

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Asma

2.1.1 Pengertian Asma

Asma adalah kondisi inflamasi kronis pada saluran pernapasan yang menyebabkan obstruksi dan gejala seperti batuk, mengi, dan sesak napas, biasanya terjadi terutama pada malam hari, namun pada kasus yang parah dapat terjadi kapan saja sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari penderita. Serangan Asma ditandai dengan pernapasan pendek dan dangkal, kulit kebiruan, wajah pucat dan lesu, serta keringat berlebihan, kondisi ini dapat terjadi pada berbagai kelompok usia (Rumbayan, 2020).

2.1.2 Etiologi

- 1) Penyakit (penyakit virus seperti Respiration Syncytial Infection, RSV)
- 2) Iklim (perubahan suhu secara tiba-tiba dan membahas berat badan)
- 3) Inhalansia (bersih, bentuk, serangga, hewan melata mati, bulu binatang, debu, asap, dan knalpot cat)
- 4) Makanan (putih telur, tiriskan sapi, kacang tanah, coklat, biji- bijian, dan tomat)
- 5) Obat-obatan (ibuprofen)
- 6) Latihan fisik (olahraga berat, usaha, dan cekikikan yang berlebihan)

2.1.3 Patofisiologi

Asma merupakan inflamasi kronik saluran napas. Berbagai sel inflamasi berperan terutama sel mast, eosinofil, sel limfosit T, makrofag, neutrofil dan sel epitel. Faktor

lingkungan dan faktor lain berperan sebagai pencetus inflamasi saluran napas pada pasien Asma (PDPI, 2003). Inflamasi saluran napas pada pasien Asma merupakan hal yang mendasari gangguan fungsi yaitu terdapatnya obstruksi saluran napas yang menyebabkan hambatan aliran udara yang dapat kembali secara spontan atau setelah pengobatan (Sundaru, 2009). Obstruksi pada pasien Asma dapat disebabkan oleh kontraksi otot-otot yang mengelilingi bronkus yang menyempitkan jalan napas, pembengkakan membran yang melapisi bronkus dan pengisian bronkus dengan mukus yang kental (Smeltzer & Bare, 2002).

2.1.4 Tanda dan Gejala

Secara umum, tanda-tanda serangan Asma biasanya berupa sesak napas (terutama di malam hari), kesulitan bernapas/sesak napas, merasa lelah/lemah saat berolahraga, mengi/batuk sesudah beraktivitas, lemas sederhana, mudah marah atau sedih, berkurangnya fungsi paru-paru. Diukur dengan crest stream meter, tanda flu/alergi, dan gangguan istirahat. Bronkospasme, peradangan, dan produksi cairan tubuh merupakan penyebab utama gejala Asma seperti kesulitan bernapas, mengi, sesak napas, sesak napas, dan kesulitan melakukan olahraga teratur. Tanda-tanda lain dari serangan Asma termasuk mengi parah saat menarik napas dalam dan saat menghembuskan napas, bernapas dengan cepat, nyeri dada, penarikan otot berlebih saat bernapas, kesulitan berbicara, perasaan cemas/panik, pucat, keringat dingin, bibir biru pucat, atau kuku biru (sianosis) (Putri, 2021).

Tanda Asma bisa berupa batuk yang menguntungkan, sesak napas, dapat terdengar suara napas (mengi), riwayat sensitifitas, dan riwayat Asma dalam keluarga. Efek samping ini secara teratur menampilkan ciri-ciri khas termasuk variabel pemicu,

kejadian berulang atau tidak teratur, menurun pada malam hari, dan keringanan tanpa batas dengan atau tanpa pengobatan (Putri, 2021)

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi Asma adalah:

1) Pneumotoraks

Pneumothorax adalah suatu kondisi umum yang terjadi ketika tubuh memasuki rongga pleura dan tekanan di dalam pleura meningkat hingga tekanan barometrik.

2) Atelektasis

Atelektasis adalah infeksi paru-paru yang ditandai dengan sesak nafas dan dapat disebabkan oleh berbagai factor.

3) Gagal nafas

Kegagalan pernafasan adalah suatu kondisi di mana paru-paru tidak dapat memperdagangkan oksigen dan karbon dioksida dengan baik.

4) Bronkitis

Bronkitis adalah penyakit yang sangat menarik yang mempengaruhi bronkus (Mathematics, 2016)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

a. Tes dahak Dalam tes dahak:

- 1) Permata eosinofil, permata Charcot-Leyden, yang merupakan duri yang mengalami degranulasi.
- 2) Spiral Curshmann, yaitu sel berbentuk silinder di dalam cabang bronkus.
- 3) Kedekatan spiral Curschmann, bagian epitel bronkial.
- 4) Kedekatan neutrofil dan eosinofil.

