

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi

Lansia merupakan fase kehidupan usia lanjut yang ditandai dengan berbagai perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial akibat proses penuaan, yang menyebabkan penurunan fungsi organ tubuh seperti sistem kardiovaskular, muskuloskeletal, imunologis, dan kognitif, serta meningkatkan kerentanan terhadap berbagai penyakit degeneratif dan gangguan kesehatan kronis (Sumarni, 2025).

Lanjut usia atau lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas, sebagaimana ditetapkan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia (Indonesia, 1998). Penetapan batas usia tersebut sejalan dengan standar internasional, di mana *World Health Organization* (WHO) mengklasifikasikan lansia sebagai individu berusia 60 tahun ke atas dalam konteks kesehatan dan demografi global, dengan penekanan bahwa proses penuaan berkaitan dengan penurunan fungsi biologis serta kapasitas fungsional tubuh (WHO, 2025).

Perubahan struktur penduduk menuju *ageing population* diikuti oleh pergeseran pola penyakit dari penyakit menular ke penyakit degeneratif, yang meningkatkan beban kesehatan pada kelompok lansia (WHO, 2025). Kondisi tersebut menuntut tersedianya fasilitas serta pelayanan kesehatan yang memadai untuk menunjang kualitas hidup lansia dan mendukung pelaksanaan asuhan keperawatan secara berkelanjutan (Badan Pusat Statistik, 2020).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, lansia adalah individu berusia 60 tahun ke atas yang mengalami penurunan fungsi fisiologis, psikologis, dan sosial akibat proses penuaan, sehingga rentan terhadap penyakit degeneratif dan gangguan kesehatan kronis (Badan Pusat Statistik, 2020; Sumarni, 2025; WHO, 2025). Pergeseran struktur penduduk menuju *ageing population* dan transisi penyakit dari menular ke degeneratif meningkatkan beban kesehatan lansia, sehingga dibutuhkan fasilitas serta pelayanan kesehatan yang memadai untuk menunjang kualitas hidup dan pelaksanaan asuhan keperawatan secara berkelanjutan (Badan Pusat Statistik, 2020; WHO, 2025).

2. Klasifikasi

Klasifikasi usia lanjut menurut Sarbini dkk. (2019) mengacu pada pembagian yang ditetapkan oleh beberapa lembaga, yaitu:

- a. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia Pasal 1 ayat 2, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Indonesia, 1998).
- b. Menurut *World Health Organization* (WHO), usia lanjut dibagi ke dalam empat kategori, yaitu:
 - 1) Usia pertengahan (*middle age*), yaitu individu berusia 45–59 tahun.
 - 2) Lanjut usia (*elderly*), yaitu individu yang berada pada rentang usia 60–74 tahun.
 - 3) Lanjut usia tua (*old*), yaitu individu dengan usia 75–90 tahun.
 - 4) Usia sangat tua (*very old*), yaitu individu yang berusia di atas 90 tahun.
- c. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengelompokkan usia lanjut menjadi beberapa kategori, yaitu:

- 1) Pra lanjut usia, yaitu individu yang berusia 45–59 tahun.
- 2) Lanjut usia, yaitu individu yang berusia 60–69 tahun.
- 3) Lanjut usia berisiko tinggi, yaitu individu yang berusia 70 tahun ke atas atau individu berusia 60 tahun ke atas yang memiliki masalah kesehatan tertentu.

3. Perubahan yang terjadi pada lansia

Seiring bertambahnya usia, manusia akan mengalami proses penuaan yang bersifat degeneratif sehingga menimbulkan berbagai perubahan dalam kehidupan. Perubahan tersebut tidak hanya terjadi pada aspek fisik, tetapi juga mencakup fungsi kognitif, psikologis, sosial, mental, dan seksual. Perubahan pada lansia sering disertai dengan munculnya *sindroma geriatri*, yaitu kumpulan gejala yang timbul akibat proses penuaan dan berkaitan dengan berbagai penyakit multipatologi (Astuti *et al.*, 2023). *Sindroma geriatri* dikenal dengan istilah “14i”, yaitu kumpulan masalah kesehatan dan penurunan fungsi yang sering dialami oleh lanjut usia, yang meliputi:

- a. *Immobilisasi*, yaitu berkurangnya kemampuan bergerak.
- b. *Instabilitas postural*, berupa ketidakstabilan saat berdiri dan berjalan sehingga mudah jatuh.
- c. *Intellectual impairment*, yaitu penurunan fungsi intelektual.
- d. *Isolation*, berupa perasaan kesepian yang dapat berkembang menjadi depresi.
- e. *Insomnia*, yaitu gangguan tidur.
- f. *Inkontinensia urine*, yaitu ketidakmampuan menahan buang air kecil.
- g. *Impotensi*, berupa penurunan fungsi seksual.
- h. *Immunodeficiency*, yaitu menurunnya daya tahan tubuh.

- i. *Infection*, berupa meningkatnya kerentanan terhadap infeksi.
- j. *Inanition*, yaitu kondisi kekurangan gizi.
- k. *Irritable colon*, berupa gangguan pada saluran pencernaan.
- l. *Iatrogenesis*, yaitu gangguan kesehatan akibat penggunaan obat-obatan.
- m. *Impaction*, berupa konstipasi.
- n. *Impairment of vision, hearing, taste, smell, communication, convalescence, and skin integrity*, yaitu gangguan pada fungsi pancaindra, komunikasi, proses penyembuhan, dan integritas kulit.
- o. *Impecunity*, yaitu penurunan kemampuan dalam aspek ekonomi atau keuangan.

Proses penuaan pada lansia tidak hanya ditandai oleh munculnya sindroma geriatri “14i”, tetapi juga disertai berbagai perubahan pada aspek fisik, kognitif, mental–spiritual, dan psikososial (Astuti *et al.*, 2023).

- a. Perubahan fisik
 - 1) Sistem penginderaan mengalami penurunan fungsi, seperti presbiakusis, yaitu gangguan pendengaran terutama terhadap suara bernada tinggi atau tidak jelas.
 - 2) Sistem integumen mengalami perubahan berupa kulit yang menipis, mengendur, kehilangan elastisitas, menjadi kering dan berkerut akibat penurunan fungsi kelenjar sebacea dan kelenjar keringat, serta munculnya bercak cokelat pada kulit (*liver spot*).
 - 3) Sistem muskuloskeletal mengalami penurunan kepadatan tulang atau osteoporosis akibat perubahan jaringan kartilago pada sendi, sehingga meningkatkan risiko nyeri dan keterbatasan gerak.

- 4) Sistem kardiovaskular mengalami perubahan berupa peningkatan massa jantung dan hipertrofi ventrikel kiri yang menyebabkan berkurangnya kemampuan peregangan jantung.
- 5) Sistem respirasi mengalami penurunan fungsi akibat perubahan jaringan paru serta keterbatasan gerakan otot dan sendi toraks, sehingga kapasitas pengembangan dada berkurang.
- 6) Sistem pencernaan mengalami gangguan akibat kehilangan gigi, menurunnya kepekaan indra pengecap, serta berkurangnya nafsu makan.
- 7) Sistem perkemihan mengalami penurunan fungsi ginjal yang ditandai dengan menurunnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi.
- 8) Sistem saraf mengalami atrofi progresif pada serabut saraf yang berdampak pada penurunan koordinasi serta kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari.
- 9) Sistem reproduksi mengalami perubahan, seperti atrofi payudara pada perempuan serta penurunan kualitas dan kuantitas spermatozoa pada laki-laki, meskipun masih dapat diproduksi.

b. Perubahan kognitif

Lansia mengalami penurunan kemampuan kognitif yang meliputi daya ingat, tingkat kecerdasan, kemampuan belajar, pemecahan masalah, pengambilan keputusan, kinerja, serta motivasi.

c. Perubahan mental dan spiritual

Lansia cenderung menunjukkan kematangan psikologis, terutama apabila nilai agama atau kepercayaan dapat diintegrasikan dalam kehidupan sehari-hari, yang tercermin dalam sikap lebih bijaksana dan peran sebagai sumber nasihat bagi generasi yang lebih muda.

d. Perubahan psikososial

Perubahan psikososial pada lansia dapat berupa perasaan kesepian akibat kehilangan pasangan hidup, teman dekat, atau hal-hal yang bermakna. Kondisi ini dapat diperberat oleh penurunan kesehatan, gangguan mobilitas, dan gangguan sensorik, sehingga meningkatkan risiko stres, gangguan psikologis, dan depresi akibat menurunnya kemampuan beradaptasi.

B. Konsep Dasar Disabilitas Kongenital

1. Definisi

Disabilitas kongenital, yang juga dikenal sebagai *congenital disorders*, *congenital abnormalities*, *congenital malformations*, atau *birth defects*, merupakan kondisi bawaan yang muncul sejak masa intrauterin. Kondisi ini dapat berupa kelainan atau gangguan struktural maupun fungsional, seperti gangguan metabolik, yang dapat terdeteksi sebelum lahir, saat lahir, atau kadang baru terlihat pada masa bayi, misalnya gangguan pendengaran. Secara umum, istilah *kongenital* merujuk pada kondisi yang telah ada pada saat atau sebelum kelahiran (WHO, 2023).

Kelainan kongenital, yang juga dikenal sebagai cacat bawaan lahir, merujuk pada abnormalitas struktur atau fungsi tubuh yang ada sejak lahir atau terjadi selama masa perkembangan janin di dalam kandungan. Kondisi ini mencakup kelainan anatomis maupun fungsional yang dapat memengaruhi perkembangan normal tubuh, organ, atau sistem. Tingkat keparahan dan jenis kelainan kongenital bervariasi, mulai dari kelainan fisik yang terlihat secara langsung hingga gangguan yang lebih kompleks, seperti keterlambatan perkembangan mental atau disfungsi organ, sehingga setiap kasus memiliki karakteristik yang berbeda sesuai jenis dan intensitas kelainannya (Kemenkes RI, 2023).

2. Klasifikasi

Kelainan kongenital merupakan kondisi abnormal yang telah ada sejak lahir dan dapat berupa gangguan struktur maupun fungsi tubuh akibat gangguan perkembangan selama periode intrauterin. Secara umum, kelainan ini dapat dideteksi sebelum lahir, saat lahir, maupun setelah lahir tergantung jenis dan tingkat keparahannya (Ramadhan *et al.*, 2023).

Kelainan kongenital secara umum dapat diklasifikasikan menjadi dua kategori utama, yaitu kelainan yang berkaitan dengan struktur tubuh dan kelainan yang berkaitan dengan fungsi atau perkembangan tubuh.

a. Kelainan kongenital struktural

Kelainan kongenital struktural adalah kelainan yang berkaitan dengan bentuk atau struktur fisik tubuh yang tidak berkembang secara normal selama masa kehamilan. Kelainan ini biasanya dapat diidentifikasi melalui pemeriksaan fisik atau pencitraan medis sejak lahir.

Beberapa contoh kelainan kongenital struktural antara lain:

- 1) Bibir sumbing atau langit-langit sumbing, yaitu kondisi adanya celah pada bibir atau langit-langit mulut akibat kegagalan penyatuan jaringan selama perkembangan embrio.
- 2) Cacat jantung bawaan, seperti kelainan katup jantung yang tidak terbentuk atau memiliki bentuk abnormal sehingga mengganggu fungsi sirkulasi darah.
- 3) Kelainan anggota tubuh, misalnya kaki berbentuk tidak normal seperti *clubfoot*, yang menyebabkan posisi kaki melengkung ke dalam.

4) Cacat tabung saraf, seperti spina bifida, yang terjadi akibat kegagalan penutupan tabung saraf selama perkembangan embrio, sehingga memengaruhi otak dan sumsum tulang belakang (Hayati et al., 2025).

b. Kelainan kongenital fungsional atau perkembangan

Kelainan kongenital fungsional atau perkembangan berkaitan dengan gangguan pada sistem tubuh yang memengaruhi fungsi fisiologis, intelektual, maupun perkembangan individu. Kelainan ini sering kali tidak langsung terlihat saat lahir, tetapi muncul seiring pertumbuhan dan perkembangan anak (Ervina et al., 2023).

Adapun beberapa bentuk kelainan ini meliputi:

- 1) Gangguan sistem saraf atau otak, yang dapat berupa keterbatasan intelektual, gangguan perilaku, kesulitan bicara, kejang, dan gangguan gerakan. Contohnya adalah *Down syndrome*, *Prader-Willi syndrome*, dan *Fragile X syndrome*.
- 2) Gangguan sensorik, seperti gangguan pendengaran dan gangguan penglihatan yang dapat memengaruhi kemampuan komunikasi dan interaksi sosial.
- 3) Gangguan metabolik, yaitu kelainan pada proses kimia tubuh yang menyebabkan gangguan dalam metabolisme zat tertentu, seperti *fenilketonuria* dan *hipotiroidisme* kongenital.
- 4) Gangguan degeneratif, yaitu kondisi yang memburuk seiring waktu, seperti distrofi otot dan *X-linked adrenoleukodystrophy* (Hayati et al., 2025).

3. Etiologi

Etiologi disabilitas kongenital merupakan fenomena kompleks yang melibatkan interaksi multifaktorial antara penyimpangan genetik dan paparan

lingkungan selama periode kritis organogenesis (Arifa & Rahmi, 2022). Berdasarkan literatur medis, faktor genetik menjadi penyebab signifikan melalui mekanisme aberasi kromosom serta mutasi gen tunggal yang mengganggu pembentukan struktur anatomi janin (Lestari & Wahyuni, 2021). Selain aspek herediter, faktor lingkungan atau teratogenik memiliki peran krusial, mencakup infeksi prenatal, paparan zat kimia berbahaya, hingga defisiensi nutrisi spesifik seperti asam folat (Arifa & Rahmi, 2022). Kondisi maternal, termasuk usia ibu di atas 35 tahun dan penyakit sistemik seperti diabetes melitus yang tidak terkontrol, juga berkontribusi pada peningkatan risiko anomali perkembangan (Lestari & Wahyuni, 2021).

Secara khusus, kerusakan pada sistem saraf pusat atau kelainan struktural pada area orofaringeal akibat faktor-faktor tersebut sering kali bermanifestasi pada gangguan koordinasi sensorimotor yang kompleks (Adnyana & Pratiwi, 2020). Kondisi ini pada akhirnya menyebabkan disfungsi mekanisme menelan atau disfagia yang menetap pada anak dengan disabilitas perkembangan (Prameswari & Syarifuddin, 2019).

4. Patofisiologi

Patofisiologi disabilitas kongenital berakar pada gangguan periode kritis organogenesis atau perkembangan sistem saraf pusat di masa prenatal, yang mengakibatkan kerusakan permanen pada sirkuit neural pengontrol fungsi motorik orofaringeal (Arifa & Rahmi, 2022). Pada tingkat seluler, anomali genetik atau paparan teratogen menyebabkan kegagalan migrasi neuron, sehingga terjadi malformasi pada batang otak (medula oblongata) yang merupakan pusat kendali refleks menelan otomatis (Prameswari & Syarifuddin, 2019). Kondisi ini

menyebabkan gangguan pada jalur saraf kranialis (N.V, N.VII, N.IX, N.X, dan N.XII), yang secara klinis bermanifestasi sebagai hipotonia atau spastisitas otot-otot pengunyah dan lidah sejak bayi (Adnyana & Pratiwi, 2020).

Seiring berjalannya waktu hingga pasien mencapai usia lansia, kerusakan neurologis kongenital ini mengalami komplikasi akibat proses presbifagia (penuaan fungsi menelan). Kelemahan otot orofaringeal bawaan diperburuk oleh sarkopenia (penurunan massa otot lansia), yang menyebabkan hilangnya tekanan negatif intraoral dan kegagalan proteksi jalan napas oleh epiglotis (Syarifuddin, 2024). Akibatnya, terjadi perlambatan durasi transit bolus dan peningkatan residu makanan di sinus piriformis, yang secara patofisiologis meningkatkan risiko aspirasi kronis dan pneumonia berulang pada lansia dengan disabilitas bawaan tersebut (Adnyana & Pratiwi, 2020).

5. Faktor risiko

a. Faktor risiko primer (masa prenatal dan genetik)

Faktor ini merupakan akar penyebab munculnya disabilitas sejak lahir yang mendasari gangguan fungsi menelan (Arifa & Rahmi, 2022). Ketidaknormalan kromosom seperti trisomi dan mutasi gen tunggal menjadi faktor risiko utama yang mengganggu pembentukan sirkuit saraf di batang otak (Lestari & Wahyuni, 2021). Kondisi kesehatan maternal, termasuk infeksi TORCH (Toxoplasma, Rubella, CMV, Herpes) dan penyakit metabolik seperti diabetes melitus gestasional, secara signifikan meningkatkan risiko kerusakan jaringan saraf janin (Arifa & Rahmi, 2022). Paparan zat teratogenik berupa asap rokok, konsumsi alkohol, serta defisiensi nutrisi esensial seperti asam folat pada trimester pertama menjadi faktor pemicu utama anomali sistem saraf pusat (Lestari & Wahyuni, 2021). Selain itu,

usia ibu saat hamil yang berada di atas 35 tahun berkaitan erat dengan peningkatan risiko anomali kongenital pada sistem organ janin (Arifa & Rahmi, 2022).

b. Faktor risiko perinatal (masa kelahiran)

Kondisi saat persalinan berkontribusi pada kerusakan neurologis yang memengaruhi kontrol motorik orofaringeal (Adnyana & Pratiwi, 2020). Kejadian asfiksia neonatorum atau kekurangan oksigen saat lahir menjadi faktor risiko utama terjadinya Cerebral Palsy yang merusak koordinasi otot menelan (Prameswari & Syarifuddin, 2019). Bayi yang lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) atau prematuritas memiliki risiko tinggi mengalami keterlambatan kematangan refleks menghisap dan menelan (Arifa & Rahmi, 2022). Kerusakan pada saraf kranialis akibat trauma persalinan juga dapat menjadi faktor risiko terjadinya disfungsi mekanik pada fase oral dan faringeal (Adnyana & Pratiwi, 2020).

c. Faktor risiko sekunder (masa lansia/ degeneratif)

Proses penuaan memberikan beban tambahan pada kondisi disabilitas kongenital yang sudah ada sebelumnya (Syarifuddin, 2024). Penurunan massa otot lidah, palatum, dan faring akibat sarkopenia menjadi faktor risiko yang memperlemah kekuatan dorongan bolus makanan (Adnyana & Pratiwi, 2020). Penurunan produksi saliva atau xerostomia pada lansia menyulitkan proses pembentukan bolus yang licin, sehingga meningkatkan risiko makanan tertahan di tenggorokan (Prameswari & Syarifuddin, 2019). Penurunan sensitivitas sensorik orofaringeal pada lansia dengan hambatan perkembangan saraf meningkatkan risiko terjadinya aspirasi “diam-diam” atau silent aspiration (Syarifuddin, 2024). Faktor risiko lainnya meliputi polifarmasi atau penggunaan berbagai jenis obat

yang dapat menekan sistem saraf pusat dan refleks batuk sebagai pelindung jalan napas (Syarifuddin, 2024).

6. Manifestasi klinis

a. Manifestasi pada fase oral (persiapan)

Gejala pada fase ini berkaitan dengan ketidakmampuan motorik mulut untuk mengelola makanan secara efektif (Adnyana & Pratiwi, 2020). Pasien sering menunjukkan kesulitan dalam mengunyah secara efisien akibat kelemahan otot masseter dan koordinasi lidah yang buruk sejak lahir (Prameswari & Syarifuddin, 2019). Manifestasi klinis yang sering tampak meliputi pengeluaran air liur secara tidak sengaja (*drooling*), makanan yang terececer dari mulut, atau residu makanan yang tertinggal di kantong pipi (*pocketing*) setelah makan (Syarifuddin, 2024). Pada lansia, kondisi ini diperparah oleh hilangnya kekuatan lidah untuk mendorong bolus ke arah faring, sehingga durasi makan menjadi sangat lambat (Adnyana & Pratiwi, 2020).

b. Manifestasi pada fase faringeal (perlindungan jalan napas)

Gangguan pada fase ini sangat kritis karena berkaitan langsung dengan risiko masuknya makanan ke saluran pernapasan (Prameswari & Syarifuddin, 2019). Tanda klinis utama adalah batuk atau tersedak saat makan, serta suara yang terdengar “basah” (*wet voice*) setelah menelan akibat adanya cairan yang tertahan di atas pita suara (Adnyana & Pratiwi, 2020). Selain itu, sering ditemukan adanya regurgitasi nasal, di mana makanan atau cairan keluar melalui hidung karena kegagalan *palatum molle* menutup nasofaring secara sempurna (Syarifuddin, 2024). Pada pasien lansia dengan disabilitas saraf, manifestasi yang paling berbahaya

adalah silent aspiration, di mana aspirasi terjadi tanpa disertai refleks batuk yang nyata (Adnyana & Pratiwi, 2020).

c. Manifestasi sistemik dan dampak lanjut

Manifestasi klinis juga dapat terlihat dari kondisi fisik umum pasien sebagai akibat jangka panjang dari gangguan menelan kronis (Syarifuddin, 2024). Pasien sering mengalami penurunan berat badan secara signifikan serta tanda-tanda dehidrasi akibat ketakutan atau kesulitan saat mengonsumsi cairan (Lestari & Wahyuni, 2021). Secara klinis, riwayat infeksi saluran pernapasan yang berulang atau pneumonia aspirasi menjadi indikator kuat adanya disfagia yang tidak terkompensasi (Prameswari & Syarifuddin, 2019). Selain itu, pada lansia binaan dengan hambatan perkembangan, sering terlihat adanya perilaku menolak makan atau agitasi saat waktu makan tiba sebagai bentuk kompensasi dari rasa tidak nyaman saat menelan (Adnyana & Pratiwi, 2020).

7. Komplikasi

a. Komplikasi respirasi kronis

Komplikasi paling berbahaya dari disabilitas kongenital yang disertai gangguan menelan adalah masuknya material asing ke saluran napas bawah secara terus-menerus (Prameswari & Syarifuddin, 2019). Kondisi ini mengakibatkan Pneumonia Aspirasi berulang yang menjadi penyebab utama mortalitas pada lansia dengan kelainan saraf bawaan (Syarifuddin, 2024). Selain infeksi akut, aspirasi kronis menyebabkan kerusakan jaringan paru permanen atau fibrosis yang memperberat kerja pernapasan pasien lansia tersebut (Adnyana & Pratiwi, 2020).

b. Kegagalan nutrisi dan status metabolik

Penyakit kongenital yang menghambat mekanisme koordinasi orofaringeal menyebabkan kegagalan asupan nutrisi yang adekuat (Mahanani, 2019). Komplikasi yang muncul meliputi Malnutrisi Energi Protein (MEP) kronis dan dehidrasi berat yang memperburuk kondisi fisik lansia secara keseluruhan (Gandi et al., 2022). Defisit nutrisi ini juga menyebabkan atrofi otot yang lebih progresif, sehingga kemampuan motorik pasien yang memang sudah terbatas sejak kecil menjadi semakin melemah (Syarifuddin, 2024).

c. Kerusakan integritas kulit dan imunitas

Dampak sistemik dari gangguan menelan pada pasien disabilitas kongenital adalah penurunan daya tahan tubuh terhadap infeksi (Lestari & Wahyuni, 2021). Malnutrisi kronis menyebabkan penipisan lapisan lemak subkutan, yang jika dikombinasikan dengan keterbatasan mobilitas pasien disabilitas, akan memicu komplikasi luka tekan (dekubitus) yang sulit sembuh (Gandi et al., 2022). Hal ini menciptakan lingkaran setan di mana infeksi kulit semakin memperberat beban metabolik dan menurunkan kondisi kesehatan pasien secara drastis (Mahanani, 2019).

d. Penurunan kualitas hidup dan isolasi psikososial

Disabilitas kongenital yang menyebabkan gangguan menelan juga berdampak pada aspek psikososial lansia binaan (Adnyana & Pratiwi, 2020). Komplikasi berupa trauma tersedak yang berulang memicu kecemasan berat saat makan dan perilaku penolakan makanan (*food refusal*) yang ekstrem (Prameswari & Syarifuddin, 2019). Pada akhirnya, hal ini menyebabkan isolasi sosial dan

penurunan kualitas hidup yang signifikan karena pasien kehilangan kemampuan untuk berinteraksi melalui aktivitas makan yang normal (Gandi et al., 2022).

8. Penatalaksanaan klinis

a. Rehabilitasi medik dan terapi fisik

Penatalaksanaan utama difokuskan pada optimalisasi fungsi motorik dan pencegahan kontraktur otot yang sering terjadi pada kelainan bawaan (Adnyana & Pratiwi, 2020). Terapi fisik jangka panjang bertujuan untuk menjaga lingkup gerak sendi dan kekuatan otot yang masih berfungsi guna memfasilitasi mobilisasi pasien lansia (Gandi et al., 2022). Penggunaan alat bantu adaptif, seperti kursi roda khusus atau penyangga tubuh (brace), diberikan untuk mendukung stabilitas postur tubuh yang mengalami anomali struktural sejak lahir (Prameswari & Syarifuddin, 2019).

b. Manajemen farmakologi simptomatik

Terapi obat-obatan diberikan bukan untuk menyembuhkan kelainan kongenital, melainkan untuk mengendalikan gejala penyerta yang mengganggu aktivitas sehari-hari (Syarifuddin, 2024). Pada pasien dengan gangguan sistem saraf pusat, pemberian obat antispasmodik atau antikonvulsan sering diperlukan untuk mengontrol spastisitas otot dan mencegah kejang berulang (Prameswari & Syarifuddin, 2019). Selain itu, manajemen nyeri kronis pada lansia dengan kelainan muskuloskeletal bawaan menjadi prioritas untuk menjaga kenyamanan pasien (Gandi et al., 2022).

c. Intervensi bedah korektif dan rekonstruktif

Tindakan pembedahan terkadang diperlukan untuk memperbaiki anomali struktural yang menghambat fungsi vital atau mobilitas (Arifa & Rahmi, 2022). Prosedur bedah dapat berupa koreksi celah bibir/langit-langit, pelepasan kontraktur

tendon, atau stabilisasi tulang belakang pada kasus malformasi rangka (Lestari & Wahyuni, 2021). Pada lansia binaan, evaluasi bedah lebih difokuskan pada tindakan paliatif untuk mengurangi komplikasi fisik yang memperburuk kualitas hidup (Syarifuddin, 2024).

d. Monitoring dan suplementasi nutrisi jangka panjang

Penatalaksanaan klinis melibatkan pemantauan status gizi secara berkala untuk mencegah malnutrisi kronis yang sering menyertai disabilitas bawaan (Mahanani, 2019). Intervensi dapat berupa pemberian diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP) serta suplementasi mikronutrien seperti vitamin D dan kalsium untuk menjaga kepadatan tulang pada lansia yang memiliki keterbatasan mobilisasi (Gandi et al., 2022). Evaluasi antropometri rutin diperlukan untuk mendeteksi secara dini penurunan berat badan yang signifikan sebagai indikator penurunan fungsi tubuh (Mahanani, 2019).

e. Terapi okupasi dan adaptasi lingkungan

Terapi okupasi difokuskan pada modifikasi aktivitas sehari-hari agar pasien tetap mampu melakukan perawatan diri sesuai batas kemampuannya (Adnyana & Pratiwi, 2020). Penatalaksanaan ini mencakup adaptasi lingkungan fisik, seperti pemasangan handrail di kamar mandi atau penggunaan alat makan khusus, guna mempermudah kemandirian pasien lansia dengan keterbatasan motorik kongenital (Prameswari & Syarifuddin, 2019). Stimulasi sensori secara teratur juga diberikan untuk menjaga kewaspadaan mental dan fungsi kognitif pasien (Syarifuddin, 2024).

f. Dukungan psikososial dan edukasi pengasuh

Mengingat ketergantungan pasien disabilitas kongenital sangat tinggi, penatalaksanaan harus melibatkan pemberdayaan keluarga atau pengasuh

(*caregiver*) (Adnyana & Pratiwi, 2020). Edukasi mengenai teknik mobilisasi yang aman, pencegahan luka tekan, serta dukungan psikologis bagi pengasuh sangat penting untuk keberlanjutan perawatan di rumah (Gandi et al., 2022). Stimulasi kognitif dan sosial tetap diberikan kepada lansia untuk mencegah isolasi diri dan penurunan fungsi mental yang lebih progresif (Syarifuddin, 2024).

C. Konsep Dasar Gangguan Menelan

1. Definisi

Gangguan menelan (D.0063) atau disfagia adalah kondisi ketika seseorang mengalami kesulitan dalam proses menelan makanan, cairan, maupun saliva dari mulut menuju lambung. Proses menelan melibatkan koordinasi kompleks antara otot-otot orofaring, esofagus, serta sistem saraf, sehingga gangguan pada salah satu komponen tersebut dapat menyebabkan disfagia (Kim *et al.*, 2022).

Disfagia dapat terjadi pada satu atau lebih fase menelan, yaitu fase oral, faringeal, dan esofageal, yang mengakibatkan terganggunya perpindahan bolus dari mulut ke lambung. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada pemenuhan nutrisi, tetapi juga meningkatkan risiko komplikasi seperti aspirasi dan pneumonia aspirasi (Matsumoto *et al.*, 2021).

2. Patofisiologi

Disfagia merupakan gangguan pada proses menelan yang melibatkan ketidakseimbangan koordinasi antara struktur anatomi dan mekanisme neurologis yang kompleks. Secara fisiologis, proses menelan dikendalikan oleh pusat menelan di batang otak, khususnya di medula oblongata, yang berperan dalam mengintegrasikan impuls sensorik dan motorik melalui saraf kranial. Ketika terjadi gangguan pada jalur ini baik akibat kerusakan neurologis, kelainan otot, maupun

obstruksi struktural maka proses transportasi bolus makanan menjadi tidak efektif dan dapat menimbulkan berbagai komplikasi, termasuk aspirasi dan malnutrisi (Dziewas *et al.*, 2021).

Secara patofisiologis, disfagia dapat dipahami melalui gangguan pada tiga fase utama menelan, yaitu fase oral, faringeal, dan esofageal. Gangguan pada fase oral dan faringeal dikenal sebagai disfagia orofaringeal, sedangkan gangguan pada fase esofageal dikenal sebagai disfagia esofageal (Draxler *et al.*, 2022).

a. Fase oral (*Oral Preparatory dan Oral Propulsive Phase*)

Fase oral merupakan tahap awal proses menelan yang berlangsung secara sadar (volunter). Pada fase ini, makanan terlebih dahulu dikunyah (mastikasi) dan dicampur dengan saliva hingga terbentuk bolus yang homogen dan mudah ditelan. Saliva memiliki peran penting sebagai pelumas serta membantu proses pembentukan bolus melalui aktivitas enzimatik dan hidrasi makanan. Setelah bolus terbentuk, lidah akan mendorongnya ke arah posterior menuju orofaring (Dylczyk-Sommer, 2020).

Secara patofisiologis, gangguan pada fase ini umumnya berkaitan dengan kelemahan otot-otot orofasial, penurunan koordinasi lidah, serta berkurangnya produksi saliva. Kondisi seperti stroke, penyakit Parkinson, dan gangguan neuromuskular dapat menyebabkan kesulitan dalam mengontrol pergerakan lidah sehingga bolus tidak terdorong secara efektif. Selain itu, pada lansia sering terjadi kehilangan gigi dan atrofi kelenjar saliva yang mengakibatkan proses mastikasi tidak optimal dan bolus menjadi kering atau tidak terbentuk sempurna. Akibatnya, makanan dapat tertahan di rongga mulut atau sulit dipindahkan ke fase berikutnya (Dylczyk-Sommer, 2020).

b. Fase faringeal (*Pharyngeal Phase*)

Fase faringeal merupakan fase refleks (involunter) yang sangat penting karena berfungsi melindungi jalan napas selama proses menelan. Fase ini dimulai ketika bolus mencapai daerah orofaring dan merangsang reseptor sensorik yang kemudian mengaktifkan pusat menelan di batang otak. Respon yang terjadi meliputi elevasi palatum mole untuk menutup nasofaring, elevasi dan anteriorisasi laring, serta penutupan epiglotis untuk mencegah aspirasi. Secara bersamaan, otot-otot konstriktor faring berkontraksi untuk mendorong bolus menuju esofagus (Dziewas et al., 2021).

Gangguan pada fase ini merupakan penyebab utama disfagia yang berisiko tinggi terhadap aspirasi. Pada pasien dengan gangguan neurologis, seperti stroke atau penyakit neurodegeneratif, refleks menelan dapat mengalami keterlambatan atau tidak terkoordinasi dengan baik. Hal ini menyebabkan bolus masuk ke saluran pernapasan (aspirasi) atau tertinggal di faring (residu faringeal). Kondisi tersebut dapat memicu komplikasi serius seperti pneumonia aspirasi, yang sering ditemukan pada pasien dengan disfagia kronis (Dylczyk-Sommer, 2020).

c. Fase esofageal (*Esophageal Phase*)

Fase esofageal merupakan tahap akhir dari proses menelan yang berlangsung secara involunter. Pada fase ini, bolus yang telah melewati sfingter esofagus atas akan didorong menuju lambung melalui gerakan peristaltik esofagus. Gerakan ini diatur oleh sistem saraf otonom dan pleksus enterik. Sfingter esofagus bawah (*Lower Esophageal Sphincter/ LES*) akan relaksasi untuk memungkinkan bolus masuk ke lambung, kemudian berkontraksi kembali untuk mencegah refluks (Dylczyk-Sommer, 2020).

Secara patofisiologis, gangguan pada fase ini sering berkaitan dengan kelainan motilitas esofagus, seperti akalasia, spasme esofagus difus, atau penyakit refluks gastroesofageal (GERD). Pada kondisi tersebut, peristaltik esofagus menjadi tidak efektif atau sfingter tidak berfungsi dengan baik, sehingga bolus tertahan atau kembali naik ke esofagus. Pada lansia, terjadi penurunan kekuatan kontraksi esofagus dan penurunan tekanan LES, yang meningkatkan risiko refluks dan memperburuk gejala disfagia (Ben et al., 2017).

3. Faktor penyebab

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), 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

4. 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

Oral

Tidak tersedia

Objektif

Oral

1. Bolus masuk terlalu cepat
2. Refluks nasal
3. Tidak mampu membersihkan rongga mulut
4. Makanan jatuh dari mulut
5. Makanan terdorong keluar dari mulut
6. Sulit mengunyah
7. Muntah sebelum menelan
8. Bolus terbentuk lama
9. Waktu makan lama
10. Porsi makan tidak habis
11. Fase oral abnormal
12. Mengiler

Subjektif

Faring

1. Menolak makan

Objektif

Faring

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

Subjektif

Esofagus

Objektif

Esofagus

1. Hematemesis

1. Mengeluh bangun di malam hari
2. Nyeri epigastrik
2. Gelisah
3. Regurgitasi
4. Odinofagia
5. Bruksisme

5. Kondisi klinis terkait

- a. Stroke
- b. Distrofi muskuler
- c. Poliomielitis
- 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

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gangguan menelan (disfagia) dilakukan secara bertahap dan menyesuaikan kondisi pasien, dengan tujuan utama menjaga keamanan saat makan, mencegah aspirasi, serta memenuhi kebutuhan nutrisi. Dalam praktik keperawatan di Indonesia, intervensi pada diagnosis gangguan menelan (D.0063) mengacu pada standar dari Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), yang membagi intervensi menjadi intervensi utama dan intervensi pendukung (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018),

Intervensi utama yang digunakan adalah Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351). Fokus dari intervensi ini adalah membantu pasien agar tetap mampu makan dan minum dengan aman sesuai kemampuannya. Perawat biasanya mengatur posisi pasien dalam keadaan duduk tegak atau setengah duduk saat makan, karena posisi ini dapat membantu proses menelan dan mengurangi risiko makanan masuk ke saluran napas. Selain itu, pasien dianjurkan untuk makan secara perlahan, dengan porsi kecil, serta tidak berbicara saat menelan. Pendampingan selama makan juga penting, terutama pada pasien lansia atau pasien dengan gangguan neurologis, karena mereka sering mengalami penurunan refleks menelan. Pendekatan sederhana seperti ini terbukti dapat menurunkan risiko aspirasi dan membantu pasien makan dengan lebih nyaman.

Intervensi pendukung yang dapat dilakukan adalah Pemberian Makanan (I.03125), yaitu dengan menyesuaikan bentuk dan tekstur makanan. Pada pasien disfagia, makanan yang terlalu keras atau cairan yang terlalu encer seringkali sulit ditelan. Oleh karena itu, makanan biasanya diubah menjadi bentuk lunak, halus, atau cair kental. Salah satu cara yang sering digunakan adalah menambahkan bahan pengental seperti *Toromi Tsururinko* agar cairan lebih mudah dikontrol saat ditelan. Cairan yang lebih kental cenderung bergerak lebih lambat sehingga memberi waktu bagi refleks menelan untuk bekerja dengan baik dan mengurangi risiko aspirasi (Steele, Ennis and Dobler, 2021).

Selain itu, latihan menelan juga dapat diberikan sebagai bagian dari terapi. Latihan ini bertujuan untuk meningkatkan kekuatan dan koordinasi otot-otot yang terlibat dalam proses menelan. Contohnya adalah latihan gerakan lidah, latihan ini biasanya dilakukan secara bertahap dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Pada

beberapa kasus, terapi ini terbukti membantu memperbaiki fungsi menelan, terutama pada pasien pasca stroke atau gangguan saraf lainnya.

Pemantauan kondisi pasien juga menjadi bagian penting dalam penatalaksanaan. Pasien dengan disfagia berisiko mengalami kekurangan nutrisi dan cairan karena kesulitan makan dan minum. Oleh karena itu, perawat perlu memperhatikan jumlah asupan, perubahan berat badan, serta tanda-tanda dehidrasi. Jika asupan tidak mencukupi atau risiko aspirasi terlalu tinggi, maka dapat dipertimbangkan pemberian nutrisi melalui selang sebagai alternatif sementara untuk memenuhi kebutuhan tubuh (Ross et al., 2025).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Menelan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data secara sistematis dan menyeluruh guna mengidentifikasi masalah kesehatan pasien. Data yang dikaji meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual sehingga perawat dapat menentukan masalah keperawatan secara tepat. Tahap ini mencakup kegiatan pengumpulan data, analisis data, serta penetapan diagnosis keperawatan (Ekaputri *et al.*, 2024).

a. Data biografi

1) Identitas pasien dan penanggung jawab pasien

Pada tahap ini, perawat mengkaji identitas dasar pasien meliputi nama/inisial, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, status perkawinan, alamat, serta nomor kontak. Selain itu, dicatat pula data penanggung jawab pasien, termasuk hubungan dengan pasien. Data ini penting untuk mempermudah komunikasi dan perencanaan perawatan yang berkelanjutan.

2) Genogram

Genogram digunakan untuk menggambarkan struktur keluarga serta hubungan antar anggota keluarga. Melalui genogram, perawat dapat mengidentifikasi adanya riwayat penyakit dalam keluarga yang berpotensi memengaruhi kondisi kesehatan pasien, termasuk penyakit yang bersifat genetik atau kronis.

3) Riwayat pekerjaan

Riwayat pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui kemungkinan adanya faktor risiko yang berhubungan dengan kondisi kesehatan pasien. Jenis pekerjaan tertentu dapat berpengaruh terhadap status kesehatan, misalnya paparan bahan kimia atau aktivitas fisik berat yang dapat memperburuk kondisi pasien.

4) Data lingkungan

Pengkajian lingkungan mencakup kondisi tempat tinggal pasien, kebersihan rumah, ventilasi, pencahayaan, serta ketersediaan fasilitas sanitasi. Lingkungan yang kurang sehat dapat memperburuk kondisi pasien dan memengaruhi proses pemulihan.

5) Aktivitas rekreasi

Pengkajian aktivitas rekreasi dilakukan untuk mengetahui bagaimana pasien memanfaatkan waktu luangnya. Aktivitas ini berperan dalam menjaga keseimbangan psikologis dan kualitas hidup pasien, terutama pada pasien dengan penyakit kronis.

6) Sistem pendukung

Sistem pendukung meliputi keluarga, teman, dan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat membantu pasien selama proses perawatan. Dukungan

keluarga sangat berperan dalam meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi serta mempercepat proses pemulihan.

7) Sistem kesehatan

Pengkajian ini meliputi riwayat kesehatan pasien, baik penyakit yang pernah dialami maupun keluhan saat ini. Selain itu, dikaji pula penggunaan obat-obatan, riwayat alergi, serta status imunisasi untuk memperoleh gambaran kondisi kesehatan secara menyeluruh.

8) Aktivitas hidup sehari-hari

Pengkajian ADL bertujuan untuk menilai tingkat kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi, berpakaian, mobilisasi, serta eliminasi. Salah satu alat ukur yang dapat digunakan adalah Indeks *Katz* untuk menentukan tingkat ketergantungan pasien.

9) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Pada bagian ini, perawat mengkaji kebutuhan dasar pasien seperti nutrisi, cairan dan elektrolit, eliminasi, aktivitas, istirahat tidur, serta personal hygiene. Pada pasien dengan gangguan menelan, aspek nutrisi menjadi fokus utama karena adanya risiko malnutrisi akibat kesulitan makan.

10) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh (*head to toe*) untuk mengidentifikasi adanya kelainan atau tanda-tanda gangguan kesehatan. Pada pasien disfagia, perhatian khusus diberikan pada area kepala dan leher, fungsi saraf kranial, serta kemampuan menelan.

11) Hasil pengkajian kognitif dan mental

Pengkajian ini meliputi fungsi kognitif, tingkat kesadaran, status emosional, serta kemungkinan adanya gangguan seperti depresi atau kecemasan. Pada pasien disfagia, gangguan neurologis sering kali berhubungan dengan penurunan fungsi kognitif.

12) Data penunjang

Data penunjang meliputi hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi, maupun pemeriksaan khusus seperti swallow test. Data ini digunakan untuk memperkuat penegakan diagnosis keperawatan dan menentukan intervensi yang tepat.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan klinis mengenai respons individu terhadap masalah kesehatan yang dialami, baik yang bersifat aktual maupun risiko. Penetapan diagnosis ini menjadi dasar dalam menentukan intervensi keperawatan yang tepat. Dalam praktik keperawatan di Indonesia, diagnosis disusun berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yang dikembangkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PNNI, 2016).

Penegakan diagnosis dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu analisis data hasil pengkajian, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis keperawatan. Diagnosis disusun dengan memperhatikan komponen utama yang meliputi masalah (*problem*), penyebab (*etiology*), serta tanda dan gejala (*sign* dan *symptom*). Data yang digunakan harus relevan dan mencerminkan kondisi pasien secara nyata.

Berdasarkan judul Asuhan Keperawatan Gangguan Menelan dengan Pemberian *Toromi Tsururinko* pada Lansia Disabilitas Kongenital, diagnosis keperawatan utama yang ditegakkan adalah gangguan menelan (D.0063). Diagnosis ini berkaitan dengan adanya gangguan fungsi menelan akibat kondisi kongenital yang berdampak pada sistem neuromuskular maupun struktur orofaring.

Diagnosis tersebut didukung oleh data yang ditemukan pada pasien, seperti kesulitan menelan, batuk saat makan atau minum, tersedak, adanya sisa makanan di rongga mulut, serta kesulitan dalam proses mengunyah. Pada lansia dengan disabilitas kongenital, kondisi ini dapat terjadi akibat keterbatasan fungsi motorik dan koordinasi otot menelan yang sudah berlangsung sejak lama dan dapat memburuk seiring proses penuaan.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan menelan disusun berdasarkan diagnosis yang telah ditegakkan dengan mengacu pada standar dari Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), yaitu Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Pada kasus ini perencanaan difokuskan pada peningkatan kemampuan menelan, pencegahan aspirasi, serta pemenuhan kebutuhan nutrisi secara aman.

Berdasarkan diagnosis gangguan menelan (D.0063) yang disebabkan oleh defek anatomi kongenital, gangguan saraf kranialis, dan abnormalitas orofaring, serta ditandai dengan sulit menelan, batuk saat makan, tersedak, dan sisa makanan di rongga mulut, maka ditetapkan tujuan keperawatan yaitu peningkatan status menelan pasien. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 8 jam, diharapkan status menelan pasien membaik yang ditandai dengan meningkatnya

kemampuan mempertahankan makanan di mulut, refleks menelan, membaiknya kemampuan mengunyah dan pembentukan bolus, serta menurunnya frekuensi tersedak, batuk, dan regurgitasi. Selain itu, diharapkan juga terjadi perbaikan pada produksi saliva, penerimaan makanan, serta kualitas proses menelan.

Untuk mencapai tujuan tersebut, intervensi utama yang diberikan adalah dukungan perawatan diri: makan/minum (I.11351). Pada tahap observasi, perawat mengidentifikasi jenis diet yang dianjurkan serta memantau kemampuan menelan dan status hidrasi pasien. Pada tahap terapeutik, perawat menciptakan lingkungan makan yang nyaman, mengatur posisi pasien dalam posisi duduk atau semi Fowler, serta melakukan kebersihan mulut sebelum makan. Makanan diberikan secara bertahap dengan memperhatikan preferensi pasien dan suhu makanan. Pada tahap edukasi, perawat memberikan penjelasan terkait cara makan yang aman, termasuk posisi makanan, terutama jika pasien memiliki keterbatasan tertentu. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain juga dilakukan, misalnya dalam pemberian obat sesuai indikasi.

Intervensi pendukung yang diberikan adalah pemberian makanan (I.03125) yang difokuskan pada penyesuaian tekstur dan cara pemberian makanan. Perawat mengidentifikasi jenis makanan yang sesuai dengan kondisi pasien serta memantau kemampuan menelan selama proses makan. Tindakan yang dilakukan meliputi menjaga kebersihan tangan dan mulut sebelum makan, memberikan posisi makan yang tepat, serta menyediakan lingkungan yang nyaman agar pasien lebih fokus saat makan. Makanan diberikan dalam kondisi hangat dan sesuai dengan keinginan pasien untuk meningkatkan nafsu makan. Setelah makan, dilakukan evaluasi

adanya sisa makanan di rongga mulut serta kebersihan diri pasien. Edukasi juga diberikan kepada keluarga agar dapat membantu pasien selama proses makan.

Sebagai bagian dari intervensi kasus, dilakukan modifikasi diet melalui pemberian *Toromi Tsururinko*. Penggunaan pengental ini bertujuan meningkatkan kekentalan cairan agar aliran bolus lebih lambat, sehingga refleks menelan bekerja optimal dan risiko aspirasi berkurang. Selain itu, selama implementasi juga dilakukan pemantauan ketat terhadap tanda-tanda klinis disfagia, seperti batuk atau tersedak saat makan, guna memastikan konsistensi pengental yang diberikan telah sesuai dengan kapasitas fungsional menelan pasien. Adapun rencana tindakan keperawatan berdasarkan Standar Luanan Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dijabarkan pada Tabel 1.

Tabel 1
Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan
Diagnosis Keperawatan Gangguan Menelan

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
<p>Gangguan Menelan (D.0063)</p> <p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gangguan serebrovaskuler b. Gangguan saraf kranialis c. Paralisis serebral d. Akalasia 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 8 jam diharapkan Status Menelan (L.06052) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat (5) 2. Reflek menelan meningkat (5) 3. Kemampuan mengosongkan 	<p>Intervensi utama</p> <p>Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, <i>jika perlu</i> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum

1	2	3
e. Abnormalitas laring	mulut meningkat (5)	3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
f. Abnormalitas orofaring	4. Kemampuan mengunyah	4. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat
g. Anomaly jalan napas atas	meningkat (5)	5. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
h. Defek anatomic kongenital	5. Usaha menelan meningkat (5)	6. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
i. Defek laring	6. Pembentukan bolus meningkat	7. Sediakan makanan dan minuman yang disukai
j. Defek nasal	(5)	8. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, <i>jika perlu</i>
k. Defek rongga nasofaring	7. Frekuensi tersedak	9. Motivasi untuk makan di ruang makan, <i>jika tersedia</i>
l. Defek trakea	menurun (5)	
m. Refluk gastroesofagus	8. Batuk menurun (5)	Edukasi
n. Obstruksi mekanis	9. Muntah menurun (5)	1. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3)
o. Prematuritas	10. Refluks lambung menurun (5)	Kolaborasi
Gejala dan Tanda Mayor :	11. Gelisah menurun (5)	1. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi
Data Subjektif :	12. Regurgitasi menurun (5)	
a. Mengeluh sulit menelan	13. Produksi saliva membaik (5)	Intervensi pendukung Pemberian Makanan (I.03125)
Data Objektif :	14. Penerimaan makanan membaik (5)	Observasi
a. Batuk sebelum menelan	15. Kualitas membaik (5)	1. Identifikasi makanan yang diprogramkan
b. Batuk makan setelah atau minum		2. Identifikasi kemampuan menelan
c. Tersedak		3. Periksa mulut untuk residu pada akhir makan
d. Makanan tertinggal rongga mulut		Terapeutik
Kondisi Klinis Terkait :		1. Lakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan
a. Stroke		2. Sediakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu
b. Distrofi muskuler		
c. Poliomielitis		

1	2	3
d. Cerebral palsy		makan (mis. simpan urinal, pispot, agar tidak terlihat)
e. Penyakit Parkinson		3. Berikan posisi duduk atau semi fowler saat makan
f. Guillain Barre Syndrome		4. Berikan makanan hangat, <i>jika memungkinkan</i>
g. Myastenia gravis		5. Sediakan sedotan, <i>sesuai kebutuhan</i>
h. Amyotropic lateral sclerosis		6. Berikan makanan sesuai keinginan, <i>jika memungkinkan</i>
i. Neoplasma otak		7. Tawarkan mencium aroma makanan untuk merangsang nafsu makan
j. Paralisis pita suara		8. Cuci muka dan tangan setelah makan
k. Kerusakan saraf kranialis V, VII, IX, XI		Edukasi
l. Esofagitis		1. Anjurkan orang tua atau keluarga membantu makan kepada pasien
		Kolaborasi
		1. Kolaborasi pemberian analgesic yang adekuat sebelum makan, <i>jika perlu</i>
		2. Kolaborasi pemberian antiemetil sebelum makan, <i>jika perlu</i>

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya. Pada tahap ini, perawat secara langsung memberikan asuhan kepada pasien sesuai dengan masalah yang ditemukan dan tujuan yang ingin dicapai.

Pada kasus gangguan menelan pada lansia dengan disabilitas kongenital, tindakan yang dilakukan lebih difokuskan pada membantu pasien agar dapat makan dengan aman dan mencegah terjadinya aspirasi. Perawat membantu mengatur posisi pasien saat makan dalam posisi duduk atau setengah duduk, karena posisi ini dapat mempermudah proses menelan. Makanan diberikan sedikit demi sedikit, serta

pasien dipantau selama makan untuk melihat apakah muncul tanda seperti batuk, tersedak, atau sisa makanan di mulut.

Selain itu, dilakukan penyesuaian tekstur makanan dengan menambahkan *Toromi Tsururinko* pada cairan agar lebih kental dan mudah dikontrol saat ditelan. Cara ini cukup efektif untuk mengurangi risiko makanan atau minuman masuk ke saluran napas. Perawat juga memberikan penjelasan kepada keluarga mengenai cara membantu pasien saat makan, sehingga perawatan dapat dilanjutkan di rumah. Penyesuaian diet dan cara pemberian makan yang tepat diketahui dapat membantu meningkatkan keamanan menelan pada pasien disfagia (Wiatanti *et al.*, 2025).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk melihat sejauh mana tindakan yang sudah diberikan berhasil mencapai tujuan. Penilaian dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah intervensi.

Pada pasien dengan gangguan menelan, evaluasi difokuskan pada perubahan kemampuan makan dan minum. Hasil yang diharapkan antara lain pasien mulai lebih mudah menelan, frekuensi batuk dan tersedak berkurang, serta tidak ada lagi sisa makanan di rongga mulut. Selain itu, pasien juga menunjukkan peningkatan dalam menerima makanan dan tidak mengalami tanda-tanda aspirasi. Evaluasi juga penting untuk menilai apakah asupan nutrisi pasien sudah cukup, karena pasien disfagia berisiko mengalami kekurangan nutrisi. Jika hasil yang diharapkan belum tercapai, maka rencana tindakan perlu diperbaiki atau disesuaikan kembali. Sebaliknya, jika kondisi pasien sudah membaik, maka intervensi dapat dilanjutkan untuk mempertahankan kondisi tersebut (Mangalik, Laurensia and Ariestiningsih, 2023).

E. Konsep Pemberian *Toromi Tsururinko*

1. Definisi *Toromi Tsururinko*

Toromi Tsururinko merupakan produk pengental (*thickener*) yang digunakan untuk meningkatkan viskositas cairan sehingga lebih aman dikonsumsi oleh individu dengan gangguan menelan atau disfagia. Istilah *toromi* dalam bahasa Jepang mengacu pada kondisi cairan yang menjadi lebih kental, sedangkan *Tsururinko* adalah nama dagang dari produk pengental tersebut yang umum digunakan dalam praktik klinis, khususnya pada pasien dengan kebutuhan diet modifikasi tekstur.

Dalam manajemen disfagia, penggunaan bahan pengental dikenal sebagai intervensi *thickened fluids*, yaitu upaya mengubah konsistensi cairan untuk memperlambat aliran bolus selama proses menelan. Cairan dengan viskositas rendah cenderung mengalir terlalu cepat sehingga sulit dikontrol oleh pasien disfagia, terutama pada fase oral dan faringeal. Kondisi ini meningkatkan risiko terjadinya penetrasi maupun aspirasi ke saluran napas (Steele, Ennis and Dobler, 2021).

Penelitian menunjukkan bahwa peningkatan viskositas cairan dapat memberikan waktu yang lebih panjang bagi refleks menelan untuk terjadi secara optimal. Dengan aliran yang lebih lambat, koordinasi antara pernapasan dan penutupan jalan napas menjadi lebih baik, sehingga risiko kesalahan arah bolus dapat diminimalkan (Chen et al., 2023). Hal ini menjadikan penggunaan pengental sebagai salah satu intervensi non-farmakologis yang paling umum digunakan dalam penatalaksanaan disfagia.

Selain itu, jenis pengental berbasis gum seperti yang terdapat pada produk *Tsururinko* memiliki keunggulan dalam hal stabilitas viskositas dan tidak mudah mengalami perubahan konsistensi seiring waktu. Stabilitas ini penting untuk memastikan bahwa tingkat kekentalan cairan tetap sesuai dengan kebutuhan terapi pasien sejak persiapan hingga konsumsi.

2. Tujuan dan manfaat pemberian *Toromi Tsururinko*

a. Tujuan pemberian

Pemberian *Toromi Tsururinko* pada pasien disfagia pada dasarnya bertujuan untuk meningkatkan keamanan proses menelan serta mencegah komplikasi yang dapat timbul akibat gangguan tersebut. Salah satu tujuan utama adalah mengurangi risiko aspirasi, yaitu masuknya makanan atau cairan ke dalam saluran pernapasan. Cairan yang telah dikentalkan memiliki kecepatan aliran yang lebih lambat, sehingga memberikan waktu tambahan bagi mekanisme proteksi jalan napas untuk bekerja secara optimal (Steele, Ennis and Dobler, 2021).

Selain itu, peningkatan viskositas cairan juga bertujuan untuk memperbaiki kontrol bolus. Pada pasien disfagia, kemampuan mengontrol cairan di dalam rongga mulut sering kali menurun, sehingga cairan dapat mengalir secara tidak terkontrol ke faring. Dengan adanya pengental, cairan menjadi lebih mudah dikendalikan, sehingga proses pemindahan bolus menjadi lebih terarah (Chen et al., 2023).

Tujuan lainnya adalah meningkatkan koordinasi proses menelan secara keseluruhan. Menelan merupakan proses kompleks yang melibatkan koordinasi antara otot-otot oral, faring, dan esofagus. Dengan memperlambat aliran cairan, sistem saraf memiliki waktu yang lebih cukup untuk mengoordinasikan setiap tahapan menelan secara efektif.

b. Manfaat pemberian

Pemberian *Toromi Tsururinko* memberikan berbagai manfaat dalam praktik klinis, khususnya dalam penanganan pasien dengan disfagia. Salah satu manfaat utama adalah menurunkan risiko tersedak dan aspirasi. Cairan yang lebih kental cenderung tidak mudah masuk ke saluran napas karena pergerakannya lebih terkendali, sehingga meningkatkan keamanan pasien saat makan dan minum

Selain itu, penggunaan cairan kental juga dapat meningkatkan efisiensi proses menelan. Dengan kontrol bolus yang lebih baik, pasien dapat menelan dengan lebih sedikit usaha dan mengurangi kemungkinan terjadinya residu makanan di rongga mulut atau faring (Steele, Ennis and Dobler, 2021). Hal ini penting untuk mencegah komplikasi lanjutan seperti infeksi saluran pernapasan.

Manfaat lain yang tidak kalah penting adalah membantu pasien tetap mempertahankan asupan nutrisi dan cairan secara oral. Pada beberapa kasus disfagia, pasien berisiko mengalami dehidrasi atau malnutrisi akibat kesulitan menelan. Dengan modifikasi tekstur menggunakan pengental, pasien tetap dapat mengonsumsi cairan dengan lebih aman tanpa harus bergantung sepenuhnya pada metode nutrisi alternatif.

Namun demikian, penggunaan *Toromi Tsururinko* juga perlu mempertimbangkan beberapa aspek. Salah satunya adalah kemungkinan penurunan asupan cairan akibat perubahan tekstur yang kurang disukai oleh pasien. Penelitian menunjukkan bahwa terapi cairan kental dapat memengaruhi status hidrasi apabila tidak disertai pemantauan yang baik (Viñas et al., 2022). Oleh karena itu, pemberian pengental harus disesuaikan dengan kondisi dan toleransi pasien, serta dilakukan evaluasi secara berkala.

3. Klasifikasi standar ketebalan *Toromi Tsururinko*

Bahan pengental seperti *Toromi Tsururinko* digunakan untuk mengubah viskositas cairan agar lebih aman dikonsumsi oleh pasien dengan gangguan menelan atau disfagia. Setiap jenis pengental dapat menghasilkan tingkat kekentalan yang berbeda meskipun digunakan dalam jumlah yang sama, karena dipengaruhi oleh jenis bahan dasar (pati atau gum), suhu, serta karakteristik cairan yang dicampurkan (Chen *et al.*, 2023).

Secara umum, klasifikasi kekentalan cairan pada pasien disfagia mengacu pada standar *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI), yang digunakan secara internasional sebagai acuan dalam menentukan keamanan tekstur makanan dan minuman. Standar ini telah banyak digunakan dalam praktik klinis karena terbukti membantu standarisasi penilaian kekentalan cairan (Kim *et al.*, 2022).

Namun demikian, dalam praktik sehari-hari, terutama pada penggunaan produk pengental seperti *Toromi Tsururinko*, klasifikasi tersebut sering disederhanakan menjadi tiga tingkat utama agar lebih mudah diaplikasikan oleh tenaga kesehatan maupun caregiver (Viñas *et al.*, 2022). Adapun klasifikasi tersebut adalah sebagai berikut:

a. Ketebalan tipis (*slightly thick / usui toromi*)

Ketebalan tipis merupakan cairan dengan viskositas yang sedikit lebih tinggi dibandingkan air, namun masih mudah mengalir dan relatif tidak mengganggu proses menelan pada kasus ringan. Pada tingkat ini, cairan masih dapat menyebar di rongga mulut dengan cepat dan tidak memerlukan usaha besar untuk ditelan.

Cairan dengan ketebalan ini masih dapat dikonsumsi menggunakan sedotan dan umumnya digunakan pada pasien dengan gangguan menelan ringan. Peningkatan viskositas pada tingkat ini telah terbukti dapat membantu meningkatkan kontrol bolus dan mengurangi risiko aspirasi ringan (Steele, Ennis and Dobler, 2021).

b. Ketebalan sedang (*moderately thick / chuukan no toromi*)

Ketebalan sedang memiliki konsistensi yang lebih kental dan mulai menunjukkan resistensi saat diminum. Cairan bergerak lebih lambat di dalam rongga mulut dan tidak mudah menyebar, sehingga lebih mudah dikendalikan oleh pasien. Pada kondisi ini, cairan cenderung berkumpul di lidah sebelum ditelan.

Tingkat ini masih memungkinkan penggunaan sedotan, namun membutuhkan usaha lebih besar. Penelitian menunjukkan bahwa cairan dengan viskositas sedang dapat meningkatkan keamanan menelan dan menurunkan risiko penetrasi maupun aspirasi pada pasien disfagia derajat sedang (Chen *et al.*, 2023).

c. Ketebalan sangat tebal (*extremely thick / koi toromi*)

Ketebalan sangat tebal merupakan tingkat tertinggi yang diperuntukkan bagi pasien dengan disfagia berat. Cairan memiliki konsistensi menyerupai pudding dan tidak dapat diminum menggunakan sedotan, sehingga biasanya dikonsumsi menggunakan sendok.

Pada tingkat ini, cairan tidak mudah menyebar di rongga mulut dan membutuhkan kontrol yang lebih besar dalam proses menelan. Kekentalan tinggi ini memberikan kontrol bolus yang maksimal dan secara signifikan menurunkan risiko aspirasi pada pasien dengan gangguan menelan berat (Viñas *et al.*, 2022).

Secara keseluruhan, pemilihan tingkat kekentalan *Toromi Tsururinko* harus disesuaikan dengan kondisi klinis pasien dan hasil evaluasi kemampuan menelan. Ketepatan pemilihan viskositas menjadi faktor penting dalam keberhasilan terapi disfagia serta pencegahan komplikasi.

4. Prosedur penggunaan *Toromi Tsururinko*

Prosedur penggunaan *Toromi Tsururinko* (bahan pengental), didasari dengan berbagai hasil penelitian mengenai intervensi pada pasien dengan gangguan menelan dianalisis menggunakan pendekatan PICOT meliputi *problem, intervention, comparison, outcome, dan time* untuk mengidentifikasi kesesuaian antara masalah, tindakan, dan luaran yang diharapkan. Pendekatan ini mencakup populasi pasien dengan disfagia, jenis intervensi yang diberikan, perbandingan dengan tindakan lain atau tanpa intervensi, serta hasil yang diperoleh setelah tindakan dilakukan, seperti Tabel 2 berikut.

Tabel 2
Jurnal Intervensi Inovasi Pemberian *Toromi Tsururinko* dengan Analisis PICOT pada Pasien Dengan Gangguan Menelan

Judul, Penulis, Tahun	Patient/ Population/ Problem	Intervetion	Comparison	Outcome	Time
1	2	3	4	5	6
Shear-Viscosity-Dependent Effect of a Gum-Based Thickening Product on the Safety of Swallowing in Older Patients with Severe Oropharyngeal Dysphagia (Viñas et al., 2022)	85 pasien lansia dengan oropharyngeal dysphagia	Pemberian <i>xanthan gum thickener (Tsururinko)</i> dengan berbagai tingkat viskositas	Perbandingan cairan tanpa pengental dan cairan dengan pengental	Meningkatkan keamanan menelan hingga 95% dan menurunkan risiko aspirasi secara signifikan	Selama pemeriksaan klinis (<i>cross-sectional</i>)

1	2	3	4	5	6
<i>The Impact of Rheological Characteristics on the Swallowing Dynamics of Xanthan Gum-Based Thickeners</i> (Hayakawa <i>et al.</i> , 2026)	Responden dewasa dengan evaluasi fungsi menelan	Pemberian <i>xanthan gum thickener</i> (termasuk <i>Tsururinko</i>)	Perbandingan antar jenis <i>thickener</i>	Meningkatkan kontrol bolus, koordinasi menelan, dan keamanan <i>swallowing</i>	Selama pengukuran intervensi
<i>Sensory Implications of Thickened Beverages for Dysphagia : Taste-Texture Interactions</i> (Dhamodharan <i>et al.</i> , 2025)	Pasien dengan gangguan menelan	Pemberian <i>xanthan gum thickener</i>	Dibandingkan dengan starch-based thickener	<i>Xanthan gum</i> lebih stabil, tidak mudah terurai, dan lebih efektif dalam mencegah aspirasi	Tidak spesifik
<i>Clinical Review of Thickened Fluids in Dysphagia Management</i> (Steele, Ennis and Dobler, 2021)	Pasien disfagia (stroke, lansia)	Pemberian <i>thickened fluids</i> (termasuk <i>Toromi</i>)	Cairan biasa (<i>thin liquid</i>)	Menurunkan risiko aspirasi namun perlu pengawasan hidrasi pasien	Review berbagai studi
<i>Improving Swallowing Function with Thickening Agents in Poststroke Oropharyngeal Dysphagia: A Real World Experience</i> (Venkat, 2024)	4 pasien dengan <i>post stroke dysphagia</i> (PSD)	Pemberian <i>thickened fluids</i> (TF) untuk membantu meningkatkan kontrol bolus, memfasilitasi peningkatan koordinasi dalam mekanisme menelan, dan menurunkan risiko aspirasi	Tidak ada perbandingan dalam jurnal ini	Pendekatan manajemen komprehensif dengan <i>thickened fluids</i> (TF) dapat mengurangi risiko aspirasi dan pneumonia aspirasi pada pasien dengan PSD sambil mempertahankan nutrisi dan hidrasi serta meningkatkan fungsi menelan	Bulan April sampai Juni 2024

Berdasarkan hasil analisis PICOT dan tinjauan literatur, pemberian *Toromi Tsururinko* sebagai intervensi modifikasi tekstur cairan pada pasien dengan gangguan menelan dilakukan melalui Standar Prosedur Operasional (SPO) sebagai berikut:

a. Tahap pre-interaksi

- 1) Melakukan cuci tangan sesuai prosedur kebersihan tangan (*hand hygiene*).
- 2) Mengkaji riwayat kesehatan pasien, terutama terkait gangguan menelan (*disfagia*), status neurologis, dan kemampuan makan minum.
- 3) Menyiapkan alat dan bahan, meliputi:
 - a) Sarung tangan.
 - b) Cairan atau makanan cair (air, susu, kopi, sup, atau jus).
 - c) Gelas atau wadah minum.
 - d) Bubuk *Toromi Tsururinko*.
 - e) Sendok takar.
 - f) Pengaduk (*whisk/ spoon*).

b. Tahap orientasi

- 1) Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri kepada pasien.
- 2) Menjelaskan tujuan tindakan, yaitu untuk memodifikasi tekstur cairan agar lebih aman dikonsumsi oleh pasien dengan gangguan menelan.
- 3) Menjelaskan prosedur singkat yang akan dilakukan.
- 4) Menyampaikan kontrak waktu pelaksanaan tindakan.
- 5) Menanyakan kesiapan dan persetujuan pasien untuk dilakukan tindakan.

c. Tahap kerja

- 1) Melakukan cuci tangan kembali sebelum tindakan.
- 2) Menggunakan sarung tangan sebagai tindakan pencegahan infeksi.
- 3) Menyiapkan cairan atau makanan cair yang akan dikentalkan.
- 4) Mengukur dosis bubuk *Toromi Tsururinko* sesuai tingkat kekentalan yang diinginkan (tipis, sedang, atau sangat tebal) menggunakan sendok takar.

- 5) Menambahkan bubuk *Toromi Tsururinko* ke dalam cairan secara perlahan sambil diaduk menggunakan whisk selama ± 30 detik hingga tercampur merata dan tidak menggumpal.
- 6) Untuk cairan tertentu seperti susu atau kopi, diamkan selama $\pm 3-5$ menit setelah pengadukan agar viskositas stabil sebelum diberikan kepada pasien.
- 7) Memastikan konsistensi cairan sesuai dengan kebutuhan pasien sebelum diberikan.
- 8) Memberikan cairan yang telah dikentalkan kepada pasien secara perlahan dan dengan pengawasan untuk mencegah risiko aspirasi.

d. Tahap terminasi

- 1) Memberitahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan.
- 2) Melakukan evaluasi respon pasien, termasuk kenyamanan dan kemampuan menelan setelah pemberian cairan.
- 3) Menyimpulkan hasil tindakan dan memberikan umpan balik singkat kepada pasien atau keluarga.
- 4) Merapikan dan membersihkan alat yang telah digunakan.
- 5) Menyampaikan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya apabila diperlukan.
- 6) Mengucapkan salam penutup kepada pasien.

e. Dokumentasi

- 1) Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan