

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi lansia

Lansia adalah kategori orang yang berusia 65 ke atas menurut (National Institutes of Health, 2025). Menjadi tua merupakan fase akhir pertumbuhan kehidupan manusia yang mengalami perubahan fisik maupun psikososial secara bertahap, peningkatan risiko penyakit dan akhirnya kematian (WHO, 2025). Secara umum, lansia diidentifikasi sebagai kelompok usia yang lebih rentan terhadap gangguan kesehatan, baik fisik maupun psikologis (Saltar dkk., 2025).

2. Batasan umur lansia

Lansia dibagi menjadi dua yaitu lansia potensial dan lansia non potensial. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dalam memenuhi kebutuhan nafkahnya. Sedangkan lansia non potensial adalah lansia yang tidak mampu lagi melakukan pekerjaan dalam mencari nafkah (Sukmawati dkk., 2024).

Berdasarkan (Sukmawati dkk, 2024) pengkategorian kelompok lansia berdasarkan Batasan usia sebagai berikut.

a. Menurut WHO, lansia dibagi menjadi empat kelompok, yaitu :

- 1). Usia pertengahan (middle age): kelompok usia 45-59 tahun
- 2). Lansia (elderly): kelompok usia 60-74 tahun
- 3). Lansia tua (old): kelompok usia 75-90 tahun
- 4). Usia sangat tua (very old): kelompok usia diatas 90 tahun

b. Menurut kementerian kesehatan RI 2023, lansia terbagi menjadi tiga kategori yaitu:

- 1) Lansia dini (45 sampai < 60 tahun) yaitu kelompok yang baru memasuki lansia atau pra lansia
- 2) Lansia pertengahan (60 sampai 70 tahun)
- 3) Lansia dengan risiko tinggi (> 70 tahun)

3. Perubahan umum yang terjadi pada lansia

Perubahan umum yang terjadi pada lansia menurut (Irawan dkk., 2025).

a. Perubahan fisik pada proses penuaan

Pada proses penuaan, tubuh mengalami berbagai perubahan fisik yang memengaruhi kemampuan fungsional dan kesejahteraan individu. Berikut perubahan fisik utama yang terjadi pada lansia yaitu

- 1). Kulit : kehilangan elastisitas dan munculnya keriput
- 2). Otot dan tulang: penurunan massa otot (sarkopenia) dan kepadatan tulang (osteoporosis)
- 3). System Kardiovaskular: penurunan elastisitas pembuluh darah dan peningkatan risiko hipertensi
- 4). System saraf: penurunan volume otak dan perlambatan sinyal saraf
- 5). Indera: penurunan penglihatan, pendengaran, rasa dan penciuman

b. Perubahan psikologis pada lansia

Seiring bertambahnya usia, berbagai perubahan dalam fungsi kognitif, emosi, dan adaptasi mental dapat terjadi, yang mempengaruhi kualitas hidup dan kesejahteraan lansia. Berikut perubahan psikologis pada lansia yaitu

- 6). Kognitif: penurunan memori, kecepatan berfikir, dan fungsi eksekutif

- 7). Emosional: perubahan suasana hati dan risiko depresi
- 8). Adaptasi mental: resilience dalam menghadapi perubahan
- 9). Stigma usia dan pengaruhnya pada kesehatan mental lansia
- 10). Keterlibatan social dan kesehatan mental lansia

c. Kualitas hidup

Kualitas hidup lansia sangat dipengaruhi oleh bagaimana mereka mengelolah aspek fisik, social, dan emosional dari penuaan. Lansia yang mempertahankan aktifitas fisik, memiliki dukungan social yang kuat, mendapatkan layanan kesehatan yang baik, dan memiliki stabilitas keuangan akan memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi. Oleh karena itu, penting bagi masyarakat dan penyedia layanan kesehatan untuk mendukung lansia dalam mempertahankan kualitas hidup yang optimal melalui berbagai intervensi dan kebijakan yang mendukung mereka.

