

BAB II

TINJUAN PUSTKA

A. Konsep Dasar Defisit Nutrisi Pada Stroke Non Hemoragik

1. Pengertian Defisit Nutrisi Pada Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik adalah gangguan serebral yang dapat timbul sekunder dari proses patologis pada pembuluh darah misalnya thrombus, embolus, atau penyakit vaskuler dasar seperti arterosklerosis atau arteritis yang mengganggu aliran darah serebral sehingga suplai nutrisi dan oksigen ke otak menurun yang menyebabkan terjadinya infark (Price, 2006).

Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah keadaan dimana individu yang mengalami kekurangan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolic (Wilkinson & Lennox, 2005).

2. Etiologi Defisit Nutrisi Pada Stroke Non Hemoragik

Dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) stroke non hemoragik disebabkan oleh ketidakmampuan menelan makanan, fungsi menelan abnormal akibat deficit struktur atau fungsi oral, faring atau esophagus. Terjadinya trombosis serebral (gumpalan darah yang terbentuk di dalam pembuluh otak) mengakibatkan aterosklerosis serebral mengalami pembentukan gumpalan darah di arteri serebral atau bekuan darah bisa terbentuk di jantung atau arteri karotis di leher. Gumpalan darah bisa terangkut hingga pembuluh otak distal dan

memblokir aliran darah. Aliran darah yang tidak memadai ke bagian tubuh, yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah dan perdarahan bisa menghalangi jaringan otak menerima nutrisi dan oksigen yang memadai sehingga terjadinya deficit nutrisi kemungkinan besar dapat terjadi.

3. Patofisiologi terjadinya Defisit Nutrisi pada Stroke Non Hemoragik

Terjadinya deficit nutrisi pada stroke non hemoragik diawali sel neuron mengalami nekrosis atau kematian jaringan, sehingga mengalami gangguan fungsi. Gangguan fungsi yang terjadi tergantung dari besarnya lesi dan lokasi lesi. Gangguan fungsi tersebut salah satunya yaitu gangguan fungsi saraf glosfaringeus. Saraf Glosfaringeus berfungsi mengatur motoric reflek gangguan faringeal atau menelan. Gangguan menelan dapat terjadi pada pasien stroke non hemoragik, yang diakibatkan oleh edema otak, gangguan tingkat kesadaran atau diaschisis dan biasanya bersifat *reversible*. Penyebab utama disfagia mekanik adalah sumbatan lumen esofagus. Disfagia motorik disebabkan oleh kelainan neuromuskuler yang berperan dalam proses menelan. Lesi di pusat menelan (batang otak), kelainan saraf otak N.V, VII, IX, X, XII, kelumpuhan otot faring dan lidah serta gangguan peristaltik esofagus dapat menyebabkan disfagia. Munculnya disfagia atau ketidakmampuan menelan makan mengakibatkan penderita stroke non hemoragik mengalami deficit nutrisi, sehingga proses pembentukan thrombus dan embolisasi menjadi terganggu yang berakibat pada keterlambatan proses penyembuhan. Deficit nutrisi pada stroke non hemoragik menimbulkan dampak berat badan kurang, gangguan pola tidur, keletihan, dan konstipasi. Hipoksia serebral dan luasnya cedera pada stroke non hemoragik adalah

faktor utama pencetus terhambatnya suplai oksigen dan nutrisi ke otak (Smeltzer & Bare, 2002)

4. Tanda dan Gejala Defisit Nutrisi Pada Stroke Non Hemoragik

Dalam Buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) tanda dan gejala deficit nutrisi yaitu dibagi menjadi dua yaitu gejala dan tanda mayor serta gejala dan tanda minor. Tanda dan gejala mayor yaitu berat badan menurun 10 % dibawah rentang ideal ,tanda dan gejala minor nya yaitu nafsu makan menurun, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat.

