

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Asma

1. Definisi Asma

Asma merupakan suatu kelainan berupa peradangan kronik saluran napas yang menyebabkan penyempitan saluran napas (hiperaktifitas bronkus) sehingga menyebabkan gejala episodik berulang berupa mengi, sesak napas, dada terasa berat, dan batuk terutama pada malam atau dini hari (Hashmi et al., 2021).

Asma adalah penyakit inflamasi kronik pada jalan napas yang sering muncul pada masa kanak-kanak, dapat dialami oleh berbagai kelompok usia dan dapat berakibat fatal dan menjadi beban bagi penderitanya. Penyakit asma juga merupakan penyakit yang tidak bisa disembuhkan, dan bisa berulang ketika munculnya stimulus eksternal seperti allergen, infeksi dan iritasi. Ketika penyakit asma tidak segera dilakukan pencegahan maka akan mengakibatkan kekambuhan berulang selama berbulan-bulan bahkan sampai bertahun-tahun (Brunner & Suddarth, 2017).

2. Etiologi Asma

Faktor yang diketahui berhubungan dengan asma yaitu adanya predisposisi genetik, khususnya riwayat pribadi ataupun keluarga menderita penyakit atopi, misalnya Dermatitis Atopi, Rhinitis Alergi, ataupun Asma (Aggarwal et al., 2018). Asma juga dihubungkan dengan adanya paparan dengan asap rokok dan gas lainnya (Hashmi et al., 2021).

Secara keseluruhan etiologi dari asma masih kompleks dan masih belum dipahami sepenuhnya tetapi peneliti setuju bahwa asma merupakan penyakit multifaktorial yang disebabkan oleh dua hal yang saling berhubungan yaitu, genetik dan paparan lingkungan. Beberapa yang dikatakan dapat memicu asma sebagai berikut: infeksi saluran napas oleh virus, olahraga, Refluks Gastroesophagheal, Sinusitis Kronik, Alergen,

penggunaan obat-obatan (aspirin atau penyekat beta), serangga, tanaman, obesitas, dan stres emosional

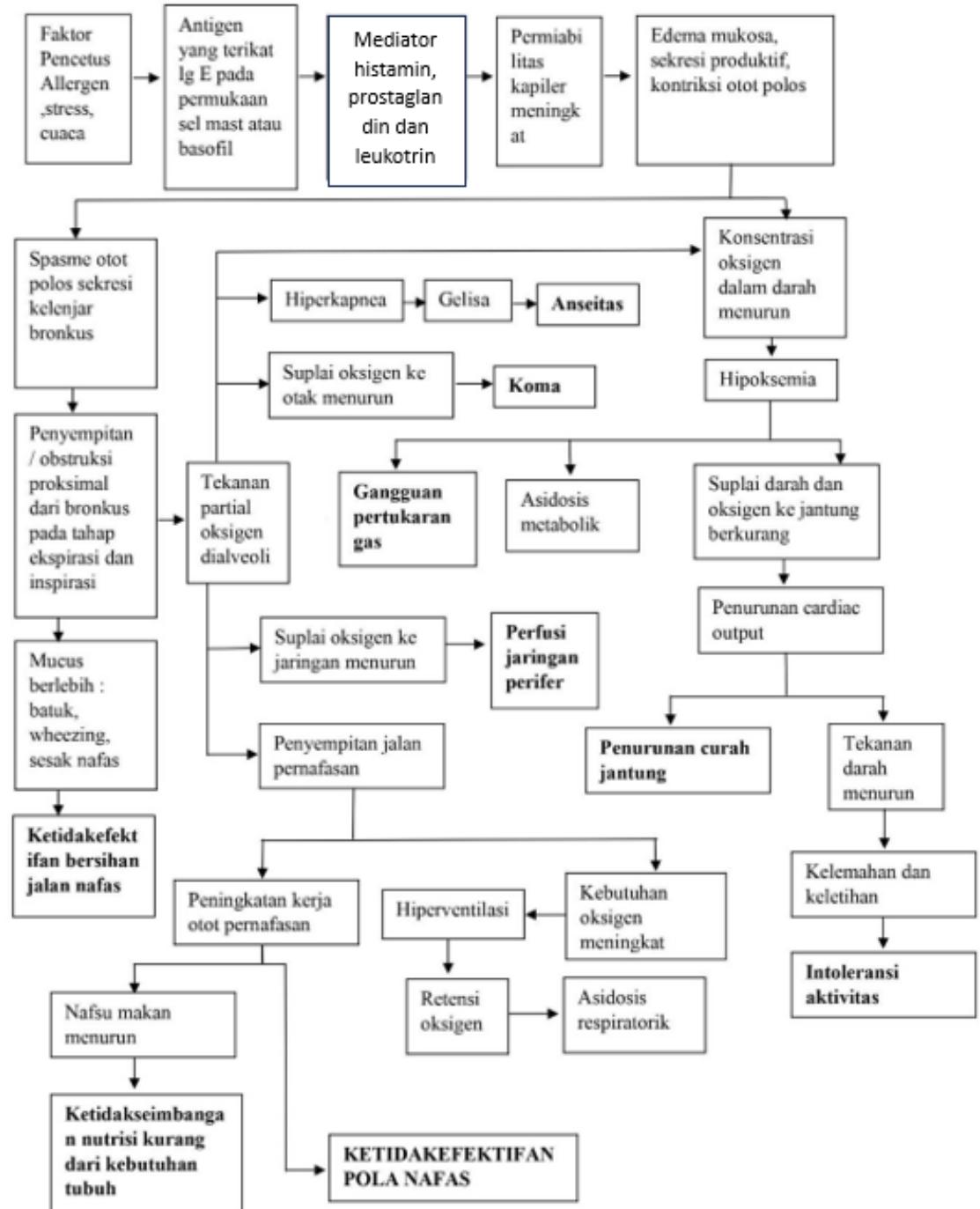
(Sinyor & Perez, 2022).

