

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Laporan kasus kelolaan utama dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini adalah asuhan keperawatan yang diberikan kepada dua orang lansia dengan disfagia dengan masalah risiko aspirasi di Ruang Mint, Panti Jompo Khusus Hakushimasou, Prefektur Osaka, Jepang. Asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 6-8 November 2024. Proses asuhan keperawatan yang dilakukan terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada kasus kelolaan utama ini telah dilaksanakan pada tanggal 6 November 2024. Data diperoleh melalui hasil wawancara dan data yang tertulis dalam rekam medik pasien. Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua pasien kelolaan, diperoleh data sebagai berikut.

Tabel 3
Data Pengkajian Asuhan Keperawatan Risiko Aspirasi dengan Pemberian *Toromeiku* pada Lansia Disfagia di Panti Jompo Khusus Hakushimasou Prefektur Osaka Jepang Tahun 2024

Data yang Dikaji		Pasien I (Ny. S)	Pasien II (Ny. W)
1		2	3
Data Biografi	Umur	85 tahun	84 tahun
	Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
	Berat badan	40,2 kg	43 kg
	Tinggi badan	140 cm	130 cm
	Negara	Jepang	Jepang
	Pendidikan terakhir	SMA	SMP
	Agama	Tidak terkaji	Tidak terkaji
	Status perkawinan	Menikah	Menikah
	Pekerjaan	Tidak bekerja	Tidak bekerja
	Diagnosa medis	Disfagia	Disfagia
	Nama penanggung jawab	Tn. T	Ny. N

	Hubungan penanggung jawab dengan pasien	Anak laki-laki pasien	Anak perempuan pasien
	Alamat penanggung jawab	Kota Minoo, Prefektur Osaka	Kota Minoo, Prefektur Osaka
Keluhan utama		Kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan	Kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan
Riwayat Kesehatan	Riwayat kesehatan sekarang	Pasien tampak kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan, makanan sering tertinggal di dalam mulut, pasien tampak lemah.	Pasien tampak kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan, disertai batuk setelah makan dan minum sejak 2 hari yang lalu, pasien memiliki riwayat tersedak 1 minggu yang lalu dan mengalami penurunan fungsi menelan secara perlahan, pasien tampak lemah
	Riwayat kesehatan dahulu	Pasien memiliki riwayat penyakit stroke sejak bulan April tahun 2017. Pasien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya dengan riwayat menjalani operasi dagu pada tahun 2021.	Pasien memiliki riwayat penyakit diabetes serta pasien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya.
	Riwayat kesehatan keluarga	Pasien mengatakan tidak mengetahui riwayat penyakit yang pernah diderita oleh keluarganya	Pasien mengatakan ibunya memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus
Pengkajian Fisiologis	Respirasi	Frekuensi napas pasien normal, 20x/menit. Tidak ditemukan adanya suara napas tambahan, suara	Frekuensi napas pasien normal, 18x/menit. Tidak ditemukan adanya napas tambahan, suara

	napas vesikuler, pergerakan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terdapat kesulitan ketika menarik dan menghembuskan napas	napas vesikuler, pergerakan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terdapat kesulitan ketika menarik dan menghembuskan napas
Sirkulasi	Tekanan darah dalam batas normal dengan hasil 125/80 mmHg, frekuensi nadi normal dengan hasil 85x/menit, tidak terdapat pucat dan sianosis, CRT < 2 detik	Tekanan darah dalam batas normal dengan hasil 110/70 mmHg, frekuensi nadi normal dengan hasil 79x/menit, tidak terdapat pucat dan sianosis, CRT < 2 detik
Eliminasi	Pasien dibantu dalam perawatan diri BAB/BAK dengan pampers, Frekuensi BAB 1 kali dalam sehari, warna feses normal kuning kecoklatan, dan konsistensi feses lembek. BAK normal, frekuensi tidak dapat terkaji karena menggunakan pampers, warna urine sedikit kekuningan, dengan volume $\pm$ 1000 ml sehari.	Pasien dibantu dalam perawatan diri BAB/BAK dengan pampers, Frekuensi BAB 1 kali dalam sehari, warna feses normal kuning kecoklatan, dan konsistensi feses lembek. BAK normal, frekuensi tidak dapat terkaji karena menggunakan pampers, warna urine sedikit kekuningan, dengan volume $\pm$ 1000 ml sehari.
Nutrisi dan cairan	Pasien biasanya minum cairan berupa susu, <i>ocha</i> , atau jus $\pm$ 4 gelas dalam sehari dengan ukuran 150 ml setiap gelas. Pasien makan 3x sehari dengan menu makanan yang disusun oleh ahli gizi	Pasien biasanya minum cairan berupa susu, <i>ocha</i> , atau jus $\pm$ 4 gelas dalam sehari dengan ukuran 150 ml setiap gelas. Pasien makan 3x sehari dengan menu makanan yang disusun oleh ahli gizi

