

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Lansia

1. Definisi

Menurut *World Health Organization* (WHO), lanjut usia atau lansia merupakan seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia adalah kelompok umur manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya (*aging process* atau proses penuaan). Definisi secara umum, seseorang dapat dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya telah mencapai 65 tahun keatas. Lansia bukanlah suatu penyakit namun merupakan tahapan lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Effendi and Makhfudli, 2020).

Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual (Effendi and Makhfudli, 2020).

Berdasarkan pengertian diatas, lansia merupakan seseorang yang berusia diatas 60 tahun keatas yang merupakan tahapan lanjut dari suatu proses kehidupan yang memerlukan adaptasi dengan segala perubahan atau proses penuaan yang terjadi pada dirinya.

2. Karakteristik lansia

Karakteristik lansia menurut Friska *et al.* (2020) dapat diuraikan dalam bahasan berikut ini :

- a. Seseorang dikatakan lansia saat telah berusia diatas 60 tahun

- b. Usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki sehingga presentase lansia perempuan yang berstatus bercerai umumnya kawin lagi
- c. Kebutuhan dan masalah yang terjadi mulai bervariasi yaitu dari rentang sehat hingga sakit, kebutuhan bio psiko sosial dan spiritual serta kondisi adaptif hingga maladaptif
- d. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi

3. Klasifikasi lansia

Lansia atau lanjut usia menurut Maylasari *et al.* (2017) dibagi menjadi empat kelompok, yaitu :

- a. Usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45-59 tahun
- b. Lanjut usia atau lansia (*edderly*), yaitu kelompok usia 60-74 tahun
- c. Lansia tua (*old*), yaitu kelompok usia 75-90 tahun
- d. Lansia sangat tua (*very old*), yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun

4. Ciri-ciri lansia

Menurut Oktara (2018) adapun ciri-ciri yang dimiliki oleh lansia diantaranya :

- a. Lansia merupakan periode kemunduran faktor fisik dan psikologis, sehingga motivasi merupakan peran yang penting dalam hal ini. Misalnya, Lansia yang memiliki motivasi rendah melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi lansia yang memiliki motivasi tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.
- b. Penyesuaian yang buruk pada lansia menyebabkan lansia cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk sehingga akibat dari perlakuan yang buruk itu

membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : Lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

5. Perubahan yang terjadi pada lansia

Semakin bertambah umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang biasanya akan berdampak pada perubahan-perubahan jiwa atau diri manusia. Pada lansia tidak hanya perubahan fisik, kognitif, dan psikososial (Rahmawati, 2017).

a. Perubahan fisik

Sistem tubuh pada lansia mengalami beberapa perubahan seiring umur lansia, diantaranya:

1) Sistem keseluruhan

Berkurangnya tinggi dan berat badan, bertambahnya *fat to lean body, mass ratio*, dan berkurangnya cairan tubuh.

2) Sistem pendengaran

Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

3) Sistem Intergumen

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan

kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*. Kulit wajah, leher, lengan, dan tangan menjadi lebih kering dan keriput karena menurunnya cairan, hilangnya jaringan adiposa, kulit pucat, dan terdapat bintik-bintik hitam akibat menurunnya aliran darah ke kulit, menurunnya sel-sel yang memproduksi pigmen, kuku jari tangan dan kaki menjadi tebal serta rapuh. Pada wanita usia lebih dari 60 tahun, rambut menipis, warna rambut kelabu, serta kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya. Fungsi kulit sebagai proteksi menurun.

4) Sistem muscular

Kecepatan dan kekuatan kontraksi otot skeletal berkurang, pengecilan otot akibat menurunnya serabut otot, namun pada otot polos tidak begitu terpengaruh.

5) Sistem kardiovaskuler

Massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi SA node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat. Konsumsi oksigen pada tingkat maksimal berkurang, sehingga kapasitas paru menurun. Latihan berguna untuk meningkatkan maksimum, mengurangi tekanan darah, dan berat badan.

6) Sistem perkemihan

Ginjal mengecil, nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, filtrasi glomerulus menurun sampai 50%, fungsi tubulus berkurang akibatnya kurang mampu memekatkan urine, BJ urine menurun, proteinuria, BUN meningkat, ambang ginjal terhadap glukosa meningkat, kapasitas kandung kemih menurun 200 ml karena otot-otot yang melemah, frekuensi berkemih meningkat,

kandung kemih sulit dikosongkan pada pria akibat retensi urine meningkat. Pembesaran prostat (75% usia di atas 65 tahun), bertambahnya aliran darah renal, berkurangnya osmolalitas urine clearance, berat ginjal menurun 30- 50%, jumlah nefron menurun, dan kemampuan memekatkan atau mengencerkan urine oleh ginjal menurun.

7) Sistem Pernafasan

Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, menurunnya aktivitas silia, berkurangnya elastisitas paru, alveoli ukurannya melebar dari biasanya, jumlah alveoli berkurang, oksigen arteri menurun menjadi 75 mmHg, berkurangnya maximal oxygen uptake, dan berkurangnya reflex batuk.

8) Sistem gastrointestinal

Indera pengecap menurun; adanya iritasi yang kronis, dari selaput lender, atrofi indera pengecap (80%), hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa tentang rasa asin, asam dan pahit. Pada lambung, rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu mengosongkan menurun. Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi. Fungsi absorpsi (daya absorpsi terganggu). Liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan dan berkurangnya aliran darah.

9) Sistem penglihatan

Perubahan sistem penglihatan pada lansia erat kaitannya dengan presbiopi. Lensa kehilangan elastisitas dan kaku. Otot penyangga lensa lemah, ketajaman penglihatan dan daya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, menurunnya lapang pandang (berkurang luas pandang, berkurangnya sensitifitas terhadap

warna: menurunnya kemampuan membedakan warna hijau atau biru pada skala dan *depth perception*).

10) Sistem persyarafan

Berkurangnya berat otak sekitar 10-20%, berkurangnya sel kortikal, reaksi menjadi lambat, kurang sensitive terhadap sentuhan, berkurangnya aktifitas sel T, bertambahnya waktu jawaban motorik, hantaran neuron motorik melemah, dan kemunduran fungsi saraf otonom.