3. Patofisiologi Asma

Ada dua fase dari proses eksaserbasi dari asma, yaitu fase lambat dan fase cepat. Fase lambat diawali oleh pelepasan IgE yang tersensitisasi oleh sel plasma. Antibodi kemudian akan merespon terhadap pemicu tertentu dari lingkungan. Antibodi IgE (Immunoglobulin E) selanjutnya berikatan dengan sel mast dan basofil. Hal ini menyebabkan sel mast melepaskan histamin, prostaglandin, dan leukotrien. Mediator inilah yang kemudian menyebabkan terjadinya kontraksi dari otot polos pada saluran napas sehingga terjadi penyempitan saluran napas. Selain itu limfosit Th2 juga memegang peranan penting dalam membentuk beberapa interleukin (IL-4, IL-5, IL-13) dan GM-CSF (*Granulocyte-macrophage colony-stimulating factor*) yang membantu dalam komunikasi antarsel sehingga bisa mempertahankan proses inflamasi (Sinyor & Perez, 2022).

Adanya IL-3 dan IL-5 membantu eosinofil dan basophil tetap bertahan sedangkan IL-13 berperan dalam proses remodeling, fibrosis, dan hiperplasia. Dalam beberapa jam berikutnya, fase lambat terjadi. Dalam fase ini, eosinofil, basofil, neutrofil, sel T helper dan sel T memori menuju ke paruparu menimbulkan terjadinya bronkokonstriksi dan inflamasi. Sel mast juga tetap berperan dalam fase ini untuk membawa reaktan fase lambat menuju ke area inflamasi. Sebagai hasil dari inflamasi dan bronkokonstriksi, terjadi obstruksi saluran napas intermiten yang menyebabkan peningkatan upaya bernapas. Penting untuk mengetahui kedua mekanisme ini untuk membantu dalam menentukan terapi yang tepat dari asma berdasarkan keparahan dari penyakit. Seseorang dengan saluran napas yang lebih tebal memiliki durasi asma yang lebih lama akibat saluran napas yang lebih sempit (Sinyor & Perez, 2022).

4. Patways



Sumber: (Nurarif, 2015)

5. Faktor Pencetus Asma

Beberapa macam pencetus dari asma di antaranya sebagai berikut (Dandan et al., 2022):

a. Alergen

Faktor alergi dianggap mempunyai peranan pada sebagian penderita dengan asma, hiperaktivitas saluran napas juga merupakan faktor yang penting bila tingkat hiperaktivitas bronkus tinggi diperlukan jumlah alergen yang sedikit dan akan menimbulkan serangan asma.

b. Fisik

Factor aktivitas fisik yang berlebihan seperti olahraga yang berlebihan akan memberikan dampak negative terhadap kesehatan terutama menjadi pemicu kambuhnya penyakit asma

c. Infeksi

Biasanya virus penyababnya respiratory synchyhal virus (RSV) dan virus para influenza.

d. Iritasi

Hairplay, minyak wangi, asap rokok, bau asam dari cat dan polutan udara, air dingin dan udara dingin.

e. Refleks gastroesopagus

Iritasi trakeobronheal karena isi lambung dapat memperberat penyakit asma.

f. Psikologi

Ketika sedang stres tubuh merespon dengan melepaskan hormone tertentu yang menyebabkan masalah pada saluran pernapasan dan mengakibatkan serangan asma.

6. Diagnosis Asma

Adapun pendiagnosisan kasus asma dapat dilihat dari segi gejala dan pemeriksaan penunjang (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021):

a. Gejala Asma

Penegakan diagnosis asma dilakukan melalui identifikasi karakteristik gejala respirasi seperti mengi, sesak, dada terasa berat, batuk, dan hambatan aliran udara yang bervariasi. Pola gejala yang dialami pasien perlu digali lebih dalam karena gejala tersebut juga dapat disebabkan oleh gangguan saluran napas lain. Hal-hal yang perlu diperhatikan yaitu pada saat pasien mengalami gejala tersebut untuk pertama kalinya, apakah gejala tersebut membaik secara spontan atau dengan pengobatan, atau apabila pasien sudah terdiagnosis asma sebelumnya (perlu ditanyakan apakah pasien mulai menggunakan terapi pengontrol). Gejala-gejala berikut merupakan karakteristik asma:

- a. Lebih dari 1 gejala (mengi, sesak, batuk, dan dada terasa berat) terutama pada orang dewasa.
- b. Gejala umumnya lebih berat pada malam hari atau awal pagi hari.
- c. Gejala bervariasi menurut waktu dan intensitas.
- d. Gejala dicetuskan oleh infeksi virus (flu), aktivitas fisik, pajanan alergen, perubahan cuaca, emosi, serta iritan seperti asap rokok atau bau yang menyengat.

Gejala-gejala yang dapat mengurangi kecurigaan terhadap asma antara lain:

- 1) Batuk tanpa disertai gejala pernapasan lainnya.
- 2) Produksi sputum kronik
- 3) Sesak berhubungan dengan rasa kantuk, kepala terasa ringan atau kesemutan
- 4) Nyeri dada
- 5) Inspirasi dengan suara napas yang cukup keras dan dipicu oleh aktivitas fisik.

Gejala pernapasan pada asma seringkali dimulai pada masa kanak-kanak. Adanya riwayat rinitis alergi, eksim kulit, riwayat asma, maupun alergi dalam keluarga meningkatkan kemungkinan terjadinya gejala pernapasan terkait asma. Walaupun demikian, kondisi tersebut tidak spesifik untuk asma dan belum tentu ditemukan pada semua fenotip asma. Pasien dengan rinitis alergi atau dermatitis atopik sebaiknya ditanyakan lebih lanjut mengenai ada tidaknya gejala pernapasan (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021).

b. Pemeriksaan Penunjang

Asma ditandai dengan hambatan aliran udara ekspirasi yang bervariasi sepanjang waktu. Pada waktu yang berbeda, fungsi paru dapat normal sampai obstruksi berat. Fungsi paru pasien asma yang tidak terkontrol seringkali variabilitasnya lebih tinggi dibandingkan dengan pasien asma yang terkontrol. Pemeriksaan fungsi paru harus dilakukan oleh petugas yang kompeten dan alat yang terkalibrasi. Volume ekspirasi paksa detik pertama (VEP1) pada pemeriksaan spirometri lebih baik dibandingkan dengan arus puncak eksipirasi (APE). Namun, apabila sudah sekali menggunakan parameter APE sebagai pengukuran, maka pemantauan selanjutnya sebaiknya tetap menggunakan parameter yang sama. Penurunan VEP1 juga dapat ditemukan pada kondisi penyakit paru lain atau manuver spirometri yang salah.

Penurunan rasio VEP1/KVP mengindikasikan adanya hambatan aliran udara. Nilai rasio normal VEP1/KPV adalah $>75\%$, apabila nilai kurang dari 75% menandakan adanya obstruksi. Bila gangguan obstruksi ditemukan, variasi hambatan aliran udara dapat diketahui dari variasi VEP1 atau APE. Variabilitas adalah perbaikan dan/atau perburukan gejala maupun fungsi paru yang dapat diidentifikasi, baik dalam satu hari yang sama, dalam beberapa kali kunjungan, atau melalui pemeriksaan reversibilitas. Reversibilitas dapat dilihat dari perbaikan VEP1 yang diukur setelah pemberian bronkodilator kerja cepat maupun

observasi perbaikan kondisi beberapa hari atau beberapa pekan setelah pemberian terapi pengontrol.

Pada pasien dengan gejala respirasi yang spesifik, variabilitas fungsi paru merupakan komponen penting diagnosis asma. Contoh spesifiknya yaitu:

- 1) Peningkatan fungsi paru setelah pemberian bronkodilator atau setelah percobaan terapi pengontrol.
- 2) Penurunan fungsi paru setelah latihan atau selama uji provokasi bronkus.
- 3) Variasi penurunan fungsi paru di atas normal ketika diulang sewaktu-waktu baik pada kunjungan berbeda atau pemantauan di rumah setidaknya 1-2 pekan

Terdapat tumpang tindih antara reversibilitas bronkodilator dan pengukuran lain dari variasi antara sehat dan penyakit. Pada pasien dengan gejala respirasi, variasi lebih besar pada fungsi paru lebih mendukung diagnosis asma. Umumnya pada dewasa dengan gejala respirasi khas asma, peningkatan atau penurunan $VEP1 > 12\%$ dan > 200 ml dari nilai dasar atau (jika spirometri tidak tersedia) perubahan APE sedikitnya 20% dapat menunjang diagnosis asma (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021).

7. Penilaian Resiko Eksaserbasi Asma

Resiko eksaserbasi pada pasien asma dapat dipengaruhi oleh banyak hal diantaranya, tingkat keparahan asma, riwayat penggunaan SABA, pemakaian ICS yang tidak adekuat, rendahnya $VEP1$, masalah psikologis, pajanan terhadap rokok, kondisi komorbid, eosinofilia darah, riwayat intubasi, dan riwayat perawatan intensif akibat asma (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021).

a. Tingkat Keparahan Asma

Tingkat keparahan asma pada keadaan stabil dan belum mendapatkan pengobatan asma standar ditentukan berdasarkan gejala asma,

terbangun pada malam hari karena asma, gangguan aktivitas, nilai faal paru, dan variasi diurnal (PDPI, 2021). Secara rinci pembagian derajat asa pada keadaan stabil dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1 Tingkat Keparahan Asma Stabil Sebelum Pengobatan

