

## GAMBARAN PEMBERIAN MAKANAN ENTERAL PADA PASIEN DEWASA DI RSUP DR. SARJITO YOGYAKARTA

Roni Purnomo<sup>1</sup>, Sri Setyowati<sup>2</sup>, Christantie Effendy<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Akademi Keperawatan YAKPERMAS Banyumas

<sup>2</sup><sup>3</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan FK UGM

### ABSTRACT

A high prevalence of malnutrition in hospitals leads to the increasing of more attention paid for nutrition management. Enteral nutrition feeding in a proper way will give advantages such as protecting nutrition status in order not to go worse and preventing or reducing the occurrence of metabolic complication and infection. It requires specific knowledge and expertise in nutrition area, management of enteral nutrition feeding is a part of nurse's responsibilities.

This study was aimed to obtain a description of technical feeding of enteral nutrition to adult patient at DR. Sardjito Hospital Yogyakarta.

The type of this study was descriptive explorative by means of quantitative method, data was collected through observation to research subject who are the patients undergoing enteral nutritional therapy with a total number of 21 patients. This study was done within December 19<sup>th</sup> 2005 – January 9<sup>th</sup> 2006.

The result showed that a high percentage of enteral nutrition feeding done by family was 40 actions (63.49%) while that done by nurses was 23 actions (36.51%). Enteral nutrition feeding that was considered as properly done was only 20 actions (31.75%) while that considered as improperly done was 43 actions (68.25%). The most frequent things that were not done in enteral nutrition feeding were checking the intestinal distortion before and after the nutrition feeding, aspirating residual volume of stomach before nutrition feeding, considering the rate of feeding, and some did not set the position of semifowler (30 – 45°) during enteral nutrition feeding.

This study showed that most of enteral feeding had not been done based on theoretical standard.

*Keywords: Technical feeding, enteral nutrition, adult patient*

### PENDAHULUAN

Tingginya prevalensi malnutrisi di rumah sakit menyebabkan perhatian terhadap tatalaksana nutrisi semakin besar. Dengan perbaikan tatalaksana nutrisi, terbukti jumlah penderita malnutrisi menurun menjadi 38% pada tahun 1988, namun demikian perkembangan

ini berjalan lambat, hasil penelitian pada tahun 1995 menunjukkan 50% pasien rawat inap mengalami malnutrisi dengan derajat bervariasi dan sebanyak 25-30% penderita mengalami malnutrisi yang semakin berat selama dalam perawatan (Fatimah, 2002).

Setiap pemberian dukungan nutrisi enteral penting untuk melakukan penilaian status nutrisi, menyusun dan menentukan dukungan nutrisi yang akan diberikan, mencatat kemampuan toleransi dan komplikasi yang timbul serta menentukan bila dukungan nutrisi harus diakhiri atau dialihkan ke bentuk dukungan nutrisi lain. Hal tersebut diatas merupakan proses yang kompleks dan memerlukan pengetahuan, pelatihan serta keahlian khusus dalam bidang nutrisi. Penatalaksanaan pemberian nutrisi enteral merupakan peranan dan tanggung jawab perawat (Dinarto, 2002). Bagaimanakah gambaran pemberian nutrisi enteral pada pasien dewasa di RSUP dr Sardjito Yogyakarta, perlu dilakukan penelitian.

#### **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif eksploratif dengan menggunakan pendekatan kuantitatif, data dikumpulkan melalui observasi terhadap subjek penelitian yaitu pasien dewasa yang mendapatkan terapi nutrisi enteral sebanyak 21 orang dengan 63 kali observasi tindakan. Penelitian dilakukan mulai 19 Desember 2005 sampai 9 Januari 2006.

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu gambaran pemberian nutrisi enteral pada pasien dewasa di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta yang meliputi pengkajian, pelaksanaan dan evaluasi. Pengkajian meliputi ukuran NGT, pemberi nutrisi, pemeriksaan volume residu lambung dan pemeriksaan bising usus. Pelaksanaan meliputi pengaturan posisi pasien, metode pemberian nutrisi, kecepatan pemberian dan pemberian obat. Evaluasi meliputi ada tidaknya mual muntah, aspirasi paru, distensi lambung, pemeriksaan laboratorium secara berkala.

#### **HASIL DAN BAHASAN**

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien dewasa yang mendapatkan terapi nutrisi enteral yang diberikan melalui nasogastik tube sebanyak 21 pasien.

Berdasarkan jenis kelamin sebagian besar subjek adalah perempuan yaitu sebanyak 11 orang (52,38%), golongan umur terbanyak adalah antara usia 19 sampai 40 tahun sebanyak 9 orang (42,86%), sedangkan berdasarkan penyakit sebagian besar adalah kanker yaitu sebanyak 12 orang (57,14%) dan seluruh pasien (100%) pasien mempunyai kesadaran compos metis.

Tabel 1. Karakteristik pasien dalam pemberi nutrisi enteral pada pasien dewasa di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta 19 Desember 2005 - 9 Januari 2006.

No.	Karakteristik	Jumlah	Persentase (%)
1	Jenis kelamin		
	Laki-laki	10	47,62
	Perempuan	11	52,38
2	Umur		
	15 – 18 th	1	4,76
	19 – 40 th	9	42,86
	41 – 65 th	7	33,33
	> 65 th	4	19,05
3	Penyakit		
	Kanker	12	57,14
	Stroke	4	19,05
	Cidera kepala	2	9,52
	Lain-lain	3	14,29
4	Tingkat kesadaran		
	Compos metis	21	100

1. Ukuran selang nasogastrik

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa semua pasien (100%) yang mendapatkan terapi nutrisi enteral menggunakan selang nasogastrik berukuran 16 French. Pemilihan diameter selang atau pipa bertujuan mencegah terjadinya aspirasi. Studi terbaru menunjukan bahwa aspirasi lebih mudah dilakukan bila selang berukuran 10 Fr sedangkan ukuran 16 Fr lebih mudah

terjadinya refluks (Brunner and Suddarth, 2002).

2. Pemberi nutrisi enteral

Berdasarkan hasil penelitian, secara umum tindakan pelaksanaan pemberian nutrisi enteral diberikan oleh keluarga dan hanya sebagian kecil yang diberikan oleh perawat. Hal ini dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Pemberi nutrisi enteral pada pasien dewasa di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta 19 Desember 2005 – 9 Januari 2006.

Pemberi nutrisi	Frekuensi	Persentase (%)
Perawat	23	36,51
Keluarga	40	63,49
Jumlah	63	100

Berdasarkan Tabel 2, dapat diketahui bahwa dari 63 kali observasi pemberi nutrisi enteral paling banyak dilakukan oleh keluarga yaitu sebanyak 40

kali (63,49%), sedangkan prosedur tetap yang benar adalah harus dilakukan oleh perawat tetapi dalam penelitian ini didapat

hanya 23 kali (36,51%) dilakukan oleh perawat.

Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur pada tanggal 23 Desember 2005 perawat mengatakan bahwa yang pertama kali memberikan nutrisi enteral pada masing-masing pasien adalah perawat dengan dilihat oleh anggota keluarga pasien, jadi disini perawat mengajarkan pada keluarga pasien dalam memberikan nutrisi enteral, untuk selanjutnya keluarganya yang memberikan nutrisi enteral. Perawat juga mengatakan apabila saat diberikan nutrisi pasien mengalami mual, muntah, sesak napas atau yang lainnya keluarga diharapkan memberitahukan kepada perawat jaga.

Pemberian nutrisi enteral memerlukan pengetahuan dan keahlian khusus dalam bidang nutrisi, penatalaksanaan pemberian nutrisi enteral merupakan peranan perawat (Dinarto, 2002). Pemberian nutrisi enteral oleh keluarga dikawatirkan dapat menimbulkan komplikasi, karena pemberian nutrisi enteral perlu pengawasan yang ketat

dengan cara yang benar sehingga dapat memberikan manfaat yaitu mempertahankan status nutrisi agar tidak menurun, mencegah atau mengurangi timbulnya komplikasi metabolik maupun infeksi (Roberts, 2003).

Berdasarkan wawancara secara tidak terstruktur pada 26 Desember 2005, perawat mengatakan tujuan mengapa keluarga diperbolehkan memberikan nutrisi enteral adalah agar keluarga terbiasa dalam memberikan nutrisi enteral walaupun sebenarnya pemberian nutrisi enteral adalah merupakan tanggungjawab perawat, Hal ini sebagai antisipasi apabila perawatan pasien diteruskan di rumah.

Pertimbangkan untuk terapi pemberian makanan per selang di rumah harus menjalani kriteria berikut: secara medis stabil, berhasil memenuhi percobaan pemberian makanan per selang (mentoleransi 70% makanan), mampu merawat diri sendiri atau mempunyai pengasuh yang mampu bertanggung jawab, dan mempunyai akses serta berminat dalam pendidikan diri sendiri dan pengasuh (Young & White, 1992).

### 3. Metode pemberian nutrisi enteral

Hasil penelitian ini menunjukan bahwa semua pasien mendapatkan nutrisi

enteral dengan metode pemberian secara bolus, hal ini dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 3. Metode pemberian nutrisi enteral pada pasien dewasa di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta 19 Desember – 9 Januari 2006.

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Intermiten	0	0
Bolus	63	100
Siklik	0	0
Kontinyu	0	0
Jumlah	63	100

Berdasarkan Tabel 3, dari 21 responden dengan 63 kali observasi didapatkan 100% metode pemberian nutrisi enteral adalah metode bolus. Pemberian nutrisi enteral secara bolus tidak dianjurkan diberikan kepada pasien terutama pasien kritis karena dapat menyebabkan mual, distensi lambung, kram perut serta aspirasi (Murphy, Lipman, and Bickford, 2003). Walaupun belum ada penelitian yang membandingkan angka kejadian komplikasi atau efek samping pemberian secara bolus dengan metode lain tapi pada studi yang membandingkan pemberian nutrisi enteral secara kontinyu dengan intermiten pada pasien kritis didapatkan hasil pemberian nutrisi secara kontinyu lebih sedikit mengakibatkan komplikasi dibandingkan dengan intermiten (Steevans and Poole, 2002).

Metode pemberian makanan per selang pilihan tergantung pada lokasi selang, toleransi pasien, kenyamanan dan biaya. Makanan bolus dan intermiten diberikan kedalam lambung (biasanya melalui gastrostomi) dalam jumlah yang besar pada interval yang ditetapkan (Brunner and Suddarth, 2002).

Tetes gravitasi intermiten adalah metode lain untuk memberikan makanan enteral dan secara umum digunakan bila pasien dirawat dirumah. Pemberian makanan enteral diberikan lebih dari 30 menit pada interval yang diberikan (Brunner and Suddarth, 2002).

Metode pemberian makanan enteral ini praktis dan tidak mahal. Namun, pemberian makanan yang diberikan dengan kecepatan yang tinggi dapat

ditoleransi secara buruk terutama metode bolus. Dari beberapa metode pemberian, metode bolus dapat menyebabkan komplikasi yang paling banyak diantaranya kembung, kram, sindrom dumping dan diare adalah komplikasi yang paling sering terjadi (Brunner and Suddarth, 2002).

Berdasarkan wawancara tidak terstruktur dengan perawat ruangan pada 5 Januari 2005 perawat mengatakan bahwa pemberian metode bolus lebih praktis dilakukan dipandang dari segi alat yang digunakan. Cara pemberian bolus maupun tetesan tidak menunjukkan perbedaan insidens terjadinya aspirasi (Ciocon and Tiessen, 1992) dan pertumbuhan kuman (Spilker et al., 1996). Pemberian secara bolus lebih baik dari pada kontinyu dalam mencegah peningkatan pH gaster (Bonten, and Gaillard, 1994), tetapi metode kontinyu memungkinkan pemberian makanan dilakukan dalam jumlah sedikit dalam periode lama dan menurunkan resiko aspirasi, distensi, mual, mutah dan diare (Brunner and Suddarth, 2002).

#### 4. Pengkajian keperawatan dalam pemberian nutrisi enteral

Berdasarkan hasil penelitian ini, menunjukkan bahwa tahap pengkajian dalam pemberian nutrisi enteral belum terlaksana dengan baik terutama yang dilakukan oleh keluarga, sedangkan oleh perawat sebagian sudah dilaksanakan namun masih ada yang belum terlaksanan dengan baik, hal ini dapat dilihat pada Tabel 4 dan 5.

Tabel 4. Pengkajian pemberian nutrisi enteral pada pasien dewasa oleh keluarga di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta 19 Desember – 9 Januari 2006.

No	Item observasi	Hasil observasi	
		Dilakukan f (%)	Tidak f (%)
1	Mencuci tangan	9 (22,50)	31 (77,50)
2	Memberi tahu dan menjelaskan pada pasien	27 (67,50)	13 (32,50)
3	Memeriksa pasien kembung/tidak	6 (15,00)	34 (85,00)
4	Atur posisi pasien	29 (72,50)	11 (27,50)
5	Pengecekan bising usus	0 (0)	40 (100)
6	aspirasi volume residu lambung	6 (15,00)	34 (85,00)

Hasil observasi seperti pada Tabel 4 menunjukan bahwa mencuci tangan sebelum tindakan hanya dilakukan sebanyak 22,5%, memberi tahu atau menjelaskan kepada pasien 67,5%, memeriksa pasien kembung atau tidak dilakukan sebanyak 15% sedangkan yang tidak memeriksa sebanyak 85%. Pada Tabel 4 juga menunjukan bahwa hal yang penting dalam pengkajian sebelum memberikan nutrisi enteral sebagian besar

tidak dilaksanakan oleh keluarga. Mengatur posisi pasien pada posisi semi fowler hanya 72,5% yang melakukan sedangkan 27,5% tidak mengatur posisi semi fowler, mengecek bising usus tidak ada yang melakukan (100%), dan aspirasi volume residu lambung hanya dilakukan oleh 15%, sedangkan 85% tidak melakukan aspirasi volume residu lambung.

Tabel 5. Pengkajian pemberian nutrisi enteral pada pasien dewasa oleh perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta 19 Desember – 9 Januari 2006.

No	Item observasi	Hasil observasi	
		Dilakukan f (%)	Tidak f (%)
1	Mencuci tangan	21 (91,30)	2 (8,70)
2	Memberi tahu dan menjelaskan pada pasien	23 (100)	0 (0)
3	Memeriksa pasien kembung/tidak	19 (82,80)	4 (17,20)
4	Atur posisi pasien	21 (91,30)	2 (8,70)
5	Pengecekan bising usus	2 (8,70)	21 (91,30)
6	aspirasi volume residu lambung	23 (100)	0 (0)

Pada Tabel 5 menunjukan bahwa tahap pengkajian yang dilakukan oleh perawat sebagian besar tahap tahapnya sudah dilaksanakan. Mencuci tangan

sebelum tindakan dilakukan sebanyak 91,3%, memberitahu kepada pasien dan memeriksa volume residu lambung sebelum pemberian sebanyak 100% tapi

pemeriksaan bising usus haya dilakukan 8,7%, memeriksa pasien kembung atau tidak 82,8%, pengaturan posisi pasien pada posisi semi fowlwer 91,3%.

Aspirasi volume residu lambung penting dilakukan karena sebagai penentu toleransi atau intoleransi nutrisi enteral, walaupun volume residu lambung tidak berkolerasi dengan regugitasi atau aspirasi (McClave and Snider, 2000), tetapi dalam penelitian ini didapatkan 34 kali tindakan (85%) keluarga tidak melakukan aspirasi volume residu lambung sedangkan oleh perawat sudah dilakukan 100%.

Pengecekan bising usus merupakan tindakan utama yang digunakan untuk memulai pemberian nutrisi enteral secara total, beberapa penelitian meyakini bahwa walaupun tanpa adanya bising usus nutrisi enteral total dapat diberikan tanpa efek samping

(Parrish and McCray, 2003). Dalam penelitian ini didapatkan 40 kali tindakan (100%) keluarga tidak melakukan pengecekan bising usus, sedangkan perawat 21 kali tindakan (91,3%) tidak melakukannya.

#### 5. Pelaksanaan pemberian nutrisi enteral

Hasil penelitan ini menunjukan bahwa pelaksanaan pemberian nutrisi enteral masih banyak yang belum terlaksana dengan baik terutama pemberian yang dilakukan oleh keluarga, sedangkan pemberian yang dilakukan oleh perawat sebagian besar sudah melaksanakan sesuai dengan prosedur tapi masih ada hal yang penting yang belum dilakukan sepenuhnya oleh perawat, hal ini dapat dilihat pada Tabel 6 dan 7 dibawah ini.

Tabel 6. Pelaksanaan pemberian nutrisi enteral pada pasien dewasa oleh keluarga di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta 19 Desember – 9 Januari 2006.

No	Item observasi	Hasil observasi	
		Dilakukan f (%)	Tidak f (%)
1	Letakan serbet dibawah pipa	32 (80)	8 (20)
2	Tekan ujung proksimal selang	40 (100)	0 (0)
3	Hubungkan spuit dan tinggikan 45 cm diatas kepala	25 (62,50)	15 (37,50)
4	Biarkan formula kosong secara bertahap	28 (70)	12 (30)
5	Memperhatikan kecepatan	28 (70)	12 (30)
6	Bilas dengan air putih	40 (100)	0 (0)
7	Berikan obat beberapa saat sebelum/sesudah memberi makanan	27 (100)	0 (0)
8	Bilas dengan air 20-30 cc	27 (100)	0 (0)
9	Tutup/klem pipa	40 (100)	0 (0)
10	Rapihkan pasien	40 (100)	0 (0)
11	Pertahankan posisi selama 30 menit	28 (70)	12 (30)
12	Bersihkan alat	40 (100)	0 (0)
13	Cuci tangan	25 (62,50)	15 (37,50)

Berdasarkan data yang terdapat pada Tabel 6, dari observasi terhadap 40 kali tindakan keluarga dalam pelaksanaan pemberian nutrisi enteral masih ada beberapa kali tindakan yang mengabaikan

hal penting yaitu 12 kali tindakan (30%) tidak meninggikan spuit 45 cm diatas kepala, dan juga tidak memperhatikan kecepatan pemberian sebanyak 12 kali tindakan (30%).

Tabel 7. Pelaksanaan pemberian nutrisi enteral pada pasien dewasa oleh perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta 19 Desember – 9 Januari 2006.

No	Item observasi	Hasil observasi	
		Dilakukan F (%)	Tidak F
1	Letakan serbet dibawah pipa	21 (91,30)	2 (8,70)
2	Tekan ujung proksimal selang	23 (100)	0 (0)
3	Hubungkan spuit dan tinggikan 45 cm diatas kepala	22 (95,65)	1 (4,35)
4	Biarkan formula kosong secara bertahap	19 (82,60)	4 (17,40)
5	Memperhatikan kecepatan	19 (82,60)	4 (17,40)
6	Bilas dengan air putih	23 (100)	0 (0)
7	Berikan obat beberapa saat sebelum/sesudah memberi makanan	14 (100)	0 (0)
	Bilas dengan air 20-30 cc	14 (100)	0 (0)
9	Tutup/klem pipa	23 (100)	0 (0)
10	Rapihkan pasien	23 (100)	0 (0)
11	Pertahankan posisi selama 30 menit	21 (91,30)	2 (8,70)
12	Bersihkan alat	23 (100)	0 (0)
13	Cuci tangan	21 (91,30)	2 (8,70)

Berdasarkan Tabel 7, dari observasi 23 kali tindakan perawat dalam pelaksanaan pemberian nutrisi enteral sebagian besar sudah sesuai dengan prosedur, tapi masih terdapat 17,4% yang tidak memperhatikan kecepatan pemberian nutrisi dan 8,7% tidak mempertahankan posisi semi fowler selama 30 menit.

Hal yang penting saat pemberian nutrisi enteral adalah meninggikan spuit 45 cm diatas kepala saat pemberian, mengatur kecepatan pemberian dan mempertahankan posisi semi fowler/fowler selama 30 menit sesudah pemberian.

Meninggikan spuit 45 cm diatas kepala saat pemberian bertujuan untuk memungkinkan udara keluar selama pemasukan cairan pada awal pengaliran dan untuk mengatur kecepatan aliran sesuai dengan gravitasi (Brunner and Suddarth, 2002).

Pemberian makanan dilakukan sesuai gravitasi (tetesan), bolus atau dengan pompa kontrol kontinyu yang volumetrik (ml/jam) atau peristaltik (tetes/jam). Pemberian makanan sesuai gravitasi dilakukan diatas ketinggian lambung dan kecepatan pemberian

dilakukan oleh gravitasi (Brunner and Suddarth, 2002).

Kecepatan pemberian nutrisi enteral dengan metode bolus diberikan dalam waktu 5-10 menit dengan makanan enteral sebanyak 250-500 ml. Pemberian metode bolus yang terlalu cepat akan menimbulkan berbagai komplikasi yaitu sindrom dumping, diare, muntah dan obstruksi selang<sup>7</sup>, dalam penelitian ini didapatkan 30% tindakan keluarga tidak memperhatikan kecepatan pemberian, sedangkan perawat 17,4% tindakan.

Mempertahankan posisi semifowler/fowler selama 30 menit sesudah pemberian tindakan ini penting karena disamping untuk menghindari mual/muntah juga dapat memperbaiki curah jantung dan ventilasi dan membantu eliminasi urine, mempertahankan posisi selama 30 menit bertujuan membantu mempertahankan makanan dalam saluran gastrointestinal dan dapat mengurangi risiko akan aspirasi (Perry and Potter, 1999). Penelitian ini didapatkan 12 kali

(30%) tindakan keluarga tidak mempertahankan posisi semifowler sesudah pemberian nutrisi, sedangkan perawat 2 kali (8,7%) tindakan.

Pemberian obat oral pada pasien yang mendapatkan terapi nutrisi enteral dapat menyebabkan komplikasi sehingga perlu persiapan dan pemilihan dosis yang seksama. Obat yang berbeda jenis sebaiknya diberikan secara terpisah untuk setiap jenis dengan menggunakan metode bolus yang sesuai dengan cara saji. Obat tidak dicampur dengan yang lain atau dengan formula makanan enteral (Brunner and Suddarth, 2002).

#### 6. Evaluasi pemberian nutrisi enteral

Dari hasil penelitian tentang evaluasi pemberian nutrisi enteral diketahui bahwa sebagian besar keluarga tidak melakukan evaluasi terhadap pemberian nutrisi, begitu juga dengan perawat masih banyak yang belum melakukan evaluasi terhadap tindakan pemberian nutrisi, hal ini dapat dilihat pada tabel 8 dan 9 dibawah ini.

Tabel 8. Evaluasi pemberian nutrisi enteral pada pasien dewasa oleh keluarga di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta 19 Desember – 9 Januari 2006.

No	Item observasi	Hasil observasi	
		Dilakukan f (%)	Tidak f (%)
1	Mengecek bising usus	0 (0)	40 (100)
2	Cek ada tidaknya aspirasi	0 (0)	40 (100)
3	Cek ada tidaknya mual/muntah	25 (62,50)	15 (37,50)
4	Cek ada tidaknya kembung	5 (22,50)	35 (87,50)
5	Cek ada tidaknya kram perut	0 (0)	40 (100)

Berdasarkan data yang terdapat pada tabel 8, dari obserasi terhadap tahap evaluasi pemberian nutrisi enteral oleh keluarga didapat hasil bahwa pengecekan

bising usus 100 % tidak dilakukan, mengecek adanya aspirasi 100% tidak dilakukan dan kram perut 100% tidak

dilakukan, sedangkan mengecek adanya mual atau muntah dilakukan 62,5%.

Berdasarkan data yang terdapat pada Tabel 9, dari observasi tahap evaluasi pemberian nutrisi enteral oleh

perawat sebagian sudah melakukannya, tetapi masih ada beberapa yang belum yaitu pemeriksaan bising usus hanya dilakukan 13,04%, mengecek ada tidaknya kram perut 30,43%.

Tabel 9. Evaluasi pemberian nutrisi enteral pada pasien dewasa oleh perawat di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta 19 Desember – 9 Januari 2006.

No	Item observasi	Hasil observasi	
		Dilakukan f (%)	Tidak f (%)
1	Mengecek bising usus	3 (13,04)	20 (86,96)
2	Cek ada tidaknya aspirasi	17 (73,91)	6 (26,09)
3	Cek ada tidaknya mual/muntah	23 (100)	0 (0)
4	Cek ada tidaknya kembung	16 (69,57)	7 (30,43)
5	Cek ada tidaknya kram perut	7 (30,43)	16 (69,57)

Monitoring pada pemberian makanan enteral sangat penting untuk mendeteksi komplikasi potensial dan untuk menilai terapi diet yang diberikan. Hasil monitoring dievaluasi untuk menilai ada tidaknya masalah atau komplikasi dalam pemberian makanan enteral sehingga dapat dilakukan tindakan dalam upaya mengoptimalkan pemberian makanan enteral (Asosiasi Dietisien Indonesia Cabang Bandung, 2005).

Pemantauan keberhasilan atau kegagalan absorpsi oleh usus khususnya bagi pemberian nutrisi enteral yang berupa

tetesan kontinyu/bolus dapat dilakukan dari gejala kembung/distensi, yang dirasakan pasien atau terabapa oleh pemeriksa. Disamping komplikasi metabolik, beberapa komplikasi mekanis seperti aspirasi, nekrosis mukosa hidung, False-route, dan lainnya serta komplikasi gastrointestinal seperti sembelit, diare, kram perut, nausea, vomitus, kembung dan lainnya dapat terjadi sehingga diperlukan pemantauan yang ketat terhadap kemungkinan komplikasi ini dalam pemberian nutrisi enteral (Brunner and Suddarth, 2002).

Tabel 10. Pemeriksaan pemeriksaan laboratorium secara periodik pada pemberian nutrisi enteral pada pasien dewasa di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta 19 Desember – 9 Januari 2006.

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Dilakukan	21	100
Tidak dilakukan	0	0
Jumlah	21	100

Tahap evaluasi tentang pemeriksaan laboratorium secara periodik didapatkan, dari 21 sampel sudah dilakukan pemeriksaan laboratorium secara periodik. Berdasarkan wawancara tidak terstruktur pada 23 Desember 2005, perawat mengatakan pemeriksaan laboratorium secara periodik tergantung dari penyakit yang melatar belakangi pasien.

Pemeriksaan laboratorium secara serial penting dilakukan untuk memonitor terjadinya komplikasi metabolik diantaranya berupa hipoglikemi, asidosis, hiperglikemi, hipernatremi, hiponatremi, dan asotemia. Diperlukan monitoring terhadap glukosa darah, natrium, kalium, BUN, balance nitrogen serta kadar albumin serum (Bowers, 2000). Dalam penelitian ini hanya beberapa pemeriksaan yang dilakukan.

Tabel 11. Gambaran pemberian nutrisi enteral pada pasien dewasa di IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta 19 Desember – 9 Januari 2006.

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Sesuai	20	31,75
Tidak sesuai	43	68,25
Jumlah	63	100

Pelaksanaan pemberian nutrisi enteral seperti yang ada pada tabel diatas menunjukkan bahwa dari observasi 63 tindakan pemberian nutrisi enteral sebagian besar belum terlaksana sesuai dengan prosedur yaitu 43 kali tindakan (68,25%), sedangkan yang sesuai dengan prosedur hanya 20 kali tindakan (31,75%). Pada setiap pemberian dukungan nutrisi merupakan proses yang kompleks dan memerlukan pengetahuan dan kerja sama antar profesi kesehatan yang salah satunya adalah perawat yang mempunyai peran dan tanggung jawab dalam penatalaksanaan pemberian nutrisi enteral (Dinarto, 2002).

Pelaksanaan pemberian nutrisi oleh perawat sebagian besar sudah sesuai, sedangkan pemberian oleh keluarga hampir semua tidak sesuai dengan prosedur, hanya 1 kali yang sesuai. Berdasarkan wawancara tidak terstruktur dengan keluarga pasien pada

28 Desember 2005, keluarga mengatakan bahwa tindakan pemberian nutrisi enteral yang keluarga pasien lakukan sesuai dengan apa yang dicontohkan oleh perawat.

Ketidaksesuaian pemberian nutrisi enteral yang diberikan oleh keluarga banyak disebabkan karena tahapan dalam pemberian nutrisi tidak dilakukan dengan sempurna bahkan tidak dilakukan sama sekali terutama pada hal-hal yang penting untuk dilakukan dalam pemberian nutrisi enteral diantaranya pengaturan pasien dalam posisi semi fowler, melakukan pengecekan bising usus, melakukan aspirasi volume residu lambung, meninggikan spuit 45 cm diatas kepala dan memperhatikan kecepatan. Pengukuran volume residu lambung dari 40 kali tindakan hanya dilakukan sebanyak 6 kali bahkan pemeriksaan bising usus sebelum dan sesudah pemberian nutrisi tidak ada yang melakukan.

## SIMPULAN DAN SARAN

Sebagian besar pemberian nutrisi enteral yang dilakukan oleh keluarga tidak sesuai dengan prosedur atau standar teori, sedangkan yang diberikan oleh perawat sebagian besar sudah sesuai dengan prosedur. Secara keseluruhan dari 63 kali tindakan pemberian nutrisi enteral 31,75% (20) dikategorikan sesuai sedangkan 68,25% (43) tidak sesuai dengan prosedur.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asosiasi Dietisien Indonesia Cabang Bandung, 2005, Panduan Pemberian Makanan Enteral, Jaya Pratama, Jakarta.
- Bonten, MJ., Gaillard, CA., 1994, Intermittent Enteral Feeding: The Influence on Respiratory and Digestive Tract Colonization in Mechanically Ventilated Intensive Care Unit Patient, *Am J Resp Crit Care Med*, 154:394-9.
- Bowers, S., 2000, All About Your Guide to Enteral Feeding Devices, *Nursing*, 30(12):41-43.
- Brunner and Suddarth, 2002, Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah, EGC, Jakarta.
- Ciocon, JO., Tiessen, C., 1992, Continuous Compared with Intermittent Tube Feeding In The Elderly, *Journal Parenteral Enteral Nutrition*, 104:951-5.
- Dinarto MS.,M., 2002, Tim Nutrisi, *Jurnal Gizi Medik Indonesia Vol I No. 1*, Jakarta.
- Fatimah, N., 2002, Malnutrisi, *Jurnal Gizi Medik Indonesia Vol I No. 1*, Jakarta.
- Hartono, A., 2000, Asuhan Nutrisi Rumah Sakit: Diagnosis, Konseling dan Diskripsi, EGC, Jakarta.
- Ibanez, J., Penafiel, A., Raurich, 1992, Gastroesophageal Reflux in Intubated Patient Receiving Enteral Nutrition: Effect of Supine and Semi Recumbent Potitions, *Journal Parenteral Enteral Nutrition*, 16:419-22.
- McClave, S.A, Snider H.L., 2000, Clincal Use of Gastric Resdual Volumes as a Monitor for Patiens on Enteral Tube Feeding, *Journal Parenteral Enteral Nutrition*, 26:43.
- Murphy, L.M. Lipman, T.O. and Bickford, V., 2003, Guidelines for Enteral Nutrition, <http://www.washington.med.va.gov/Gindeks.Htm>. 08-04-05
- Parrish, C.R. McCray, S.F., 2003, Protocols for Practice, Nutrition Support for the Mechanically Ventilated Patient, *Critical Care Nurse*, 23:77-80.
- Perry, A.G, Potter, P.A., 1999, Pocket Guide to Basic Skills and Procedures, EGC, Jakarta.
- Powers, J. Chance, R., 2003, Bedside Placement of Small Bowel Feeding Tube in the Intencive Care, *Critical Care Nurse*. 23:16-24.
- Roberts, S.R., 2003, Nutrition Support in the Intensive Care, *Nutrition in Critical Care: Critical Care Nurse*, 23: 49-57.
- Scolapio, JS., 2002, Methods for Decreasing Risk of AspirationPneumonia in Critically Ill Patients, *Journal Parenteral Enteral Nutrition*, 26:S58-61.
- Spilker, CA., Hinthorn, R., Pingleton, SK., 1996, Intermittent Enteral Feeding

- In Mechanically Ventilated Patient:  
The Effect on Gastric pH and  
Gastric Cultures, CHEST, 110:243-  
8.
- Steevans, E.C. Poole, G.V., 2002,  
Comparison of Continues vs  
Intermittent Nasogastric Enteral
- Feeding in Trauma Patients:  
Perception and practice. *Nutrition In  
Clinical Practice* 17:118-122.
- Young, C.K. White, S., 1992, Preparing  
Patients for Tube Feeding at Home.  
*Am J Nurs*, 92(4):250-254.