11) Sistem endokrin

Produksi hampir semua *hormone* menurun, fungsi parathyroid dan sekresinya tidak berubah, berkurangnya ACTH, TSH, FSH, dan LH. Menurunnya aktifitas tiroid akibatnya basal metabolisme menurun, menurunnya produksi aldosterone, menurunnya sekresi *hormone gonad (progesterone, estrogen dan aldosteron)* bertambahnya insulin, *norepinephrine*, *parathormone*, *vasopressin*, berkurangnya *triiodothyronine*, dan psikomotor menjadi lambat.

12) Sistem reproduksi

Selaput lender vagina menurun atau kering, mengecilnya ovarium dan uterus, atrofi payudara, testis masih dapat memproduksi sperma meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur dan dorongan seks menetap sampai diatas umur 70 tahun asalkan kondisi kesehatan baik, penghentian produksi ovum pada saat menopause.

b. Perubahan Kognitif

Banyak lansia mengalami perubahan kognitif, tidak hanya lansia biasanya anak-anak muda juga pernah mengalaminya seperti memory (daya ingat dan ingatan). Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan kognitif antara lain:

- 1) Perubahan fisik, khususnya organ perasa
- 2) Kesehatan umum
- 3) Tingkat pendidikan
- 4) Keturunan (hereditas)
- 5) Lingkungan

Pada lansia, seringkali memori jangka pendek, pikiran, kemampuan berbicara, dan kemampuan motorik terpengaruh. Lansia akan kehilangan kemampuan dan pengetahuan yang telah didapatkan sebelumnya. Lansia cenderung mengalami demensia.

c. Perubahan Psikososial

Sebagian orang yang akan mengalami hal ini dikarenakan berbagai masalah hidup ataupun yang kali ini dikarenakan umur seperti:

- 1) Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

- 2) Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

3) Gangguan tidur

Perubahan waktu tidur pada lansia juga dikenal sebagai penyebab morbiditas yang signifikan. Ada beberapa dampak serius gangguan tidur pada lansia misalnya mengantuk berlebihan di siang hari, gangguan atensi dan memori, mood depresi, sering terjatuh, penggunaan hipnotik yang tidak semestinya, dan penurunan kualitas hidup. Angka kematian, angka sakit jantung dan kanker lebih tinggi pada seseorang yang lama tidurnya lebih dari 9 jam atau kurang dari 6 jam per hari bila dibandingkan dengan seseorang yang lama tidurnya antara 7-8 jam per hari. Berdasarkan dugaan etiologinya, gangguan tidur dibagi menjadi empat kelompok yaitu, gangguan tidur primer, gangguan tidur akibat gangguan mental lain, gangguan tidur akibat kondisi medik umum, dan gangguan tidur yang diinduksi oleh zat.

4) Pensiun

Perubahan psikososial yang dialami lansia erat kaitannya dengan keterbatasan produktivitas kerja. Lansia yang memasuki masa-masa pensiun akan mengalami kehilangan finansial pendapatan berkurang), kehilangan status atau jabatan pada posisi tertentu ketika masih bekerja dulu, kehilangan kegiatan atau aktivitas, merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of mortality*), perubahan dalam cara hidup, perubahan kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*), adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan fisik, timbulnya kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial, dan hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan gambaran diri dan perubahan konsep diri).

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses penuaan

Menurut (Rahmawati, 2017) penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologis. Penuaan yang dialami oleh manusia terjadi sesuai dengan kronologis usia. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses tersebut antara lain sebagai berikut:

a. Hereditas atau Genetik

Kematian sel merupakan seluruh program kehidupan yang dikaitkan dengan peran DNA dalam mekanisme pengendalian fungsi sel. Secara genetik, sel perempuan ditentukan oleh sepasang kromosom X sedangkan laki-laki oleh satu kromosom X. Kromosom X ini ternyata membawa unsur kehidupan sehingga perempuan berumur lebih panjang dari pada laki-laki.

b. Nutrisi atau Makanan

Nutrisi atau makanan kondisi kurang atau berlebihan nutrisi dari kebutuhan tubuh mengganggu keseimbangan reaksi kekebalan.

c. Status Kesehatan

Penyakit yang selama ini selalu dikaitkan dengan proses penuaan, sebenarnya tidak benar-benar disebabkan oleh proses menua itu sendiri. Penyakit tersebut lebih disebabkan oleh faktor luar yang merugikan, berlangsung tetap dan berkepanjangan.

d. Pengalaman Hidup

- 1) Paparan sinar matahari: kulit yang tidak terlindung sinar matahari akan mudah ternoda oleh flek, kerutan, dan menjadi kusam.
- 2) Kurang olahraga : kegiatan olahraga fisik dapat membantu pembentukan otot dan menyebabkan lancarnya sirkulasi darah.

- 3) Mengonsumsi alkohol: alkohol dapat memperbesar pembuluh darah kecil pada kulit dan menyebabkan peningkatan aliran darah dekat permukaan kulit.

e. Lingkungan

Proses menua secara biologis berlangsung secara alami dan tidak dapat dihindari, namun dengan lingkungan yang mendukung secara positif, status sehat tetap dapat dipertahankan dalam usia lanjut.

f. Stress

Tekanan hidup sehari-hari dalam lingkungan rumah, pekerjaan, maupun masyarakat yang tercermin dalam bentuk gaya hidup akan berpengaruh dalam proses penuaan.

B. Stroke Non Hemoragic

1. Definisi

Stroke merupakan deficit neurologis fokal atau global yang terjadi secara mendadak selama lebih dari 24 jam (atau kurang dari 24 jam apabila pasien dalam kondisi meninggal atau sedang dilakukan tindakan pembedahan) akibat dari gangguan pada aliran darah ke otak (Rohadi *et al.*, 2023). Stroke merupakan suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terganggu atau berkurang akibat penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragic) (Musi and Nurjannah, 2021).

Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Stroke adalah gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terganggunya fungsi otak yang dapat menimbulkan gangguan tubuh tergantung pada bagian fungsi otak mana yang rusak. Gangguan tersebut

diantaranya seperti kehilangan kesadaran, kelumpuhan serta tidak berfungsinya panca indra atau napas terhenti dan yang paling fatal dapat menyebabkan kematian (Fibriana, 2024).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan suatu kondisi kedaruratan ketika terjadi defisit neurologis akibat dari penurunan tiba-tiba aliran darah ke area otak yang terlokalisasi sehingga dapat menyebabkan kecacatan.