	Intermitten	Persisten ringan	Persisten sedang	Persisten berat
Gejala	Bulanan:	Setiap Pekan:	Harian:	Terus-menerus:
-	<1x sepekan	>1x sepekan	Setiap hari	Terus-menerus
-	Tidak ada gejala di luar serangan	Serangan Mengganggu aktivitas dan Tidur	Butuh bronkodilator tiap hari	Sering kambuh Aktivitas fisik terbatas
-	Serangan singkat			Serangan mengganggu aktivitas dan tidur
Malam	≤2x sebulan	>2x sebulan	>1x sepekan	Sering
VEP1	≥80% prediksi	≥80% prediksi	60-80% prediksi	≤60% prediksi
APE	≥80% terbaik	≥80% terbaik	60-80% terbaik	≤60% terbaik
Variabilitas	<20%	20-30%	>30%	>30%

b. Komorbid Asma

1) Rinitis

Prevalensi pasien asma dengan rinitis berkisar antara 6% hingga 95%. Beberapa literatur menunjukkan bahwa pasien asma baik pada anak maupun dewasa dengan komorbid rinitis lebih sering melakukan kunjungan ke dokter, bahkan ke unit kegawatdaruratan dibandingkan dengan pasien tanpa komorbid (Kaplan et al., 2020).

2) Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)

Sebuah systematic review yang didasarkan dari penggunaan kuisioner personal maupun basis data menunjukkan bahwa prevalensi GERD pada pasien asma sebesar 58%. Pada pasien asma, dokter harus mensuspek komorbid GERD apabila gejala asma diperburuk setelah adanya konsumsi bahan makanan tertentu (seperti coklat, alkohol, kopi, dan lain-lain). Beberapa terapi dari

asma dikatakan mampu memperburuk kasus GERD dan bahkan sebaliknya memperparah kontrol dari asma. Sebagai contoh penggunaan theophylline, albuterol, dan bronkodilator dapat menyebabkan penurunan tonus spinchter esophagus bawah yang mengakibatkan tingginya kasus GERD. Selain itu, penggunaan kortikosteroid sistemik dapat meningkatkan produksi asam lambung (Kaplan et al., 2020).

3) Obesitas

Obesitas merupakan kondisi komorbid umum yang ditemui pada pasien asma anak maupun dewasa. Prevalensinya sekitar 21-48% pada pasien dengan asma yang parah. Pada populasi umum, prevalensi obesitas bervariasi dari beberapa negara dari 4% hingga 38%. Obesitas dapat memperburuk kondisi asma baik secara mekanik, inflamasi, maupun genetik. Adanya kasus obstructive sleep apnea (OSA) dan GERD pada pasien obesitas juga dapat memperburuk gejala asma. Pasien asma dengan obesitas bisa saja menurunkan respon dari pengobatan asma, seperti pada penggunaan kortikosteroid inhalasi dibandingkan dengan pasien yang tidak obesitas. Sebuah fenotip spesifik pada pasien asma dapat ditemukan pada pasien obesitas. Hal ini berhubungan dengan perubahan fungsi paru karena rendahnya volume pernapasan disertai dengan adanya proses inflamasi sistemik yang mempengaruhi jalan napas dan akhirnya menyebabkan turunnya respon terhadap pengobatan asma (Kaplan et al., 2020).

8. Tatalaksana Asma

Penatalaksanaan asma bertujuan untuk mengontrol penyakit menjadikan asma terkontrol. Asma yang terkontrol penuh dapat didefinisikan jika tidak ada gejala pada siang hari, tidak terbangun dari tidur di malam hari karena serangan asma, tidak memerlukan obat pelega, tidak ada serangan asma, tidak ada keterbatasan aktivitas termasuk latihan, fungsi

paru normal (VEP1 dan/atau APE > 80% prediksi) dan efek samping obat minimal. Dalam menetapkan atau merencanakan pengobatan jangka panjang untuk mencapai dan mempertahankan keadaan asma yang terkontrol, terdapat beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan:

a. Farmakologi yang terdiri dari pengontrol dan pelega.

1) Pengontrol

Pengontrol adalah medikasi asma jangka panjang untuk mengontrol asma. Pengobatan ini diberikan setiap hari untuk mencapai dan mempertahankan keadaan asma terkontrol pada asma persisten. Pengobatan pengontrol sering disebut pencegah. Obat-obatan yang termasuk ke dalam golongan obat ini yaitu: kortikosteroid inhalasi, kortikosteroid sistemik, sodium kromoglikat, nedokromil sodium, metilsantin, inhalasi agonis β_2 kerja lama dikombinasi dengan inhalasi kortikosteroid (ICS), agonis β_2 kerja lama oral, antagonis leukotrien, antimuskarinik/antikolinergik kerja lama, dan anti IgE (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021).

