

TUGAS AKHIR

**STUDI KASUS ASUHAN GIZI DENGAN METODE INTERNATIONAL DIETETICS
NUTRITION TERMINOLOGY (IDNT) PADA PASIEN GERIATRI DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DAN HEIMPARSE SINISTRA DI RUANG RAWAT
UNIT STROKE RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN**



DISUSUN OLEH :

NYONO DEDI PRABOWO

NIM. P07131522014

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA
JURUSAN GIZI
TAHUN 2020**

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

Studi Kasus Asuhan Gizi Dengan Metode International Dietetics Nutrition Terminology (Idnt) Pada Pasien Geriatri Dengan Stroke Non Hemoragik Dan Heimparese Sinistra Di Ruang Rawat Unit Stroke Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

NYONO DEDI PRABOWO

NIM. P07131522014

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji Pada tanggal :

SUSUNAN DEWAN PENGUJI :

Ketua,,

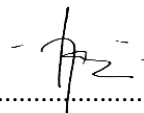
Susilo Wirawan, SKM, M.Kes.

()

NIP. 197001151994031003

Anggota,

Tjaronosari, SKM, M.Kes

()

NIP.196102031985012001

Anggota,

Joko Susilo, SKM, M.Kes

()

NIP. 196412241988031002.

Yogyakarta,.....2020

Ketua Jurusan Pendidikan Profesi Dietesien Poltekkes Kemenkes Yogyakarta



Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si.

NIP.196303241986031001

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT karena telah melimpahkan kasih dan sayang Nya kepada kita, sehingga penyusunan Laporan Studi Kasus ini dapat diselesaikan. Penulisan laporan studi kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk Praktik Rotasi Gizi Klinik pada Program Studi Pendidikan Dietisien Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Laporan ini terwujud atas bimbingan, pengerahan, dan bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Iswanto, S.Pd., M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Bapak Nur Hidayat, SKM, M.Kes, RD, selaku Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
3. Bapak Dr. Slamet Iskandar, SKM, M.Kes, selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Dietisien Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
4. Ibu Rini Wuri Astuti, S.SiT, M.Gizi, selaku Koordinator Praktik Rotasi Gizi Klinik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
5. Ibu Ririn Yuliati, S.SiT, M.Si, selaku Kepala Unit Gizi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
6. Ibu Tri Wiji Utami S.Gz selaku Instruktur Klinik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
7. Ibu Dian selaku Koordinator Instruktur Klinik RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
8. Seluruh staff dan karyawan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten yang telah membantu dan memberi informasi dalam penyusunan laporan ini
9. Teman-teman kelompok praktik rotasi gizi klinik di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, yang telah memberikan inspirasi, semangat, dan bantuannya, mengenai semua hal yang berkaitan dengan penyusunan laporan ini.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga laporan ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	3
A. Stroke	3
B. Hemiparese	4
C. Intervensi Gizi.....	5
BAB III METODE PENELITIAN.....	7
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus.....	7
B. Subyek Studi Kasus	7
C. Fokus Studi	7
D. Definisi Operasional Fokus Studi	8
E. Instrument Studi Kasus.....	13
F. Metode Pengumpulan Data.....	13
G. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	14
H. Analisis Data dan Penyajian Data.....	14
I. Etika Studi Kasus.....	14
BAB IV HASIL	15
A. Identitas Pasien	15
B. Hasil Skrinning Gizi	17
C. Riwayat Makan (FH)	18
D. Standar Perbandingan (CS).....	20
E. Antropometri (AD.1.1)	21

F. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)	21
G. Biokimia (BD)	22
H. Terapi Medis dan Fungsi	22
I. Diagnosis Gizi.....	23
J. Intervensi Gizi.....	25
K. Kolaborasi (RC).....	27
L. Rencana Monitoring.....	27
BAB V PEMBAHASAN	29
A. Skrining Gizi.....	29
B. Antropometri.....	29
C. Biokimia.....	29
D. Fisik/Klinis.....	30
E. Asupan Makan	30
BAB VI PENUTUP	32
A. Kesimpulan	32
B. Saran	32
DAFTAR PUSTAKA	33

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam akibat gangguan aliran darah otak. Stroke sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak. Menurut riset kesehatan dasar yang diselenggarakan oleh kementerian kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2013, di Indonesia terdapat lebih dari 2 juta penduduk, atau 12 dari 1000 penduduk, menderita stroke dengan persentase terbesar berasal dari provinsi Sulawesi selatan. Stroke merupakan pembunuh nomor 1 di Indonesia, lebih 15% kematian di Indonesia disebabkan oleh stroke.

Stroke iskemik memiliki kejadian yang lebih sering di bandingkan dengan stroke hemoragik, namun stroke hemoragik membunuh lebih sering dibandingkan dengan stroke iskemik. Banyak penderita stroke yang lamban diatasi sehingga dapat menyebabkan komplikasi yang lebih buruk. Kondisi ini akan menimbulkan kualitas hidup bangsa Indonesia menjadi rendah.

Peningkatan kadar gula darah pada pasien stroke umum terjadi. Keadaan hiperglikemia yang ditemukan pada hingga 2/3 penderita stroke iskemik fase akut telah dihubungkan dengan outcome penderita yang buruk. Hiperglikemia yang terjadi bisa disebabkan karena adanya riwayat diabetes ataupun juga karena adanya respon stres. Resiko penyakit kardiovaskuler, termasuk stroke meningkat diantara orang yang terkena diabetes dan tidak diabetes dengan meningkatnya tekanan pembuluh darah (sistolik dan diastolik), level kolestrol darah dan jumlah rokok. Penderita diabetes resiko untuk terkena stroke berhubungan secara langsung dengan faktor-faktor lainnya, khususnya merokok, tekanan darah dan level lipoprotein.

Salah satu hal penting yang harus diperhatikan adalah pemenuhan kebutuhan nutrisi untuk mempercepat penyembuhan dan memperpendek lama rawat. Hampir semua pasien kritis mengalami anoreksia atau ketidakmampuan makan karena penurunan kesadaran, pemberian sedasi, dan terintubasi. Pasien yang tidak dapat makan atau tidak boleh makan harus tetap mendapat masukan nutrisi melalui cara enteral dengan selang nasogastric (NGT) maupun selang oralgastrik (OGT) atau cara parenteral (intravena) baik itu menggunakan vena central maupun perifer (Setianingsih

dan Anastasia, 2014). Asesmen pada kebutuhan nutrisi individu merupakan hal yang penting dalam kesuksesan dukungan nutrisi meliputi adanya suplai energi yang adekuat (Ndahimana dan Kim, 2018).

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu merencanakan dan melakukan proses asuhan gizi terstandar di rumah sakit pada pasien *stroke non hemoragik* dan *hemiparese sinistra*.

