Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	**MELATIH MENELAN PADA PASIEN DISFAGIA**		
	No. Dokumen : OT.02.02/XXXIX.2/ 7768/2018	No. Revisi : 01	Halaman : 1/4

SPO	Tanggal Terbit : 2 November 2018	Ditetapkan : Direktur Utama dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS NIP. 196209131988031002

PENGERTIAN	Melatih menelan pada pasien disfagia adalah serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan fungsi menelan melalui metode tidak langsung (kompensatori) dan metode langsung. Metode kompensatori adalah suatu strategi atau manuver yang bertujuan untuk meng-eliminir gejala disfagia tanpa merubah secara langsung fisiologi menelan. Teknik ini termasuk merubah posisi kepala, posisi badan, merubah metode pemberian makan, atau memodifikasi konsistensi makanan atau cairan yang dikonsumsi. Metode langsung dirancang untuk merubah fisiologi menelan dan membutuhkan partisipasi langsung dari pasien, meliputi tindakan *the effortful swallow, the mendelsohn maneuver,* dan *expiratory muscle strength training.*
TUJUAN	1. Menurunkan risiko aspirasi 2. Meningkatkan kemampuan makan dan menelan 3. Memberikan nutrisi yang adekuat dengan cara yang aman dan efisien
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional No. HK.02.04/III/0028/2014 tentang Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional
PROSEDUR	**A. Identifikasi** Identifikasi identitas pasien dengan benar **B. Persiapan** 1. Perawat memperkenalkan diri 2. Jelaskan tujuan kepada pasien tentang prosedur pemasangan 3. Cek order dokter dan catatn rencana keperawatan 4. Berikan posisi yang nyaman 5. Pertahankan privacy, libatkan anggota keluarga bila perlu. **C. Peralatan** 1. 50 ml air putih dalam gelas 2. 50 ml cairan yang telah dikentalkan (50 ml air putih, 2 senduk makan sirup *tropicana slym* warna merah, 1 senduk teh *thick & easy*) 3. Sendok kecil 4. Tissue atau lap makan 5. Senter (bila perlu) 6. Satu set alat *mouth care* dan cairan NaCl 0,9%, listerin, atau air putih matang. 7. Permen Lolipop 8. Menu makanan sesuai kemampuan toleransi pasien 9. Format Panduan Menelan. 10. *Slym suction* yang siap pakai.

D. Prosedur

1. **Protokol I** (tanpa cairan yang dikentalkan/ bubur sumsum)
   a. Kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain.
   b. Jelaskan tujuan latihan menelan pada pasien dan keluarga.
   c. Atur posisi duduk tegak 70-90 derajat, kepala agak ditekuk kedepan.
   d. Ganjal dengan bantal sisi tubuh yang lemah.
   e. Bersihkan mulut dengan kain kasa dan NaCl 0,9%, listerin, atau air putih matang.
   f. Instruksikan pasien untuk membuka dan menutup mulut sebagai persiapan manipulasi makanan.
   g. Anjurkan pasien untuk melakukan latihan pergerakan lidah sebagai berikut; julurkan lidah, sentuh bibir atas, bibir bawah, dan bibir samping kanan & kiri. Dengan mulut tertutup, sentuh pipi kanan dan kiri dengan lidah.
   h. Anjurkan pasien mengucapkan "AH" untuk meningkatkan elevasi *soft palatum.*
   i. Anjurkan pasien melakukan *the Mandelsohn maneuver* sewaktu latihan menelan dengan mengatakan kepada pasien: "Letakkan tangan anda di kerongkongan (leher) dan rasakan gerakan buah jakun bergerak keatas pada saat anda menelan. Kemudian sewaktu anda menelan pegang dan tahan buah jakun agar tidak bergerak selama beberapa detik"
   j. Anjurkan pasien untuk melakukan *the effortful swallowing* sewaktu latihan menelan dengan mengatakan: "Sewaktu menelan lakukan dengan kekuatan penuh otot leher dan otot faring".
   k. Berikan lolipop dan anjurkan pasien untuk mengulumnya dengan gerakan lidah.
   l. Bersihkan mulut dengan kain kasa dan NaCl 0,9%, listerin, atau air putih matang.
   m. Monitor tanda kelelahan ketika pasien berlatih menelan.
   n. Sediakan waktu untuk edukasi keluarga atau pengasuh.
   o. Dokumentasikan hasil latihan menelan.
   p. Kolaborasi dengan dokter, terapis wicara, atau ahli gizi tentang status fungsi menelan pasien
2. **Protokol II** (menggunakan cairan yang dikentalkan/ bubur sumsum)
   a. Kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain.
   b. Kaji kemampuan mengunyah dan menelan sesuai format skrining disfagia MBS.