2) Pelega

Prinsipnya untuk dilatasi jalan napas melalui relaksasi otot polos, memperbaiki dan/atau menghambat bronkokonstriksi yang berkaitan dengan gejala akut seperti mengi, rasa berat di dada dan batuk tetapi tidak memperbaiki inflamasi jalan napas atau menurunkan hiperaktivitas bronkus. Yang termasuk golongan pelega diantaranya:

- a) Agonis β_2 kerja singkat.
- b) Kortikosteroid sistemik (steroid sistemik digunakan sebagai obat pelega bila penggunaan bronkodilator yang lain sudah optimal tetapi hasil belum tercapai. Penggunaannya dikombinasikan dengan bronkodilator lain).
- c) Antimuskarinik/antikolinergik kerja singkat.
- d) Aminofilin
- e) Adrenalin

- f) Kombinasi ICS dosis rendah-formoterol jika diperlukan (pada pengobatan tahap 1 dan 2), pada pengobatan tahap 3-5 diberikan jika diperlukan pada pasien yang telah mendapatkan pengobatan budesonid-formoterol atau beklometason-formoterol sebagai pengontrol dan pelega (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021).

b. Penatalaksanaan Non Farmakologis

Selain penatalaksanaan secara farmakologis, penatalaksanaan nonfarmakologis juga merupakan strategi yang perlu dipertimbangkan dalam manajemen penyakit asma. Berikut merupakan beberapa hal yang perlu dilakukan bagi pasien asma:

- 1) Menghindari merokok baik secara aktif maupun pasif. Pada orang dengan asma (dewasa atau anak-anak), paparan dengan asap rokok bisa meningkatkan risiko hospitalisasi dan memperburuk kontrol asma.
- 2) Meningkatkan aktivitas fisik. Aktivitas fisik yang diharapkan dari pasien asma yaitu aktivitas yang moderat regular. Hal ini bisa menurunkan risiko kardiovaskular dan meningkatkan kualitas hidup. Sebuah studi pada pasien asma non-obes membuktikan bahwa latihan dengan intensitas tinggi bersama dengan diet tinggi protein dan indeks glikemik rendah bisa meningkatkan kontrol gejala. Pada pasien asma dengan usia muda, berenang bisa meningkatkan fungsi paru dan kesehatan jantung.
- 3) Menghindari paparan okupasional.
- 4) Menghindari obat-obatan yang dapat memperburuk terjadinya asma. Beberapa obat seperti aspirin dan NSAID lainnya bisa menyebabkan eksaserbasi parah dari asma. Selain itu, penggunaan penyekat beta, termasuk sediaan topical untuk mata, bisa memicu terjadinya bronkospasme yang berdampak pada kematian untuk beberapa kasus.

- 5) Diet yang tepat. Pada populasi umum, konsumsi sayuran dan buah-buahan mempunyai banyak manfaat, termasuk dalam pencegahan beberapa penyakit kronik. Banyak studi epidemiologis melaporkan bahwa konsumsi panganan tersebut dapat menurunkan risiko asma, memperbaiki fungsi paru, meningkatkan kontrol asma, dan menurunkan risiko eksaserbasi.
- 6) Menghindari alergen dan polusi udara.
- 7) Penurunan berat badan. Asma akan lebih sulit dikontrol pada pasien dengan obesitas dikarenakan risiko eksaserbasi yang lebih besar dan respon terhadap ICS dapat menurun.
- 8) *Breathing exercise.*
- 9) Mengontrol stres emosional.
- 10) Menghindari makanan dan zat kimia yang bisa memicu asma. Sulfit (pengawet makanan dan obat-obatan yang banyak ditemukan pada makanan olahan kentang, udang, buah-buahan kering, dan bir) merupakan salah satu bahan makanan yang paling sering menyebabkan eksaserbasi pada asma (Reddel et al., 2022).

9. Komplikasi Asma

Komplikasi dari asma dapat dibagi menjadi komplikasi akibat penyakit dan komplikasi akibat penggunaan steroid. Komplikasi asma yang terjadi akibat penyakit diantaranya, gagal napas, pneumotoraks, pneumomediastinum airway remodeling yang bisa memperburuk obstruksi saluran napas, dan kematian.

Komplikasi yang terjadi akibat penggunaan steroid dapat terjadi baik karena penggunaan kortikosteroid inhalasi maupun oral. Komplikasi akibat penggunaan kortikosteroid inhalasi diantaranya adalah meningkatnya risiko pneumonia (terutama dalam dosis tinggi), dapat meningkatkan risiko katarak dan osteoporosis, dan meningkatkan risiko kandidiasis. Adapun komplikasi yang dapat diakibatkan karena penggunaan kortikosteroid oral yaitu meningkatnya risiko kandidiasis, osteoporosis, katarak, dan

hiperglikemia. Untuk menurunkan risiko komplikasi dari penggunaan steroid maka pasien disarankan beberapa hal, diantaranya:

- a. Penggunaan spacer pada inhalasi dosis terukur.
- b. Berkumur-kumur setelah melakukan inhalasi.
- c. Menggunakan dosis steroid terendah baik oral maupun inhalasi dalam pengontrolan asma.
- d. Mempertimbangkan pemberian supplementasi kalsium dan vitamin D, khususnya pada wanita yang memasuki masa pre-manupause (Boinet & Leroy-David, 2021).

