

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Diabetes Melitus**

###### **a. Definisi**

Diabetes Melitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (American Diabetes Association, 2010).

###### **b. Diabetes Melitus Tipe 2**

Diabetes Melitus dibagi menjadi 4 jenis, yaitu diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, diabetes melitus tipe lain, dan diabetes melitus gestasional atau diabetes melitus pada kehamilan. Diabetes melitus tipe 2 ini, pankreas masih dapat memproduksi insulin. Namun insulin tersebut tidak sanggup untuk memberikan efek atau reaksi terhadap sel dari tubuh untuk mengurangi gula. Penderita diabetes tipe ini biasanya resisten terhadap insulin (Wahyuningsih,2013).

###### **c. Patofisiologi**

Di dalam Pankreas terdapat kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau pada peta, dimana dalam pankreas disebut pulau-pulau Langerhans yang berisi sel beta yang mengeluarkan hormon

insulin, dan sangat berperan dalam mengatur kadar glukosa darah. Selain sel beta, ada juga sel alfa yang memproduksi glukagon dimana bekerja sebaliknya dari insulin yaitu meningkatkan kadar glukosa darah. Pada keadaan DM tipe 2, jumlah insulin dalam tubuh bisa normal bahkan lebih banyak, tetapi jumlah reseptor (penangkap) insulin di permukaan sel kurang. Reseptor insulin ini diibaratkan sebagai lubang kunci pintu masuk ke dalam sel. Sehingga pada keadaan DM tipe 2 ini, jumlah lubang kuncinya kurang, meskipun anak kuncinya (insulin) banyak, tetapi karena reseptor atau lubang kuncinya kurang, maka glukosa yang masuk ke dalam sel sedikit, sehingga sel kekurangan bahan bakar berupa glukosa dan kadar glukosa dalam darah meningkat (Soegondo, 2009).

d. Diagnosis Medis Diabetes Melitus

Diagnosis dari Diabetes Melitus harus ditegakkan atas dasar pemeriksaan glukosa darah dan tidak dapat ditegakkan atas dasar adanya glukosuria. Pemeriksaan glukosa darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa secara enzimatik dengan bahan darah plasma vena. Sedangkan untuk tujuan pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler dengan glukometer.

Berbagai keluhan dapat ditemukan pada penyandang DM. Diagnosis DM akan dipikirkan apabila terdapat keluhan khas

berupa penambahan volume/frekuensi berkemih (poliuria), peningkatan rasa lapar (polidipsia) dan lapar (polifagia), dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya. Keluhan lain yang mungkin dapat terjadi berupa lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulvae pada wanita. Jika keluhan khas ditemukan, maka pemeriksaan glukosa darah sewaktu  $\geq 200$  mg/dl sudah cukup untuk menegakkan bahwa seseorang terkena DM. Pemeriksaan glukosa darah puasa  $\geq 126$  mg/dl dengan keluhan khas yang ditemukan juga digunakan untuk patokan diagnosis DM. Sedangkan untuk kelompok tanpa keluhan khas dengan hasil pemeriksaan glukosa darah yang baru satu kali saja menunjukkan angka abnormal, belum bisa dikatakan DM. Sehingga perlu pemastian lebih lanjut dengan mendapat sekali lagi angka abnormal, baik kadar glukosa darah sewaktu  $\geq 200$  mg/dl di hari yang lain, glukosa darah puasa  $\geq 126$  mg/dl (Soegondo, 2009).

## 2. Gastritis

### a. Definisi

Gastritis merupakan peradangan yang mengenai mukosa lambung. Peradangan ini dapat mengakibatkan pembengkakan mukosa lambung sampai terlepasnya epitel mukosa superficial yang menjadi penyebab terpenting dalam gangguan saluran

pencernaan. Pelepasan epitel akan merangsang timbulnya proses inflamasi pada lambung. (Sukarmin, 2012)

b. Patofisiologi

Ketidakpatuhan terhadap pola makan, obat-obatan, alkohol, garam empedu, zat iritan lainnya dapat merusak mukosa lambung (gastritis erosif). Mukosa lambung berperan penting dalam melindungi lambung dari autodigesti oleh HCl dan pepsin. Bila mukosa lambung rusak maka terjadi difusi HCl ke mukosa dan HCl akan merusak mukosa. Kehadiran HCl di mukosa lambung menstimulasi perubahan pepsinogen menjadi pepsin. Pepsin merangsang pelepasan histamin dari sel mast. Histamin akan menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadi perpindahan cairan dari intrasel ke ekstrasel dan menyebabkan edema dan kerusakan kapiler sehingga timbul perdarahan pada lambung. Biasanya lambung dapat melakukan regenerasi mukosa oleh karena itu gangguan tersebut menghilang dengan sendirinya namun bila lambung sering terpapar dengan zat iritan maka inflamasi akan terjadi terus menerus. Jaringan yang meradang akan diisi oleh jaringan fibrin sehingga lapisan mukosa lambung dapat hilang dan terjadi atrofi sel mukosa lambung. Faktor intrinsic yang dihasilkan oleh sel mukosa lambung akan menurun atau hilang sehingga cobalamin ( vitamin B12 ) tidak dapat diserap di usus

halus. Sementara vitamin B12 ini berperan penting dalam pertumbuhan dan maturase sel darah merah (Suratun, 2010).

c. Klasifikasi Gastritis

Menurut Suratun (2010) gastritis terbagi menjadi 2 jenis, yaitu:

- 1) Gastritis akut, merupakan peradangan pada mukosa lambung yang menyebabkan erosi dan perdarahan mukosa lambung dan setelah terpapar pada zat iritan. Erosi tidak mengenai lapisan otot.
- 2) Gastritis kronis, adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun

3. Skrining Gizi

Skrining gizi adalah proses yang sederhana dan cepat untuk mendeteksi pasien berisiko malnutrisi dalam kurun waktu 24 jam dari kedatangan pasien di rumah sakit yang dilakukann oleh tenaga medis (perawat, dokter, ahli gizi) dan non tenaga medis. Skrining gizi sendiri mempunyai tujuan untuk mengidentifikasi pasien atau klien yang beresiko atau tidak beresiko malnutrisi atau dalam keadaan kondisi khusus. Kondisi khusus yang di maksud adalah pasien dengan kelainan metabolik, hemodialisis, anak, geriatrik, kanker dengan kemoterapi/radiasi, luka bakar, pasien dengan imunitas menurun, sakit kritis dan sebagainya.

Komponen utama skrining gizi sendiri terdiri atas kondisi sekarang meliputi BB, TB, IMT, LILA, kondisi yang stabil seperti ada tidaknya kehilangan BB, kondisi memburuk dimana ada tidaknya penurunan asupan, dan terakhir pengaruh penyakit terhadap status gizi (Rasmussen, dkk, 2010).

#### 4. Proses Asuhan Gizi Terstandar

Proses Asuhan Gizi Terstandar merupakan suatu metode pemecahan masalah yang sistematis dalam menangani problem gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi yang dilakukan oleh tenaga gizi, melalui serangkaian aktivitas yang terorganisir yang meliputi identifikasi kebutuhan gizi sampai pemberian pelayanannya (Kementrian Kesehatan, 2014). Proses asuhan gizi bertujuan untuk mengembalikan keadaan pasien pada status gizi baik dengan mengintervensi berbagai faktor penyebab.

Terstandar yang dimaksud dalam PAGT adalah memberikan asuhan gizi dengan proses terstandar, yaitu menggunakan struktur dan kerangka kerja yang konsisten sehingga setiap pasien yang bermasalah gizi akan mendapatkan 4 (empat) langkah proses asuhan gizi yaitu: asesmen/pengkajian, diagnosis, intervensi serta monitoring dan evaluasi gizi (Kementrian Kesehatan,2014).

a. Pengkajian Gizi

Pengkajian gizi adalah sebuah proses sistematis untuk memperoleh , verifikasi, dan menafsirkan data dalam rangka membuat keputusan tentang sifat dan penyebab yang berkaitan dengan masalah gizi (Aritonang, 2012). Keseluruhan data tersebut diperoleh melalui interview atau wawancara; catatan medis; observasi serta informasi dari tenaga kesehatan lain yang merujuk. Kemudian data tersebut diinterpretasi dengan membandingkan terhadap standar yang telah disepakati oleh para ahli gizi untuk mengetahui ada tidaknya penyimpangan. Berikut penjelasan terkait kategori-kategori dari data yang diperoleh :

1) *Food History* (FH)

Riwayat gizi (*dietary history*) terdiri dari riwayat asupan makan sebelum masuk rumah sakit dan saat masuk rumah sakit yang diperoleh dari interview, termasuk interview khusus seperti recall makanan 24 jam, *semi quantitative food frequency questioner* (SQFFQ) atau dengan metoda asesmen gizi lainnya (Anggraeni, 2014).

Beberapa aspek yang perlu digali diantaranya :

(a) Asupan makanan dan zat gizi

Untuk mengetahui tingkat asupan zat gizi, yaitu pola makanan utama dan snack, menggali komposisi dan kecukupan asupan makan dan zat gizi.

- (b) Cara pemberian makan dan zat gizi, menggali mengenai diet saat ini dan sebelumnya, adanya modifikasi diet, dan pemberian makanan enteral dan parenteral.
- (c) Penggunaan medika mentosa dan obat komplemen-alternatif, menggali mengenai penggunaan obat dengan resep dokter ataupun obat bebas, termasuk penggunaan produk obat komplemen-alternatif.
- (d) Pengetahuan/keyakinan/sikap mengenai makanan.
- (e) Perilaku, aktivitas, dan tindakan pasien yang berpengaruh terhadap pencapaian sasaran-sasaran yang berkaitan dengan gizi

## 2) *Antropometric Data (AD)*

Data ini meliputi berat badan, tinggi badan, berat badan ideal menurut tinggi badan, dan perubahan berat badan yang abnormal bila ada. Selain itu dapat pula mengukur lingkaran lengan atas (LILA) ataupun menggunakan rentang lengan dan tinggi lutut, dan panjang ULNA jika kondisi pasien tidak memungkinkan. Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan untuk mengetahui status gizi pasien dengan perhitungan indeks massa tubuh (IMT).

$$\text{Rumus IMT (Kemenkes RI)} = \frac{\text{BB}}{\text{TB(m)}^2}$$



Tabel 1. Kategori IMT menurut Kemenkes 2013

IMT	Kategori
<18,5	Kurang
18,5- 24,9	Normal
25,0-27,0	Overweight
>27,0	Obesitas

Sumber : Fajar,S.Buku Saku Gizi AZURA edisi 2

### 3) *Biokimia Data* (BD)

Pemeriksaan yang diujui secara laboratorium yang dilakukan pada jaringan tubuh seperti darah, urin, tinja, hati dan otot. Data biokimia terkait pemeriksaan pada pasien dengan diabetes melitus diantaranya pemeriksaan glukosa darah sewaktu, glukosa darah puasa, LDL, hemoglobin.

Tabel 2. Data Biokimia

Pengukuran	Nilai Normal
<b>Hemoglobin</b>	Wanita: 12-14 g/dl Pria : 13-16 g/dl
<b>Glukosa Darah Sewaktu</b>	< 200 g/dl
<b>Glukosa darah puasa</b>	<110 mg/dl
<b>Gula darah 2 jam PP</b>	<145 mg/dl
<b>LDL</b>	<130 mg/dl
<b>HDL</b>	35-55 mg/dl
<b>Kolestrol total</b>	<200 mg/dl
<b>Trigliserida</b>	40-155 mg/dl

Sumber : Anggraeni, 2012. Asuhan Gizi NCP.

### 4) *Physical Data* (PD)

Pemeriksaan klinis-fisik adalah metode pemeriksaan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan

tubuh. Pemeriksaan ini juga meliputi kesadaran pasien, keadaan umum, oedema/asites, dan keadaan pasien berkenaan dengan keluhan serta penyakit yang diderita (Anggraeni, 2014).

Tabel 3. Pemeriksaan Klinis-Fisik

Pengukuran	Nilai Normal
<b>Tekanan darah</b>	120/80 mmHg
<b>RR</b>	16-24x/menit
<b>Deyut nadi</b>	60-100x/menit
<b>Suhu</b>	36-37°C

Sumber : Anggraeni, 2012. Asuhan Gizi NCP.

#### 5) *Client History* (CH)

Informasi saat ini dan masa lalu pasien mengenai obat-obatan yang dikonsumsi, sosial budaya, riwayat penyakit, serta data umum pasien (Par'i, 2017).

#### b. Terminologi Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi adalah mengidentifikasi adanya masalah gizi, faktor penyebab yang mendasarinya, dan menjelaskan tanda dan gejala yang melandasi adanya masalah gizi tersebut agar dapat ditindaklanjuti untuk diberikan intervensi gizi yang tepat. (Anggraeni, 2014). Diagnosis gizi ini dirangkum dalam suatu kalimat terstruktur yang berisi pernyataan PES : *Problem* (P) yang berisi terkait permasalahan gizi yang mencatatkan perubahan status gizi, Etiologi (E) yang merupakan faktor-faktor yang ikut ambil bagian atau muncul dan terpeliharanya permasalahan patofisiologis, psikososial, situasional, permasalahan perkembangan, budaya dan/atau lingkungan, dan terakhir

Sign/symptom (S) yang menjabarkan tanda/gejala yang memuat data subyektif/obyektif digunakan untuk menentukan apakah pasien memiliki diagnosa gizi yang terrinci.

