : 28 Desember 2021

Pembimbing II

Tanggal: 28 Desember 2021

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep. MAN
NIDN. 0605108901

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, S.Kep., M.Kep
NIDN. 0615098802

UNISSULA
جامعة سلطان أبجويج الإسلامية

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KEPARAHAN DAN TINGKAT
KONTROL ASMA BRONKIAL DENGAN KUALITAS HIDUP PADA
PASIEAN ASMA BRONKIAL**

Disusun oleh:

Nama : Lina Febriana

NIM : 30901800106

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 14 Januari 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I

Dr.Ns. Dwi Retno S. S.Kep.,Sp.KMB

NIDN. 0602037603

Penguji II

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep., MAN

NIDN. 0605108901

Penguji III

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, S.Kep.,M.Kep

NIDN. 0615098802

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Iwan Ardian, SKM.,M.Kep

NIDN. 0622087404

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Skripsi, Januari 2022

ABSTRAK

Lina Febriana

HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KEPARAHAN DAN TINGKAT KONTROL ASMA BRONKIAL DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN ASMA BRONKIAL

45 halaman + 11 tabel + 2 gambar + 10 lampiran + xiv

Latar Belakang: Asma dengan tingkat keparahan dan tingkat kontrol yang buruk dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara tingkat keparahan dan tingkat kontrol asma bronkial dengan kualitas hidup pasien asma bronkial.

Metode: Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* menggunakan teknik *non probability* dengan *snowball sampling* dengan jumlah responden 75. Pengumpulan data penelitian menggunakan kuesioner. Data yang diperoleh diolah secara statistik dengan menggunakan uji statistik *chi square* (x^2).

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien asma bronkial yang tidak terkontrol sebanyak 34 responden (45,3%), terkontrol berjumlah 64 responden (85,3%), kualitas hidup buruk berjumlah 47 responden (62,7%).

Simpulan: Ada hubungan antara tingkat keparahan dan kualitas hidup pasien asma bronkial dengan nilai *p-value* 0,001, dan ada hubungan antara tingkat kontrol dengan kualitas hidup pasien asma bronkial dengan nilai *p-value* 0,001.

Kata kunci: Tingkat Keparahan, Tingkat Kontrol, Kualitas Hidup, Asma Bronkial

Daftar Pustaka: 31 (2010-2021)

**NURSING S1 STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING SCIENCE
ISLAMIC SULTAN AGUNG UNIVERSITY OF SEMARANG
Thesis, January 2022**

ABSTRACT

Lina Febriana

**RELATIONSHIP BETWEEN THE SEVERITY AND CONTROL OF
BRONCHIAL ASTHMA AND QUALITY OF LIFE IN BRONCHIAL
ASTHMA PATIENTS**

45 pages + 11 tables + 2 pictures + 10 attachments + xiv

Background: Asthma with the severity and level of poor control can affect the quality of life of sufferers. The general objective of this study was to determine the relationship between the severity and level of control of bronchial asthma with the quality of life of bronchial asthma patients.

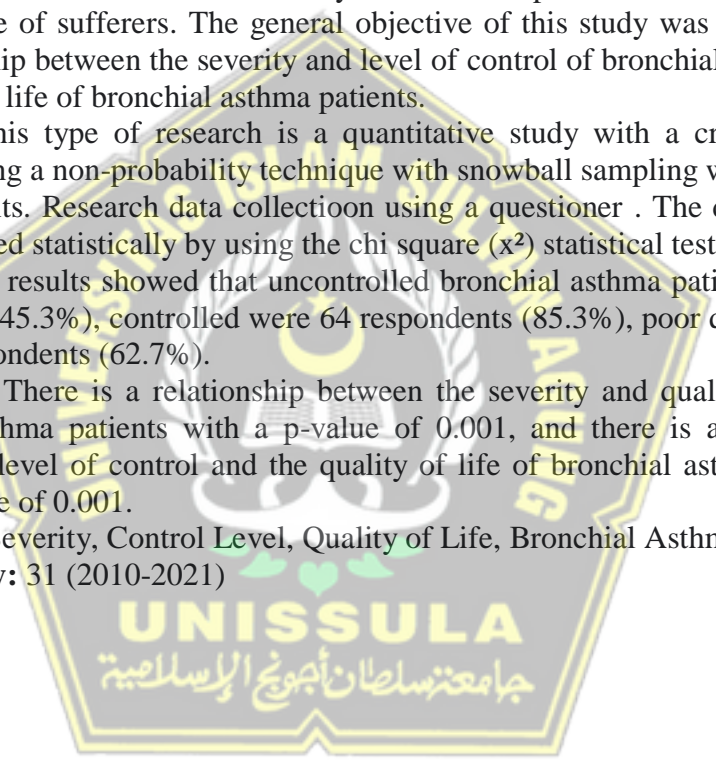
Methods: This type of research is a quantitative study with a cross-sectional approach using a non-probability technique with snowball sampling with a total of 75 respondents. Research data collection using a questioner . The data obtained were processed statistically by using the chi square (χ^2) statistical test.

Results: The results showed that uncontrolled bronchial asthma patients were 34 respondents (45.3%), controlled were 64 respondents (85.3%), poor quality of life were 47 respondents (62.7%).

Conclusion: There is a relationship between the severity and quality of life of bronchial asthma patients with a p-value of 0.001, and there is a relationship between the level of control and the quality of life of bronchial asthma patients with a p-value of 0.001.

Keywords: Severity, Control Level, Quality of Life, Bronchial Asthma

Bibliography: 31 (2010-2021)



MOTTO

“Life as if you were to die tomorrow. Learn as if you were to live forever”

Hiduplah seolah kamu akan mati besok. Belajarlh seolah-olah kamu akan hidup selamanya.



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikumwarahmatullahi wabarakatuh

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis telah diberi kesempatan untuk menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Skripsi ini disusun sebagai syarat untuk mencapai Sarjana Keperawatan yang berjudul **“Hubungan antara Tingkat Keperawatan dan Tingkat Kontrol Asma Bronkial dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Asma Bronkial”**.

Berkenaan dengan penulisan skripsi ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya atas bantuan, arahan dan motivasi yang senantiasa diberikan selama ini. Kepada:

1. Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN selaku pembimbing I, terima kasih banyak telah sabar senantiasa memberikan ilmu, bimbingan, arahan, nasehat dan motivasi yang sangat berharga dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing II, terima kasih yang selama ini telah meluangkan banyak waktunya untuk menuntun

dan mengarahkan, memberikan bimbingan, dukungan agar saya menjadi lebih baik.

6. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, S.Kep. M.Kep, Sp. KMB selaku Penguji saya, terima kasih telah menuntun dan mengarahkan saya agar menjadi lebih baik.
7. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf FIK UNISSULA yang telah memberikan bekal ilmu dan pengetahuan serta bantuan kepada penulis.
8. Kepada yang selalu saya cintai dan sayangi, Bapak Latip dan Emak Puji Winarsih, orang tua kandung saya yang selalu memberi semangat, motivasi, doa yang tidak pernah terputus, nasehat yang membuat penulis semakin semangat untuk menyelesaikan skripsi tepat waktu, serta adek kandung saya Reni Mujiana yang selalu mendoakan dan memberi semangat untuk saya.
9. Kepada orang tua kedua saya yang saya cintai dan sayangi, Mbah Wardoyo dan Mbah Patmi yang telah mengasuh penulis sejak umur 3 tahun dan sampai sekarang terus mendoakan, memotivasi, dan mendoakan penulis dalam setiap proses perjalanan hidup hingga dapat menyelesaikan skripsi tepat waktu.
10. Kepada Kakak laki-laki saya Eka Agus Tina serta Istrinya Maini dan Anak kandungnya Deliana yang telah ikut serta dalam mendoakan, memotivasi dan memberi nasihat kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi tepat waktu.

11. Kepada keluarga saya di Semarang Ayah Pramono, Bunda Hervina Nur Laila, Keisha Nathania Azahra (kiting), Luthfi Raihan Nabiha (gembul), yang selalu memberi semangat, nasihat, motivasi, membantu dalam setiap proses, serta doa yang membuat saya dapat menyelesaikan skripsi tepat waktu.
12. Sahabat penulis Melfiana, Siti Nur Kholifah, Nyai Sundari, Aldi Eko Prasetyo, Mona Leta Liska Kismana yang selalu jadi tempat berkeluh kesah disetiap proses penyelesaian skripsi.
13. Sahabat-sahabat saya yang di kampung halaman (Blora & Cilegon) yang selalu memberikan support saya untuk segera menyelesaikan skripsi ini.
14. Teman-teman satu kelompok dan satu Departemen Keperawatan Medikal Bedah da teman-teman seluruh angkatan 2018 Prodi S1 Keperawatan yang berjuang bersama sari mahasiswa baru sampai di tahap penyelesaian skripsi.
15. Semua pihak yang tidak dapat di tuliskan satu persatu, atas bantuan dan kerjasama yang diberikan dalam penyusunan skripsi saya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini tidak lepas dari kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari rekan-rekan semua. Akhir kata penulis ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Semarang, 17 Januari 2022

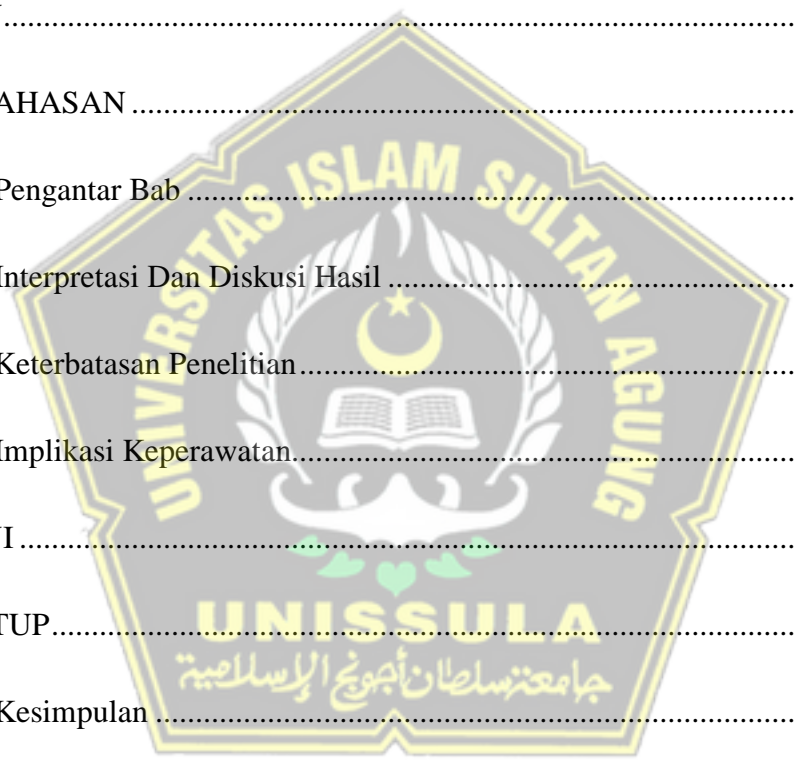
Penulis

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Masalah Penelitian	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Dasar Teori.....	8
1. Asma bronkial	8
a. Definisi	8
b. Tanda gejala.....	9
c. Faktor resiko.....	9
d. Pencegahan.....	10
e. Patofisiologi.....	11

2. Tingkat keparahan asma bronkial	12
3. Tingkat kontrol asma bronkial	13
4. Kualitas hidup	14
a. Definisi	14
b. Aspek kualitas hidup	14
B. Kerangka Teori.....	16
C. Hipotesis.....	17
BAB III	18
METODOLOGI PENELITIAN.....	18
A. Kerangka Konsep.....	18
B. Variabel Penelitian.....	18
3. Besar sampel.....	20
E. Kriteria sampel.....	21
F. Tempat dan Waktu Penelitian.....	21
G. Definisi Operasional.....	22
H. Instrumen/alat pengumpulan data	22
I. Metode Pengumpulan Data	24
J. Rencana Analisis Data	25
a. Analisis univariat.....	26
K. Etika Penelitian	27

BAB IV	29
HASIL PENELITIAN.....	29
A. Pengantar Bab	29
B. Analisis Univariat.....	29
C. Analisis Bivariat.....	32
BAB V.....	35
PEMBAHASAN	35
A. Pengantar Bab	35
B. Interpretasi Dan Diskusi Hasil	35
C. Keterbatasan Penelitian.....	42
D. Implikasi Keperawatan.....	42
BAB VI	44
PENUTUP.....	44
A. Kesimpulan	44
A. Saran.....	45
DAFTAR PUSTAKA	46



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 kerangka teori	16
Gambar 3.2 kerangka konsep	18

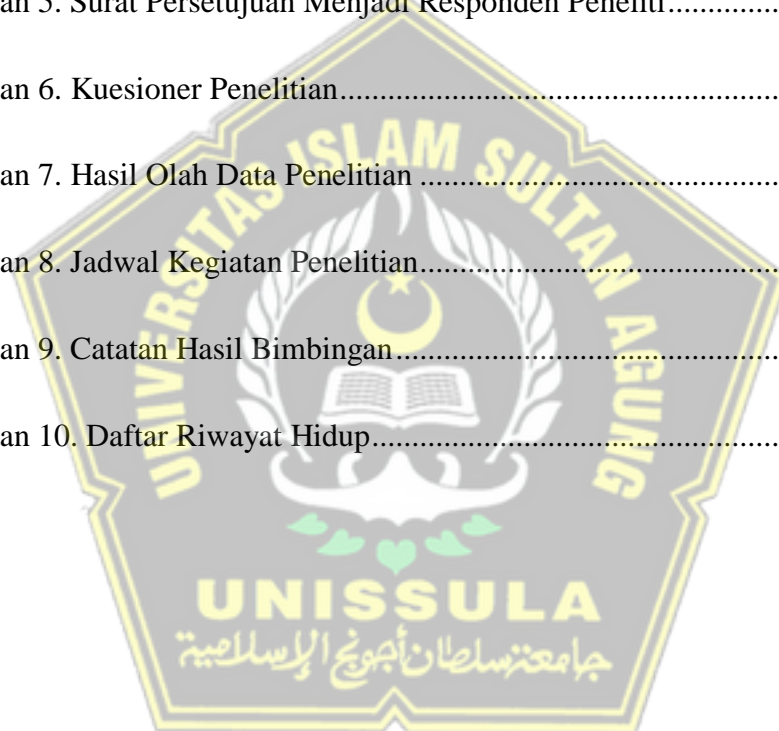


DAFTAR TABEL

Tabel 2-1 pengelompokan Asma Bronkial Berdasarkan Tingkat Keparahan	12
Tabel 2-2 Klasifikasi Asma Berdasarkan Tingkat Kontrol	13
Tabel 3-1 Definisi Operasional	22
Tabel 4-1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia (n=75)	29
Tabel 4-2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin (n=75)	30
Tabel 4-3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan (n=75)	30
Tabel 4-4 frekuensi tingkat keparahan pada pasien asma bronkial (n=75)	31
Tabel 4-5 frekuensi tingkat kontrol pada pasien asma bronkial (n=75)	31
Tabel 4-6 frekuensi kualitas hidup pada pasien asma bronkial (n=75)	32
Tabel 4-7 Hasil Uji Hubungan Antara Tingkat Keparahan Dengan Kualitas Hidup Pasien Asma Bronkial (N=75)	32
Tabel 4-8 Hasil Uji Hubungan Antara Tingkat Kontrol Dengan Kualitas Hidup Pasien Asma Bronkial (N=75)	33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat ijin penelitian.....	49
Lampiran 2. Surat balasan ijin penelitian.....	50
Lampiran 3. Surat Keterangan Lolos Uji Etik	52
Lampiran 4. Surat Permohonan Menjadi Responden	53
Lampiran 5. Surat Persetujuan Menjadi Responden Peneliti.....	54
Lampiran 6. Kuesioner Penelitian.....	55
Lampiran 7. Hasil Olah Data Penelitian	60
Lampiran 8. Jadwal Kegiatan Penelitian.....	64
Lampiran 9. Catatan Hasil Bimbingan.....	65
Lampiran 10. Daftar Riwayat Hidup.....	67



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asma adalah penyakit berbahaya pada sistem pernapasan yang dapat mempengaruhi individu, semuanya sama, dan sering digambarkan dengan gangguan berkelanjutan pada saluran pernapasan dengan latar belakang yang ditandai dengan efek samping pernapasan seperti sesak napas, dada sesak, dan sesak dan merupakan salah satu penyakit konstan dunia, baik pada orang dewasa maupun anak-anak. Asma sering dimulai pada masa kanak-kanak yang memiliki alergi dan gangguan inflamasi kronis pada saluran udara (Kahtan et al., 2014, Afiani et al., 2017, Lorensia et al., 2015). Asma adalah infeksi heterogen yang digambarkan dengan memburuknya rute pernapasan yang digambarkan oleh reaksi pernapasan yang meluas terhadap dorongan fisiologis dan biologis seperti kerja aktif, udara dingin, dan residu. Asma tetap menjadi masalah kesehatan umum di banyak negara di dunia, mempengaruhi anak-anak dan orang dewasa dengan penyakit ringan hingga serius dan bahkan kematian (Kemenkes RI, 2019).

Asma merupakan penyakit kronis yang diperkirakan mempengaruhi sebanyak 339 juta orang di seluruh dunia, asma juga merupakan penyebab beban penyakit substansial, termasuk kematian dini

dan penurunan kualitas hidup pada semua kelompok umur di seluruh dunia (*Global Asthma Network The Global Asthma Report, 2018*). Asma diderita hingga 334 juta orang diseluruh dunia dan insidennya telah terjadi peningkatan selama tiga dekade terakhir yang mempengaruhi semua kalangan usia, ras dan etnis (*Forum of International Respiratory Societies., 2017*). Menurut *World Health Organization (WHO)* terdapat 383.000 kematian akibat asma (Kemenkes RI, 2019). Hasil laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) oleh Badan dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI pada tahun 2018 menunjukkan asma di Indonesia mencapai nilai 2,4% (Kemenkes RI, 2018). Sementara itu, asma di Jawa Tengah mencapai nilai 1,77% dimana karakteristik penderita terus meningkat seiring bertambahnya usia dan asma pada perempuan cenderung meningkat, lebih tinggi pada laki-laki (Kemenkes RI, 2019).

Asma dapat mengganggu aktivitas sehari-hari seperti sering mengantuk disiang hari yang diakibatkan terjadinya sesak napas pada malam hari dan tidak bisa tidur, juga dapat mengakibatkan stres dan cemas yang berlebih apabila asma tidak terkontrol serta dapat mempengaruhi kualitas hidup (Kemenkes RI, 2019). Asma dapat berdampak pada masalah psikologis (kecemasan, stres atau depresi), penurunan kinerja di sekolah atau di tempat kerja, tubuh sering merasa lelah, penurunan laju pertumbuhan dan pubertas pada anak-anak, radang paru, kegagalan pernapasan, cedera paru dan kematian (Permataningsih, 2020).

Selain berdampak pada masalah-masalah tersebut, asma juga dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita. Kualitas hidup merupakan perasaan dan penegasan bahwa individu puas dengan hidupnya secara keseluruhan dan merupakan suatu penilaian atas kesejahteraan yang dirasakan dalam kehidupan individu sehari-hari (Afiyanti, 2010). Kualitas hidup pasien asma erat berkaitan dengan sesak napas dan merupakan kendala utama dalam kehidupan sehari-hari. Kualitas hidup dinilai dengan menggunakan *Asthma Quality of Life Questioner* (AQLQ) (Fitri, 2016). Asma dapat memperburuk kualitas hidup pasien dan dapat menyebabkan gangguan dalam pemenuhan kebutuhan, menurunkan produktivitas dan kualitas hidup pasien (Bhaskara et al., 2018). Kualitas hidup pada pasien asma dipengaruhi oleh tingkat kontrol asma.