5. Dampak Defisit Nutrisi Pada Stroke Non Hemoragik

Dalam buku KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah (Wijaya, 2013) dampak deficit nutrisi pada stroke non hemoragik yaitu :

a. Konstipasi

Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak

b. Berat badan kurang

c. Keletihan

Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat

d. Gangguan pola tidur

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal.

6. Komplikasi Defisit Nutrisi Pada Stroke Non Hemoragik

Menurut (Alimul, 2006) komplikasi deficit nutrisi pada stroke non hemoragik yaitu:

a. Hipoksia serebral

b. Penurunan aliran darah serebral

c. Luasnya cedera

7. Penilaian Status Gizi

Penilaian Status Gizi menurut (Ida Mardalena, 2017) dibagi menjadi dua yaitu penilaian status gizi secara langsung dan secara tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung terdiri dari :

a. Antropometri

Antropometri memiliki arti sebagai ukuran tubuh manusia. Antropometri secara umum berfungsi untuk melihat ketidakseimbangan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh. Antropometri sebagai indikator status nutrisi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter ini disebut dengan Indeks Antropometri yang terdiri dari : berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), lingkaran lengan atas menurut umur (LLA/U) indeks massa tubuh (IMT) dan Tebal lipatan kulit.

1) Berat Badan Menurut Umur (BB /U)

Berat badan merupakan hasil peningkatan / penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh. Berat badan dipakai sebagai indikator yang terbaik untuk mengetahui keadaan gizi seseorang. Pemeriksaan berat badan ada beberapa jenis alat ukur yang umum digunakan untuk mengukur baik yang bekerja secara manual maupun dengan system digital elektronik. Di Indonesia alat ukur yang lazim digunakan adalah alat ukur

timbangan berat badan secara manual. Terlepas dari jenis alat yang digunakan , ada beberapa hal yang harus diperhatikan perawat ketika melakukan pengukuran berat badan yaitu alat dan skala ukur yang digunakan harus sama setiap kali melakukan pengukuran, pasien tanpa menggunakan alas kaki ketika melakukan pengukuran berat badan selain itu waktu dilakukannya pengukuran berat badan pasien relative sama , misalnya sebelum dan sesudah makan siang. Dalam menilai berat badan perlu mempertimbangkan tinggi badan , bentuk rangka , proporsi lemak , otot da tulang serta bentuk dada pasien. Selain itu perawat juga perlu mengkaji kondisi patologi dari pasien yang dapat berpengaruh terhadap berat badan (Proverawati, 2011).

2) Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan ukuran antropometrik kedua yang cukup penting. Tinggi badan Pengukuran tinggi badan dilakukan pada pasien dengan posisi berdiri berbaring. Demikian juga pada pasien yang tidak dapat berdiri pengukuran dapat dilakukan dalam posisi berbaring. Tinggi badan diukur dengan menggunakan satuan sentimeter (cm) atau inci (Proverawati, 2011)

Tabel 1

Penggolongan Tinggi Badan dan berat badan rata - rata berdasarkan golongan umur menurut (Nurrachmah, 2001)

No	Kategori	Umur (Tahun)	Berat	Tinggi
			Kg	Cm
1	Bayi	0 ,0 - 0,5	6	60
		0 , 5 - 1 ,0	9	71

2	Anak- anak	1 – 3	13	90
		4 - 6	20	112
		9 – 10	28	132
3	Pria	11 – 14	45	157
		15 - 18	66	176
		19 - 24	72	177
		25 - 50	79	176
		51 ke atas	77	173
4	Wanita	11 – 14	46	157
		15 - 18	55	163
		19 - 24	58	164
		25 - 50	63	163
		51 ke atas	65	160

3) Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Berat Badan menurut Tinggi Badan merupakan salah satu indikator status gizi saat ini. Kelebihannya yaitu tidak memerlukan data umur dan dapat membedakan proporsi badan (Proverawati, 2011)

4) Lingkar Lengan Atas Menurut Umur (LLA/U)

Lingkar lengan atas merupakan pengkajian umum yang dilakukan untuk menilai status nutrisi pada pasien. Pengukuran LLA Dilakukan dengan menggunakan sentimeter kain (tape around) , pengukuran ini dilakukan pada titik tengah lengan yang tidak dominan (Proverawati, 2011b)

Tabel 2
Perbandingan nilai nominal LLA pada pria dan wanita menurut usia menurut
(Nurrachmah, 2001)

Standar						
Umur	100%		85%		80%	
	Laki - laki	Perempuan	Laki- Laki	Perempuan	Laki- laki	Perempuan
15 – 16	25 , 0	24 , 5	21 , 0	20 , 5	20 , 0	19 , 5
16	26 , 0	24 , 5	22 , 0	21 , 0	20 , 5	19 , 5
17	27 , 0	25 , 0	23 , 0	21 , 5	21 , 5	20 , 0
Dewasa	29 , 5	28 , 5	25 , 0	23 , 5	23 , 5	23 , 0

3) Indeks Massa Tubuh (IMT)

Indeks Massa Tubuh merupakan alat atau acara yang sederhana untuk memantau status gizi pasien. Khususnya yang berkaitan dengan kekurangan atau kelebihan berat badan. Berat badan kurang dapat meningkatkan resiko terhadap penyakit infeksi. Untuk memantau indeks massa tubuh orang dewasa digunakan timbangan berat badan dan pengukur tinggi badan (Mardalena, 2017). Untuk mengetahui nilai IMT dapat dihitung dengan rumus berikut :

Rumus IMT :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (Kg)}}{[\text{Tinggi badan (m)}]^2}$$

Gambar 1.

Rumus menghitung IMT

Tabel 3

Kategori batas ambang IMT menurut (Nurrachmah, 2001)

Kategori	Batas Ambang
<i>Underweight</i>	< 18,5
Normal	18,5 - 22,9
<i>Overweight</i>	≥ 23,0
<i>At – risk</i>	23,0 - 24,9
<i>Obese I</i>	25,0 - 29,9
<i>Obese II</i>	≥ 30,0

4) Tebal Lipatan Kulit

Pengukuran tebal lipatan lipatan kulit merupakan salah satu cara menentukan presentasi lemak pada tubuh. Pengukuran lipatan kulit mencerminkan lemak jaringan sub cutan , massa otot dan status kalori. Ketebalan lipatan kulit dapat diukur pada beberapa area tubuh. Pengukuran tebal lipatan kulit pada trisep atau tricep skinfold (TSF) adalah area yang sering digunakan untuk penilaian. Selain di daerah itu area scapula dan suprailiaka memperlihatkan total lemak pada tubuh. Namun , demikian tidak jarang pada orang dewasa persentasi jumlah lemak trisep mereka lebih tinggi dari standar normal yang ada. (Nurrachmah, 2001).

Tabel 4

Penggolongan keadaan nutrisi menurut Indeks Antropometri menurut (Mardalena, 2017)

Status nutrisi	Ambang batas baku untuk keadaan nutrisi berdasarkan indeks				
	BB/U	TB/U	BB/TB	LLA/U	LLA/TB
Nutrisi Baik	>80%	>85%	>90%	>85%	>85%
Nutrisi Kurang	61-80%	71-85%	81-90%	71-85%	76-85%
	$\leq 60\%$	$\leq 70\%$	$\leq 80\%$	$\leq 70\%$	$\leq 75\%$

b. Biokimia

Penilaian status nutrisi dengan biokimia adalah pemeriksaan specimen yang diujikan secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh manusia. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain : darah , urine , tinja dan juga beberapa jaringan tubuh lainnya. Seperti hati dan otot. Pemeriksaan laboratorium ini berupa kadar total limfosit , serum albumin, serum transferrin, hemoglobin dan hematokrit , keseimbangan nitrogen dan tes antigen kulit (Mardalena, 2017).