- b. Tes darah Pemeriksaan gas darah menunjukkan aliran darah berfluktuasi, namun prognosisnya buruk karena mendekati Moo PaCO₂ atau pH, dan peningkatan kadar SGOT dan LDH darah.
- c. Pemeriksaan angka kerentanan yang tidak menguntungkan menunjukkan peningkatan kadar IgE selama serangan dan penurunan kadar ketika tidak ada serangan yang terlihat.
- d. Pemeriksaan radiografi: Pada rontgen, pasien Asma pada umumnya tampak normal. Selama serangan Asma, sinar-X menunjukkan hiperinflasi paru-paru, perluasan porositas radiasi, perluasan ruang interkostal, dan penurunan fungsi lambung.
- e. Estimasi kerja paru digunakan untuk penilaian hiperresponsif saluran napas untuk menilai hambatan rute penerbangan, reversibilitas kerusakan paru, dan perubahan fungsi paru (Mathematics, 2016)

2.1.7 Penatalaksanaan

Tujuan penting dari pemberian Asma adalah untuk mencapai pengendalian jangka panjang terhadap gambaran klinis infeksi, meningkatkan dan menjaga kualitas hidup, memberdayakan pasien Asma untuk menjalani kehidupan normal tanpa hambatan dalam aktivitas sehari-hari. Hal ini dapat diarahkan untuk mencapai dan mempertahankan kondisi Asma yang terkendali (Chasana, 2019). Penanganan Asma :

- a. Agonis beta: Ini digunakan untuk mengembangkan otot polos bronkial dan meningkatkan pertumbuhan silia. Contoh obat-obatan antara lain epinefrin, albuterol, metaprofenida, isoproterenoliisoetharine, dan terbutaline. Obat-obatan ini biasanya dikelola melalui kursus parenteral dan napas dalam.

- b. Bronkodilator: Obat ini mengendurkan otot polos dan mendorong pertumbuhan lendir di saluran pernapasan. Contohnya termasuk aminofilin, teofilin, yang dapat diberikan secara intravena dan oral.
- c. Antikolinergik: Contoh obat ini adalah atropin, yang bertindak sebagai bronkodilator, biasanya dikendalikan melalui pernafasan dalam.
- d. Kortikosteroid: Obat ini digunakan untuk mengurangi peradangan dan bronkokonstriksi. Ilustrasinya meliputi hidrokortison, deksametason, prednison, yang dapat diberikan secara intravena dan oral.
- e. Inhibitor sel kutub: Contoh obat ini mengandung natrium kromoglikat, yang disalurkan melalui napas dalam untuk bertindak sebagai bronkodilator dan mengurangi gangguan rute penerbangan.
- f. Oksigen: Perawatan ini diberikan untuk mempertahankan setengah berat oksigen (PO₂) pada tingkat 55 mmHg. g.
- g. Klorfeniramin maleat (CTM): Obat ini digunakan untuk meringankan gejala alergi.
- h. Fisioterapi dada: Strategi pernapasan digunakan untuk mengendalikan dispnea dan batuk secara efektif, sehingga meningkatkan izin rute penerbangan. Perkusi dan rembesan postural pada dasarnya berhubungan pada pasien dengan produksi sputum yang tinggi.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Asma

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber dan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2013).

Tujuan dilakukan pengkajian untuk menentukan kemampuan klien untuk memelihara diri sendiri, melengkapi dasar - dasar rencana keperawatan, serta memberi waktu pada klien untuk berkomunikasi. Pengkajian ini meliputi aspek fisik, psikis, sosial, dan spiritual dengan melakukan kegiatan pengumpulan data, melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan (Sunaryo dkk, 2016).

2.2.1 Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a) Identitas

Identitas klien yang dapat diambil dari penyakit Asma adalah nama, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir, diagnosa keperawatan, penanggung jawab (Mayora, 2022).

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit masa lalu pasien dinilai. Pada pasien Asma, ada yang menderita Asma sejak masa kanak-kanak, sedangkan ada pula yang baru menderita Asma akhir-akhir ini (Mayora, 2022).

c) Riwayat Kesehatan Sekarang

Beberapa hal yang harus diungkapkan pada setiap gejala Asma yaitu batuk atau sesak.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien dengan Asma bronkial sering kali didapatkan adanya riwayat penyakit turunan, tetapi pada beberapa pasien lainnya tidak ditemukan adanya penyakit yang sama pada anggota keluarganya.

a. Aktivitas

b. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

- a) Pemeriksaan dada dimulai dari torak posterior, pasien pada posisi duduk, kemudian dada diobservasi.
- b) Tindakan dilakukan dari atas (apeks) sampai kebawah.
- c) Inspeksi torak posterior, meliputi warna kulit dan kondisinya, luka atau lesi, massa, dan gangguan tulang belakang, seperti kifosis, skoliosis, dan lordosis.
- d) Catat jumlah, irama, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada.
- e) Observasi tipe pernapasan, seperti pernapasan hidung pernapasan diafragma, dan penggunaan otot bantu pernapasan.
- f) Saat mengobservasi respirasi, catat durasi dari fase inspirasi (I) dan fase ekspirasi (E). Rasio pada fase ini normalnya 1 : 2. Fase ekspirasi yang memanjang menunjukkan adanya obstruksi pada jalan napas dan sering ditemukan pada pasien dengan Chronic Airflow Limitation (CAL)/Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (COPD).
- g) Kelainan pada bentuk dada
- h) Observasi kesimetrisan pergerakan dada. Gangguan pergerakan atau tidak adekuatnya ekspansi dada mengindikasikan penyakit pada paru atau pleura
- i) Observasi trakea abnormal ruang interkostal selama inspirasi, yang dapat mengindikasikan obstruksi jalan napas.

2) Palpasi

Pemeriksaan palpasi untuk mengkaji kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas, mengidentifikasi keadaan kulit, dan mengetahui vocal/tactile premitus

(vibrasi). Vocal premitus, yaitu gerakan dinding dada yang dihasilkan ketika berbicara. Palpasi torak untuk mengetahui/memastikan adanya abnormalitas yang terkaji saat inspeksi seperti adanya massa, lesi, bengkak.

