

BAB III

NUTRITION CARE PROSES

A. Skrining Gizi

Lembar Skrining gizi *Malnutrition Screening Tool (MST)*

Table 4.
Formulir MST

No.	Parameter	Skor
1.	Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak diinginkan selama 6 bulan terakhir? Tidak ada penurunan berat badan Tidak yakin/tidak tahu/terasa baju lebih longgar Jika iya, berapa penurunan berat badan tersebut 1-5 kg 6-10 kg 11-15kg >15 Tidak yakin penurunannya	0 2 1 ✓ 2 3 4 2
2.	Apakah asupan makanan berkurang karena berkurangnya nafsu makan ? Tidak Ya	0 1 ✓
3.	Pasien dengan diagnosa khusus : tidak () ya (✓)	HT dan DM

Pada hasil skrining gizi menggunakan MST, pasien mendapatkan skor 2. Skor 2 ini menurut kriteria penilaian formulir MST yaitu resiko malnutrisi. Maka, pasien harus diberi proses Penatalaksanaan Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) sesuai diagnosa penyakit pasien.

Kriteria Penilaian MST

Skor 0-1 Tidak Resiko Malnutrisi

Skor 2 Risiko Malnutrisi (proses asuhan gizi terstandar oleh ahli gizi/dietisien)

Skor >3 malnutrisi

Intervensi

Skor MST >2 Proses Asuhan Gizi Terstandar oleh Ahli Gizi/Dietisien

Skor MST >3 Terapi Nutrisi oleh Tim Pendukung Terapi Nutrisi (*Nutrition Support Team*)

B. Identitas Pasien

Ny. R masuk RSUD Alimuddin Umar pada tanggal 14 April 2025 dengan antropometri BB 48 kg, TB 150 cm. Pasien didiagnosa Hipertensi dengan DM Tipe II dan dirawat di ruang Maxila kemudian dilakukan proses pelayanan gizi oleh ahli gizi rumah sakit dengan menerapkan PAGT melalui tahap ADIME (Asessment gizi, diagnosa gizi, intervensi, monitoring dan evaluasi).

Nama	: Ny.R
Tempat Lahir	: Simpang Sender, 20 Agustus 1975
Usia	: 49 tahun
Pendidikan Terakhir	: S1
Pekerjaan	: PNS
Ruang	: Maxila
Tanggal Masuk	: 14 April 2025
Tanggal Intervensi	: 15- 17 April 2025
Alamat	: Simpang Sender, Ranau
Diagnosis Medis	: DM Tipe 2 disertai Hipertensi

C. Assesment Gizi

1. AD. Antropometri

Table 5.
Hasil pengukuran antropometri

Kode	Indikator pengukuran	Hasil pengukuran
AD.1.1.1	Tinggi Badan	150 cm
AD.1.1.2	Bobot badan aktual	48 kg
AD.1.1	Bobot badan ideal	45 kg
AD.1.1.5	IMT	21,3
AD.1.1.5	Status Gizi	normal

Sumber: data primer tanggal 14 April 2025

Data antropometri didapat pada pengukuran bobot badan serta tinggi badan di IGD didapatkan BB 48 kg, TB 150 cm. Dan didapatkan BBI (Berat Badan Ideal) adalah 45 kg dengan Status gizi normal.

2. BD. Data Biokimia

Table 6.
Data biokimia

Jenis Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan 14 April 2025		Nilai Rujukan
	Hasil	Ket	
GDS	420 mg/dl	Tinggi	<200 mg/dl
Hb	14,6 g/dl	Normal	12,0-14,0 g/dl
Trombosit	314000/ul	Normal	150000-400000/ul
Leukosit	7400/ul	Normal	7400/ul
Hematokrit	46%	Normal	38-46%
Eritrosit	5,1 sel/mm ³	Normal	4,4-5,5 sel/mm ³

Sumber: rekam medis Ny.R di SIMRS

Berdasarkan biokimia yang didapatkan melalui nilai lab medis hasil GDS pasien 420 mg/dl yang menunjukkan bahwa GDS pasien tinggi, HB pasien normal yaitu 14,6 g/dl, trombosit normal yaitu 314000/ul, leukosit normal 7400/ul, leukosit normal yaitu 7400/ul, hematokrit normal yaitu 46% dan eritrosit 5,1 sel/mm³.