2. Tujuan Khusus

A. Melakukan skrining gizi pada pasien *stroke non hemoragik* dan *hemiparese sinistra*.

B. Melakukan assessment gizi pada pasien *stroke non hemoragik* dan *hemiparese sinistra*.

C. Menegakkan diagnosis gizi pada pasien *stroke non hemoragik* dan *hemiparese sinistra*.

D. Melakukan intervensi gizi pada pasien *stroke non hemoragik* dan *hemiparese sinistra*.

E. Melakukan monitoring dan evaluasi gizi pada pasien *stroke non hemoragik* dan *hemiparese sinistra*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stroke

1. Definisi

Stroke adalah serangan mendadak yang terjadi pada pembuluh darah otak di sebabkan oleh tersumbatnya atau pecahnya pembuluh darah dalam otak, selain itu stroke juga merupakan penyakit neurologik (saraf) yang sering menyebabkan kecacatan dan kematian sehingga dapat juga disebut sebagai brain attack atau serangan otak.

2. Etiologi

Persoalan pokok pada stroke adalah gangguan peredaran darah pada region otak tertentu, yang bisa diakibatkan oleh karena sumbatan atau perdarahan, seperti trombosis, emboli atau perdarahan, akan menimbulkan masalah yang sama yakni iskemia serebral yang dapat mengakibatkan hipoksia dan akhirnya nekrosis otak/infark.

Stroke menurut Smeltzer & Bare (2002), biasanya diakibatkan dari salah satu dari empat kejadian, yaitu: (1) Trombosit (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher). (2) Embolisme serebral material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. (3) Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak). (4) Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir memori, bicara atau sensasi.

3. Faktor Risiko

Resiko stroke terbagi menjadi 2, yaitu faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor resiko yang dapat dimodifikasi.

a. Faktor Resiko yang Tidak Dapat Dimodifikasi:

- 1) Usia
- 2) Jenis kelamin
- 3) Hereditas

b. Faktor Risiko yang Dapat Simodifikasi

- 1) Hipertensi
- 2) Diabetes mellitus

- 3) Kelainan jantung
 - 4) Merokok
 - 5) Obesitas
 - 6) Aktivitas fisik
4. Gejala
- Berikut beberapa gejala stroke:
- 1) Kelumpuhan anggota gerak satu sisi (hemiparesis)
 - 2) Gangguan sensorik satu sisi tubuh
 - 3) Hemianopia (buta mendadak)
 - 4) Diplopia
 - 5) Vertigo
 - 6) Afasia
 - 7) Disfagia
 - 8) Kejang atau penurunan kesadaran

B. Hemiparese

1. Definisi

Hemiparesis (kelemahan otot pada lengan dan tungkai satu sisi) adalah kerusakan yang menyeluruh, tetapi belum menuntuhkan semua neuron korteks piramidalis sisi, menimbulkan kelumpuhan pada belahan tubuh kontralateral yang ringan sampai sedang.

2. Gejala

a. Hemiparese tanpa gejala peninggian tekanan intrakranial :

- 1) strok nonhemoragik
- 2) Emboli
- 3) Thrombotik

b. Hemiparesis dengan peninggian tekanan intrakranial :

- 1) Hematoma epidural
- 2) Hematoma subdural
- 3) Perdarahan intraserebral traumatik
- 4) Serebritis/Abses serebri
- 5) Perdarahan intraserebral (PIS)

3. Lokasi Kelainan

a. Dekstra, jika sisi kanan tubuh yang lemah, dan

- b. Hemiparesis sinistra jika belahan tubuh kiri yang lemah
- 4. Penyebab
 - a. Vaskular : GPDO : Perdarahan intraserebral, iskemia karena thrombotik atau emboli
 - b. Trauma kapitis : Perdarahan intraserebral traumatik
Perdarahan epidural
Perdaraha subdural
 - c. Infeksi : Cerebritis
 - d. Abses serebri
 - e. Tumor : tumor intraserebral
- 5. Kelainan Neurologis yang sering menyertai Hemiparese
 - a. Gangguan kesadaran
 - b. Gangguan fungsi kortikal luhur
 - c. Tanda rangsang meningeal
 - d. Kelainan saraf-saraf kranial
 - e. Gangguan sensibilitas (hemihipestesi) 8.6.Gangguan sistem saraf otonom (uninhebetted bladder)

C. Intervensi Gizi

1. Definisi

Intervensi gizi adalah suatu tindakan yang terencana yang ditujukan untuk merubah perilaku gizi, kondisi lingkungan, atau aspek status kesehatan individu. Intervensi gizi yang diberikan di awal pengaturan perawatan kritis telah terbukti meningkatkan hasil.

Pasien kritis merupakan pasien yang secara fisiologis tidak stabil, maka pasien membutuhkan perawatan intensif sesuai untuk pasien yang membutuhkan atau mungkin memerlukan dukungan pernapasan lanjutan, pasien yang membutuhkan dukungan dari dua atau lebih sistem organ, dan pasien dengan gangguan kronis dari satu atau lebih sistem organ. Dukungan pernapasan tingkat lanjut diberikan saat terjadi kemungkinan penurunan fungsi pernapasan mendadak dan tajam yang memerlukan ventilator (Smith dan Nielsen, 1999).

Perawatan kritis memerlukan pengambilan keputusan yang kompleks dan dukungan sistem organ vital untuk mencegah kegagalan yang melibatkan satu atau lebih komplikasi. Salah satu hal penting yang harus diperhatikan adalah pemenuhan

kebutuhan nutrisi untuk mempercepat penyembuhan dan memperpendek lama rawat. Hampir semua pasien kritis mengalami anoreksia atau ketidakmampuan makan karena penurunan kesadaran, pemberian sedasi, dan terintubasi. Pasien yang tidak dapat makan atau tidak boleh makan harus tetap mendapat masukan nutrisi melalui cara enteral dengan selang nasogastric (NGT) maupun selang oralgastrik (OGT) atau cara parenteral (intravena) baik itu menggunakan vena central maupun perifer (Setianingsih dan Anastasia, 2014).

Manfaat Enteral Nutrition . untuk pencernaan :

- a. Menjaga integritas usus
 - b. Mengurangi peradangan usus/paru-paru
 - c. Meningkatkan motilitas/kontraktilitas
 - d. Meningkatkan daya serap
 - e. Mempertahankan jaringan limfoid terkait usus
 - f. Mendukung dan memelihara bakteri komensal
 - g. Mengurangi virulensi organisme patogen endogen
 - h. Mempromosikan produksi sekretori
 - i. Mempromosikan efek trofik pada sel epitel
2. Syarat Diet
- a. Energi 20-45 kkal/kgBB (Tata laksana *critical ill*)
 - b. Protein 1-1,2 g/kgBB (Perkeni)
 - c. Lemak 20-25% dari total kebutuhan (Perkeni)
 - d. Karbohidrat 45-65% dari total kebutuhan

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus

Jenis dan rancangan penelitian yang dilakukan dalam penelitian dengan judul Studi Kasus Mendalam pada Pasien Geriatri Dengan Stroke Non Hemoragik Dan Heimparese Sinistra Di Ruang Rawat Unit Stroke Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek penelitian ini adalah pasien Studi Kasus Mendalam pada Pasien Geriatri Dengan Stroke Non Hemoragik Dan Heimparese Sinistra Di Ruang Rawat Unit Stroke Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Pasien rawat inap yang memerlukan asuhan gizi minimal selama 3 hari

1. Kesadaran baik
2. Dapat berkomunikasi dengan baik
3. Bersedia menjadi responden

C. Fokus Studi

1. Skrining gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Geriatri Dengan Stroke Non Hemoragik Dan Heimparese Sinistra Di Ruang Rawat Unit Stroke Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.yang baru masuk ke rumah sakit disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik serta sesuai kesepakatan dengan rumah sakit
2. Pengkajian gizi (*Assessment*) pasien rawat inap Pasien Geriatri Dengan Stroke Non Hemoragik Dan Heimparese Sinistra Di Ruang Rawat Unit Stroke Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. meliputi data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan (*Dietary History*).
3. Analisis diagnosis gizi pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Geriatri Dengan Stroke Non Hemoragik Dan Heimparese Sinistra Di Ruang Rawat Unit Stroke Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten ranah klinis dan behaviour menggunakan pendekatan problem, etiology, dan symptom (PES)

4. Analisis intervensi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Geriatri Dengan Stroke Non Hemoragik Dan Heimparese Sinistra Di Ruang Rawat Unit Stroke Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien.
5. Analisis monitoring dan evaluasi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Geriatri Dengan Stroke Non Hemoragik Dan Heimparese Sinistra Di Ruang Rawat Unit Stroke Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

D. Definisi Operasional Fokus Studi

1. Pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Geriatri Dengan Stroke Non Hemoragik Dan Heimparese Sinistra Di Ruang Rawat Unit Stroke Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, jenis kelamin, usia, riwayat penyakit, diagnosis medis, dan lain-lain. Nama pasien biasanya disamarkan sedangkan jenis kelamin, usia, riwayat penyakit, dan diagnosis medis dinyatakan dengan jelas. Metode pengambilan data identitas pasien dilakukan dengan cara melihat rekam medis pasien.

2. Skrining Gizi

Skrining gizi merupakan tahap awal yang dilakukan untuk mengetahui risiko terjadinya malnutrisi atau tidak pada pasien yang baru masuk ke rumah sakit. Formulir skrining gizi awal yang digunakan pada penelitian ini yaitu skrining lansia MNA-SF.

3. Pengkajian Gizi (*Assessment*)

Pengkajian gizi dilakukan untuk menggali informasi pasien agar dapat diidentifikasi masalah gizi pasien. Pengkajian gizi (*Assessment*) terdiri dari pengambilan data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan.

- a. Antropometri

Data antropometri adalah data yang dapat diukur dengan alat ukur. Data antropometri terdiri dari berat badan dan tinggi badan. Keduanya dapat diukur dengan bermacam-macam alat sesuai dengan kondisi pasien. Apabila pasien dengan kesadaran baik, dapat berdiri dan berjalan pengukuran berat badan dapat menggunakan timbangan injak dan tinggi badan menggunakan microtoice sehingga didapatkan data antropometri yang aktual. Sedangkan, untuk pasien yang tidak dapat berdiri atau dalam keadaan *bedrest* pengukuran menggunakan estimasi yaitu untuk berat badan menggunakan estimasi LILA dan tinggi badan menggunakan Panjang ULNA. Pengukuran LILA maupun panjang ULNA dapat

menggunakan satu alat ukur yaitu metlin. Data antropometri dapat digunakan untuk mengetahui status gizi pasien melalui perhitungan IMT dan apabila tidak memungkinkan menggunakan IMT dapat menggunakan persentil LILA. Selain itu, data antropometri digunakan untuk menghitung kebutuhan gizi pasien.

b. Biokimia

Data biokimia didapat dari hasil laboratorium yang berasal dari hasil rekam medis pasien. Data biokimia yang digunakan adalah hasil laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi pasien dengan Pasien Geriatri Dengan Stroke Non Hemoragik Dan Heimparese Sinistra Di Ruang Rawat Unit Stroke Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Adapun nilai normal laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 1. Data Biokimia pada Pasien

Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Ket.
Hemoglobin	12,80 g/dl	14-18 mg/dl	Rendah
Eritrosit	4,40 10 ⁶ /ul	4,70 – 6,20 10 ⁶ /ul	Rendah
Leukosit	12,71 10 ³ /ul	4,8 – 10,8 10 ³ /ul	Tinggi
Neutrofil	87,20%	50-70%	Tinggi
Eosinofil	0,00%	1-3%	Rendah
Limfosit	5,50%	20-40%	Rendah
Ureum	89,8 mg/dl	15-40 mg/dl	Tinggi
Kreatinin	1,47 mg/dl	0,70-1,10 mg/dl	Tinggi
BUN	42 mg/dl	7-18 mg/dl	Tinggi
Kalium	3,36 mmol/L	3,50-5,10 mmol/L	Rendah
Klorida	95,7 mmol/L	98-107 mmol/L	Rendah
Natrium	131,4 mmol/L	136-145 mmol/L	Rendah
GDS	141 mg/dl	70-140 mg/dl	Tinggi

c. Fisik/klinis

Pemeriksaan fisik seperti mual/muntah dan oedema/ascites didapatkan dari observasi dan rekam medis pasien dari awal proses asuhan gizi. Sedangkan, pemeriksaan klinis seperti tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu didapatkan dari

data rekam medis pasien. Adapun nilai normal dari data fisik/klinis dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 2. Data Klinis-Fisik pada Pasien .

Kode IDNT	Data Fisik/ Klinis	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	Lemas, Apatis GCS E3VXM6
PD.1.1.2	Bahasa Tubuh	Lemah, bedrest
PD.1.1.6	Kepala dan mata	Normal
PD.1.1.9	Vital sign Nadi Suhu Respirasi Tekanan darah Saturasi Oksigen	100x/menit 36,2°C 26xmenit 124/65 mmHg 98%
PD 1.5	Sistem Pencernaan	Mual muntah Susah menelan Terpasang NGT (+)
Pemeriksaan Penunjang: Swab Antigen : Negatif		

Sumber:

d. Riwayat Makan (*Dietary History*)

Data riwayat makan (*dietary history*) adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien meliputi data riwayat makan pasien terdahulu (kebiasaan makan) menggunakan metode SQFFQ, data riwayat makan sehari sebelum masuk rumah sakit menggunakan metode *food recall* 24 jam. Setelah data riwayat makan pasien didapatkan, kemudian data tersebut dibandingkan dengan kebutuhan/standar rumah sakit yang ada dan disimpulkan berdasarkan WNPG (2014) baik asupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat:

- a) Baik : 80-110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.

- b) Kurang : <80% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.
- c) Lebih : >110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit

4. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi adalah kegiatan mengidentifikasi dan memberi nama masalah gizi. Pembuatan diagnosis gizi berdasarkan pada hasil asesmen gizi yang dilakukan oleh nutrisisionis. Komponen asesmen gizi meliputi: antropometri, biokimia, fisik-klinis, riwayat gizi, riwayat personal. Disamping itu, dalam membuat diagnosis gizi, juga perlu melihat faktor penyebab timbulnya masalah (etiologi). Diagnosis gizi dibedakan menjadi tiga domain, meliputi domain intake (NI), domain klinis (NC), dan domain behavior (NB).

Domain intake yang umum terjadi pada pasien gagal ginjal kronis antara lain: (a) NI-1.2 Asupan makanan dan minuman peroral tidak adekuat; (b) NI-3.2 Asupan cairan berlebih; dan (c) NI.5.4 Penurunan kebutuhan zat gizi tertentu. Domain klinis yang biasa terjadi pada pasien gagal ginjal kronik antara lain: (a) NC-2.2 Perubahan nilai laboratorium terkait gizi; dan (b) NC-3.4 Peningkatan berat badan yang tidak diinginkan. Domain behavior yang biasa terjadi pada pasien gagal ginjal kronik antara lain: (a) NB-1.4 Ketidakmampuan memonitor diri sendiri, dan (b) NB-1.7 Pemilihan makanan yang tidak diinginkan.

5. Intervensi Gizi

Intervensi gizi dilakukan untuk mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapan terkait perilaku yang berhubungan dengan penyakit gagal ginjal kronik. Intervensi gizi meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien. Maka diperlukan alat bantu dalam menganalisis zat gizi yaitu Tabel Komposisi Pangan Indonesia (TKPI), *nutrisurvey*, dan kalkulator.

Selain itu, intervensi gizi meliputi kolaborasi serta konseling dan edukasi gizi. Kolaborasi merupakan kegiatan dalam mengomunikasikan rencana, proses, dan hasil monitoring evaluasi kegiatan asuhan gizi dengan tenaga kesehatan/institusi/dietisien lain yang dapat membantu dalam merawat atau mengelola masalah yang berkaitan dengan gizi. Konseling dan edukasi gizi yang meliputi tujuan pemberian, sasaran, strategi penyampaian materi, materi yang diberikan, dan metode pemberian gizi. Konseling dan edukasi gizi dilakukan untuk merubah perilaku gizi dan aspek kesehatan

pasien. Dalam hal ini diperlukan alat bantu seperti daftar penukar bahan makanan dan *leaflet*.

6. Monitoring dan Evaluasi Gizi

Monitoring dan evaluasi meliputi: antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan asupan makan yang diperoleh dengan cara melihat rekam medis pasien, observasi, dan wawancara langsung. Metode yang digunakan dalam memonitoring asupan makan pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit yaitu menggunakan metode *visual Comstock* dan metode *food recall* 24 jam untuk mengetahui asupan makan dari luar rumah sakit dalam sehari.

Table 1. Rencana Monitoring dan Evaluasi

Anamnesis	Hal Yang diukur	Waktu Pengukuran	Evaluasi/Target
Antropometri	Berat badan	1 Minggu	Tidak terjadi penurunan
Biokimia	Hemoglobin	Setiap pemeriksaan laboratorium	Mendekati normal
	Eritrosit		Mendekati normal
	Lekosit		Mendekati normal
	Neutrofil		Mendekati normal
	Eosinofil		Mendekati normal
	Limfosit		Mendekati normal
	Ureum		Mendekati normal
	Kreatinin		Mendekati normal
	BUN		Mendekati normal
	Kalium		Mendekati normal
	Klorida		Mendekati normal
	Natrium		Mendekati normal
	Gula darah sesaat		Mendekati normal
Klinis/fisik	Vital sign	Setiap hari	Vital sign normal
	Gastrointestinal		Tidak ada gangguan gastrointestinal

Dietary	Asupan Energi Asupan Protein Asupan Lemak Asupan Karbohidrat	Setiap hari	Asupan energy, protein, lemak dan karbohidrat mencapai REE
---------	---	-------------	---

E. Instrument Studi Kasus

Dalam penelitian ini alat dan bahan yang digunakan adalah:

1. Alat tulis
2. Formulir persetujuan responden
3. Formulir PAGT
4. Formulir skrining gizi
5. Formulir *recall* 24 jam
6. Formulir SQFFQ
7. Formulir *Comstock*
8. TKPI dan Daftar Penukar Bahan Makanan
9. *Leaflet* Diet Gagal Ginjal Kronik
10. Microtoise
11. Timbangan injak digital
12. Pita LILA/metlin
13. Laptop/computer

F. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Table 2. Rencana Metode Pengumpulan Data

Fokus Studi	Metode Pengumpulan	Jenis Data
Identitas pasien	Rekam medis	Data sekunder
Skrining Gizi	Wawancara	Data primer
Antropometri	Pengukuran langsung	Data primer
Biokimia	Rekam medis	Data sekunder
Fisik	Observasi, rekam medis	Data primer, sekunder
Klinis	Rekam medis	Data sekunder

Riwayat makan untuk Wawancara pengkajian (<i>assessment</i>)	Data primer
Riwayat makan untuk Observasi, wawancara monitoring evaluasi	Data primer, sekunder

G. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap Wisnumurti pada tanggal 10 Maret 2022

H. Analisis Data dan Penyajian Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan secara deskriptif. Penyajian data pada penelitian ini yaitu dalam bentuk narasi/tekstular dan tabel.

I. Etika Studi Kasus

Peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada prinsip etik yang meliputi:

1. Pemberian Persetujuan (*Informed Consent*)

Peneliti memberikan Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP) kepada calon subjek penelitian. PSP terdiri dari: Judul dan nama peneliti, tujuan penelitian, kriteria pemilihan subjek, manfaat penelitian, prosedur penelitian, partisipasi sukarela, jaminan kerahasiaan, dan kemudahan kontak peneliti. Jika responden bersedia menjadi responden, maka responden dan keluarga/wali responden harus menandatangani surat persetujuan. Jika tidak maka peneliti tidak akan memaksa dan akan menghormati haknya.