Diagnosis gizi terdiri dari 3 domain, yaitu :

- 1) Domain Intake (NI), merupakan kelompok permasalahan gizi yang berhubungan dengan asupan gizi.
- 2) Domain klinis (NC), merupakan kelompok permasalahan gizi yang berhubungan dengan keadaan klinis-fisik, kondisi medis, dan hasil pemeriksaan laboratorium.
- 3) Domain Perilaku (NB), merupakan kelompok permasalahan gizi yang berhubungan dengan kebiasaan hidup, perilaku, kepercayaan, lingkungan dan pengetahuan gizi.

Pada penyakit Diabetes Melitus serta Gastritis, diagnosis gizi yang dapat ditegakkan diantaranya:

- 1) NI-2.2 Kelebihan kandungan makan/minuman dengan cara oral.
- 2) NC-2.2 Perubahan nilai laboratorium terkait zat gizi khusus.
- 3) NC-1.4 Perubahan fungsi gastrointestinal
- 4) NB-1.3 Belum siap untuk melakukan diet/perubahan pola hidup.

c. Terminologi Intervensi Gizi

Intervensi gizi adalah suatu tindakan yang terencana yang ditujukan untuk merubah perilaku gizi, kondisi lingkungan, atau aspek status kesehatan individu. Dilakukannya intervensi gizi ini

bertujuan untuk mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapannya terkait perilaku, kondisi lingkungan atau status kesehatan individu, kelompok atau masyarakat untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien. (Kementrian Kesehatan,2014)

Terdapat dua komponen dalam melaksanakan intervensi gizi, yaitu:

1) Perencanaan Intervensi

Perencanaan dibuat berdasarkan keadaan pasien yang telah terangkum dalam diagnosis gizi.

(a) Tujuan

Tujuan diet penyakit diabetes melitus dan lambung adalah membantu pasien memperbaiki kebiasaan makan dan olahraga untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik, dengan cara:

1. Mempertahankan kadar glukosa darah supaya mendekati normal dengan menyeimbangkan asupan makanan dengan insulin (*enogenous* atau *exogenous*), dengan obat penurun glukosa oral dan aktivitas fisik.
2. Mencapai dan mempertahankan kadar lipida serum normal.
3. Memberi cukup energi untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal.

4. Menghindari atau menangani komplikasi akut pasien yang menggunakan insulin seperti hipoglikemia, komplikasi jangka pendek, dan jangka lama serta masalah yang berhubungan dengan latihan jasmani.
5. Meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal.
6. Memberikan makanan secukupnya yang tidak memberatkan kerja lambung dan menetralkan sekresi asam lambung yang berlebihan

(b) Syarat

Berikut ini syarat-syarat diet yang diberikan pada pasien dengan penyakit diabetes melitus dan gastritis:

1. Kebutuhan energi ditentukan dengan memperhitungkan kebutuhan untuk metabolisme basal sebesar 25-30 kkal/kg BB normal, ditambah dan dikurangi bergantung pada beberapa faktor yang jenis kelamin, umur, aktivitas, kehamilan/laktasi, ada tidaknya komplikasi dan berat badan. Faktor-faktor yang menentukan kebutuhan kalori antara lain:

- a. Jenis Kelamin

Kebutuhan kalori basal perhari untuk perempuan sebesar 25 kal/kgBB sedangkan untuk pria sebesar 30 kal/kgBB.

b. Umur

- 1) Pasien usia diatas 40 tahun, kebutuhan kalori dikurangi 5% untuk setiap dekade antara 40 dan 59 tahun.
- 2) Pasien usia diantara 60 dan 69 tahun, dikurangi 10%.
- 3) Pasien usia diatas usia 70 tahun, dikurangi 20%.

c. Aktivitas Fisik atau Pekerjaan

- 1) Kebutuhan kalori dapat ditambah sesuai dengan intensitas aktivitas fisik.
- 2) Penambahan sejumlah 10% dari kebutuhan basal diberikan pada keadaan istirahat.
- 3) Penambahan sejumlah 20% pada pasien dengan aktivitas ringan: pegawai kantor, guru, ibu rumah tangga.
- 4) Penambahan sejumlah 30% pada aktivitas sedang: pegawai industri ringan, mahasiswa, militer yang sedang tidak perang.
- 5) Penambahan sejumlah 40% pada aktivitas berat: petani, buruh, atlet, militer dalam keadaan latihan.
- 6) Penambahan sejumlah 50% pada aktivitas sangat berat: tukang becak, tukang gali.

d. Stres Metabolik

Penambahan 10-30% tergantung dari beratnya stress metabolik (sepsis, operasi, trauma).

e. Berat Badan

- 1) Penyandang DM yang gemuk, kebutuhan kalori dikurangi sekitar 20- 30% tergantung kepada tingkat kegemukan.
  - 2) Penyandang DM kurus, kebutuhan kalori ditambah sekitar 20-30% sesuai dengan kebutuhan untuk meningkatkan BB.
  - 3) Jumlah kalori yang diberikan paling sedikit 1000-1200 kal perhari untuk wanita dan 1200-1600 kal perhari untuk pria.
2. Kebutuhan protien normal, yaitu 10-20% dari kebutuhan energi total.
  3. Kebutuhan lemak rendah, yaitu 10-15% dari kebutuhan energ total
  4. Karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45-65% total asupan energi. Terutama karbohidrat yang berserat tinggi (Perkeni, 2015).
  5. Penggunaan gula alternatif dalam jumlah terbatas. Gula alternatif adalah pemanis selain sukrosa.

6. Asupan serat dianjurkan 25 g/hari dengan mengutamakan serat larut air yang terdapat dalam sayur dan buah.
7. Pasien DM dengan tekanan darah normal mengkonsumsi natrium dalam bentuk garam dapur 3000 mg/hari. Apabila mengalami hipertensi, asupan makan dikurangi.
8. Cukup vitamin dan mineral.
9. Tidak mengandung bahan makanan atau bumbu yang tajam, baik secara termis, mekanis, maupun kimia (Almatsier, 2008)

(c) Prinsip Diet 3J

1. Jumlah

Tepat dalam menentukan kebutuhan energi dan zat gizi pasien yang disesuaikan untuk mencapai atau mempertahankan berat badan ideal.

2. Jenis

Jenis bahan makanan yang diperbolehkan, dibatasi, dan dilarang oleh penderita DM.

3. Jadwal

Jadwal makan tepat waktu dan teratur terdiri dari 3x makan utama dan 3x makan selingan mengikuti prinsip porsi kecil.



#### (d) Preskripsi Diet

##### 1. Jenis Diet

Diet yang diberikan sesuai dengan penatalaksanaan Diabetes Melitus yang mana dikontrol berdasarkan kandungan energi, protein, lemak, dan karbohidrat. Penetapan diet berdasarkan oleh keadaan pasien, jenis Diabetes Melitus, dan program-program secara keseluruhan (Almatsier, 2008)

##### 2. Zat Gizi Penting

Pada diet Diabetes Melitus dan Gastritis, zat gizi penting yang diperhitungkan yaitu karbohidrat dan lemak.

##### 3. Bentuk Makanan

Bentuk makanan ditentukan dengan melihat kondisi dan daya terima pasien terhadap makanan serta jenis penyakitnya. Bentuk makanan dibedakan menjadi 4 macam, yaitu: Makanan biasa, lunak, saring, dan cair (Aritonang, 2012).

##### 4. Route Makanan

Cara pemberian makanan disesuaikan dengan kondisi pasien. Ada 3 macam route makanan, yaitu: Route makanan per oral, makanan pipa, dan makanan parenteral (Aritonang, 2012).

## 5. Frekuensi

Bagi penderita DM, frekuensi makan 3x makan utama dan 3x makan selingan.

### (e) Perhitungan Kebutuhan Energi

Penentuan kebutuhan energi total pasien berdasarkan diagnosis gizi dan keadaan pasien. Untuk pasien DM, digunakan rumus Konsensus Perkeni 2015.

BMR Laki-Laki = 30 x berat badan ideal

BMR Wanita = 25 x berat badan ideal

Energi = (BMR + Faktor Aktifitas) – Faktor Usia

### 2) Implementasi Intervensi

Implementasi yaitu pelaksanaan rencana terapi gizi, dimana ahli gizi melaksanakan dan mengkomunikasikan rencana asuhan gizi pada pasien dan tenaga kesehatan lain (Par'i, 2017).

### 3) Edukasi Gizi

Edukasi gizi adalah proses melatih keterampilan serta berbagi pengetahuan untuk membantu pasien mengelola dan memodifikasi diet serta secara sukarela berperilaku untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan (Par'i, 2017).

### d. Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan monitoring dan evaluasi bertujuan untuk mengetahui tingkat kemajuan pasien dan apakah tujuan atau hasil yang diharapkan telah tercapai. Hasil asuhan gizi sebaiknya

menunjukkan adanya perubahan perilaku dan atau status gizi yang lebih baik. Monitoring dan evaluasi dapat dilakukan dengan cara :

1) Monitor perkembangan

Tahap awal dengan mengamati perkembangan pasien untuk mengetahui apakah hasil intervensi yang telah dilakukan sesuai dengan harapan.

2) Mengukur hasil

Kegiatan untuk mengukur keberhasilan asuhan gizi yang telah dilakukan dengan menggunakan indikator yang didasarkan pada diagnosis gizi yang telah dibuat.

3) Evaluasi hasil

Membandingkan indikator hasil antara awal sebelum intervensi dengan data akhir atau standar yang diharapkan, guna mengetahui keberhasilan/kegagalan intervensi gizi yang telah dilakukan.

## **B. Landasan Teori**

Diabetes Melitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (American Diabetes Association, 2010). Diabetes Melitus dibagi menjadi 4 jenis, yaitu diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, diabetes melitus tipe lain, dan diabetes melitus gestasional atau diabetes melitus pada kehamilan.

Pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 yang pertama kali masuk RS akan dilakukan skrining gizi, skrining gizi sendiri adalah proses yang sederhana dan cepat untuk mendeteksi pasien berisiko malnutrisi dalam kurun waktu 24 jam dari kedatangan pasien di rumah sakit yang dilakukann oleh tenaga medis (perawat, dokter, ahli gizi) dan non tenaga medis. Skrining gizi sendiri mempunyai tujuan untuk mengidentifikasi pasien atau klien yang berisiko atau tidak berisiko malnutrisi atau dalam keadaan kondisi khusus.

Selanjutnya setelah mengetahui keadaan pasien apakah pasien terindikasi malnutrisi atau tidak dilakukan proses asuhan gizi terstandar dimana proses asuhan gizi terstandar (PAGT) adalah suatu metode pemecahan masalah yang sistematis dalam menangani problem gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi yang dilakukan oleh tenaga gizi, melalui serangkaian aktivitas yang terorganisir yang meliputi identifikasi kebutuhan gizi sampai pemberian pelayanannya. Proses asuhan gizi ini bertujuan untuk mengembalikan pada status gizi baik dengan mengintervensi berbagai faktor penyebab. Terstandar yang dimaksud dalam PAGT adalah memberikan asuhan gizi dengan proses terstandar, yaitu menggunakan struktur dan kerangka kerja yang konsisten sehingga setiap pasien yang bermasalah gizi akan mendapatkan 4 (empat) langkah proses asuhan gizi yaitu: asesmen/pengkajian, diagnosis, intervensi serta monitoring dan evaluasi gizi (Kemenkes, 2014).

Terdapat dua kondisi dimana jika tujuan diet tercapai maka asuhan gizi dihentikan dan pasien dapat pulang, kondisi lainnya dimana jika target monitoring dan evaluasi gizi tercapai namun ada masalah gizi yang baru dan/atau target tidak tercapai, maka perlu dilakukannya kembali asuhan gizi yang dimulai dari pengkajian gizi.

### **C. Pertanyaan Penelitian**

1. Apakah pasien beresiko malnutrisi berdasarkan hasil penapisan gizi?
2. Bagaimana hasil pengkajian gizi pasien DM tipe 2 dengan gastritis meliputi riwayat makan, antropometri, biokimia, klinis-fisik?
3. Apa *problem, etiology, dan sign/symptom* berdasarkan hasil diagnosis gizi pasien DM tipe 2 dengan gastritis?
4. Apa tujuan, syarat, preskripsi diet berdasarkan hasil intervensi gizi pada pasien DM tipe 2 dengan gastritis?
5. Bagaimana keberhasilan intervensi gizi berdasarkan parameter monitoring dan evaluasi gizi pasien DM tipe 2 dengan gastritis di RSUD Panembahan Senopati?