2. Etiologi

Penyebab stroke sangatlah bervariasi, mulai dari gumpalan darah pada pembuluh darah di otak, tekanan darah tinggi, hingga pengaruh obat-obatan pengencer darah. Stroke sangat berisiko dialami oleh penderita tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, obesitas, dan diabetes melitus. Risiko yang sama dapat terjadi pada orang yang kurang olahraga serta kebiasaan dalam mengonsumsi alkohol dan merokok (Musi and Nurjannah, 2021). Menurut Fibriana (2024) penyebab terjadi stroke yaitu :

- a. Ketika suplai darah ke otak tiba-tiba terganggu oleh thrombus, embolus atau stenosis pembuluh darah
- b. Ketika pembuluh darah mengalami rupture, darah masuk ke dalam ruang di sekitar neuron

3. Tanda dan gejala

Gejala stroke dapat berbeda pada setiap penderitanya, tetapi gejala yang sering dijumpai adalah tungkai mati rasa, bicara menjadi kacau, wajah terlihat menurun, dan lain sebagainya (Musi and Nurjannah, 2021).

Menurut Yuswantoro *et al.* (2022) tanda dan gejala stroke sebagai berikut :

- a. Kelemahan mendadak pada satu sisi atau dua sisi tubuh
- b. Kesemutan pada muka, lengan dan kaki
- c. Kehilangan pengelihatan mendadak
- d. Sakit kepala hebat yang terjadi secara mendadak
- e. Kehilangan kemampuan berbicara atau sulit menelan
- f. Penurunan kesadaran
- g. Gangguan emosi dan daya ingat
- h. Kesulitan menelan sehingga sering mengalami tersedak saat makan

4. Klasifikasi

Menurut Rohadi *et al.* (2023) stroke dapat dibedakan menjadi dua yaitu :

- a. Stroke pendarahan (stroke hemoragic)

Stroke pendarahan merupakan stroke yang terjadi akibat adanya pendarahan di jaringan otak (*intracerebral hemorrhage*) dan di ruang subaraknoid (*subarachnoid hemorrhage*). Menurut (Fibriana, 2024) stroke hemoragic ada dua jenis yaitu :

1) *Hemorrhagic intraserebral*

pendarahan yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah di otak dan menyebar ke jaringan otak disekitarnya, sehingga merusak sel-sel otak.

2) *Hemorrhagic subarachnoid*

Pendarahan yang terjadi akibat aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Hal ini terjadi pendarahan di ruang subarachnoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

- b. Stroke iskemik (stroke non hemoragic)

Stroke yang timbul akibat adanya sumbatan dalam vascular yang menyebabkan penurunan aliran darah ke otak dibawah ambang batas. Stroke iskemik menurut (Fibriana, 2024) dibedakan menjadi dua yaitu :

1) Stroke trombotik

Stroke yang terjadi ketika gumpalan darah (thrombus) terbentuk di salah satu arteri yang memasok darah ke otak.

2) Sroke embolik

Stroke yang terjadi ketika gumpalan darah menyebar dari otak dan tersapu melalui aliran darah. Jenis gumpalan darah ini disebut embolus.

5. Faktor risiko stroke

Menurut Yuswantoro *et al.* (2022) faktor risiko ada penderita stroke dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

a. Faktor risiko yang dapat dirubah :

- 1) Tekanan darah tinggi atau hipertensi
- 2) Diabetes melitus atau kencing manis
- 3) Penyakit jantung koroner terutama bila atrial fibrilasi
- 4) Sering mengkonsumsi alkohol
- 5) Angka kolesterol selalu berada pada nilai abnormal atau tinggi
- 6) Kebiasaan merokok
- 7) Obesitas atau kegemukan
- 8) Kelainan pembekuan darah
- 9) Stress
- 10) Kurang aktivitas dan olahraga

b. Faktor risiko yang tidak dapat dirubah :

1) Usia

Stroke dapat menyerang siapa saja tak mengenal usia sehingga masa produktif bukan jaminan terhindar dari serangan stroke. Hasil penelitian menunjukkan 2/3 serangan stroke memang terjadi pada usia diatas 65 tahun.

2) Jenis kelamin

Penelitian menunjukkan pria lebih beresiko mengalami stroke berkisar 1,25 kali lebih tinggi daripada wanita. Namun, kenyataan Wanita lebih banyak meninggal karena penyakit ini, hal ini disebabkan karena pria umumnya terkena stroke pada usia muda sedangkan wanita terkena serangan saat telah memasuki usia tua.

3) Ras

Berdasarkan literatur, bangsa Afrika, Asia dan keturunan Hispanik lebih rentan terkena penyakit stroke.

4) Riwayat hidup

Garis keturunan diduga berkaitan dengan kejadian stroke, dalam hal ini hipertensi, diabetes melitus dan cacat pada pembuluh darah menjadi faktor genetik yang berperan. Selain pola dan gaya hidup dalam keluarga yang sudah pasti menjadi kebiasaan yang sulit dirubah dan juga meningkatkan risiko stroke.

6. Pemeriksaan penunjang/diagnostic

Menurut Hutagaluh (2019) pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan penderita stroke adalah :

a. Pemeriksaan CT-Scan (*Computerized Tomograph Scanning*)

Pemeriksaan CT-Scan kepala diperlukan untuk menyingkrikan penyebab selain stroke, menentukan jenis patologi stroke, menentukan lokasi, ukuran dan

ada tidaknya efek pendesakan akibat stroke. Pemeriksaan CT-Scan dan MRI dapat membantu membedakan stroke iskemik dan stroke hemoragik. Dengan CT-Scan, dapat ditentukan lokasi infark, perdarahan dan menyingkirkan penyebab lain seperti tumor, hematoma subdural yang dapat menyerupai gejala infark atau perdarahan di otak. Pemeriksaan CT-Scan dengan kontras dapat mendeteksi malformasi vaskuler dan aneurisma.

b. Pemeriksaan MRI

Pemeriksaan MRI dilakukan segera setelah pemeriksaan CT-Scan kepala menunjukkan adanya gangguan peredaran darah otak sebelah kanan. Pemeriksaan MRI lebih sensitif mendeteksi infark, terutama yang di batang otak dan serebelum. MRI mempunyai keunggulan bagi pasien dengan iskemia vertebrobasiler atau infark yang kecil yang letaknya dalam.

c. Pemeriksaan jantung dengan EKG (Elektrokardigogram)

Pemeriksaan EKG pada penderita stroke sering berhubungan dengan peningkatan mortalitas bahkan walaupun tidak dijumpai lesi pada jantung. EKG secara bermakna dan independent dapat memprediksi mortalitas penderita.

d. Pemeriksaan pembuluh darah (arteriografi pembuluh darah otak)

Pemeriksaan ini bisa memberi gambaran lokasi dan luasnya kerusakan di jaringan otak. Hal ini bisa lebih jelas melihat bagian pembuluh darah otak yang mengalami penyumbatan.

7. Pengobatan stroke

Pengobatan stroke tergantung kepada kondisi yang dialami oleh pasien tersebut. Dokter dapat memberikan obat-obatan atau melakukan operasi. Adapun untuk memulihkan kondisi, pasien akan dianjurkan menjalani fisioterapi dan

diikuti terapi psikologis apabila diperlukan. Untuk mencegah stroke, dokter menyarankan untuk menerapkan pola makan yang sehat, berolahraga secara rutin, hindari merokok dan mengonsumsi minuman keras (Musi and Nurjannah, 2021).

8. Komplikasi

Stroke yang berkepanjangan menurut Yuswantoro *et al.* (2022) berakibat tergantung pada bagian otak yang mengalami cedera, beberapa hal yang terjadi pada umumnya sebagai berikut :

- a. Kelumpuhan
- b. Perubahan mental
- c. Gangguan emosional
- d. Kehilangan indra perasa
- e. Depresi
- f. Darah beku sehingga terjadi edema atau pembengkakan
- g. Otot mengerut dan sendi kaku

C. Masalah Gangguan Menelan pada Pasien Lansia dengan Stroke Non

Hemoragic

1. Pengertian

Gangguan menelan merupakan fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau esofagus (PPNI, 2016). Gangguan menelan sering disebut dengan disfagia yang artinya kesulitan menelan karena adanya gangguan aliran makanan pada saluran cerna yang disebabkan oleh kelainan sistem saraf menelan, pasca stroke dan adanya massa atau tumor yang menutupi saluran cerna. Disfagia ini sering terjadi pada lansia yang pasca stroke sehingga

bentuk makanan bergantung dengan cara pemberian dan dalam hal ini dengan cara dicincang (Baeda, 2023).

2. Faktor penyebab

Menurut PPNI (2016) faktor penyebab dari gangguan menelan adalah :

- a. Gangguan serebrovaskuler
- b. Gangguan saraf kranialis
- c. Paralisis serebral
- d. Akalasia
- e. Abnormalitas laring
- f. Abnormalitas orofaring
- g. Anomali jalan napas atas
- h. Defek anatomic kongenital
- i. Defek laring
- j. Defek nasal
- k. Defek rongga nasofaring
- l. Defek trakea
- m. Refluk gastroesofagus
- n. Obstruksi mekanis
- o. Prematuritas

3. Data mayor dan data minor

- a. Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. Mengeluh sulit menelan

Objektif

1. Batuk sebelum menelan
2. Batuk setelah makan atau minum

3. Tersedak
4. Makanan tertinggal di rongga mulut

b. Gejala dan tanda minor

Subjektif

Objektif

Oral

Oral

Tidak tersedia

1. Bolus masuk terlalu cepat
2. Refluks nasal
3. Tidak mampu membersihkan rongga mulut
4. Makanan terdorong keluar dari mulut
5. Sulit mengunyah
6. Muntah sebelum menelan

Subjektif

Objektif

Faring

Faring

1. Menolak makan

1. Muntah
2. Posisi kepala kurang elevasi
3. Menelan berulang-ulang

Subjektif

Objektif

Esofagus

Esofagus

1. Mengeluh bangun di malam hari
2. Nyeri epigastrik

1. Hematemesis
2. Gelisah
3. Regurgitasi
4. Odinofagia
5. Bruksisme

4. Kondisi klinis terkait

- a. Stroke
- b. Distrofi muskuler
- c. Poliomyelitis
- d. Cerebral palsy
- e. Penyakit Parkinson
- f. Guillain Barre Syndrome
- g. Myastenia gravis
- h. Amyotropic lateral sclerosis
- i. Neoplasma otak
- j. Paralisis pita suara
- k. Kerusakan saraf kranialis V, VII, IX, XI
- l. Esofagitis

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien dengan diagnosis keperawatan gangguan menelan (D.0063) yaitu terdapat dua jenis intervensi yakni intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama yang digunakan salah satunya adalah pencegahan aspirasi (I.01018). Intervensi pendukung adalah pemberian makanan (I.03125) dengan cara dicincang (*kizami shoku*) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dilakukannya penatalaksanaan sesuai intervensi yang berstandar diharapkan masalah gangguan menelan pada pasien lansia pasca stroke non hemoragic dapat membaik sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai.

D. Asuhan Keperawatan Gangguan Menelan pada Lansia Penderita Stroke Non Hemoragic

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan upaya dalam mengumpulkan dan mencari data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik secara fisik, psiko, sosial dan spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, menganalisis data dan penentuan masalah keperawatan (Mursal *et al.*, 2024).

a. Data biografi

1) Identitas pasien dan penanggung jawab pasien

Pada bagian ini, perawat dapat menggali identitas pasien dan penanggung jawab dari pasien meliputi: nama atau inisial, jenis kelamin, golongan darah, umur, tingkat pendidikan terakhir, agama, status perkawinan, TB dan BB, penampilan, alamat dan nomor telephone. Tercantum pula diagnosa medis yang telah ditetapkan oleh dokter serta nama penanggungjawab dan hubungannya dengan pasien.

2) Genogram

Pada pengkajian terhadap pasien, genogram dapat dijadikan acuan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami yang digambarkan menggunakan simbol-simbol yang umum untuk menggambarkan struktur keluarga. Genogram juga mampu mengidentifikasi adanya penyakit-penyakit yang diturunkan dari orang tua pasien.