2. Menghormati Privasi (*Respect for Privacy*) dan Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Penelitian yang dilakukan harus menjunjung tinggi martabat subjek dan menghargai has asasi subjek. Peneliti menjamin kerahasiaan segala informasi responden termasuk identitas pasien dan data yang didapat hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

3. Manfaat/berbuat baik (*Beneficien*) dan Tidak merugikan (*Non-Maleficence*)

Peneliti hendaknya memberikan manfaat yang maksimal untuk subjek penelitian dan berusaha meminimalisir dampak yang merugikan bagi subjek penelitian. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, maupun stress pada subjek penelitian

BAB IV HASIL

A. Identitas Pasien

1. Data Personal (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Bp. Mr
CH.1.1.1	Umur	66 Tahun
CH.1.1.2	Jenis Kelamin	Laki laki
CH.1.1.4	Suku	Jawa
CH.1.1.6	Bahasa	Indonesia
CH.1.1.9	Peran dalam keluarga	Ayah
CH.1.1.10	Penggunaan rokok	Tidak merokok
	Diagnosis medis	<i>Stroke Non Hemoragik, Hemiparese Sinistra</i>

2. Riwayat Penyakit (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1	Keluhan utama	Pasien merasa pusing berputar-putar, kelemahan anggota gerak kiri dan pelo
	Riwayat penyakit sekarang dan dahulu	Sekarang : <i>Stroke Non Hemoragik, Hemiparese Sinistra</i> Dahulu : Diabetes mellitus
	Riwayat pengobatan	Tidak mengonsumsi obat

Nomor RM : 641119

Ruang Perawatan : Unit Stroke

Tanggal MRS : 12 April 2023

Tanggal pengambilan kasus : 17 April 2023

3. Riwayat Klien yang Lain

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
-----------	------------	------------

CH.2.1.1	Gizi	Penurunan asupan makan
CH.2.1.5	Gastrointestinal	Mual, muntah, sulit menelan
CH.2.1.8	Imun	Tidak ada alergi makanan
CH.2.1.11	Neurological	Stroke non hemoragik
CH.2.2.1	Perawatan	-
CH.3.1.2	Situasi rumah/hidup	Tinggal bersama, anak dan cucu
CH.3.1.6	Pekerjaan	Pensiunan
CH.3.1.7	Agama	Islam

Kesimpulan:

Pasien mengalami penurunan nafsu makan, mual muntah dan susah menelan. Pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan. Pasien sebagai pensiunan. Aktivitas fisik sebelum masuk rumah sakit termasuk dalam kategori ringan.

B. Hasil Skrining Gizi

Metode Skrining yang dipakai:

Form MNA

Skrining Gizi	Skor
BB : 54,19 kg TB : 165,49 cm IMT : 19,92 kg/m ² (Normal)	
A. Apakah terjadi penurunan asupan makan selama 3 bulan terakhir berkaitan dengan penurunan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau kesulitan menelan? 0 = Asupan makan sangat menurun atau sama sekali tidak mau 1 = penurunan nafsu makan tingkat sedang 2 = tidak kehilangan penurunan nafsu makan	1
B. Penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir 0 = penurunan berat badan > 3 kg (6,6 lbs) 1 = penurunan berat badan tidak diketahui 2 = penurunan berat badan antara 1 dan 3 kg (2,2 dan 6,6 lbs) 3 = tidak terjadi penurunan berat badan	1
C. Mobilitas 0 = hanya di atas kasur atau di kursi roda 1 = dapat beranjak dari kursi/kasur, tetapi tidak mampu beraktivitas normal 2 = mampu beraktivitas normal	0
D. Menderita penyakit psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir 0 = ya 2= tidak	0
E. Masalah neuropsikologis 0 = demensia tingkat berat atau depresi 1 = demensia tingkat sedang 2 = tidak ada masalah psikologis	1
F. Body Mass Index (BMI) 0 = BMI < 19 1 = BMI 19 – <21 2 = BMI 21 – <23 3 = BMI ≥ 23	1

Kesimpulan Hasil Skrining:

Skrining pasien mendapatkan jumlah skor 4 dengan interpretasi malnutrisi

C. Riwayat Makan (FH)

1. SQFFQ

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat Diet (pola makan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pola makan : 3x sehari 2. Makanan Pokok : Nasi, 3x/hari @ 1/2 centong 3. Lauk Hewani : Ayam, telur (digoreng) 3x/minggu gantian @ 1 potong 4. Lauk Nabati : Tahu, tempe (digoreng) 2-3x/hari gantian @ 1 potong 5. Sayur : Kacang panjang, daun pepaya, kool @ 3x/hari @ 1 sds 6. Buah : Jeruk, pisang @ 1x/minggu @ 1 buah 7. Camilan : Krupuk rambak 1x/hari @ 3 buah, roti manis 1x/hari @ 1 buah 8. Minuman : Teh manis 1x/hari @ 3 sdm gula pasir
FH.2.1.1	Pemesanan Diet	SD DM
FH.2.1.2	Pengalaman diet	Belum pernah melakukan diet
FH.2.1.3	Lingkungan makan	Makan bersama keluarga
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Belum pernah mendapatkan edukasi

Kesimpulan:

Menurut kebiasaan makan pasien sering mengonsumsi camilan berupa roti manis setiap hari teh manis setiap hari dengan 3 sdm gula pasir. Pasien belum pernah mendapatkan edukasi.

1. SQFFQ:

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan Oral	705	29,9	27,7	86
Kebutuhan	1083	54	30,19	163,21
% Asupan	65,09%	55,37%	91,75%	52,69%
Interpretasi	Kurang	Kurang	Baik	Kurang

Kesimpulan:

Menurut SQFFQ asupan pasien yaitu energi 65,09% (kurang), protein 55,37% (kurang), lemak 91,75% (baik), dan karbohidrat 52,69% (kurang).

2. Recall 24 jam (FH.7.2.8)

Makanan dari RS: Diet SDDM

Makanan dari luar RS: -

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan Oral	1000	40	26,6	150
Kebutuhan	1083	54	30,19	163,21
% Asupan	92,2%	74%	88%	91%
Interpretasi	Baik	Kurang	Baik	Baik

Kesimpulan:

Menurut recall 24 jam asupan pasien yaitu energi 92,2% (baik), protein 74% (kurang), lemak 88% (baik), dan karbohidrat 91% (baik).