B. Konsep Pola Napas Tidak Efektif

1. Definisi

Pola napas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

2. Tanda dan Gejala

Untuk dapat mengangkat diagnosis pola napas tidak efektif, Perawat harus memastikan bahwa minimal 80% dari tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017):

- a. Data Subjektif
Mengeluh sesak (dyspnea)
- b. Data Objektif
 - 1) Penggunaan otot bantu pernapasan
 - 2) Fase ekspirasi memanjang
 - 3) Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-strokes)
 - 4) Adanya bunyi napas tambahan (mis. wheezing, rales)

3. Penyebab

Penyebab (etiologi) untuk masalah pola napas tidak efektif adalah (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017):

- a. Depresi pusat pernapasan

- b. Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
- c. Deformitas dinding dada
- d. Deformitas tulang dada
- e. Gangguan neuromuskular
- f. Gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cidera kepala, gangguan kejang)
- g. Imaturitas neurologis
- h. Penurunan energi
- i. Obesitas
- j. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
- k. Sindrom hipoventilasi
- l. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 keatas)
- m. Cidera pada medula spinalis
- n. Efek agen farmakologis
- o. Kecemasan

4. Luaran

Dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), luaran utama untuk diagnosis pola napas tidak efektif adalah: “pola napas membaik”. Pola napas membaik diberi kode L.01004 dalam SLKI. Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa pola napas membaik adalah (Tim Pokja SLKI PPNI, 2019):

- a. Dispnea menurun
- b. Penggunaan otot bantu napas menurun
- c. Pemanjangan fase ekspirasi menurun
- d. Frekuensi napas membaik
- e. Kedalaman napas membaik

5. Intervensi

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis pola napas tidak efektif adalah (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018):

- a. Manajemen jalan napas
- b. Pemantauan respirasi

C. Konsep Aromaterapi Minyak Kayu Putih

1. Definisi Aromaterapi

Aromaterapi berarti terapi dengan memakai minyak esensial yang ekstrak dan unsur kimianya diambil dengan utuh. Aromaterapi adalah bagian dari ilmu herbal. Aromaterapi berarti “pengobatan menggunakan wangi-wangian”. Istilah ini merujuk pada penggunaan minyak esensial dalam penyembuhan holistik untuk memperbaiki kesehatan dan kenyamanan emosional dan dalam mengembalikan keseimbangan badan. Tumbuhan aromatic menghasilkan minyak aromatik. Apabila disuling, senyawa yang manjur ini perlu ditangani secara hati-hati. Sebagian besar senyawa ini akan menimbulkan reaksi kulit, tetapi jika digunakan secara tepat, senyawa ini memiliki nilai terapeutik. Senyawa ini dapat dihirup, digunakan dalam kompres, dalam air mandi, atau dalam minyak pijat (Abidin, 2019).

2. Konsep Terapi Minyak Kayu Putih (*Eucalyptus Oil*)

Minyak kayu putih (*Eucalyptus Oil*) adalah minyak atsiri yang dihasilkan dari tanaman kayu putih dengan nama botani Melaleuca cajuputi, yang banyak tumbuh secara alami di kepulauan Maluku dan Australia bagian utara. Jenis ini telah berkembang luas di Indonesia, terutama di pulau Jawa dan Maluku dengan memanfaatkan daun dan rantingnya untuk disuling secara tradisional oleh masyarakat maupun secara komersial menjadi minyak atsiri yang bernilai ekonomi tinggi. Tanaman ini mempunyai daur biologis yang panjang, cepat tumbuh, dapat tumbuh baik pada tanah yang berdrainase baik maupun tidak dengan kadar garam tinggi maupun asam dan toleran ditempat terbuka. Minyak kayu putih merupakan salah satu jenis minyak atsiri khas Indonesia. Minyak ini diketahui memiliki banyak khasiat, baik untuk pengobatan luar maupun pengobatan dalam sehingga banyak dibutuhkan oleh berbagai kalangan masyarakat. Sineol merupakan komponen utama penyusun minyak kayu putih. Besarnya kadar

sineol menetukan kualitas minyak kayu putih. Semakin tinggi kadar sineol maka akan semakin baik kualitas minyak kayu putih (Aryani et al., 2022).