	di Panti Jompo. Berat badan pasien 40,2 kg, tinggi badan 140 cm, IMT 20,5 (normal), makanan yang disukai パン 粥 (bubur roti), tidak ada makanan pantangan, tidak ada alergi, nafsu makan pasien kurang baik karena adanya penurunan fungsi otot bantu mengunyah dan post operasi dagu pada tahun 2021, terjadi penurunan berat badan 2 kg dalam 3 bulan terakhir.	di Panti Jompo. Berat badan pasien 43 kg, tinggi badan 130 cm, IMT 25,4 (gemuk), makanan yang disukai お肉 (daging), tidak ada makanan pantangan, tidak ada alergi, nafsu makan pasien baik, riwayat terdsedak, batuk dan muntah saat makan karena adanya penurunan fungsi menelan, tidak ditemukan penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir.
Aktivitas, istirahat dan tidur	Pasien mengatakan kegiatannya di waktu luang adalah menonton TV dan berkomunikasi dengan lansia lainnya. Pasien tidak mampu mobilisasi, perawatan diri berupa BAB/BAK, berpakaian dan mandi secara mandiri. Hasil pengkajian aktivitas hidup sehari-hari dengan indeks katz menyatakan bahwa pasien termasuk kategori G yaitu ketergantungan terhadap semua fungsi, yaitu mandi,	Pasien mengatakan kegiatannya di waktu luang adalah menonton TV dan berkomunikasi dengan lansia lainnya. Pasien tidak mampu mobilisasi, perawatan diri berupa BAB/BAK, berpakaian dan mandi secara mandiri. Hasil pengkajian aktivitas hidup sehari-hari dengan indeks katz menyatakan bahwa klien termasuk kategori F yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian,

	berpakaian, ke toilet, berpindah, kontinen, dan makan dengan total point 0. Adapun tabel pengkajian indeks katz terlampir. Pasien mengatakan tidurnya normal 8-10 jam sehari di malam hari yaitu dari pukul 20.00 s/d 06.00. Pasien biasanya tidur siang setelah makan siang sekitar 1 jam per hari.	ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan dengan total point 1. Adapun tabel pengkajian indeks katz terlampir. Pasien mengatakan tidurnya normal 8-10 jam sehari di malam hari yaitu dari pukul 20.00 s/d 06.00. Pasien biasanya tidur siang setelah makan siang sekitar 1 jam per hari.
Personal hygiene	Pasien mandi dan keramas 2 kali seminggu dibantu oleh <i>caregiver</i> , kuku tampak bersih dan dipotong secara rutin, perawatan kesehatan gigi dan mulut dilakukan 2 kali sehari.	Pasien mandi dan keramas 2 kali seminggu dibantu oleh <i>caregiver</i> , kuku tampak bersih dan dipotong secara rutin, perawatan kesehatan gigi dan mulut dilakukan 2 kali sehari.
Neurosensori	Hasil pengkajian ditemukan adanya penurunan fungsi penglihatan dan pendengaran yang dipengaruhi oleh faktor lanjut usia. Perubahan fungsi kognitif berupa penurunan dalam kemampuan untuk mengingat, kesadaran pasien compos mentis.	Hasil pengkajian ditemukan adanya penurunan fungsi penglihatan dan pendengaran yang dipengaruhi oleh faktor lanjut usia. Perubahan fungsi kognitif berupa penurunan dalam kemampuan untuk mengingat, kesadaran pasien compos mentis.
Reproduksi seksualitas	Pasien sudah menikah dan paham	Pasien sudah menikah dan paham

		tentang fungsi seksual. Pasien sudah memasuki fase menopause dan tidak mengalami menstruasi	tentang fungsi seksual. Pasien sudah memasuki fase menopause dan tidak mengalami menstruasi
	Rekreasi	Selama di panti jompo, pasien sering mengikuti kegiatan rekreasi bersama dengan lansia lainnya berupa menonton TV, bernyanyi, mewarnai dan lainnya. Kegiatan rekreasi khusus juga dilakukan ketika perayaan hari-hari penting.	Selama di panti jompo, pasien sering mengikuti kegiatan rekreasi bersama dengan lansia lainnya berupa menonton TV, bernyanyi, mewarnai dan lainnya. Kegiatan rekreasi khusus juga dilakukan ketika perayaan hari-hari penting.
Pengkajian Psikologis	Pola pikir dan persepsi	Pasien meyakini bahwa penyakit yang dialaminya saat ini dipengaruhi oleh proses penuaan dan berharap kondisinya tidak semakin buruk karena kesehatan adalah hal yang sangat penting baginya.	Pasien menyadari bahwa sakit yang dideritanya dipengaruhi oleh faktor usia dan menerimanya.
	Konsep diri	Pasien mampu memandang dirinya secara positif dan bersyukur atas kondisinya saat ini. Pasien mampu menerima kehadiran orang lain.	Pasien mampu memandang dirinya secara positif dan bersyukur atas kondisinya saat ini. Pasien mampu menerima kehadiran orang lain.
	Emosi	Pasien tampak mampu mengontrol emosinya secara stabil.	Pasien tampak sesekali mudah marah jika ada yang kurang sesuai keinginannya, tetapi tidak berpotensi membahayakan diri

			sendiri dan orang lain.
	Adaptasi	Pasien tampak mampu beradaptasi dengan baik terhadap orang dan lingkungan sekitar, pasien selalu tersenyum kepada orang lain.	Pasien tampak mampu beradaptasi dengan baik terhadap orang dan lingkungan sekitar, pasien sering mengucapkan maaf dan terima kasih kepada orang yang membantunya.
	Mekanisme pertahanan diri	Pengambilan keputusan selama tinggal di panti jompo dilakukan sendiri dengan bantuan keluarga maupun tenaga <i>caregiver</i> . Yang disukai pasien tentang diri sendiri kepribadiannya yang ramah, tidak ada hal yang ingin dirubah mengenai diri pasien. Kegiatan yang dilakukan jika sedang stress tidur dan berkomunikasi dengan orang lain.	Pengambilan keputusan selama tinggal di panti jompo dilakukan sendiri dengan bantuan keluarga maupun tenaga <i>caregiver</i> . Yang disukai pasien tentang diri sendiri kepribadiannya yang ramah, tidak ada hal yang ingin dirubah mengenai diri pasien. Kegiatan yang dilakukan jika sedang stress tidur dan berkomunikasi dengan orang lain.
Pengkajian Mental dan Kognitif	Fungsi intelektual	Pengkajian fungsi intelektual dikaji dengan <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> (SPMSQ). Hasil pengkajian SPMSQ pada Ny. S masuk ke dalam kategori kerusakan intelektual ringan dengan jumlah 3 kesalahan. Adapun pengkajian <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> (SPMSQ) terlampir.	Pengkajian fungsi intelektual dikaji dengan <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> (SPMSQ). Hasil pengkajian SPMSQ pada Ny. W masuk ke dalam kategori kerusakan intelektual sedang dengan jumlah 6 kesalahan. Adapun pengkajian <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> (SPMSQ) terlampir.

Status kognitif	Pengkajian fungsi kognitif dikaji dengan <i>Mini-Mental State Exam</i> (MMSE). Hasil pengkajian menunjukkan Ny. S termasuk dalam kategori status kognitif normal dengan jumlah skor 24. Adapun pengkajian <i>Mini-Mental State Exam</i> (MMSE) terlampir.	Pengkajian fungsi kognitif dikaji dengan <i>Mini-Mental State Exam</i> (MMSE). Hasil pengkajian menunjukkan Ny. W termasuk dalam kategori gangguan kognitif ringan dengan jumlah skor 18. Adapun pengkajian <i>Mini-Mental State Exam</i> (MMSE) terlampir.
Status mental	Pengkajian status mental dikaji dengan <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS). Hasil pengkajian status mental pada Ny.S menyatakan status mental normal dengan jumlah skor 3. Adapun pengkajian dengan <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS) terlampir.	Pengkajian status mental dikaji dengan <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS). Hasil pengkajian status mental pada Ny.W menyatakan status mental normal dengan jumlah skor 2. Adapun pengkajian dengan <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS) terlampir.
Risiko jatuh	Pengkajian risiko jatuh dikaji dengan dengan <i>Morse Fall Scale</i> (MFS). Hasil pengkajian MFS menunjukkan Ny. S termasuk dalam kategori risiko jatuh rendah dengan skor 15. Adapun hasil pengkajian <i>Morse Fall Scale</i> (MFS) terlampir.	Pengkajian risiko jatuh dikaji dengan dengan <i>Morse Fall Scale</i> (MFS). Hasil pengkajian MFS menunjukkan Ny. W termasuk dalam kategori risiko jatuh rendah dengan skor 15. Adapun hasil pengkajian <i>Morse Fall Scale</i> (MFS) terlampir.
Gangguan tidur	Pasien tidak memiliki keluhan maupun gangguan terkait dengan pola tidur.	Pasien tidak memiliki keluhan maupun gangguan terkait dengan pola tidur.

Pemeriksaan Fisik	Keadaan umum	Pasien tampak lemah	Pasien tampak lemah
	Tingkat kesadaran	Compos mentis (15)	Compos mentis (15)
	GCS	E (Eye): 4	E (Eye): 4
		V (Verbal): 5	V (Verbal): 5
		M (Motorik): 6	M (Motorik): 6
	Tanda-tanda vital	TD: 115/70 N: 70 RR: 20x/menit S: 36,1°C	TD: 110/75 N: 87 RR: 20x/menit S: 36,3°C
	Kepala	Bentuk kepala normocephal, warna rambut putih, rambut mudah rontok, tidak terdapat benjolan, tidak ditemukan adanya lesi dan luka ataupun kelainan lainnya pada bagian kepala.	Bentuk kepala normocephal, warna rambut putih, rambut mudah rontok, tidak terdapat benjolan, tidak ditemukan adanya lesi dan luka ataupun kelainan lainnya pada bagian kepala.
	Mata, telinga, hidung	Mata: Adanya penurunan kemampuan dalam penglihatan akibat faktor usia lanjut, mata simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pupil mata isokor, dan tidak terdapat katarak.	Mata: Adanya penurunan kemampuan dalam penglihatan akibat faktor usia lanjut, mata simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pupil mata isokor, dan tidak terdapat katarak.
		Telinga: Adanya penurunan kemampuan dalam pendengaran akibat faktor usia lanjut, telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada lesi, tidak ada serumen, tidak ada penggunaan alat bantu pendengaran.	Telinga: Adanya penurunan kemampuan dalam pendengaran akibat faktor usia lanjut, telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada lesi, tidak ada serumen, tidak ada penggunaan alat bantu pendengaran.
		Hidung: Pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada	Hidung: Pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada

	penciumannya, bentuk hidung normal, tidak ada tarikan cuping hidung, hidung tampak bersih, tidak terdapat secret, darah, maupun polip.	penciumannya, bentuk hidung normal, tidak ada tarikan cuping hidung, hidung tampak bersih, tidak terdapat secret, darah, maupun polip.
Mulut, lidah, dan tenggorokan	Warna bibir merah muda, mukosa bibir tampak lembab., idak ada edema, inflamasi, ataupun perdarahan gusi, tidak terdapat pembesaran tonsil. Pasien tampak menggunakan gigi palsu yang rutin dibersihkan setiap hari. Pasien memiliki kesulitan dalam mengunyah dan meneloh makanan, makanan sering tertinggal di dalam mulut, pasien post operasi dagu dan pasca stroke.	Warna bibir merah muda, mukosa bibir tampak lembab., idak ada edema, inflamasi, ataupun perdarahan gusi, tidak terdapat pembesaran tonsil. Pasien tidak menggunakan gigi palsu. Pasien mengalami penurunan fungsi dalam mengunyah dan meneloh makanan, pasien sering batuk dan muntah saat makan.
Leher	Tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada lesi, nadi karotis teraba, tidak ada pembesaran limfoid	Tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada lesi, nadi karotis teraba, tidak ada pembesaran limfoid
Dada dan punggung	Jantung: Tidak ada keluhan nyeri dada, frekuensi nadi normal 70x/menit, irama jantung teratur, tidak ada sianosis, CRT < 2 detik. Paru: Frekuensi napas teratur 20x/menit, bentuk dada simetris,	Jantung: Tidak ada keluhan nyeri dada, frekuensi nadi normal 87x/menit, irama jantung teratur, tidak ada sianosis, CRT < 2 detik. Paru: Frekuensi napas teratur 20x/menit, bentuk dada simetris,

	tidak ada retraksi dada, tidak ada benjolan, perkusi terdengar sonor, auskultasi vesikuler, tidak ada sumbatan jalan nafas. Punggung: Tidak ada lesi ataupun benjolan pada punggung pasien.	tidak ada retraksi dada, tidak ada benjolan, perkusi terdengar sonor, auskultasi vesikuler, tidak ada sumbatan jalan nafas. Punggung: Tidak ada lesi ataupun benjolan pada punggung pasien.				
Abdomen dan pinggang	Bentuk abdomen simetris, tidak ada benjolan, luka, maupun jejas, bising usus 15x/menit, tidak ada nyeri tekan, perkusi timpani, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri pada perkusi ginjal, dan tidak ada kesulitan dalam berkemih.	Bentuk abdomen simetris, tidak ada benjolan, luka, maupun jejas, bising usus 15x/menit, tidak ada nyeri tekan, perkusi timpani, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri pada perkusi ginjal, dan tidak ada kesulitan dalam berkemih.				
Ekstremitas atas dan bawah	Terdapat hemiplegia pada ekstremitas atas dan bawah bagian kanan serta kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri sehingga sulit digerakkan. Rentang gerak (ROM) terbatas, CRT < 2 detik, akral hangat, tidak ada edema, dengan kekuatan otot:	Tidak ada hemiplegia, tetapi terdapat kelemahan pada kedua ekstremitas atas dan bawah. Rentang gerak (ROM) terbatas, CRT < 2 detik, akral hangat, tidak ada edema, dengan kekuatan otot:				
		<table><tr><td>4444</td><td>4444</td></tr><tr><td>3333</td><td>3333</td></tr></table>	4444	4444	3333	3333
4444	4444					
3333	3333					
	<table><tr><td>1111</td><td>3333</td></tr><tr><td>1111</td><td>3333</td></tr></table>	1111	3333	1111	3333	
1111	3333					
1111	3333					

Sistem imun	Pasien tidak memiliki gangguan terkait sistem imun.	Pasien tidak memiliki gangguan terkait sistem imun.
Genetalia	Tidak ada kelainan	Tidak ada kelainan
Reproduksi	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
Persarafan	Pasien tampak tidak mengalami gangguan persarafan.	Pasien tampak tidak mengalami gangguan persarafan.
Pengecapan	Hasil pemeriksaan saraf kranial sebagai berikut. • N1: Normal, pasien mampu membedakan bau • N2: Kemampuan membaca jarak jauh menurun. • N3: Normal, pasien mampu mengangkat kelopak mata • N4: Normal, pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah • N5: Terjadi penurunan pada fungsi menelan dan mengunyah, memerlukan waktu lama untuk mengunyah dan menelan makanan • N6: Normal, pasien mampu menggerakkan	Hasil pemeriksaan saraf kranial sebagai berikut. • N1: Normal, pasien mampu membedakan bau • N2: Kemampuan membaca jarak jauh menurun. • N3: Normal, pasien mampu mengangkat kelopak mata • N4: Normal, pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah • N5: terjadi penurunan pada fungsi menelan dan mengunyah, memerlukan waktu lama untuk mengunyah dan menelan makanan • N6: Normal, pasien mampu menggerakkan

	mata ke samping • N7: Normal, pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata • N8: Terjadi penurunan kemampuan mendengar • N9: Normal, pasien mampu membedakan rasa manis dan asam • N10: Pasien mampu menelan tetapi agak lama • N11: pasien mampu menggerakkan bahu kiri dan melawan tekanan yang tidak terlalu kuat, tetapi tidak mampu menggerakkan bahu kanan • N12: Lidah tampak simetris	mata ke samping • N7: Normal, pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata • N8: Terjadi penurunan kemampuan mendengar • N9: Normal, pasien mampu membedakan rasa manis dan asam • N10: Pasien mampu menelan tetapi agak lama • N11: pasien mampu untuk menggerakkan bahu dan melawan tekanan yang tidak terlalu kuat • N12: Lidah tampak simetris
Pengecapan	Pasien mampu merasakan rasa makanan secara normal dan tidak memiliki masalah dengan pengecapan.	Pasien mampu merasakan rasa makanan secara normal dan tidak memiliki masalah dengan pengecapan.
Kulit	Turgor kulit elastis, warna kulit putih, tidak ada laserasi, tidak ada luka.	Turgor kulit elastis, warna kulit putih, tidak ada laserasi, tidak ada luka.

B. Diagnosis Keperawatan

1. Analisis data

Berdasarkan data hasil pengkajian keperawatan yang telah dilakukan, selanjutnya dilakukan analisis data untuk merumuskan masalah atau diagnosis keperawatan yang dialami. Adapun analisis data dari hasil pengkajian kedua pasien yaitu sebagai berikut.

Tabel 4
Analisis Data Asuhan Keperawatan Risiko Aspirasi pada Ny.S dan Ny.W yang menderita Disfagia dengan dengan Pemberian *Toromeiku* di Panti Jompo Khusus Hakushimasou Prefektur Osaka Jepang Tahun 2024

Analisis Data	Data Fokus	Interpretasi (Etiologi)	Masalah Keperawatan
1	2	3	4
Pasien I (Ny.S)	Data Subjektif: • Tidak ada Data Objektif: • Pasien tampak kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan • Makanan sering tertinggal di dalam mulut • Pasien tampak lemah • Pasien tampak menggunakan gigi palsu	Usia lanjut, kelainan neurologis, komplikasi medik ↓ Masalah pada kontrol saraf atau struktur yang terlibat dalam bagian proses menelan ↓ Disfagia ↓ Gangguan mekanisme protektif (fungsi epiglottis terganggu) ↓ Meningkatnya risiko masuknya makanan atau minuman ke saluran napas ↓ Risiko aspirasi	Risiko aspirasi

Pasien II (Ny.W)	Data Subjektif: - Tidak ada Data Objektif: - Pasien tampak kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan - Pasien tampak batuk setelah makan dan minum sejak 2 hari yang lalu - Pasien memiliki riwayat tersedak 1 minggu yang lalu dan mengalami penurunan fungsi menelan secara perlahan - Pasien tampak lemah	Usia lanjut, kelainan neurologis, komplikasi medik ↓ Masalah pada kontrol saraf atau struktur yang terlibat dalam bagian proses menelan ↓ Disfagia ↓ Gangguan mekanisme protektif (fungsi epiglotis terganggu) ↓ Meningkatnya risiko masuknya makanan atau minuman ke saluran napas ↓ Risiko aspirasi	Risiko aspirasi
---------------------	---	---	-----------------

2. Rumusan diagnosis masalah

Berdasarkan analisis data hasil pengkajian di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa masalah keperawatan yang terjadi pada dua pasien kelolaan utama adalah risiko aspirasi dibuktikan dengan gangguan menelan dan disfagia.

C. Rencana Keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan pada kedua pasien kelolaan utama, maka dirumuskan perencanaan keperawatan sesuai dengan tabel berikut.

Tabel 5
Rencana Asuhan Keperawatan Risiko Aspirasi pada Ny.S dan Ny.W yang menderita Disfagia dengan dengan Pemberian *Toromeiku* di Panti Jompo Khusus Hakushimasou Prefektur Osaka Jepang Tahun 2024

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Risiko Aspirasi (D.0006) dibuktikan dengan gangguan menelan dan disfagia	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Tingkat aspirasi (L.01006) menurun dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Kemampuan menelan meningkat (5) 3. Kebersihan mulut meningkat (5) 4. Dispnea menurun (5) 5. Kelemahan otot menurun (5) 6. Akumulasi secret menurun (5) 7. Wheezing menurun (5) 8. Batuk menurun (5) 9. Penggunaan otot aksesori menurun (5) 10. Sianosis menurun (5) 11. Gelisah menurun (5) 12. Frekuensi napas membaik (5)	Intervensi Utama Pencegahan Aspirasi (I.01018) Observasi 1. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan 2. Monitor status pernapasan 3. Monitor bunyi napas terutama setelah makan/minum Terapeutik 4. Posisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral 5. Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi secret meningkat 6. Sediakan <i>suction</i> diruangan 7. Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak 8. Berikan obat oral dalam bentuk cair Edukasi 9. Anjurkan makan secara perlahan 10. Ajarkan strategi mencegah aspirasi 11. Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu

Intervensi Pendukung
Pemberian Makanan (I.03125)
Observasi

1. Identifikasi makanan yang diprogramkan
2. Identifikasi kemampuan menelan
3. Periksa mulut untuk residu pada akhir makan

Terapeutik

4. Lakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan
5. Sediakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan
6. Berikan posisi duduk atau semi fowler saat makan
7. Berikan makanan hangat, jika memungkinkan
8. Sediakan sedotan, sesuai kebutuhan
9. Tawarkan mencium aroma makanan untuk merangsang nafsu makan
10. Cuci muka dan tangan setelah makan

Edukasi

11. Anjurkan orang tua atau keluarga membantu memberi makan kepada pasien

Kolaborasi

12. Kolaborasi pemberian analgesik yang adekuat sebelum makan, jika perlu
13. Kolaborasi pemberian antiemetik sebelum makan, jika perlu

Intervensi Inovasi

Modifikasi pemberian makanan atau cairan dengan pemberian *toromeiku* atau bahan pengental.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Implementasi keperawatan yang dilakukan meliputi intervensi utama berupa pencegahan aspirasi dan intervensi pendukung berupa pemberian makanan. Intervensi utama dan pendukung diimplementasikan pada kedua pasien selama 3 hari dari tanggal 6-8 November 2024 mulai pukul 09.30 - 18.15 di Panti Jompo Khusus Hakushimasou. Intervensi inovasi berupa modifikasi makanan dan cairan dengan pemberian *toromeiku* atau bahan pengental dilakukan dihari yang sama dari tanggal 6-8 November 2024 setiap jam makan siang dan snack siang pukul 12.00 serta jam makan malam pukul 18.00 di Panti Jompo Khusus Hakushimasou. Jenis *toromeiku* yang diberikan kepada kedua pasien kelolaan adalah *toromeiku* dengan ketebalan tipis (*usui toromi*). Pada kasus ini, setiap 150 cc cairan ditambahkan dengan 10 gram bubuk *toromeiku*. Adapun implementasi yang diberikan pada pasien terlampir.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan pada kedua pasien kelolaan utama yang telah diberikan implementasi sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan yaitu sebagai berikut.

Tabel 6
Evaluasi Asuhan Keperawatan Risiko Aspirasi pada Ny.S dan Ny.W yang menderita Disfagia dengan dengan Pemberian *Toromeiku* di Panti Jompo Khusus Hakushimasou Prefektur Osaka Jepang Tahun 2024

Hari/Tanggal	Pasien	Evaluasi	Paraf dan Nama
Jumat, 8 November 2024 18.15	Pasien I (Ny.S)	Subjektif: Tidak ada Objektif: Kemampuan pasien menelan makanan mengalami peningkatan, tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran, kebersihan mulut baik, tidak ditemukan dispnea, tidak terjadi peningkatan kelemahan otot, tidak terdapat secret, tidak terdapat suara napas tambahan, tidak ada batuk setelah makan maupun minum, tidak ada penggunaan otot aksesori, tidak ada sianosis, pasien tampak tenang, serta frekuensi napas normal, RR: 18x/menit. Assesment: Masalah keperawatan risiko aspirasi teratasi Planning: Lanjutkan intervensi pencegahan aspirasi, pemberian makan dan intervensi inovasi berupa modifikasi makanan dan cairan dengan pemberian <i>Toromeiku</i> atau bahan pengental	 Desy
Jumat, 8 November 2024 18.15	Pasien II (Ny.W)	Subjektif: Tidak ada Objektif: Kemampuan pasien menelan makanan mengalami peningkatan, tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran, kebersihan mulut baik, tidak ditemukan dispnea, tidak terjadi peningkatan kelemahan otot, tidak terdapat secret, tidak terdapat suara napas tambahan, tidak ada batuk setelah makan maupun minum, tidak ada penggunaan otot aksesori, tidak ada sianosis, pasien tampak tenang, serta frekuensi napas normal, RR: 20x/menit.	 Desy

Assesment:

Masalah keperawatan risiko aspirasi teratasi

Planning:

Lanjutkan intervensi pencegahan aspirasi, pemberian makan dan intervensi inovasi berupa modifikasi makanan dan cairan dengan pemberian *Toromeiku* atau bahan pengental