D. Standar Pemanding (CS)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi Kebutuhan Energi	(Critical ill) = 20 kkal / BB = 20 kkal x 54,19 kg = 1083,8 kkal
CS.2.1.1	Estimasi Kebutuhan Protein	(Perkeni) = 1 gram / BB = 1 gram x 54,19 kg = 54 gram
CS.2.2.1	Estimasi Kebutuhan Lemak	= 25% x Energi = 25% x 1083,8 kkal = 270,95 : 9 = 30,19 gram
CS.2.3.1	Estimasi Kebutuhan Karbohidrat	= Energi – (Protein + Lemak) = 1083,8 – (160 + 270,93) = 1083,8 – 430,95 = 652,85 : 4 = 163,21 gram
CS.5.1.1	Rekomendasi BB/ IMT/ pertumbuhan	= (TB – 100) – ((TB – 100) x 10%) = (165 – 100) – ((165 – 100) x 10%) = 65 – 6,5 = 58,5 kg

BB adj = {(BBA – BBI) x 0,25} + BBI --> bila obesitas

E. Antropometri (AD.1.1)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD.1.1.1	Tinggi Badan	165,49 cm
AD 1.1.2	Berat Badan	54,19 kg
AD 1.1.4	Perubahan Berat Badan	-
AD.1.1.5	IMT	19,92 kg/m ² (Normal)

Kesimpulan:

Berdasarkan antropometri pasien memiliki status gizi normal berdasarkan IMT yaitu 19,921 kg/m².

F. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)

Kode IDNT	Data Fisik/ Klinis	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	Lemas, Apatis GCS E3VXM6
PD.1.1.2	Bahasa Tubuh	Lemah, bedrest
PD.1.1.6	Kepala dan mata	Normal
PD.1.1.9	Vital sign Nadi Suhu Respirasi Tekanan darah Saturasi Oksigen	100x/menit 36,2°C 26xmenit 124/65 mmHg 98%
PD 1.5	Sistem Pencernaan	Mual muntah Susah menelan Terpasang NGT (+)
Pemeriksaan Penunjang: Swab Antigen : Negatif		

Kesimpulan:

Berdasarkan pemeriksaan fisik/klinis, keadaan pasien lemas, apatis, vital sign pasien menunjukkan normal. Pada sistem pencernaan pasien mengalami mual muntah dan susah menelan. Terpasangnya NGT berkaitan dengan keadaan pasien apatis dan susah menelan.

G. Biokimia (BD)

Tanggal: 24 Maret 2023

Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Ket.
Hemoglobin	12,80 g/dl	14-18 mg/dl	Rendah
Eritrosit	4,40 10^6 /ul	4,70 – 6,20 10^6 /ul	Rendah
Leukosit	12,71 10^3 /ul	4,8 – 10,8 10^3 /ul	Tinggi
Neutrofil	87,20%	50-70%	Tinggi
Eosinofil	0,00%	1-3%	Rendah
Limfosit	5,50%	20-40%	Rendah
Ureum	89,8 mg/dl	15-40 mg/dl	Tinggi
Kreatinin	1,47 mg/dl	0,70-1,10 mg/dl	Tinggi
BUN	42 mg/dl	7-18 mg/dl	Tinggi
Kalium	3,36 mmol/L	3,50-5,10 mmol/L	Rendah
Klorida	95,7 mmol/L	98-107 mmol/L	Rendah
Natrium	131,4 mmol/L	136-145 mmol/L	Rendah
GDS	141 mg/dl	70-140 mg/dl	Tinggi

Kesimpulan:

Hasil biokimia menunjukkan adanya anemia ditandai dengan hemoglobin rendah, adanya infeksi ditandai dengan peningkatan neutrofil serta rendahnya limfosit. Adanya gangguan ginjal ditandai dengan BUN, ureum dan kreatinin tinggi. Adanya ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan kalium natrium dan klorida rendah, serta adanya hiperglikemia ditandai dengan GDS tinggi.

H. Terapi Medis dan Fungsi

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan makanan
	Asam folat	Mengobati defisiensi asam folat dan anemia	Hindari penggunaan alcohol
	OAD	Mengontrol kadar gula darah	Alkohol mempengaruhi insulin, memperpanjang efek obat ini.

	Ranitidin	Mengatasi gejala asam lambung	Alkohol mempengaruhi kerja obat, Dapat dikonsumsi dengan atau tanpa makanan
	Ondansetron	Mengatasi mual muntah	Dapat dikonsumsi dengan atau tanpa makanan
	Paracetamol	Mngatasi demam dan meringankan nyeri	Hindari alcohol dan kafein, Dapat dikonsumsi dengan atau tanpa makanan
	Warfarin	Mencegah adanya hambatan pada pembuluh darah	Hindari makanan yang banyak megandung vitamin A
	Bisoprolol	Mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi, angina pektoris, aritmia, dan gagal jantung.	Hindari alcohol

Kesimpulan:

Terapi medis yang diberikan kepada pasien berkaitan dengan mengatasi defisiensi asam folat dan anemia, mengontrol kadar gula darah, mengetasi gejala asam lambung, mual muntah, demam dan meringankan nyeri. Mencegah adanya hambatan pada pembuluh darah.

I. Diagnosis Gizi

1. Domain Intake

NI-2.9 Keterbatasan penerimaan makanan berkaitan dengan penyebab fisiologis yaitu keadaan pasien apatis dengan GCS E3VXM6 ditandai dengan asupan tidak sesuai dengan kebutuhan.

DIAGNOSIS GIZI		INTERVENSI
P	Keterbatasan penerimaan makanan	Memberikan makanan sesuai dengan kebutuhan pasien

E	Penyebab fisiologis yaitu keadaan pasien apatis dengan GCS E3VXM6	ND. 1.2.2 Modifikasi energi, sesuai dengan kebutuhan
S	Asupan tidak sesuai dengan kebutuhan	Monitoring evaluasi minimal 80% kebutuhan dan naik dengan bertahap

2. Domain Klinik

NC-2.2 Perubahan nilai laboratorium berkaitan dengan gangguan fungsi endokrin ditandai dengan gula darah sesaat termasuk dalam kategori tinggi yaitu 141 mg/dl

DIAGNOSIS GIZI		INTERVENSI
P	Perubahan nilai laboratorium	Membantu menurunkan gula darah dalam kategori normal
E	Gangguan fungsi endokrin	ND. 6 Tatalaksana gizi terkait Diabetes Melitus
S	Gula darah sesaat termasuk dalam kategori tinggi yaitu 141 mg/dl.	Nilai gula darah normal

3. Domain Behavior

NB-1.1 Kurangnya pengetahuan tentang gizi dan makanan berkaitan dengan kurangnya paparan informasi terkait gizi ditandai dengan mengonsumsi teh manis setiap hari dengan gula pasir 3 sdm.

DIAGNOSIS GIZI		INTERVENSI
P	Kurangnya pengetahuan tentang gizi dan makanan	Memberikan edukasi untuk menjalankan sesuai diet
E	Kurangnya paparan informasi terkait gizi	E.1 Edukasi Gizi
S	Mengonsumsi teh manis setiap hari dengan gula pasir 3 sdm	Mampu meningkatkan pengetahuan dan merubah perilaku sesuai dengan diet yang diberikan

J. Intervensi Gizi

1. Tujuan

- a. Memberikan asupan makanan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan pasien minimal 80% dari kebutuhan.
- b. Membantu menurunkan kadar gula darah normal.

2. Preskripsi Diet

Pemberian Makanan dan Selingan (ND.1)

- a. ND.2.1.1 : Modifikasi komposisi enteral : SD DM
- b. ND.2.1.2 : Modifikasi Konsentrasi Enteral : 1 kkal/ 1 cc
- c. ND.2.1.3 : Modifikasi rate enteral : 200 cc/ 4,5 jam
- d. ND.2.1.4 : Modifikasi volume enteral : 1000 cc/ 24 jam
- e. ND.2.1.5 : Modifikasi jadwal enteral : 5x pemberian
- f. ND.2.1.6 : Modifikasi rute enteral : NGT
- g. ND.2.1.7 : *Insert enteral feeding tube* : Hidung ke lambung

3. Implementasi Diet Rumah Sakit (Standar diet: SD DM)

	Energi (kcal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Standar Diet RS	1000	40	26,6	150
Extra – Enteral	-	-		-
Infus – Parenteral	-	-		-
Total	1000	40	26,6	150
Kebutuhan (Planning)	1083	54	30,19	163,21
% Standar /Kebutuhan	92,2%	74%	88%	91%

Kesimpulan:

Implementasi diet rumah sakit yaitu energi 92,2%, protein 74%, lemak 88%, dan karbohidrat 91%.

4. Rekomendasi Diet

Waktu Makan	Standar Diet RS	Rekomendasi
Makan Pagi	200 cc Formula Enteral Diabetes	200 cc Formula Enteral Diabetes
Selingan pagi	200 cc Formula Enteral Diabetes	200 cc Formula Enteral Diabetes
Makan Siang	200 cc Formula Enteral Diabetes	200 cc Formula Enteral Diabetes
Selingan sore	200 cc Formula Enteral Diabetes	200 cc Formula Enteral Diabetes
Makan malam	200 cc Formula Enteral Diabetes	200 cc Formula Enteral Diabetes
Nilai Gizi	Energi : 1000 kkal Protein : 40 gram Lemak : 26,6 gram Karbohidrat : 150 gram	Energi : 1000 kkal Protein : 40 gram Lemak : 26,6 gram Karbohidrat : 150 gram

5. Domain Konseling (C)

a. Tujuan

1. Meningkatkan pengetahuan dan merubah perilaku pasien atau keluarga terkait diet yang dijalani
2. Meningkatkan kepatuhan terhadap diet yang dijalani

b. Preskripsi

- 1) Sasaran: Keluarga pasien
- 2) Tempat: Bangsal rawat inap
- 3) Waktu: 10 – 15 menit
- 4) Permasalahan gizi: Penurunan nafsu makan, peningkatan gula darah
- 5) Metode: Diskusi dan Tanya jawab
- 6) Media: Leaflet
- 7) Materi: Makanan cair dengan diet diabetes melitus

6. Domain Edukasi Gizi (E.1)

E.1.1. Tujuan Edukasi

- a. Meningkatkan asupan makan pasien terhadap diet yang dijalani
- b. Memotivasi pasien untuk mematuhi diet

E. 1.2. Prioritas Modifikasi

Modifikasi tekstur makanan cair

K. Kolaborasi (RC)

No	Tenaga Kesehatan	Koordinasi
1	Ahli gizi	Melakukan assesmen gizi, menyusun terapi diet dan monev asupan
2	Perawat	Membantu dalam pemeriksaan fisik klinis
3	Dokter	Mendiskusikan terkait patologi penyakit pasien untuk kemudian ditentukan diet yang tepat untuk pasien
4	Pasien dan keluarga pasien	Memberikan motivasi dalam upaya penyembuhan pasien
5	Tenaga pengolah	Berkoordinasi dalam persiapan makanan pasien

L. Rencana Monitoring

Anamnesis	Hal Yang diukur	Waktu Pengukuran	Evaluasi/Target
Antropometri	Berat badan	1 Minggu	Tidak terjadi penurunan
Biokimia	Hemoglobin	Setiap pemeriksaan laboratorium	Mendekati normal
	Eritrosit		Mendekati normal
	Lekosit		Mendekati normal
	Neutrofil		Mendekati normal
	Eosinofil		Mendekati normal
	Limfosit		Mendekati normal
	Ureum		Mendekati normal
	Kreatinin		Mendekati normal

	BUN Kalium Klorida Natrium Gula darah sesaat		Mendekati normal Mendekati normal Mendekati normal Mendekati normal Mendekati normal
Klinis/fisik	Vital sign Gastrointestinal	Setiap hari	Vital sign normal Tidak ada gangguan gastrointestinal
Dietary	Asupan Energi Asupan Protein Asupan Lemak Asupan Karbohidrat	Setiap hari	Asupan energy, protein, lemak dan karbohidrat mencapai REE

BAB V

PEMBAHASAN

A. Skrining Gizi

Skrining gizi dilakukan menggunakan formulir skrining MNA untuk pasien Bp.Mr. MNA adalah instrumen yang valid, reliabel, mudah digunakan dan cepat. MNA memiliki point-point yang penting untuk menganalisis malnutrisi. Hasil skrining Bp. Mr berdasarkan skrining MNA menunjukkan skor 4 yang berarti pasien sedang mengalami malnutrisi, sehingga perlu dilakukan asuhan gizi lebih lanjut.

B. Antropometri

Berdasarkan data antropometri yang didapatkan, berat badan Bp. Mr mendapatkan hasil 54,19 kg dan tinggi badan mendapatkan hasil 165,49 cm. status gizi menggunakan rumus IMT (Indeks Massa Tubuh) yaitu dengan cara berat badan (kg) dibagi tinggi badan² (m). Menurut IMT status gizi pasien termasuk dalam kategori gizi normal yaitu 19,92 kg/m². Pengukuran berat dan tinggi badan pasien tidak dilakukan sendiri dan diperoleh dari wawancara kepada pasien dan catatan rekam medis.

C. Biokimia

Hasil pemeriksaan laboratorium pasien Bp. Mr pada awal intervensi diketahui bahwa hasil menunjukkan adanya anemia ditandai dengan hemoglobin rendah, adanya infeksi ditandai dengan peningkatan neutrofil serta rendahnya limfosit. Adanya gangguan ginjal ditandai dengan BUN, ureum dan kreatinin tinggi. Adanya ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan kalium natrium dan klorida rendah, serta adanya hiperglikemia ditandai dengan GDS tinggi.

Hiperglikemia merupakan faktor risiko meningkatkan morbiditas dan mortalitas penderita kritis. Penderita kritis/*critically ill patients* cenderung mengalami hiperglikemia, hal ini disebabkan oleh karena terjadinya pelepasan hormon-hormon anti regulasi seperti epineprin, nor-eineprin, katekolamin dan glucagon. Telah lama diketahui bahwa ada hubungan yang erat antara hiperglikemia dan gangguan fungsi imun terutama infeksi.. Selain itu, hiperglikemia yang terjadi bisa disebabkan karena adanya riwayat diabetes ataupun juga karena adanya respon stres.

Tidak semua biokimia dilakukan pemeriksaan, pada pasien Bp. Mr hanya dilakukan pemeriksaan gula darah sesaat selama tiga hari intervensi, pada pemeriksaan tersebut nilai gula darah sesaat pasien mengalami penurunan nilai pada ambang batas normal yaitu 140 mg/dl. Dapat disebabkan oleh pasien yang selalu dalam *support insulin* (OAD) selama

monitoring berjalan. Insulin merupakan obat anti diabetes yang dianggap paling rasional saat ini, oleh karena mempunyai efek anabolik. Penurunan tersebut juga dapat disebabkan karena asupan zat gizi yang sesuai dengan pemberian diet yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien yaitu diet sonde DM. Banyak studi melaporkan bahwa dengan mengendalikan gula darah secara ketat akan dapat memperbaiki luaran klinik penderita hiperglikemia di rumah sakit (Wiryana, 2008).

D. Fisik/Klinis

Berdasarkan fisik klinis pada awal intervensi, keadaan pasien lemas, kesadaran apatis dengan GCS E3VXM6. Vital sign pasien menunjukkan normal. Pada sistem pencernaan pasien mengalami mual muntah dan susah menelan. Terpasangnya NGT berkaitan dengan keadaan pasien apatis dan susah menelan.

Pemasangan pipa nasogastrik atau *nasogastric tube* (NGT) merupakan prosedur pemasangan pipa melalui lubang hidung (nostril) turun ke nasofaring kemudian ke lambung. Prosedur ini bermanfaat untuk tujuan diagnosis maupun terapi. Dua indikasi yang sering yaitu untuk akses pemberian nutrisi bagi pasien yang tidak mampu makan melalui mulut dan untuk mengevaluasi isi lambung bagi pasien yang dicurigai mengalami perdarahan gastrointestinal (Kresnawati, 2013). Dengan pemasangan NGT tersebut dapat mempermudah pasien dalam menerima asupan makanan.

E. Asupan Makan

Berdasarkan monitoring evaluasi asupan makan Bp. Mr termasuk dalam kategori baik dari awal intervensi hingga akhir. Pasien diberikan diet enteral berupa sonde DM dengan pemberian 5 x 200 cc pada hari pertama hingga hari terakhir intervensi. Pemberian tersebut mengandung energi 1000 kkal, protein 40 gram, lemak 26,6 gram, dan karbohidrat 150 gram. Zat gizi yang terkandung dalam makanan enteral tersebut rata-rata telah mencukupi kebutuhan gizi pasien, kecuali protein. Presentase pemenuhan tersebut yaitu energi 92,2%, protein 74%, lemak 88% dan karbohidrat 91%.

Pada intervensi hari pertama pasien diberikan 5 x 200 cc. Makanan enteral tersebut dapat masuk semua melalui selang NGT, sehingga pasien menerima semua nutrisi yang terkandung dalam makanan enteral 5 x 200 cc tersebut. Presentase asupan makan pasien termasuk dalam kategori baik, karena >80%, sesuai dengan capaian target. Sehingga selama 3 hari intervensi pasien telah mengonsumsi 1000 kkal energi, 40 gram protein, 26,6 gram lemak dan 150 gram karbohidrat pada setiap harinya, dengan pemenuhan energy 92,2%, protein 74%, lemak 88% dan karbohidrat 91% setiap harinya melalui NGT.

Pemberian energi yang adekuat melalui sokongan nutrisi pada pasien amat penting, jika underfeeding, akan menyebabkan durasi perawatan (Irwan dan Suwarman, 2020).

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Assesmen Awal
 - a. Berdasarkan antropometri pasien menunjukkan status gizi dalam kategori normal berdasarkan IMT.
 - b. Berdasarkan biokimia pasien mengalami peningkatan GDS.
 - c. Pemeriksaan fisik klinis menunjukkan bahwa keadaan umum pasien, lemah, apatis. Pasien mengalami susah menelan dan terpasang NGT. Tanda-tanda vital pasien normal.
 - d. Berdasarkan dietary history pada SQFFQ memiliki rata-rata <80% dan recall 24 jam memiliki rata-rata >80%.
 - e. Diagnosis gizi yang ditegakkan yaitu keterbatasan penerimaan makanan, perubahan nilai laboratorium dan kurangnya pengetahuan tentang gizi dan makanan.
2. Reassesmen
 - a. Antropometri tidak dilakukan pemeriksaan ulang.
 - b. Biokimia terjadi penurunan GDS mendekati ambang batas normal.
 - c. Fisik klinis kesadaran apatis, vital sign normal.
 - d. Asupan makanan mencapai rata-rata >80% dari REE.

B. Saran

Bagi pasien dan keluarga pasien :

1. Pasien diharapkan dapat menjalankan diet yang dianjurkan
2. Keluarga pasien diharapkan dapat selalu memberikan dukungan dan motivasi pasien dalam menjalankan dietnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams HP. 2007. Score Strongly Predicts Outcome After Stroke. *Neurology*.
- Antonios,N, Silliman,S. 2005. Diabetes Mellitus And Stroke. *Northeast Florida Medicine*.
- Auliana, s., dkk. 2016. Modul Lemah Separuh Badan. Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
- Baso, P. 2016. The Correlation Between Diabetes Mellitus With The Incidence Of Stroke In Syekh Yusuf Hospital Gowa On 2014.
- Kresnawati, Dwi. 2013. Komplikasi Pemasangan Pipa Nasogastrik dan Penangananya. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. vol 2 no 12 (2013):e-jurnal medika udayana.
- Ndahimana, D. and Kim, E.-K. (2018). *Energy Requirements in Critically Ill Patients*. *Clinical Nutrition Research*, p. 81. doi: 10.7762/cnr.2018.7.2.81.
- Setianingsih dan Anastasia. 2014. Perbandingan Enteral Dan Parenteral Nutrisi Pada Pasien.
- Tamirn, dkk. 2020. Studi Kasus Asuhan Gizi Pada Pasien Stroke Hemipareses Dekstra Di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. *Media Gizi Pangan*, Vol. 27, Edisi 1, 2020.
- Wiryan, Made. 2008. Peranan Terapi Insulin Intensif Terhadap Interleukin-6 (IL-6) Dan Luaran Klinik Pada Penderita Kritis Dengan Hiperglikemia. *J Peny Dalam*, Volume 9 Nomor 2 Mei 2008.