- 3) Perkusi Perkusi secara langsung dilakukan dengan mengetukkan jari tangan langsung pada permukaan tubuh. Jenis suara perkusi sebagai berikut.
 - a) Resonan (sonor) : bergaung, nada rendah. Dihasilkan pada jaringan paru normal.
 - b) Dullnes : bunyi yang pendek serta lemah, ditemukan diatas bagian jantung, mamae, dan hati
 - c) Timpani : bunyi musikal, bernada tinggi dihasilkan di atas perut yang berisi udara
 - d) Hipersonan (hipersonor) : berngaung lebih rendah dibandingkan dengan resonan dan timbul pada bagian paru yang berisi darah.
 - e) Flatness : sangat dullnes. Oleh karena itu, nadanya lebih tinggi. Dapat terdengar pada perkusi daerah hati, di mana areanya seluruhnya berisi jaringan
- 4) Auskultasi

Auskultasi merupakan pengkajian yang sangat penting dan bermakna dengan mendengarkan bunyi napas normal, bunyi napas tambahan (abnormal). Suara napas normal meliputi bronkial, bronkovesikular dan vesikular. Suara napas 30 abnormal dihasilkan dari getaran udara ketika melalui jalan napas dari laring ke alveoli, dengan sifat bersih. Suara napas tambahan meliputi wheezing : pleural friction rub, dan crackles.

2.2.2 Pengkajian Fungsional Klien

- 1) Masalah Kesehatan Kronis

Tabel 2. 1 Masalah Kesehatan Kronis

Keluhan kesehatan atau gejala yang	Selalu	Sering	Jarang	Tidak
------------------------------------	--------	--------	--------	-------

dirasakan dalam 3 bulan terakhir	Pernah
Fungsi Penglihatan	
1. Penglihatan kabur	
2. Mata berair	
3. Nyeri pada mata	
Fungsi Pendengaran	
4. Pendengaran berkurang	
5. Telinga berdenging	
Fungsi Paru (pernafasan)	
6. Batuk lama disertai keringat malam	
7. Sesak nafas	
8. Berdahak/Sputum	
Fungsi Jantung	
9. Jantung berdebar-debar	
10. Cepat lelah	
11. Nyeri dada	
Fungsi Pencernaan	
12. Mual/Muntah	
13. Nyeri ulu hati	
14. Makan dan minum banyak (berlebihan)	
15. Perubahan kebiasaan ASMA (diare atau sembelit)	
Fungsi Pergerakan	
16. Nyeri kaki saat berjalan	
17. Nyeri punggung atau tulang berekor	
18. Nyeri persendian/bengkak	
Fungsi Persyarafan	
19. Lumpuh/kelemahan pada kaki atau tangan	
20. Kehilangan rasa	
21. Gemetar/tremor	
22. Nyeri/pegal pada daerah tengkuk	
Fungsi saluran perkemihan	
23. BAK banyak	
24. Sering BAK pada malam hari	
25. Tidak mampu mengontrol pengeluaran air kemih	

Interpretasi Hasil :

- Skor <25 : Tidak ada masalah keperawatan kronis sampai dengan masalah kesehatan ringan
- Skor 26-50 : Masalah kesehatan kronis sedang
- Skor >51 : Masalah kesehatan kronis berat

2) Status Fungsional

a) KATZ Indeks

Tabel 2. 2 KATZ Indeks

NO	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri : Dapat mengerjakan sendiri atau bantuan 1 bagian tertentu (punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung: Bantuan mandi leboh dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sehari		
2	Berpakaian Mandiri : Seluruhnya tanpa bantuan, mengambil baju dari lemari dan memakai pakaian luar lengkap dengan mengancing, mungkin memiliki bantuan mengikat sepatu Tergantung Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		
3	Pergi ke toilet Mandiri : Masuk dan keluar dari toilet kemudian membersihkan genitalia sendiri Tergantung: Menerima bantuan atau masuk ke toilet dan menggunakan pispot		
4	Berpindah (berjalan) Mandiri : Berpindah dari tempat tidur untuk duduk, bangkit, dari kursi sendiri Tergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau lebih perpindahan		
5	Kontinen (ASMA dan BAK) Mandiri : BAK dan ASMA seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia, parsial atau total penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)		
6	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapi sendiri Tergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan		

menyuapinya, tidak makan sama sekali dan makan parenteral (NGT)

Interpretasi Hasil :

- Kategori A : Mandiri dalam semua aktivitas tanpa kecuali
 Kategori B : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali satu dari fungsi tersebut
 Kategori C : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
 Kategori D : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
 Kategori E : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet dan satu dari fungsi tambahan
 Kategori F : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah dan satu fungsi tambahan
 kategori G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

b) Barthel indeks

Tabel 2. 3 Barthel indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :
2	Minum	5	10	Frekuensi : 4xsehari Jumlah : Jenis :
3	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur	5-10	15	
4	Personal toilet	0	5	Frekuensi :
5	Keluar masuk toilet	5	10	
6	Mandi	5	15	Frekuensi :
7	Jalan dipermukaan datar	0	15	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	
10	Kontrol bowel (ASMA)	5	10	Frekuensi : Konsistensi : Padat
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10	Frekuensi :
12	Olahraga/Latihan	5	10	
13	Rekreasi	5	10	