c. Jelaskan tujuan latihan menelan pada pasien dan keluarga.

d. Jelaskan pada pengasuh atau keluarga cara mengatur posisi, melatih makan, dan memonitor pasien.

e. Anjurkan pasien istirahat sebelum makan untuk mencegah kelelahan.

f. Atur posisi duduk tegak 70-90 derajat, kepala agak ditekuk kedepan..

g. Ganjal dengan bantal sisi tubuh yang lemah.

h. Bersihkan mulut dengan kain kasa dan NaCl 0,9% atau air putih matang.

i. Instruksikan pasien untuk membuka dan menutup mulut sebagai persiapan manipulasi makanan.

j. Anjurkan pasien untuk melakukan gerakan lidah sebagai berikut; julurkan lidah, sentuh bibir atas, bibir bawah, dan bibir samping kanan & kiri. Dengan mulut tertutup, sentuh pipi kanan dan kiri dengan lidah.

k. Anjurkan pasien mengucapkan "AH" untuk meningkatkan elevasi *soft palatum.*

l. Anjurkan pasien untuk tidak berbicara selama latihan menelan atau makan.

m. Hindari penggunaan sedotan

n. Berikan air putih 1-3 senduk teh.

o. Bila setelah pemberian 1-3 senduk teh air putih **pasien tersedak,** stop pemberian minum air putih.

p. Berikan permen lolipop dan anjurkan pasien mengulumnya untuk melatih kekuatan lidah.

q. Bila setelah pemberian 1-3 senduk teh air putih **pasien tidak tersedak,** berikan 50 ml air sirup *Tropicana Slym* warna merah yang telah dikentalkan dengan 1 senduk teh *thick & easy* atau bubur sumsum. Berikan cairan yang telah dikentalkan menggunakan sendok kecil dan letakkan pada sisi mulut yang sehat.

r. Pada saat pasien menelan anjurkan untuk melakukan *the effortful swallowing,* yaitu menelan dengan kekuatan penuh otot leher dan otot faring, bila perlu melakukan aktifitas menelan ulang setelah aktifitas menelan yang pertama.

s. Setiap kali selesai menelan anjurkan pasien membuka mulut dan perhatikan apakah tersisa makanan di mulut pasien.

t. Monitor pergerakan lidah dan bibir pasien ketika mengunyah dan menelan.

u. Monitor tanda kelelahan ketika pasien berlatih menelan.

v. Periksa adanya makanan yang tertinggal di mulut setelah makan.

w. Anjurkan pasien untuk menggerakkan lidah membersihkan makanan di bibir.

x. Bersihkan mulut dengan kain kasa dan NaCl 0,9% atau air putih matang.

y. Jelaskan pada keluarga kebutuhan nutrisi dan modifikasi diet sesuai keperluan.

z. Berikan instruksi tertulis bila diperlukan.

aa. Sediakan waktu untuk edukasi keluarga atau pengasuh.

bb. Dokumentasikan hasil latihan menelan.

cc. Kolaborasi dengan dokter, terapis wicara, dan ahli gizi tentang tindak lanjut perubahan konsistensi makanan secara bertahap.

E. Hal-hal yang perlu diperhatikan:

1. Posisi klien pada saat latihan menelan
2. Observasi kemampuan klien untuk menelan makanan dari berbagai testur dan ketebalan makanan
3. Monitor pemasukan (intake) makanan dan minuman klien
4. Observasi/ Amati rongga mulut klien setelah makan untuk mendeteksi kantong makanan
5. Catat berat badan klien/ minggu
6. Minta keluarga untuk segera melapor bila ada batuk, tersedak, atau kesulitan menelan pada perawat atau dokter

UNIT TERKAIT	1. Instalasi Gawat Darurat dan Rawat Intensif 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Neurorestorasi