

BAB III

NUTRITION CARE PROSES

A. Skrining Gizi

Skrining gizi merupakan proses untuk mengidentifikasi pasien yang mempunyai masalah gizi dan oleh seseorang dietisien. Asuhan gizi rawat inap adalah susunan aktifitas terorganisir atau terstruktur dan harus melakukan identifikasi kebutuhan gizi dan penyediaan asuhan untuk mengerjakan kebutuhan tersebut. Tingkat pelayanan gizi rawat inap diawali dengan *screening*. Menurut Herawati, dkk(2014) skrining gizi merupakan proses yang cepat, sederhana efisien mampu dilakukan, murah, tidak beresiko kepada individu yang di skrining, valid serta dapat dilaksanakan petugas kesehatan di ruangan dan penetapan yang diikuti oleh dokter.

Malnutrition Screening Tools (MST) merupakan metode skrining gizi yang sederhana, cepat, valid dan reliable untuk mengidentifikasi pasien yang mempunyai risiko kurang gizi (Susetyowati,2017). MST dikembangkan khusus digunakan untuk pasien di rumah sakit (Isenring, 2009). Kelebihan dari alat skrining MST adalah lebih efisien dan lebih sederhana.

Pada awal pasien masuk menggunakan skrining (MST) yang dilakukan oleh perawat, pasien mengalami penurunan berat badan, nafsu makan di diagnose gagal ginjal kronis dengan total skor yaitu 2 yang menandakan pasien beresiko malnutrisi sedang.

B. Gambaran Identitas Pasien

Seorang pasien berjenis kelamin perempuan bernama NY. H berusia 64 tahun dirawat diruang perawatan 1e kelas 3 dengan diagnosis medis *Chronic kidney disease stage v* (CKD), pasien didiagnosis gagal ginjal kronis sejak tahun 2021. Pasien di rumaha hanya mengonsumsi obat-obatan dari apotek tanpa anjuran dokter, namun pasien tidak rutin mengonsumsi obat tersebut. Pasien tidak memiliki alergi makanan, pasien juga mengatakan bahwasanya ia baru pertama kali di rawat di rumah sakit pada

tanggal 01 April 2024. Ketika datang kerumah sakit pasien mengeluh lemas, mual, muntah, dan perut terasa nyeri. Tekanan darah pada masuk adalah 110/85 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22x/menit dan suhu 36,2⁰ c. Kegiatan sehari hari pasien adalah ibu rumah tangga yang tinggal bersama suami, anak dan cucunya.

1. Nama	: Ny. H
Tanggal lahir	: 09 Desember 1959
Jenis kelamin	: Perempuan
Usia	: 64 tahun
Pendidikan terakhir	: SLTP/ sederajat
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Ruang	: Keperawatan 1e
Tanggal Masuk RS	: 01 April 2024
Tanggal Skrining	: 01 April 2024
Tanggal Intervensi	: 02 April – 04 April 2024
Diagnosis Medis	: <i>Chronic kidney disease stage v</i> (Gagal Ginjal Kronis)

C. Asesmen Gizi

1. AD. Antropometri

Pada saat melakukan pengukuran fisik pada pasien penyakit gagal ginjal kronis yaitu pengukuran tinggi badan, berat badan. Pengukuran tinggi badan menggunakan mikrotis, berat badan menggunakan timbangan digital.

Pengukuran Antropometri dilakukan pada tanggal 01 April 2024 yaitu:

Tabel 4.
Hasil pengukuran Antropometri

No.	Indikator Pengukuran	Hasil Pengukuran
1.	Tinggi Badan	155 cm
2.	Berat Badan	45 kg
	Penurunan BB	5 kg selama 6 bulan
3.	BB1	49,5kg
4.	Status gizi (IMT)	18,75 kg/m ² (Normal) 18,5 – 25,0 (Kemenkes)

Dari hasil tabel 4. Didapatkan pengukuran tinggi badan yaitu 155 cm, berat badan 45 dan terjadi penurunan berat badan 5 kg selama 6 bulan terakhir. BBI pasien yaitu 49,5 kg dan IMT pasien 18,75 kg/m² (Normal, Kemenkes).