3) Riwayat pekerjaan

Pengkajian pada riwayat pekerjaan diidentifikasi dengan maksud untuk memudahkan perawat dalam mengetahui riwayat pekerjaan yang pernah dilakukan oleh pasien. Dengan demikian, dapat diidentifikasi masalah kesehatan yang sedang dialami berhubungan atau tidak dengan riwayat pekerjaan pasien sebelumnya.

4) Data lingkungan

Pada pengkajian ini, perawat mengkaji status kepemilikan dan deskripsi keadaan rumah secara menyeluruh. Kaji sesuai atau tidaknya keadaan rumah pasien dengan status kesehatan yang dimiliki saat ini.

5) Aktivitas rekreasi

Pengkajian mengenai aktivitas rekreasi dilakukan untuk mengetahui kebiasaan pasien dalam melakukan aktivitas rekreasi dikala suntuk dan bosan. Namun hal ini bukan semata hanya berliburan atau berfoya-foya tetapi memanfaatkan waktu luang bersama dengan semua anggota keluarga sehingga meningkatkan perasaan senang dan terjalin pendekatan yang lebih intens.

6) Sistem pendukung

Sistem pendukung merupakan jumlah anggota keluarga yang sehat serta fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan contohnya pihak yang memberikan bantuan dan konseling terhadap aktivitas keluarga, jaraknya rumah dari pelayanan kesehatan yang tersedia serta perawatan sehari-hari yang dilakukan keluarga kepada pasien. Sistem pendukung ini dapat bersifat formal (pelayanan kesehatan, lembaga pemerintahan dan agensi) maupun informal (teman, kelompok sosial, tetangga dan pegawai).

7) Sistem kesehatan

Pada pengkajian sistem kesehatan, dikaji mengenai status kesehatan umum yang dialami oleh pasien selama lima tahun belakangan ini. Tanyakan juga mengenai keluhan utama pasien saat ini yang berhubungan dengan masalah kesehatan yang dihadapi. Tanya mengenai nyeri yang dirasakan dan obat-obatan yang sedang dikonsumsi saat ini. Tanya juga adanya alergi dan status imunisasi.

8) Aktivitas hidup sehari-hari

Indeks katz digunakan untuk mengkaji *activity daily living* pada pasien dengan menilai mandiri atau ketergantungan dari kriteria ADL yang dijabarkan. Kriteria ADL yang dimaksud adalah makan, BAB/BAK, berpindah, mandi, ke kamar kecil dan berpakaian.

9) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Pada pengkajian ini dilakukan pemeriksaan pada sistem-sistem organ didalam tubuh pasien yang menjadi kebutuhan dasar dari manusia seperti sistem pernapasan, cairan dan elektrolit, kebutuhan nutrisi, kebutuhan eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, personal hygiene dan seksual (Renteng dan Simak, 2021).

10) Pemeriksaan fisik

Dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik dari *head to toe* kepada pasien yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami. Jika ditemukan hasil yang tidak normal atau perlu penanganan segera, informasikan hal tersebut kepada keluarga binaan agar dapat dilakukan pemeriksaan lebih lanjut ke pelayanan kesehatan terdekat. Pemeriksaan fisik juga bertujuan untuk mendeteksi kelainan dini pada pasien agar dapat segera diperiksakan ke pelayanan kesehatan terdekat agar tidak terjadi keterlambatan penanganan.

11) Hasil pengkajian kognitif dan mental

Kaji mengenai pemeriksaan pada status mental pasien, kaji aspek kognitif dan fungsi mental, kaji tingkat depresi, risiko jatuh dan gangguan tidur pasien.

12) Data penunjang

Tambahkan data penunjang kesehatan yang dapat memperkuat penegakkan diagnosis keperawatan yang diangkat, lampirkan hasil-hasil pemeriksaan laboratorium yang berkaitan dengan penyakit pasien. Jika pasien menggunakan obat-obatan lampirkan pula di data penunjang tersebut.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok dimana perawat dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara jelas untuk meningkatkan status kesehatan (Mursal *et al.*, 2024). Diagnosis keperawatan menggunakan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) yang terdapat komponen seperti masalah (problem), penyebab (etiology), tanda/gejala (sign/symptom) serta faktor risiko yang harus mencakup minimal 80% dari data mayor dalam SDKI.

Penetapan diagnosis dilakukan secara sistematis melalui tiga tahapan yang meliputi analisa data, mengidentifikasi masalah serta merumuskan diagnosis. Pada studi kasus ini, ditetapkan diagnosis keperawatan utama yaitu gangguan menelan (D.0063) pada pasien lansia pasca stroke non hemoragic dengan faktor penyebab gangguan serebrovaskuler yang meliputi tanda dan gejala mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak dan makanan tertinggal di rongga mulut (PPNI, 2016).

3. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan adalah pedoman tertulis untuk memberikan perawatan kepada pasien. Intervensi yang terorganisasi dengan baik dapat memudahkan perawat dalam mengidentifikasi tindakan keperawatan secara tepat. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten (Mursal *et al.*, 2024). Perawat membuat perencanaan keperawatan berdasarkan pada SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yang sesuai dengan diagnosis keperawatan. Pada studi kasus ini, intervensi utama yang diberikan salah satunya adalah pencegahan aspirasi (I.01018) dengan cara pemberian makanan dengan cara dicincang *kizami shoku*. Intervensi pendukung adalah pemberian makanan (I.03125) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dijelaskan seperti tabel 1 berikut :

Tabel 1
Perencanaan Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Gangguan Menelan dengan Pemberian *Kizami Shoku* pada Lansia Pasca Stroke Non Hemoragic

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Gangguan Menelan (D.0063) Penyebab : - Gangguan serebrovaskuler - Gangguan saraf kranialis - Paralisis serebral - Akalasia - Abnormalitas laring - Abnormalitas orofaring - Anomaly jalan napas atas - Defek anatomic kongenital	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan Status Menelan (L.06052) membaik dengan kriteria hasil : - Mempertahankan makanan di mulut meningkat (5) - Reflek menelan meningkat (5) - Kemampuan mengosongkan mulut meningkat (5) - Kemampuan mengunyah	Intervensi utama Pencegahan Aspirasi (I.01018) Observasi - Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan - Monitor status pernapasan - Monitor bunyi napas terutama setelah makan/minum - Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral - Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral Terapeutik - Posisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral - Pertahankan posisi semi fowler (30-

i. Defek laring j. Defek nasal k. Defek rongga nasofaring l. Defek trakea m. Refluk gastroesofagus n. Obstruksi mekanis o. Prematuritas Gejala dan Tanda Mayor : Data Subjektif : a. Mengeluh sulit menelan Data objektif : a. Batuk sebelum menelan b. Batuk setelah makan atau minum c. Tersedak d. Makanan tertinggal di rongga mulut Kondisi Klinis Terkait : a. Stroke b. Distrofi muskuler c. Poliomieltis d. Cerebral palsy e. Penyakit Parkinson f. Guillain Barre Syndrome g. Myastenia gravis h. Amyotropic lateral sclerosis i. Neoplasma otak j. Paralisis pita suara k. Kerusakan saraf kranialis V, VII, IX, XI l. Esofagitis	- meningkat (5) 5. Usaha menelan meningkat (5) 6. Pembentukan bolus meningkat (5) 7. Frekuensi tersedak menurun (5) 8. Batuk menurun (5) 9. Muntah menurun (5) 10. Refluks lambung menurun (5) 11. Gelisah menurun (5) 12. Regurgitasi menurun (5) 13. Produksi saliva membaik (5) 14. Penerimaan makanan membaik (5) 15. Kualitas suara membaik (5)	45 derajat) pada pasien tidak sadar 8. Pertahankan kepatenan jalan napas (mis.teknik <i>head tilt chin lift, jaw thrust, in line</i>) 9. Pertahankan pengembangan balon <i>endotracheal tube</i> (ETT) 10. Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi secret meningkat 11. Sediakan <i>suction</i> diruangan 12. Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal, jika residu banyak 13. Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak 14. Berikan obat oral dalam bentuk cair Edukasi 15. Anjurkan makan secara perlahan 16. Ajarkan strategi mencegah aspirasi 17. 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 1. Lakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan 2. Sediakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan (mis. simpan urinal, pispot, agar tidak terlihat) 3. Berikan posisi duduk atau semi Fowler saat makan 4. Berikan makanan hangat, jika memungkinkan 5. Sediakan sedotan, sesuai kebutuhan 6. Berikan makanan sesuai keinginan, jika memungkinkan 7. Tawarkan mencium aroma makanan untuk merangsang nafsu makan 8. Pertahankan perhatian saat menyusui 9. Cuci muka dan tangan setelah makan Edukasi 10. Anjurkan orang tua atau keluarga membantu memberi makan kepada pasien
---	---	--

		Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian analgesik yang adekuat sebelum makan, jika perlu 12. Kolaborasi pemberian antiemetil sebelum makan, jika perlu
--	--	---

Sumber : (PPNI, 2016; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

4. Implementasi keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu, tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien (Mursal *et al.*, 2024).

5. Evaluasi keperawatan

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan prosus dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan cara membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan dan sehari-hari tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya (Mursal *et al.*, 2024).

E. Konsep Intervensi *Kizami Shoku*

1. Definisi

Kizami shoku berasal dari Bahasa Jepang yang dibagi menjadi dua suku kata yaitu *kizami* yang artinya cincang dan *shoku* yang artinya cincang, maka *kizami shoku* artinya makanan cincang. Makanan cincang atau *kizami shoku* merupakan makanan biasa yang cara penyajiannya dengan cara dicincang-cincang sesuai dengan situasi kemampuan mengunyah dan menelan individu yang memiliki

tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dan menetapkan strategi diet di usia tua (Nagai *et al.*, 2015).

2. Tujuan dan manfaat

Kizami shoku memiliki beberapa tujuan dan manfaat terutama dalam konteks kesehatan lansia dan pasien yang mengalami kesulitan menelan antara lain (Ueshima *et al.*, 2022) :

- a. Memudahkan proses menelan bagi lansia dan pasien disfagia

Kizami Shoku bertujuan untuk memotong atau menghaluskan makanan agar lebih mudah dikunyah dan ditelan oleh orang yang mengalami gangguan menelan, seperti disfagia. Potongan kecil atau makanan yang lebih halus dapat mengurangi risiko tersedak atau aspirasi yang berguna untuk keamanan dan kesehatan pasien.

- b. Memastikan asupan nutrisi

Teknik ini membantu memastikan bahwa pasien atau lansia tetap menerima asupan nutrisi yang seimbang. Dengan membuat makanan lebih mudah dikonsumsi, *Kizami Shoku* membantu pasien mempertahankan asupan kalori, protein, dan nutrisi lainnya yang penting untuk kesehatan. Teknik ini bermanfaat dalam mencegah malnutrisi yang sering terjadi pada lansia dan pasien disfagia.

- c. Meningkatkan nafsu makan dan kesehatan psikologis

Makanan yang diiris atau dipotong kecil sering kali disajikan dengan tampilan estetis untuk meningkatkan nafsu makan. Ini penting bagi lansia atau pasien yang cenderung mengalami penurunan nafsu makan. Makanan dengan tekstur dan penampilan yang menarik bisa membantu menjaga kualitas hidup dan kesehatan psikologis pasien. Dengan penyajian yang menarik, pasien merasa lebih

puas dan lebih mudah menerima makanan tersebut, yang secara tidak langsung berdampak positif pada kesejahteraan pasien.

3. Cara pembuatan *kizami shoku*

Proses pembuatan *kizami shoku* melibatkan beberapa tahapan penting untuk memastikan makanan mudah dikunyah, ditelan, dan tetap bergizi yaitu (Ueshima *et al.*, 2021) :

a. Pemilihan bahan makanan

Memilih bahan makanan yang sesuai, seperti sayuran lunak, buah, protein (ikan atau ayam), dan karbohidrat yang bisa dihaluskan, seperti nasi atau kentang. Hindari makanan yang terlalu keras, seperti daging merah yang sulit dikunyah. Pastikan bahan makanan memiliki kandungan nutrisi yang mencukupi agar pasien mendapatkan asupan gizi yang seimbang.

b. Pemotongan awal

Potong bahan makanan menjadi ukuran lebih kecil sebelum dimasak, agar mudah dimasak dan diproses lebih lanjut. Untuk bahan-bahan keras, seperti wortel atau kentang, potong menjadi dadu kecil agar mudah melunak saat dimasak.

c. Pemasakan

Masak bahan-bahan yang dipilih hingga cukup lembut. Proses ini bisa dilakukan dengan cara direbus, dikukus, atau dipanggang, tergantung pada jenis bahan makanan. Pada proses ini, makanan harus dimasak hingga benar-benar lembut agar dapat dipotong lebih lanjut atau dihancurkan.

d. Pemotongan kecil atau penghalusan

Setelah matang, bahan makanan dipotong menjadi ukuran yang sangat kecil (sekitar 5-10 mm) menggunakan pisau tajam atau dipotong dengan alat khusus

seperti mesin pemotong makanan untuk mendapatkan tekstur yang sesuai. Alternatif lainnya adalah menggunakan blender atau food processor untuk menghaluskan makanan jika pasien mengalami kesulitan menelan makanan dalam potongan kecil. Hasil akhir bisa berupa makanan cincang halus, seperti pada nasi cincang, atau halus sepenuhnya untuk makanan yang lebih lunak.

e. Penyajian

Untuk menarik selera makan, makanan dapat disusun atau diatur sedemikian rupa agar tetap tampak estetik. Menyajikan makanan dalam porsi kecil atau sedang sesuai dengan kebutuhan pasien dan tambahkan bumbu sesuai selera jika tidak ada batasan diet tertentu.

f. Pengujian tekstur

Sebelum disajikan, lakukan pengujian tekstur dengan mencicipi sedikit makanan untuk memastikan kelembutan dan kemudahan dalam menelan. Tekstur makanan harus cukup lembut, sehingga dapat dihancurkan hanya dengan menggunakan lidah atau gigi minimal untuk pasien yang memiliki masalah mengunyah.

4. Indikasi pemberian *kizami shoku*

Pemberian *kizami shoku* atau makanan dengan tekstur cincang halus diindikasikan bagi pasien yang mengalami kesulitan dalam mengunyah dan menelan, tetapi masih memiliki kemampuan dasar untuk mengelola potongan makanan kecil di mulut. Berikut ini adalah indikasi pemberian *kizami shoku* yaitu (Sire *et al.*, 2022) :

a. Disfagia tingkat ringan hingga sedang

Pasien yang mengalami disfagia ringan hingga sedang, yang masih bisa menelan dengan cukup aman tetapi kesulitan mengunyah makanan padat, sangat diuntungkan oleh *kizami shoku*. Potongan kecil makanan memungkinkan pasien mengunyah dan menelan dengan lebih mudah dan mengurangi risiko tersedak.

b. Pasien lansia dengan penurunan kemampuan mengunyah

Pada lansia, terutama yang memiliki gigi yang tidak lengkap atau kekuatan mengunyah yang berkurang, *kizami shoku* dapat memudahkan konsumsi makanan tanpa menyebabkan kelelahan pada otot-otot rahang. Tekstur yang lembut dan potongan kecil makanan membantu lansia menikmati makanan tanpa rasa nyeri atau ketidaknyamanan saat mengunyah.

c. Pasien dengan kondisi neurologis yang mempengaruhi kemampuan mengunyah

Pasien yang mengalami kondisi neurologis ringan hingga sedang, seperti tahap awal penyakit parkinson atau stroke ringan dapat diberikan makanan dengan teknik *kizami shoku*. Potongan kecil makanan membantu pasien dengan kontrol otot mulut yang terbatas untuk tetap makan secara mandiri dengan risiko minimal.

d. Pemulihan pasca bedah kepala, leher, atau rongga mulut

Pasien yang menjalani operasi pada area kepala, leher, atau mulut, serta mereka yang memiliki trauma di sekitar mulut, sering kali mengalami keterbatasan sementara dalam mengunyah makanan padat. *Kizami shoku* membantu pasien beradaptasi dengan makanan yang lebih lembut dan lebih aman selama pemulihan.

5. Kontraindikasi pemberian *kizami shoku*

Ada beberapa kondisi yang menjadi kontraindikasi untuk pemberian *kizami shoku*. Kondisi-kondisi ini perlu diperhatikan agar makanan yang disajikan tidak justru meningkatkan risiko kesehatan pasien. Berikut ini adalah kontraindikasi pemberian *kizami shoku* (Sire *et al.*, 2022).

a. Pasien dengan tingkat disfagia tinggi

Pada beberapa pasien disfagia, khususnya dengan tingkat disfagia yang tinggi (*severe dysphagia*), *kizami shoku* mungkin tidak cukup aman karena potongan makanan cincang masih dapat memicu risiko aspirasi. Untuk pasien dengan disfagia berat, sering kali disarankan makanan yang sepenuhnya halus atau cair. Dalam kasus seperti ini, makanan harus diolah lebih lanjut menjadi makanan dengan tekstur sangat halus, puree, atau cairan kental untuk memastikan keamanan pasien.

b. Pasien dengan riwayat aspirasi parah

Pasien yang memiliki riwayat aspirasi berulang atau parah lebih aman mengonsumsi makanan yang benar-benar halus atau makanan dalam bentuk cairan kental daripada makanan cincang. *Kizami shoku* masih memiliki risiko potongan makanan yang dapat tersedak atau masuk ke saluran pernapasan. Makanan yang sepenuhnya halus atau dengan tekstur pudding akan lebih sesuai untuk pasien ini.

c. Pasien dengan gangguan neuromuskular parah

Gangguan neuromuskular seperti ALS (*Amyotrophic Lateral Sclerosis*), *multiple sclerosis*, atau penyakit parkinson pada tahap lanjut dapat memengaruhi kemampuan mengunyah dan menelan. Pasien dengan kondisi ini tidak dapat

mengontrol otot-otot mulut dengan baik untuk mengunyah makanan cincang kecil dengan aman. Untuk pasien ini, makanan dengan tekstur lebih halus seperti puree lebih disarankan karena lebih aman untuk ditelan tanpa membutuhkan banyak usaha mengunyah.

d. Pasien dengan gangguan mental atau kognitif yang parah

Pasien yang mengalami gangguan mental atau kognitif, seperti demensia berat, sering kali mengalami kesulitan dalam memahami cara mengunyah dan menelan makanan, bahkan yang sudah dicincang. Mereka mungkin tidak menyadari perlunya mengunyah makanan, yang meningkatkan risiko tersedak. Dalam kasus ini, makanan halus atau puree lebih aman karena pasien hanya perlu menelan tanpa upaya mengunyah.

e. Pasien dengan gangguan sensitivitas oral

Beberapa pasien disfagia mungkin memiliki hipersensitivitas di area mulut atau kurangnya sensitivitas (*hypoesthesia*) yang menyebabkan ketidakmampuan mendeteksi potongan makanan. Hal ini dapat menyebabkan ketidakmampuan mengelola potongan kecil makanan, yang berisiko pada tersedak atau aspirasi. Pasien seperti ini lebih diuntungkan dari makanan dengan tekstur yang lebih halus dan beragam.

6. Kelemahan *kizami shoku*

a. Risiko aspirasi dan tersedak

Meski potongan makanan sudah dibuat lebih kecil, tekstur cincang masih memiliki risiko tersedak atau aspirasi bagi pasien disfagia, terutama yang berada pada tahap disfagia yang lebih tinggi. Potongan makanan yang tidak cukup halus atau terlalu besar dapat masuk ke saluran pernapasan.

b. Kehilangan nilai nutrisi selama pengolahan

Makanan yang diolah secara berlebihan, seperti dipotong kecil-kecil dan dimasak hingga sangat lembut, berpotensi kehilangan beberapa kandungan nutrisi, terutama vitamin larut air seperti vitamin C dan B. Jika tidak diolah dengan benar, makanan yang telah dicincang halus bisa mengalami degradasi nutrisi akibat pemanasan yang berlebihan.

c. Waktu dan tenaga lebih banyak dalam persiapan

Pembuatan *kizami shoku* membutuhkan waktu dan tenaga lebih banyak, terutama jika perlu memotong makanan menjadi potongan kecil secara manual dan memasaknya hingga sangat lunak. Hal ini bisa menjadi tantangan dalam lingkungan rumah sakit atau panti jompo dengan keterbatasan tenaga kerja dan waktu. Tenaga kesehatan yang harus mempersiapkan makanan dalam jumlah besar untuk banyak pasien mungkin mengalami kesulitan dalam memastikan bahwa semua makanan disiapkan sesuai standar keamanan yang tepat.

d. Tidak dapat diterapkan pada semua jenis makanan

Kizami shoku tidak dapat diterapkan pada makanan tertentu yang secara alami sulit dihaluskan atau dicincang kecil, seperti makanan keras, kacang-kacangan, atau makanan yang terlalu kenyal. Hal ini mengurangi variasi makanan yang dapat disajikan kepada pasien, yang dapat berpengaruh pada kecukupan nutrisi jangka panjang.

7. Jurnal intervensi *kizami shoku*

Tabel 2
Jurnal Intervensi *Kizami Shoku* Berdasarkan PICOT

Judul	Pasien/Population/ Problem	Intervention	Comparison	Outcome	Time
The Uses of Kizami (Minced Foods) Diets in Special Nursing Homes for Elderly (Harumi, 2019)	Sampel penelitian ini adalah lansia yang berada di panti jompo yang berolaksi di Tokyo dengan masalah kesulitan menelan	Pemberian diet <i>kizami shoku</i> (makanan cincang)	Tidak ada perlakuan maupun aktivitas fisik yang berbeda (dalam desain <i>one group pretest-posttest</i>)	Terjadi peningkatan status menelan pasien menjadi lebih baik	Durasi program diet yang diberikan berlangsung selama 3 bulan
Diet Management with Dysphagia Condition in Stroke Patients (Mangalik, Laurensia and Ariestiningsih, 2023)	Sampel penelitian ini adalah pria dan wanita yang mengalami disfagia yang disebabkan oleh stroke	Memberikan program diet makanan cincang yang bertujuan untuk meningkatkan status gizi dan juga kemampuan menelan pasien	Diet standar dengan modifikasi tekstur makanan	Terjadi peningkatan nutrisi dan penurunan insiden aspirasi	Waktu penelitian berlangsung selama 6 bulan
Frequent and personalized nutritional support leads to improved nutritional status, activities of daily living, and dysphagia after stroke (Shimazu, <i>et al.</i> , 2021)	Responden dalam penelitian ini berjumlah 122 orang yang mengalami disfagia pasca stroke	Memberikan program diet tekstur makanan berdasarkan tingkat disfagia pasien	Desain penelitian yaitu Single-center prospective cohort study	Pasien mengalami peningkatan status menelan setelah diberi diet modifikasi tekstur makanan	Penelitian dilakukan selama 6 bulan pada tahun 2020
Texture-modified diets are associated with decreased muscle mass in older adults admitted to a rehabilitation ward (Abe, <i>et al.</i> , 2016)	Sampel dalam penelitian ini adalah 426 orang lansia pasca stroke yang dirawat di bangsal rehabilitasi pemulihan	Pemberian tekstur makanan yang dimodifikasi seperti makanan cincang (<i>kizami shoku</i>) untuk mempertahankan kekuatan otot menelan pasien	Desain penelitian ini adalah desain <i>one group pretest-posttest</i>)	Terbukti hasil <i>posttest</i> menunjukkan terjadi peningkatan kekuatan otot menelan dan status nutrisi pasien setelah diberikan	Penelitian dilakukan selama 8 bulan

				modifikasi teksture makanan	
The Classification of Modified Diet for Dysphagic Persons in the Japanese Society of Dysphagia Rehabilitation (Kayashita <i>et al.</i> , 2022)	Responden dalam penelitian ini adalah pasien disfagia yang sedang menjalani pemulihan pasca stroke	Memberikan program diet teksture makanan berdasarkan tingkat disfagia pasien	Diet standar dengan modifikasi teksture makanan	Pasien mengalami peningkatan status menelan setelah diberi diet modifikasi teksture makanan	Penelitian ini dilakukan selama 6