Interpretasi Hasil :

- 130 : Mandiri
 65-125 : Ketergantungan sebagian
 60 : Ketergantungan total

3) Risiko Jatuh dengan *Morse Fall Scale (MSC)*

Tabel 2. 4 Risiko Jatuh dengan Morse Fall Scale (MSC)

Pengkajian	Skala	Skor
Riwayat jatuh	Tidak	
Apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir	0	
	Ya 25	
Diagnosa sekunder	Tidak	
Apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit	0	
	Ya 15	
Alat bantu jalan		
<i>Bad res</i> /dibantu	0	
Kruk/Tongkat/Walker	15	
Berpegangan pada benda di sekitar (kursi, lemari, meja)	30	
Terapi intravena	Tidak	
Apakah lansia saat ini terpasang infus	0	
	Ya 20	
Gaya berjalan/cara berpindah		
Normal/ <i>Bad rest immobile</i>	0	
Lemah (tidak bertenaga)	10	
Gangguan/tidak normal (pincang, diseret)	20	
Status mental		
Lansia menyadari kondisi dirinya sendiri	0	
Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	15	

Interpretasi Hasil :

Skor MFS	Tingkatan Risiko	Tindakan
0-24	Tidak berisiko	Perawatan dasar
25-50	Resiko rendah	Pelaksanaan intervensi mencegah jatuh standar
>	Resiko tinggi	Pelaksanaan intervensi mencegah jatuh tinggi

4) Keseimbangan dengan *Borg Balance Scale (BBS)*

Tabel 2. 5 Keseimbangan dengan Borg Balance Scale (BBS)

No	Item Keseimbangan	Skor (0-4)	Skor
1	Duduk Berdiri	4=dapat berdiri tanpa menggunakan tangan dan menstabilkan independen 3=mampu berdiri secara independen menggunakan tangan setelah mencoba 2=mampu berdiri menggunakan tangan setelah mencoba	

		1=perlu bantuan minimal untuk berdiri atau menstabilkan 0=perlu asisten sedang atau maksimal untuk berdiri
2	Berdiri tanpa penunjang	4=dapat berdiri dengan aman selama 2 menit 3=mampu berdiri 2 menit dengan pengawasan 2=dapat berdiri 30 detik yang tidak dibantu/ditunjang 1=membutuhkan beberapa waktu untuk mencoba berdiri 30 detik yang tidak dibantu 0=tidak dapat berdiri secara mandiri selama 30 detik
3	Duduk tanpa penunjang	4=bisa duduk dengan aman dan nyaman selama 2 menit 3=bisa duduk 2 menit dengan pengawasan 2=mampu duduk selama 30 detik 1=bisa duduk 10 detik 0=tidak dapat duduk tanpa penunjang
4	Berdiri ke duduk	4=duduk dengan aman dengan menggunakan minimal tangan 3=mengontrol posisi turun dengan menggunakan tangan 2=menggunakan punggung kaki terhadap kursi untuk mengontrol posisi turun 1=duduk secara independen tetapi memiliki keturunan yang tidak terkendali

		0=kebutuhan membantu untuk duduk
5	Transfer	4=dapat mentransfer aman dengan penggunaan ringan tangan 3=dapat mentransfer kebutuhan yang pasti aman dari tangan 2=dapat mentransfer dengan pengawasan 1=membutuhkan satu orang untuk membantu 0=membutuhkan satu orang atau dua orang untuk membantu atau mengawasi
6	Berdiri dengan mata tertutup	4=dapat berdiri 10 detik dengan aman 3=dapat berdiri 10 detik dengan pengawasan 2=mampu berdiri 3 detik 1=membutuhkan dua orang untuk membantu atau mengawasi 0=membutuhkan bantuan agar tidak jatuh
7	Berdiri dengan kaki rapat	4=mampu menempatkan kaki bersama-sama secara independen dan berdiri 1 menit aman 3=mampu menempatkan kaki bersama-sama secara independen dan berdiri 1 menit dengan pengawasan 2=mampu menempatkan kaki bersama-sama secara mandiri tetapi tidak dapat tahan selama 30 detik

		1=memerlukan bantuan untuk mencapai posisi tapi mampu berdiri kaki bersama-sama selama 15 detik 0=memerlukan bantuan untuk mencapai posisi dan tidak dapat tahan selama 15 detik
8	Menjangkau ke depan dengan tangan	4=dapat mencapai kedepan dengan percaya diri 25cm (10 inci) 3=dapat mencapai kedepan 12cm (5 inci) 2=dapat mencapai kedepan 5cm (2 inci) 1=mencapai kedepan tetapi membutuhkan pengawasan 0=kehilangan keseimbangan ketika mencoba/memerlukan dukungan eksternal
9	Mengambil barang dari lantai	4=dapat mengambil sandal aman dan mudah 3=dapat mengambil sandal tapi membutuhkan pengawasan 2=tidak dapat mengambil tetapi mencapai 2-5cm (1-2 inci) dari sandal 1=tidak dapat mengambil dan memerlukan pengawasan 0=tidak dapat mencoba/membantu kebutuhan untuk menjaga dari kehilangan keseimbangan atau jatuh
10	Menoleh ke belakang	4=tampak belakang

