

BAB III

LAPORAN KASUS

A. Hasil

1. Kondisi Lokasi Laporan Kasus

Laporan kasus ini dilaksanakan di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang berlokasi di Jl. Dr. W. Z. Johannes, Kelurahan Oebobo, Kecamatan Oebobo, Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur. RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang merupakan rumah sakit rujukan utama di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang berperan dalam pelayanan kesehatan tingkat lanjutan bagi masyarakat Kota Kupang maupun daerah sekitarnya. Ruang Komodo merupakan salah satu ruang perawatan rawat inap yang memberikan pelayanan keperawatan dan medis bagi pasien dewasa dengan berbagai kondisi penyakit, baik kasus medis maupun pasca tindakan. Pelayanan yang diberikan di Ruang Komodo meliputi pelayanan keperawatan komprehensif, pemantauan kondisi klinis pasien, pemberian terapi sesuai program pengobatan, serta edukasi kesehatan kepada pasien dan keluarga sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas asuhan keperawatan.

2. Karakteristik Subyek Laporan Kasus

Subyek dalam laporan kasus ini adalah seorang pasien laki-laki usia 70 tahun dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi di RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

3. Hasil Laporan Kasus

a. Pengkajian Keperawatan

Proses asuhan keperawatan pada kasus kelolaan ini dilakukan dari pengkajian keperawatan hingga evaluasi keperawatan yang dapat dijabarkan sebagai berikut. Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Januari

2026 pada pukul 09.00 wita di RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Data diperoleh dari hasil observasi dan wawancara. Berikut adalah data yang diperoleh dari hasil pengkajian tersebut.

1) Identitas Pasien

Nama : Tn. O. Y
Umur/tanggal lahir : 70 tahun/07 Juni 1955
Agama : Khatolik
Pendidikan terakhir : Sarjana
Alamat : Oebufu
Jenis Kelamin : Laki-laki
Status Perkawinan : Menikah
Suku Bangsa : Flores
Pekerjaan : Pensiunan Guru

2) Identitas Penanggung

Nama : Ny. E.O
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Oebufu
Pekerjaan : Guru
Hubungan dengan klien : Anak Kandung

3) Riwayat Kesehatan

a) Pengkajian tingkat kesadaran: Apatis

GCS/E/V/M= 13 Apatis / Eye: 3, Verbal: 4: Motorik: 6

b) Keluhan utama: di IGD pasien mengalami penurunan kesadaran, keadaan umum saat pengkajian: pasien cenderung tidur
Sejak rabu, 14 Januari 2026

c) Mulai timbulnya keluhan : Rabu, 14 Januari 2026

Keluhan lain yang menyertai : Keluarga pasien mengatakan pasien mual muntah 4x (jam 10-11 malam), tidak ada reflek menghisap makanan, tidak mau makan sejak hari selasa sampai rabu, pasien juga berhalusinasi dan bicara tidak jelas, sering berteriak dan berontak. Luka post amputasi di kaki kiri.

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan :
Memakai minyak

d) Riwayat penyakit sebelumnya : Diabetes melitus 2025 (amputasi luka di kaki kiri di akhir bulan september 2025). Pasien memiliki riwayat *Chronic Kidney Disease* (CKD) sejak tahun 2021 dan menjalani terapi hemodialisa (HD) secara rutin dua minggu sekali di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

Riwayat operasi : Amputasi, bulan September 2025

e) Kebiasaan : Minum obat-obatan (amlodipine 10 mg, kandesartan 5 mg, vitamin bikarbonat, 500 mg, asam folat)

f) Pemeriksaan fisik

Tanda-tanda vital : Tekanan darah 110/70 mmHg, Pernapasan 20x/menit, Nadi 80x/menit, Suhu 36,9⁰C, SpO₂ 100% (dengan O₂ 2 lpm)