1) Total Limfosit

Nilai total limfosit merupakan ukuran fungsi imunitas atau kemampuan tubuh melawan penyakit. Bila nilai limfosit $1500 \text{ sel} / \text{mm}^3$ berarti kurang dari normal. Nilai limfosit normal yaitu $1500 - 3000 / \text{mm}^3$. Penurunan nilai total limfosit dapat

menunjukkan defisiensi protein yang berhubungan dengan malnutrisi (Nurrachmah, 2001).

2) Serum albumin

Nilai serum albumin adalah indikator penting status nutrisi dan sintesis protein. Kadar albumin rendah sering terjadi pada keadaan infeksi, injuri atau penyakit yang mempengaruhi kerja hati, ginjal dan organ pencernaan lainnya. Nilai serum albumin normal yaitu 4,0 - 5,5 g/dl. Bila kadar serum albumin dalam darah < 3,4 g/dl maka diperlukan pemeriksaan penunjang lainnya, bila kadar serum albumin menunjukkan lebih rendah dari 2,5 g/dl biasanya menunjukkan penurunan atau deplesi protein yang parah (Nurrachmah, 2001).

3) Serum transferrin

Nilai serum transferrin menurut (Nurrachmah, 2001) adalah pemeriksaan penunjang lain yang digunakan dalam mengkaji status protein visceral. Serum transferrin dihitung menggunakan kapasitas total ikatan zat besi atau total iron binding capacity dengan menggunakan rumus dibawah ini :

$$\text{Serum Transferrin} = (8 \times \text{TIBC}) - 43$$

Gambar 2.

Rumus menghitung Serum Transferrin

4) Hemoglobin dan Hematokrit

Hemoglobin dan hematokrit menurut (Nurrachmah, 2001) adalah pengukuran yang mengindikasikan defisiensi berbagai bahan nutrisi. Pada malnutrisi berat kadar hemoglobin dapat mencerminkan status protein. Pengukuran hemoglobin

menggunakan satuan gram / desiliter dan hematokrit menggunakan satuan persen. Nilai normal hemoglobin pada laki - laki yaitu 14 -17 gr/dl , dan wanita yaitu 12 – 15 gr/ dl. Sedangkan nilai normal hematocrit pada laki – laki yaitu 40 - 54 % dan pada wanita 37 - 47 % (Nurrachmah, 2001).

5) Keseimbangan nitrogen

Pemeriksaan keseimbangan nitrogen digunakan untuk menentukan kadar pemecahan protein di dalam tubuh. Dalam keadaan normal tubuh memperoleh nitrogen melalui makanan dan mengeluarkannya melalui urine dalam jumlah yang relative sama setiap hari. Ketika katabolisme protein melebihi pemasukan protein melalui makanan yang dikonsumsi setiap hari maka keseimbangan nitrogen menjadi negative. Gangguan ini dapat terjadi pada stress yang berat atau karena injuri (Nurrachmah, 2001).

6) Tes antigen kulit

Malnutrisi sering dihubungkan dengan gangguan sel imunitas dan dapat diketahui dari tes antigen kulit. Kegagalan atau perlambatan respon kutaneus dinamakan anergi dan merupakan hal yang spesifik malnutrisi. Anergik mengindikasikan kemungkinan resiko terjadi spesies dan infeksi. Antigen yang umum digunakan pada tes ini adalah mumps , candida albicans , streptokinase dan purified protein derivate (PPD). Antigen ini disuntikkan secara intra dermal dengan waktu kerja 24 - 48 jam (Nurrachmah, 2001).

c. Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan

struktur dari jaringan. Umumnya dapat digunakan dalam situasi tertentu Penilaian secara biofisik dapat dilakukan dengan tiga cara yaitu uji radiologi, tes fungsi fisik, sitology (Mardalena, 2017)

Untuk Penilaian Status Nutrisi Secara Tidak Langsung menurut (Ida Mardalena, 2017) terdiri dari :

1) Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data dikonsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat , keluarga dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi.

2) Pengukuran faktor ekologi

Pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi.

3) Statistic vital

Pengukuran status gizi dengan statistic vital adalah dengan menganalisis dan beberapa statistic kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan. Penggunaanya dipertimbangkan sebagai bagian dari indicator tidak langsung pengukuran status gizi masyarakat.

4) Metode Pengkajian Nutrisi

Metode Pengkajian Nutrisi Menurut (Proverawati, 2011), metode pengkajian status nutrisi meliputi:

a) Antropometric measurement (A)

Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi, dengan cara mengukur tinggi badan (TB), berat badan (BB), dan lingkar lengan atas (LILA).

b) Biochemical Data (B)

Pemeriksaan yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh seperti pemeriksaan hematokrit, hemoglobin, dan trombosit.

c) Clinical Sign (C)

Pemeriksaan klinis ini digunakan untuk melihat status gizi berdasarkan perubahan-perubahan yang terjadi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut, dan mukosa bibir. Metode ini digunakan untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi.

d) Dietary (D)

Diet adalah pilihan makanan yang lazim dimakan seseorang atau suatu populasi penduduk. Sedangkan diet seimbang adalah diet yang memberikan semua nutrient dalam jumlah yang memadai, tidak terlalu banyak dan tidak terlalu sedikit.

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Mutaqqin, 2008) pemeriksaan yang dapat dilakukan pada penderita deficit nutrisi yaitu :

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Albumin (N:4-5,5 mg/100ml)
- 2) Transferin (N:170-25 mg/100 ml)
- 3) Hb (N: 12 mg%)
- 4) BUN (N:10-20 mg/100ml)
- 5) Ekskresi kreatinin untuk 24 jam (N : Laki-laki : 0,6-1,3 MG/100 ml,Wanita : 0,5
1,0 MG/ 100 ML)

b. Pengukuran antropometri :

- BB ideal : $(TB - 100) \pm 10 \%$
- Lingkar pergelangan tangan
- Lingkar lengan atas (LLA)
Nilai normal wanita : 28,5 cm
Pria : 28,3 cm
- Lipatan kulit pada otot trisep (TSF)
Nilai normal wanita : 16,5 – 18 cm
Pria : 12,5 - . 16,5 cm

c. Klinis

Metode ini didasarkan atas perubahan yang terjadi yang digunakan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti : kulit, rambut, dan mata.

d. Diet

Makanan yang dimakan jenisnya dan porsi nya.

B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Defisit Nutrisi

1. Pengakjian

Menurut (Smeltzer, 2006) fokus pengkajian yang harus dikaji pada pasien SNH adalah :

a. Biodata

Data biografi : nama, alamat, umur, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, nama penanggung jawab dan catatan kedatangan.

b. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan Utama : Keluhan utama merupakan faktor utama yang mendorong pasien mencari pertolongan atau berobat ke rumah sakit. Biasanya pada pasien dengan SNH didapatkan masalah nutrisi
- 2) Riwayat Penyakit Sekarang : klien pada umumnya mengeluh sulit menelan, makan susah, susah juga mengunyah.
- 3) Riwayat Kesehatan Dahulu : biasanya penyakit SNH adalah penyakit yang tiba-tiba terjadi , ini dikarenakan aliran darah tidak lancar. Adanya riwayat merokok

4) Riwayat Kesehatan Keluarga : mengkaji riwayat keluarga apakah ada yang menderita riwayat penyakit yang sama.

c. Data fisiologis, respirasi, nutrisi/cairan, eliminasi, aktifitas/istirahat, neurosensori, reproduksi/seksualitas, psikologi, perilaku dan lingkungan. Pada klien dengan deficit nutrisi dalam kategori fisiologis dengan subkategori nutrisi, perawat harus mengkaji data mayor dan minor yang sudah tercantum dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, (2017) yaitu :

1) Tanda dan gejala mayor

a) Subyektif : -

b) Obyektif : berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.

2) Tanda dan gejala minor

a) Subyektif : nafsu makan menurun.

b) Obyektif : otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, serum albumin turun.

d. Data yang perlu dikaji pada masalah nutrisi yaitu:

1) Riwayat makanan

Riwayat makanan meliputi informasi atau keterangan tentang pola makanan, tipe makanan yang dihindari ataupun diabaikan , makanan yang lebih disukai yang dapat digunakan untuk membantu merencanakan jenis makanan untuk sekarang , rencana makanan atau masa selanjutnya.

