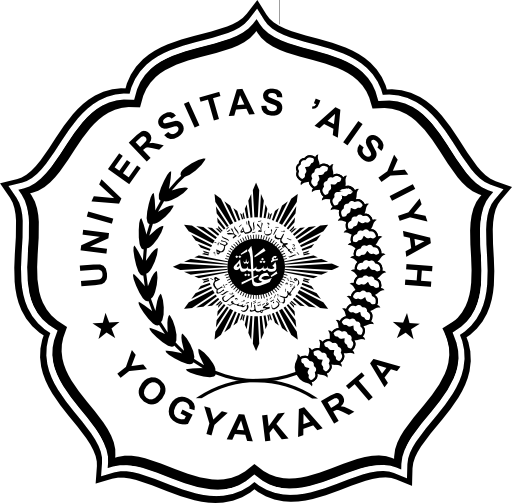
# TERAPI NUTRISI PADA PASIEN KRITIS

****

Disusun oleh : PSIK 7C Kelompok 4

|  |  |
| --- | --- |
| Sugeng Prianto | 1710201177 |
| Dara Ratna Mandira | 1710201178 |
| Novi Akustina Nur K | 1710201179 |
| Retanti Yuvia Rahmi | 1710201180 |
| Sri Wahyuni | 1710201181 |
| Rezka Nihaya Husna | 1710201182 |
| Silvi Galuh Safitri | 1710201183 |
| Ani Nur Khasanah | 1710201184 |

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS ‘AISYIYAH**

**YOGYAKARTA**

**2020**

# KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan kami kemudahan sehingga kami dapat menyelesaikan makalah ini dengan tepat waktu. Tanpa pertolongan-Nya tentunya kami tidak akan sanggup untuk menyelesaikan makalah ini dengan baik. Shalawat serta salam semoga terlimpah curahkan kepada baginda tercinta kita yaitu Nabi Muhammad SAW yang kita nanti-natikan syafa’atnya di akhirat nanti.

Penulis mengucapkan syukur kepada Allah SWT atas limpahan nikmat sehat-Nya, baik itu berupa sehat fisik maupun akal pikiran, sehingga penulis mampu untuk menyelesaikan pembuatan makalah ini sebagai tugas dari mata kuliah Keperawatan Kritis.

Penulis tentu menyadari bahwa makalah ini masih jauh dari kata sempurna dan masih banyak terdapat kesalahan serta kekurangan di dalamnya. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik serta saran dari pembaca untuk makalah ini, supaya makalah ini nantinya dapat menjadi makalah yang lebih baik lagi. Demikian, dan apabila terdapat banyak kesalahan pada makalah ini penulis mohon maaf.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada dosen Keperawatan Kritis Ibu Dwi Prihatiningsih, S.Kep., Ns., M.Ng yang telah membimbing kami dalam menulis makalah ini. Demikian, semoga makalah ini dapat bermanfaat. Terima kasih.

Yogyakarta, 22 September 2020 Penyusun

# DAFTAR ISI

[TERAPI NUTRISI PADA PASIEN KRITIS 1](#_Toc58791431)

[KATA PENGANTAR 2](#_Toc58791432)

[DAFTAR ISI 3](#_Toc58791433)

[A. PRINSIP TERAPI NUTRISI PADA PASIEN KRITIS 4](#_Toc58791434)

[B. NUTRISI PADA BERBAGAI KONDISI DAN PENYAKIT 7](#_Toc58791435)

[C. INDIKASI PEMBERIAN NUTRISI SECARA UMUM 10](#_Toc58791436)

[D. PERHITUNGAN TERAPI NUTRISI 11](#_Toc58791437)

[E. CARA PEMBERIAN TERAPI NUTRISI 14](#_Toc58791441)

[IMPLIKASI JURNAL 20](#_Toc58791442)

**DAFTAR PUSTAKA ..........................................................................................................................20**

LAMPIRAN JURNAL ............................................................................................................................21

1. **PRINSIP TERAPI NUTRISI PADA PASIEN KRITIS**

Pada pasien kritis terjadi hipermetabolisme yang mengakibatkan kebutuhan zat gizi meningkat. Pasien kritis juga seringkali mengalami stres akibat trauma, cedera, pembedahan, sepsis dan penyakit lainnya sehingga mengakibatkan peningkatan metabolisme dan katabolisme yang berujung pada malnutrisi. malnutrisi dapat menyebabkan meningkatnya mortalitas, mordibitas, biaya perawatan, lama rawat, serta tingkat redmisi yang tinggi.

Penentuan kebutuhan energi adalah salah satu tantangan dalam penyakit kritis dan sangat penting karena target yang ditentukan akan digunakan untuk memandu pemberian nutrisi. Persamaan prediktif yang memperkirakan pengeluaran energi adalah metode yang paling umum digunakan karena kemudahan dalam aplikasinya tetapi seringkali tidak akurat dibandingkan dengan pengeluaran energi yang diukur menggunakan kalorimetri tidak langsung. Perhatian khusus harus diberikan kepada pasien yang berada di (atau kemungkinan besar akan tinggal di) ICU selama lebih dari seminggu, dengan pemantauan terus menerus dari pengiriman nutrisi dan tinjauan rutin terhadap kebutuhan nutrisi yang diukur atau diperkirakan

Kebutuhan nutrisi pada pasien kritis tergantung dari tingkat keparahan cedera atau penyakitnya dan status nutrisi sebelumnya. Pasien dengan penyakit kritis memperlihatkan respon metabolik yang khas terhadap kondisi sakitnya. Oleh karena itu butuh pemberian nutrisi yang tepat serta metode yang benar. Kebutuhan energi harian harus dipenuhi oleh kalori yang berasal dari karbohidrat dan lemak, dan asupan protein digunakan untuk kebutuhan enzim esensial dan struktur tubuh. Proporsi dari kalori harian yang disajikan dari lemak dan karbohidrat masih menjadi perdebatan, namun belum ada bukti yang bisa menunjukan substrat mana yang lebih superior sebagai 1 sumber kalori.

* 1. Pemilihan makronutrien

Prinsip utama dari dukungan makronutrisi adalah untuk menyediakan energi yang cukup untuk menjaga fungsi anabolik dan mencegah kalori yang berlebihan. Kebutuhan kalori yang biasa digunakan adalah 25-30 kkal/kgBB/hari, dan hasil tersebut cukup pada kebanyakan pasien. Bila pasien tidak respons dengan jumlah tersebut atau bila pasien dalam kondisi katabolik berat (luka bakar atau trauma multiple) maka pada kondisi tersebut bisa diberikan 30–40 2 kkal/kgBB/hari

* + - * Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi yang penting dimana karbohidrat mensuplai 70% kalori non protein pada rata-rata asupan makanan. manusia memiliki cadangan karbohidrat yang terbatas, sehingga asupan karbohidrat harian sangat penting untuk memastikan sistem saraf pusat berfungsi dengan baik, hal ini sangat tergantung dari glukosa sebagai bahan bakarnya. sebaliknya, asupan yang berlebih akan menyebabkan kerusakan.

* + - * Lemak

Asupan lemak menghasilkan energi yang paling tinggi bila dibandingkan dengan karbohidrat atau protein. Cadangan lemak di jaringan adipose merupakan sumber bahan bakar utama pada pasien dewasa sehat. Pemberian lemak biasanya tidak lebih dari 20% dari total kebutuhan kalori perhari.

* + - * Protein

Tujuan asupan protein adalah untuk proses katabolisme. Asupan protein dapat diperkirakan dengan menggunakan prediksi untuk pasien sehat maupun pasien dengan kondisi hiperkatabolik (normal 0,8–1 g/KgBB/hari, sedangkan untuk hiperkatabolik 1,2–1,6 g/KgBB/hari). Untuk menentukan kebutuhan asupan protein yang lebih akurat dibutuhkan beberapa perhitungan dari katabolisme protein, yaitu dihitung dari ekskresi nitrogen pada urin.

Dalam keadaan stres, seperti pada penyakit kritis, sintesis protein fase akut yang ikut terlibat dalam fungsi kekebalan tubuh akan meningkat untuk mendukung pemulihan. Kehilangan massa otot rangka yang cepat dan signifikan dapat terjadi untuk menyediakan asam amino prekursor yang membantu proses ini.

* 1. Pemilihan mikronutrien

Pasien sakit kritis membutuhkan vitamin-vitamin A, E, K, B1 (tiamin), B3 (niasin), B6 (piridoksin), vitamin C, asam pantotenat dan asam folat yang lebih banyak dibandingkan kebutuhan normal sehari- harinya. Khusus tiamin, asam folat dan vitamin K mudah terjadi defisiensi pada TPN. Dialisis ginjal bisa menyebabkan kehilangan vitamin-vitamin yang larut dalam air. Selain defisiensi besi yang sering terjadi pada pasien sakit kritis dapat juga terjadi defisiensi selenium, zinc, mangan dan copper.

# NUTRISI PADA BERBAGAI KONDISI DAN PENYAKIT

1. Nutrisi pada keadaan trauma

Pasien trauma cenderung mengalami malnutrisi protein akut karena hipermetabolisme yang persisten, yang mana akan menekan respon imun dan peningkatan terjadinya kegagalan multi organ (MOF) yang berhubungan dengan infeksi nosokomial. Pemberian substrat tambahan dari luar lebih awal akan dapat memenuhi kebutuhan akibat peningkatan kebutuhan metabolik yang dapat mencegah atau memperlambat malnutrisi protein akut dan menjamin outcome pasien. Nutrisi enteral total (TEN/Total Enteral Nutrition) lebih dipilih dari pada TPN karena alasan keamanan, murah, fisiologis dan tidak membuat hiperglisemia. Intoleransi TEN dapat terjadi, yaitu muntah, distensi atau cramping abdomen, diare, keluarnya makanan dari selang naso gastrik. Pemberian TPN secara dini tidak diindikasikan kecuali pasien mengalami malnutisi berat.

1. Nutrisi pada pasien sepsis

Pada pasien sepsis, Total Energy Expenditure (TEE)pada minggu pertama kurang lebih 25 kcal/kg/ hari, tetapi pada minggu kedua TEE akan meningkat secara signifikan. Kalorimetri indirek merupakan cara terbaik untuk menghitung kebutuhan kalori, proporsi serta kuantitas zat nutrisi yang digunakan. Pemberian glukosa sebagai sumber energi utama dapat mencapai 4 – 5 mg/kg/menit dan memenuhi 50 – 60% dari kebutuhan kalori total atau 60 – 70% dari kalori non protein. Pemberian glukosa yang berlebihan dapat mengakibatkan hipertrigliseridemia, hiperglikemia, diuresis osmotik, dehidrasi, peningkatan produksi CO2 yang dapat memperburuk insufisiensi pernafasan dan ketergantungan terhadap ventilator, steatosis hepatis, dan kolestasis. Pemberian lemak sebaiknya memenuhi 25 – 30% dari kebutuhan total kalori dan 30 – 40% dari kalori non protein. Kelebihan lemak dapat mengakibatkan disfungsi neutrofil dan limfosit, menghalangi sistem fagositik mononuklear, merangsang hipoksemia yang dikarenakan oleh gangguan perfusi-ventilasi dan cedera membran alveolokapiler, merangsang steatosis hepatik, dan meningkatkan sintesis PGE2. Dalam keadaan katabolik, protein otot dan viseral dipergunakan sebagai energi di dalam otot dan untuk glukoneogenesis hepatik (alanin dan glutamin). Kebutuhan protein melebihi kebutuhan protein normal yaitu 1,2 g/kg/protein/hari. Kuantitas protein sebaiknya memenuhi 15 – 20% dari kebutuhan kalori total dengan rasio kalori non protein/ nitrogen adalah 80:1 sampai dengan 110:1

1. Nutrisi pada penyakit ginjal akut (acute renal failure)

ARF secara umum tidak berhubungan dengan peningkatan kebutuhan energi. Meski demikian kondisi traumatik akut yang menetap dapat meningkatkan REE (misalnya pada sepsis meningkat hingga 30%). Adanya penurunan toleransi terhadap glukosa dan resistensi insulin menyebabkan uremia akut, asidosis atau peningkatan glukoneogenesis. Pada pasien ARF membutuhkan perhatian yang hati-hati terhadap kadar glukosa darah dan penggunaan insulin dimungkinkan dalam larutan glukosa

untuk mencapai kadar euglikemik. Pemberian lipid harus dibatasi hingga 20

– 25% dari energi total. Meski demikian lipid sangatlah penting karena osmolaritasnya yang rendah, sebagai sumber energi, produksi CO2 yang rendah dan asam lemak essensial. Protein atau asamamino diberikan 1,0 – 1,5 g/kg/hari tergantung dari beratnya penyakit, dan dapat diberikan lebih tinggi (1,5 – 2,5 g/kg/hari) pada pasien ARF yang lebih berat dan mendapat terapi menggunakan CVVH, CVVHD, CVVHDF, yang memiliki klirens urea mingguan yang lebih besa.

1. Nutrisi pada pankreatitis akut

Nutrisi enteral dapat diberikan, namun ada beberapa bukti bahwa pemberian nutrisi enteral dapat meningkatkan keparahan penyakit. Nutrisi parenteral pada pankreatitis akut berguna sebagai tambahan pada pemeliharaan nutrisi. Mortalitas dilaporkan menurun seiring dengan peningkatan status nutrisi, terutama pada pasien-pasien pankreatitis akut derajat sedang dan berat. Pada pasien dengan penyakit berat pemberian nutrisi isokalorik maupun hiperkalorik dapat mencegah katabolisme protein. Oleh karena itu, pemberian energi hipokalorik sebesar 15 – 20 kkal/kg/hari lebih sesuai pada keadaan katabolik awal pada pasien-pasien non bedah dengan MOF. Pemberian protein sebesar 1,2 – 1,5 g/kg/hari optimal untuk sebagian besar pasien pankreatitis akut. Pemberian nutrisi peroral dapat mulai diberikan apabila nyeri sudah teratasi dan enzim pankreas telah kembali normal. Pasien awalnya diberikan diet karbohidrat dan protein dalam jumlah kecil, kemudian kalorinya ditingkatkan perlahan dan diberikan lemak dengan hati-hati setelah 3 – 6 hari.

1. Nutrisi pada penyakit hati

Pada penyakit hati terjadi peningkatan lipolisis, sehingga lipid harus diberikan dengan hati-hati untuk mencegah hipertrigliseridemia, yaitu tidak lebih dari 1 g/kg perhari. Pembatasan protein diperlukan pada ensefalopati hepatik kronis, mulai dari 0,5 g/kg perhari, dosis ini dapat ditingkatkan dengan hati-hati menuju ke arah pemberian normal. Ensefalopati hepatik

menyebabkan hilangnya Branched Chain Amino Acids (BCAAs) mengakibatkan peningkatan pengambilan asam amino aromatik serebral, yang dapat menghambat neurotransmiter. Pada pasien dengan intoleransi protein, pemberian nutrisi yang diperkaya dengan BCAAs dapat meningkatkan pemberian protein tanpa memperburuk ensefalopati yang sudah ada. Kegagalan fungsi hati fulminan dapat menurunkan glukoneogenesis sehingga terjadi hipoglikemia yang memerlukan pemberian infus glukosa. Lipid dapat diberikan, karena masih dapat ditoleransi dengan baik.

# INDIKASI PEMBERIAN NUTRISI SECARA UMUM

Indikasi terapi nutrisi pada pasien kritis yaitu pasien dengan malnutrisi yang berdampak pada emosional dan fisik pasien, dampak fisik diantaranya kegagalan fungsi imun, penyembuhan luka yang lama sedangkan dampak emosional yaitu perawatan yang lama dapat meningkatnya biaya perawatan dan menjadi beban bagi pasien. Mengkonsumsi makanan yang tidak biasa dikonsumsi membuat pasien stres dan tidak nyaman. Penyediaan makanan di rumah sakit sesuai standar dengan pertimbangan keamanan pasien. Pasien kritis biasanya akan diberikan makanan dalam bentuk cair melalui NGT. Pemberian makan dengan NGT tidak seperti proses makan pada umumnya sebab, pasien tidak memasukan makanan melalui mulut, mengunyah dan menelan makanannya. Pasien perlu beradaptasi dengan jenis makanan baru namun, kebutuhan nutrisi pasien kritis tidak dapat ditunda. (Pitri et al., 2019).

* 1. Operasi elektif mayor pada pasien gizi buruk
  2. Trauma mayor (cedera tumpul atau tusuk, cedera kepala)
  3. Luka bakar Disfungsi hati
  4. Disfungsi Ginjal
  5. Resipien transplantasi sumsum tulang yang menjalani kemoterapi intensif
  6. Pasien yang tidak dapat makan atau mengabsorbsi gizi dalam jangka waktu yang tidak pasti (gangguan neurologis, disfungsi faring, atau short bowel syndrome)
  7. Pasien gizi baik dan stres minimal yang tidak dapat makan selama 7 sampai 10 hari

# PERHITUNGAN TERAPI NUTRISI

Untuk pemberian nutrisi suportif, pertama kali diperlukan penghitungan kebutuhan kalori dari pasien. *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN) merekomendasikan cara *indirect calorimetry* untuk menentukan besaran kebutuhan kalori pasien. Adapun menghitung kebutuhan kalori juga dapat dilakukan melalui persamaan yang telah divalidasi, seperti diperoleh dari jumlah kebutuhan energi basal atau *basal energy expenditure* (BEE) yang kemudian disesuaikan dengan kondisi pasien. BEE dalam hal ini dihitung dengan menggunakan persamaan Harris-Benedict. Untuk praktisnya, BEE dikalikan faktor pengali yaitu faktor aktivitas (FA) dan faktor stress (FS).

# Kebutuhan kalori = BEE x FA x FS

Faktor pengali aktivitas (FA) adalah 1,2 untuk aktivitas rendah, 1,3 sedang, dan 1,5 untuk tinggi. Sedangkan faktor pengali untuk stress (FS) adalah 1–1,1 untuk stres ringan, 1,2–1,4 untuk stres sedang, dan 1,5–2 untuk stres berat. Adapun persamaan Harris-Benedict adalah sebagai berikut:

BEE untuk laki-laki = 66 +13,7 (berat dalam kg) + 5 (tinggi dalam cm) – 6,3 (usia dalam tahun)

BEE untuk wanita = 655 +9,6 (berat dalam kg) + 17 (tinggi dalam cm) – 4,7(usia dalam tahun)

Untuk praktisnya, kebutuhan kalori untuk pasien biasanya berkisar antara 25–35 kkal /kg/hari. Persamaan ini dianjurkan untuk menghitung kalori apabila tidak dapat dilakukan indirect calorimetry. Kebutuhan protein

adalah 0,8–1,5 g (0,13–0,24 g nitrogen)/kg/hari. Sebagian, yaitu 20–35% kebutuhan kalori diberikan dalam bentuk lemak yang harus mencakup lemak esensial berupa asam linoleat (4% total kalori) dan asam linolenat (0,2–0,4% total kalori). Pemberian air biasanya 30-35 mL/kg/hari dengan tambahan lain adalah mineral, elektrolit, dan mikronutrien lain serta serat.

Perhitungan kebutuhan nutrisi pada anak dengan kondisi kritis menggunakan formula:

# Kebutuhan energi = Resting energy expenditure (REE) x faktor aktivitas x faktor stress

Perhitungan kebutuhan BMR berdasarkan Schofield

|  |  |
| --- | --- |
| Jenis Kelamin | Perkiraan REE per hari |
| Laki-laki (tahun) 0-3  3-10  10-18 | (0,167 x BB) + (15,174 x TB) – 617,6  (19,59 x BB) + (1,303 x TB) + 414,9  (16,25 x BB) + (1,372 x TB) + 515,5 |
| Perempuan (tahun) 0-3  3-10  10-18 | (16,252 x BB) + (10,232 x TB) – 413,5  (16,969 x BB) + 1,618 x TB) + 371,2  (8,365 x BB) + (4,65 x TB) + 200 |

# Keterangan : BB = berat badan, TB = tinggi badan

**Perkiraan besar factor stress**

|  |  |
| --- | --- |
| Kondisi kritis | Factor stress |
| Puasa Demam Gagal jantung  Bedah mayor | 0,9  12% setiap kenaikan suhu 1 derajat C 1,15 - 1,25  1,2 - 1,3 |

|  |  |
| --- | --- |
| Sepsis Luka bakar  ICU dengan ventilator | 1,4 - 1,5  1,5 - 2,0  1,0 |

Aktivitas pasien di PICU sangat terbatas, sehingga kebutuhan energi sering dihitung berdasarkan REE dan faktor stres saja.2 Kebutuhan protein dihitung berdasarkan kelompok umur. Untuk anak berusia 0-2 tahun diperlukan protein 2-3 g/kg berat badan (BB)/ hari, 2-13 tahun 1,5-2 g/kgBB/ hari, dan 13-18 tahun 1,5 g/kgBB/hari (Yuniar, Latief, Devaera, & Fitrianti, 2014).

# CARA PEMBERIAN TERAPI NUTRISI

Di Inggris sejak 15 tahun terakhir, penggunaan nutrisi parenteral sudah mulai dikurangi. Hal ini didasarkan pada kenyataan bahwa terjadi perubahan sistim imun dan gangguan pada usus lewat jalur GALT (Gut Associated Lymfatic System), yang merupakan stimulasi proinflamasi selama kelaparan usus. Abnormalitas sekunder lainnya adalah perubahan permeabilitas atau bahkan translokasi kuman. Kegagalan pertahanan imun dihubungkan dengan kurangnya nutrisi enteral atau luminal. Idealnya rute pemberian nutrisi adalah yang mampu menyalurkan nutrisi dengan morbiditas minimal. Masing-masing rute mempunyai keuntungan dan kerugian tersendiri dan pemilihan harus tergantung pada penegakkan klinis dari pasien. Meskipun rute pemberian nutrisi secara enteral selalu lebih dipilih dibandingkan parenteral, namun nutrisi enteral tidak selalu tersedia, dan untuk kasus tertentu kurang dapat diandalkan atau kurang aman. Nutrisi parenteral mungkin lebih efektif pada kasus-kasus tertentu, asal diberikan dengan cara yang benar. Dalam perawatan terhadap penderita sakit kritis, nutrisi enteral selalu menjadi pilihan pertama dan nutrisi parenteral menjadi alternatif berikutnya.

* 1. Pemberian Nutrisi Enteral

Pada pemberian nutrisi enteral, pipa nasal lebih dianjurkan daripada oral, kecuali pada keadaan fraktur basis cranii dimana bisa terjadi resiko penetrasi ke intrakranial. Pipa naso jejunal dapat digunakan jika terjadi kelainan pengosongan lambung yang menetap dengan pemberian obat prokinetik atau pada pankreatitis. Alternatif lain untuk akses nutrisi enteral jangka panjang adalah dengan gastrostomi dan jejunum perkutaneus. Larutan nutrisi enteral yang tersedia dipasaran memiliki komposisi yang bervariasi. Nutrisi polimer mengandung protein utuh (berasal dari whey, daging, isolat kedelai dan kasein), karbohidrat dalam bentuk oligosakarida atau polisakarida. Formula demikian memerlukan enzim pankreas saat absorbsinya. Nutrisi elemental dengan sumber nitrogen (asam amino maupun peptida) tidaklah menguntungkan bila digunakan secara rutin, namun dapat membantu bila absorbsi usus halus terganggu, contohnya pada insufisiensi pankreas atau setelah kelaparan dalam jangka panjang. Lipid biasanya berasal dari minyak nabati yang mengandung banyak trigliserida rantai panjang, tapi juga berisi trigliserida rantai sedang yang lebih mudah diserap. Proporsi kalori dari non protein seperti karbohidrat biasanya dua pertiga dari total kebutuhan kalori. Serat diberikan untuk menurunkan insiden diare. insiden diare. Serat dimetabolisme oleh bakteri menjadi asam lemak rantai pendek, yang digunakan oleh koloni untuk pengambilan air dan elektrolit. Elektrolit, vitamin dan trace mineral ditambahkan sampai volume yang mengandung 2000 kkal.

Pemberian makan melalui pipa enteral mungkin perlu dilakukan ketika pasien tidak mampu mengkonsumsi makanan penuh, atau cair secara oral. Formulasi komersil makanan alami dapat diolah sehalus mungkin sehingga dapat melewati pipa dengan lubang yang kecil. Diet formula yang ditentukan perlu diberikan ketika hidrolisis atau absorpsi lumen terganggu, seperti pada sindrom malabsorpsi. Sebuah pertimbangan penting ketika menggunakan nutrisi enteral adalah letak dan pengaturan posisi pipa pemberian silastic lubang kecil (8 sampai 12 French). Paling sering, pasien menerima infus nutrisi enteral melalui pipa nasoenterik yang diposisikan di perut, duodenum atau jejunum. Pemasangan secara bedah dari pipa esofagostomi atau gastrostomi dapat diindikasikan untuk pemberian makan jangka panjang. Untuk pemberian makan enteral berkelanjutan, pompa infus otomatis untuk mengontrol laju pemberian formula nutrisi sangat berguna. Memang, absorpsi dan toleransi membaik dan insiden efek samping berkurang dengan pemberian makan konstan secara lambat dalam beberapa jam. Laju infus biasanya 100 sampai 120 mL per jam. Laju infus yang lambat ini mencegah sindrom dumping, yang dapat muncul ketika cairan hiperosmolar diberikan secara cepat ke usus halus.

* 1. Pemberian Nutrisi Parenteral

Nutrisi parenteral diindikasikan untuk pasien yang tidak mampu menelan atau mencerna nutrien atau mengabsorbsinya dari traktus gastrointestinal. Nutrisi parenteral menggunakan cairan isotonik yang diberikan melalui vena perifer dapat diterima ketika pasien membutuhkan kurang dari 2000 kalori setiap harinya dan perkiraan kebutuhan bantuan nutrisi hanya dalam waktu singkat. Vena perifer tidak mentoleransi infus cairan dengan osmolaritas yang melebihi 750 mOsm/L (setara dengan 12,5% glukosa) sehingga membatasi jumlah kalori yang dapat diberikan. Ketika kebutuhan gizi lebih dari 2000 kalori per hari atau diperlukan bantuan nutrisi untuk jangka panjang, kateter dipasang pada sistem vena sentral untuk memungkinkan infus cairan nutrisi hipertonik (1900 mOsm/L).

* + 1. Terapi Parenteral jangka Pendek

Terapi Parenteral Jangka Pendek Terapi parenteral jangka pendek (3 sampai 5 hari pada pasien tanpa defisit gizi) setelah prosedur bedah tanpa komplikasi sering diberikan dengan cairan hipokalorik, nonnitrogen glukosa-elektrolit. Sebagai contoh, cairan glukosa, 5% sampai 10% dengan suplemen natrium, klorida, dan elektrolit lainnya umum diberikan untuk terapi jangka pendek. Cairan ini memberikan kebutuhan elektrolit dan cairan total dan kalori yang cukup untuk mengurangi katabolisme protein dan mencegah ketosis. Sebagai contoh, infus harian 150 g glukosa mempertahankan metabolisme otak dan eritrosit dan mengurangi katabolisme protein dari otot skelet dan organ dalam. Asam amino dapat memiliki efek hemat-protein yang lebih besar dibandingkan glukosa, tapi asam amino tanpa glukosa tidak sepenuhnya mencegah balans nitrogen negatif setelah operasi mayor. Lebih mahalnya cairan asam amino dibanding potensi manfaatnya telah mencegah popularitas penggunaannya menggantikan glukosa untuk terapi jangka pendek. Infus perifer emulsi lemak dapat diberikan sebagai sumber kaloti nonprotein untuk menambah cairan yang disuplai glukosa.

* + 1. Terapi Parenteral Jangka Panjang

TPN (hiperalimentasi IV) adalah teknik memberikan kebutuhan nutrisi total dengan infus asam amino digabungkan dengan glukosa dan sejumlah lemak yang beragam. Massa tubuh tanpa lemak dijaga, penyembuhan luka ditingkatkan, dan mungkin ada juga perbaikan pada mekanisme respon imun yang terganggu. Cairan TPN mengandung proporsi kalori dari glukosa yang besar sehingga bersifat hipertonik. Karena hal ini, cairan ini harus diinfuskan melalui vena sentral dengan aliran darah yang tinggi untuk memberikan dilusi yang cepat. Kateter biasanya dipasang secara perkutan ke vena subklavia dan diarahkan ke atrium kanan. Cairan nutrisi parenteral biasanya diinfuskan secara terus-menerus selama 24 jam. Karena cairan yang digunakan saat ini tidak hipertonik dan hiperkalorik seperti dulu, tidak ada kekhawatiran bahwa pasien akan menjadi hipoglikemi jika infus diberhentikan secara tiba-tiba tapi tetap harus dipertimbangkan. Elektrolit serum, konsentrasi gula darah, dan blood urea nitrogen harus diukur secara periodik selama TPN. Tes fungsi hepar dan ginjal juga direkomendasikan tapi dapat dilakukan dalam interval yang lebih jarang.

Pada pasien sakit kritis yang menderita kurang gizi dan tidak menerima makanan melalui oral, enteral atau parenteral, maka nutrisi harus dimulai sedini mungkin. Keuntungan pemberian dini, menyebabkan hemodinamik pasien menjadi stabil, yang telah ditunjukkan dengan penurunan permeabilitas intestinal dan penurunan disfungsi organ multipel. Pada praktek klinis, pemberian makanan enteral dini dimulai dalam 24 hingga 48 jam setelah trauma. Mengamati adanya penurunan pada komplikasi klinis pasien dengan cedera abdomen yang menerima makanan melalui NGT dibandingkan grup kontrol yang menerima TPN yang dimulai pada hari ke-6 setelah operasi. Namun jika diberikan ketika periode post operasi, maka resiko komplikasi post operasi, terutama komplikasi infeksi akan meningkat.

# IMPLIKASI JURNAL

1. Judul

Eksplorasi peran perawat dan ahli gizi dalam pemberian nutrisi pada pasien kritis

1. Penulis

Angela Dwi Pitri, Suhartini Ismail dan Meira Erawati

1. Tujuan penelitian

Penelitian kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologis yang menghadirkan peran perawat dan ahli gizi dalam mendukung nutrisi pasien kritis melalui sumber informasi dari perawat dan ahli gizi melalui wawancara mendalam dengan teknik wawancara semi-terstruktur. Perawat menyatakan perannya sebagai first line dalam dukungan nutrisi, memaksimalkan asupan makan dengan modifikasi lingkungan, ahli gizi sebagai konselor dan perawat sebagai asesor.

1. Intrumen penelitian

Media peneliti ini yaitu aplikasi recorder yang tersedia di handphone. Wawancara dipandu kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan teknik wawancaras emiter struktur. Analisis data menurut panduan *interpretive phenomenological analysis* (IPA) dengan pendekatan giving voice dan making sence untuk mencapai pemahaman.

1. Metode dan desain penelitian

Studi kualitatif

1. Hasil Utama

Total partisipan 6 orang yang terdiridari lima orang perawat dan satu orang ahli gizi, rentang lama bekerja 1,5–18 tahun, laki-laki (n=3), wanita (n=3) dengan status pendidikan ditingkat sarjana (n=5) dan tingkat diploma (n=1). Hasil wawancara ditemukan 3 tema, yaitu perawat berperan sebagai; 1)First line dalam dukungan nutrisi, 2) memaksimalkan asupan makan dengan modifikasi lingkungan, 3)Ahli gizi sebagai konselor dan perawat sebagai asesor.

1. Keterbatasan Penelitian

Data penelitian di ambil di ruang ICU sehingga hasil yang di dapatkan sudah cukup memadai.

1. Rekomendasi Hasil Penelitian

Berdasarkan penelitian ini, peran perawat sangatlah penting yaitu bertanggung jawab agar target nutrisi tercapai dengan kualitas dan kuantitas perawat sebagai first line gambaran seorang manager yang memiliki otonomi dalam mengatur diri sendiri mengelola nutrisi.

1. Kesimpulan

Perawat memaksimalkana supan nutrisi dengan memodifikasi lingkungan membuat pasien senyaman mungkin serta melibatkan keluarga, kemudian perawat sebagai asesor berinteraksi dengan ahli gizi sebagai konselor. Perawat dan ahli gizi saling berinteraksi dan saling membutuhkan untuk mencapai satu tujuan akhir didefinisikan sebagai kolaborasi interdisipliner.

# DAFTAR PUSTAKA

Anindya Divy, Ni Putu dan Yogeswary, Phnnir Salvan. 2017. *NUTRITION*. Skripsi (Terjemahan rextbook). Fakultas kedokteran. SMF Ilmu Anestesiologi dan Reanimasi. Universitas Udayana, Denpasar. (<https://simdos.unud.ac.id/>)

Divy Ni putu Anindya , & Salvam Yogeswary Phnnir. (2017). Nutrition . In

*Textbook.* Denpasar.

Lambell, K. J., Tatucu-Babet, O. A., Chapple, L.-A., Gantner, D., & Ridley, E. J. (2020). *Calculo De Nutrición En Pacientes Críticos Pdf*. 1–11.

Pitri, A. D., Ismail, S., & Erawati, M. (2019). Eksplorasi Peran Perawat Dan Ahli Gizi dalam Pemberian Nutrisi Pada Pasien Kritis. *Jurnal Perawat Indonesia*, *3*(2), 109. https://doi.org/10.32584/jpi.v3i2.316

Sobur, C. S. (2019, Maret 29). *caiherang.* Retrieved from caiherang.com: https://caiherang.com/asupan-nutrisi-untuk-pasien-kritis/

Wiryana, M. (2017). NUTRISI PADA PENDERITA SAKIT KRITIS. 176-186.

Yuniar, I., Latief, A., Devaera, Y., & Fitrianti, S. (2014). Pemberian Nutrisi pada Pasien dengan Penyakit Kritis di Ruang Perawatan Intensif Anak RS. Cipto Mangunkusumo. *sari pediatri, 16*, 4.

Lambell, K. J., Tatucu-Babet, O. A., Chapple, L.-A., Gantner, D., & Ridley, E. J. (2020). *Calculo De Nutrición En Pacientes Críticos Pdf*. 1–11.

# LAMPIRAN

# JURNAL

**EKSPLORASI PERAN PERAWAT DAN AHLI GIZI DALAM PEMBERIAN NUTRISI PADA PASIEN KRITIS**

Jurnal Perawat Indonesia, Volume 3 No 2, Hal 109-116, Agustus 2019 Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jawa Tengah

**Angela Dwi Pitri\*, Suhartini Ismail, Meira Erawati**

*Magister Keperawatan Departemen Keperawatan Fakultas Keperawatan UniversitasDiponegoro*

[angela.dp.kay@gmail.com](mailto:angela.dp.kay@gmail.com)

# Abstrak

Kesuksesan dukungan nutrisi pasien terletak pada kesinambungan antara terapi obat, perawatan, diet dan peran interdisipliner tim diantaranya perawat dan ahli gizi. Penelitian ini bertujuan untuk menentukan pandangan perawat dan ahli gizi tentang peran mereka dalam gizi. Penelitian kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologis yang menghadirkan peran perawat dan ahli gizi dalam mendukung nutrisi pasien kritis melalui sumber informasi dari perawat dan ahli gizi melalui wawancara mendalam dengan teknik wawancara semi-terstruktur.Perawat menyatakan perannya sebagai 1)*first line* dalam dukungan nutrisi, 2)memaksimalkan asupan makan dengan modifikasi lingkungan, 3)ahli gizi sebagai konselor dan perawat sebagai asesor. Perawat bertanggungjawab agar target nutrisi tercapai meliputi kualitas dan kuantitas. Perannya sebagai *first line*didefinisikan sebagai manager yang memiliki otonomi untuk mengatur pengelolaan nutrisi yang didukung oleh faktor lingkungan. Ahli gizi berperan sebagai konselor dan berinteraksi dengan perawat yang memiliki peran sebagai asesor. Perawat dan ahli gizi saling berinteraksi dan saling membutuhkan untuk mencapai satu tujuan ahir sebagai bentukkolaborasi interdisipliner.

**Kata kunci:** peran perawat; peran multidisipliner tim; nutrisi care

***Abstract***

**Exploration of nurse and nutritional role in nutrition in critical patients.** The successful of nutritional support in patients lies in the continuity between drug therapy, patient care, diet and the interdisciplinary role of the team including nurses and nutritionists. This study aims to determine the views of nurses and nutritionists on their role in nutrition. Qualitative research with a phenomenological study approach that presents the role of nurses and nutritionists in nutritional support of critical patients through information sources from nurses and nutritionists through in-depth interviews with semi- structured interview techniques.The nurse stated his role as 1) first line in nutritional support, 2) who maximizing food intake with environmental modification, 3) nutritionists as counselors and nurses as assessors.The nurse is responsible for achieving the target nutrition including quality and quantity. The role as first line is defined as a manager who has the autonomy to regulate the management of nutrition supported by environmental factors. Nutritionists act as counselors and interact with nurses who have roles as assessors. Nurses and nutritionists need to interact with each other to achieve an ultimate goal as a form of interdisciplinary collaboration.

Keywords: nurse's role; multidisciplinary role of the team; nutrition care

# Pendahuluan

Jurnal Perawat Indonesia, Volume 3 No 2, Hal 109 - 116, Agustus 2019

Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jawa Tengah

e-ISSN 2548-7051

Peningkatan layanan kesehatan saat ini sedang berkembang dengan berfokus menyediakan kualitas layanan yang tinggi. Profesional kesehatan ditantang untuk menyajikan perubahan dalam meningkatkan proses pelayanan. Mencegah serta mengatasi malnutrisi dirumah sakit berpotensiuntuk memaksimalkan kualitas perawatan. Malnutrisi menjadi masalah umum selama perawatan dirumah sakit yang berdampak negatif terutama peningkatan biaya perawatan yang dapat merugikan pasien. Penelitian melaporkan prevalensi tingkat

internasional malnutrisi rumah sakit sebanyak 19-60% angka kejadian. Prevalensi malnutrisi rumah sakit di Australia sebesar 35-63% dan malnutrisi rumah sakit di indonesia sebesar 61.1%(Maree, 2011; Sugiarto Nanang, 2014). Sebuah studi di Indonesia melaporkan malnutrisi mendorong peningkatan *Length of Stay* (LOS) 4-7 hari dengan status malnutrisi 31,8%, LOS 8-14 hari dengan status malnutrisi 33,7% dan LOS ≥ 14 hari dengan status malnutrisi 61,1%.

Malnutrisi berdampak pada emosional dan fisik pasien, dampak fisik

109

Jurnal Perawat Indonesia, Volume 3 No 2, Hal 109-116, Agustus 2019 Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jawa Tengah

diantaranya kegagalan fungsi imun, penyembuhan luka yang lama sedangkan dampak emosional yaitu perawatan yang lama dapat meningkatnya biaya perawatan dan menjadi beban bagi pasien(Wright- Myrie Donnete, 2013). Mengkonsumsi makanan yang tidak biasa dikonsumsi membuat pasien stres dan tidak nyaman. Penyediaan makanan di rumah sakit sesuai standar dengan pertimbangan keamanan pasien. Pasien kritis biasanya akan diberikan makanan dalam bentuk cair melalui NGT. Pemberian makan dengan NGT tidak seperti proses makan pada umumnya sebab, pasien tidak memasukan makanan melalui mulut, mengunyah dan menelan makanannya. Pasien perlu beradaptasi dengan jenis makanan baru namun, kebutuhan nutrisi pasien kritis tidak dapat ditunda.

Dukungan nutrisi meliputi terapi obat, perawatan, diet dan peran interdisipliner diantaranya dokter, apoteker, ahli gizi dan perawat(Cong et al., 2015; Maree, 2011). Dukungan nutrisi merupakan tugas penting dalam perawatan pasien kritis. Makna nutrisi tidak hanya sebatas makanan masuk ke tubuh pasien. Tetapi, bagaimana makanan dapat memaksimalkan proses penyembuhan pasien. Oleh karena itu, nutrisi pasien kritis dikelola oleh multidisiplin ilmu, diantaranya dokter bertanggungjawab pada seluruh proses pelaksanaan, apoteker bertanggungjawab memberikan terapi obat yang tidak mempengaruhi proses penyerapan makanan, ahli gizi bertanggungjawab menyediakan formula makanan yang tepat sesuai dengan kebutuhan pasien dan perawat bertanggungjawab menyediakan akses masuknya makanan, memaksimalkan penyerapan makanan sampai makanan dihantarkan ke sel tubuh.

Perawat merupakan disiplin ilmu dengan dasar pemikiran bahwa perawatan dilakukan secara komprehensif meliputi kebutuhan bio,psiko,sosio,kultur,spiritual. Perawat memandang pasien merupakahan satu kesatuan untuh, sebab perawat

memiliki keyakinan bahwa kebutuhan bio,psiko,sosio,kultur,spiritual saling mempengaruhi satu dengan lainnya. Perawat menggunakan pendekatan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah nutrisi yang tertuang didalam diagnosis keperawatan.

Perawat memandang tiga dasar penting dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pasien yaitu(Marjory, 2018); 1)kemampuan memasukan meliputi fungsi digesti mekanis seperti mengunyah dan menelan; 2)kemampuan mencerna meliputi fungsi enzim-enzim pencernaan didalam tubuh untuk membantu pemecahan molekul nutrien menjadi lebih kecil agar bisa diserap oleh usus; 3)kemampuan mengabsopsi yaitu dimulai dari penyerapan sampai menghantarkan zat nutrien ke sel. Fungsi absorpsi meliputi ketersediaan insulin sebagai reseptor glukosa, kemampuan jantung memompa darah dankonsentrasi oksigen yang cukup untuk proses metabolisme zat nutrien sampai membentuk energi(Whitney Ellie, 2008). Sedangkan, Ahli gizi merupakan profesional medis yang berfokus pada aspek kebutuhan gizi penggunaan diet yang tepat, mencegah komplikasi dengan diet yang sesuai serta membantu proses penyembuhan dengan ketersediaan gizi yang cukup.Perawat dan ahli gizi merupakan tenaga profesional yang berasal dari disiplin ilmu berbeda namun, saling bersinggungan dalam tugas pengelolaan nutrisi. Oleh karena itu, perlu dievaluasi seperti apapandangan perawat dan ahli gizi terhadap perannya dalam pemberian nutrisi pada pasien kritis.

# Metode

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kualitatif studi. Pendekatan kualitatif bermanfaat membantu peneliti menggali informasi terkait peran perawat dan ahli gizi pada perawatan intensif. Data penelitian diambil di ruang ICU rumah sakit umum daerah di kabupaten Semarang Indonesia. Teknik pengumpulan data dengan wawancara mendalam yang

110

Jurnal Perawat Indonesia, Volume 3 No 2, Hal 109-116, Agustus 2019 Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jawa Tengah

dilakukan kepada lima perawat dan satu ahli gizi. Wawancara mendalam dilakukan dibeberapa tempat terpisah, dengan durasi wawancara kurang lebih 60 menit. Media bantu peneliti yaitu aplikasi recorder yang tersedia di *handphone*. Wawancara dipandu kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan teknik wawancara semiterstruktur.Analisis data menurut panduan *interpretive phenomenological analysis* (IPA) dengan pendekatan *giving voice* dan *making sence* untuk mencapai pemahaman(Noon, 2018).

# Hasil

**Data demografi**

Total partisipan 6 orang yang terdiri dari lima orang perawat dan satu orang ahli gizi, rentang lama bekerja 1,5 – 18 tahun, laki-laki (n=3), wanita (n=3) dengan status pendidikan ditingkat sarjana (n=5) dan tingkat diploma (n=1). Hasil wawancara ditemukan 3 tema, yaitu perawat berperan sebagai; 1) *First line* dalam dukungan nutrisi, 2) memaksimalkan asupan makan dengan modifikasi lingkungan, 3)Ahli gizi sebagai konselor dan perawat sebagai asesor*.*

**Peran perawat dalam pemberian nutrisi** Dalam penelitian ini, perawat berpendapat bahwa mereka menjadi manager dalam manajemen nutrisi pasien setiap hari. Perawat melakukan pemeriksaan fisik untuk identifikasi resiko malnutrisi, mengawasi waktu makan pasien, menyediakan akses masuknya makanan dan mengevaluasi makanan yang diserap. *First line*digambarkan sebagai kemandirian perawat dalam mengelola managemen nutrisi sesuai dengan peran dan tanggungjawab profesional perawat yang didukung dalam pernyataan perawat

sebagai berikut:

*“ .....perawat menyediakan data tinggi badan, berat badan untuk menentukan status nutrisi pasien. perawat*

*mengevaluasi kualitas absorpsi makanan dengan megukur jumlah dan warna residu. ” (P1)*

*“ perawat mendokumentasikan keadaan*

*umum pasien, tinggi badan, berat badan dan lingkar lengan atas setiap hari dalam catatan keperawatan. ”(P3)*

*“ .....kami mengevaluasi dengan menghitung balance cairan, warna konjungtiva, elastisitas turgor kulit, menimbang berat badan dan lingkar lengan atas. ”(P2)*

*“ saya harus memastikan pasien makan*

*sesuai waktu misalnya makan pagi, snack, makan siang dan makan malam.......perawat juga menyediakan akses pemberian makanan melalui Naso Gastric Tube (NGT) atau melalui intravena sesuai advist dokter ”(P2)*

# Memaksimalkan asupan makan dengan modifikasi lingkungan

Perawat menganggappenting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung supaya pasien dapat beradaptasi ketika kontak dengan makanan baru. Perawat fokus pada kenyamanan pasien selama pemberian makan, perawat meminimalisir lingkungan yang mengganggu saat makan dan mendorong partisipasi keluarga dalam pemberian makan.

*“.....perawat memastikan jika makanan yang dikonsumsi tidak membuat mual atau sampai muntah. ” (P1)*

*“ .....kami melakukannya rutin seperti biasa memelihara perawatan diri pasien seperti memandikan agar tubuh tubuh segar, pemeliharaan kebersihan setelah toileting..... pasien merasa senyaman mungkin. ” (P2)*

*“ .....sebelum diberi makan bisa memposisikan semi fowler agar tidak aspirasi jika makan lewat NGT......menyiapkan meja dan menyingkirkan peralatan yang mengganggu selera makan misalnya urinal atau bedpan di jauhkan. ”(P3)*

*“ .....perawat dapat mengajarkan kepada keluarga bagaimana cara memberikan makan yang baik dan benar. meminta*

*bantuan keluarga agar pasien lebih*

*nyaman dan tidak risih atau malu. ”(P4)*

111

Jurnal Perawat Indonesia, Volume 3 No 2, Hal 109-116, Agustus 2019 Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jawa Tengah

# Peran ahli gizi C.S perawat dalam dukungan nutrisi

*Ahli gizi sebagai konselor dan perawat sebagai asesor.* Ahli gizi berpendapat bahwa mereka memiliki kewenangan terkait segala sesuatu tentang gizi dan perawat berpendapat bahwa dirinya adalah asesor yang bertanggungjawab mengkaji terus menerus untuk mengetahui perubahan status nutrisi pasien.

*“ .....kami mengkaji kebutuhan pasien sesuai dengan jenis penyakit dan memiliki kewenangan menghitung kebutuhan nutrisi, menyiapkan nutrisi yang akan dikonsumsi dan menentukan konsistensi formula makanan.....nanti yang memberikan ke pasien itu perawat ”(G1)*

*“ sebagai perawat saya wajib memonitoring setiap shirf seperti keadaan umum seperti edema, pucat, konjungtiva anemis.....apakah tubuh pasien kurus atau bengkak atau mengalami diare kemudian berkonsultasi dengan dokter untuk kolaborasi pemeriksaan laboratorium atau pemberian terapi ”(P1)*

*“ saya biasanya menginformasikan bila*

*ada pasien baru dan melaporkan advist*

*formula nutrisi kepada ahli gizi ”(P2)*

# Pembahasan

**Perawat sebagai *first line* dalam dukungan nutrisi**

*First line* didefinisikan sebagai manager bagi profesional perawat perawat,sebagai *first line*perawat memiliki otonomi dalam mengelola nutrisi pasien setiap harinya. Pendapat ini sesuai dengan pernyataan bahwa“ .....perawat harus memiliki antusiasme sebagai manajer *first line* yang memiliki keistimewaan dengan pengetahuan sebagai dasar mengambil keputusan dalam merawat serta bertangungjawab....” (Traav Malin Karlberg, 2018). Sebuah pendapat yang menekankan tangggungjawab seorang perawat dalam pengambilan keputusan untuk mengelola nutrisi pasien. Kemampuan pengambilan keputusan

dalam pengelolaan nutrisi biasanya dilakukan oleh *register nurses* yang telah dibekali pengetahuan dan memiliki pengalaman mengelola nutrisi.Pendapat lain diungkapkan oleh Bloomer mengenaitugas perawat sebagai*care*, *maintenance* dan manajemen selama proses mengelola nutrisi pasien. Pernyataan ini didukung dalam penelitian Bloomer yang berpendapat bahwa “.....perawat memastikan pasien mendapatkan makanan kurang dari 24 jam pertama dirawat.....memasang NGT, memulai pemberian makan, memonitoring makanan yang diserap serta memantau target nutrisi memaksimalkan

penyerapan makanan bersamaan dengan proses titrasi obat-obatan seperti sedasi yang mempengaruhi fungsi absorpsi usus.....”(Bloomer Melissa J, 2017). Pendapat Bloomer menyempurnakan pemahaman perawat sebagai *first line* dalam mengelola nutrisi, bahwa tugas perawat sangat kompleks sesuai dengan dasar pemikiran bahwa kebutuhan nutrisi meliputi kemampuan memasukan, mencerna, mengabsopsi serta menghantarkan zat nutrien sampai menghasilkan energi(Tappenden et al., 2013).

# Perawat memaksimalkan asupan makan dengan modifikasi lingkungan

Setiap individu memiliki makanan kesukaan, cara mengolah makanan dan kebiasaan yang berbeda-beda. Makanan dirumah sakit seringnya membuat pasien stres karena tidak terbiasa dan membuat nafsu makan pasien berkurang ditambah lagi proses penyakit yang dapat mempengaruhi fungsi pencernaan. Pasien kritis memiliki proses penyembuhan yang kompleks karena proses penyakit yang membutuhkan banyak energi untuk mempertahankan hemodinamik. Tujuan perawat dalam mengelola nutrisi pasien kritis adalah target nutrisi tercapai yang meliputi kualitas dan kuantitas. Perawat berusaha memodifikasi lingkungan untuk mendukung asupan makan. Pernyataan ini

112

Jurnal Perawat Indonesia, Volume 3 No 2, Hal 109-116, Agustus 2019 Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jawa Tengah

didukung oleh Dickinson dalam

penelitiannya yang menyatakan “ ketika saya tidak bisa memotong makanan, perawat akan membantu saya....tapi saya masih memiliki hak diriku sendiri dan tidak mengganggu siapa pun.....saya pikir bagus bila perawat benar-benar menunggu saya....saya terbiasa menunggu perawat hadir didepan saya dan itu terasa indah. ”(Dickinson Angela, 2008).

Pernyataan pasien ini menunjukan bahwa mereka menikmati kehadiran perawat dan memberi rasa nyaman dan bahagia, sebuah perasaan yang kental akan keterikatan emosi antara perawat dan pasien akan menciptakan kepercayaan antara perawat dan pasien. Kepercayaan ini akan mendukung tujuan perawat untuk mencapai target nutrisi yang diinginkan(Laur Celia, 2017). Selain itu, perawat juga berpendapat bahwa menciptakan lingkungan untuk mendukung pasien makan adalah dengan melibatkan keluarga. Pernyataan ini dituliskan dalam penelitian “...saya berpikir keluarga memiliki peran penting, mereka mengatakan apa yang mereka inginkan dan apa yang tidak... saya mengamati bahwa itu berhasil ketika mereka memberi minum kepada pasien ...ayolah....ini baik untuk kamu...dan kamu tahu mereka mencoba melakukannya ketika anaknya yang memberikan.....”. Keluarga merupakan sosok yang memiliki kedekatan emosi dengan pasien sehingga membangun semangat pasien untuk makan. Oleh karena itu, perawat perlu mengajarkan kepada keluarga bagaimana cara memberikan makan dan minum yang aman pada pasien kritis(Maree, 2011).

# Ahli gizi sebagai konselor dan perawat sebagai asesor

Peran Konselor seorang ahli gizi

Peran ahli gizi sebagai konselor ditekankan pada peran pendampingan pasien dalam menentukan atau memilih jenis makanan yang disukai pasien. Ahli gizi dengan pasien terjadi interaksi berupa konsultasi terkait diet berdasarkan jenis

penyakit pasien(Roberts S, 2014). Kehadiran ahli gizi dipercaya mempengaruhi psikologis pasien dan membantu membangun lingkungan yang mendukung asupan makan pasien. Pernyataan ini didukung sebuah penelitian yang melaporkan “.....kami menyarankan berbagai jenis makanan, berdasarkan berbagai macam makanan menurut panduan.....kami bekerjasama dengan pasien mencoba untuk mengatur jenis makanan ringan, buah-buahan dan makanan berat. Misalnya seperti sepotong melon, yogurt, sup krim sederhana yang dikemas porsi kecil tetapi sering ada

juga upaya seperti melibatkan keluarga dalam konseling untuk menjelaskan strategi diet seperti pantangan atau makanan yang dihindari, sehingga mereka tahu bagaimana mendukung pasien. (ahli

gizi)(FI Pinto, 2016; Henning, 2009).

Peran asesor seorang perawat

Peran asesor merupakan tugas mengkaji atau *assesment*, perawat melakukannya berulang-ulang serta terus menerus dan tercatat didalam catatan perawat untuk mengidentifikasi adanya perubahan status nutrisi atau resiko mengalami malnutrisi. Pernyataan ini didukung oleh penelitian yang melaporkan “ ...perawat mengelola pasien berdasarkan *guideline* untuk mengamati respon tubuh pasien terhadap makanan, menentukan target waktu, mengelola residu makanan dan mengkontrol konsentrasi glukosa pasien....perawat melaporkan kemampuan absorpsi pasien...kami bertanya dan bernegosiasi dengan profesi lain untuk memutuskan jenis makanan yang akan dipesan.....(*register nurses*)(Bloomer Melissa J, 2017). Bila menemukan resiko mengalami malnutrisi perawat akan bertanya serta bernegosiasi dengan profesi lain untuk menentukan jenis makanan yang akan dipesan. oleh karena itu, sangat penting bagi perawat memiliki pengalaman dan pengetahuan untuk meningkatkan kualitas perawatan nutrisi pasien(Xu Xiaoyue, 2017).

113

Jurnal Perawat Indonesia, Volume 3 No 2, Hal 109-116, Agustus 2019 Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jawa Tengah

Peran perawat sebagai asesor digambarkan dalam pengkajian yang dilakukan berulang-ulang untuk menemukan perubahan pada status nutrisi pasien. Perawat juga bernegosiasi dengan ahli gizi dalam penentuan jenis makanan lain yang mungkin aman untuk meningkatkan status nutrisi pasien. Proses konsultasi dan negosiasi ini menunjukan peran ahli gizi sebagai konselor. Hubungan timbal balik antara perawat dan ahli gizi ini disebut dengan peran interdisipliner. Oleh karena itu, perawat dan ahli gizi saling berinteraksi dan saling membutuhkan untuk mencapai satu tujuan yaitu kesejahteraan nutrisi pasien.

# Simpulan dan Saran

Perawat bertanggungjawab agar target nutrisi tercapai yang meliputi kualitas dan kuantitas Perawat berperan sebagai *first line* merupakan gambaran seorang manager yang memiliki otonomi dalam mengatur diri sendiri mengelola nutrisi. Perawat memaksimalkan asupan nutrisi dengan memodifikasi lingkungan membuat pasien senyaman mungkin serta melibatkan keluarga, kemudian perawat sebagai asesor berinteraksi dengan ahli gizi sebagai konselor. Perawat danahli gizi saling berinteraksi dan saling membutuhkan untuk mencapai satu tujuan ahir didefinisikansebagaikolaborasi interdisipliner.

# Daftar Pustaka

Bloomer, M. J., Clarke, A. B., & Morphet,

J. (2017). Nurses ’ prioritization of enteral nutrition in intensive care units : a national survey. Nurs Crit Care.23(3):152-158.

Cong, M. H., Li, S. L., Cheng, G. W., Liu,

J. Y., Song, C. X., Deng, Y. B., … Yu, L. (2015). An interdisciplinary nutrition support team improves clinical and hospitalized outcomes of esophageal cancer patients with concurrent chemoradiotherapy. Chin Med J, 20;128(22):3003-7*.*

Dickinson Angela, et al. (2008). No longer hungry in hospital: Improving the hospital mealtime experience for older people through action research. J Clin Nurs, *17*(11), 1492–1502.

Whitney Ellie R S. (2008). *Understanding nutrition*. (Vol. 8). Wadsworth Publishing, 1-878 p.

FI Pinto, et al. (2016). The Dietitian’s Role in Palliative Care: A Qualitative Study Exploring the Scope and Emerging Competencies for Dietitians in Palliative Care. J Palliat Care Med, *06*(02); 2-8.

Henning, M. (2009). Nursing ’ s Role in Nutrition. Comput Inform Nurs.*27*(5), 301–306.

Laur Celia, et al. (2017). Changing nutrition care practices in hospital: A thematic analysis of hospital staff perspectives. BMC Health Services Research,*17*(1), 1–15.

Maree, J. D. & J. (2011). Nurturing and nourishing: The nurses’ role in nutritional care. J Clin Nurs,*20*(3–4), 317–330.

Marjory, G. (2018). *Nursing Diagnosis Definisions and clasification 2018- 2020*.

Noon, E. J. (2018). Interpretive Phenomenological Analysis : An Appropriate Methodology for Interpretive Phenomenological Analysis : An Appropriate Methodology for Educational Research. JPAAP, 6 (1); 75–83.

Roberts S, et al. (2014). Patient perceptions of the role of nutrition for pressure ulcer prevention in hospital: An interpretive study. J Wound Ostomy Conlinence Nurs, *41*(6), 528–

534.

114

Jurnal Perawat Indonesia, Volume 3 No 2, Hal 109-116, Agustus 2019 Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jawa Tengah

Sugiarto Nanang, et al (2014). The Factors Affecting the Length of Stay in the Intensive Care Units of Pertamina Central Hospital in Indonesia Related to Healthcare Associated Infections. *Journal of US-China Medical Science*, *11*, 195–204.

Tappenden, K. A., Quatrara, B., Parkhurst,

M. L., Malone, A. M., Fanjiang, G., & Ziegler, T. R. (2013). Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care. JPEN J Parenter enteral Nutr, *37*(4), 482–497.

Traav Malin Karlberg, et al. (2018). First line nurse managers’ experiences of opportunities and obstacles to support evidence-based nursing. Nurs Open,*5*(4), 634–641.

Wright-Myrie Donnete, et al. (2013). Nutrition in critical illness : Critical care nurses ’ knowledge and skills in the nutritional management of adults requiring intensive care – A review of the literature management of adults requiring intensive care – A review of the literature. Caribbean Journal of Nursing. 1(1);49-55

Xu Xiaoyue, et al. (2017). Where is the nurse in nutritional care. Contemporary Nurse,*53*(3), 267–270.

115

Jurnal Perawat Indonesia, Volume 3 No 2, Hal 109-116, Agustus 2019 Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jawa Tengah

116