Kepala dan leher : sakit kepala, pusing (tidak), bentuk ukuran dan posisi (normal), lesi masa (tidak ada), observasi wajah (simetris), penglihatan (normal), konjungtiva (merah muda), sklera (putih), pakai kacamata (tidak), nyeri (tidak ada), gangguan pendengaran (tidak), hidung (tidak ada alergi), tenggorokan dan mulut keadaan gigi (kurang bersih), caries (ya, kotor), memakai gigi palsu (tidak), gangguan bicara (ya, bicara tidak jelas), gangguan menelan (ya, tidak ada kekuatan otot menelan), pembesaran kelenjar leher (tidak)

- g) Sistem kardiovaskuler : nyeri dada (tidak), kesadaran/GCS (apatis/13 (e=3, v=4, m=6)), bentuk dada (simetris)
- h) Sistem respirasi : keluhan (pasien riwayat penurunan kesadaran, belum sadar baik sehingga diberikan O₂ agar suplai oksigen tetap terpenuhi ke otak), irama napas (teratur), penggunaan alat bantu pernapasan (ya, O₂ nasal canul 2 lpm)
- i) Sistem pencernaan : pasien terpasang NGT, turgor kulit (normal), keadaan bibir (kering), warna mukosa (pucat), bising usus 10x/menit
- j) Sistem persyarafan : tidak ada keluhan nyeri
- k) Sistem muskuloskeletal : keluhan (kaki kiri post amputasi DM → luka kering, kekuatan otot atrofi

5	4
5	4

- l) Sistem integumentari : lesi (terdapat luka kering di kaki kanan, berkeropeng, tidak ada bau dan pus), turgor (elastis CRT < 2 detik)
- m) Sistem perkemihan : gangguan (anuri/urin < 100 cc / 24 jam), alat bantu (kateter, ya), produksi urin (50 cc / hari), intake cairan (oral 300 cc / hari, parenteral NaCl 500 cc / 24 jam)
- n) Sistem endokrin : tidak ada keluhan
- o) Sistem reproduksi : tidak ada keluhan
- p) Pola kegiatan sehari-hari :
- Nutrisi → pola makan teratur, frekuensi makan 3 x sehari, nafsu makan baik, makanan pantangan tinggi kalium, makanan yang disukai pisang dan roti, banyaknya minuman dalam sehari 6-7 gelas, jenis minuman dan makanan yang tidak disukai tidak ada,

BB 65 kg, TB 168 cm, perubahan selama sakit tidak ada nafsu makan

Eliminasi → BAK (kebiasaan dalam sehari 4-8 kali, warna kekuningan, bau khas, jumlah/hari \leq 300 cc. Perubahan selama sakit produksi urin sedikit 50 cc / hari). BAB (kebiasaan 1 x sehari, warna kuning, bau khas, konsistensi padat. Perubahan selama sakit tidak ada gangguan, BAB normal)

Olahraga dan Aktivitas → kegiatan olahraga yang disukai dan dilakukan secara rutin: tidak ada

Istirahat dan Tidur → tidur malam jam 20.30, bangun jam 05.30, tidur siang jam 13.00, bangun jam 15.00, tidak mudah terbangun, yang menolong untuk tidur nyaman bercerita sebelum tidur

- q) Pola interaksi sosial : Siapa orang yang penting/terdekat (anak-anak dan cucu), keadaan rumah dan lingkungan (baik), jika mempunyai masalah dibicarakan dengan anak-anak, cara mengatasi masalah dalam keluarga berbicara bersama, interaksi dalam keluarga baik
- r) Kegiatan keagamaan /spiritual : taat dalam menjalankan ibadah
- s) Keadaan psikologi selama sakit : Selama masa perawatan, kondisi psikologis klien tidak dapat dikaji secara mendalam karena klien cenderung tidur dan mengalami penurunan kesadaran. Klien tampak apatis, dengan respons verbal minimal dan hanya merespons rangsangan tertentu. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita belum dapat dievaluasi secara adekuat.

t) Data Laboratorium & Diagnostik :

Tabel 3 Pemeriksaan Darah

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan	
		Tanggal	
		14/01/2026	15/012/2026
Hemoglobin	13.0-18.0	12.7	11.2
MCV	81.0-96.0	80.3	79.9
Jumlah lekosit	4.00-10.00	16.81	15.33
Kreatinin darah	0.00-1.40	15.78	8.37
Urea	6.00-20.00	79.90	37.70
Hematokrit	4.00-54.00		34.8
GDS	70.00-150.00	113	

Tabel 4 Pemeriksaan Urin

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
		Tanggal
		17/01/2026
Urobilinogen	Normal (<1)	Negatif
Kejernihan	Jernih	Keruh
Lekosit esterase	Negatif	(+) 3
Protein	Negatif	(+) 3
Keton	Negatif	(+) 2
Eritrosit	Negatif	> 15
Lekosit	Negatif	> 15

u) Therapy

Tabel 5 Therapy

Nama Obat	Dosis	Signa	Route
Amlodipine 10 mg (20.00)	10 mg	1x1	Oral
Asam foolat 1 mg	1 mg	2x1	Oral
Candesartan 16 mg	16 mg	1x1	Oral
Metoclopramide hcl 10 mg inj	10 mg	3x1	Injection intravenous
Natrium bikarbonat 500 mg	500 mg	3x1	Oral
Ranitidine inj 50 mg	50 mg	2x1	Injection intravenous
Sucralfate 100 ml suspensi	1C	3x1	Oral
Haloperidol 5 mg tab	1 tab	0-0-1	Oral
Ceftriaxone 1 g inj (drip dalam NS 100 cc)	1 gr	2x1	Injection intravenous

Tabel 6 Analisa Data pada Risiko Defisit Nutrisi

Analisa Data	Etiologi	Masalah
<p>DS: Keluarga mengatakan pasien tidak mau makan dan minum sejak \pm 2 hari sebelum masuk rumah sakit, sering mual dan muntah (4 x), tidak ada refleks menghisap dan sulit menelan, serta tidak ada nafsu makan</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB: 65 kg - TB: 168 cm - IMT: $2,82 \approx 23,0$ kg/m² 	Ketidakmampuan menelan makanan	Risiko defisit nutrisi

DO:

- Terpasang (NGT) sebagai jalur pemberian nutrisi
 - Mukosa bibir tampak kering dan pucat
 - Bising usus 10x/menit
 - Tingkat kesadaran apatis, GCS (13) = E3 V4 M6
-

b. Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan pada Tn. O menggunakan komponen problem (P), faktor risiko dan kondisi klinis terkait. Pada bagian problem ditemukan risiko defisit nutrisi. Faktor risiko yang mendasari adalah ketidakmampuan menelan makanan sehingga berpotensi mengganggu pemenuhan kebutuhan nutrisi. Kondisi klinis terkait adalah penyakit kronik yang dialami pasien.

Berdasarkan data tersebut, diagnosis keperawatan pada Tn. O dapat dirumuskan yaitu risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, selain diagnosa utama Risiko Defisit Nutrisi, juga ditemukan dua diagnosis pendukung pada pasien, yaitu:

1. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih dibuktikan dengan urin menetes (dribbling), berkemih tidak tuntas (produksi urin 50 cc/hari). Kondisi klinis yang terkait yaitu infeksi ginjal dan saluran kemih.
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan volume cairan dibuktikan dengan kerusakan lapisan kulit, (terdapat luka kering di kaki kanan, berkeropeng, tidak ada bau dan pus).

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi asuhan keperawatan untuk mengatasi gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada Tn. O disusun dalam tabel sebagai berikut.

Tabel 7 Intervensi Keperawatan dengan Risiko Defisit Nutrisi

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan. (D.0032)	<p>Luaran Utama Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5) 2. Kekuatan otot menelan meningkat (5) 3. Frekuensi makan membaik (5) 4. Nafsu makan membaik (5) <p>Luaran Tambahan Nafsu Makan (L.03024)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, maka diharapkan nafsu makan membaik</p>	<p>Intervensi Utama Pemberian Makan Enteral (I.03126)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan teknik bersih dalam pemberian makan via selang 2. Tinggikan kepala tempat tidur 30-45⁰ selama pemberian makan 3. Ukur residu sebelum pemberian makan

<p>dengan kriteria hasil membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Keinginan makan membaik (5) 2 Asupan makanan membaik (5) 3 Asupan cairan membaik (5) 4 Asupan nutrisi membaik (5) 5 Kemampuan menikmati makanan membaik (5) 	<ol style="list-style-type: none"> 4 Hindari pemberian jika residu > 50 cc / >110%-120% dari jumlah makanan tiap jam. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 2 Edukasi perawatan NGT <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral dengan ahli gizi, pemberian susu 6 x 150 cc / 3 jam 2 Therapy inj ranitidin 50 mg 2x1 / IV 3 Sucralfate 100 ml suspensi 1C 3x1 4 Metoclopramide hcl 10 mg / IV 3x1 <p>Intervensi Pendukung Manajemen Nutrisi (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Identifikasi status nutrisi 2 Identifikasi makanan yang disukai 3 Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p>
--	--

-
- 1 Lakukan *oral hygiene* sebelum makan
 - 2 Berikan makanan tinggi kalori dan protein
 - 3 Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- 1 Anjurkan posisi duduk

Kolaborasi

- 1 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
-

Sumber: (PPNI, 2018)

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 16-19 Januari 2026, di ruangan Komodo RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

Tabel 8 Implementasi Asuhan Keperawatan dengan Risiko Defisit Nutrisi

Hari/tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Respon/hasil	Evaluasi
Jumat, 16 Januari 2026	Risiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan menelan makanan	08.45	- Melayani inj methoclopramide 10 mg	DS : - DO : pemberian injeksi methoclopramide sudah dilayani 10 mg/ 2 ml = 2	S : - O : - Terpasang NGT - Kesadaran apatis, GCS 13 (E3, V4, M6)

		cc / IV sesuai program terapi (tidak tampak mual, muntah)	- Pemberian susu sudah dilayani 150 cc / NGT,
08.50	- Mengidentifikasi status nutrisi	DS: - DO: pemberian nutrisi lewat NGT, membran mukosa pucat, bibir tampak kering dan turgor kulit elastis	- Pemberian minum air gula 40 cc dan air putih 10 cc / NGT sudah dilayani, - Pasien toleran dan tidak ada tanda aspirasi. - Jam 13. 20 residu lambung 7 cc, konsistensi cair, warna jernih
09.00	- Mengatur posisi tempat tidur pasien 45 ⁰	DO: - DS: posisi tempat tidur pasien semi fowler (45 ⁰)	- Pasien cenderung tidur A : masalah belum teratasi P : intervensi 1 dan 2 dilanjutkan
09.10	- Mengecek residu lambung	DO: - DS: residu lambung 3 cc, warna kecoklatan terang konsistensi lembek	
	- Memberi minum susu 150 cc	DO: - DS: pemberian susu sudah dilayani 150 cc / NGT	
		DO: -	

	- Memberi minum obat sucralfate 10 cc/NGT	DS: pemberian obat sucralfate sudah dilayani
	- Memberi minum air putih 20 cc/NGT	10 cc / NGT (tidak tampak mual muntah serta tanda-tanda aspirasi)
11.10	- Mengecek residu lambung	DO: - DS: residu lambung 10 cc, konsistensi cair, warna bening kemerahan (pink), diduga sisa obat/cairan.
11.30	- Memberi minum air gula 40 cc dan air putih 10 cc	DS: - DO: pemberian minum air gula 40 cc dan air putih 10 cc / NGT sudah dilayani, pasien tampak toleran dan tidak ada tanda aspirasi
12.00	- Melayani inj ranitidin 2 ml	DS: - DO: injeksi ranitidine sudah dilayani 2 ml=2 cc / IV

13.20	-	Mengecek residu lambung	DS: - DO: residu lambung 7 cc, konsistensi cair, warna jernih
-------	---	-------------------------	--

Tabel 9 Catatan Perkembangan Hari Kedua dan Ketiga Tanggal 17 & 19 Januari
2026

No	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Respon	Evaluasi	
1	Risiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan menelan makanan	08.00	-	Melakukan <i>oral hygiene</i> sebelum dilakukan pemberian makan per oral	DS: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah mulutnya dibersihkan. DO: Pasien kooperatif untuk dilakukan <i>oral hygiene</i> , mukosa bibir tampak lembap, gigi tampak bersih, tidak tampak sisa makanan pada rongga mulut.	Jam 14.00 S: - Pasien mengatakan sudah mampu makan melalui mulut meskipun hanya sedikit, tidak mual muntah. - pasien mengatakan masih lemas
		09.00	-	Mengidentifikasi status nutrisi	DS: Pasien mengatakan sudah mampu makan melalui mulut meskipun hanya sedikit, tidak mual muntah. DO: pemberian nutrisi per oral, membran mukosa lembap, turgor kulit elastis, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, tidak ada gangguan menelan.	O: - Pemberian nutrisi per oral, membran mukosa lembap, turgor kulit elastis, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, tidak ada gangguan menelan. - status nutrisi pasien belum

	- Menghentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik	DS:Pasien mengatakan sudah mampu makan melalui mulut meskipun masih sedikit. Pasien mengatakan telah mengonsumsi roti pada pukul 06.00 WITA DO: status nutrisi pasien belum adekuat sepenuhnya, pasien tampak mampu menelan makanan lunak (roti), NGT juga sudah dilepas sendiri oleh pasien.	adekuat sepenuhnya, pasien tampak mampu menelan makanan lunak (roti), NGT juga sudah dilepas sendiri oleh pasien. - Pasien hanya menghabiskan ± 6 sendok makan, tampak kurang nafsu makan, porsi makan tidak habis
11.00	- Menganjurkan posisi duduk	DS:pasien mengatakan merasa nyaman dan lebih mudah untuk makan DO: pasien tampak rileks dan mampu mempertahankan posisi duduk semi fowler sampai selesai makan	A: masalah teratasi sebagian P: intervensi 2 dilanjutkan
11.30	- Memberi makanan tinggi kalori dan protein - Memberi makan / oral	DS:pasien mengatakan masih lemas dan hanya mampu makan sedikit saja DO: Pasien hanya menghabiskan ± 6 sendok makan, tampak kurang nafsu makan, lemah, porsi makan tidak habis, tidak ada mual atau muntah	


		12.00	- Melayani injeksi ranitidin 2 ml	DS: - DO: injeksi ranitidine 2 ml = 2cc / IV sudah dilayani, tidak tampak reaksi alergi	
2	Risiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan menelan makanan	20.00	- Mengidentifikasi status nutrisi	DS:Pasien mengatakan mampu makan dan minum lebih banyak dari hari sebelumnya dan dihabiskan, tidak ada mual muntah DO: kesadaran compos mentis, akral teraba hangat, mukosa bibir lembap, turgor kulit elastis.	Jam 16.00 S: - Pasien mengatakan mampu makan dan minum lebih banyak dari hari sebelumnya dan dihabiskan, tidak ada mual muntah - pasien mengatakan merasa nyaman dan lebih mudah untuk makan. O: - kesadaran compos mentis, akral teraba hangat, mukosa bibir lembap, turgor kulit elastis - pasien mampu makan per oral tanpa ada keluhan
		00.00	- Melayani injeksi metoclopramide 10 mg/2 ml - Melayani injeksi ranitidine 2 ml	DS: - DO: pemberian injeksi metoclopramide 10 mg/ 2 ml dan injeksi ranitidine 2 ml = 2cc / IV sudah dilayani.	
		08.00	- Menganjurkan posisi duduk	DS:pasien mengatakan merasa nyaman dan lebih mudah untuk makan. DO: pasien tampak rileks dan mampu mempertahankan posisi duduk semi	