2) Kemampuan makan

Dalam kemampuan makan ada beberapa hal yang perlu dikaji antara lain kemampuan mengunyah, menelan, makan sendiri tanpa bantuan orang lain.

- 3) Pengetahuan tentang nutrisi
- 4) Aspek lain yang sangat penting dalam pengkajian nutrisi adalah penentuan tingkat pengetahuan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
- 5) Nafsu makan, jumlah asupan
- 6) Pengonsumsi obat
- 7) Penampilan fisik

Penampilan fisik yang perlu dikaji yaitu :

- (a) Keadaan fisik : apatis, lesu
- (b) Berat badan : kurus
- (c) Otot : Flaksia atau lemah, tonus kurang, tidak mau bekerja
- (d) Sistem saraf: bingung , rasa terbakar, paresthesia, reflex menurun.
- (e) Fungsi gastrointestinal : anoreksia
- (f) Kardiovaskuler : denyut nadi lebih dari 100 kali / menit , irama abnormal , tekanan darah rendah atau tinggi
- (g) Rambut : kusam ,kerig pudar ,kemerahan ,tipis ,pecah atau patah – patah
- (h) Kulit : kering, pucat ,iritasi , lemak di subkutan tidak ada
- (i) Bibir : kering, pecah - pecah, bengkak,les ,stomatitis, membrane mukosa pucat
- (j) Gusi : pendarahan, peradangan
- (k) Lidah : edema, hyperemesis
- (l) Gigi : karies nyeri, kotor

(m) Mata : konjungtiva pucat, kering ,tanda – tanda infeksi

(n) Kuku : mudah patah

8) Pengukuran antropometri

Pengukuran ini meliputi pengukuran tinggi badan , berat badan , lingkar lengan dan lipatan kulit pada otot trisep

9) Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang langsung berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi adalah pemeriksaan albumin serum, Hb , transferrin , BUN , ekskresi kreatinin.

2. Diagnose Keperawatan

Defisit Nutrisi berhubungan dengan gangguan menelan.

3. Intervensi Keperawatan

Berikut ini adalah intervensi untuk klien dengan deficit nutrisi :

- a. Masalah keperawatan : deficit nutrisi
- b. Tujuan keperawatan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan *Nursing Outcome Classification (NOC)* (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016)

1) Manajemen nutrisi

2) Terapi nutrisi

c. Adapun kriteria hasil yang diharapkan adalah sebagai berikut :

1) Mengonsumsi nutrisi yang adekuat.

2) Identifikasi kebutuhan nutrisi

- 3) Bebas dari tanda malnutrisi.
- d. Intervensi yang diberikan kepada klien sesuai dengan *Nursing Intervention Classification (NIC)* adalah sebagai berikut (Bulechek, Butcher, Dotherman, & Wagner, 2016) :
 - 1) Kaji pola makan klien
 - 2) Kaji kebiasaan makan klien dan makanan kesukaannya
 - 3) Anjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan
 - 4) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang kebutuhan kalori dan tipe makanan yang dibutuhkan.
 - 5) Kaji kebutuhan untuk pemasangan NGT
 - 6) Berikan lingkungan yang nyaman dan tenang untuk mendukung makan
 - 7) Monitor penurunan dan peningkatan BB

4. Implementasi Keperawatan

Menurut (Kozier B., 2010) Implementasi keperawatan adalah sebuah fase dimana perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan menurut (Tarwoto & Wartonah, 2015) merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Menurut (Deswani, 2011) Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Menurut (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, Chairani, & Tutiany, 2013) evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing), adapun komponen SOAP yaitu S (*Subjektif*) dimana perawat menemui keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (*Objektif*) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada klien dan yang dirasakan klien setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) adalah interprestsi dari data subjektif dan objektif, P (*Planing*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya