

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Chronic Kidney Disease (CKD)

a. Pengertian

Penyakit ginjal kronis atau Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan kondisi penurunan fungsi ginjal yang terjadi secara bertahap, bersifat progresif, dan berlangsung dalam jangka waktu lama. Pada kondisi ini, ginjal tidak lagi mampu menjalankan fungsinya secara optimal dalam menjaga keseimbangan metabolisme tubuh, termasuk mengatur keseimbangan cairan, elektrolit, serta pembuangan zat sisa metabolisme. Penurunan fungsi ginjal yang terus berlangsung dapat menyebabkan akumulasi zat sisa metabolisme dalam darah yang dikenal sebagai uremia. CKD merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan sepenuhnya dan pada stadium lanjut sering memerlukan terapi pengganti ginjal, seperti dialisis atau transplantasi ginjal, untuk mempertahankan fungsi tubuh. (Sulistiyowati, 2023)

b. Etiologi

CKD merupakan keadaan klinis kerusakan ginjal di mana angka perkembangan penyakit ini sampai tahap terminal sangat bervariasi. Berikut ini klasifikasi penyebab CKD:

- 1) Penyakit infeksi: pielonefritis kronik atau refluks nefropati.
- 2) Peradangan: glomerulonefritis atau radang ginjal adalah jenis penyakit ginjal yang merusak ginjal. Ginjal mengalami masalah untuk membuang dan menyaring limbah sehingga mengakibatkan kelebihan cairan dalam tubuh. Rusaknya ginjal berakibat pada sel darah, zat putih telur bercampur dengan air seni.
- 3) Penyakit vaskuler: hipertensi dan nefroklerosis maligna

4) Penyakit autoimun

- Lupus Eritematosus Sistemik, inflamasi yang terjadi pada pembuluh darah dan jaringan ikat. Lupus dapat mempengaruhi hampir semua organ, dengan ginjal, jantung, sistem saraf dan sendi yang paling sering terkena dampak.
- Polyarteritis nodosa, sklerosis sistemik progresif

5) Gangguan kongenital dan herediter:

- Penyakit Ginjal Polikistik, adalah kondisi etika ginjal berkembang menjadi kista yang dapat menyebabkan pembesaran ginjal sehingga dapat menghambat fungsi normalnya.

6) Penyakit metabolik: diabetes melitus, amiloidosis

7) Nefropatik toksik: penyalahgunaan analgetik, nefropati timah

8) Obstruksi saluran kemih: batu ginjal, hipertrofi prostat dan striktur uretra.

Dari berbagai etiologi tersebut diabetes dan hipertensi merupakan penyebab tersering CKD karena dapat menyebabkan kerusakan progresif pada nefron sehingga menurunkan fungsi filtrasi ginjal secara bertahap. Hipertensi dan CKD memiliki kaitan yang erat, dan mungkin merupakan penyakit primer dan menyebabkan kerusakan pada ginjal. Hipertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan-perubahan struktur pada arteriol di seluruh tubuh, ditandai dengan fibrosis dan hianilisasi (sklerosis) dinding pembuluh darah.

c. Manifestasi Klinis

Berikut ini merupakan tanda dan gejala CKD (Dewi *et al.*, 2024)

- 1) Kelelahan, kurang berenergi, sulit berkonsentrasi
- 2) Memiliki gangguan tidur
- 3) Mual, muntah dan memiliki rasa pahit di mulut
- 4) Kulit kering dan gatal
- 5) Sering BAK
- 6) Terdapat darah didalam urin
- 7) Urin berbuih
- 8) Mata bengkak
- 9) Persendian dan kaki bengkak
- 10) Nafsu makan buruk
- 11) Kram otot
- 12) Hipertensi
- 13) Anemia

d. Patofisiologi

Chronic Kidney Disease (GGK) merupakan kondisi progresif yang ditandai oleh penurunan fungsi ginjal secara bertahap dan permanen. Proses ini diawali oleh kerusakan nefron akibat berbagai faktor seperti infeksi, inflamasi, iskemia kronik, maupun beban metabolik berlebihan seperti pada hipertensi dan diabetes melitus. Kerusakan nefron menyebabkan gangguan filtrasi glomerulus dan memicu mekanisme kompensasi berupa hiperfiltrasi pada nefron yang masih berfungsi. Namun, hiperfiltrasi yang berlangsung terus-menerus justru meningkatkan tekanan intraglomerular dan mempercepat terjadinya kerusakan lanjutan, sehingga membentuk suatu siklus destruktif yang memperburuk penurunan fungsi ginjal (Nazaruddin *et al.*, 2026)

Kerusakan ginjal yang berlangsung kronis akan menyebabkan perubahan struktural berupa glomerulosklerosis, fibrosis interstisial dan

atrofi tubulus yang secara keseluruhan menurunkan jumlah nefron fungsional. Penurunan kemampuan ginjal dalam menyaring darah mengakibatkan retensi produk sisa metabolisme seperti urea dan kreatinin serta gangguan keseimbangan cairan, elektrolit, dan fungsi hormonal ginjal. Kondisi ini menimbulkan berbagai manifestasi klinis sistemik seperti anemia akibat penurunan eritropoietin, gangguan kardiovaskular akibat retensi cairan, gangguan neurologis, kelainan tulang, serta gejala uremik yang berdampak luas terhadap kondisi fisik dan kualitas hidup pasien (Nazaruddin *et al.*, 2026)

Selain menimbulkan komplikasi sistemik, gangguan fungsi ginjal pada GJK juga berhubungan erat dengan masalah nutrisi. Penumpukan toksin uremik dapat menyebabkan gangguan gastrointestinal seperti mual, muntah, rasa tidak enak di mulut, dan penurunan nafsu makan, sehingga asupan nutrisi pasien menjadi tidak adekuat. Di sisi lain, pembatasan diet yang ketat serta perubahan metabolisme pada GJK turut meningkatkan risiko terjadinya defisit nutrisi. Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa pasien GJK, terutama yang menjalani hemodialisis, memiliki risiko tinggi mengalami gangguan status gizi atau malnutrisi akibat penurunan asupan energi dan protein serta perubahan komposisi tubuh. Oleh karena itu, pemantauan status nutrisi dan intervensi keperawatan yang tepat sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya defisit nutrisi pada pasien GJK (Nazaruddin, 2025; jurnal gizi CKD Indonesia).