		fowler sampai selesai makan.	- memberikan edukasi kepada pasien untuk makan makanan lunak tinggi kalori dan protein seperti nasi atau bubur, roti, sayur bayam, susu, tempe tahu dan telur. Minum obat tepat waktu, kontrol ke poli penyakit dalam tanggal 28 Januari 2026
	- Memberi makan/oral	DS: pasien mengatakan merasa kenyang dan nyaman, tidak ada keluhan mual muntah DO: tidak ada gangguan menelan, mampu menghabiskan porsi makan	
14.00	- Mempersiapkan pasien untuk KRS	DS: - DO: memberikan edukasi kepada pasien untuk makan makanan lunak tinggi kalori dan protein seperti nasi atau bubur, roti, sayur bayam, susu, tempe tahu dan telur. Minum obat tepat waktu, kontrol ke poli penyakit dalam tanggal 28 Januari 2026	A: masalah teratasi P: intervensi dihentikan.
15.30	- Pasien KRS	DS: - DO: melepas gelang identitas pasien, pasien pulang dalam keadaan stabil	

e. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan implementasi keperawatan yang telah dilakukan 3 x 8 jam, didapatkan hasil evaluasi pada tanggal 16, 17 dan 19 Januari 2026 pukul 14.00 WITA yaitu seperti tabel berikut ini.

Tabel 10 Evaluasi Asuhan Keperawatan dengan Risiko Defisit Nutrisi

Tgl/ jam	Dx Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Nama/ paraf
16 Januari 2026/14.00	Risiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan menelan makanan	<p>S: Pasien mengatakan sudah mampu makan secara oral dan dapat menghabiskan makanan yang diberikan tanpa keluhan mual atau muntah.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makan yang dihabiskan meningkat - Kekuatan otot menelan meningkat - Frekuensi makan - Nafsu makan membaik - Asupan nutrisi membaik - Kemampuan menikmati makanan membaik <p>A : Risiko defisit nutrisi teratasi, status nutrisi pasien membaik ditandai dengan kemampuan makan oral dan asupan makanan adekuat.</p> <p>P : Rencana tindak lanjut berupa edukasi</p>	 Keren

diet tinggi kalori dan protein terkontrol sesuai kondisi CKD, anjuran makan bertahap dan teratur di rumah, serta kontrol sesuai jadwal.

B. Pembahasan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan yang berfungsi mengidentifikasi respons pasien terhadap kondisi penyakit secara komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pada kasus Tn. O ditemukan usia lanjut (70 tahun) dengan penurunan kesadaran, mual muntah, tidak nafsu makan, serta ketidakmampuan mengonsumsi makanan secara oral. Temuan ini menunjukkan adanya keterlibatan sistem neurologis dan gastrointestinal akibat progresivitas penyakit ginjal kronik. Secara teori, *Chronic Kidney Disease* (CKD) stadium lanjut ditandai dengan penurunan laju filtrasi glomerulus yang menyebabkan retensi ureum, kreatinin, serta toksin uremik dalam sirkulasi. Akumulasi toksin tersebut menimbulkan gangguan sistem saraf pusat berupa ensefalopati uremik dan gangguan gastrointestinal seperti anoreksia, mual, muntah, serta foetor uremik yang berkontribusi terhadap penurunan asupan nutrisi.

Selain penurunan asupan, pasien CKD juga mengalami perubahan metabolik berupa inflamasi kronis, asidosis metabolik, serta peningkatan katabolisme protein yang memicu protein energy wasting (PEW). Kondisi ini dilaporkan terjadi pada sebagian besar pasien CKD dan berhubungan dengan peningkatan morbiditas serta mortalitas.

Dengan demikian, data pengkajian pada Tn. O konsisten dengan teori patofisiologi CKD stadium lanjut serta bukti ilmiah mengenai tingginya risiko gangguan nutrisi pada pasien CKD.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang diangkat adalah risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan. Diagnosis ini dipilih karena pasien mengalami penurunan kesadaran, tidak mampu makan oral, serta terdapat gejala gastrointestinal uremik yang menurunkan asupan nutrisi.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), risiko defisit nutrisi merupakan kondisi ketika individu berpotensi mengalami asupan nutrisi tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Pada CKD, kondisi ini diperberat oleh anoreksia uremik, inflamasi kronis serta peningkatan kebutuhan energi akibat proses katabolik.