Tingkat kontrol asma merupakan tingkatan dalam kontrol manifestasi asma. Untuk mempertahankan tingkat kontrol asma terdapat tiga faktor yang harus dipertimbangkan yaitu dosis, tahap pengobatan, dan manajemen asma. Tujuan pengobatan asma sendiri untuk tercapai dan mempertahankan tingkat kontrol asma serta dapat meningkatkan kualitas hidup pasien tanpa gangguan dalam melakukan aktivitas (*Forum of International Respiratory Societies*, 2017). Tingkat kontrol asma dapat dinilai dengan kuesioner *Asthma Control Test* (ACT) (Fitri, 2016).

Asma dikatakan terkendali jika memenuhi lima kriteria yaitu, tidak ada gejala harian, tidak ada pembatasan aktivitas fisik, tidak ada gejala nokturnal, pemakaian inhaler minimal, dan frekuensi pernafasan yang

lebih rendah, rentang fungsi paru normal. Batuk, *wheezing* dan kesulitan bernapas di malam hari adalah tanda-tanda kontrol asma yang buruk pada penderita asma. Jika asma terkontrol dengan baik, pasien akan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang tidak terkontrol dengan baik yang akan memiliki kualitas hidup yang buruk (Indra & Azrin, 2015, Bhaskara et al., 2018).

Selain kontrol asma, kualitas hidup juga dipengaruhi oleh tingkat keparahan. Tingkat keparahan asma merupakan patokan untuk melihat intensitas asma dengan gejala yang minimal (Kahtan et al., 2014). Menurut tingkat keparahannya asma bronkial diklasifikasikan sebagai asma bronkial intermiten yaitu derajat asma yang paling ringan, persisten ringan yaitu derajat asma yang tergolong ringan, persisten sedang yaitu derajat asma yang tergolong lumayan berat dan persisten berat yaitu derajat asma yang paling tinggi tingkat keparahannya (Bhaskara et al., 2018). Tingkat keparahan asma bronkial merupakan faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kontrol asma bronkial, semakin tinggi tingkat keparahan asma bronkial maka semakin rendah tingkat kontrol asma bronkial (Kemenkes RI, 2018). Apabila tingkat keparahan asma semakin tinggi maka tingkat kontrol asma rendah dan mempengaruhi kualitas hidup pasien. Tingkat keparahan asma dapat diukur menggunakan kuesioner *Q-Score* tingkat keparahan asma (Fitri, 2016).

Peran perawat sangat penting dalam mengelola pasien asma. Perawat memiliki kekuatan bertindak untuk memenuhi kebutuhan dasar

manusia seperti pemuasan kebutuhan fisiologis, pemuasan kebutuhan akan rasa aman dan nyaman, pemuasan cinta dan kasih sayang pemuasan kebutuhan akan harga diri dan kesadaran diri (Barkara kozier, 2010). Peran perawat dapat yang dilakukan mulai dari pemberi asuhan keperawatan, *advokat, edukator, koordinator, kolabolator, konsultan, manager*. Peran seorang perawat sangat dibutuhkan dalam peningkatan kotrol asma bronkial dan penanganan tingkat keparahan asma bronkial untuk mencapai kualitas hidup yang baik (*Potter & Perry, 2010*).

Penelitian ini dilakukan karena banyak pasien asma yang mengalami tingkat keparahan yang sangat tinggi dan tingkat kontrol yang rendah dikarenakan enggan untuk memeriksakan penyakitnya ke rumah sakit dengan alasan takut akan skreaning covid-19, peneliti melakukan study pendahuluan dan banyak melakukan observasi tetapi pasien asma tidak banyak ditemukan disalah satu wilayah, peneliti memutuskan untuk menyebar kuesioner penelitian diberbagai tempat di wilayah Semarang.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, peneliti ingin mengetahui hubungan tingkat keparahan dan tingkat kontrol asma bronkial terhadap kualitas hidup pasien asma bronkial.

B. Masalah Penelitian

Asma dapat mengganggu aktivitas sehari-hari seperti sering mengantuk disiang hari yang diakibatkan terjadinya sesak napas pada malam hari dan tidak bisa tidur, juga dapat mengakibatkan setres dan

cemas yang berlebih apabila asma tidak terkontrol serta dapat mempengaruhi kualitas hidup (Kemenkes RI, 2019). Faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup antara lain adalah tingkat keparahan dan tingkat kontrol asma (Kahtan et al., 2014). Masalah dalam penelitian ini yaitu apakah terdapat hubungan antara tingkat keparahan dan tingkat kontrol asma bronkial dengan kualitas hidup pada pasien asma bronkial.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara tingkat keparahan dan tingkat kontrol asma bronkial dengan kualitas hidup pasien asma bronkial.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin dan pekerjaan
- b. Mengidentifikasi tingkat keparahan asma bronkial
- c. Mengidentifikasi tingkat kontrol asma bronkial
- d. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien asma bronkial
- e. Menganalisis hubungan tingkat keparahan asma bronkial dengan kualitas hidup pasien asma bronkial.
- f. Menganalisis hubungan tingkat kontrol asma bronkial dengan kualitas hidup pasien asma bronkial.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat ilmiah

Manfaat penelitian ini yaitu untuk memberi tambahan pengetahuan mengenai hubungan tingkat keperahan dan tingkat kontrol asma terhadap kualitas hidup pasien asma.

2. Manfaat praktis

Sebagai bahan masukan untuk penderita agar melakukan pengontrolan asma bronkial secara rutin dan berkala.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Asma bronkial

a. Definisi

Asma adalah penyakit inflamasi heterogen yang berkelanjutan dari rute pernapasan, digambarkan dengan mengi, hacking, dan sesak dada karena hambatan rute penerbangan, penyakit universal yang tidak dapat dipindahkan dengan konsekuensi kesehatan umum untuk dua anak dan orang dewasa, mengingat kesedihan yang tinggi dan kematian untuk anak-anak dan orang dewasa. kasus ini. Asma adalah kondisi yang tidak main-main yang dijelaskan melalui iritasi rute penerbangan, peningkatan reaktivitas pernapasan terhadap peningkatan fisiologis dan lingkungan seperti pekerjaan nyata, udara dingin, dan residu (Afiani et al., 2017, Kemenkes RI, 2018, Lorensia, 2021).

Asma merupakan penyakit inflamasi kronis saluran napas yang terjadi secara terus menerus dan menyebabkan sensitisasi saluran napas. Saluran pernapasan penderita asma sangat sensitif terhadap berbagai rangsangan seperti polusi udara (asap tembakau, gula bubuk, bahan kimia), serbuk sari, udara dingin, makanan, bulu

binatang, stres, bau yang kuat, olahraga yang berat, obat-obatan, juga merupakan penyakit inflamasi di saluran pernapasan, yang dapat menyerang segala usia yang ditandai oleh serangan pernapasan berulang dan terengah-engah dalam tingkat keparahan maupun frekuensi (Indra & Azrin, 2015, Kemenkes RI, 2019).

b. Tanda gejala

Gejala pertama asma termasuk batuk di malam hari atau dini hari, mengi, sesak napas, dada sesak, dan produksi sputum yang buruk. Gejala asma yang parah adalah batuk yang parah, serangan pernapasan parah yang disebabkan oleh mengi, sianosis, kehilangan kesadaran, sulit tidur, dan tidur dalam posisi yang paling nyaman. Gejala yang parah dapat menyebabkan kondisi yang mengancam jiwa, Pada penderita asma akan timbul gejala seperti mengi terutama pada saat ekspirasi. Selain itu, penderita asma juga memiliki riwayat batuk yang intensitasnya meningkat pada malam hari, sulit bernapas, hingga sesak napas. Gejala-gejala tersebut dapat muncul apabila terdapat faktor pemicu yaitu infeksi virus, polusi udara, dan aktivitas berat (Tenda, 2014, Permataningsih, 2020).

c. Faktor resiko

Faktor resiko asma dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu faktor genetik dan lingkungan. Beberapa proses mendahului timbulnya asma, yaitu:

- 1) Sensitisasi, yaitu orang dengan risiko genetik dan lingkungan terpapar pemicu, menjadi peka.
- 2) Setelah mengalami sensitisasi, terjadi proses inflamasi yang berhubungan dengan inflamasi jangka panjang atau hipersensitivitas bronkus.
- 3) Setelah mengalami peradangan maka akan mengalami serangan asma (Kemenkes RI, 2018).

Penyebab utama dari penyakit asma belum diketahui secara pasti.

Berikut beberapa faktor pemicu asma, yaitu:

- a) Alergen internal (tungau, debu rumah, bulu hewan)
 - b) Alergen eksternal (serbuk bunga sari dan jamur)
 - c) Asap tembakau/rokok
 - d) Iritasi kimia di tempat kerja
 - e) Polusi udara (Kemenkes RI, 2019).
- d. Pencegahan

Upaya pencegahan asma dapat dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

- 1) Pencegahan primer ditujukan untuk mencegah sensitisasi bayi yang berisiko asma, dengan cara:
 - a) Menghindari polusi tembakau dan polutan lainnya selama hamil dan perkembangan bayi/anak

- b) Selama kehamilan diet hipoalergenik untuk ibu hamil, dalam kondisi tertentu selama tidak mengganggu asupan janin
 - c) Mengusui sepenuhnya sampai usia 6 bulan
 - d) Diet hipoalergenik untuk ibu menyusui
- 2) Opsional pencegahan diharapkan untuk mencegah kontaminasi pada anak-anak yang tidak berdaya dengan menghindari keterbukaan terhadap asap rokok dan alergen keluarga, terutama serangga dan residu.
- 3) Antisipasi tersier diharapkan dapat mencegah manifestasi asma pada anak dengan indikasi penyakit hipersensitif (Kemenkes RI, 2018).
- e. Patofisiologi
- Asma yang disebabkan oleh banyak pemicu seperti alergen, virus iritan dapat menyebabkan reaksi inflamasi akut seperti reaksi asma dini (*early asthmatic reaction* (EAR)) dan reaksi asma akhir (*late asthmatic reaction* (LAR)). Setelah respon asma awal terjadi dan respon asma tertunda, proses ini berlanjut menjadi proses respon inflamasi sub akut dan kronis. Kondisi ini terjadi di dalam dan sekitar regio bronkus karena banyak terdapat pada dinding dan lumen bronkus sebagai infiltrasi sel inflamasi, terutama eosinofil dan monosit (Kemenkes RI, 2018). Selain merangsang sel inflamasi, juga dapat merangsang sel saraf otonom.

Alergen otonom mengaktifkan sel *mast intramedullary*, *makrofag alveolar*, dan *mediator* yang disekresikan oleh sel mast dan makrofag membuat epitel saluran napas lebih permeabel dan mendorong invasi submukosa alergen (Aqli, 2014).

2. Tingkat keparahan asma bronkial

Pengelompokan asma berdasarkan tingkat keparahannya dibagi menjadi empat yaitu (Kemenkes RI, 2018).

Tabel 2-1 pengelompokan Asma Bronkial Berdasarkan Tingkat Keparahannya

Derajat berat asma bronkial	Gejala	Gejala malam	Faal paru
Intermiten	Bulanan → Gejala <1x/minggu. Tanpa gejala diluar serangan. Serangan singkat	<=2 kali sebulan	APE >=80% → VEP >=80% nilai prediksi APE >=80% nilai terbaik. Variabilitas APE <20%
Persisten ringan	Mingguan → gejala >1x/minggu tetapi <1x/hari. Serangan dapat mengganggu aktifitas dan tidur	>2 kali sebulan	APE >80% → VEP >=80% nilai prediksi APE >=80% nilai terbaik. Variabiliti APE 20-30%
Persisten sedang	Harian → gejala muncul setiap hari, serangan mengganggu aktivitas dan tidur, membutuhkan bronkodilator setiap hari	>2kali sehari	APE 60-80% → VEP 60-80 % nilai prediksi APE 60-80% nilai terbaik. Variabiliti APE >30%
Persisten berat	Kontinyu → gejala terus menerus, sering kambuh, aktivitas fisik terbatas	Sering	APE <=60% → VEP <=60 % nilai prediksi APE <=60% nilai terbaik. Variabiliti APE >30%

3. Tingkat kontrol asma bronkial

Asma dinyatakan terkontrol jika penyakit tetap stabil setidaknya selama satu bulan. Untuk pengendalian asma, tiga faktor harus dipertimbangkan yaitu dosis, tahap pengobatan, manajemen asma independen. Menurut prevalensi tingkat kontrol asma bronkial menurut hasil penelitian yang dilakukan Indra dan Azrin 2015 di poliklinik paru RSUD arifin achmad pekan baru di dapatkan prevalensi asma bronkial yang tidak terkontrol sebanyak 79,4% dan yang terkontrol sebanyak 20,6% dari penelitian tersebut dapat menggambarkan bahwa tingkat kontrol asma bronkial masih cukup tinggi pada pasien yang tidak terkontrol (Indra & Azrin, 2015).

Klasifikasi asma berdasarkan tingkat kontrol dibagi menjadi tiga yaitu:

Tabel 2-2 Klasifikasi Asma Berdasarkan Tingkat Kontrol

Karakteristik	Terkontrol penuh	Terkontrol sebagian	Tidak terkontrol
Gejala harian	Tidak ada	>2x/minggu	>=3
Keterbatasan aktivitas	Tidak ada	Ada	Gambaran asma terkontrol sebagian ada dalam setiap minggu
Gejala nokturnal	Tidak ada	Ada	
Kebutuhan pelega paru	Tidak ada	>2x/minggu	1x/minggu
Fungsi paru (APE/VEP1)	Normal	<80% prediksi / nilai terbaik	
Eksaserbasi	Tidak ada	>=1/tahun	

4. Kualitas hidup

a. Definisi

Kualitas hidup merupakan persepsi individu dalam konteks budaya, perilaku dan nilai-nilai di mana mereka hidup dan dikaitkan dengan penilaian tempat individu dalam kehidupan, termasuk standar hidup, harapan dan kesenangan, kesehatan dan psikologi, derajat kebebasan, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan mereka (Lara & Hidajah, 2017). Kualitas hidup adalah perasaan dan penegasan bahwa seorang individu puas dengan hidupnya secara keseluruhan dan dengan keadaan mental orang-orang di sekitarnya karena individu itu hidup dengan nyaman jauh dari ancaman dan memuaskan kebutuhannya (Afiyanti, 2010).

b. Aspek kualitas hidup

Berbagai aspek kualitas hidup yaitu:

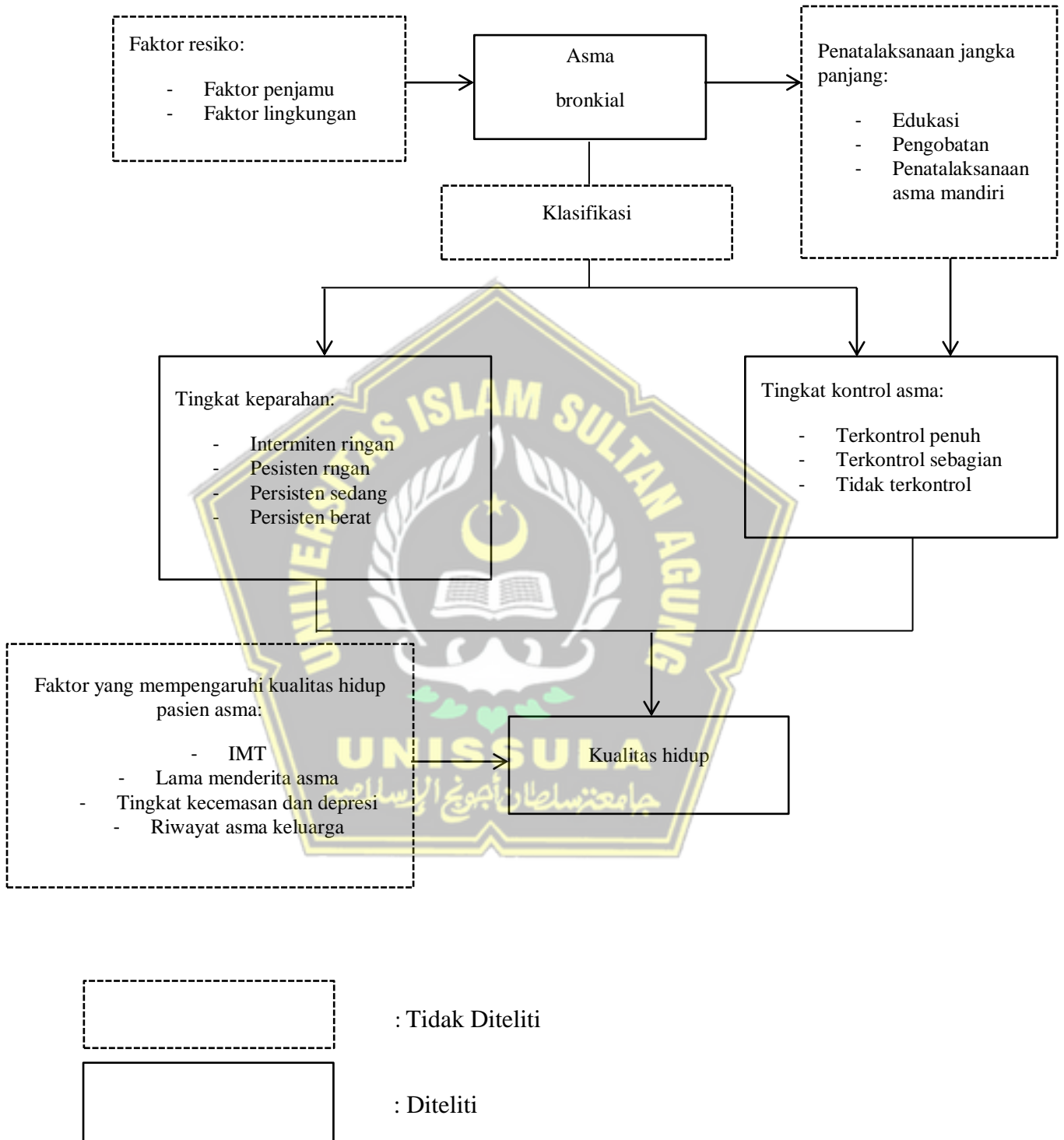
- a) Kesehatan fisik, penyakit, tidur gelisah, malaise, kegiatan sehari-hari.
- b) Emosi psikologis, positif dan negatif, belajar, berpikir, memori dan konsentrasi.
- c) Kegiatan sosial, termasuk kegiatan pribadi, dukungan dari lingkungan sekitar, termasuk merasa bebas tanpa tekanan, kesehatan fisik dan merasa aman, sumber keuangan, perawatan kesehatan dan sosial, kesempatan untuk

memperoleh keterampilan dan informasi baru, partisipasi dan rekreasi, kegiatan di lingkungan dan transportasi (Aqli, 2014).

c. Kualitas hidup pada asma

Kualitas hidup penting bagi penderita asma. Tujuan pengobatan adalah untuk mencapai dan mempertahankan kontrol asma jangka panjang, meningkatkan kualitas hidup, dan menjalani hidup normal, tidak ada halangan untuk aktivitas sehari-hari. Kualitas hidup juga dapat digunakan untuk mengukur seberapa banyak perawatan yang telah digunakan sejauh ini (Kemenkes RI, 2018). Keberhasilan atau kegagalan pengobatan tergantung pada kualitas hidup sehari-hari. Pengobatan asma dikatakan berhasil jika kualitas hidup pasien baik, terapi pengobatan dikatakan tidak berhasil jika kualitas hidup pasien buruk (Fitri, 2016). Faktor yang mempengaruhi fungsi sehari-hari mereka ialah, cacat fisik, cacat psikologis dan aktivitas terbatas (Supianto, 2015).

B. Kerangka Teori



SUMBER: (Aqli, 2014, Kemenkes RI, 2019, Lorensia, 2021)

Gambar 2-1 kerangka teori

C. Hipotesis

Hipotesis adalah tanggapan sementara terhadap suatu permasalahan atau rumusan pertanyaan penelitian (Nursalam, 2016). Hipotesis dalam penelitian ini adalah Hubungan Tingkat Keparahan Asma Bronkial dengan Kualitas Hidup Pasien Asma Bronkial dan Hubungan Tingkat Kontrol Asma Bronkial dengan Kualitas Hidup Pasien Asma Bronkial. Hipotesis dari penelitian ini adalah

Ha:

- Ada Hubungan Tingkat Keparahan Asma Bronkial dengan Kualitas Hidup Pasien Asma Bronkial.
- Ada Hubungan Tingkat Kontrol Asma Bronkial dengan Kualitas Hidup Pasien Asma Bronkial.

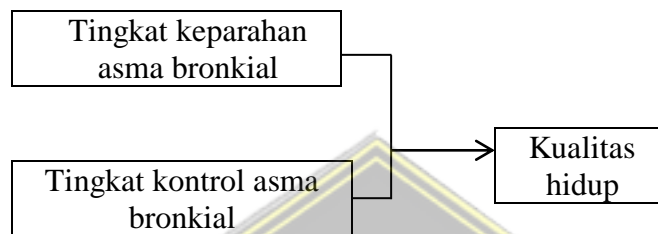
Ho:

- Tidak Ada Hubungan Tingkat Keparahan Asma Bronkial dengan Kualitas Hidup Pasien Asma Bronkial.
- Tidak Ada Hubungan Tingkat Kontrol Asma Bronkial dengan Kualitas Hidup Pasien Asma Bronkial.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 kerangka konsep

 : Area yang diteliti

 : Adanya hubungan

Kerangka konsep dalam penelitian ini merupakan suatu hubungan antara tingkat keparahan dan tingkat kontrol asma bronkial dengan kualitas hidup pasien asma bronkial. Kerangka konsep digunakan untuk menjelaskan secara panjang berupa topik yang akan di bahas (Nursalam, 2016).

B. Variabel Penelitian

Variabel merupakan suatu karakteristik yang terdiri dari berbagai variabel atau dengan lainnya yang dimiliki oleh populasi (Siyoto Sandu, 2015). Variabel penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Variabel bebas (*independent variabel*) adalah variabel yang menyebabkan atau memodifikasi terjadinya variabel terikat (Siyoto

Sandu, 2015). Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu tingkat keparahan dan tingkat kontrol asma bronkial.

2. Variabel terikat (*dependent variabel*) adalah variabel yang merupakan hasil dari variabel bebas (Siyoto Sandu, 2015). Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu kualitas hidup.

C. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian *study cross sectional*. *Study cross sectional* adalah tinjauan yang meneliti unsur-unsur hubungan antara faktor-faktor bahaya dan dampak menggunakan strategi pengumpulan informasi *observasional* atau bersamaan, khususnya subjek yang diperhatikan sekali pada saat pengumpulan informasi (Nursalam, 2016).

D. Populasi Dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan area objek dan subjek dengan jumlah dan kualitas yang telah diakui oleh spesialis untuk memeriksa dan mencapai kesimpulan (Siyoto Sandu, 2015). Populasi pada penelitian ini adalah pasien asma bronkial di Klinik Esensia dan Puskesmas Ngesrep yang berjumlah 80 Pasien.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik populasi, atau bagian dari anggota populasi yang diperoleh menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasi (Siyoto Sandu, 2015).

Sampel dari penelitian ini adalah pasien asma di 2 lokasi di Kota Semarang yaitu Klinik Esensia dan Puskesmas Ngesrep. Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *snowball sampling*. *Snowball sampling* adalah teknik penentuan sampel yang awal kecil menjadi besar. Peneliti memilih *snowball sampling* karena dalam penemuan sampel peneliti hanya dapat menjangkau sedikit responden, sehingga peneliti mencari orang lain untuk dijadikan responden (Sugiyono, 2017).

Dihitung dengan rumus slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan:

n = besar sampel minimum

N = besar populasi

d = presisi, ditetapkan oleh peneliti sebesar 10 %

Dengan demikian besar sampel yang diperlukan adalah:

$$n = \frac{80}{1 + 80(0,01)^2}$$

$$n = 79$$

Maka jumlah sampel minimal yang ditetapkan adalah 79 orang penderita asma bronkial.

3. Besar sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *snowball sampling*. *snowball sampling* adalah teknik penentuan sampel yang awal mula kecil menjadi besar. Peneliti memilih *snowball sampling* karena dalam penemuan sampel peneliti hanya dapat menjangkau sedikit responden,

sehingga peneliti mencari orang lain untuk dijadikan responden (Sugiyono, 2017). Besar sampel dari penelitian ini adalah 79 responden. Namun dikarenakan terdapat kesulitan dalam menjangkau responden sehingga peneliti hanya mendapatkan 75 responden pada penelitian ini.

E. Kriteria sampel

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah suatu populasi yang dijadikan sampel oleh peneliti (Nursalam, 2016).

- 1) Pasien remaja hingga dewasa yang berusia ≥ 18 tahun
- 2) Pasien tidak buta huruf
- 3) Pasien yang telah menyetujui untuk dilakukannya penelitian

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria untuk menghilangkan subyek yang dapat memenuhi kriteria inklusi karena berbagai penyebab (Nursalam, 2016).

- 1) Pasien asma bronkial yang dalam serangan akut
- 2) Pasien yang tidak kooperatif
- 3) Pasien yang memiliki gangguan kognitif

F. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian di lakukan di 2 lokasi di Kota Semarang yaitu Klinik Esensia dan Puskesmas Ngesrep pada bulan November-Desember 2021.

G. Definisi Operasional

Tabel 2-1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Tingkat keparahan asma bronkial	Patokan untuk melihat intensitas asma bronkial dengan gejala yang minimal	Kuesioner Q-Score	1. Tidak terkendali 16-20 2. Kurang terkendali 10-16 3. Terkendali 4-9	Ordinal
Tingkat kontrol asma bronkial	Tingkatan dalam kontrol manifestasi asma bronkial	Kuesioner ACT	1. Tidak terkontrol ≤ 19 2. Terkontrol sebagian 20-24 3. Terkontrol penuh 25	Ordinal
Kualitas hidup	Pemahaman individu tentang posisi sepanjang kehidupan sehari-hari	Kuesioner AQLQ (S)	1. Buruk 1-3 2. Sedang 4 3. Baik 5-7	Ordinal

H. Instrumen/alat pengumpulan data

1. Kuesioner karakteristik responden

Kuesioner ini terdapat berbagai hal yang berkaitan dengan identitas responden yang meliputi data usia, jenis kelamin, dan pekerjaan.

2. Kuesioner Q-Score tingkat keparahan asma

Kuesioner ini terdiri dari pertanyaan tentang tingkat keparahan asma yang dialami responden, dimana diantaranya berkaitan dengan kondisi pasien. Uji validitas dan reabilitas Loensia, Wahjuningsih, dan Sungkono tahun 2015 pada pasien asma di Puskesmas Kalirangcut Surabaya dengan nilai validitas 0,791-

0,849 (*valid*) dan nilai reabilitas *alpha cronbach* = 0,896 yang artinya reabilitas sangat tinggi.

3. Kuesioner Mini-AQLQ (S)

Kuesioner ini digunakan untuk mengukur kualitas hidup penderita asma. Kuesioner ini diisi dengan mewawancarai pasien asma di tempat dan waktu yang sama (Supianto, 2015). Kuesioner Mini-AQLQ versi Bahasa Indonesia diuji validitas dan reabilitas oleh Loensia, Wahjuningsih, & Sungkono tahun 2015 pada pasien asma di Puskesmas Kalirangket Surabaya dengan nilai validitas 0,531-0,938 (*valid*) dan nilai reabilitas (*alpha cronbach* = 0,793) yang berarti reabilitas tinggi. Kuesioner Mini-AQLQ terdiri 15 pertanyaan dengan mencakup 4 domain. Skor dihitung dengan cara menjumlahkan seluruh nilai skor yang didapatkan dari responden kemudian dibagi jumlah soal.

4. Kuesioner ACT

Kuesioner ini digunakan untuk mengukur tingkat kontrol asma bronkial pada pasien asma. *Asma control test* (ACT) bersifat valid dan reliabel lebih mudah digunakan, dan lebih komprehensif daripada jenis kuesioner lainnya (Goleman et al., 2019). Menurut Masbimoro 2009 dalam Melastuti & Husna (2015), uji validitas dan reabilitas kuesioner *Ashma Control Test* versi Bahasa Indonesia ini valid (r hitung 0,45) dan reliabel (*alpha cronbach* 0,83>0,6). Skor pada kuesioner ini adalah 1-5. Skor akhir dihitung

dengan cara menjumlahkan setiap skor jawaban dari penghitungan masing-masing. Kuesioner ACT, dengan hasil ukur adalah sebagai berikut:

25 : asma terkontrol

20-24 : terkontrol sebagian

≤ 19 : tidak terkontrol

I. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data merupakan suatu prosedur yang digunakan untuk mengumpulkan informasi, teknik menunjukkan suatu teknik sehingga sangat mungkin dirasakan bagaimana pemanfaatannya melalui survei, wawancara, persepsi, tes, dokumentasi, dll. (Nursalam, 2016).

1. Data primer

Data primer merupakan data yang diambil secara langsung dari subjek dan artikel oleh orang-orang (Nursalam, 2016). Data primer dalam penelitian ini merupakan hasil perhitungan dari kuesioner AQLQ untuk mengukur kualitas hidup, kuesioner ACT untuk mengukur tingkat kontrol dan Q-Score untuk mengukur tingkat keparahan.

Langkah-langkah pengumpulan data yaitu:

- b. Peneliti membuat dan meminta izin penelitian lokasi penelitian
- c. Peneliti melakukan uji proposal
- d. Peneliti mendapatkan izin melakukan penelitian
- e. Peneliti menjelaskan tujuan, manfaat, dan tata cara pengambilan data kepada responden

- f. Peneliti memilih sesuai kriteria
- g. Peneliti meminta persetujuan kepada responden dengan pengisian *inform consent* yang telah disiapkan
- h. Peneliti membagikan kuesioner yang kemudian diisi oleh responden.

J. Analisis Data

1. Pengolahan Data

Data yang diperoleh diproses oleh sistem komputer. Ada lima langkah untuk mengelola data:

a. *Editing*

Pada fase ini, peneliti terlebih dahulu mengedit data untuk mengkonfirmasi kebenaran dan keakuratan pengukuran (Nursalam, 2016). Langkah ini dilakukan dengan meninjau data yang diambil, mengoreksi data yang salah dan melengkapi data yang kurang.

b. *Coding*

Coding adalah setiap respon diberikan kode bergaya survei untuk mengkategorikan data dan memasukkannya ke dalam angket agar lebih mudah dibaca dan mengolah data (Siyoto Sandu, 2015).

c. *Tabulating Data*

Setelah melakukan peneditan dan penggolongan, peneliti membuat tabel untuk mengklasifikasikan data (Nursalam, 2016).

d. *Cleaning*

Cleaning adalah pemrosesan data dengan memeriksa kembali terhadap data yang sudah di *entery* (Siyoto Sandu, 2015).

e. *Entery*

Peneliti menggunakan program komputer untuk mengelola data mereka. Sebelum mengelola data, peneliti melakukan pengecekan (Nursalam, 2016).

f. *Scoring*

Peneliti dapat memberi nilai pada informasi yang telah diisi oleh responden sesuai dengan metode estimasi responden (Nursalam, 2016).

2. Analisa Data

Setelah memperoleh data, langkah selanjutnya peneliti melakukan analisis data dan menarik kesimpulan. Pada penelitian ini hasil penelitian akan dilakukan analisa menggunakan program komputer. Data dibagi menjadi dua yaitu:

a. Analisis univariat

Analisa univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap satu variabel atau lebih variabel penelitian (Siyoto Sandu, 2015). Tujuannya adalah untuk mengkonfirmasi deskripsi dan karakteristik variabel independen dan dependen. Analisis univariat penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat keparahan asma, tingkat kontrol asma dan kualitas hidup.

b. Analisis bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat (Siyoto Sandu, 2015). Alasan penelitian ini adalah untuk memperjelas hubungan antara dua faktor, variabel otonom dianggap memiliki hubungan yang nyaman dengan variabel terikat. Dalam penelitian ini dapat diukur hubungan derajat berat asma bronkial dan tingkat kontrol asma bronkial terhadap kualitas hidup pasien asma bronkial. Dalam analisis ini dilakukan uji statistik *chi square* (x^2).

K. Etika Penelitian

1. *Inform consent*

Sebelum penelitian dilakukan, peneliti membagikan lembar persetujuan kepada responden dan menyampaikan kepada mereka tentang maksud dan tujuan survey serta dampak survey dalam proses pengambilan data. Jika responden ingin berpartisipasi dalam survey, mereka harus menandatangani formulir persetujuan yang disediakan oleh peneliti. Peneliti memperhatikan hak-hak responden dan menjaga kehormatannya.

Responden menerima lembar persetujuan guna dibaca, dipahami, dan ditanda tangani dan peneliti tidak akan melakukan paksaan apabila pasien tidak berkenan untuk berpartisipasi dalam penelitian. Dalam penelitian ini tidak ada pasien yang menolak untuk dijadikan

responden penelitian dibuktikan dengan menandatangani *inform consent*.

2. Kerahasiaan

Peneliti bisa menjamin kerahasiaan dan keamanan informasi responden yang telah dikumpulkan pada peneliti, dengan tidak mencantumkan nama responden peneliti hanya akan menyantumkan inisial responden. Data disimpan ditempat yang hanya dapat diakses oleh peneliti.

3. Keadilan

Pada saat dilakukannya penelitian, peneliti tidak membedakan atau membanding-bandingkan dalam memberikan perlakuan terhadap responden.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Pengantar Bab

Penelitian dilaksanakan di 2 lokasi di Kota Semarang yaitu Klinik Esensia dan Puskesmas Ngesrep pada bulan November-Desember 2021. Pengambilan data dilakukan sesuai dengan responden dan memperhatikan kriteria inklusi yaitu pasien remaja hingga dewasa yang berusia ≥ 18 tahun, pasien tidak buta huruf, pasien yang telah menyetujui untuk dilakukannya penelitian dan kriteria eksklusi yaitu pasien asma bronkial yang dalam serangan akut, pasien yang tidak kooperatif, pasien yang memiliki gangguan kognitif. Waktu penelitian dilakukan sesuai dengan kesepakatan yang telah dilakukan antara peneliti dengan responden.

B. Analisis Univariat

1. Karakteristik Responden

Responden penelitian ini adalah pasien asma bronkhial di wilayah Kota Semarang yaitu Klinik Esensia dan Puskesmas Ngesrep. Responden penelitian ini berjumlah 75 pasien. Karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin dan pekerjaan. Penjelasan karakteristik responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

a. Karakteristik Responden Berdasarkan usia

Tabel 4-1 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia (n=75)

Usia (tahun) (Depkes RI 2009)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
17-25	3	4,0
26-35	15	20,0
36-45	17	22,7
46-55	26	34,7
56-65	14	18,7
Total	75	100,0

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan responden terbanyak yaitu berusia 46-55 tahun yang berjumlah 26 responden (34,7%) dan responden yang paling sedikit yaitu berusia 17-25 tahun yang berjumlah 3 responden (4,0%).

b. Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4-2 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin (n=75)

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki-laki	33	44,0
perempuan	42	56,0
total	75	100,0

Dari tabel 4.2 menunjukkan jumlah responden laki-laki sejumlah 33 responden (44,0%) dan jumlah responden perempuan sejumlah 42 responden (56,0%).

c. Karakteristik Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4-3 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan (n-75)

Pekerjaan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Swasta	29	38,7
PNS	7	9,3
IRT	20	26,7
Pensiun	4	5,3
Mahasiswa	3	4,0
Buruh	12	16,0
Total	75	100,0

Dari tabel 4.3 menunjukkan pekerjaan responden terbanyak yaitu swasta dengan jumlah 29 responden (38,7%) dan yang paling sedikit yaitu mahasiswa dengan jumlah 3 responden (4,0%).

2. Variabel Penelitian

a. Frekuensi pasien asma bronkial berdasarkan tingkat keparahan

Tabel 4-4 Frekuensi tingkat keparahan pada pasien asma bronkial (n=75)

	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tidak terkendali	34	45,3
Kurang terkendali	36	48,0
Terkendali	5	6,7
Total	75	100,0

Dari tabel 4.4 hasil penelitian didapatkan data tentang persentase pasien asma bronkial berdasarkan tingkat keparahan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien asma bronkial yang tidak terkendali sebanyak 34 responden (45,3%) dan yang terkendali sebanyak 5 responden (6,7%).

b. Frekuensi pasien asma bronkial berdasarkan tingkat kontrol

Tabel 4-5 Frekuensi tingkat kontrol pada pasien asma bronkial (n=75)

	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tidak terkontrol	64	85,3
Terkontrol sebagian	10	13,3
Terkontrol penuh	1	1,3
Total	75	100,0

Berdasarkan tabel 4.5 hasil penelitian didapatkan data tentang persentase pasien asma bronkial berdasarkan tingkat kontrol. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien asma bronkial

yang tidak terkontrol berjumlah 64 responden (85,3%) dan yang terkontrol penuh berjumlah 1 responden (1,3%).

c. Frekuensi pasien asma bronkial berdasarkan kualitas hidup

Tabel 4-6 Frekuensi kualitas hidup pada pasien asma bronkial (n=75)

	Frekuensi	Persentase
Baik	4	5,3
Sedang	24	32,0
Buruk	47	62,7
Total	75	100,0

Berdasarkan tabel 4.6 hasil penelitian didapatkan data tentang persentase pasien asma bronkial berdasarkan kualitas hidup. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien asma dengan kualitas hidup baik berjumlah 4 responden (5,3%) dan pasien asma dengan kualitas hidup buruk berjumlah 47 responden (62,7%).

C. Analisis Bivariat

Analisa bivariat pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hipotesis penelitian, apakah terdapat hubungan antara tingkat keparahan dan tingkat kontrol asma bronkial dengan kualitas hidup pada pasien asma bronkial. Analisa penelitian ini menggunakan uji statistik *chi square* (x^2).

a. Hubungan tingkat keparahan dengan kualitas hidup pasien asma bronkial

Tabel 4-7 Hasil uji hubungan antara tingkat keparahan dengan kualitas hidup pasien asma bronkial (N=75)

		Kualitas hidup								<i>P Value</i>
		Baik		Sedang		Buruk		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Tingkat keparahan	Tidak terkendali	0	0,0	2	5,9	32	94,1	34	100,0	0,001
	Kurang terkendali	2	5,6	20	55,6	14	38,9	36	100,0	
	Terkendali	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5	100,0	
Total		4		24		47		75		

Berdasarkan tabel 4.7 dapat dilihat bahwa responden dengan tingkat keparahan yang tidak terkendali sebesar 94,1% dengan kualitas hidup buruk, responden dengan tingkat keparahan yang kurang terkendali sebesar 55,6% dengan kualitas hidup sedang dan responden dengan tingkat keparahan yang terkendali sebesar 40,0% dengan kualitas hidup baik dan sedang. Didapatkan nilai *p-value* 0,001 ($>0,05$) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat keparahan asma bronkial dengan kualitas hidup pasien asma bronkial.

b. Hubungan antara tingkat kontrol dengan kualitas hidup pasien asma bronkial

Tabel 4-8 Hasil uji hubungan antara tingkat kontrol dengan kualitas hidup pasien asma bronkial (N=75)

		Kualitas hidup								<i>P Value</i>
		Baik		Sedang		Buruk		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Tingkat kontrol	Tidak terkontrol	1	1,6	18	28,1	45	70,3	64	100,0	0,001
	Terkontrol sebagian	3	30,0	6	60,0	1	10,0	10	100,0	
	Terkontrol penuh	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
Total		4		24		47		75		

Dari tabel 4.8 dapat dilihat bahwa responden dengan tingkat kontrol yang tidak terkontrol sebesar 70,3% dengan kualitas hidup buruk, responden dengan tingkat kontrol yang terkontrol sebagian sebesar 60,0% dengan kualitas hidup sedang dan responden dengan tingkat kontrol yang terkontrol penuh sebesar 100,0% dengan kualitas hidup buruk. Didapatkan nilai *p-value* 0,001 ($>0,05$) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat kontrol asma bronkial dengan kualitas hidup pasien asma bronkial.



BAB V

PEMBAHASAN

A. Pengantar Bab

Pembahasan penelitian ini menjelaskan serta membandingkan dengan penelitian terdahulu tentang hubungan tingkat keparahan dan tingkat kontrol asma bronkial dengan kualitas hidup pada pasien asma bronkial dengan teori dan penelitian sebelumnya yang sudah dijelaskan di tujuan teori. Hasil yang akan dibahas dalam bab ini meliputi analisa karakteristik responden yang meliputi usia responden, jenis kelamin dan pekerjaan responden. Analisa variabel penelitian (frekuensi tingkat keparahan, tingkat kontrol dan kualitas hidup), analisa bivariat (frekuensi tingkat keparahan dengan kualitas hidup pasien asma bronkial dan frekuensi tingkat kontrol dengan kualitas hidup pasien asma bronkial), keterbatasan dari penelitian dan implikasi keperawatan.

B. Interpretasi Dan Diskusi Hasil

1. Analisis Univariat

a. Karakteristik responden

Pada penelitian ini peneliti menggunakan beberapa karakteristik responden yaitu usia responden, jenis kelamin dan pekerjaan responden. Hasil uji karakteristik responden dijelaskan berikut ini :

1) Usia responden

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 46-55 tahun. Ulasan ini sesuai yang

diungkapkan Tarigan, 2017 dimana pada rentang usia 46-55 tahun terjadi peningkatan korban asma bronkial karena dampak dari olahraga yang umumnya dilakukan di dalam dan di luar rumah. Hal ini sesuai dengan penelitian Putra YA, dkk (2018) asma bronkial paling banyak dialami oleh responden berusia 46-64 tahun. Hal ini tidak jauh berbeda dengan pemeriksaan yang dipimpin oleh Desta Reviona, Sri Melati Munir, 2014 penderita asma berdasarkan kelompok umur mendapat kelompok umur terbanyak adalah kelompok umur 21-30 tahun. Menurut (Indra & Azrin, 2015) asma lebih sering terjadi pada usia dewasa, karena diakibatkan oleh hiperreaktivitas bronkus terhadap alergen.

Prevalensi asma menurut *Prevention Central for Disease Control*, 2011, didapatkan prevalensi asma pada anak 8,9% (dari 6,5 juta anak) sedangkan penderita asma pada dewasa berjumlah 7,2% (dari 15,7 juta dewasa). Dari data Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi asma menurut usia tertinggi adalah pada usia 25-34 tahun. Penelitian yang dipimpin oleh Rosma Karina Haq (2018) menyebutkan bahwa usia 45-64 tahun merupakan kelompok lansia yang paling banyak mengalami serangan asma dikarenakan pola hidup yang tidak sehat, sering terpapar polusi saat bekerja, merokok, terpapar bahan kimia, asap kendaraan dan debu yang dapat memicu terjadinya asma.

2) Jenis kelamin

Hasil penelitian ini didapatkan kelompok jenis kelamin pada penderita asma bronkial umumnya terjadi pada perempuan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tarigan, 2017, bahwa penderita asma bronkial yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah 33 responden sedangkan yang berjenis kelamin perempuan berjumlah 58 responden.

Hal ini sesuai dengan penelitian (Indra & Azrin, 2015) menjelaskan bahwa perempuan lebih banyak terserang asma dari pada laki-laki karena perempuan lebih rentan terhadap laki-laki misalnya dari konsekuensi hormonal, terhadap perbedaan dalam ukuran saluran napas, meningkatkan persepsi obstruksi pada perempuan dan paparan yang lebih besar dan alergi terhadap ruangan. Alasan untuk perbedaan yang berhubungan dengan jenis kelamin ini tidak jelas, salah satu kontribusi yang berpotensi adalah perbedaan ukuran paru-paru dan saluran nafas, yang lebih kecil pada laki-laki daripada perempuan (GINA, 2016).

3) Pekerjaan

Hasil penelitian ini mendapatkan penderita asma sebagian besar bekerja sebagai pegawai swasta. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan Afiani at al, 2017 yang menyatakan bahwa pegawai swasta memiliki bahaya yang lebih serius untuk membuat asma dan menjelaskan bahwa jenis pekerjaan dan

keterbukaan terhadap faktor pencetus di lingkungan kerja dapat memperparah keadaan penderita asma. Karena berkaitan dengan debu keluarga dan pekerjaan luar yang merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi asma bronkial yang merupakan alergen, dimana senam ibu rumah tangga lebih sering dilakukan oleh ibu rumah tangga, sehingga dapat memicu dan mengiritasi asma bronkial yang dideritanya (Kemenkes RI, 2019).

2. Analisis Bivariat

a. Hubungan tingkat keparahan dengan kualitas hidup pasien asma bronkial

Penelitian ini menghubungkan tingkat keparahan dengan kualitas hidup pada pasien asma bronkial ditemukan hasil yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat keparahan dengan kualitas hidup pasien asma bronkial dengan menggunakan uji statistik *chi square* (x^2) didapatkan hasil *p value* yaitu 0,001 ($>0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara tingkat keparahan dengan kualitas hidup pasien asma bronkial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin tidak terkontrolnya asma bronkial maka semakin buruk pula kepuasan pribadi penderita asma bronkial, hal ini sesuai penelitian yang dipimpin oleh Fitri, 2016 yang menyatakan bahwa keseriusan asma bronkial merupakan salah satu unsur yang mempengaruhi derajat asma bronkial. Kontrol asma, semakin tinggi keseriusan, semakin

ekstrim asma. Tingkat kontrol yang rendah dan mengakibatkan rendahnya kualitas hidup pasien asma. Sesuai penelitian (Afiyanti, 2010) menyatakan bahwa semakin tinggi keseriusan asma, semakin buruk pula kepuasan pribadi pasien asma, dikarenakan penderita dengan tingkat keparahan tinggi mengalami gejala yang berat sehingga kualitas hidup sangat buruk, secara teori gejala asma tidak hanya mempengaruhi tingkat keparahan tetapi juga mempengaruhi kualitas hidup pada penderita asma. Selain tingkat keparahan beberapa karakteristik pasien seperti usia dan pekerjaan juga mempengaruhi kualitas hidup, asma lebih banyak pada usia yang produktif daripada pada usia yang lebih tua yang terkait dengan keterbukaan reguler terhadap alergen, merokok, varians hormonal, dan jalur pernapasan (Supiyanto, 2014).

Menurut Jacob & Sandjaya, 2018 salah satu yang mempengaruhi kualitas hidup pasien asma bronkial yaitu tingkat keparahan, semakin tinggi tingkat keparahan pasien asma maka akan semakin buruk kualitas hidup pasien asma bronkial. Dikarenakan tingkat keparahan yang tinggi mengakibatkan pasien asma kesulitan dalam melakukan aktivitas dan sulit untuk mengendalikan kontrol asma yang sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien asma bronkial, tingkat keparahan yang sangat berkaitan dengan sesak napas pada pasien asma sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien asma (Kemenkes RI, 2018).

Indikator kualitas hidup yang baik sendiri dapat dilihat dari aspek yang mencakup karakteristik fisik, mental, sosial, emosional yang mencakup efek dan komplikasi terapi penyakit secara luas, yang menggambarkan kemampuan individu untuk berperan dalam lingkungannya dan memperoleh kepuasan (*Kapita Selekta Kf Doktor*, 2018).

b. Hubungan antara tingkat kontrol dengan kualitas hidup pasien asma bronkial

Penelitian ini menghubungkan tingkat kontrol dengan kualitas hidup pada pasien asma bronkial ditemukan hasil yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat kontrol dengan kualitas hidup pasien asma bronkial dengan menggunakan uji statistik *chi square* (χ^2) didapatkan hasil *p value* yaitu 0,001 ($>0,05$), sehingga disimpulkan bahwa ada hubungan antara tingkat kontrol dengan kualitas hidup pasien asma bronkial.

Hasil penelitian menunjukkan jika asma bronkial tidak terkontrol maka kualitas hidup penderita asma bronkial akan semakin buruk, serupa dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa pasien dengan gejala asma buruk akan memiliki kualitas hidup yang lebih buruk. Semakin parah gejala harian asma, semakin buruk kualitas hidup. Oleh karena itu, semakin buruk derajat kontrol asma, semakin buruk pula kualitas hidup pasien. Pasien dengan gangguan saluran napas kronis yang

tidak terkontrol mungkin memiliki keterbatasan yang parah dalam aktivitas sehari-hari, asma yang tidak terkontrol akan menyebabkan peningkatan asma, yang menyebabkan penurunan kepuasan pribadi pasien, mengingat tingkat kontrol asma merupakan indikator penting kualitas hidup (Bhaskara et al., 2018).

Menurut Kemenkes RI, 2019 asma yang tidak terkontrol dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Pada penelitian sebelumnya, dinyatakan bahwa area kualitas hidup yang paling mempengaruhi tingkat kontrol dan kepuasan pribadi adalah manifestasi asma yang meliputi mengi yang bertele-tele, meretas dan sesak di dada karena penghalang rute pernapasan, terutama sekitar waktu malam atau menuju awal hari. Manifestasi ini sangat mempengaruhi derajat kontrol dan kepuasan pribadi penderita asma, dengan asumsi bahwa pemberian efek samping asma besar, tingkat kontrol dan kualitas hidup penderita akan meningkat. (Mayasari et al, 2015).

Penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa kepuasan pribadi pasien asma sangat dipengaruhi oleh tingkat kontrol asma, kepuasan pribadi asma terkait erat dengan sesak napas dan merupakan hambatan utama dalam menjalani kehidupan sehari-hari terkait dengan tingkat kontrol pasien (Afiyanti, 2010). Asma yang tidak terkontrol dapat disebabkan oleh kurangnya kesadaran, pengetahuan, keinginan dan perilaku pasien untuk mengontrol

asma dengan baik (Mayasari et al, 2015). Pasien dengan asma yang tidak terkontrol memiliki kualitas hidup yang rendah dibandingkan dengan pasien dengan kontrol yang besar, hal ini dikarenakan pasien asma mempunyai tingkat kepatuhan yang rendah, akibatnya akan lebih memperparah gejala asma dan meningkatkan risiko berkembangnya masalah kesehatan sehingga mempengaruhi kualitas hidup pasien, selain itu lama pengobatan dan rasa bosan dalam menjalani pengobatan asma secara teratur dapat mempengaruhi kualitas hidup (Afiyani et al, 2017).

C. Keterbatasan Penelitian

1. Sampel yang diambil sebagai responden menggunakan teknik *Snowball Sampling* dengan diagnosis asma hanya berdasarkan keterangan responden bukan berdasarkan catatan medis
2. Peneliti hanya mencantumkan tiga karakteristik pasien yaitu usia, jenis kelamin dan pekerjaan.
3. Jumlah sampel penelitian kurang dari jumlah data yang dihitung.

D. Implikasi Keperawatan

1. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Bagi pelayanan kesehatan penelitian ini sebagai pertimbangan dalam memberi intervensi dan manajemen aktif yang bertujuan untuk memperhatikan tingkat keparahan, tingkat kontrol dan kualitas hidup pada pasien asma bronkial.

2. Bagi masyarakat

Bagi masyarakat lebih memperhatikan tingkat keparahan dan tingkat kontrol untuk mencapai kualitas hidup yang baik dan mengutamakan hidup sehat, rajin berolahraga dan makan makanan yang sehat.

3. Bagi profesi

Penelitian ini dipercaya dapat menjadi sumber data dengan tujuan untuk lebih mengembangkan layanan kesehatan, khususnya bagi pasien asma bronkial.



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pada karakteristik responden, usia terbanyak penderita asma bronkial adalah pada usia 46-55 tahun, penderita asma bronkial lebih banyak pada responden perempuan, dan berdasarkan pekerjaan paling tinggi pegawai swasta.
2. Pada karakteristik tingkat keparahan pada pasien asma bronkial paling banyak pada tingkat keparahan tidak terkontrol.
3. Pada karakteristik tingkat kontrol pada pasien asma bronkial paling banyak pada pasien yang tidak terkontrol.
4. Pada karakteristik kualitas hidup pada penderita asma bronkial, sebagian besar penderita dengan kualitas hidup rendah.
5. Ada hubungan antara tingkat keparahan dan kualitas hidup pasien asma bronkial yang menggunakan uji statistik *chi square* (x^2), nilai *p-value* 0,001 ($> 0,05$) sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan antara tingkat keparahan dan kualitas hidup pasien asma bronkial. .
6. Ada hubungan antara tingkat kontrol dengan kualitas hidup pasien asma bronkial yang menggunakan uji statistik *chi square* (x^2), nilai *p-value* 0,001 ($> 0,05$) sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara tingkat kontrol dan kualitas hidup pasien asma bronkial.

B. Saran

1. Bagi pasien asma bronkial dan keluarga

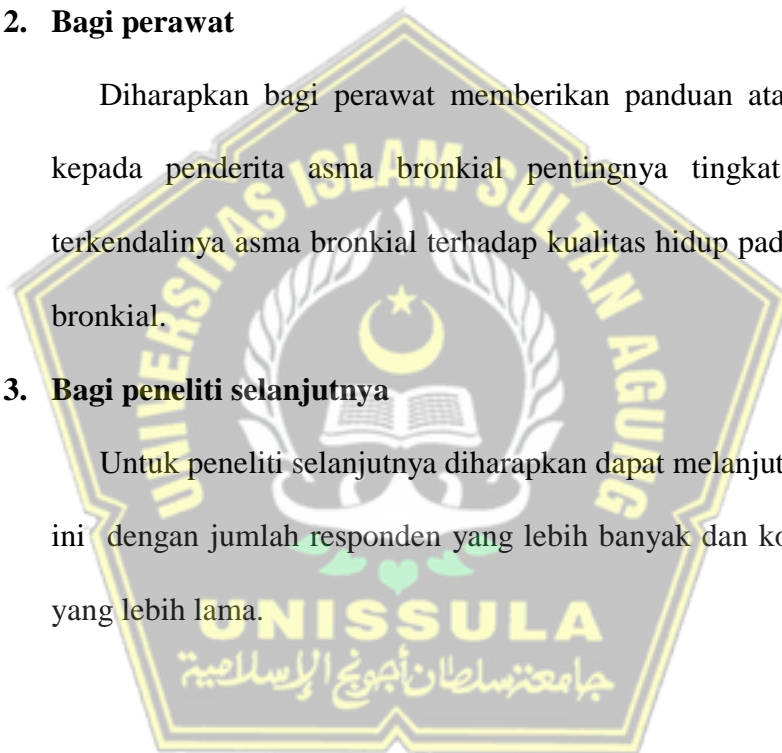
Diharapkan pada penderita asma bronkial untuk lebih bisa melakukan pengontrolan secara rutin di layanan kesehatan terdekan agar tercipta keterkendalian tingkat keparahan dan terkontrolnya penyakit yang mempengaruhi kualitas hidup yang lebih baik.

2. Bagi perawat

Diharapkan bagi perawat memberikan panduan atau penyuluhan kepada penderita asma bronkial pentingnya tingkat kontrol dan terkendalinya asma bronkial terhadap kualitas hidup pada pasien asma bronkial.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat melanjutkan penelitian ini dengan jumlah responden yang lebih banyak dan koefisien waktu yang lebih lama.



DAFTAR PUSTAKA

- Afiani, i., salam, a., & effiana. (2017). Faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien asma dewasa di unit pengobatan penyakit paru-paru pontianak. *Jurnal cerebellum*, 3, 754–769.
- Anita mayasari, setyoko, & andra novitasari. (2015). Hubungan antara kontrol asma dengan kualitas hidup anggota balai kesehatan paru masyarakat kota semarang. *Jurnal kedokteran muhammadiyah*, 2 (1).
- Aqli, r. (2014). *Hubungan derajat berat asma dan tingkat kontrol asma terhadap kualitas hidup pasien asma bronkial di rsudza banda aceh*.
- Barkara kozier, at al. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan 1*.
- Bhaskara, y., bakhtiar, r., & moerad, e. B. (2018). Hubungan tingkat kontrol asma dengan kualitas hidup pasien asma di klinik paru rsud abdul wahab sjahranie samarinda. *Jurnal kedokteran mulawarman*, 5(2), 2–10.
- Desta reviona, sri melati munir, m. A. (2014). *Penilaian derajat asma dengan menggunakan asthma control test (act) pada pasien asma yang mengikuti senam asma di pekanbaru*.
- Fitri, r. (2016). Kepatuhan pengobatan asma dengan kualitas hidup pada pasien asma persisten. *Jurnal respiro indo*, 36(3), 130–137.
- Forum of international respiratory societies. (2017). The global impact of respiratory disease- 2^a ed. In *forum of international respiratory societies*.
- Gina. (2016). *Global strategi for asthma management and prevetion*.
- Global asthma network the global asthma report*. (2018). www.globalasthmanetwork.org
- Goleman et al., 2019. (2019). Penilaian derajat asma dengan menggunakan asthma control test (act) pada pasien asma yang mengikuti senam asma di pekanbaru. *Journal of chemical information and modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Indra, s., & azrin, y. M. (2015). Hubungan tingkat pengetahuan asma dengan tingkat kontrol asma di poliklinik paru rsud arifin achmad pekanbaru. In *jom fk* (vol. 1, issue 25).
- Ivo afiyani, a. S. & e. (2017). Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien asma dewasa di unit pengobatan penyakit paru-paru pontianak. *Jurnal cerebellum*, 3 (2), 754–769.
- Jacob, d. E., & sandjaya. (2018). Faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup masyarakat karubaga district sub district tolikara propinsi papua. *Jurnal nasional ilmu kesehatan (jnik)*, 1(69), 1–16.

- Jateng, d. (2021). *Buku saku kesehatan tahun 2021 triwulan 1*.
- Kahtan, m. I., salam, a., & yulianti, s. (2014). *Hubungan antara tingkat kontrol asma dan kualitas tidur pada asma di klinik paru rumah sakit umum dokter soedarso pontianak*.
- Kapita selekta kf doktor*. (2018). Ipb press.
- Kemenkes ri. (2018). *Keputusan_menteri_kesehatan_ri_tentang_pedoman_pengendalian_asma1.pdf*.
- Kemenkes ri. (2019). *Di indonesia*.
- Lara, a. G., & hidajah, a. C. (2017). Hubungan pendidikan, kebiasaan olahraga, dan pola makan dengan kualitas hidup lansia di puskesmas wonokromo surabaya. *Jurnal promkes*, 4(1), 59. <https://doi.org/10.20473/jpk.v4.i1.2016.59-69>
- Lorensia, a. (2021). *Analisis masalah terkait obat pada pengobatan*. 7(1), 126–137.
- Lorensia, a., wahjuningsih, e., sungkono, e. P., farmasi, d., respiratori, k. B., & universitas, f. F. (2015). *Depresi pada pasien asma kronis*. 21–30.
- Nursalam. (2016). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Salemba medika.
- Permataningsih, sinta dewi. (2020). Hubungan tingkat kontrol asma dengan kualitas hidup pasien asma di klinik paru rs wawa husada kepanjen. *Universitas muhammadiyah malang institutional repository*.
- Potter & perry. (2010). *Fundamental of nursing*. Salemba medika.
- Prevention central for disease control. (2011). *Asthma prevalance, health care use and mortality*.
- Siyoto sandu, at all. (2015). *Dasar metodologi penelitian*. Literasi media publishing.
- Sugiyono. (2017). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan r&d*. Alfabeta, cv.
- Supianto, m. J. (2015). *Naskah publikasi hubungan derajat asma persisten dan kualitas hidup pasien asma dinilai dengan*.
- Supiyanto, m. (2014). *Hubungan derajat asma persisten dan kualitas hidup pasien asma dinilai dengan aqlq di poliparu rsud pontianak*.
- Tarigan, y. Alvionita b. (2017). *Karakteristik penderita asma bronkial dewasa yang dirawat inap di rsud h.adam malik medan*.
- Tenda, e. D. (2014). *Bronchial thermoplasty sebagai terapi asma. Gambar 1*, 1–4.