B. Konsep Dasar Disfagia

1. Definisi disfagia

Disfagia atau gangguan menelan merupakan kondisi yang umum terjadi dan bukan merupakan suatu penyakit, melainkan gejala atau kumpulan gejala yang berhubungan dengan kesulitan dalam proses menelan (Zachreini & Harahap, 2023). Mengalami disfagia dapat mempengaruhi mulut, tenggorokan dan esofagus, dimana dapat menyebabkan kesulitan dalam menelan makanan, terutama makanan yang keras dan bertekstur kasar, dan minuman (Safira dkk., 2021). Membutuhkan lebih banyak usaha dan waktu untuk memproses makanan, dan dapat dialami oleh semua usia terutama usia tua akibat kerusakan struktur organ atau kondisi medis tertentu untuk orang yang mengalami disfagia (Marsella dkk., 2024). Gangguan menelan atau disfagia kerap dijumpai penyakit yang menyerang saraf seperti

penyakit stroke, trauma kepala, serebral palsi, penyakit parkinson, dan sebagainya (Komang dkk, 2024). Kelemahan karena gangguan yang terjadi yaitu seperti kondisi nutrisi, fungsi otot, serta peningkatan risiko terjadinya pneumonia aspirasi (Goesasi dkk, 2022). Disfagia membutuhkan penanganan dan intervensi yang sesuai guna mencegah timbulnya komplikasi serius, terutama pada kelompok rentan seperti lansia.

2. Etiologi

Disfagia merupakan gangguan menelan yang dapat disebabkan oleh berbagai kondisi yang memengaruhi struktur maupun fungsi sistem menelan. Secara umum, etiologi disfagia meliputi gangguan neurologis, kelainan struktural atau mekanik, gangguan motilitas, serta faktor iatrogenik. Penyakit neurologis seperti stroke, penyakit Parkinson, multiple sclerosis, dan amyotrophic lateral sclerosis dapat mengganggu koordinasi saraf dan otot yang berperan dalam proses menelan, sehingga menjadi penyebab utama disfagia, terutama pada lansia (*Panebianco et al., 2020*). Menurut Anna, (2020) Adapun etiologi disfagia berdasarkan jenis disfagia sebagai berikut.

a. Disfagia Orofaringeal

Disfagia dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang secara umum dikelompokkan menjadi penyebab neurologis, struktural, dan penyebab lainnya. Penyebab neurologis meliputi gangguan pada sistem saraf pusat seperti stroke serta penyakit neurodegeneratif, antara lain penyakit Parkinson, sklerosis lateral amiotrofik, dan sklerosis multipel, yang dapat mengganggu koordinasi saraf dan otot menelan. Selain itu, kerusakan pada sambungan neuromuskular, seperti pada miastenia gravis dan sindrom Lambert–Eaton, maupun gangguan pada otot primer,

termasuk miopati dan miopati pascainflamasi, juga dapat menyebabkan terjadinya disfagia. Penyebab struktural berkaitan dengan adanya perubahan atau kerusakan anatomi, yang dapat terjadi akibat tindakan intubasi, penyakit tertentu, serta perubahan pascaoperasi pada daerah kepala dan leher. Kondisi pascaoperasi kanker, seperti cacat morfologis pada rongga mulut dan faring serta kerusakan saraf yang mempersarafi area tersebut, termasuk efek terapi tambahan seperti radioterapi, turut berkontribusi terhadap gangguan menelan. Sementara itu, penyebab lainnya mencakup penggunaan obat-obatan tertentu, seperti obat kolinolitik (misalnya hyoscine butylbromide), opioid, dan antidepresan trisiklik, yang dapat menimbulkan mulut kering sehingga menghambat pembentukan bolus makanan dan menyulitkan proses menelan.

b. Disfagia Esofageal

Gangguan menelan juga dapat disebabkan oleh berbagai kondisi yang berkaitan dengan kelainan struktural, fungsional, maupun faktor lain. Gangguan struktural, khususnya berupa penyempitan esofagus, dapat terjadi akibat beberapa kondisi seperti kanker esofagus, divertikula, penyakit refluks asam lambung, penyempitan pasca luka bakar akibat zat kaustik, adanya cincin esofagus, stenosis pascainflamasi, serta stenosis yang disertai ulserasi. Selain itu, gangguan fungsional yang berhubungan dengan keterampilan motorik menelan dapat dipengaruhi oleh kondisi seperti akalasia (kejang kardia), spasme esofagus difus, dan penyakit refluks asam lambung yang mengganggu koordinasi pergerakan esofagus. Adapun penyebab lainnya meliputi penyakit jaringan ikat (kolagenosis), diabetes melitus, adanya tekanan eksternal dari organ di sekitar esofagus seperti pembesaran atrium kiri, penyakit neurologis seperti Parkinson, sklerosis lateral amiotrofik, dan

sklerosis multipel, riwayat tindakan bedah toraks maupun jantung, posisi berbaring pada pasien dengan gangguan sistem saraf pusat, keberadaan benda asing di esofagus, serta riwayat terapi radiasi yang dapat menyebabkan perubahan struktur dan fungsi esofagus.