		dari kedua sisi dan berat bergeser balik 3=tampak belakang satu sisi lain menunjukkan pergeseran berat badan kurang 2=hanya menyamping tetapi tetap mempertahankan keseimbangan 1=perlu pengawasan saat memutar 0=butuh bantuan untuk menjaga dari kehilangan keseimbangan atau jatuh
11	Berputar 360 derajat	4=mampu berputar 360 dengan aman dalam 4 detik atau kurang 3=mampu berputar 360 dengan aman satu sisi hanya 4 detik atau kurang 2=mampu berputar 360 dengan aman tetapi perlahan-lahan 1=membutuhkan pengawasan 0=membutuhkan bantuan
12	Menempatkan kaki bergantian di bangku	4=mampu berdiri secara independen dengan aman dan menyelesaikan 8 langkah dalam 20 detik 3=mampu berdiri secara mandiri dan menyelesaikan 8 langkah dalam 20 detik 2=dapat menyelesaikan 4 langkah tanpa bantuan dengan pengawasan

		1=dapat menyelesaikan >2 langkah perlu assit minimal 0=tidak mampu mencoba
13	Berdiri dengan satu kaki di depan	4=mampu menempatkan tandem kaki secara independen dan tahan 30 detik 3=mampu menempatkan kaki depan independen dan tahan 30 detik 2=dapat mengambil langkah kecil secara mandiri dan tahan 30 detik 1=kebutuhan membantu untuk melangkah tapi dapat menyimpan 15 detik 0=kehilangan keseimbangan saat melangkah
14	Berdiri dengan satu kaki	4=mampu mengangkat kaki secara independen dan tahan >10detik 3= mampu mengangkat kaki secara independen dan tahan 5-10 detik 2= mampu mengangkat kaki secara independen dan tahan >3 detik 1=kebutuhan membantu untuk melangkah tapi dapat menyimpan 15 detik 0= kehilangan keseimbangan saat melangkah

Interpretasi Hasil :

0 – 20 : Harus memakai kursi roda

21 – 40 : Berjalan dengan bantuan
 40 – 56 : Mandiri/Independen

5) Status Mental

a) *Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)*

Tabel 2. 6 Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Tanggal berapa hari ini?		
2	Hari apa sekarang?		
3	Apa nama tempat ini?		
4	Dimana alamat anda?		
5	Berapa alamat anda?		
6	Kapan anda lahir?		
7	Siapa presiden Indonesia?		
8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?		
9	Siapa nama ibu anda?		
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun		

Interpretasi hasil :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh
 Salah 4 – 5 : Kerusakan intelektual ringan
 Salah 6 – 8 : Kerusakan intelektual sedang
 Salah 9 – 10 : Kerusakan intelektual berat

b) *Mini Mental Status Exam (MMSE)*

Tabel 2. 7 Mini Mental Status Exam (MMSE)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebut dengan benar -Tahun : -Musim : -Tanggal : -Hari : -Bulan :
2	Orientasi	5		Dimana kita sekarang berada? -Negara :

			-Provinsi : - Kota : - Di :
3	Registrasi	3	Sebutkan nama 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing masing objek. Kemudian tanyakan kepada klien 3 objek tadi (untuk disebutkan) - Objek - Objek - Objek
4	Perhatian dan Kalkulasi	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat - 93 - 86 - 79 - 72 - 65
5	Mengingat	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada no.2 (registrasi) tadi. Bila benar. 1 point untuk masing masing objek
6	Bahasa	9	Tunjukan pada klien satu benda dan tanyakan namanya pada klien - (Misal jam tangan) - (Misal pensil) Minta klien

untuk
 mengulang kata
 “Taka da jika,
 tetapi. Bila
 benar 1 point.
 - Pertanyaan 2
 buah : taka da,
 tetapi.
 Minta klien
 untuk
 mengikuti
 perintah berikut
 terdiri dari 3
 langkah
 “ambil kertas
 ditangan anda,
 lipat dua dan
 taruh dilantai”
 - Ambil kertas
 di tangan anda
 - Lipat dua
 - Taruh di lantai
 Perintah pada
 klien untuk hal
 berikut (bila
 aktivitas sesuai
 perintah point
 1)
 - “Tutup mata
 anda”
 Perintahkan
 pada klien
 sesuai kalimat
 dan menyalin
 gambar
 - Tulis satu
 kalimat
 - Menyalin
 gambar

Interpretasi hasil

>23 : Aspek kognitif dari fungsi mental baik
 18 – 22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan
 < : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

6) Status Psikologis

a) Identifikasi Masalah Emosional

Tabel 2. 8 Identifikasi Masalah Emosional

Pertanyaan tahap 1
1. Apakah klien mengalami suka tidur?
2. Apakah klien merasa gelisah?
3. Apakah klien murung atau menangis sendiri?
4. Apakah klien sering was-was atau khawatir?
Lanjutkan ke pertanyaan tahap 2 jika lebih dari atau sama
↓
dengan 1 jawaban “ya”
Pertanyaan tahap 2
1. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam sebulan
2. Ada masalah atau banyak pikiran?
3. Adanya gangguan/masalah dengan keluarga lain?
4. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
5. Cenderung mengurung diri?
Bila lebih dari atau sama dengan 1 jawaban “ya”
↓
Masalah Emosional Positif(+)

b) Skala Depresi Geriatrik

Tabel 2. 9 Skala Depresi Geriatrik

No	Apakah Bapak/Ibu dalam 1 minggu terakhir	Jawaban Ya/Tidak
1	Merasa puas dengan kehidupan yang dijalani?	
2	Banyak meninggalkan kesenangan/minat dan aktivitas anda?	
3	Merasa bahwa kehidupan anda hampa?	
4	Sering merasa bosan?	
5	Penuh pengharapan akan masa depan	
6	Mempunyai semangat yang baik setiap waktu?	
7	Diganggu oleh pikiran yang tidak dapat di ungkapkan?	
8	Merasa bahagia di sebagian besar waktu?	
9	Merasa takut sesuatu akan terjadi pada anda?	
10	Sering kali merasa tidak berdaya?	
11	Sering merasa gelisah dan gugup?	
12	Memilih tinggal dirumah daripada pergi melakukan sesuatu yang bermamfaat?	
13	Sering kali merasa khawatir akan masa depan?	
14	Merasa mempunyai lebih banyak masalah dengan daya ingat dibandingkan orang lain?	
15	Berpikir bahwa hidup ini sangat menyenangkan sekarang?	
16	Sering kali merasa merana?	
17	Merasa kurang bahagia?	
18	Sangat khawatir terhadap masa lalu?	
19	Merasa bahwa hidup ini sangat menggairahkan?	

20	Merasa berat untuk memulai sesuatu hal yang baru?
21	Merasa dalam keadaan penuh semangat?
22	Berpikir bahwa keadaan anda tidak ada harapan?
23	Berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik daripada saya?
24	Sering kali menjadi kesal karena hal sepele?
25	Sering kali merasa ingin menangis?
26	Merasa sulit untuk berkonsentrasi?
27	Menikmati tidur?
28	Memilih menghindar dari perkumpulan social?
29	Mudah mengambil keputusan?
30	Mempunyai pikiran yang jernih?

Interpretasi Hasil

Skor 0 – 5 : Normal
 Skor 6 – 15 : Depresi ringan sampai sedang
 Skor 16 – 30 : Depresi berat

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2017).

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)

Bersihan jalan napas tidak efektif adalah tersumbatnya sebagian jalan napas karena sekresi atau obstruksi saluran pernapasan sehingga tidak bisa mempertahankan jalan napas yang bersih (Widianoto, 2011).

2. Gangguan pertukaran gas (D.0003)

Gangguan pertukaran gas adalah kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler (Tim Pokja DPP PPNI

SDKI, 2017). Gangguan pertukaran gas merupakan keadaan individu mengalami penurunan gas baik oksigen maupun karbon dioksida antara alveoli paru dengan sistem vascular, dapat dipicu oleh sekresi yang kental atau imobilisasi akibat adanya penyakit pada sistem neurologis, terjadi depresi pada susunan saraf pusat, atau terjadi penyakit radang pada paru (Mubarak, 2015).

3. Pola nafas tidak efektif (D.0005)

Pola nafas tidak efektif adalah ventilasi atau pertukaran udara inspirasi dan atau ekspirasi tidak adekuat (Santoso, 2006). Pola napas tidak efektif suatu keadaan dimana inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (PPNI, 2016).

4. Gangguan pola tidur (D.0055)

Gangguan pola tidur merupakan interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor internal maupun eksternal, pada masalah gangguan pola tidur antara lain kesulitan saat memulai tidur, ketidakpuasan tidur, menyatakan tidak merasa cukup istirahat, penurunan kemampuan berfungsi, perubahan pola tidur normal, sering terjaga tanpa sebab yang jelas (Herdman Kamitsuru, 2015).

5. Ansietas (D.0080)

Ansietas adalah suatu perasaan takut akan terjadi sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahaya dan merupakan sinyal yang membantu individu untuk bersiap mengambil tindakan menghadapi ancaman. Pengaruh tuntutan, Persaingan, serta bencana yang terjadi dalam kehidupan dapat membawa dampak terhadap kesehatan fisik dan psikologi. Salah satu dampak psikologis yaitu ansietas atau kecemasan (Sutejo, 2018)

2.2.4 Perencanaan

Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Rencana keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019).

Tabel 2. 10 Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).	Setelah dilakukan intervensi (L.01002) keperawatan selama 1x24jam, maka bersihan jalan meningkat, dengan kriteria hasil : - Batuk efektif meningkat - Produksi sputum menurun - Mengi menurun - Wheezing menurun	Manajemen Jalan Nafas (I.01011) Observasi - Monitor pola nafas - Monitor bunyi nafas tambahan - Monitor sputum Terapeutik - Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift - Posisikan semi-fowler atau fowler - Berikan minum air hangat - Lakukan fisioterapi dada - Lakukan hiperoksigenisasi sebelum penghisapan endotrakeal Edukasi - Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari - Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi - Kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran,mukolitik,jika perlu
2	Gangguan pertukaran gas (D.0003) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).	Setelah dilakukan intervensi (L.01003) keperawatan 1x24jam, maka pertukaran gas meningkat, dengan kriteria hasil : - Sesak napas menurun	Terapi Oksigen (I.01026) Observasi - Monitor kecepatan aliran oksigen - Monitor posisi alat terapi oksigen - Monitor aliran oksigen secara periodic dan pastikan fraksi yang diberikan cukup - Monitor efektifitas terapi oksigen(mis.Oksimteri,analisa gas darah)jika perlu - Monitor kemampuan melepaskan

		- Wheezing menurun - Takikardi menurun - PCHO2 membaik - PO2 membaik - pH membaik	oksigen saat makan - Monitor tanda gejala hipoventilasi - Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelectasis - Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen - Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen Terapeutik - Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu - Pertahankan kepatenan jalan napas - Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen - Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien Edukasi - Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah Kolaborasi - Kolaborasi penentuan dosis oksigen - Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau tidur
3	Pola napas tidak efektif (D.0005) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).	Setelah dilakukan intervensi (L.01004) keperawatan 1x24jam, maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil : - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu napas menurun - Pemanjangan fase ekspirasi menurun - Frekuensi napas membaik - Kedalaman napas membaik	Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi - Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas - Monitor pola napas (seperti bradypnea, Cheyne-stokes, biot, ataksik) - Monitor kemampuan batuk efektif - Monitor adanya produksi sputum - Monitor adanya sumbatan jalan napas - Palpasi kesimetrisan ekspansi paru - Auskultasi bunyi napas - Monitor saturasi oksigen - Monitor nilai analisa gas darah - Monitor hasil x-ray thoraks Terapeutik - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

			- Informasikan hasil pemantauan,jika perlu
4	Gangguan pola tidur (D.0055) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).	Setelah dilakukan intervensi (L.05045) Keperawatan 1x24jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil : - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan pola tidur berubah menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur(fisik dan psikologis) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis:kopi,the,alcohol,makan mendekati waktu tidur,minum banyak air sebelum tidur) - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik - Modifikasi lingkungan - Batasi waktu tidur siang,jika perlu - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan - Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi - Jelaskan pentingnya tidur cukup - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM - Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur - Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
5	Ansietas (D.0080) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).	Setelah dilakukan intervensi (L.09093) keperawatan 1x24jam, maka tingkat ansietas menurun,dengan kriteria hasil : - Verbalisasi kebingungan	Terapi Relaksasi (I.09326) Observasi - Identifikasi penurunan tingkat energy,ketidakmampuan berkonsentrasi,atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif - Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan - Identifikasi kesediaan,kemampuan dan

menurun	penggunaan teknik sebelumnya
- Perilaku gelisah	- Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan
menurun	- Monitor respons terhadap terapi relaksasi
- Perilaku tegang	
menurun	Terapeutik
- Konsentrasi	- Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman
membaik	- Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
	- Gunakan pakaian longgar
	- Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
	- Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain
	Edukasi
	- Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia
	- Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang terpilih
	- Anjurkan mengambil posisi nyaman
	- Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
	- Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
	- Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing)

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dan bertujuan untuk menentukan berbagai respon klien terhadap intervensi keperawatan yang sudah disusun dan sebatas mana tujuan-tujuan yang direncanakan sudah tercapai (Smeltzer & Bare, 2013). Tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan setelah tindakan yang diberikan untuk bersihan jalan napas tidak efektif yaitu

- a. Klien mampu bernapas dalam rentang normal

- b. Irama pernapasan klien normal
- c. Klien mampu mengeluarkan sputum
- d. Klien mampu untuk bernapas dengan normal tanpa ada suara napas tambahan
- e. Klien tidak merasa sesak napas saat istirahat
- f. Klien tidak merasa sesak saat aktivitas ringan
- g. Klien mampu untuk batuk
- h. Klien tidak mengalami penumpukan sputum pada jalan napas (Moorhead et al., 2016).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

2.3.1 Pengertian

Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (Tim Pokja SDKI PPNI, 2016). Sumber lain mengatakan bahwa bersihan jalan napas tidak efektif merupakan keadaan dimana individu mengalami ancaman yang nyata atau potensial berhubungan dengan ketidakmampuan untuk batuk secara efektif (Carpenito, 2013).

Asma merupakan suatu penyakit obstruksi saluran nafas yang dapat ditemui pada orang dewasa Asma menyerang saluran pernapasan yang menyebabkan hiperaktivitas bronkus dan obstruksi jalan nafas terhadap berbagai rangsangan yang ditandai dengan gejala episodik berulang berupa mengi, batuk, sesak napas dan rasa berat di dada (Chinthia et al., 2022)(Yuna Septia et al., 2024).

2.3.2 Penyebab Asma

Menurut Tim Pokja SDKI (2017). Penyebab ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah :

Fisiologis

- Spasme jalan napas
- Hipersekreasi jalan napas
- Disfungsi neuromuskuler
- Benda asing dalam jalan napas
- Adanya jalan napas buatan
- Selresi hiang bertahan
- Hiperplasia dinding jalan napas
- Proses infeksi
- Respon alergi
- Efek agen farmakologi (mis Anestesi)

Situsional

- Merokok aktif
- Merokok pasif
- Terpajan polutan

2.3.3 Gejala dan Tanda

1) Gejala dan tanda mayor

a. Data subjek

Tidak tersedia

b. Data objektif

- Batuk tidak efektif
- Tidak mampu batuk
- Sputum berlebih
- Mengi, wheezing dan ronchi kering

2) Gejala dan tanda minor

a. Data subjek

- Dispnea
- Sulit bicara

b. Data objektif

- Gelisah
- Sianosis
- Bunyi nafas turun
- Frekuensi nafas berubah
- Pola nafas berubah

2.3.4 Kondisi klinis yang terkait

- Gullian bare syndrome
- Sclerosis multiple
- Myasthenia gravis
- Prosedur diagnostic
- Cedera kepala
- Stroke
- Infeksi saluran nafas

2.3.5 Cara Penanganan Gangguan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Selain mengonsumsi obat-obatan yang direkomendasikan oleh dokter, terdapat beberapa langkah yang dapat kita lakukan untuk membantu mengobati Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif.

- a. Hindari faktor-faktor yang dapat memicu atau memperburuk gejala Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif, seperti paparan asap, debu, atau alergen lainnya.
- b. Jaga kebersihan ruangan tempat tinggal agar terhindar dari penumpukan debu atau jamur yang bisa memicu alergi dan sesak nafas.
- c. Lakukan olahraga ringan secara teratur untuk membantu meningkatkan kapasitas paru-paru dan memperkuat otot-otot pernapasan.
- d. Istirahat yang cukup dan kelola stres dengan baik untuk menjaga kesehatan tubuh secara keseluruhan.

Gangguan bersihan jalan napas dapat menjadi kondisi yang serius dan memerlukan penanganan medis profesional. Namun, ada beberapa metode tradisional yang dapat membantu meredakan gejala atau membantu pencegahan gangguan jalan napas. Penting untuk diingat bahwa penggunaan metode ini tidak menggantikan konsultasi dengan profesional kesehatan dan penanganan medis yang tepat. Berikut adalah beberapa metode tradisional yang mungkin dapat membantu:

a. Inhalasi Uap Air Hangat

Menghirup uap air hangat dapat membantu melembutkan lendir dan memudahkan proses pernapasan. Anda bisa mencoba menaruh air panas dalam mangkuk, menutup kepala dengan handuk, dan menghirup uapnya. Pastikan untuk tidak terlalu dekat agar tidak membakar diri.

b. Minum Ramuan Herbal

Minuman herbal seperti teh jahe, teh peppermint, atau teh chamomile dapat membantu meredakan saluran napas dan meredakan ketegangan otot.

c. Konsumsi Madu

Madu memiliki sifat antiinflamasi dan dapat membantu meredakan iritasi tenggorokan. tambahkan madu ke dalam teh hangat atau konsumsi secara langsung.

d. Gargle dengan Larutan Garam

Berkumur dengan larutan air garam hangat dapat membantu membersihkan lendir dan mengurangi pembengkakan pada tenggorokan.

e. Pijatan Dada dan Punggung

Pijatan lembut pada dada dan punggung dapat membantu melonggarkan lendir dan meredakan ketegangan pada otot pernapasan.

f. Pemanfaatan Bawang Putih

Bawang putih dikenal memiliki sifat antibakteri dan antiinflamasi. Menambahkan bawang putih ke dalam makanan atau menghirup bau bawang putih yang dimasak dapat membantu meredakan gejala.

g. Ruqyah Syar'iyah

Beberapa orang mungkin memilih untuk melakukan ruqyah syar'iyah, yaitu bacaan ayat-ayat Al-Qur'an atau doa-doa tertentu dengan niat penyembuhan. Meskipun metode tradisional ini dapat memberikan bantuan sementara, mereka tidak boleh menggantikan perawatan medis profesional. Jika gangguan jalan napas berlanjut atau menjadi lebih parah, segera konsultasikan dengan dokter atau tenaga kesehatan untuk diagnosis dan pengobatan yang tepat.

Gangguan bersihan jalan napas dapat menjadi kondisi yang serius dan memerlukan penanganan medis profesional. Namun, ada beberapa metode tradisional yang dapat membantu meredakan gejala atau membantu pencegahan gangguan jalan napas. Penting untuk diingat bahwa penggunaan metode ini tidak menggantikan konsultasi dengan profesional kesehatan dan penanganan medis yang tepat. Berikut adalah beberapa metode tradisional yang mungkin dapat membantu:

1. Pernapasan Dalam (Diaphragmatic Breathing)

- Duduk atau berbaring dengan nyaman.
- Letakkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut.
- Tarik napas perlahan melalui hidung hingga mengisi paru-paru, sambil merasakan perut Anda naik.
- Hentikan sejenak, lalu hembuskan udara perlahan melalui bibir tertutup.
- Ulangi beberapa kali.

2. Latihan Pernapasan Lebih Lama (Pursed-Lip Breathing)

- Tarik napas dalam melalui hidung.
- Hembuskan udara perlahan melalui bibir yang ditekuk.
- Lakukan dengan pernapasan yang lebih panjang dan perlahan dari biasanya.

3. Latihan Napas dalam Posisi Tubuh yang Berbeda

Cobalah berbagai posisi tubuh seperti berdiri, duduk, atau berbaring untuk menentukan mana yang membuat Anda lebih nyaman saat melakukan latihan pernapasan.

4. Latihan Rileksasi dan Meditasi

Teknik rileksasi seperti meditasi atau yoga dapat membantu mengurangi stres, yang dapat memicu gejala Asma.

5. Latihan Jalan Cepat atau Bersepeda

Aktivitas fisik yang ringan seperti berjalan cepat atau bersepeda dapat membantu meningkatkan kebugaran paru-paru dan kesehatan pernapasan.

6. Latihan Perut (Abdominal Breathing)

- Dengan posisi duduk atau berbaring, tarik napas melalui hidung hingga perut Anda mengembang.
- Hembuskan udara perlahan melalui mulut sambil mempersempit otot perut.
- Ulangi beberapa kali.