**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI PADA Tn. ‘R’ DENGAN DIAGNOSA DISFAGIA**

**DI RUANG NUSA INDAH**

 **RSUD PANEMBAHAN SENOPATI**

Disusun untuk Memenuhi Tugas Laboratorium Praktik Klinik Keperawatan

Mata Kuliah Kebutuhan Dasar Manusia II



Disusun Oleh :

Rina Zulistin P07120113067

Derison P07120113077

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**2014**

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan atas kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya kepada kami, sehingga penyusun dapat menyelesaikan tugas Asuhan Keperawatan yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Tn.R di Bangsal Nusa Indah dengan Diagnosa Medis Disfagia”.

Asuhan Keperawatan ini bertujuan untuk melengkapi tugas Laboratorium Klinik Mata Kuliah KDM II yang diberikan kepada kami. Pembuatan Asuhan Keperawatan ini tidak akan terlaksana tanpa adanya kerjasama, bantuan, dukungan, bimbingan dan pengarahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penyusun menyampaikan terima kasih kepada :

1. Tri Prabowo, S. Kp, M. Sc. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Yogyakarta,
2. Sugeng, S.Kep.Ns.M.Sc. selaku Pembimbing Akademik Kebutuhan Dasar Manusia II,
3. Aris Murniati. Amd. Kep dan Istikhomah. Amd. Kep selaku Pembimbing Lapangan RSUD Panembahan Senopati,
4. Teman-teman yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu.

Kami percaya dalam penyusunan Asuhan Keperawatan ini banyak sekali kekurangan, untuk itu kami mohon kritik dan saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan Asuhan Keperawatan ini. Demikian Asuhan Keperawatan ini kami susun, apabila banyak kesalahan penyusun mohon maaf dan semoga Asuhan Keperawatan ini bermanfaat bagi pembaca.

Bantul, Juni 2014

 Rina Zulistin

 **LEMBAR PENGESAHAN**

Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Tn. ‘R’ dengan Diagnosa Medis Disfagia

di Ruang Nusa Indah

 RSUD Panembahan Senopati

Disusun untuk Memenuhi Tugas Praktik Laboratorium Klinik Keperawatan

Mata Kuliah Kebutuhan Dasar Manusia II

Disusun Oleh :

Rina Zulistin P07120113067

Derison P07120113077

TINGKAT I REGULER DAN MALINAU

Telah mendapat persetujuan pada tanggal Juni 2014

Oleh :

 Pembimbing Klinik, Pembimbing Pendidikan,

 ( ) ( Sugeng, S.Kep, Ns, M.Sc)

**DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL i

KATA PENGANTAR ii

LEMBAR PENGESAHAN iii

DAFTAR ISI iv

BAB I PENDAHULUAN

1. LATAR BELAKANG 1
2. TUJUAN 8
3. MANFAAT 9

BAB II TINJAUAN TEORI

1. KONSEP DASAR NUTRISI 10
2. ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS 17

BAB III TINJAUAN KASUS

1. PENGKAJIAN 24
2. ANALISA DATA DAN DIAGNOSA 32
3. RENCANA TINDAKAN 34

DAFTAR PUSTAKA 37

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **LATAR BELAKANG**
2. **Pengertian**

*Dysphagia* didefinisikan sebagai kesulitan makan. *Dysphagia* adalah perkataan yang berasal dari bahasa Yunani *dys* yang berarti kesulitan atau gangguan, dan *phagia* berarti makan. Disfagia berhubungan dengan kesulitan makan akibat gangguan dalam proses menelan. Kesulitan menelan dapat terjadi pada semua kelompok usia, akibat dari kelainan kongenital, kerusakan struktur, dan/atau kondisi medis tertentu. Masalah dalam menelan merupakan keluhan yang umum didapat di antara orang berusia lanjut, dan insiden disfagia lebih tinggi pada orang berusia lanjut dan pasien *stroke*. Kurang lebih 51-73% pasien *stroke* menderita disfagia. Penyebab lain dari disfagia termasuk keganasan kepala- leher, penyakit neurologic progresif seperti penyakit Parkinson, *multiple sclerosis*, atau *amyotrophic lateral sclerosis*, *scleroderma*, *achalasia*, spasme esofagus difus, *lower esophageal (Schatzki) ring*, striktur esofagus, dan keganasan esofagus. Disfagia merupakan gejala dari berbagai penyebab yang berbeda, yang biasanya dapat ditegakkan diagnosanya dengan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang lainnya, di antaranya pemeriksaan radiologi dengan barium, CT scan, dan MRI.



**DISFAGIA**

**Disfagia Esofagus :** Makanan berhenti atau macet setelah ditelan

**Disfagia Orofaringe :** Kesulitan menelan disertai batuk, tersedak regurgitasi nasal

**VIDEOESOFAGRAM MANOMETRI**

**VIDEOESOFAGRAM**

**ABNORMALITAS FUNGSIONAL**

**OBSTRUKSI ANATOMIK**

**MANOMETRI SKINTIGRASI**

**ENDOSKOPI ± BIOPSI**

SKLERODERMA

CINCIN

KARSINOMA

AKALASIA

GANGGUAN MOTILITAS

STRUKTUR

1. **FISIOLOGI MENELAN**

Selama proses menelan, otot-otot diaktifkan secara berurutan dan secara teratur dipicu dengan dorongan kortikal atau input sensoris perifer. Begitu proses menelan dimulai, jalur aktivasi otot beruntun tidak berubah dari otot-otot perioral menuju ke bawah. Jaringan saraf, yang bertanggung jawab untuk menelan otomatis ini, disebut dengan pola generator pusat. Batang otak, termasuk nucleus tractus solitarius dan nucleus ambigus dengan formatio retikularis berhubungan dengan kumpulan motoneuron kranial, diduga sebagai pola generator pusat.

**Tiga Fase Menelan**

Deglutition adalah tindakan menelan, dimana bolus makanan atau cairan dialirkan dari mulut menuju faring dan esofagus ke dalam lambung. Deglutition normal adalah suatu proses halus terkoordinasi yang melibatkan suatu rangkaian rumit kontraksi neuromuskuler valunter dan involunter dan dan dibagi menjadi bagian yang berbeda: (1) oral, (2) faringeal, dan (3) esophageal. Masing-masing fase memiliki fungsi yang spesifik, dan, jika tahapan ini terganggu oleh kondisi patologis, gejala spesifik dapat terjadi.

1. **Fase Oral**

Fase persiapan oral merujuk kepada pemrosesan bolus sehingga dimungkinkan untuk ditelan, dan fase propulsif oral berarti pendorongan makanan dari rongga mulut ke dalam orofaring. Prosesnya dimulai dengan kontraksi lidah dan otot-otot rangka mastikasi. Otot bekerja dengan cara yang berkoordinasi untuk mencampur bolus makanan dengan saliva dan dan mendorong bolus makanan dari rongga mulut di bagian anterior ke dalam orofaring, dimana reflek menelan involunter dimulai.

Cerebellum mengendalikan output untuk nuklei motoris nervus kranialis V (trigeminal), VII (facial), dan XII (hypoglossal).

Dengan menelan suatu cairan, keseluruhan urutannya akan selesai dalam 1 detik. Untuk menelan makanan padat, suatu penundaaan selama 5-10 detik mungkin terjadi ketika bolus berkumpul di orofaring.

1. **Fase Faringeal**

Fase faringeal adalah sangat penting karena, tanpa mekanisme perlindungan faringeal yang utuh, aspirasi paling sering terjadi pada fase ini. Fase ini melibatkan rentetan yang cepat dari beberapa kejadian yang saling tumpang tindih. Palatum mole terangkat. Tulang hyoid dan laring bergerak keatas dan kedepan. Pita suara bergerak ke tengah, dan epiglottis melipat ke belakang untuk menutupi jalan napas. Lidah mendorong kebelakang dan kebawah menuju faring untuk meluncurkan bolus kebawah. lidah dubantu oleh dinding faringeal, yang melakukan gerakan untuk mendorong makanan kebawah.

Sphincter esophageal atas relaksasi selama fase faringeal untuk menelan dan dan membuka oleh karena pergerakan os hyoid dan laring kedepan. Sphincter akan menutup setelah makanan lewat, dan struktur faringeal akan kembali ke posisi awal.

Fase faringeal pada proses menelan adalah involunter dan kesemuanya adalah reflek, jadi tidak ada aktivitas faringeal yang ter jadi sampai reflek menelan dipicu. Reflek ini melibatkan traktus sensoris dan motoris dari nervus kranialis IX (glossofaringeal) dan X (vagus).

1. **Fase Esophageal**

Pada fase esophageal, bolus didorong kebawah oleh gerakan peristaltik. Sphincter esophageal bawah relaksasi pada saat mulai menelan, relaksasi ini terjadi sampai bolus makanan mencapai lambung. Tidak seperti shincter esophageal bagian atas, sphincter bagian bawah membuka bukan karena pengaruh otot-otot ekstrinsik.

Medulla mengendalikan reflek menelan involunter ini, meskipun menelan volunter mungkin dimulai oleh korteks serebri.

Suatu interval selama 8-20 detik mungkin diperlukan untuk kontraksi dalam menodorong bolus ke dalam lambung.

**TANDA DAN GEJALA**

|  |  |
| --- | --- |
| Disfagia Oral atau faringeal | Disfagia Esophageal |
| * Batuk atau tersedak saat menelan
* Kesulitan pada saat mulai menelan
* Makanan lengket di kerongkongan
* Sialorrhea
* Penurunan berat badan
* Perubahan pola makan
* Pneumonia berulang
* Perubahan suara (wet voice)
* Regusgitasi Nasal
 | * Sensasi makanan tersangkut di tenggorokan atau dada
* Regurgitasi Oral atau faringeal
* Perubahan pola makan
* Pneumonia rekuren
 |

1. **PATOFISIOLOGI**

Klasifikasi Disfagia. Disfagia diklasifikasikan dalam dua kelompok besar, yaitu Disfagia orofaring (atau transfer dysphagia) dan disfagia esofagus.

1. Disfagia orofaring

Disfagia orofaring timbul dari kelainan di rongga mulut, faring, dan esofagus, dapat disebabkan oleh stroke, penyakit Parkinson, kelainan neurologis, oculopharyngeal muscular dystrophy, menurunnya aliran air liur, xerostomia, masalah gigi, kelainan mukosa oral, obstruksi mekanik (keganasan, osteofi, meningkatnya tonus sfingter esophagus bagian atas, radioterapi, infeksi, dan obat-obatan (sedatif, antikejang, antihistamin). Gejala disfagia orofaring yaitu kesulitan menelan, termasuk ketidakmampuan untuk mengenali makanan, kesukaran meletakkan makanan di dalam mulut, ketidakmampuan untuk mengontrol makanan dan air liur di dalam mulut, kesukaran untuk mulai menelan, batuk dan tersedak saat menelan, penurunan berat badan yang tidak jelas penyebabnya adalah perubahan kebiasaan makan, pneumonia berulang, perubahan suara (suara basah), regurgitasi nasal . Setelah pemeriksaan, dapat dilakukan pengobatan dengan teknik postural, swallowing maneuvers, modifikasi diet, modifikasi lingkungan, oral sensory awareness technique, vitalstim therapy, dan pembedahan. Bila tidak diobati, disfagia dapat menyebabkan pneumonia aspirasi, malnutrisi, atau dehidrasi.

1. Disfagia esophagus

Disfagia esofagus timbul dari kelainan di korpus esofagus, sfingter esophagus bagian bawah, atau kardia gaster. Biasanya disebabkan oleh striktur esofagus, keganasan esofagus, esophageal rings and webs, akhalasia, skleroderma, kelainan motilitas spastik termasuk spasme esofagus difus dan kelainan motilitas esofagusnonspesifik. Makanan biasanya tertahan beberapa saat setelah ditelan, dan akan berada setinggi suprasternal notch atau di belakang sternum sebagai lokasi obstruksi, regurgitasi oral atau faringeal, perubahan kebiasaan makan, dan pneumonia berulang. Bila terdapat disfagia makanan padat dan cair, kemungkinan besar merupakan suatu masalah motilitas. Bila pada awalnya pasien mengalami disfagia makanan padat, tetapi selanjutnya disertai disfagia makanan cair, maka kemungkinan besar merupakan suatu obstruksi mekanik. Setelah dapat dibedakan antara masalah motilitas dan obstruksi mekanik, penting untuk memperhatikan apakah disfagianya sementara atau progresif. Disfagia motilitas sementara dapat disebabkan spasme esofagus difus atau kelainan motilitas esofagus nonspesifik. Disfagia motilitas progresif dapat disebabkan scleroderma atau akhalasia dengan rasa panas di daerah ulu hati yang kronis, regurgitasi,masalah respirasi, atau penurunan berat badan. Disfagia mekanik sementara dapat disebabkan esophageal ring. Dan disfagia mekanik progresif dapat disebabkan oleh striktur esofagus atau keganasan esofagus. Bila sudah dapat disimpulkan bahwa kelainannya adalah disfagia esofagus, maka langkah selanjutnya adalah dilakukan pemeriksaan barium atau endoskopi bagian atas. Pemeriksaan barium harus dilakukan terlebih dahulu sebelum endoskopi untuk menghindari perforasi. Bila dicurigai adanya akhalasia pada pemeriksaan barium, selanjutnya dilakukan manometri untuk menegakkan diagnosa akhalasia. Bila dicurigai adanya strikturesofagus, maka dilakukan endoskopi. Bila tidak dicurigai adanya kelainan-kelainan seperti di atas, maka endoskopi dapat dilakukan terlebih dahulu sebelum pemeriksaan barium. Endoskopi yang normal, harus dilanjutkan dengan manometri dan bila manometri juga normal, maka diagnosanya adalah disfagiafungsional. Foto thorax merupakan pemeriksaan sederhana untuk pneumonia. CT scan dan MRI memberikan gambaran yang baik mengenai adanya kelainan struktural, terutama bila digunakan untuk mengevaluasi pasien disfagia yang sebabnya dicurigai karena kelainan sistem saraf pusat. Setelah diketahui diagnosanya, penderita biasanya dikirim ke Bagian THT, Gastrointestinal, Paru, atau Onkologi, tergantung penyebabnya. Konsultasi dengan Bagian Gizi juga diperlukan, karena kebanyakan pasien me-merlukan modifikasi diet.