2. BD. Biokimia

Tabel 5.
Hasil pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Keterangan	Nilai rujukan
Hemoglobin	5.7	Rendah	12-16 g/dl
Hematokrit	18	Rendah	37-43%
Leukosit	5020	Normal	4000-5000 mm ³
Trombosit	149.000	Rendah	150.000- 400.000mm ³
Ureum	85	Tinggi	10-50 mg/dl
Creatinin	4.8	Tinggi	0.6-0.9 mg/dl
Eritrosit	2.1	Rendah	4.0 - 5.2 mm ³

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Keterangan	Nilai rujukan
MCV	87	Normal	78-100FL
MCH	27	Normal	26-34pg
MCHC	31	Normal	31-37g/dl
Urin	1.110	Tinggi	500-700ml

Pada tabel 5. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan pada saat pemeriksaan pada tanggal 01 April 2024 sebelum intervensi hemoglobin yaitu 5,7 g/dl rendah, hematokrit 18% rendah, trombosit 149.000 mm³ rendah, ureum 85 mg/dl tinggi, creatinin 4.8 tinggi, eritrosit rendah. pada nilai lab yang lain menunjukkan nilai laboratorium normal.

3. Fisik/Klinis

Tabel 6.

Hasil Pemeriksaan Klinis

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Keterangan
Suhu	36,2 ⁰ C	36-37,5 ⁰ C	Normal
RR	22x/menit	20x/menit	Normal
Tekanan Darah	110/85 mmhg	120/80 mmhg	Rendah
Nadi	80x/menit	60-100x/menit	Normal

Pada tabel 6. Diidapatkan hasil catatan rekam medis pasien yaitu tekanan darah 110/85 mmHg rendah, suhu 36,2⁰ c normal, nadi 80x/menit normal dan nafas 20x/menit normal.

Tabel 7.

Hasil pemeriksaan fisik

Pemeriksaan	Hasil	Keterangan
Lemas	Ya	Tidak Normal
Mual	Ya	Tidak Normal
Muntah	Ya	Tidak Normal
Perut nyeri	Ya	Tidak Normal
Nafsu makan	Tidak nafsu makan	Tidak Normal

Pada tabel 7. Didapatkan hasil observasi bahea pasien memiliki keluhan fisik lemas, mual , muntah dan perut terasa nyeri.

4. FH. *Dietary History*

Tabel 8.
Hasil *Recall* SMRS

Zat gizi	Hasil	Kebutuhan	Presentase
Energi	500 kkal	1.575 kkal	32%
Protein	19g	36 g	53,%
Lemak	19g	44 g	43%
Karbohidrat	66g	259,87 g	25%
Kalsium	265mg	1200mg	22%
Natrium	147mg	<2000 mg	10%
Kalium	761mg	1,755mg	43%
Besi	5mg	8 mg	63 %
Fasfor	244mg	800mg/hari	31%
Urin	610	500 + urin	1.610 ml
Cairan infus	1500cc	1.125cc	131%

Kebiasaan makan pasien SMRS yaitu mengonsumsi makan utama 3x sehari dengan 2x selingan akan tetapi tidak sesuai dengan porsi kecukupan gizi yang dibutuhkan. Pasien suka mengonsumsi kopi setiap hari, pasien tidak memiliki alergi makanan. Pasien juga mengatakan bahwa suka mengonsumsi lauk hewani seperti ikan patin , daging ayam dan telur akan tetapi jarang mengonsumsi sayuran, buah-buahan. Pasien belum pernah mendapatkan konseling gizi terkait diet penyakitnya. Asupan yang dikonsumsi SMRS adalah Energi 500 kkal (32%),

Protein 19,g (53%), Lemak 19g (43%), Karbohidrat 66g (25%) Kalsium 265mg (22%), Kalium 761mg (43%), Natrium 147 mg (10%), asupan Fe 5 mg (63). fosfor 244 (31%) dan cairan 1500 cc(131%) asupan yang rendah ini dikarenakan adanya penurunan nafsu makan dan ada mual muntah.

5. CH. Riwayat Personal

Pasien datang kerumah sakit dengan keluhan mual, muntah, perut terasa nyeri dan nafsu makan berkurang. Pasien terdiagnosis gagal ginjal kronis sejak tahun 2021 yang lalu . Sebelumnya pasien pernah memiliki riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu akan tetapi tidak sampai di rawat di rumah sakit. Pasien hanya menjalani pengobatan di klinik saja. Pada tanggal 01 april 2024 Ny. H pertama kali di rawat dirumah sakit dengan diagnosa *Chronic kidney disease stage v*. Sebelumnya, pasien dan keluarga belum pernah mendapat konseling atau edukasi langsung dari tenaga kesehatan terkait penyakit yang diderita.

Pasien tinggal bersama suami dan anak cucung nya dengan status ekonomi golongan sedang. sebelum masuk rumah sakit Ny. H mengonsumsi obat dari apotek apabila penyakit nya kambuh, sedangkan obat yang diberikan saat rawat inap yaitu :

Tabel 9.

Daftar obat yang diberikan beserta fungsi dan efek samping

Nama obat	Fungsi	Efek samping
Furosemid	Adalah obat diuretik yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi, mencegah stroke, seragangan jantung, dan gangguan ginjal	Mungkin terjadi dalam penggunaan obat ini adalah sakit kepala, mengantuk, kram otot, mulut kering, haus,lemas, lesu, gangguan saluran cerna
Tablen tambah darah	Adalah untuk mencegah anemia atau kekurangan sel darah merah	Yaitu perut merasa tidak enak, mual, susah BAB, tinja berwarna hitam
Nama obat	Fungsi	Efek samping

SOLPEPSA SYR	Untuk mengatasi maag akut	Konstipasi dan mulut terasa kering, diaere, mual muntak, tidak nyaman di perut.
Omeprazole	Menurunkan asam lambung dengan cara menghambat pompa proton yang berperan besar dalam produksi asam lambung.	Adalah sakit kepala, sakir perut atau perut kembung, mual atau muntah.
LACTAS CALCICUS	Digunakan untuk pengobatan kekurangan kalsium	Adalah mual muntah, sembelit parah, kehilangan nafsu makan , peningkatan rasa haus .
Na Bicarbonat	Adalah obat yang digunakan untuk mengatasi asidosis metabolik, yaitu suatu kondisi di mana ada terlalu banyak asam dalam cairan tubuh.	Mengonsumsi natrium bikarbonat dapat meningkatkan risiko komplikasi seperti sindrom susu al-kali (memptoduksi susu teralu besar/ banyak)

D. Diagnosis Gizi

Tabel 10.
Diagnosis Gizi

PROBLEM	ETIOLOGI/AKAR MASALAH	SIGN/SYMPTOM
NI.2.1.Asupan oral tidak adekuat	Penurunan nafsu makan dan adanya mual muntah	Hasil <i>recall</i> 24 jam <ul style="list-style-type: none"> • Energi 32% • Protein 53% • Lemak 43% • Karbohidrat 25%
NI 2.2 Perubahan nilai lab terkait gizi	Gangguan fungsi ginjal	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobin 5.7 g/dl • Hematokrit 18% • Ureum 85 mg/dl • Creatinin 4.8 mg/dl • Eritrosit 2.1 mm3

E. Intervensi Gizi

1) Perhitungan kebutuhan zat gizi

$$\begin{aligned} \text{IMT} &= \text{BB}/\text{TB} \\ &= 45 / (1,55 \times 1,55) \\ &= 18,75 \text{ (Normal)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{BBI} &= (\text{TB}-100) - 10\% (\text{TB}-100) \\ &= 55 - 10\% \\ &= 49,5 \text{ kg} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Kebutuhan Energi} &= 35 \text{ kkal} \times \text{BB}/\text{Kg} \\ &= 35 \text{ kkal} \times 45 \\ &= 1.575 \text{ kkal} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Kebutuhan Protein} &= 0,8 \times \text{BB}/\text{Kg} \\ &= 0,8 \times 45 \\ &= 36 \text{ gr} \\ &= 36 \times 4 \\ &= 144 \text{ kkal} \\ &= 144 / 1.575 \times 100\% = (9,14\%) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Kebutuhan Lemak} &= 25\% \times \text{energy total} : 9 \\ &= 25\% \times 1.575 \\ &= 393,75 / 9 \\ &= 43,7 \text{ g} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Kebutuhan KH} &= 100\% - (9,14 + 25\%) \\ &= 65,85\% \times \text{energi total} \end{aligned}$$

$$= 65,85 \times 1.575$$

$$= 1037 : 4 = 259,25 \text{ g}$$

Perhitungan kalium = $39\text{mg/kg} \times \text{BB}$

$$= 39\text{mg/kg} \times 45\text{kg} = 1.755 \text{ mg}$$

2) Cairan Infus selama 3 hari

Infus RL = Ringer laktat

$$= 20 \times 60 \text{ menit} \times 24 \text{ jam}$$

$$= 28.800 : 20$$

$$= 1.440$$

3) Kebutuhan cairan = $25\text{cc} \times \text{kgbb}$

$$= 25 \text{ cc} \times 45 = 1.125 \text{ cc}$$

Zat Gizi Mikro

- Perhitungan natrium (infus)

Berat atom 23 dengan valensi 11 mEq = $23/1=23 \text{ mg}$

Ringer laktat mengandung 131 mEq/l

Cairan dari infus = 20 tpm

$$= 20 \times 60 \text{ menit} \times 24 \text{ jam}$$

$$= 28.800 : 20$$

$$= 1.440 \text{ ml}$$

$$131\text{mEq} = 131 \times 23 = 3.013 \text{ mg}$$

$$500 \text{ ml}: 3.013 \text{ mg}$$

$$X : \frac{1.440 \times 3.013 \text{ mg}}{500} = 8.677 \text{ mg}$$

$$500$$

- Natrium : <2000 mg
- Kalsium : 1200 mg/hari
- Kalium : 1800 mg
- Besi : 8 mg

- Fosfor : 800-1000 mg/hari

4) Perhitungan cairan urin

Cairan yang dianjurkan yaitu 500- 750ml (IWL) + urine 24 jam
maka cairan yang dibutuhkan yaitu:

Perhitungan cairan	Hari-1	Hari-2	Hari-3
Asupan 500 ml	1.610 ml	1.225 ml	1.300 ml
Jumlah urin	610 ml	725 ml	800 ml

1. ND. Rencana Diet

- Jenis diet : Diet rendah protein 35 gr 1575 kkal
- Bentuk makanan : Bubur
- Route diet : Oral
- Frekuensi makan : 3x utama 1x selingan
- Tujuan diet :
 - Mencapai status gizi optimal
 - Mengatur keseimbangan air dan elektrolit
 - Mengendalikan kondisi terkait penyakit gagal ginjal kronis (misalnya anemia, hipertensi, penyakit tulang, dislipidemia dan kardiovaskular)
 - Mencegah katabolisme protein
 - Mencegah dan mengurangi risiko terjadinya komplikasi terkait penyakit ginjal misalnya hipertensi, penyakit tulang, anemia, dislipidemia dan kardiovaskular
- Syarat Diet :
 - Energi diberikan yaitu 1.575 kkal
 - Protein yang diberikan yaitu 36 gr.
 - lemak diberikan sebanyak 43,7 gr
 - Karbohidrat diberikan sebanyak 259,875 g

- 5) Kalsium diberikan 1200 mg/hari
- 6) Natrium diberikan <2000
- 7) Kalium diberikan sebanyak 1.755 mg/hari
- 8) Cairan dibatasi, yaitu sejumlah urin 24 jam ditambah 500-750 ml
- 9) Makanan yang diberikan dalam bentuk yang mudah dicerna.

2. E.1. Rencana Edukasi

1. Materi : Diet Rendah Protein
2. Media : Leaflet
3. Sasaran : Pasien dan keluarga pasien
4. Metode : Konseling
5. Waktu : Dilakukan setelah intervensi di hari ketiga
dengan waktu 15 menit
6. Tempat : Ruang perawat 1e
7. Tujuan : Agar pasien mengetahui makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan serta pasien dapat merubah pola hidup menjadi lebih baik
8. Isi Materi :
 - ✓ Menjelaskan Pengaturan makanan yang baik dan bena.
 - ✓ Mejelaskan pengolahan menu yang baik
 - ✓ untuk pasien , Menjelaskan sumber makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, Memberikan contoh menu sehari
 - ✓ Menjelaskan diet yang diberikan pada pasien.

F. Monitoring dan Evaluasi

Berikut adalah tabel monitoring yang akan dilaksanakan pada saat intervensi

Tabel 12.
Rencana Monitoring dan Evaluasi

No	Parameter	Indikator	Metode	Target	Rencana
1.	Antropometri	Berat badan	Pengukuran	BB1 : 49,5 kg	Awal dan akhir intervensi
2.	Hasil lab	Ureum Hemoglobin Hematokrit Eritrosit MCH MCV MCHC	Pemeriksaan lab	10-50 mg/dl 12-16 g/dl 37-43% 4,0-5,5 mm ³ 26-34pg 78-100FL 31-37g/dl	Selama intervensi
3.	Klinis dan fisik	TD Nadi Respirasi Suhu	Pengecekan RM	120/80 mmHg 87x/menit 20 x/ menit 36 – 37 °C	Selama intervensi
		Nafsu makan Lemasa Mual Muntah	Obsevasi	Tidak ada keluhan	
4.	Asupan makanan	Energi Protein , Lemak,Karbohidrat	Recall 1x24 jam	Asupan mencapai >80% dari kebutuhan	Selama intervensi
		Natrium Kalium Fe Cairan		<2000 mg 1,755 g 8 g 500 + Urin	
5.	Edukasi	Skor Pengetahuan	Wawancara	76 – 100%	Awal dan akhir intervensi