3. PD. Fisik/klinik

Tabel 7.
Data fisik/klinis

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Keterangan
Tekanan darah	156/109 mmHg	120/80 mmHg	Tinggi
Suhu tubuh	38,3 °C	36-37,5 °C	Tinggi
Nadi	115/menit	60-100/menit	Tinggi
Respirasi	20/menit	20/menit	Normal
Sakit dan nyeri kepala	+	Normal	Ada keluhan
Nafsu makan	-	Normal	Menurun
Mual	+	Normal	Ada keluhan
Muntah	+	Normal	Ada keluhan
Nyeri ulu hati	+	Normal	Ada keluhan

Sumber: data primer pasien tanggal 14 April 2025 dan SIMRS

Cara pengumpulan pemeriksaan klinis/fisik dapat dilihat dari catatan rekam medis pasien dan hasil dari skrining pada pasien. Hasil pemeriksaan awal skrining data klinis pasien mendapatkan hasil tekanan darah 156/109 mmHg yang menunjukkan bahwa tekanan darah pasien tinggi dan adanya hipertensi, suhu tubuh pasien 38°C menunjukkan suhu tubuh pasien tinggi, nadi 115/menit menunjukkan denyut nadi pasien tinggi, respirasi normal yaitu 20/menit dan adanya keluhan seakit dan nyeri kepala, nafsu makan menurun serta adanya nyeri ulu hati dan mual muntah.

4. FH. Dietary History

Hasil dari recall 24 jam pasien mendapatkan hasil bahwa pasien saat sarapan mengkonsumsi nasi dengan telur goreng, dimana porsi nasi yang dikonsumsi pasien yaitu 1 centong, dengan lauk telur goreng ayam ras 1 butir dan digoreng dengan menggunakan minyak. Pada saat makan siang pasien mengonsumsi nasi dengan lauk ikan nila goreng dan tumis kangkung, dengan porsi nasi 1 centong, ikan nila goreng setengah ekor, dengan porsi 2 sdm. Lalu pasien tidak mengonsumsi makan pada malam harinya. Pasien mengonsumsi makanan pada hari berikutnya pada pagi dengan mengonsumsi nasi dengan lauk tahu goreng dan bening wortel dengan porsi nasi yaitu 1 centong, tahu 1 potong kecil dan sayur bening wortel 1 centong. Hasil dari recall dapat dilihat pada tabel 8.

Pasien sehari-hari bekerja menjadi guru di sekolah menengah pertama di Lampung Barat. Pola makan pasien dalam sehari tidak teratur yaitu terkadang 2 kali sehari atau 3 kali sehari. Saat bekerja pasien hanya mengonsumsi 2 kali makan utama, pasien mengonsumsi 3 makanan utama pada saat tidak sedang bekerja atau dihari libur saja. Pada selingan, pasien hanya mengonsumsi selingan di pagi atau siang hari saja. Saat melakukan FFQ didapatkan bahwa pasien sering mengonsumsi gorengan 1 kali sehari, kecap 1 kali sehari dan kopi satu kali sehari setiap harinya. Selain itu, pasien sering mengonsumsi biskuit di tiap minggunya, pasien juga mengaku jarang mengonsumsi sayuran tiap kali makan.

Pasien mengaku bahwa pada saat lebaran pola makan pasien tidak teratur dan tidak memperhatikan makanan. Pasien seringkali memakan makanan manis dan bersantan selama lebaran yang membuat tekanan darah maupun gula darah pasien meningkat.

Tabel 8.
Dietary History

Asupan Zat Gizi	Asupan Oral	Kebutuhan	% Asupan	Kategori
Energi	513,82	1500	33	Rendah
Protein	21,15	56,25	38	Rendah
Lemak	10,11	41,67	24	Rendah
Karbohidrat	80,95	225	36	Rendah
Serat	0,9	25	4	Rendah
Natrium	116,75	1500	8	Rendah

CH. Riwayat Personal

a. CH.1.1 Data personal

Ny. R merupakan seorang guru berumur 49 tahun, Ny. R tinggal di simpang sender. Sehari-hari aktivitas pasien adalah bekerja dan melakukan aktivitas ibu rumah tangga setiap harinya. Saat akan melakukan intervensi, pasien diberi soal pretest. Hasil dari jawaban pasien mengenai pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita

disadatkan hasil 90 yang berkategori bahwa pengetahuan pasien baik. Pasien tidak pernah mendapatkan edukasi mengenai penyakit hipertensi dan diabetes melitus tipe 2.

b. CH 2.1 Rekam Klinis

1) Keluhan Pasien

Ny. R datang dengan keluhan pusing dan nyeri kepala, demam dirasakan naik turun sejak seminggu yang lalu, nyeri ulu hati disertai mual muntah, lemas dan nafsu makan yang mulai menurun. Pasien juga mengeluh batuk berdahak kadang-kadang.

2) Penyakit terdahulu

Hasil diagnosa pasien mengalami Hipertensi grade 2 dan Diabetes Melitus Tipe 2. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi mulai 10 tahun yang lalu yaitu saat 2015 serta sempat dirawat inap, lalu pada 2 tahun setelahnya pasien di diagnosa diabetes melitus tipe 2 dimana pasien rutin cek gula darah dan rata-rata berada pada 200 mg/dl, namun pasien tidak rutin meminum obat hipertensi dan obat diabetes melitus.

3) Pemberian obat

Saat sebelum masuk rumah sakit, pasien mengonsumsi obat amlodipine untuk hipertensi namun, pasien tidak rutin mengonsumsi obat tersebut. Pasien mengaku mengonsumsi obat jika dirasa sakit saja. Selain itu, pasien mengonsumsi obat untuk diabetes melitus.

Saat dirawat inap, pasien diberi obat amlodipine 1x 10 mg, glimepiride 2 mg, inj insulin aprida 3, insulin lantus 1x12 IU-14 IU, infus NaCl 0,9% 20 tpm, injeksi OMZ 1x1,

Tabel 9.
Pemberian obat

Nama obat	Dosis	Fungsi	Efek samping/ indikasi	Interaksi obat terkait makanan
Amlodipine	1x10 mg	Menekan tekanan darah kepada pegidap hipertensi	Kantuk, pusing, lemah, sakit perut, mual, kulit wajat atau leher memerh	Dikonsumsi saat setelah atau sesudah makan tidak menimbulkan efek samping
Glimepiride	2 mg	Untuk mengontrol gula darah dengan merangsang pankreas untuk produksi insulin	Pusing, lemas, mual muntah, reaksi alergi, ganggaun pencernaan, berat badan naik.	Glimepiride harus diminum bersama makanan (biasanya saat sarapan atau makan utama) untuk mengurangi risiko gula darah turun terlalu rendah.
Aprida	3	Untuk mencegah mual muntah	Merasa lelah, sakit kepala, pusing, gangguan pencernaan, reaksi alergi ringan	Minum bersama makanan atau setelah makan bisa mengurangi rasa tidak nyaman di perut.
Lantus	1 x 12 - 14 IU	Mengontrol kadar gula darah pada pengidap diabetes melitus	Nyeri, kemerahan, penambahan berat badan	Lantus harus digunakan sebagai basal insulin, jadi pemberiannya biasanya tidak tergantung pada waktu makan
NaCl	0,9%	Menggantikan cairan tubuh yang hilang akibat dehidrasi	Kelebihan cairan, kemerahan, nyeri atau pembengkakan	Saat diberikan infus NaCl maka tidak ada interaksi langsung

			dan infeksi jika infus tidak steril	dengan makanan
OMZ	1 x 1	Mengurangi produksi asam lambung	Sakit kepala, mual, muntah, diare, nyeri perut dan pusing ringan	Omeprazole bisa diminum dengan atau tanpa makanan. Namun, biasanya dianjurkan diminum 30 menit sebelum makan pagi agar efektivitasnya maksimal.

D. Diagnosis Gizi

Tabel 10.

Diagnosis gizi

TERMINOLOGI	PROBLEM	ETIOLOGI/AKAR MASALAH	SIGN/SYMPTOM
NI.2.1	Asupan oral inadekuat	Berkaitan dengan kurang nafsu makan, nyeri di bagian ulu hati, Kepala terasa pusing.	Ditandai dengan Energi 33%, protein 38%, lemak 24%, KH : 36%.
NI.5.3	Penurunan kebutuhan natrium	Berhubungan pada : Kenaikan darah diatas normal (hipertensi)	Ditandai dengan : TD 156/109 mmHg
NC.2.2	Perubahan nilai lab terkait gizi	Berkaitan pada Berhubungan fungsi insulin	Ditandai dengan GDS 420 mg/dl (tinggi)
NB.1.5	Gangguan pola makan	Berhubungan pada Pola makan yang tidak teratur	Ditandai dengan Kebiasaan pola makan 2x sehari.