3. Manifestasi klinis

Pada individu dengan disfagia, manifestasi klinis yang muncul dapat dibedakan menjadi gejala langsung dan gejala tidak langsung (Rommel & Hamdy, 2015).

- a. Gejala langsung meliputi keluarnya makanan dari mulut, air liur yang berlebihan hingga menetes, regurgitasi melalui hidung, batuk atau tersedak saat menelan, sensasi makanan tertahan di tenggorokan, kecenderungan menghindari jenis atau konsistensi makanan tertentu, serta adanya perubahan posisi atau postur tubuh ketika makan.
- b. Gejala tidak langsung dapat berupa penurunan berat badan, kejadian infeksi saluran pernapasan bawah yang berulang seperti infeksi dada, bronkitis, dan/atau pneumonia, waktu makan yang menjadi lebih lama, batuk kronis, perubahan kualitas suara, gangguan artikulasi, serta perubahan kemampuan bicara dan bahasa.

4. Patofisiologi

Disfagia terjadi ketika proses menelan yang normal terganggu akibat kerusakan atau disfungsi pada komponen anatomi dan fisiologi yang kompleks dalam sistem deglutisi. Proses menelan (deglutition) merupakan tindakan neuromuskular yang melibatkan koordinasi lebih dari 30 pasang otot dan beberapa saraf kranial, serta integrasi antara komponen sukarela dan refleks yang terpusat di

batang otak untuk menggerakkan bolus dari mulut ke lambung sambil melindungi saluran napas (*Panara et al., 2023*) Normalnya, menelan dibagi menjadi tiga fase utama yaitu fase oral, fase faringeal, dan fase esofageal yang harus berlangsung secara teratur dan terkoordinasi; gangguan pada salah satu fase ini dapat menyebabkan disfagia (*Kahrilas, 1994*).

Pada disfagia orofaringeal, misalnya, terjadi keterlambatan atau ketidakterpiciannya refleks menelan yang menyebabkan bolus memasuki faring atau bahkan memasuki saluran napas sebelum proteksi laring efektif, sementara berkurangnya elevasi laring atau penutupan laring yang buruk menyebabkan residu makanan tertinggal dan meningkatkan risiko aspirasi (*Rajati et al., 2022*). Selain itu, disfagia esofageal dapat muncul dari disfungsi motilitas atau hambatan mekanik pada esofagus yang mengganggu peristaltik dan relaksasi sfingter esofagus, sehingga menghambat perpindahan bolus ke lambung (*Bahareh Bakhshaie, 2019*). Gangguan sensorik-motorik pada jalur saraf aferen juga berperan penting karena menurunkan kemampuan memodulasi aktivitas otot yang diperlukan selama setiap fase menelan (*Steele & Miller, 2010*). Secara keseluruhan, disfagia mencerminkan kegagalan koordinasi antara komponen anatomi dan mekanisme refleks yang diperlukan untuk transfer bolus yang aman dan efisien melalui saluran pencernaan bagian atas.

5. Komplikasi

Disfagia sering terjadi sebagai komplikasi penyakit-penyakit yang melibatkan susunan saraf pusat seperti penyakit parkison, sclerosis multiple, ALS, Demensia dan stoke. Berikut komplikasi disfagia yang terjadi (*Syafrita, 2017*).

a. Aspirasi

Aspirasi terjadi bila makanan atau cairan masuk ke trakea. Tanda terjadinya aspirasi bisa dari timbulnya batuk, nafas pendek, dan tersengal, sulit bernafas dan terjadinya komplikasi saluran nafas. Disfagia berhubungan erat dengan terjadinya pneumonia aspirasi akibat masuknya benda asing dan atau bakteri ke dalam paru.

b. Malnutrisi

Malnutrisi sering terjadi pada pasien tua. Asupan makanan menjadi faktor yang menghubungkan disfagia dengan malnutrisi, di mana lansia yang mengalami disfagia cenderung mengalami penurunan signifikan dalam konsumsi makanan dan biasanya menghindari makanan yang sulit dikunyah seperti sayur, buah, dan daging bahkan pada saat minum didalam mulut cairan yang masuk tidak dapat dikontrol dengan baik..

c. Dehidrasi

Dehidrasi adalah gangguan keseimbangan air dan elektrolit akibat kehilangan sejumlah cairan dari tubuh atau keluarnya natrium bersamaan dengan kehilangan cairan. Disfagia adalah factor risiko untuk terjadinya dehidrasi karena ketidak mampuan untuk minum secara aman, gangguan kognitif, ketergantungan kepada orang lain untuk asupan oral dan intoleransi terhadap sejumlah cairan sehingga masuknya cairan dibatasi..

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan disfagia diarahkan pada upaya mempertahankan keselamatan dan keberlangsungan hidup pasien serta mencegah terjadinya komplikasi lanjutan yang dapat memperburuk kondisi. Terdapat berbagai

pendekatan dalam penanganan penderita disfagia yang dapat diterapkan sesuai kebutuhan pasien (Sengkey dkk, 2014).

- a. Teknik postural yaitu pengaturan posisi kepala dan tubuh yang tepat guna mengurangi kemungkinan aspirasi. Pemilihan postur harus disesuaikan dengan gangguan anatomi dan fisiologis yang dialami pasien, sehingga terapis perlu melakukan pengkajian secara menyeluruh sebelum menentukan posisi yang sesuai, seperti chin down atau chin tuck, chin up, rotasi kepala, kemiringan kepala, maupun posisi berbaring.
- b. Selain itu, dilakukan pula modifikasi volume dan kecepatan pemberian makanan, karena pada gangguan fase faringeal pasien sering memerlukan dua hingga tiga kali menelan untuk satu bolus. Pemberian makanan dalam jumlah besar dan terlalu cepat dapat menyebabkan penumpukan bolus di laring yang meningkatkan risiko aspirasi, sedangkan pemberian dalam jumlah kecil dan secara perlahan terbukti lebih aman.
- c. Modifikasi diet juga merupakan komponen penting, terutama penyesuaian tekstur makanan. Konsistensi cair lebih sulit dikontrol dan cenderung mudah masuk ke faring sebelum refleks menelan terjadi, sehingga meningkatkan risiko aspirasi. Sebaliknya, bolus yang lebih kental atau makanan lunak relatif lebih aman karena lebih mudah dikendalikan dan membantu meningkatkan pergerakan lidah serta mempercepat inisiasi fase faringeal. Anjuran lain meliputi pemberian makanan dalam porsi kecil namun lebih sering, dengan kandungan tinggi kalori dan protein, yakni sekitar setengah hingga satu sendok teh setiap kali menelan.
- d. Adapun penyesuaian peralatan makan juga diperlukan untuk mendukung

kemandirian pasien, khususnya pada penderita disfagia yang disertai kelemahan ekstremitas atas, seperti penggunaan gelas dengan sedotan, nose cutout cup, pelindung piring, serta sendok dan garpu yang dimodifikasi.

C. Konsep Dasar Risiko Aspirasi

1. Definisi

Risiko aspirasi merupakan suatu kondisi seseorang yang berisiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2. Factor risiko

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) faktor penyebab diagnosis keperawatan risiko aspirasi sebagai berikut.

- a. Penurunan tingkat kesadaran
- b. Penurunan refleks muntah dan/atau batuk
- c. Gangguan menelan
- d. Disfagia
- e. Kerusakan mobilitas fisik
- f. Peningkatan residu lambung
- g. Peningkatan tekanan intragastric
- h. Penurunan motilitas gastrointestinal
- i. Sfingter esofagus bawah inkompeten
- j. Perlambatan pengosongan lambung
- k. Terpasang selang nasogastric
- l. Terpasang trakeostomi atau endotracheal tube

- m. Trauma/pembedahan leher, mulut, dan/atau wajah
- n. Efek agen farmakologis.
- o. Ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan dan bernapas

3. Kondisi klinis

Risiko aspirasi sering dikaitkan dengan beberapa kondisi klinis, antara lain sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- a. Cedera Kepala
- b. Stroke
- c. Cedera medula sipinalis
- d. Guillain barre syndrome
- e. Penyakit Parkinson
- f. Keracunan obat dan alkohol
- g. Pembesaran uterus
- h. Miostenia gravis
- i. Fistula trakeoesofagus Strikura esofagus
- j. Sklrerosis multiple
- k. Labiopalatoskizis
- l. Atresia esofagus
- m. Laringomalasia
- n. Prematureritas

4. Proses terjadinya risiko aspirasi pada lansia disfagia

Disfagia adalah gangguan menelan yang menyebabkan kegagalan mekanisme proteksi jalan napas sehingga makanan, cairan, atau saliva dapat masuk ke saluran pernapasan. Gangguan ini dapat terjadi pada fase oral maupun faringeal

dan merupakan penyebab utama terjadinya aspirasi. Pada fase oral, kelemahan otot lidah dan gangguan koordinasi menyebabkan bolus tidak terbentuk dengan baik dan dapat mengalir ke faring sebelum refleks menelan terjadi. Kondisi ini meningkatkan risiko aspirasi sebelum menelan, terutama pada lansia dan pasien dengan gangguan neurologis (*Bertschi et al., 2025*).

Pada fase faringeal, refleks menelan yang terlambat, penurunan elevasi laring, serta penutupan epiglotis dan pita suara yang tidak sempurna menyebabkan jalan napas tidak terlindungi secara optimal. Akibatnya, bolus makanan atau cairan dapat masuk ke trakea saat proses menelan berlangsung (*Clayton et al., 2024*).

Selain itu, kontraksi faring yang tidak efektif menyebabkan sisa makanan tertinggal di vallecula dan sinus piriformis. Residu ini dapat teraspirasi setelah menelan ketika pasien kembali bernapas, sehingga meningkatkan risiko aspirasi pasca menelan (*Eimoto et al., 2025*). Pada lansia dan pasien dengan gangguan saraf, penurunan sensitivitas laring dan refleks batuk menyebabkan aspirasi terjadi tanpa tanda tersedak (*silent aspiration*). Kondisi ini sering tidak terdeteksi dan berkontribusi terhadap terjadinya pneumonia aspirasi (*Bertschi et al., 2025*).

D. Asuhan Keperawatan Risiko Aspirasi pada Lansia Disfagia

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah catatan hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan pasien. Data-data yang ditegaskan dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnose keperawatan sehingga pengkajian memegang peranan penting untuk tahap proses keperawatan selanjutnya (*Widuri, 2023*).

a. Identitas pasien

Identitas pasien adalah bagian awal pengkajian terhadap lansia disfagia dengan mengumpulkan informasi dasar tentang pasien, seperti nama, usia, jenis kelamin, dan alamat.

b. Riwayat keluarga

Riwayat keluarga adalah informasi mengenai kondisi kesehatan anggota keluarga lansia, termasuk penyakit yang pernah atau sedang dialami oleh orang tua, saudara kandung, maupun keluarga dekat lainnya. Riwayat keluarga digunakan untuk mengidentifikasi kemungkinan penyakit yang bersifat keturunan, factor risiko genetic, atau pola penyakit yang sering muncul dalam keluarga.

c. Riwayat pekerjaan

Pada bagian ini dikaji agar dapat memudahkan perawat dalam mengetahui Riwayat pekerjaan yang pernah dilakukan pasien. Dengan demikian, perawat dapat mengidentifikasi masalah kesehatan yang sedang dialami berhubungan atau tidak dengan Riwayat pekerjaan lansia sebelumnya.

d. Riwayat lingkungan hidup

Pada tahap ini perawat menilai kepemilikan serta kondisi ruangan pasien secara keseluruhan, kemudian mengevaluasi apakah lingkungan tempat tinggal tersebut sesuai atau tidak dengan kondisi kesehatan pasien saat ini.

e. Aktifitas rekreasi

Pengkajian mengenai rekreasi dilakukan bertujuan mengetahui minat, hobi serta kebiasaan lansia dalam melakukan aktivitas rekreasi dikala suntuk dan bosan. Hal tersebut dilakukan agar dapat memanfaatkan waktu luang bersama dengan

seseorang sehingga meningkatkan perasaan senang dan terjalin pendekatan yang lebih intens.

f. Sistem pendukung

Sistem pendukung tidak hanya mencakup keluarga dan kondisi finansial yang memadai, tetapi juga ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitar tempat tinggal pasien. Saat pasien mengalami sakit, penting untuk mengetahui layanan kesehatan mana yang pertama kali diakses, apakah fasilitas tersebut sesuai dengan kebutuhan, serta seberapa jauh jarak rumah ke pusat layanan kesehatan, karena keterlambatan penanganan dapat menimbulkan risiko serius.

g. Status kesehatan

Dalam pengkajian sistem kesehatan, perawat menilai kondisi kesehatan umum yang dialami pasien selama lima tahun terakhir. Selain itu, perlu ditanyakan keluhan utama yang dirasakan saat ini terkait masalah kesehatannya, serta ditelusuri adanya riwayat alergi dan status imunisasi.

h. Aktifitas sehari-hari

Mengkaji mengenai kemandirian pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti mandi, makan, minum, BAB/BAK, menggunakan pakaian dan mobilitas.

i. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Pemenuhan kebutuhan sehari-hari pada lansia seperti kebutuhan oksigen, cairan dan elektrolit, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, kebersihan diri, fungsi seksual, rekreasi, serta aspek psikologis. Pada lansia dengan disfagia, umumnya muncul masalah dalam pemenuhan nutrisi karena kesulitan menelan atau

mengunyah yang menyebabkan penurunan asupan makanan, ditambah kelemahan otot menelan yang meningkatkan risiko aspirasi.

j. Pemeriksaan fisik

Dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik dari head to toe kepada pasien yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami. Pemeriksaan fisik pada lansia dengan gangguan menelan difokuskan pada kondisi kesehatan gigi dan mulut serta fungsi otot-otot yang berperan dalam proses menelan.

k. Hal pengkajian kognitif dan mental

Pengkajian mencakup penilaian status mental, fungsi intelektual, gangguan kognitif, gejala depresi, risiko jatuh, serta gangguan tidur.

l. Data penunjang

Sertakan bila ada hasil pemeriksaan yang dapat mendukung penetapan penyakit dan diagnosis, termasuk pemeriksaan lanjutan atau lebih mendetail terkait disfagia yang dialami pasien.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung actual maupun potensial yang bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Widuri, 2023). 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. Pada kasus ini ditetapkan diagnosis keperawatan utama yaitu risiko aspirasi (D.0006) pada pasien

lansia dengan faktor penyebab disfagia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan adalah rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan masalah, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosis keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien (Widuri, 2023). 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 modifikasi pemberian cairan dengan pemberian Ocha Zerii atau cairan berupa jeli. Intervensi pendukung adalah pemberian makanan/minuman (I.03125) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dijelaskan seperti tabel 1 berikut :

Tabel 1.
Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis
Keperawatan Risiko Aspirasi

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Risiko Aspirasi (D.0006) Definisi : Risiko aspirasi adalah kemungkinan masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, serta benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkial yang disebabkan oleh disfungsi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Tingkat aspirasi (L.01006) menurun dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat (5)	Intervensi Utama Pencegahan Aspirasi (I.01018) Observasi 1. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan

1	2	3
mekanisme protektif saluran napas.	2. Kemampuan menelan meningkat (5)	2. Monitor status pernapasan
Faktor risiko:		3. Monitor bunyi napas terutama setelah makan/minum
a. Penurunan tingkat kesadaran	3. Kebersihan mulut meningkat (5)	4. Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral
b. Penurunan refleks muntah dan/atau batuk	4. Dispnea menurun (5)	5. Periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral
c. Gangguan menelan	5. Kelemahan otot menurun (5)	Terapeutik
d. Disfagia	6. Akumulasi secret menurun (5)	6. Posisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
e. Kerusakan mobilitas fisik	7. Wheezing menurun (5)	7. Pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar
f. Peningkatan residu lambung	8. Batuk menurun (5)	8. Pertahankan kepatenan jalan nafas (Mis. Teknik head tilt chin lift, jaw thrust, in line)
g. Peningkatan tekanan intragastric	9. Penggunaan otot aksesori menurun (5)	9. Pertahankan pengembangan balon
h. Penurunan motilitas gastrointestinal	10. Sianosis menurun (5)	
i. Sfingter esofagus bawah inkompeten	11. Gelisah menurun (5)	
j. Perlambatan pengosongan lambung	12. Frekuensi napas membaik (5)	
k. Terpasang selang nasogastric		
l. Terpasang trakeostomi atau endotracheal tube		
m. Trauma/pembedahan leher, mulut, dan/atau wajah		
n. Efek agen farmakologis.		
o. Ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan dan bernapas		
Kondisi Klinis Terkait:		

1	2	3
a. Cedera Kepala		endotracheal tube
b. Stroke		(ETT)
c. Cedera medula sipinalis		10. Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi secret meningkat
d. Guillain barre syndrome		11. Sediakan suction diruangan
e. Penyakit Parkinson		12. Hindari memberi makan melalui selang
f. Keracunan obat dan alkohol		gastrointestinal, jika residu banyak
g. Pembesaran uterus		13. Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak
h. Miastenia gravis		14. Berikan obat oral dalam bentuk cair
i. Fistula trakeoesofagus Strikura esofagus		
j. Sklerosis multiple		
k. Labiopalatoskizis		
l. Atresia esofagus		
m. Laringomalasia		
n. Prematureritas		

Edukasi

15. Anjurkan makan secara perlahan
16. Ajarkan strategi mencegah aspirasi
17. Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu

Intervensi Pendukung

Dukungan Perawatan

Diri : Makan/Minum

(I.11351)

Observasi

1	2	3
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu
		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 5. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Letakan makanan disisi mata yang sehat 8. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 9. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 10. Sediakan makanan dan minuman yang disukai

1	2	3
		11. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
		12. Motivasi makan diruang makan, jika perlu
		Edukasi
		13. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan pengelihatan dengan menggunakan arah jarum jam (Mis. Sayur di jam 12, rendang di jam 3)
		Kolaborasi
		14. Kolaborasi pemberian obat (Mis. Analgesik, antiemetic), sesuai indikasi

Kesimpulan: menunjukkan bahwa intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosis risiko aspirasi difokuskan pada upaya pencegahan masuknya makanan, cairan, atau sekret ke saluran pernapasan akibat gangguan mekanisme

menelan. Intervensi utama yang diberikan yaitu pencegahan aspirasi melalui pemantauan tingkat kesadaran, kemampuan menelan, status pernapasan, bunyi napas setelah makan dan minum, serta pemantauan adanya batuk atau tanda aspirasi lainnya. Selain itu, tindakan terapeutik seperti memposisikan pasien semi fowler atau fowler sebelum makan dan mempertahankan kepatenan jalan napas dilakukan untuk meningkatkan keamanan saat proses makan dan minum.

Tujuan utama intervensi ini adalah menurunkan tingkat aspirasi dengan indikator meningkatnya kemampuan menelan, membaiknya frekuensi napas, menurunnya batuk, wheezing, sianosis, dispnea, dan akumulasi sekret. Intervensi keperawatan tersebut menunjukkan bahwa penanganan pasien disfagia memerlukan pendekatan komprehensif yang tidak hanya berfokus pada pemenuhan nutrisi, tetapi juga pada perlindungan jalan napas agar komplikasi seperti pneumonia aspirasi dapat dicegah.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah rangkaian tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien beralih dari kondisi kesehatan yang bermasalah menuju kondisi kesehatan yang lebih baik sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Widuri, 2023).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari Tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan merupakan proses

penilaian terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk menilai apakah kebutuhan klien telah terpenuhi secara optimal dan untuk mengukur hasil dari keseluruhan proses keperawatan (Widuri, 2023).

E. Konsep Pemberian Ocha Zerii pada Lansia Disfagia dengan Risiko Aspirasi

1. Definisi

Ocha Zerii menurut kamus daring jisho kata ocha Zerii berasal dari bahasa jepang yaitu "ocha" berarti "teh" yang biasanya merujuk pada teh hijau, sedangkan "Zerii" yang artinya "jeli", jadi "ocha Zerii" artinya "teh dengan tekstur jeli". Budaya di jepang pada saat makan, orang Jepang terbiasa mengkonsumsi air yaitu berupa Ocha yang dipercaya kaya akan manfaatnya (Saragi, 2018).

2. Tujuan dan manfaat

Air merupakan jenis cairan yang paling sulit ditelan dan memiliki risiko aspirasi tertinggi pada pasien disfagia karena karakteristik fisiknya yang khas, yaitu viskositas rendah, tidak memiliki struktur, dan mengalir dengan cepat (Putri dkk, 2024). Karakteristik tersebut menyebabkan air sulit dikontrol saat proses menelan, khususnya pada pasien yang mengalami gangguan kekuatan otot atau refleks menelan. Ocha Zerii merupakan cairan yang dimodifikasi menjadi jeli memiliki beberapa tujuan dan manfaat terutama dalam konteks kesehatan lansia dan pasien yang mengalami kesulitan (*Sabri et al., 2022*).

a. Memudahkan proses menelan bagi lansia disfagia

Jeli dapat mengatasi masalah menelan, memastikan keamanan pasien, dan mudah dikontrol dalam mulut dan tidak cepat mengalir ke saluran nafas yang dapat mengurangi batuk, resiko tersedak serta resiko aspirasi.

b. Memastikan asupan nutrisi

Teknik ini membantu memastikan bahwa pasien atau lansia tetap menerima asupan nutrisi yang seimbang. Teknik ini bermanfaat dalam mencegah malnutrisi yang sering terjadi pada lansia dan pasien disfagia.

3. Kelebihan ocha Zerii

Kelebihan ocha Zerii yang telah dimodifikasi memiliki kelebihan dari segi manfaat seperti mengurangi resiko kanker, mencegah penyakit jantung, menangkalkan radikal bebas, menurunkan berat badan, mengurangi resiko radang sendi, menurunkan kadar kolesterol dan mencegah diabetes (Saragi, 2018). Selain itu dengan dimodifikasi menjadi jeli lansia yang mengalami gangguan menelan atau disfagia dapat mengurangi resiko aspirasi (Kyodo et al., 2020).

4. Jurnal intervensi ocha Zerii

**Tabel 2 .
Jurnal Intervensi Inovasi Pemberian Ocha Zerii dengan Analisis PICOT pada
Pasien dengan Disfagia**

Judul, penulis, tahun	Patient/ Population/ Problem	Intervension	Comparison	Outcome	Time
1	2	3	4	5	6
<i>Investigation of Transit Time of Bolus Through the Oral Cavity Using Gelatin Jelly and Thickened</i>	141 pasien disfagia yang menjalani pemeriksaan video fluorograph (VF)	Menganalisis perbedaan perpindahan bolus dari rongga mulut ke faring dengan menggunakan air yang telah	Makanan padat dan cair, menggunakan jeli dengan air yang dikentalkan	Cairan yang telah diberi bahan pengental dari rongga mulut ke faring pada	Penelitian ini dilakukan selama 1 tahun

1	2	3	4	5	6	
<i>Water</i> (Hata et al., 2017).		dikentalkan dengan jeli.			pasien dengan gangguan fase menelan oral lebih cepat dibanding kan konsistensi jeli.	
<i>The Safety of Oral Rehydration Solution (ORS) Jelly for Water and Electrolyte Intake in Patients with Dysphagia</i> (Nakagawa et al., 2023).	36 pasien disfagia yang memerlukan evaluasi menelan	Membandingkan Menggunakan ORS jelly 5 mL dengan air yang dikentalkan	ORS dengan air yang dikentalkan	jeli Reflex menelan lebih cepat, posisi inisiasi menelan lebih awal, residu faring lebih rendah pada ORS jeli.	Penelitian dilakukan selama 11 bulan	
<i>Potential of rice-flour jelly made from high-amylose rice as a dysphagia diet:</i>	70 pasien disfagia	Jeli dari Tepung Beras Terbuat dari beras beramilosa tinggi sebagai diet	dari yang dalam ini diet	Tidak ada perbandingan dalam jurnal ini	Jeli dari tepung beras dapat dianggap alternatif tekstur yang	Penelitian dilakukan 7 bulan dengan pasien hanya

1	2	3	4	5	6
<i>evaluation of pharyngeal residue by FEES</i> (Tsubokawa et al., 2023).		untuk disfagia		aman dan efektif untuk penderita gangguan menelan.	menjalani satu kali pemeriksaan FEES sebagai bagian dari penilaian fisiologis proses menelan.
<i>Effectiveness of Water Jelly Ingestion for Both Rehabilitati on and Prevention of Aspiration Pneumonia in Elderly Patients With Moderate to Severe Dysphagia</i> (Morita et al., 2022).	Studi 1: 36 lansia, studi 2 :64 lansia	Menganalisis pemberian air jeli dengan air jeli tanpa air jeli	Air jeli dengan air jeli	Jeli tanpa jeli efektif untuk rehabilitasi menelan & pencegahan pneumonia aspirasi.	Penelitian dilakukan selama: Study 1: 24–56 hari Study 2: masa rawat inap

1	2	3	4	5	6
<i>Comparison of swallowing dynamic between jelly and thickened liquid commonly used for swallowing training in Japan</i> (Yoshikawa et al., 2025).	175 lansia	Menganalisis menelan dengan cairan kental	Jeli dengan cairan kental	Jeli menunjukan karakteristik menelan yang relative lebih lama dibanding kan cairan kental.	Penelitian dilakukan secara cross-sectional yaitu pengukuran pada satu waktu satu kali pemeriksaan.

Kesimpulan: menunjukkan bahwa pemberian cairan berbentuk jeli atau Ocha Zerii menjadi salah satu bentuk modifikasi diet yang efektif untuk pasien lansia dengan disfagia. Cairan bertekstur jeli lebih mudah dikontrol saat berada di rongga mulut dan faring dibandingkan cairan biasa sehingga membantu memperlancar proses menelan dan mengurangi risiko cairan masuk ke saluran napas.

Berbagai penelitian yang dicantumkan dalam tabel mendukung bahwa modifikasi tekstur cairan dapat membantu meningkatkan keamanan menelan pada pasien disfagia. Tekstur jeli memiliki waktu pemrosesan lebih lama di rongga mulut sehingga pasien memiliki waktu lebih baik untuk mengontrol proses menelan. Selain itu, penggunaan agen pembentuk jeli juga terbukti membantu menurunkan risiko pneumonia aspirasi pada lansia dengan disfagia sedang hingga berat. Dengan

demikian, Ocha Zerri dapat digunakan sebagai inovasi intervensi nonfarmakologis yang aman dan efektif dalam membantu pemenuhan cairan pasien disfagia.