Menurut penelitian (Chan, 2021) menjelaskan bahwa pasien CKD yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi secara oral memerlukan dukungan nutrisi enteral atau parenteral untuk mencegah malnutrisi dan komplikasi klinis lanjutan. Malnutrisi pada CKD juga terbukti meningkatkan angka rawat inap dan mortalitas pasien.

Oleh karena itu, penetapan diagnosis risiko defisit nutrisi pada kasus Tn. O telah sesuai dengan standar SDKI, kondisi klinis pasien, serta bukti ilmiah terkini.

3. **Intervensi Keperawatan**

Intervensi utama yang direncanakan adalah pemberian nutrisi enteral melalui nasogastric tube (NGT) disertai pemantauan residu lambung, posisi semi-fowler dan observasi tanda intoleransi seperti mual, muntah, serta distensi abdomen. Pendekatan ini sesuai dengan kondisi pasien yang tidak mampu makan oral tetapi fungsi saluran cerna masih baik.

Secara fisiologis, nutrisi enteral merupakan metode yang lebih dianjurkan dibanding parenteral karena mampu mempertahankan integritas mukosa usus, menstimulasi sistem imun gastrointestinal, serta menurunkan risiko

infeksi sistemik. Selain itu, metode ini lebih aman dan ekonomis bagi pasien dengan gangguan kesadaran.

Dalam (Saputra et al 2024) menyebutkan bahwa pemberian nutrisi enteral dengan metode intermittent feeding melalui NGT efektif meningkatkan toleransi nutrisi dan menurunkan residu lambung pada pasien CKD dengan penurunan kesadaran. Hal ini mendukung pemenuhan kebutuhan energi dan protein secara optimal.

Dengan demikian, intervensi yang diberikan telah sesuai dengan standar SIKI, prinsip fisiologi nutrisi klinis, serta evidence-based practice pada pasien CKD.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap pelaksanaan rencana keperawatan secara langsung kepada pasien. Pada kasus ini tindakan meliputi pengkajian status nutrisi dan kesadaran, pemasangan serta verifikasi posisi NGT, pemberian nutrisi sesuai program terapi dan pemantauan komplikasi seperti aspirasi serta intoleransi gastrointestinal.

Pelaksanaan tersebut mencerminkan prinsip patient safety dalam pemberian nutrisi enteral, yaitu memastikan posisi selang yang tepat, pemantauan residu lambung berkala, serta observasi respons klinis pasien selama pemberian nutrisi. Langkah ini penting untuk mencegah komplikasi serius seperti aspirasi pneumonia dan refeeding syndrome.

Pendekatan implementasi yang sistematis juga menunjukkan penerapan *continuity of care*, di mana intervensi dilakukan secara berkelanjutan dan terdokumentasi untuk menjamin kualitas asuhan keperawatan.

Dengan demikian, implementasi pada kasus Tn. O telah sesuai dengan prinsip praktik keperawatan berbasis bukti dan standar keselamatan pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan yang bertujuan menilai keberhasilan intervensi terhadap pencapaian luaran. Pada kasus risiko defisit nutrisi, evaluasi difokuskan pada toleransi nutrisi enteral, tidak adanya muntah atau aspirasi, stabilitas kondisi umum, serta pencegahan penurunan status gizi.

Secara teoritis, pemantauan berkelanjutan terhadap status nutrisi pasien CKD sangat penting karena perbaikan status nutrisi berkorelasi dengan penurunan komplikasi, peningkatan kualitas hidup, serta penurunan mortalitas. Literatur dalam dokumen menegaskan bahwa dukungan nutrisi yang adekuat merupakan komponen kunci keberhasilan terapi CKD.

Evaluasi juga berfungsi menentukan kebutuhan modifikasi intervensi berdasarkan respons pasien, sehingga proses keperawatan tetap bersifat dinamis dan berpusat pada pasien.

Dengan demikian, evaluasi pada kasus ini telah memenuhi prinsip *outcome-oriented nursing care* serta sesuai dengan teori dan standar praktik keperawatan.