E. Intervensi Gizi

1. ND.Rencana Diet

Jenis diet : Diet DM (1500 kkal) dan DASH
 Bentuk makanan : Makanan lunak
 Rute makan : oral

Frekuensi makanan : 3 kali utama 2 kali selingan

Tujuan diet :

- Mengurangi kadar glukosa dalam darah agar mencapai kadar normal lewat penyeimbangan konsumsi makanan asupan dengan insulin, menggunakan obat penurun glukosa yang diminum serta melakukan aktivitas fisik
- Mengurangi tekanan darah kepada penderita hipertensi.

Syarat diet :

- Energi diberi selaras kebutuhan dan kegiatan fisik (1500 Kkal)
- Protein diberikan cukup (56,25 gr)
- Lemak diberikan sesuai kebutuhan (41,67 gr)
- KH diberikan sesuai kebutuhan diet DM (225 gr)
- Serat diberikan tinggi 25 gr
- Mineral dan vitamin diberikan cukup.
- Natrium dibatasi 1500 mg/hari
- Kalium 4700 mg/hari
- Calsium 1200 mg/ hari
- Cairan diberikan 2060 ml/hr

a) Kebutuhan energi :

Menghitung Keb. Energi (Rumus Perkeni)

- Kalori basal = $\text{BBI} \times 25$
 $= 45 \text{ kg} \times 25$
 $= 1.125 \text{ kal}$
- Faktor aktivitas = $20\% \times 1.125 \text{ kal}$
 $= 225 \text{ kal}$

- Setres metabolik = $13\% \times 1.125 \text{ Kal}$
= 146,25 kal
- Total = $1.125 + 225 + 146,25$
= $1496,5 = 1500 \text{ kkal}$

Zat Gizi Makro

- Protein (10-20%) = $15\% \times 1500$
= 225 kkal / 4 gr
= 56,25 gr
- Lemak (20-25%) = $25\% \times 1500 \text{ kkal}$
= 375 kkal / 9 gr
= 41,67 gr
- KH (60%) = $1500 \text{ kkal} - 225 \text{ kkal} - 375 \text{ kkal}$
= $900 \text{ kkal} \div 4$
= 225 gr
- Serat = 25 gr

Keb. Mikro :

- Natrium <1500 mg
- Kalium : 4700 mg

Cairan (rumus holiday segar)

$$\begin{aligned}
 &= 1500 + (\text{BB} - 20 \text{ kg}) \times 20 \text{ ml} \\
 &= 1500 + (48 - 20 \text{ kg}) \times 20 \text{ ml} \\
 &= 1500 + 28 \times 20 \text{ ml} \\
 &= 1500 + 560 \text{ ml} \\
 &= 2060 \text{ ml}
 \end{aligned}$$

2. E.1 Rencana Edukasi

Meteri : Mengenai penyakit Diabetes Melitus Tipe 2 disertai Hipertensi

Media : Leaflet

Sasaran : Pasien (Ny.R)

Waktu : 17 April 2025

Tempat : Kamar Rawat Inap

Tujuan :

- Menambah wawasan pasien terkait penyakit hipertensi dan DM yang diderita
- Merubah perilaku makan pasien menjadi makanan gizi seimbang
- Memberikan motivasi dan semangat pada pasien dan keluarga untuk menjalankan dan menerapkan diet DM 1500 kkal dan DASH.

Isi materi :

- Menjelaskan pentingnya mengikuti diet yang diarahkan untuk mengelola penyakit
- Memberikan bantuan praktis tentang bagaimana pemilihan, frekuensi, dan besar porsi setiap kali makan
- Memberikan pengetahuan tentang asupan yang disarankan serta dikurangi bagi pasien untuk mengelola penyakitnya.

F. Monitoring dan Evaluasi

Table 11.

Rencana monitoring serta evaluasi

Pemeriksaan	Yang diukur	Cara pengukuran	Target
Antropometri	BB TB	Pengukuran memakai timbangan dan stadiometer	BB tetap dalam status normal
Biokimia	- Hb - Trombosit - Hematokrit - Eritrosit - Leukosit - GDS	Pemeriksaan laboratorium	N : 12,0 – 14,0 g/dl N : 150000-400000/ul N : 38- 46% N : 4,4– 5,5 sel/mm ³ N : 5000 – 10000/ μ l N : 200 mg/dl
Klinis/fisik	- TD - Suhu - Nadi - RR: - Nyeri dan pusing dikepala - lemas - mual muntah - Tidak nafsu makan	Melihat data pasien, wawancara dan observasi	N : 90 - 120/80 mmHg N : 36 - 37°C N : 60 – 100/menit Keluhan menurun, berkurang sampai hilang
Dietary	- Energi - Protein - Lemak - Karbohidrat	Recall 24 jam	Asupan 90 – 110%