1. **TUJUAN**
2. Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis disfagia

1. Tujuan Khusus
2. Mampu menguasai konsep dasar pemenuhan nutrisi
3. Mampu melakukan pengkajian, menganalisa, menentukan diagnosa keperawatan, dan membuat intervensi keperawatan.
4. Mampu memberikan tindakan keperawatan yang diharapkan dapat mengatasi masalah keperawatan pada kasus tersebut.
5. Mampu mengungkapkan faktor-faktor yang menghambat dan mendukung serta permasalahan yang muncul dari asuhan keperawatan yang diberikan.
6. **Manfaat**
	1. Untuk memberikan pengalaman dalam membuat asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis disfagia .
	2. Untuk menguasai konsep dasar pemenuhan kebutuhan nutrisi
	3. Untuk memberikan tindakan keperawatan yang diharapkan dapat mengatasi masalah keperawatan pada kasus tersebut.

**BAB II**

**TINJAUAN TEORI**

1. **KONSEP DASAR NUTRISI**
2. **DEFINISI**

Nutrisi adalah zat-zat gizi dan zat lain yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit, termasuk keseluruhan proses - proses dalam tubuh manusia untuk menerima makanan atau bahan-bahan dari lingkungan hidupnya dan menggunakan bahan-bahan tersebut untuk aktivitas penting dalam tubuhnya serta mengeluarkan sisanya. Nutrisi dapat dikatakan sebagai ilmu tentang makanan, zat-zat gizi dan zat lain yang terkandung, aksi reaksi dan keseimbangan yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit. ( Wartonah, 2010 ). Nutrisi juga dapat di katakan sebagai ilmu tentang makanan, zat-zat lain yang terkandung, aksi, dan keseimbangan yang berhubungan dengan kesehatan penyakit.

1. **FISIOLOGI NUTRISI DAN METABOLISME**

Tubuh memerlukan bahan bakar untuk menyediakan energi untuk fungsi organ dan pergerakan badan, untuk menyediakan material mentah, untuk fungsi enzim, pertumbuhan, penempatan kembali dan perbaikan sel. Metabolisme mengacu pada semua reaksi biokimia dalm tubuh. Proses metabolic dapat menjadi anabolic (membangun) atau katabolic (merusak). Energy adalah kekuatan untuk bekerja, manusia membutuhkan energy untuk terus menerus berhubungan dengan lingkungannya.

1. Pemasukan energy

Pemasukan energi merupakan energi yang dihasilkan selama oksidasi makanan. Makanan merupakan sumber utama energi manusia. Besarnya energy yang dihasilkan dengan satuan kalori. 1 kalori juga disebut 1 kalori besar ( K ) atau kkal adalah jumlah panas yang di butuhkan untuk menaikkan suhu 1 kg air sebesar 1 °c. 1 kkal = 1 K atau sama dengan 1000 kalori.

1. Pengeluaran energy

Pengeluaran energi adalah energi yang digunakan oleh tubuh untuk mensupport jaringan dan fungsi-fungsi organ tubuh. Cadangan energi tubuh berbentuk senyawa phospat seperti ATP. Kebutuhan energi seseorang ditentukan oleh BMR dan aktivitas fisik.

1. Basal metabolisme rate (BMR)

Basal Metabolisme Rate adalah energi yang digunakan tubuh pada saat istirahat yaitu untuk kegiatan fungsi tubuh seperti pergerakan jantung, perbafasan, peristaltic usus, kegiatan kelenjar-kelenjar tubuh.

 Makanan di dalam tubuh mengalami beberapa proses. Mulai dari pencernaan, absorbsi, metabolisme, dan penyimpanan hingga eliminasi.

1. Pencernaan

Pencernaan dimulai dari mulut, tempat makanan di pecah secara mekanik dengan mengunyah. Protein dan lemak dipecahkan secara fisik tetapi tetap tidak berubah secara kimia karena enzim dalam mulut tidak bereaksi dengan nutrisi ini. Makanan yang telah ditelan memasuki esopagus dan bergerak sepanjangnya dan dengan kontraksi otot seperti gelombang (peristaltik). Massa makanan yang berada pada kardiak spinkter, berlokasi pada pembukaan atas lambung, menyebabkan spinkter relaksasi dan memungkinkan makanan masuk lambung. Di dalam lambung, pepsinogen di sekresikan dan diaktifkan oleh asam hidrokolik menjadi pepsin, enzim pemecah protein. Lambung juga mengeluarkan sejumlah kecil lipase dan amilase untuk mencerna lemak dan zat tepung secara berturut-turut. Lambung juga bertindak sebagai penyimpanan dan makanan menetap di dalam perut kira-kira 3 jam, dengan rentang dari 1-7 jam. Makanan meninggalkan lambung pada spinkter pilorik sebagai asam, massa cair yang disebut kimus. Kimus mengalir ke duodenum dan bercampur cepat dengan empedu, getah intestinal, sekresi pangkreas. Peristaltik terjadi terus menerus dalam usus kecil, mencampur sekresi dengan kimus.

1. Absorbsi

Usus kecil merupakan tempat penyerapan utama nutrien. Sepanjang daerah ini terdapat penonjolan seperti jari yang disebut vili, untuk meningkatkan area permukaan absorbsi. Nutrient diabsorbsi oleh difusi pasif dan osmosis, transport aktif, dan pinositosis.

1. Metabolisme

Nutrien diabsopsi dalam intestinal, termasuk air, yang ditransportasikan melalui system sirkulasi ke jaringan tubuh. Melalui perubahan kimia dari metabolisme, nutrien diubah ke jumlah substansi yang diperlukan oleh tubuh. Dua tipe dasar metabolisme adalah anabolisme dan katabolisme. Anabolisme merupakan produksi dari substansi kimia yang lebih kompleks dengan sintesis nutrient. Katabolisme merupakan pemecahan substansi kimia menjadi substansi yang lebih sederhana.

1. Penyimpanan

Beberapa, tapi tidak semua, nutrient yang diperlukan tubuh disimpan dalam jaringan tubuh. Bentuk pokok tubuh dari energi yang disimpan adalah lemak, yang disimpan sebagai jaringan adiposa. Glikogen disimpan dalam cadangan kecil di hati dan jaringan otot dan protein dan protein disimpan dalam massa otot. Ketika keperluan energi tubuh melebihi persediaan energi dari nutrient yang dimakan, maka energi yang disimpan digunakan. Sebaliknya energi yang tidak digunakan harus disimpan terutama lemak.

1. **KEBUTUHAN NUTRISI DAN METABOLISME**

 Berikut ini adalah nilai kecukupan energi dan kecukupan protein seseorang perhari rata-rata ketika dalam aktivitas sedang. Jika sering melakukan aktivitas berat seperti olahraga berat, kuli bangunan, menggarap sawah, pekerja lapangan, dan lain sebagainya perlu ditambahkan asupan energi dan protein yang cukup.

1. Neonatus

Kecukupan Energi : 550 kkal

Kecukupan Protein : 10 gram

1. Bayi

Kecukupan Energi : 650 kkal

Kecukupan Protein : 16 gram

1. Toddler

Kecukupan Energi : 650 kkal

Kecukupan Protein : 16 gram

1. Prasekolah

Kecukupan Energi : 1800 kkal

Kecukupan Protein : 45 gram

1. Usia anak sekolah

Jenis Kelamin Laki-Laki / Pria :

Kecukupan Energi : 2050 kkal

Kecukupan Protein : 50 gram

Jenis Kelamin Perempuan / Wanita :

Kecukupan Energi : 2050 kkal

Kecukupan Protein : 50 gram

1. Remaja

Jenis Kelamin Laki-Laki / Pria :

Kecukupan Energi : 2600 kkal

Kecukupan Protein : 65 gram

Jenis Kelamin Perempuan / Wanita :

Kecukupan Energi : 2200 kkal

Kecukupan Protein : 55 gram

1. Dewasa

Jenis Kelamin Laki-Laki / Pria :

Kecukupan Energi : 2550 kkal

Kecukupan Protein : 60 gram

Jenis Kelamin Perempuan / Wanita :

Kecukupan Energi : 1900 kkal

Kecukupan Protein : 50 gram

1. Lansia

Jenis Kelamin Laki-Laki / Pria :

Kecukupan Energi : 2250 kkal

Kecukupan Protein : 60 gram

Jenis Kelamin Perempuan / Wanita :

Kecukupan Energi : 1750 kkal

Kecukupan Protein : 50 gram

1. **FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEBUTUHAN NUTRISI**
2. Pengetahuan

Pengetahuan yang kurang tentang manfaat makanan bergizi dapat mempengaruhi pola konsusmsi makan. Hal tersebut dapat disebabkan oleh kurangnya informasi sehingga dapat terjadi kesalahan dalam memahami kebutuhan gizi.

1. Usia

Pada usia 0-10 tahun kebutuhan metabolisme basa bertambah dengan cepat hal ini sehubungan dengan factor pertumbuhan dan perkembangan yang cepat pada usia tersebut. Setelah usia 20 tahun energy basal relative konstan.

1. Jenis kelamin

Kebutuhan metabolisme basal pada laki-laki lebih besar di bandingkan dengan wanita pada laki-laki kebutuhan BMR 1,0 kkal/kg BB/jam dan pada wanita 0,9 kkal/kgBB/jam.

1. Tinggi dan berat badan

Tinggi dan berat badan berpaengaruh terhadap luas permukaan tubuh, semakin luas permukaan tubuh maka semakin besar pengeluaran panas sehingga kebutuhan metabolisme basal tubuh juga menjadi lebih besar.

1. Ekonomi

Status ekonomi dapat mempengaruhi perubahan status gizi karena penyediaan makanan bergizi membutuhkan pendanaan yang tidak sedikit. Oleh karena itu, masyarakat dengan kondisi perekonomian tinggi biasanya mampu mencukupi kebutuhan gizi keluarganya dibandingkan masyarakat dengan kondisi perekonomian rendah.

1. Status kesehatan

Nafsu makan yang baik adalah tanda yang sehat . Anoreksia (kurang nafsu makan) biasanya gejala penyakit atau karena efek samping obat.

1. Faktor Psikologis serti stress dan ketegangan

Motivasi individu untuk makan makanan yang seimbang dan persepsi individu tentang diet merupakan pengaruh yang kuat. Makanan mempunyai nilai simbolik yang kuat bagi banyak orang (mis. Susu menyimbolkan kelemahan dan daging menyimbulkan kekuatan).

1. Alkohol dan Obat

Penggunaan alcohol dan obat yang berlebihan memberi kontribusi pada defisiensi nutrisi karena uang mungkin dibelajakan untuk alcohol daripada makanan. Alcohol yang berlebihan juga mempengaruhi organ gastrointestinal. Obat-obatan yang menekan nafsu makan dapat menurunkan asupan zat gizi esensial. Obat-obatan juga menghabiskan zat gizi yang tersimpan dan mengurangi absorpsi zat gizi di dalam intestine.

1. **MASALAH-MASALAH GANGUAN NUTRISI**

Secara umum, gangguan kebutuhan nutrisi terdiri atas kekeurangan dan kelebihan nutrisi, obesitas, malnutrisi, Diabetes Melitus, Hipertensi, Jantung Koroner, Kanker, Anoreksia Nervosa.

1. Kekurangan nutrisi

Kekurangan nutrisi merupakan keadaan yang dialami seseorang dalam keadaan tidak berpuasa (normal) atau resiko penurunan berat badan akibat ketidakmampuan asupan nutrisi untuk kebutuhan metabolisme.

Tanda klinis :

* Berat badan 10-20% dibawah normal
* Tinggi badan dibawah ideal
* Lingkar kulit triseps lengan tengah kurang dari 60% ukuran standar
* Adanya kelemahan dan nyeri tekan pada otot
* Adanya penurunan albumin serum
* Adanya penurunan transferin

Kemungkinan penyebab :

Meningkatnya kebutuhan kalori dan kesulitan dalam mencerna kalori akibat penyakit infeksi atau kanker.

* Disfagia karena adanya kelainan persarafan
* Penurunan absorbsi nutrisi akibat penyakit crohn atau intoleransi laktosa
* Nafsu makan menurun
1. Kelebihan nutrisi

Kelebihan nutrisi merupakan suatu keadaan yang dialami seseorang yang mempunyai resiko peningkatan berat badan akibat asupan kebutuhan metabolisme secara berlebihan.

Tanda klinis :

* Berat badan lebih dari 10% berat ideal
* Obesitas (lebih dari 20 % berat ideal)
* Lipatan kulit trisep lebih dari 15 mm pada pria dan 25 mm pada wanita
* Adanya jumlah asupan berlebihan aktivitas menurun atau monoton.

Kemungkinan penyebab :

* Perubahan pola makan
* Penurunan fungsi pengecapan dan penciuman.
1. Obesitas

Obesitas merupakan masalah peningkatan berat badan yang mencapai lebih dari 20% berat badan normal. Status nutrisinya adalah melebihi kebutuhan asupan kalori dan penurunan dalam penggunaan kalori.

1. Malnutrisi

Malnutrisi merupakan masalah yang berhubungan dengan kekurangan zat gizi pada tingkat seluler atau dapat dikatakan sebagai masalah asupan zat gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan tubuh. Gejala umumnya adalah berat badan rendah dengan asupan makanan yang cukup atau asupan kurang dari kebutuhan tubuh, adanya kelemahan otot dan penurunan energi, pucat pada kulit, membrane mukosa, konjungtiva dan lain- lain.

1. Diabetes mellitus

Diabetes Melitus merupakan gangguan kebutuhan nutrisi yang ditandai dengan adanya gangguan metabolisme karbohidrat akibat kekurangan insulin atau penggunaan karbohidrat secara berlebihan.

1. Hipertensi

Hipertensi merupakan gangguan nutrisi yang juga disebabkan oleh berbagai masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi seperti penyebab dari adanya obesitas, serta asupan kalsium, natrium, dan gaya hidup yang berlebihan.

1. Penyakit jantung koroner

Penyakit jantung koroner merupakan gangguan nutrisi yang sering disebabkan oleh adanya peningkatan kolesterol darah dan merokok. Saat ini, penyakit jantung koroner sering dialami karena adanya perilaku atau gaya hidup yang tidak sehat, obesitas dan lain-lain.

1. Kanker

Kanker merupakan gangguan kebutuhan nutrisi yang disebabkan oleh pengonsumsian lemak secara berlebihan.

1. **ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS**
2. Riwayat Keperawatan dan Diet
3. Frekuensi makan, makanan kesukaan, waktu makan
4. Apakah ada diet yang dilakukan secara khusus?
5. Adakah toleransi makan/minum tertentu?
6. Informasi yang salah tentang makanan dan cara berdiet
7. Status perkembangan seperti usia atau situasi sosial
8. Faktor psikologis seperti perilaku emosional yg mengganggu pengobatan
9. Pengukuran Klinik
10. Berat Badan

Kehilangan/ bertambahnya berat badan menunjukkan adanya masalah pemenuhan nutrisi :

+ 2 % : ringan

+ 5 % : sedang

+ 10 % : berat

Pengukuran berat badan dilakukan setiap hari pada waktu yang sama.

1. Keadaan Umum
2. Pengukuran TTV seperti nadi, tekanan darah, suhu dan pernafasan
3. Tingkat kesadaran
4. Pengukuran pemasukan nutrisi
	1. Nutrisi oral
	2. Nutrisi tube (NGT,OGT)
	3. Nutrisi parenteral termasuk infus IV
5. Pengukuran pengeluaran nutrisi
6. Feses : Frekuensi, jumlah dan konsisten
7. Muntah
8. Pemeriksaan Fisik
	* 1. Keadaan Fisik
9. Kardiovaskuler : distensi vena jugularis, tekanan darah, Hemoglobin dan bunyi jantung.
10. Mata : cekung, air mata kering.
11. Neurologi : reflex, gangguan motorik dan sensorik, tingkat kesadaran.
12. Gastrointestinal : keadaan mukosa mulut, mulut dan lidah, muntah-muntah dan bising usus.
13. Integumen : keadaan turgor kulit, edema, kelemahan otot, tetani dan sensasi rasa.
	* 1. Pengukuran Antropometri
			+ 1. BB ideal : (TB – 100) ± 10 %
				2. TB
				3. IMT (Indeks Massa Tubuh)
				4. Lingkar pergelangan tangan
				5. Lingkar lengan atas (LLA)

Nilai normal wanita : 28,5 cm

Nilai normal pria : 28,3 cm

* + - * 1. Lipatan kulit pada otot trisep (TSF)

Nilai normal wanita : 16,5 – 18 cm

Nilai normal pria : 12,5 -. 16,5 cm

1. Pola Kebiasaan Diri
	* + - 1. Aspek Fisik-Fisiologis
2. Pola nutrisi - metabolic
3. Berapa kali makan sehari
4. Makanan kesukaan
5. Berat badan sebelum dan sesudah sakit
6. Frekuensi dan kuantitas minum sehari
7. Pola eliminasi
8. Frekuensi dan kuantitas BAK dan BAB sehari
9. Nyeri
10. Kuantitas
11. Pola aktivitas dan latihan

Menggunakan tabel aktifitas yang didasarkan pada skala 0 sampai 4, meliputi makan, mandi berpakaian, eliminasi, mobilisasi di tempat tidur, berpindah, ambulansi, naik tangga.

1. Pola istirahat tidur
2. Jam berapa biasa pasien mulai tidur dan bangun tidur
3. Sonambolisme
4. Kualitas dan kuantitas jam tidur
	* + - 1. Aspek Mental-Intelektual-Sosial-Spiritual
5. Pola konsep diri
6. Gambaran diri
7. Identitas diri
8. Peran diri
9. Ideal diri
10. Harga diri
11. Persepsi terhadap kesehatan – manajemen kesehatan
12. Tingkat pengetahuan kesehatan / penyakit
13. Perilaku untuk mengatasi masalah kesehatan
14. Faktor-faktor resiko sehubungan dengan kesehatan
15. Pola kognitif perceptual

Adakah gangguan penglihatan, pendengaran (Panca Indra)

1. Pola koping
2. Cara / metode pemecahan dan penyelesaian masalah
3. Hasil koping dari metode yang dilakukan
4. Pola seksual – reproduksi

adakah gangguan pada alat kelaminnya.

1. Pola peran hubungan
2. Hubungan dengan anggota keluarga
3. Dukungan keluarga
4. Hubungan dengan tetangga dan masyarakat.
5. Pola nilai dan kepercayaan
6. Persepsi keyakinan
7. Tindakan berdasarkan keyakinan
8. Pemeriksaan Laboratorium
9. Albumin : (N : 4 – 5,5 mg/dl)
10. Transferin : (N : 170 – 25 mg/dl)
11. HB : (N : 12 mg/dl)
12. BUN : ( N : 10 -20 mg/dl)
13. Diagnosa Keperawatan
14. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Berhubungan dengan :

1. Mual/muntah
2. Gangguan intake makanan
3. Gangguan menelan
4. Efek dari pengobatan

Ditandai dengan :

1. Berat badan menurun
2. Kelemahan
3. Kesulitan makan
4. Nafsu makan berkurang
5. Hipotensi

Kondisi klinis kemungkinan terjadi pada :

1. Anoreksia nervosa
2. AIDS
3. Pembedahan
4. Kehamilan
5. Diabetes Mellitus
6. Kanker
7. Anemia

Tujuan yang diharapkan :

1. Terjadi peningkatan berat badan sesuai batasan waktu
2. Peningkatan status nutrisi
3. Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh

Berhubungan dengan :

* 1. Kelebihan intake
	2. Gaya hidup
	3. Perubahan kultur

Ditandai dengan :

* 1. 20 % lebih berat dari badan ideal
	2. Pole makan yang berlebihan

Kondisi klinis kemungkinan terjadi pada :

1. Obesitas
2. Hipotiroidisme
3. Pasien dengan pemakaian kortikosteroid

Tujuan yang diharapkan :

* 1. Teridentifikasi kebutuhan nutrisi dan berat badan terkontrol
	2. Perencanaan control berat badan untuk yang akan dating
	3. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berlebihan
1. Perencanaan
2. Monitor faktor yang menyebabkan terjadinya kekurangan kebutuhan nutrisi atau kelebihannya dan status kebutuhan nutrisinya
3. Kurang faktor yang mempengaruhi perubahan nutrisi
4. Ajakan untuk merencanakan makanan
5. Kaji tanda vital dan bising usus
6. Monitor glukosa, elektrolit, albumin, dan hemoglobin
7. Berikan pendidikan tentang cara diet , kebutuhan kalori, atau tindakan lainnya.

Tindakan pada gangguan kekurangan nutrisi secara umum dapat dilakukan dengan cara :

1. Mengurangi kondisi atau gejala penyakit yang menyebabkan penurunan nafsu makan.
2. Memberikan makanan yang disukai sedikit demi sedikit tetapi sering dengan memerhatikan jumlah kalori tanpa kontraindikasi.
3. Menata ruangan senyaman mungkin.
4. Menurunkan stress psikologis.
5. Menjaga kebersihan mulut.
6. Menyajikan makanan mudah di cerna.
7. Hindari makanan yang mengandung gas.

Tindakan pada gangguan obstruksi mekanis secara umum dapat dilakukan dengan cara :

* 1. Lakukan kebersihan mulut segera dengan kumur-kumur menggunakan minuman bikarbonat rendah kalori atau ½ atau ¼ larutan hidrogen peroksida dan air sebagai pembersih mulut.
1. Ajarkan teknik mempertahankan nafsu makan dengan mengubah variasi dan kepadatan seperti jus atau sop kental.
	1. Gunakan suplemen tinggi kalori atau protein

Tindakan pada gangguan kesulitan makan secara umum dapat dilakukan dengan cara :

* 1. Atur posisi seperti duduk tegak 60-90 derajat pada kursi atau di tepi tempat tidur. Pertahankan posisi selama 10-15 menits
1. Fleksikan kepala ke depan pada garis tengah tubuh 45 derajat untuk mempertahankan kepatenan esofagus.
2. Mulai dari jumlah yang kecil.
3. Anjurkan untuk membersihkan mulut, hindari makanan yang pedas atau asam, makanan berserat (sayuran mentah), dan rendam makanan kering agar lunak.

Tindakan pada gangguan kelebihan nutrisi secara umum dapat dilakukan dengan cara :

* 1. Hindari makanan yang mengandung lemak
	2. Berikan motivasi untuk menurunkan berat badan
	3. Lakukan program olahraga

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

* + 1. **PENGKAJIAN**

Hari, tanggal : 19 Juni 2014

Jam : 09.00 WIB

Tempat : Nusa Indah RSUD Panembahan Senopati

Oleh : Rina Zulistin

Sumber data : Pasien, keluarga pasien, dokumen

Metode pengumpulan data : Observasi, anamnesa, studi dokumen

* + 1. **Identitas Klien**

Nama : “ Tn. R ”

Umur : 57 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Status perkawinan : Kawin

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Suku / kebangsaan : Jawa / Indonesia

Alamat : Banaran RT 05 Sumber Agung Jetis Bantul

Dx Medis : Disfagia

Nomor CM : 53 35 32

Tanggal masuk RS : 17 Juni 2014

**Identitas Penanggung jawab**

Nama : “ Ny. E ”

Umur : 54 tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Banaran RT 05 Sumber Agung Jetis Bantul

Hub. dengan pasien : Istri

* + 1. **Riwayat Kesehatan**
	1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat datang Pasien sadar dengan keluhan sulit menelan sejak 3 hari, pasien tidak dapat makan maupun minum, Pasien mengatakan tenggorokannya berasa kering serta terdapat benjolan pada leher dan pasien mengalami demam, saat datang suhu badan : 38,3 ºC. Keluarga pasien mengungkapkan pasien sudah tidak makan selama 3 hari dan pada Jumat,13 Juni 2014 pasien mengatakan sakit pada tenggorokan seperti ( pancingan ) kemudian Sabtu,14 Juni 2014 periksa ke puskesmas kemudian pada hari Minggu,15 Juni 2014 Pasien mengeluarkan dahak dan pada Senin, 16 Juni 2014 Pasien saat diraba bagian lehernya seperti ada yang pecah kemudian pasien keluar dahak darah dan malam Selasanya kemudian Pasien dibawa ke rumah sakit.

* 1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan pernah dirawat dan operasi di rumah sakit dengan diagnosa medis Hernia .Pasien juga mengatakan tidak memiliki alergi dengan apapun misal obat dan makanan.

* 1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mempunyai riwayat penyakit degeneratif yaitu Ibu dari “ Tn. R ” mempunyai riwayat Diabetus Militus.

* + 1. **Pola Kebiasaan Pasien**
	1. Aspek Fisik-Biologis
	2. Pola Nutrisi
		1. Sebelum sakit :

Pasien mengatakan makan 3 kali dalam sehari sebanyak 1 porsi

* + 1. Selama sakit :

Pasien mengatakan mengatakan lapar tetapi nafsu makan berkurang karena pasien tidak dapat menelan makanan yang masuk sehingga pasien di rumah sakit makan dengan diit cair.

* 1. Antropometri

Sebelum masuk rumah sakit

* BB : 70 kg
* Berat Badan Ideal : ( TB – 100 ) – ( 10% (TB -100) )

 : (170 – 100) – (10%(170 – 100 )

 : 70 – 7

 : 63 kg

Saat dirawat mulai :

|  |  |
| --- | --- |
| BB | 61 kg |
| TB | 172 cm |
| LILA | 29 cm |

Terjadi penurunan berat badan sebesar : 9 kg

Perhitungan IMT ( Indeks Massa Tubuh)

IMT = BB : TB(m)²

 = 61 kg : (1,72)²

 = 20,62 ( Normal , normal range = 15 - 25 )

* 1. Pemeriksaan Penunjang

Hasil Laboratorium Tanggal 17 Juni 2014

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO |  | Hasil | Nilai Normal |  |
|  | **HEMATOLOGI** |  |  |  |
| 1 | Hemoglobin | 12,9 | 14,00-18,00 | g/dl |
| 2 | Lekosit | 16,33 | 04,00-10,00 | 10^3/uL |
| 3 | Eritrosit | 4,56 | 04.50-05.50 | 10^6/uL |
| 4 | Trombosit | 201 | 150 - 450 | 10^3/uL |
| 5 | Hematokrit | 38,1 | 42,00-52,00 | Vol% |
|  | **HITUNG JENIS** |  |  |  |
| 1 | Eosinofil | 1 | 2-4 | % |
| 2 | Basofil | 0 | 0-1 | % |
| 3 | Batang | 1 | 2-5 | % |
| 4 | Segmen | 85 | 51-67 | % |
| 5 | Limposit | 6 | 20-35 | % |
| 6 | Monosit | 7 | 4-8 | % |
|  | **KIMIA KLINIK** |  |  |  |
| 12 | **Fungsi Hati**SGOTSGPT | 2155 | <37<41 | u/Lu/L |
| 12 | **Fungsi Ginjal**UreumCreatinin | 471,06 | 0,90-1,30 | mg/dlmg/dl |
| 1 | Glukosa Darah Sewaktu | 344 | 80-200 | mg/dl |
| 123 | **Elektrolit**NatriumKaliumKlorida | 139,33,28104,0 | 137,0 - 145,0 3.50 – 5,10 98,0 – 107,0  | mmol/lmmol/lmmol/l |

* 1. Penampilan fisik/clinis

Pasien terlihat lemas, pucat, dan terlihat kurus

* 1. Diit

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan makan 3 kali dalam sehari sebanyak 1 porsi

Saat sakit :

Pasien mengatakan mengatakan lapar tetapi nafsu makan berkurang karena pasien tidak dapat menelan makanan yang masuk sehingga pasien di rumah sakit makan dengan diit cair.

* 1. Pola Cairan dan Elektrolit
1. Sebelum sakit :

Pasien minum air putih 8 gelas sehari (1600 ml/ hari). Pasien mempunyai kebiasaan minum teh di pagi hari.

1. Selama sakit :

Pasien minum 1 botol air putih (600ml) sehari tetapi saat minum selalu muntah dan mengeluarkan dahak. Pada tangan kanan pasien terpasang selang infus.

* 1. Pola Eliminasi
		1. Sebelum sakit :

Pasien b.a.b teratur dan lancar 1 kali sehari dengan WC jongkok. Warna feses kuning dan berbentuk padat lunak. Pasien tidak pernah memakai obat pencahar untuk melancarkan b.a.b.Pasien b.a.k sebanyak 6-7 kali (1500ml/hari) dengan warna urine kuning jernih dan berbau khas urine.

* + 1. Selama sakit :

Pasien mengatakan belum b.a.b 1 selama di rumah sakit. Pasien b.a.k sebanyak 4-5 kali sehari (1000ml/hari), pasien tidak memakai selang kateter untuk membantu eliminasi urine. Pasien mengatakan urinnya kuning, bau khas urine, serta tidak bercampur darah.

* + 1. **Pola Aktifitas, Tidur dan Istirahat**
			1. Sebelum sakit :

Pasien biasanya melakukan aktifitas dasar seperti makan, minum, toileting, berpakaian dengan mandiri tidak menggunakan alat bantu. Pasien tidur selama ± 8 jam sehari. Sebelum tidur pasien berdoa dulu dan tidak pernah minum obat tidur.

* + - 1. Selama sakit :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kemampuan perawatan diri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Makan/Minum |  |  |  | √ |  |
| Mandi | √ |  |  |  |  |
| Toileting | √ |  |  |  |  |
| Berpakaian | √ |  |  |  |  |
| Mobilisasi di tempat tidur | √ |  |  |  |  |
| Berpindah | √ |  |  |  |  |
| Ambulasi ROM | √ |  |  |  |  |

Keterangan :

0 : mandiri

1 : alat bantu

2 : dibantu orang lain

3 : dibantu orang lain dan alat

4 : tergantung total

Pasien mengatakan tidak bisa tidur lelap pada malam hari karena sakit pada tenggorokannya dan mengeluarkan dahak serta pasien mengungkapkan dirinya lemas karena tidak bisa makan.

* + 1. **Pola Kebersihan Diri**
1. Kulit

Kebiasaan mandi 2 kali sehari dengan memakai sabun mandi.

1. Rambut

Pasien tidak memakai cat rambut dan rambut tidak rontok. Pasien mencuci rambut 2 kali seminggu dengan menggunakan shampoo.

1. Telinga

Pasien tidak mengalami gangguan pendengaran. Tidak ada cairan yang keluar dari telinga.

1. Mata

Pasien tidak mengalami gangguan pada mata. Pasien memakai alat bantu melihat.

1. Mulut

 Pasien menggosok gigi 2 kali sehari menggunakan pasta gigi, dan berkumur dengan air ketika mandi.

1. Genetalia

Kebersihan genetalia dilakukan setiap kali mandi.

1. Kuku/kaki

Pasien memotong kuku seminggu sekali dengan alat pemotong kuku. Kuku tidak dicat dan dan tidak ada gangguan pada kuku pasien.

* 1. Aspek Intelektual-Psikososial-Spiritual
		1. Aspek Mental

Keluarga pasien merasa sedih, cemas, dan khawatir dengan kondisi pasien.

* + 1. Aspek Intelektual

Keluarga pasien kurang memahami tentang pentingnya pencegahan, perawatan, pengobatan dari penyakit yang diderita.

* + 1. Aspek Sosial

Hubungan keluarga dengan pasien sangat baik.

* + 1. Aspek Spiritual

Pasien dan keluarga menganut agama Islam, keluarga selalu berdoa untuk kebaikan pasien. Pasien beribadah sholat 5 waktu.

1. **Pemeriksaan Fisik**
	* + 1. Kesadaran Umum

KU : Lemah

Kesadaran : Composmentis

Status Gizi :

TB = 172 cm

BB = 61 kg

IMT = 20,62 (normal)

Tanda-tanda Vital :

Nadi = 110 x/menit ,

Suhu = 37,8 ˚C,

TD = 150/90 mmHg,

RR = 20 x/menit

* + - 1. Pemeriksaan secara sistematik (Cepalo Caudal)
	1. Kepala

Bentuk kepala meso chepal, kulit kepala bersih dan tidak ada luka maupun ketombe serta rambut tidak rontok.

* 1. Mata

Mata pasien bersih dan konjungtiva pucat.

* 1. Hidung

Tidak ada sekret yang keluar dari hidung pasien. Pasien tidak mengeluh nyeri pada hidung dan fungsi pembauan berfungsi normal.

* 1. Mulut

Pasien mampu berbicara secara normal. Membrane mukosa agak kering dan nafas tidak bau. Ada dahak yang keluar dari mulut pasien.

Dari pemeriksaan OPG

Rahang atas : missing gigi 8 kanan- kiri, caries gigi 6 kiri

Rahang bawah : caries gigi 5 kanan dan 7 kiri

* 1. Abdomen

Perut terlihat cembung, peristaltik ( 20/menit ), tidak ada nyeri tekan, kembung dan tidak ada nyeri tekan.

* 1. Ekstremitas

Atas : Anggota gerak lengkap tidak ada kelainan, warna kulit pucat,

turgor kulit menurun, terpasang infus pada tangan sebelah kanan.

Bawah : Anggota gerak lengkap, kaki terlihat simetris, warna kulit putih pucat, turgor kulit menurun

* 1. Neurologis :

Status mental dan emosi : Ekspresi wajah pasien tampak sedih dan cemas karena penyakitnya tidak kunjung sembuh serta terlihat lemas karena tidak dapat makan dan minum secara normal

1. **Terapi**.
	* 1. Infus RL 30 tetes/ menit
		2. Metronidazole 30 tetes/ menit

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| JENIS | NAMA OBAT | DOSIS | RUTE |
| Infus | Metronidazole | 500 mg/24 jam ( 30 tetes/ menit ) | Inf IV |
| Injeksi | Ceftriaxone | 1gram / 12 jam | IV |
| Injeksi | Ranitidin | 1gram / 12 jam | IV |
| Injeksi | Tramadol | 100 mg/ 12 jam | IV |
| Tablet | Paracetamol | 500 mg/ 8 jam | Oral |

* + 1. **ANALISA DATA DAN DIAGNOSA**
			1. **Tabel Analisa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DATA** | **ETIOLOGI** | **MASALAH** |
| 1 | **DS:*** Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan minum karena untuk menelan sakit dan nyeri
* Pasien mengatakan saat makan masuk sedikit langsung tersedak dan mengeluarkan dahak.
* Pasien mengatakan lapar dan haus
* Pasien mengatakan badannya sangat lemas

**DO :*** Berat badan pasien turun 9 Kg
* Bunyi peristaltic 20 x/menit
* Mukosa bibir kering
* Pasien terlihat lemas dan gelisah
* HB : 12,9 g/dl
* GDS : 344 mg/dl
* Tanda-tanda Vital :

Nad i = 110 x/menit ,Suhu = 37,8 ˚C,TD = 150/90 mmHg,RR = 20 x/menit* Ku : lemah
 | Ketidakmampuan menelan makanan | Ketidakseimbangannutrisi kurang darikebutuhan tubuh |
| 2 | **DS*** Pasien mengatakan tidak dapat tidur setiap malamnya
* Pasien mengatakan ridak dapat makan makanan karena saat makan langsung tersedak
* Pasien mengatakan nyeri dan kering pada bagian tenggorokan

**DO*** Pasien muntah seperti dahak disertai batuk
* Pasien terlihat lemas
 | Tersedak sebelum menelan | Gangguan menelan |

* + - 1. **Tabel Diagnosa Keperawatan / Masalah Kolaboratif Berdasarkan Prioritas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **WAKTU** | **Diagnosa Keperawatan** |
| 1 | 19 Juni 2014 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan minum karena untuk menelan sakit dan nyeri,Pasien mengatakan saat makan masuk sedikit langsung tersedak dan mengeluarkan dahak, Pasien mengatakan lapar dan haus ,Pasien mengatakan badannya sangat lemas ,Berat badan pasien turun 9 Kg, Bunyi peristaltic 20 x/menit, Mukosa bibir kering, Pasien terlihat lemas dan gelisah, HB : 12,9 g/dl, GDS : 344 mg/dl, Nad i = 110 x/menit ,Suhu = 37,8 ˚C, TD = 150/90 mmHg, RR = 20 x/menit , Ku : lemah |
|  | 19 Juni 2014 | Gangguan menelan berhubungan dengan tersedak sebelum menelan ditandai dengan Pasien mengatakan tidak dapat tidur setiap malamnya, Pasien mengatakan ridak dapat makan makanan karena saat makan langsung tersedak, Pasien mengatakan nyeri dan kering pada bagian tenggorokan ,Pasien muntah seperti dahak disertai batuk ,Pasien terlihat lemas. |

**C. Rencana Tindakan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan** | **Rencana Tindakan** | **Rasional** |
| Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan **DS:*** Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan minum karena untuk menelan sakit dan nyeri
* Pasien mengatakan saat makan masuk sedikit langsung tersedak dan mengeluarkan dahak.
* Pasien mengatakan lapar dan haus
* Pasien mengatakan badannya sangat lemas

**DO :*** Berat badan pasien turun 9 Kg
* Bunyi peristaltic 20 x/menit
* Mukosa bibir kering
* Pasien terlihat lemas dan gelisah
* HB : 12,9 g/dl
* GDS : 344 mg/dl
* Tanda-tanda Vital :

Nad i = 110 x/menit ,Suhu = 37,8 ˚C,TD = 150/90 mmHg,RR = 20 x/menit* Ku : lemah
 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nutrisi seimbang dengan kriteria :1. Pasien dapat makan dan tidak tersedak
2. bunyi peristatik 12 x/menit
3. Pasien tidak lemas lagi dan rasa haus dan lapar tidak terasa lagi.
4. BB pasien naik
5. mukosa bibir lembab
6. GDS (80-150 mg/dl)
7. Tanda- tanda vital normal

TD : 120/80 mmHgSuhu badan : 36,4 ºCR : 16-20 x/menitN : 60- 80 x/menit | * Kaji tanda-tanda vital tiap 8 jam ( tekanan darah , respirasi, nadi, suhu )
 | Perubahan tanda-tanda vital merupakan indicator untuk menilai keadaan perkembangan penyakit |
| * Kaji keadaan umum

( keluhan, ekspresi wajah, tingkat kesadaran pasien ) | Memantau kondisi pasien untuk rencana tidakan selanjutnya |
| * Observasi intake nutrisi pasien
 | Untuk mengetahui seberapa banyak makanan yang masuk ke tubuh pasien. |
| * Berikan diit cair
 | Untuk memasukkan nutrisi pasien serta menghindari asien tersedak |
| * Jelaskan pentingnya nutrisi bagi tubuh
 | Menjelaskan pasien tentangpentingnya nutrisi bagitubuh dapat memotivasipasien untuk menghabiskandiit yang diberikan. |
| * Berikan infus cairan RL 30 Tpm kepada pasien
 | Infus RL dapat mengganti cairan dan elektolit tubuh yang hilang |
| * Pantau tetesan infus tiap 2 jam
 | Untuk mengetahui terjadinya bengkak, serta kelancaran infus |
| * Motivasi keluarga untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi
 | Keluarga kooperatif sehingga membantu implementasi |
| Gangguan menelan berhubungan dengan tersedak sebelum menelan ditandai dengan**DS*** Pasien mengatakan tidak dapat tidur setiap malamnya
* Pasien mengatakan ridak dapat makan makanan karena saat makan langsung tersedak
* Pasien mengatakan nyeri dan kering pada bagian tenggorokan

**DO*** Pasien muntah seperti dahak disertai batuk
* Pasien terlihat lemas
 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nutrisi seimbang dengan kriteria Pasien dapat menunjukkan metode menelan makanan yang tepat tanpa menimbulkan keputusasaan | * Letakkan pasien pada posisi duduk/tegak selama dan setelah makan
 | Pasien mampu menelan makanan yang lunak/ kental/cair |
| * Tingkatkan upaya untuk dapat melakukan proses menelan yang efektif seperti membantu pasien menegakkan kepala.
 | Pasien mampu mengunya secara perlahan. |

**DAFTAR PUSTAKA**

Doenges, Marilynn E. (2000). Rencana Asuhan Keperawatan. EGC: Jakarta.

McCloskey, J. & Gloria M. B. (2000). Nursing Outcome Classificatian (NOC). Second Ed. New York : Mosby.

McCloskey, J. & Gloria M. B.. (2005). Nursing Intervention Classificatian (NIC). Second Ed. New York : Mosby.

NANDA. (2011). Diagnosis Keperawatan 2009-2011. Jakarta : EGC.

Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). Buku Ajar Fundamental Keperawatan vol.2. Jakarta : EGC.