e. Pemeriksaan Penunjang

Untuk hasil yang lebih tepat, pemeriksaan fungsi ginjal dilakukan dengan analisa Creatinin Clearance. Menurut Prabowo dan Pranata (2014), ada beberapa pemeriksaan lain yang perlu dilakukan yaitu:

1) Pemeriksaan Laboratorium (Biokimia)

a) Laboratorium darah

Pemeriksaan utama meliputi BUN dan Kreatinin, juga elektrolit seperti Natrium, Kalium, Kalsium, dan Fosfat, Hematologi seperti

Hemoglobin, trombosit, hematokrit, serta leukosit, protein, dan antibody yang berhubungan dengan kehilangan protein dan immunoglobulin. Pemeriksaan kadar elektrolit ini penting untuk mengetahui keseimbangan elektrolit dalam tubuh, sebagai indikator kinerja ginjal.

b) Pemeriksaan Urin

Meliputi pemeriksaan warna, pH, Berat Jenis, kekeruhan, volume, glukosa, protein, sedimen, SDM, keton, SDP, TKK/CCT

2) Pemeriksaan EKG

Digunakan untuk melihat apakah ada pembesaran ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis, masalah irama jantung dan gangguan elektrolit seperti hiperkalemi dan hipokalsemia.

3) Pemeriksaan USG

Untuk menilai ukuran dan bentuk ginjal, ketebalan korteks ginjal, kepadatan jaringan ginjal, serta melihat anatomi sistem pelviokalis, ureter bagian atas, kandung kemih dan prostat. Pada pasien dengan gagal ginjal, hasil pemeriksaan bisa menunjukkan adanya penyumbatan atau jaringan parut di ginjal.

4) Pemeriksaan Radiologi

Meliputi renogram, Pyelography Intravenous, Pyelography Retrograde, Angiografi Arteri Ginjal dan Venografi, CT Scan, MRI, Biopsi ginjal, pemeriksaan rontgen dada, pemeriksaan rontgen tulang dan foto polos abdomen.

B. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

Manusia memiliki kebutuhan dasar untuk menjaga agar hidupnya tetap berlangsung. Kebutuhan dasar ini terbagi menjadi berbagai jenis. Salah satu jenisnya adalah kebutuhan fisiologi yang mencakup oksigen air, makanan, pembuangan, istirahat dan olahraga. Jika kebutuhan dasar ini tidak terpenuhi, bisa menyebabkan keadaan yang tidak sehat, jadi kita perlu

bantua untuk memenuhinya. Nutrisi adalah salah satu kebutuhan dasar yang sangat penting untuk kelangsungan hidup manusia. (Bambang *et al.*, 2024)

a. Pengertian Dasar

1) Nutrisi

Nutrisi adalah unsur gizi yang didapat seseorang dari makanan dan minuman yang bermanfaat untuk kesehatan dan pengembangan sel tubuh. Nutrisi yang baik berarti tubuh mendapat makanan sehat dengan kombinasi yang benar sesuai dengan (Hidayah, 2022) dalam (Bambang *et al.*, 2024)

Nutrisi adalah proses dimana tubuh menerima dan mengolah makanan untuk mendapatkan energi dan digunakan dalam berbagai aktivitas. Selain itu, nutrisi juga terkait dengan zat-zat gizi atau kesehatan, penyakit dan keseluruhan cara tubuh manusia menerima makanan atau bahan dari lingkungan dan memanfaatkan baha-bahan itu untuk aktivitas penting serta mengeluarkan sisanya. (Mayang *et al.*, 2022)

2) Kebutuhan Nutrisi

Kebutuhan nutrisi adalah bahan-bahan gizi atau hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan serta penyakit. Ini juga mencakup semua proses di dalam tubuh manusia untuk mendapatkan makanan atau bahan-bahan dari lingkungan, serta memanfaatkan bahan-bahan tersebut untuk kegiatan penting dalam tubuh dan membuang yang tidak diperlukan. (Bambang *et al.*, 2024)

b. Kebutuhan Dasar Nutrisi

1) Nutrisi Makro dan Mikro

a) Nutrisi Makro

Makronutrien adalah nutrisi yang tubuh butuhkan dalam jumlah lebih besar yang memberi energi. Berikut adalah beberapa makronutrien:

(1) Karbohidrat. Gula, pati dan serat adalah tipe-tipe karbohidrat. Tubuh bisa langsung menghancurkan dan

mengambil gula serta pati yang sudah diproses. Namun, serat dan pati yang belum diproses adalah karbohidrat yang lebih rumit. Tubuh perlu waktu lebih lama untuk menghancurkan dan menyerap karbohidrat yang rumit ini. Setelah makan serat, seseorang akan merasa kenyang lebih lama.

- (2) Protein. Protein tersusun dari asam amino, yang merupakan zat organik yang terbentuk secara alami. Terdapat 20 jenis asam amino. Beberapa diantaranya adalah asam amino esensial, yang artinya kita harus mendapatkannya dari makanan yang kita konsumsi.
- (3) Lemak. Lemak memiliki peran yang sangat penting dalam menjaga agar sendi kita tetap berfungsi dengan baik, membantu organ-organ dalam membuat hormon, membantu tubuh kita menyerap vitamin, sampai menjaga otak agar tetap sehat. Namun, jika kita mengonsumsi lemak dalam jumlah yang berlebihan, itu bisa menyebabkan masalah seperti obesitas, kadar kolesterol yang tinggi, hingga penyakit jantung.

b) Nutrisi Mikro

Mikronutrien diperlukan dalam jumlah sedikit, tetapi pengaruhnya terhadap kesehatan tubuh sangat besar. Jika seseorang tidak mendapatkan cukup dari salah satu mikronutrien, bisa menimbulkan masalah kesehatan. Berikut adalah beberapa mikronutrien yang harus dipenuhi oleh setiap orang:

- (1) Mineral. Tubuh membutuhkan mineral dari makanan, seperti zat besi, kalsium dan kalium, agar organ-organ bisa bekerja dengan baik. Misalnya, jika kita kekurangan kalium, hal itu bisa menyebabkan tekanan darah meningkat, risiko stroke, dan bahkan batu ginjal. Di sisi lain, jika kalium terlalu

banyak, ini bisa berbahaya bagi orang yang punya masalah ginjal.

(2) Vitamin. Setiap orang memerlukan berbagai jenis vitamin dalam jumlah sedikit untuk memperkuat sistem kekebalan dan memastikan organ-organ berfungsi dengan baik. Salah satu contoh vitamin, yaitu vitamin C, memiliki fungsi sebagai pelindung sel. Ini berarti vitamin tersebut dapat membantu menjaga sel-sel tubuh tetap aman dari kerusakan dengan menghapus zat-zat berbahaya atau radikal bebas dari dalam tubuh. (Bambang *et al.*, 2024)

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

1) Pengetahuan

Kurangnya pemahaman tentang keuntungan dari makanan bergizi dapat mengubah cara orang makan. Hal ini mungkin terjadi karena kurangnya informasi, sehingga orang bisa salah dalam memenuhi kebutuhan gizi mereka.

2) Prasangka

Pandangan negatif tentang beberapa jenis makanan yang sebenarnya bergizi bisa mempengaruhi kesehatan seseorang. Misalnya, di beberapa daerah, orang-orang menganggap makan tempe bisa membuat derajat sosial menurun. Namun, tempe itu sebenarnya adalah sumber protein yang baik dan terjangkau.

3) Kebiasaan

Kebiasaan buruk atau larangan terhadap makanan tertentu juga bisa memengaruhi kesehatan gizi. Misalnya, di beberapa tempat, anak gadis tidak diperbolehkan makan pisang dan pepaya, padahal kedua buah ini kaya akan vitamin. Ada juga larangan bagi anak-anak untuk makan ikan, karena dianggap bisa menyebabkan cacingan. Namun, ikan merupakan sumber protein yang penting untuk anak.

4) Kesukaan

Ketertarikan yang berlebihan terhadap satu jenis makanan dapat menyebabkan kurangnya variasi dalam makanan sehari-hari. Akibatnya, tubuh tidak mendapatkan semua gizi yang dibutuhkan secara cukup. Ketertarikan seperti ini bisa menyebabkan masalah malnutrisi, karena asupan gizi yang diterima tidak sesuai dengan yang dibutuhkan tubuh.

5) Ekonomi

Kondisi ekonomi bisa berpengaruh pada perubahan status gizi dan ketersediaan makanan yang sehat. Saat ekonomi lemah, sering kali sulit untuk memenuhi kebutuhan gizi yang baik, dan sebaliknya juga bisa terjadi.

6) Status Kesehatan

Nafsu makan yang baik biasanya menunjukkan bahwa seseorang sehat. Jika seseorang tidak lapar, itu bisa jadi tanda ada masalah kesehatan atau efek samping dari obat. Ketika sakit, tubuh mengalami perubahan yang mempengaruhi kebutuhan gizi. Suhu tubuh yang naik saat sakit akan meningkatkan kebutuhan energi dan protein. Begitu juga, saat terjangkit penyakit infeksi, tubuh memerlukan lebih banyak protein dibanding saat sehat.

7) Iklim

Cuaca yang dingin membuat tubuh berusaha menyeimbangkan suhu di dalamnya dengan cara menghangatkan diri. Untuk melakukan ini, diperlukan tambahan energi yang akan digunakan untuk memanaskan tubuh. Maka dari itu, orang yang tinggal di tempat dingin memerlukan lebih banyak gizi.

8) Kehamilan

Wanita hamil memerlukan lebih banyak gizi dibandingkan wanita yang tidak hamil. Begitu pula, ibu yang sedang menyusui perlu gizi yang berbeda daripada yang tidak menyusui. Ini karena secara alami,

ibu tersebut harus menyediakan gizi tidak hanya untuk dirinya sendiri, tetapi juga untuk bayinya (Bambang *et al.*, 2024)

d. Dampak Kekurangan Nutrisi

Kekurangan nutrisi adalah saat seseorang tidak mendapatkan cukup gizi, baik saat tidak berpuasa maupun saat berisiko kehilangan berat badan karena asupan nutrisinya tidak cukup untuk kebutuhan tubuh.

Tanda-tanda klinisnya:

- a) Berat badan 10-20% dari berat normal
- b) Tinggi badan kurang dari yang seharusnya
- c) Lingkar kulit di bagian trisep lengan tengah kurang dari 60% ukuran dari ukuran yang ideal
- d) Ada kelemahan dan rasa sakit saat otot ditekan
- e) Terdapat penurunan kadar albumin dalam darah
- f) Terdapat penurunan kadar transferin, yaitu rendahnya protein dalam tubuh

1. Konsep Pemenuhan Pemberian Makan Enteral

a. Pengertian

Pemberian makan enteral (*enteral nutrition*) merupakan istilah yang digunakan untuk pemberian makanan atau zat gizi ke dalam saluran pencernaan melalui selang (*tube feeding*). *Enteral nutrition* atau beberapa referensi menyebutnya dengan *Enteral Tube Feeding* (ETF) merupakan istilah yang digunakan untuk pemberian makanan pada pasien melalui selang. Hal ini dikarenakan pasien tidak dapat menerima atau mengonsumsi makanan melalui mulut (oral), akan tetapi saluran pencernaan masih berfungsi dengan baik. Indikasi lain pemberian ETF adalah pasien dapat mengonsumsi makanan melalui mulut, namun asupan makanan tidak adekuat. Tujuan dari ETF adalah untuk meningkatkan asupan makanan/zat gizi dan mempertahankan status gizi tetap normal, menurut (Cederholm, 2017) dalam (Harti, 2023)

Tube feeding atau makan lewat pipa (MLP) adalah memasukkan makanan lengkap (komposisi nutrien lengkap) ke dalam lambung atau usus halus melalui pipa, kateter atau stoma. Pipa tersebut secara umum disebut sebagai “pipa enteral”. Dengan demikian, MLP mem-*bypass* rongga mulut, artinya tidak melalui proses di dalam rongga mulut, menurut (Bankhed, 2017) dalam (Prawirohartono, 2025)

b. Indikasi Pemberian *Enteral Tube Feeding*

Beberapa kondisi pasien yang memungkinkan pemberian makanan/zat gizi melalui enteral dijelaskan pada tabel berikut. Menurut (Raymond Marrow, 2021; Rofles, 2021) dalam (Harti, 2023)

Tabel 1: Indikasi Pemberian Makan *Enteral Tube Feeding*

Rute Pemberian Makanan	Kondisi	Jenis Penyakit/Gangguan Kesehatan
<i>Enteral Tube Feeding</i> (ETF)	Pasien tidak mampu mengonsumsi makanan melalui mulut	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trauma/cedera pada daerah wajah, mulut dan kerongkongan yang menyebabkan pasien tidak mampu mengonsumsi makanan melalui oral 2. Trauma/cedera kepala 3. Pasien dengan kesadaran menurun dan mendapatkan ventilator 4. Pasien dengan gangguan saraf (neurologi) terutama pasien dengan disfagia/gangguan menelan 5. Pasien pasca bedah terutama bedah mulut atau bedah esofagus
	Asupan makanan secara oral tidak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan kondisi stres hipermetabolik, yaitu

adekuat (tidak memenuhi kebutuhan zat gizi sehari)	<p>kondisi di mana terjadi pemecahan cadangan zat gizi dalam tubuh akibat penyakit/kondisi tertentu. Kondisi ini dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan zat gizi, jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi akibat penurunan nafsu makan, maka dapat mengakibatkan asupan makanan/zat gizi tidak adekuat. Contoh keadaan stres hipermetabolik adalah luka bakar mayor, pasien kritis, pasca bedag digentive mayor.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kanker 3. Gagal jantung 4. Anoreksia nervosa, yaitu gangguan makan yang ditandai dengan pembatasan jumlah makanan, ketakitan akan peningkatan berat badan <i>body image</i>.
Gangguan pencernaan, penyerapan dan metabolisme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pancreatitis/infeksi/radang pada pankreas 2. Penyakit Crohn/<i>Crohn's disease</i> yaitu penyakit radang usus terutama daerah usus halus dan usus besar. Kondisi ini juga dapat memengaruhi fungsi saluran pencernaan lain mulai dari mulut sampai anus.
Bayi/anak dengan kemampuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bayi prematur 2. Kelainan jantung

mengisap tidak
baik

Sumber: (Harti, 2023)

c. Rute/Jalur *Enteral Tube Feeding* (ETF)

Jalur/jalur pemberian ETF ditentukan berdasarkan kondisi pasien, lama waktu pemberian/durasi waktu pemberian dan potensi komplikasi. Secara umum rute pemberian ETF melalui transnasal (*Transnasal tube feeding*) dan enterostomy/oostomy. Jalur transnasal digunakan untuk pemberian ETF dengan durasi kurang dari 4 minggu, sedangkan jalur ostomy/enterostomy digunakan untuk pemberian ETF lebih dari 4 minggu.

Jalur transnasal terdiri dari *nasogastric tube*, *nasoduodenal* dan *nasojejunal*. *Nasogastric tube* merupakan pemberian ETF di mana *tube feeding* atau selang dilewatkan nasal dan bermuara ke lambung. Pemberian ETF melalui *nasogastric tube* ini merupakan rute yang paling sering dilakukan, mudah diterima pasien dan tidak rumit jika dibandingkan dengan pemberian melalui anus. Akan tetapi jalur ini tidak dianjurkan pada pasien dengan gangguan motilitas (pergerakan) dan pengosongan lambung, adanya sumbatan di lambung dan pasien dengan risiko aspirasi yang tinggi.

Nasoduodenal merupakan rute pemberian ETF di mana selang berasal dari nasal dan bermuara di duodenal, sedangkan *nasojejunal* merupakan rute pemberian ETF di mana selang bermuara di jejunum. Dua jalur ini digunakan jika jalur *nasogastric tube* tidak bisa digunakan. Adapun komplikasi yang mungkin muncul pada saat pemberian ETF melalui jalur transnasal antara lain: penyempitan esofagus, gastroesofageal refluks, aspirasi, cedera paru akibat posisi selang yang salah, kerusakan mukosa di tempat penyisipan selang, iritasi dan erosi hidung, kelumpuhan faring/pita suara, ulserasi/perforasi pada saluran cerna bagian atas dan saluran nafas (Harti, 2023)

2. Konsep Pemberian Nutrisi Lewat Rute *Nasogastric Tube* (NGT)

a. Pengertian

Nasogastric Tube (NGT) merupakan selang fleksibel yang dimasukkan melalui hidung menuju lambung yang digunakan untuk pemberian nutrisi, cairan, maupun obat pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi secara oral. Dalam praktik keperawatan, penggunaan NGT merupakan salah satu tindakan yang bertujuan untuk membantu mempertahankan status nutrisi pasien serta mencegah terjadinya malnutrisi akibat ketidakmampuan pasien dalam menelan atau mengonsumsi makanan melalui mulut. Pemasangan NGT sering dilakukan pada pasien dengan kondisi tertentu seperti penurunan kesadaran, gangguan menelan, atau kondisi medis lainnya yang menyebabkan pasien tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisi secara adekuat melalui oral. Oleh karena itu, perawat memiliki peran penting dalam melakukan pengkajian, pemasangan, serta pemantauan terhadap penggunaan NGT agar pemberian nutrisi dapat berjalan dengan aman dan efektif.

b. Tujuan

Tujuan utama pemasangan Nasogastric Tube (NGT) dalam asuhan keperawatan adalah untuk membantu memenuhi kebutuhan nutrisi pasien yang tidak dapat mengonsumsi makanan secara oral. Selain itu, pemasangan NGT juga bertujuan untuk membantu mempertahankan keseimbangan nutrisi dan cairan tubuh sehingga kondisi kesehatan pasien dapat terjaga. Dalam praktik keperawatan, penggunaan NGT juga bertujuan untuk mendukung proses penyembuhan pasien dengan memastikan bahwa kebutuhan nutrisi pasien tetap terpenuhi selama masa perawatan. Dengan terpenuhinya kebutuhan nutrisi secara adekuat, diharapkan kondisi pasien dapat membaik dan risiko

komplikasi akibat kekurangan nutrisi dapat diminimalkan (Muharramah & Safitri, 2024) dalam (Librianty *et al.*, 2025)

c. Prinsip

Pemasangan NGT oleh tenaga kesehatan yang terampil: dilakukan dengan metode aseptik, posisi pasien semi-Fowler (kepala diangkat 30-45°) dan pemberian analgesik/slip bila diperlukan (Librianty *et al.*, 2025)

Pengukuran Volume Sisa Gastrik (VSG) dilakukan setiap 4-6 jam pada awalnya, kemudian dapat menjadi interval 8 jam jika stabil. Apabila GRV tinggi (contohnya >250-500 ml), lakukan evaluasi toleransi, pertimbangkan penggunaan prokinetik seperti metoklopramid (Librianty *et al.*, 2025)

Edukasi pasien dan keluarga tentang tujuan, teknik pemberian, cara membersihkan selang, serta tanda komplikasi yang perlu dilaporkan segera (seperti batuk mendadak, kesulitan bernapas). Dokumentasi lengkap meliputi jenis serta jumlah nutrisi, waktu pemberian, hasil pemeriksaan GRV, respons pasien, dan penanganan komplikasi. Catatan ini vital untuk kesinambungan perawatan serta evaluasi mutu layanan (Siscadarsih *et al.*, 2024).

Berdasarkan bukti terkini (EBP), termasuk pedoman internasional (ESPEN, ASPEN, BAPEN) dan protokol lokal institusi. Di Indonesia, rumah sakit besar telah menerapkan SOP dan protokol nutrisi enteral terintegrasi sejak 2024 untuk menjamin praktik yang standar dan aman (Librianty *et al.*, 2025)

d. Indikasi

Pemasangan NGT dilakukan pada pasien dengan kondisi tertentu yang menyebabkan ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi secara oral. Beberapa kondisi yang menjadi indikasi pemasangan NGT antara lain pasien dengan gangguan menelan, penurunan kesadaran, gangguan neurologis, maupun kondisi lain yang menyebabkan pasien tidak mampu mengonsumsi makanan secara normal. Dalam praktik

keperawatan, penentuan indikasi pemasangan NGT dilakukan berdasarkan hasil pengkajian kondisi pasien secara menyeluruh. Perawat perlu melakukan penilaian terhadap status nutrisi pasien, kemampuan menelan, serta kondisi umum pasien sebelum dilakukan tindakan pemasangan NGT agar tindakan yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien.

e. Kontraindikasi

Pasien dengan trauma maksilofasial berat atau fraktur dasar tengkorak merupakan kontraindikasi absolut pemasangan NGT. Alasannya, tabung dapat menembus kribriiform plate dan masuk ke dalam rongga otak, menyebabkan perforasi fatal. Dalam kondisi ini, lebih aman menggunakan rute alternatif seperti ogastric tube (OGT).

Pasien yang baru menjalani operasi di area nasal, faring, esofagus, atau lambung memiliki risiko trauma atau disfungsi jika NGT dipasang secara blind. Oleh sebab itu, pemasangan NGT pasca-operasi ini merupakan kontraindikasi absolut kecuali dilakukan oleh tenaga ahli (misalnya endoskopi) dan berdasarkan indikasi medis jelas.

Jika terjadi obstruksi mekanik GI (seperti obstruksi usus, ileus paralitik), pemberian nutrisi lewat NGT dapat menyebabkan regurgitasi, perforasi, dan distensi berat. Ini membuat kondisi tersebut menjadi kontraindikasi absolut untuk feeding enteral.

Pasien yang mengalami perdarahan saluran cerna atas yang aktif sebaiknya tidak diberikan nutrisi melalui NGT. Intervensi ini bisa memperburuk keadaan, memicu harapan, dan mengganggu penilaian diagnostik seperti endoskopi.

Pasien yang menderita demensia lanjut atau gangguan kognitif parah sering kali mengalami pemindahan selang yang tidak tepat dan mengalami tekanan psikologis. Dalam kondisi terminal, penggunaan NGT dapat menurunkan kualitas hidup tanpa meningkatkan harapan hidup; penting untuk melakukan diskusi etik dan tujuan perawatan.

3. Konsep Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

1) Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)

a. Pengertian

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017), definisi risiko defisit nutrisi adalah berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

b. Faktor risiko

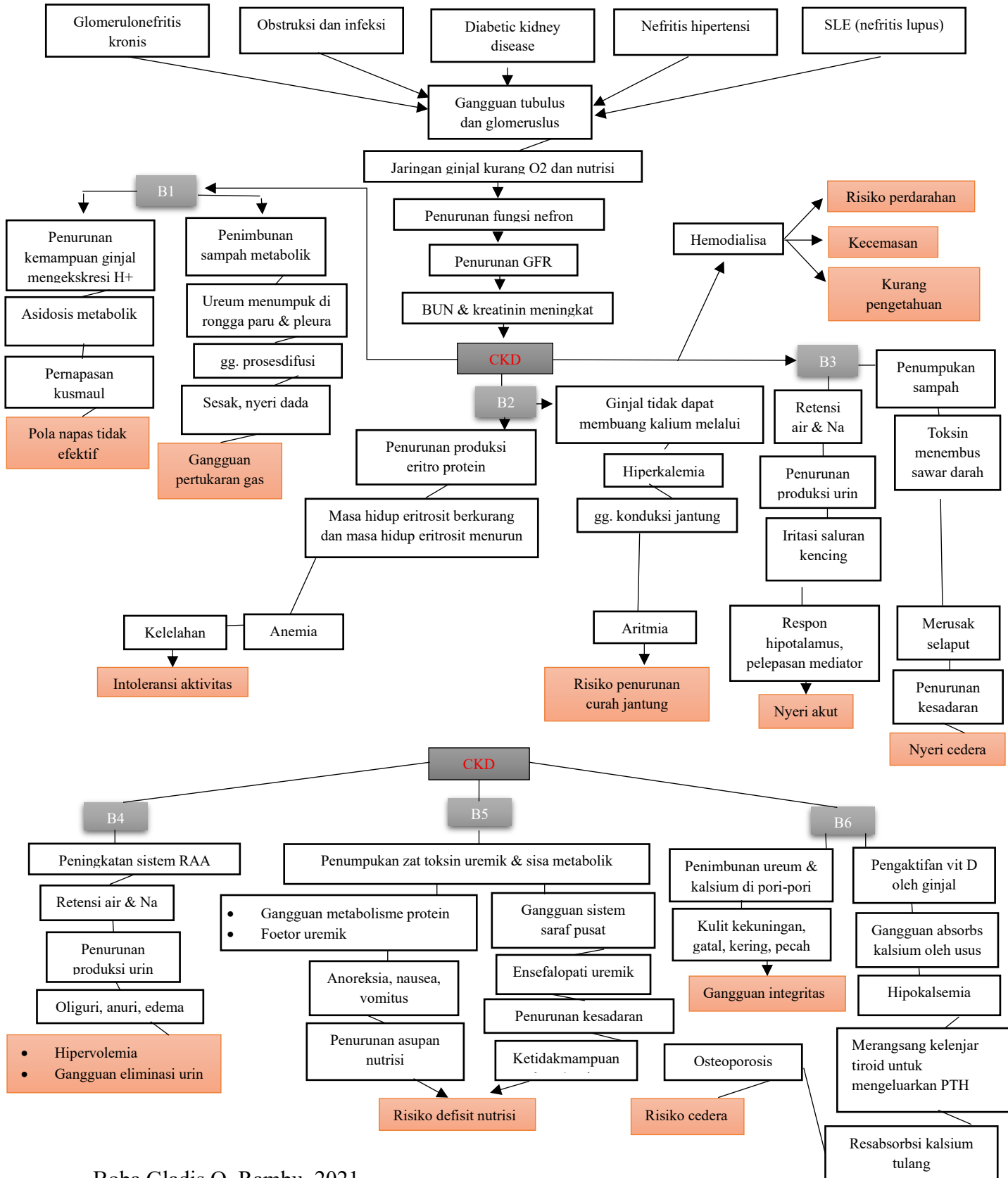
Faktor risiko defisit nutrisi menurut (PPNI, 2017):

- 1) Ketidakmampuan menelan makanan
- 2) Ketidakmampuan mencerna makanan
- 3) Ketidakmampuan menutrisi nutrien
- 4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- 5) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- 6) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

c. Kondisi klinis terkait

- 1) Stroke
- 2) Parkinson
- 3) *Mobius syndrom*
- 4) *Cerebral palsy*
- 5) *Cleft lip*
- 6) *Cleft palate*
- 7) *Amyotropic lateral sclerosis*
- 8) Kerusakan neuromuskular
- 9) Luka bakar
- 10) Kanker
- 11) Infeksi
- 12) AIDS
- 13) Penyakit crohn's
- 14) Enterokolitis
- 15) Fibrosis kistik

C. Problem Tree



D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Akibat *Chronic Kidney Disease* (CKD) Melalui Pemberian Makan Enteral

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah awal dalam proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan informasi secara teratur untuk mengetahui kondisi kesehatan dan kemampuan kerja serta reaksi klien saat ini dan di masa lalu. Melalui pengkajian, kita bisa membuat data dasar yang berkaitan dengan kebutuhan, masalah kesehatan dan reaksi klien terhadap masalah-masalah tersebut. (Prastiwi *et al.*, 2023)

Pranata & Prabowo (2014) dalam (Adi Sucipto, 2025) menjelaskan bahwa pemeriksaan pada pasien dengan gagal ginjal kronis sebenarnya mirip dengan pasien yang mengalami gagal ginjal akut, tetapi untuk pasien dengan CKD, pemeriksaannya lebih fokus pada dukungan sistem untuk menjaga keseimbangan dalam tubuh. Dengan tidak berfungsinya ginjal dengan baik, tubuh akan mencoba membuat penyesuaian selama masih dalam batas yang wajar. Namun, jika situasi ini terus berlanjut (kronis), maka akan muncul berbagai tanda klinis yang menunjukkan adanya masalah pada sistem tersebut.

a. Riwayat Penyakit

Gagal ginjal kronik biasanya dimulai setelah mengalami gagal ginjal akut yang disebabkan oleh berbagai hal. Maka dari itu, informasi tentang penyakit yang sudah ada sebelumnya akan sangat membantu dalam memahami masalah ini. Tanyakan tentang riwayat penyakit seperti infeksi saluran kemih, penyakit jantung, penggunaan obat-obatan berlebihan terutama yang bisa merusak ginjal, pembesaran prostat jinak, tekanan darah tinggi, diabetes, dan lain-lain. Perhatikan juga kapan gejala seperti berkurangnya jumlah urine, hilangnya kesadaran, rasa lemah, perubahan pola pernapasan akibat masalah pada

sistem pernapasan, rasa lelah yang berlebihan, perubahan pada kulit, dan bau urea pada napas muncul. (Andraini *et al.*, 2025)

b. Keluhan Utama

Keluhan bisa berbeda-beda, terutama jika ada penyakit lain yang ikut muncul. Keluhannya bisa jadi keluarnya urine yang sedikit (oliguria) hingga tidak ada sama sekali (anuria), penurunan kesadaran karena masalah pada sistem pernapasan dan sirkulasi, kehilangan nafsu makan, mual dan muntah, serta napas yang berbau urea. (Andraini *et al.*, 2025)

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Gagal ginjal kronis bukanlah penyakit yang bisa ditularkan atau diwariskan, jadi riwayat kesehatan keluarga tidak terlalu berpengaruh terhadap kondisi ini. Namun, penyebab lain seperti diabetes dan tekanan darah tinggi dapat memengaruhi terjadinya gagal ginjal kronis, karena kondisi ini dapat diturunkan. (Andraini *et al.*, 2025)

d. Kondisi Umum dan Tanda-Tanda Vital

Klien dengan gagal ginjal kronis umumnya merasa lemah dan mudah lelah, serta tingkat kesadaran mereka bisa berubah tergantung pada tingkat toksisitas yang mereka alami. Dalam pemeriksaan TTV sering ditemukan RR yang meningkat, serta hipertensi atau hipotensi yang sesuai dengan kondisi yang berubah-ubah. (Andraini *et al.*, 2025)

e. Usia

Penurunan fungsi ginjal adalah proses alami yang terjadi seiring bertambahnya usia seseorang. Bertambahnya usia menyebabkan penurunan perlahan pada Glomerular Filtration Rate (GFR) dan Renal Blood Flow (RBF). Penurunan terjadi sekitar 8 ml/menit/1,73 m² setiap 10 tahunnya mulai dari usia 40 tahun (Weinstein dan Anderson, 2010) seperti yang dicantumkan dalam (Prabasuari *et al.*, 2024). Dari hasil penelitian yang dilakukan, ditemukan bahwa kelompok usia yang paling banyak mengalami CKD adalah lansia (>60 tahun), karena semakin bertambah usia, risiko mengalami CKD semakin tinggi.

f. Jenis Kelamin

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan (Prabasuari *et al.*, 2024), pasien dengan CKD lebih banyak ditemukan pada laki-laki dibandingkan perempuan. Estrogen juga membantu mencegah CKD. Wanita cenderung memiliki risiko lebih rendah terkena CKD dibandingkan pria karena kadar estrogen mereka lebih tinggi. Estrogen dapat mencegah penyumbatan pada pembuluh darah, sehingga melindungi pembuluh darah dari kerusakan. Selain itu, estrogen juga memengaruhi kadar kalsium dalam tubuh dengan cara menghambat pembentukan beberapa jenis sitokin yang bisa mengganggu kerja osteoklas. Dengan demikian, osteoklas tidak menyerap tulang secara berlebihan, sehingga kadar kalsium dalam tubuh tetap seimbang. Kalsium membantu melindungi tubuh dengan mencegah oksalat diserap, yang bisa menyebabkan batu ginjal, salah satu faktor penyebab CKD.

g. Pekerjaan

Pekerja pertanian atau tambang, sering berada dalam kondisi panas dan tuntutan fisik hingga tanpa hidrasi memadai, hidup dalam risiko tinggi CKD of non-traditional etiologi (CKDu). Kondisi ini dipengaruhi oleh stres panas kronik, dehidrasi berulang, serta paparan bahan kimia dan kontaminan lingkungan. (Tasnim, 2025)

h. Sistem Perkemihan

Salah satu tanda awal gangguan ginjal adalah ketidakmampuan ginjal untuk memekatkan air kemih. Hal ini menghasilkan poliuri dan urin yang sangat encer, dan pasien mungkin melaporkan nokturia. Dengan gangguan/kegagalan fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorpsi, dan sekresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah

penurunan urine output < 400 ml/hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output).

i. Sistem Pencernaan

Gangguan pada sistem pencernaan lebih banyak disebabkan oleh pengaruh dari penyakit tersebut. Sering ditemukan anoreksia, nausea, vomitus dan diare. Uremia pada pasien gagal ginjal kronis bisa membuat pasien merasa tidak ingin makan, mual, muntah, kehilangan tenaga dan protein, serta turunnya produksi kreatinin yang berdampak pada penurunan energi untuk otot rangka, sehingga menyebabkan rasa lelah atau kelelahan. (Uswatun, 2020)

j. Sistem Pernapasan

Pada sistem pernapasan pasien CKD mengalami napas berbau seperti urin (halitosis), takipnea atau sesak napas, edema paru, pernapasan kusmaul dengan asidosis, pneumonitis paru uremik. Pleuritis/efusi pleura akibat produk limbah di rongga pleura yang menyebabkan peradangan dengan nyeri pleuritis dan pengumpulan cairan yang mengakibatkan efusi. (Sucipto *et al.*, 2025)

k. Sistem Gastrointestinal

Pada sistem gastrointestinal pasien mengalami stomatitis akibat pembatasan cairan, adanya produk limbah di mulut, infeksi sekunder, anoreksia, mual, muntah akibat uremia, gastritis/perdarahan gastrointestinal akibat penguraian urea di saluran gastrointestinal yang melepaskan amonia yang mengiritasi dan menyebabkan ulserasi pada lambung atau usus; stres, meningkatkan pembentukan ulkus; Konstipasi; diare, hipermotilitas akibat ketidakseimbangan elektrolit. (Sucipto *et al.*, 2025)

l. Sistem Integumen

Pada sistem integumen pasien CKD mungkin mengalami kulit kering, gatal dan meradang akibat endapan kalsium-fosfat di kulit; warna kulit kuning pucat akibat urobilin, yang memberi warna kuning pada urin; Uremic frost, lapisan kristal uremik dari keringat yang menguap pada

wajah, alis, aksila, dan selangkangan (jarang terjadi); dan kulit akan berbau urin. (Sucipto *et al.*, 2025)

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah proses penilaian klinis yang mengevaluasi bagaimana respon seseorang terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang sedang terjadi maupun yang mungkin terjadi. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengetahui bagaimana seseorang, keluarga, atau komunitas bereaksi terhadap kondisi yang berkaitan dengan kesehatan. (SDKI PPNI, 2017)

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan CKD dapat mencakup, namun tidak terbatas pada, yang berikut ini:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi (D.0005)
- b. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan (D.0022)
- c. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040)
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan/kelebihan volume cairan (D.0129)
- e. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0032)

Pada kasus ini, akan digunakan diagnosis risiko dengan metode penulisan dua bagian atau Two Part Format. Dalam hal ini diagnosis yang diangkat yaitu risiko defisit nutrisi *dibuktikan dengan* ketidakmampuan menelan makanan.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah proses membuat strategi atau rencana yang bertujuan untuk mencegah, mengurangi, dan menyelesaikan masalah-masalah yang sudah ditemukan dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menunjukkan seberapa baik perawat bisa menentukan cara mengatasi masalah secara efektif dan efisien. (Hidayatus et all, 2023)

Standar pelayanan perawatan memiliki tiga bagian utama, yaitu diagnosa perawatan, tindakan perawatan, dan hasil. Hasil keperawatan adalah aspek-aspek yang dapat diamati dan diukur, seperti kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga, atau masyarakat sebagai tanggapan terhadap tindakan keperawatan. (SIKI PPNI, 2022). Intervensi keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diinginkan. (SIKI PPNI, 2018)

Tabel 2 Intervensi pada Pasien CKD

SDKI	SLKI	SIKI
Pola napas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi (D.0005)	Pola Napas (L.01004) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x... jam, maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas 3. Frekuensi napas membaik 4. Tekanan ekspirasi membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi 1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2 Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik

-
- | | |
|------------------------------|---|
| 5. Tekanan inspirasi membaik | <ol style="list-style-type: none"> 1 Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 2 Posisikan semi-fowler atau fowler 3 Berikan minum hangat 4 Berikan oksigen, jika perlu |
|------------------------------|---|

Edukasi

- 1 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi
- 2 Ajarkan Teknik batuk efektif

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan (D.0022)	Keseimbangan Cairan (L.03020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x... jam, maka diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1 Membran mukosa 	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular
--	---	---

	lembap meningkat	positif, suara napas tambahan)
2	Asupan makanan meningkat	2 Identifikasi penyebab hypervolemia
3	Intake cairan membaik	3 Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia
4	Output urin membaik	4 Monitor intake dan output cairan
5	Tekanan darah membaik	5 Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)
6	Turgor kulit membaik	6 Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat)
7	Berat badan membaik	7 Monitor kecepatan infus secara ketat
		8 Monitor efek samping diuretic (mis: hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hiponatremia)

Terapeutik

- 1 Timbang berat
badan setiap hari
-

pada waktu yang sama

- 2 Batasi asupan cairan dan garam
- 3 Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat

Edukasi

- 1 Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam
- 2 Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari
- 3 Ajarkan cara membatasi cairan

Kolaborasi

- 1 Kolaborasi pemberian diuretic
- 2 Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic
- 3 Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT) jika perlu

Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040)	Eliminasi (L.04034) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x... jam, maka	Urin	Manajemen Cairan (I.03098) Observasi	1 Monitor status hidrasi (mis:
---	---	-------------	---	--------------------------------

diharapkan eliminasi urin meningkat dengan kriteria hasil:	frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah)
1 Sensasi berkemih meningkat	2 Monitor berat badan harian
2 Distensi kandung kemih menurun	3 Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis
3 Berkemih tidak tuntas menurun	4 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis: hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN)
4 Urin menetes menurun	5 Monitor status hemodinamik (mis: MAP, CVP, PAP, PCWP, jika tersedia)
5 Anuria menurun	
6 Frekuensi BAK membaik	
7 Karakteristik urin membaik	

Terapeutik

- 1 Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam
- 2 Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan
- 3 Berikan cairan intravena, jika perlu

Kolaborasi

		1 Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu
--	--	---

<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan/kelebihan volume cairan (D.0129)</p>	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x... jam, maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Kerusakan kulit menurun 2 Pigmentasi abnormal menurun 3 Sensasi membaik 4 Tekstur membaik 5 Jaringan parut membaik 	<p>Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 3 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Anjurkan menggunakan
---	--	--

			pelembab (mis: lotion, serum)
			2 Anjurkan minum air yang cukup
			3 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
			4 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0032)	Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1 Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2 Kekuatan otot menelan makanan 3 Kekuatan otot menelan meningkat 4 Frekuensi makan membaik 5 Nafsu makan membaik	Pemberian Makan Enteral (I.03126) Observasi 1. Periksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara 2. Monitor rasa penuh, mual dan muntah 3. Monitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama, kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via enteral.
		Terapeutik 1. Gunakan teknik bersih dalam pemberian

-
- makan via selang
 2. Tinggikan kepala tempat tidur $30-45^{\circ}$ selama pemberian makan
 3. Ukur residu sebelum pemberian makan
 4. Hindari pemberian jika residu > 50 cc / $>110\%-120\%$ dari jumlah makanan tiap jam.

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
2. Edukasi perawatan NGT

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral dengan ahli gizi
-

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah cara mengelola dan mewujudkan rencana keperawatan yang sudah dibuat di tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien mencakup dukungan, pengobatan, langkah-langkah untuk memperbaiki kondisi kesehatan, pendidikan yang diberikan kepada klien dan keluarganya, atau tindakan pencegahan untuk mencegah munculnya masalah kesehatan di masa depan. Proses melakukan implementasi harus fokus pada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang memengaruhi kebutuhan perawatan, strategi dalam melakukan implementasi perawatan, serta kegiatan komunikasi (Muhammad et al, 2024). Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada Tn. Orang yang berisiko mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan gizi adalah dengan memberikan makan melalui selang nasogastrik (NGT) sebagai cara untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien yang kesadarannya menurun dan tidak mampu makan secara langsung. Tindakan dimulai dengan mengecek kondisi gizi, tingkat kesadaran, fungsi pencernaan, serta tanda-tanda yang menunjukkan kebutuhan untuk memasang NGT. Selanjutnya, berikan makan melalui jalur enteral dengan memastikan posisi pasien dalam posisi semi-Fowler, mengecek sisa makanan di lambung, jenis, jumlah, dan jadwal pemberian nutrisi sesuai dengan program terapi yang telah ditentukan. Selama dan setelah pemberian nutrisi melalui jalur lambung dilakukan pengawasan terhadap bagaimana tubuh pasien merespons, seperti gejala mual, muntah, kembung perut, serta hasil aspirasi, agar tidak terjadi masalah yang berbahaya dan untuk menjaga kondisi gizi pasien tetap baik.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses perawatan, di mana dilakukan pengecekan untuk mengetahui seberapa besar tujuan dari rencana perawatan tersebut telah tercapai. Perawat harus memiliki tujuan dan keterampilan untuk memahami bagaimana pasien merespons terhadap tindakan perawatan, kemampuan untuk menilai apakah tujuan yang ditetapkan sudah tercapai, serta kemampuan untuk menghubungkan tindakan perawatan dengan hasil yang diharapkan (Fiki et al, 2025)