3. Kandungan Minyak Kayu Putih

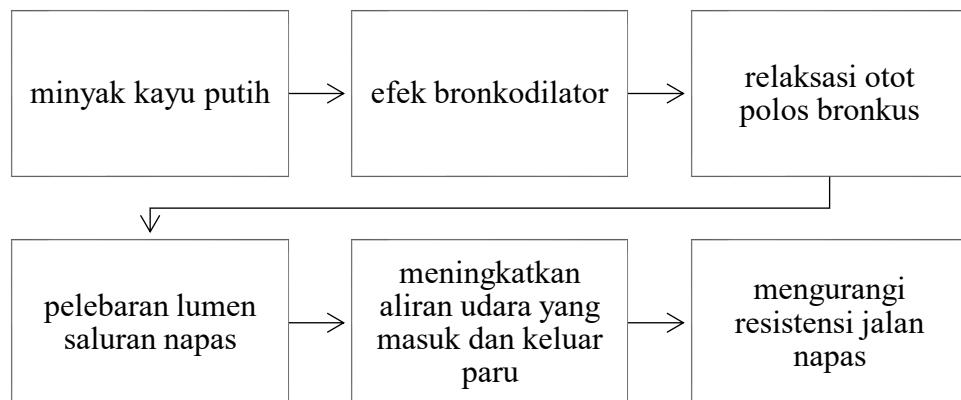
Minyak atsiri dari *M. leucadendron* subsp. *cajuputi* berisi senyawa utama dan ikutan, dengan senyawa utama terdiri dari 1,8-cineole (15-60 %), sesquiterpene alcohols globulol (0,2-8 %), viridiflorol (0,2-30 %), spathulenol (0,4-30%), sedangkan senyawa ikutan terdiri dari limonene (1,3-5 %), β -caryophyllene (1- 4%), humulene (0,2-2 %), viridiflorene (0,5-7 %), α -terpineol (1-7 %), α dan β -selinene (masing-masing 0,3-2 %) dan caryophyllene oxide (1-8 %). Minyak atsiri dengan komponen utama 1,8-cineole ini secara empiris telah lama digunakan untuk mengobati infeksi dan gangguan pada saluran pernafasan, serta inhalasi dari derivat *Eucalyptus* digunakan untuk mengobati faringitis, bronkitis, sinusitis, asma dan *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (COPD). Selain itu juga dapat melancarkan peredaran darah dengan melebarkan pori-pori kulit. Daun dari Melaleuca dapat juga digunakan untuk keperluan lainnya seperti pada jenis *M. acacioides*, *M. argentea* dan *M. leucadendra* digunakan sebagai penyedap dalam masakan dan daun *M. argentea* dibakar untuk mengusir nyamuk. Batang beberapa spesies (*M. cajuputi*, *M. leucadendra* dan *M. viridiflora*) digunakan untuk konstruksi kano dan perisai (Aryani et al., 2022).

4. Efektivitas Aromaterapi Minyak Kayu Putih Dalam Mengatasi Permasalahan Pernapasan

Aromaterapi *Eucalyptus Oil* dapat digunakan untuk mengatasi permasalahan bersihan jalan nafas tidak efektif akibat penyumbatan sekret di saluran pernafasan. Penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa terdapat perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pemberian terapi menghirup uap air hangat di tambah minyak kayu putih terjadi peningkatan bersihan jalan nafas dengan ditandai penurunan rata-rata RR 5 x/menit, peningkatan rata-rata saturasi 2%, penurunan intensitas batuk dan menurunnya suara nafas tambahan. Intervensi menghirup uap air hangat

dengan ditambahkan minyak kayu putih dapat meningkatkan bersihan jalan nafas pada pasien ISPA. Terapi menghirup uap air hangat dapat dijadikan terapi kplementar pada pasien ISPA dalam meningkatkan kepatenan jalan nafas. Penelitian lain juga yang dilakukan Zaimy et al (2021) menjelaskan bahwa Pengaruh Pemberian terapi inhalasi uap minyak kayu putih (*eucalyptus*) terhadap pola nafas pada pasien balita dengan ISPA di wilayah kerja Puskesmas Sungai Liuk. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa periode penyembuhan dari kelompok kontrol dan intervensi adalah empat sampai lima hari dan menurut uji Mann Whitney, diperoleh nilai pvalue 0,530 ($>0,05$). Kesimpulannya, tidak ada perbedaan antara masa penyembuhan common cold dengan menggunakan aromaterapi minyak pohon teh dan minyak kayu putih pada balita usia 1-2 tahun di wilayah kerja Praktik Mandiri Kebidanan (IMP). Aromaterapi minyak pohon teh dan minyak kayu putih dapat digunakan untuk mempercepat masa penyembuhan pilek yang diderita balita (Maftuchah *et al.*, 2020). Minyak kayu putih ini juga memiliki efek bronkodilator yang dapat memberikan efek pada melebarnya jalan napas dan dapat mengurangi *wheezing* yang muncul (Arini & Syarli, 2022). Minyak kayu putih (*Cajuputi oil*) diketahui memiliki efek bronkodilator yang bermanfaat dalam mendukung fungsi sistem pernapasan. Efek bronkodilator ini bekerja melalui mekanisme relaksasi otot polos pada dinding bronkus, sehingga terjadi pelebaran lumen saluran napas. Kondisi tersebut akan meningkatkan aliran udara yang masuk dan keluar paru-paru serta mengurangi resistensi jalan napas. Pada penderita asma, bronkospasme yang ditandai dengan penyempitan jalan napas sering menimbulkan gejala berupa wheezing atau bunyi mengi saat bernapas. Dengan adanya efek bronkodilator, minyak kayu putih dapat membantu menurunkan intensitas gejala tersebut, sehingga memberikan rasa lega dan memperbaiki ventilasi paru. Walaupun demikian, penggunaan minyak kayu putih lebih bersifat sebagai terapi komplementer dan tidak dapat menggantikan terapi farmakologis utama yang direkomendasikan dalam

tata laksana asma (Hidayat et al., 2024). Adapun mekanismenya dijelaskan pada skema berikut:



Skema 2.2 Mekanisme Minyak Kayu Putih Mengatasi Masalah Asma

Sumber: (Hidayat et al., 2024)

5. Prosedur Tindakan Pemberian Aromaterapi Minyak Kayu Putih

Adapun standar operasional prosedur pemberian aromaterapi *Eucalyptus Oil* dijelaskan pada SOP yang terlampir pada lampiran (Maftuchah et al., 2020):

D. Asuhan Keperawatan Teoritis

- Pengkajian menurut Siregar et al (2021):

- Biodata Klien:

Nama, umur, pekerjaan, pendidikan dan lain sebagainya

- Keluhan utama

Pada umumnya klien mengatakan sesak nafas

- Riwayat penyakit masa lalu

Apa klien pernah mengalami penyakit asma sebelumnya atau mempunyai riwayat alergi

- Riwayat penyakit keluarga

Adakah keluarga klien yang memiliki penyakit asma sebelumnya

- Aktivitas istirahat

1) Gejala :

Ketidakmampuan melakukan aktivitas, ketidakmampuan untuk tidur, keletihan, kelemahan, malaise.

2) Tanda

Keletihan, gelisah, insomnia, kehilangan-kelemahan masa otot.

f. Sirkulasi

1) Gejala :

Pembengkakan pada ekstremitas bawah

2) Tanda :

Peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi paru, distensi vena leher, warna kulit-membran mukosa : normal-abu-abusianosis, pucat dapat menunjukkan anemia.

g. Integritas Ego

1) Gejala :

Mual, muntah, perubahan pola tidur.

2) Tanda :

Ansietas, ketakutan, peka rangsangan.

h. Makanan dan Cairan

1) Gejala :

Mual, muntah, nafsu makan buruk anoreksia, ketidakmampuan untuk makan karena disstres pernafasan.

2) Tanda:

Turgor kulit buruk, edema dependen, berkeringat, penurunan berat badan

i. Hygiene

1) Gejala :

Penurunan kemampuan, penurunan kebutuhan bantuan melakukan aktivitas

2) Tanda :

Kebersihan tubuh kurang, bau badan

j. Pernapasan

1) Gejala

Nafas pendek, dispnea usus saat beraktivitas, rasa dada tertekan, ketidakmampuan untuk bernafas, batuk menetap dengan produksi sputum setiap hari selama 3 bulan berturut-turut, episode batuk hilang timbul, iritan pernafasan dalam jangka panjang, misalnya : merokok, debu, asap, bulu-bulu, serbuk gergaji

2) Tanda

Pernafasan biasa cepat dan lambat, penggunaan otot bantu pernafasan, kesulitan berbicara, pucat, sianosis pada bibir dan dasar kuku.

k. Keamanan

1) Gejala :

Riwayat reaksi alergi atau sensitif terhadap zat faktor lingkungan, adanya berulangnya infeksi.

2) Tanda :

Keringat, kemerah

l. Seksualitas

1) Gejala :

Penurunan libido

m. Intervensi Sosial

1) Gejala :

Ketergantungan, gagal dukungan dari perorangan yang terdekat penyakit.

2) Tanda:

Ketidakmampuan membuat suara atau mempertahankan suara karena disstres pernafasan, keterbatasan mobilitas fisik, kelainan hubungan dengan anggota keluarga yang lain.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada pasien asma bronchial diantaranya: :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan respon alergi
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

3. Intervensi Keperawatan

Adapun intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan pada kasus asma berupa

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan respon alergi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan bersih jalan napas membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>Bersihan jalan napas (L.01001)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk efektif meningkat (5) - Produksi sputum menurun (5) - Wheezing menurun (5) - Dispnea menurun (5) - Gelisah menurun (5) 	<p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma cervical)

	<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi napas membaik (5) - Pola napas membaik (5) 	<p>2. Posisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>3. Berikan minum hangat</p> <p>4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</p> <p>5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>6. Lakukan hiperoksidasi sebelum penghisapan endotrakeal</p> <p>7. Keluarkan sumbatan benda pada dengan forsep McGill</p> <p>8. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i> 2. Ajarkan teknik batuk efektif 3. Ajarkan pemberian aromaterapi inhalasi minyak kayu putih (Hidayat et al., 2024) <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i></p>
--	---	--

2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil:</p> <p>L.01004</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu napas menurun - Pemanjangan fase ekspirasi menurun - Frekuensi napas membaik - Kedalaman napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma cervical) 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
---	--	--	--

			<p>7. Keluarkan sumbatan benda pada dengan forsep McGill</p> <p>8. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i> Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i></p>
3	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat</p> <p>Kriteria Hasil: Tingkat pengetahuan (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien melakukan sesuai anjuran Pasien tampak mampu menjelaskan 	<p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

		<p>kembali materi yang disampaikan</p> <p>3) Pasien mengajukan pertanyaan</p>	<p>5. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
--	--	---	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencanaan intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping (Nursalam & Utami, 2009).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Yuli Mulyanti, 2009). Evaluasi keperawatan terdapat 2 jenis, yaitu :

a. Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai

keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis/assessment (perbandingan data dengan teori) dan perencanaan.

b. Evaluasi sumatif (hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan.