BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gambaran Umum Penyakit

1. Definisi Dibetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) atau yang biasa disebut dengan kencing manis merupakan penyakit penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar glukosa darah dan disertai dengan gangguan metabolism karbohidrat, lipid, dan protein sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin. Selain itu diabetes melitus juga memiliki risiko komplikasi ke penyakit lain seperti jantung, gagal ginjal, kecacatan luka gangren yang diamputasi, kebutaan, serta gangguan organ lainnya. Diabetes Mellitus mempunyai gejala khas yaitu banyak makan (polifagi), banyak minum (polidipsi), dan sering kencing (poliuri). Sebagian besar pasien tidak menyadari gejala ini, dan baru menyadari bahwa mereka mengidap diabetes melitus setelah muncul komplikasi. Penderita diabetes melitus yang menjalani gaya hidup sehat dapat membantu penderita dalam mengendalikan kadar gula dalam darah. Banyak penderita diabetes melitus yang juga harus menggunakan obat-obatan untuk mengendalikan kadar glukosa darah, baik obat oral maupun obat suntik atau insulin (Tunggadewi *et al.*, 2025).

Komonkes Poltekkes Bengkulu

2. Patofisiologi

Patofisiologi terjadinya diabetes melitus dapat terjadi melalui dua keadaan, yaitu, resistensi insulin dan disfungsi sel pankreas. Penyebab diabetes militus tipe 2 adalah kegagalan sel sel sasaran insulin dalam memberikan respon pada insulin secara normal. Kondisi ini merupakan kondisi yang dikenal sebagai resistensi insulin. Terjadinya resistensi insulin diakibatkan oleh kejadian obesitas, aktivitas fisik rendah, serta bertambahnya usia seseorang. Produksi glukosa hepatik pada penderita diabetes militus tipe 2 melebihi kadar normal tanpa adanya kerusakan pada sel-sel langerhans secara autoimun (Fatmona *et al.*, 2023).

3. Etiologi

Etiologi dari penyakit diabetes yaitu gabungan antara faktor genetik dan faktor lingkungan. Etiologi lain dari diabetes yaitu sekresi atau kerja insulin, abnormalitas metabolik yang menganggu sekresi insulin, abnormalitas mitokondria, dan sekelompok kondisi lain yang menganggu toleransi glukosa. Diabetes mellitus dapat muncul akibat penyakit eksokrin pankreas ketika terjadi kerusakan pada mayoritas islet dari pankreas. Hormon yang bekerja sebagai antagonis insulin juga dapat menyebabkan diabetes.

Adapun penyebab dari resistensi insulin yaitu: obesitas/kelebihan berat badan, glukortikoid berlebih (sindrom cushing atau terapi steroid), hormon pertumbuhan berlebih (akromegali), kehamilan, diabetes gestasional, penyakit ovarium polikistik, lipodistrofi (didapat atau genetik,

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

terkait dengan akumulasi lipid di hati), autoantibodi pada reseptor insulin, mutasi reseptor insulin, mutasi reseptor aktivator proliferator peroksisom (PPAR γ), mutasi yang menyebabkan obesitas genetik (misalnya: mutasi reseptor melanokortin), dan hemochromatosis (penyakit keturunan yang menyebabkan akumulasi besi jaringan) (Lestari *et al.,* 2021).

Penyebab DM tipe 2 adalah kegagalan sel sel sasaran insulin dalam memberikan respon pada insulin secara normal. Kondisi ini merupakan kondisi yang dikenal sebagai resistensi insulin. Terjadinya resistensi insulin diakibatkan oleh kejadian obesitas, aktivitas fisik rendah, serta bertambahnya usia seseorang. Produksi glukosa hepatik pada penderita DM tipe 2 melebihi kadar normal tanpa adanya kerusakan pada sel-sel β langerhans secara autoimun (Fatmona et al., 2023)

Komonkes
Poltekkes Bengkulu

4. Klasifikasi

a. Diabetes Mellitus Tipe 1

Diabetes Mellitus (DM) tipe 1 atau yang dulu dikenal dengan nama Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM), terjadi karena kerusakan sel beta pankreas (reaksi autoimun). Sel beta pankreas merupakan satu-satunya sel tubuh yang menghasilkan insulin yang berfungsi untuk mengatur kadar glukosa dalam tubuh. Bila kerusakan sel beta pankreas telah mencapai 80-90% maka gejala diabetes melitus mulai muncul. kerusakan sel ini lebih cepat terjadi pada anak-anak daripada dewasa. Sebagian besar penderita diabetes melitus tipe 1 sebagian besar oleh karena proses autoimun dan sebagian kecil non autoimun (Marzel, 2020).

b. Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes Melitus tipe 2 terjadi karena akibat adanya resistensi insulin yang mana sel-sel dalam tubuh tidak mampu merespon sepenuhnya insulin atau disebabkan kenaikan gula darah karena penurunan sekresi insulin yang rendah oleh kelenjar pancreas (Dinata *et al*., 2022)

c. Diabetes Melitus Gestasional (DMG)

Diabetes melitus gestasional (DMG) adalah gangguan toleransi glukosa yang pertama kali ditemukan pada wanita yang sedang hamil. DMG merupakan keadaan pada wanita yang sebelumnya belum pernah didiagnosis diabetes kemudian menunjukkan kadar glukosa tinggi selama kehamilan. Diabetes melitus gestasional berkaitan erat dengan komplikasi selama kehamilan seperti meningkatnya kebutuhan seksio sesarea, meningkatnya risiko ketonemia, preeklampsia dan infeksi tractus urinaria,serta meningkatnya gangguan perinatal (makrosomia, hipoglikemia neonatus, dan icterus neonatorum) (Antar *et al*., 2023).

5. Tanda dan Gejala

Diabetes mellitus (DM) ditandai dengan kadar glukosa darah yang tidak stabil (WHO, 2019). Ketidakstabilan glukosa darah adalah suatu keadaan dimana glukosa darah naik atau turun melebihi batas normal dan dapat menyebabkan hiperglikemia atau hipoglikemia (Syokumawena *et al.*, 2024).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Pasien diabetes melitus tipe 2 mengeluhkan gejala seperti sering berkemih, merasa haus, merasa lapar, dan keluhan fisik lainnya. Gejala tersebut juga dialami pada malam hari sehingga dapat mengganggu tidur penderita diabetes melitus tipe 2. Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas tidur penderita diabetes melitus yaitu faktor fisik, psikososial, dan lingkungan. Faktor fisik meliputi nokturia, sering haus, sering berkemih, gatal-gatal pada kulit yang menimbulkan ketidaknyamanan fisik penderita pada malam hari sehingga sering terbangun dan kesulitan tidur. Stres emosional pada penderita penyakit kronis menjadi faktor psikososial yang dampaknya akan mempengaruhi pola tidur seseorang karena stres bisa menyebabkan seseorang mencoba terlalu keras untuk tertidur, sering terbangun selama siklus tidur, atau terlalu banyak tidur yang dapat berlanjut menjadi kebiasaan tidur yang buruk. Faktor lingkungan yang dapat memberi dampak gangguan tidur adalah suara/kebisingan, ventilasi yang buruk, ruang dan tempat tidur yang kurang nyaman, cahaya/lampu yang terlalu terang, suhu terlalu panas/terlalu dingin, dan bau yang tidak nyaman (Bingga, 2021).

6. Faktor Resiko

Terdapat dua pembagian faktor risiko yang dapat memicu kejadian diabetes melitus, antara lain faktor risiko yang dapat dimodifikasi (di ubah) dan tidak dapat di modifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi antara lain obesitas atau berat badan lebih dengan IMT ≥23 kg/m2 , hipertensi dengan tekanan darah >140/90 mmHg, aktivitas fisik kurang, dislipidemia

dengan kadar HDL250 mg/dL, mengonsumsi makanan yang tidak sehat, mengandung tinggi glukosa dan rendah serat dapat memberikan peluang tinggi untuk menderita intoleransi glukosa atau prediabetes dan diabetes melitus tipe 2. Sedangkan beberapa faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi, seperti usia, jenis kelamin, riwayat keluarga menderita diabetes melitus, ras dan etnis, pernah melahirkan bayi dengan berat badan lahir bayi lebih dari 4 kg atau memiliki riwayat menderita diabetes melitus gestasional, riwayat lahir dengan berat badan rendah kurang dari 2500 gram. Berbagai macam faktor gaya hidup juga sangat penting untuk perkembangan diabetes melitus tipe 2, seperti kurangnya aktivitas fisik, kebiasaan merokok, dan sering mengonsumsi alkohol. Pada studi epidemiologis substansial menunjukkan bahwa obesitas adalah faktor risiko terpenting untuk diabetes melitus tipe 2, yang dapat mempengaruhi perkembangan penyakit dan resistensi insulin (Widiasari *et al*., 2021).

7. Riwayat DM tipe 2

Faktor genetic atau adanya riwayat keluarga yang menderita DMT2 juga menjadi factor yang menyebabkan kejadian DMT2 pada penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Fatria Indah et al., 2022)yang menunjukan hasil yang signifikan antara riwayat keluarga dan kejadian DMT2. Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit tidak menular namun dapat diturunkan secara genetik, anggota keluarga dengan riwayat DM akan lebih beresiko terkena penyakit DM daripada anggota keluarga yang tidak memiliki riwayat penyakit tersebut karena adanya

unsur genetic yang berperan pada penyakit diabetes melitus. Faktor genetic dapat mempengaruhi sel beta dan mengubah kemampuannya untuk mengenali dan menyebarkan rangsangan skretoris insulin sehingga seseorang yang memiliki riwayat keluarga penderita DM memiliki peluang 15% menderita DM serta 30% diantaranya beresiko mengalami intoleransi glukosa yaitu ketidakmampuan dalam metabolisme karbohidrat secara normal (Lariwu et al., 2024)

8. Diagnosis Nilai biokimia data pada pasien DM tipe 2

Ditegakkannya diagnosis DM dilakukan atas dasar kadar glukosa dalam darah dan HbA1c. Potensi terjadinya DM perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut saat terdapat keluhan berupa: 1) Keluhan klasik, meliputi: poliuria, polidipsia, polifagia dan menurunnya berat badan tanpa penyebab yang pasti; 2) keluhan lain: lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita. Patokan penentuan DM yaitu hasil pengamatan pada glukosa plasma dalam kondisi puasa sebesar > 126 mg/dl. Pengamatan pada glukosa plasma menunjukkan hasil sebesar > 200 mg/dl 2 jam sesudah dilakukannya Tes Toleransi Glukosa Oral (TTOG) dengan beban glukosa sebanyak 75 gram. Pengamatan glukosa plasma sewaktu sejumlah > 200 mg/dl, disertai keluhan klasik atau krisis hiperglikemia dan pengamatan HbA1c sebesar > 6,5%. (Fatmona et al., 2023)

Pemeriksaan laboratorium yang direkomendasikan oleh ADA sebagai pemeriksaan penunjang untuk mendiagnosis DM adalah

Kemenkes Politekkes Bengkulu

Hemoglobin Adult 1C (HbA1c), Pemeriksaan HbA1c dapat digunakan sebagai acuan untuk monitoring penyakit diabetes mellitus karena HbA1c ini dapat memberikan informasi yang lebih jelas tentang keadaan yang sebenarnya pada penderita diabetes mellitus. Pemeriksaan HbA1c merupakan pemeriksaan yang mencerminkan kadar glukosa darah rata-rata selama kurun waktu 2-3 bulan. Tujuan dalam penelitian untuk mengetahui gambaran HbA1c pada pasien wanita yang menderita diabetes mellitus tipe 2 (Sartika & Hestiani, 2019)

B. Penatalaksanaan Gizi

1. **Nama Diet:** Diet Diabetes Melitus
2. **Prinsip Diet:** 3J (Tepat Jadwal,Tepat Jenis,Tepat Jumlah)
3. **Tujuan Diet:**
   a. Mempertahankan kadar glukosa darah mendekati normal dengan menyeimbangkan asupan makanan dengan insulin (endogenus dan eksgenus),dengan obat penurun glukosa oral dan aktivitas fisik.
   b. Mencapai dan mempertahankan kadar lipida atau mencapai berat badan normal.
   c. Memberi cukup energi untuk mempertahakan atau mencapai berat badan normal
   d. Menghindari komplikasi akut pasien yang menggunakan insulin,seperti hipoglikemia,komplikasi jangka pendek,dan jangka pangang lama serta masalah yang berhubungan dengan latihan jasmani.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

e. Meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal.

4. Presikripsi Diet

a. Kebutuhan energi: 35 kkal/kg BB pada pasien hemodalisis (HD) (usia di bawah 60 tahun) dan 30-35 kkal/kg BBI.

b. Protein tinggi untuk mempertahankan kesimbangan nitrogen dsn mengganti asam amino yang hilang selama proses hemodalisis. Protein 1,2/Kg BB ideal /hari. Protein hendkanya 50% bernilai biologi tiggi berasal dari protein hewani.

c. Lemak diberikan 15-30% dari total energi. Pembatasan lemak jenuh sebesar <10%. Jika terdapat dislipidemia, anjuran kolesterol dalam makanan sebesar <300 mg/hari.

d. Karbohidrat cukup,yaitu sisa dari perhitungan protein dan lemak berkisar 55-70%.

e. Natrium diberikan sesuai dengan jumlah urine yang keluar dalam 24 jam,yaitu 1 gram untuk ditambah dengan penyesuaian menurut urine sehati, yaitu 1 gram tiap ½ liter urine.apabila tidak ada urine yang keluar natrium 2 gram.

f. Kalium 40 mg/hari.

g. Kalsium kebutuhan tinggi yaitu 1000 mg, maksimum 2000 mg/hari.jika diperlukan suplemen kalsium.

h. Fosfor dibatasi <17 mg/BB ideal. Berkisar 800-1000 mg.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

i. Cairan dibatasi, yaitu sejumlah urine selama 24 jam ditambah 500-750 ml.

5. Bahan Makanan Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan

Tabel 2.1 Bahan Makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan

Sumber	Bahan Makanan Dianjurkan	Bahan Makanan Tidak Dianjurkan
Karbohidrat kompleks	Nasi, roti, mi, kentang, singkong, ubi, sagu, dll.diutamakan yang berserat tinggi	Kentang, havermut, singkong, ubi (Jika Hipergkalemia)
Karbohidrat sederhana	-	Gula, madu, sirup, jam, jeli, tarcis, dodol, kue-kue manis, buah yang diawet dengan gula, susu kental manis, minuman botol ringan, es krim
Protein	Dianjurkan yang tidak mengandung tinggi lemak, seperti daging rendah lemak, ikan, ayam tanpa kulit, susu rendah lemak, keju rendah lemak, kacang-kacangan, tahu, tempe	Sumber protein yang tinggi kandungan kolesterol, seperti jeroan, otak
Lemak	Dalam jumlah terbatas.makanan dianjurkan diolah dengan cara dipanggang, dikukus, ditumis, disetup, direbus, dibakar	Sumber protein yang banyak mengandung lemak jenuh, dan lemak trans antara lain daging berlemak dan susu *full cream.*Makanan siap saji, cake, goreng-gorengan
Sayuran dan buah	Dianjurkan mengonsumsi cukup banyak sayuran dan buah.	-
Mineral	-	Sumber natrium anatra lain adalah garam dapur, vetsin, soda dan bahan pengawet, seperti natrium berzoat dan natrium nitrit.hindari bahan makanan yang mengandung bahan tersebut anatara lain: ikan asin, terlur asin, makanan yang diawetkan

Sumber: (Indonesia & Indonesia, 2019).

C. Langkah-langkah PAGT

Sejak tahun 2003 American Dietetic Association (ADA) menyusun Standarized Nutrition Care Process (NCP). Kemudian pada tahun 2006, Asosiasi Dietisien Indonesia (ASDI) mulai mengadopsi NCP-ADA menjadi Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT). Proses terstandar ini adalah suatu metoda pemecahan masalah yang sistematis dalam menangani problem gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi. Terstandar yang dimaksud adalah memberikan asuhan gizi dengan proses terstandar, yaitu menggunakan struktur dan kerangka kerja yang konsisten sehingga Pedoman Proses Asuhan Gizi Terstandar setiap pasien yang bermasalah gizi akan mendapatkan 4 (empat) langkah proses asuhan gizi yaitu: asesmen, diagnosis, intervensi serta monitoring dan evaluasi gizi.(PAGT Kemenkes RI, 2014)

Komenkes Poltekkes Bengkulu

1. Assesment Gizi

a. Pengertian

Asesmen gizi merupakan langkah awal dalam pelaksanaan asuhan gizi dengan tujuan mendapatkan, memverifikasi dan mengintepretasikan data yang dibutuhkan dalam rangka mengidentifikasi masalah terkait gizi, penyebab dan implikasinya (Kusumastuty et al., 2023)

b. Tujuan

Mengidentifikasi problem gizi dan faktor penyebabnya melalui pengumpulan, verifikasi dan interpretasi data secara sistematis.

c. Langkah Asesment Gizi

1) Kumpulkan dan pilih data yang merupakan faktror yang dapat mempengaruhi status gizi dan kesehatan.
2) Kelompokkan data berdasarkan kategori asesmen gizi:
    a) Riwayat gizi dengan kode FH *(Food History)*
    b) Antropometri dengan kode AD *(Anthropometry Data)*
    c) Laboratorium dengan kode BD *(Biochemical Data)*
    d) Pemeriksaan fisik gizi dengan kode PD *(Physical Data)*
    e) Riwayat klien dengan kode CH *(Client History)*
3) Data diinterpretasi dengan membandingkan terhadap kriteria atau standar yang sesuai untuk mengetahui terjadinya penyimpangan.
4) Data asesmen gizi dapat diperoleh melalui interview/wawancara: catatan medis: observasi serta informasi dari tenaga kesehatan lain yang merujuk.

d. Kategori Data Asesment Gizi

1) Riwayat Gizi (FH)

Pengumpulan data riwayat gizi dilakukan dengan cara interview, termasuk interview khusus seperti recall makanan 24 jam, *food frequency questioner* (FFQ) atau dengan metode asesmen gizi lainnya. Berbagai aspek yang digali adalah:

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

a) Asupan makanan dan zat gizi, yaitu pola makanan utama dan snack, menggali komposisi dan kecukupan asupan makan dan zat gizi, sehingga tergambar mengenai:
    i. Jenis dan banyaknya asupan makanan dan minuman,
    ii. Jenis dan banyaknya asupan makanan enteral dan parenteral,
    iii. Total asupan energi,
    iv. Asupan makronutrien,
    v. Asupan mikronutrien,
    vi. Asupan bioaktif.
b) Cara pemberian makan dan zat gizi yaitu menggali mengenai diet saat ini dan sebelumnya, adanya modifikasi diet, dan pemberian makanan enteral dan parenteral, sehingga tergambar mengenai:
    i. Order diet saat ini,
    ii. Diet yang lalu,
    iii. Lingkungan makan,
    iv. Pemberian makan enteral dan parenteral.
c) Penggunaan medika mentosa dan obat komplemen-alternatif (interaksi obat dan makanan) yaitu menggali mengenai penggunaan obat dengan resep dokter ataupun obat bebas, termasuk penggunaan produk obat komplemen-alternatif

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

d) Pengetahuan/Keyakinan/Sikap yaitu menggali tingkat pemahaman mengenai makanan dan kesehatan, informasi dan pedoman mengenai gizi yang dibutuhkan, selain itu juga mengenai keyakinan dan sikap yang kurang sesuai mengenai gizi dan kesiapan pasien untuk mau berubah.

e) Perilaku yaitu menggali mengenai aktivitas dan tindakan pasien yang berpengaruh terhadap pencapaian sasaran-sasaran yang berkaitan dengan gizi, sehingga tergambar mengenai:

   i. Kepatuhan,

   ii. Perilaku melawan,

   iii. Perilaku makan berlebihan yang kemudian dikeluarkan lagi (bingeing and purging behavior),

   iv. Perilaku waktu makan,

   v. Jaringan sosial yang dapat mendukung perubahan perilaku.

f) Faktor yang mempengaruhi akses ke makanan yaitu mengenai faktor yang mempengaruhi ketersediaan makanan dalam jumlah yang memadai, aman dan berkualitas

g) Aktivitas dan fungsi fisik yaitu menggali mengenai aktivitas fisik, kemampuan kognitif dan fisik dalam melaksanakan tugas spesifik seperti menyusui atau kemampuan makan sendiri sehingga tergambar mengenai:

   i. Kemampuan menyusui

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

ii. Kemampuan kognitif dan fisik dalam melakukan aktivitas makan bagi orang tua atau orang cacat
iii. Level aktivitas fisik yang dilakukan
iv. Faktor yang mempengaruhi akses ke kegiatan aktivitas fisik

2) Antropometri (AD)

Pengukuran tinggi badan, berat badan, perubahan berat badan, indeks masa tubuh, pertumbuhan dan komposisi tubuh.

3) Laboratorium (BD)

Keseimbangan asam basa, profil elektrolit dan ginjal, profil asam lemak esensial, profil gastrointestinal, profile glukosa/endokrin, profil inflamasi, profil laju metabolik, profil mineral, profil anemia gizi, profil protein, profil urine, dan profil vitamin.

4) Pemeriksaan Fisik Terkait Gizi (PD)

Evaluasi sistem tubuh, wasting otot dan lemak subkutan, kesehatan mulut, kemampuan menghisap, menelan dan bernafas serta nafsu makan.

5) Riwayat Klien (CH)

Informasi saat ini dan masa lalu mengenai riwayat personal, medis, keluarga dan sosial. Data riwayat klien tidak dapat dijadikan tanda dan gejala (signs/symptoms) problem gizi dalam pernyataan PES, karena merupakan kondisi yang tidak berubah dengan adanya intervensi gizi. Riwayat klien mencakup:

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

a) Riwayat personal yaitu menggali informasi umum seperti usia, jenis kelamin, etnis, pekerjaan, merokok, cacat fisik.

b) Riwayat medis/kesehatan pasien yaitu menggali penyakit atau kondisi pada klien atau keluarga dan terapi medis atau terapi pembedahan yang berdampak pada status gizi.

c) Riwayat sosial yaitu menggali mengenai faktor sosioekonomi klien, situasi tempat tinggal, kejadian bencana yang dialami, agama, dukungan kesehatan dan lain-lain.

2. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi sangat spesifik dan berbeda dengan diagnosis medis. Diagnosis gizi bersifat sementara sesuai dengan respon pasien. Diagnosis gizi adalah masalah gizi spesifik yang menjadi tanggung jawab dietisien untuk menanganinya.

a. Tujuan Diagnosis Gizi

Mengidentifikasi adanya problem gizi, faktor penyebab yang mendasarinya, dan menjelaskan tanda dan gejala yang melandasi adanya problem gizi.

b. Cara Penentuan atatu syarat Diagnosis Gizi

Lakukan integrasi dan analisa data asesmen dan tentukan indikator asuhan gizi. Asupan makanan dan zat gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan akan mengakibatkan terjadinya perubahan dalam tubuh. Hal ini ditunjukkan dengan perubahan laboratorium, antropometri dan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

kondisi klinis tubuh. Karena itu, dalam menganalisis data asesmen gizi penting mengkombinasikan seluruh informasi dari

1) riwayat gizi, laboratorium, antropometri, status klinis dan riwayat pasien secara bersama-sama.
2) Tentukan domain dan problem/masalah gizi berdasarkan indikator asuhan gizi (tanda dan gejala). Problem gizi dinyatakan dengan terminologi diagnosis gizi yang telah dibakukan. Perlu diingat bahwa yang diidentifikasi sebagai diagnosis gizi adalah problem yang penanganannya berupa terapi/intervensi gizi. Diagnosis gizi adalah masalah gizi spesifik yang menjadi tanggung jawab dietisien untuk menanganinya.
3) Tentukan etiologi (penyebab problem).
4) Tulis pernyataan diagnosis gizi dengan format pes (problemetiologi-signs and symptoms).

c. Domain Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi dikelompokkan dalam 3 (tiga) domain yaitu:

1) Domain Asupan

Berbagai problem aktual yang berkaitan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, atau zat bioaktif, melalui diet oral atau dukungan gizi (gizi enteral dan parenteral). Masalah yang terjadi dapat karena kekurangan (*inadequate*), kelebihan (*excessive*) atau tidak sesuai (*inappropriate*). Termasuk ke dalam kelompok domain asupan adalah:

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

a) Problem mengenai keseimbangan energi

b) Problem mengenai asupan diet oral atau dukungan gizi

c) Problem mengenai asupan cairan

d) Problem mengenai asupan zat bioaktif

e) Problem mengenai asupan zat gizi, yang mencakup problem mengenai: 5.6. Lemak dan Kolesterol 5.7. Protein 5.8. Vitamin 5.9. Mineral 5.10. Multinutrien

(PAGT Kemenkes RI, 2014)

2) Domain Klinis

Berbagai problem gizi yang terkait dengan kondisi medis atau fisik. Termasuk ke dalam kelompok domain klinis adalah:

a) Problem fungsional

Perubahan dalam fungsi fisik atau mekanik yang mempengaruhi atau mencegah pencapaian gizi yang diinginkan Pedoman Proses Asuhan Gizi Terstandar

b) Problem biokimia

Perubahan kemampuan metabolisme zat gizi akibat medikasi, pembedahan, atau yang ditunjukkan oleh perubahan nilai laboratorium.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

c) Problem berat badan

Masalah berat badan kronis atau perubahan berat badan bila dibandingkan dengan berat badan biasanya (PAGT emenkes RI, 2014).

3) Domain Perilaku-Lingkungan

Berbagai problem gizi yang terkait dengan pengetahuan, sikap/keyakinan, lingkungan fisik, akses ke makanan, air minum, atau persediaan makanan, dan keamanan makanan. Problem yang termasuk ke dalam kelompok domain perilaku-lingkungan adalah:

a) Problem pengetahuan dan keyakinan
b) Problem aktivitas fisik dan kemampuan mengasuh diri sendiri
c) Problem akses dan keamanan makanan

d. Etiologi Diagnosis Gizi

Etiologi mengarahkan intervensi gizi yang akan dilakukan. Apabila intervensi gizi tidak dapat mengatasi faktor etiologi, maka target intervensi gizi ditujukan untuk mengurangi tanda dan gejala problem gizi.

D. Intervensi Gizi

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

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

a. Tujuan Intervensi Gizi

Mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapannya terkait perilaku, kondisi lingkungan atau status kesehatan individu, kelompok atau masyarakat untuk memenuhi kebutuhan gizi klien.

b. Komponen Intervensi Gizi Intervensi

Intervensi gizi terdiri dari 2 (dua) komponen yang saling berkaitan yaitu perencanaan dan Implementasi.

1) Perencanaan

Langkah-langkah perencanaan sebagai berikut:

a) Tetapkan prioritas diagnosis gizi berdasarkan derajat kegawatan masalah, keamanan dan kebutuhan pasien. Intervensi diarahkan untuk menghilangkan penyebab (etiologi dari problem), bila etiologi tidak dapat ditangani oleh ahli gizi maka intervensi direncanakan untuk mengurangi tanda dan gejala masalah (signs/simptoms)

b) Pertimbangkan panduan *Medical Nutrition Theraphy* (MNT), penuntun diet, konsensus dan regulasi yang berlaku.

c) Diskusikan rencana asuhan dengan pasien, keluarga atau pengasuh pasien.

d) Tetapkan tujuan yang berfokus pada pasien

e) Buat strategi intervensi, misalnya modifikasi makanan, edukasi /konseling

f) Merancang Preksripsi diet. Preskripsi diet adalah rekomendasi kebutuhan zat gizi pasien secara individual, mulai dari menetapkan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

kebutuhan energi, komposisi zat gizi yang mencakup zat gizi makro dan mikro, jenis diet, bentuk makanan, frekuensi makan, dan rute pemberian makanan. Preskripsi diet dirancang berdasarkan pengkajian gizi, komponen diagnosis gizi, rujukan rekomendasi, kebijakan dan prosedur serta kesukaan dan nilai-nilai yang dianut oleh pasien /klien

g) Tetapkan waktu dan frekuensi intervensi

h) Identifikasi sumber-sumber yang dibutuhkan

2) Implementasi

Langkah langkah implementasi meliputi:

a) Komunikasi rencana intervensi dengan pasien, tenaga kesehatan atau tenaga lain

b) Melaksanakan rencana intervensi

Intervensi gizi dikelompokan dalam 4 (empat) kategori sebagai berikut:

(1) Pemberian makanan/diet (Kode internasional – ND *Nutrition Delivery*)

Penyediaan makanan atau zat gizi sesuai kebutuhan melalui pendekatan individu meliputi pemberian Makanan dan snack (ND.1); enteral dan parenteral (ND.2); suplemen (ND.3); substansi bioaktif (ND.4); bantuan saat makan (ND.5); suasana makan (ND.4) dan pengobatan terkait gizi (ND.5)

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

(2) Edukasi (Kode internasional – E- *Education*)

Merupakan proses formal dalam melatih ketrampilan atau membagi pengetahuan yang membantu pasien/ klien mengelola atau memodifikasi diet dan perubahan perilaku secara sukarela untuk menjaga atau meningkatkan kesehatan. Edukasi gizi meliputi:

(a) Edukasi gizi tentang konten/materi yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan (E.1)

(b) Edukasi gizi penerapan yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan (E.2). Pedoman dasar pada edukasi gizi, mencakup:

(i) Sampaikan secara jelas tujuan dari edukasi

(ii) Tetapkan prioritas masalah gizi sehingga edukasi yang disampaikan tidak komplek

(iii) Rancang materi edukasi gizi menyesuaikan dengan kebutuhan individu pasien, melalui pemahaman tingkat pengetahuannya, keterampilannya, dan gaya/cara belajarnya.

(3) Konseling

Konseling gizi merupakan proses pemberian dukungan pada pasien/klien yang ditandai dengan hubungan kerjasama antara konselor dengan pasien/klien dalam menentukan prioritas, tujuan/target, merancang rencana

Komenkes Poltekkes Bengkulu

kegiatan yang dipahami, dan membimbing kemandirian dalam merawat diri sesuai kondisi dan menjaga kesehatan. Tujuan dari konseling gizi adalah untuk meningkatkan motivasi pelaksanaan dan penerimaan diet yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi pasien.

(4) Koordinasi asuhan gizi

Strategi ini merupakan kegiatan dietisien melakukan konsultasi, rujukan atau kolaborasi, koordinasi pemberian asuhan gizi dengan tenaga kesehatan/institusi/ dietisien lain yang dapat membantu dalam merawat atau mengelola masalah yang berkaitan dengan gizi.Pada langkah intervensi gizi ini dietisien harus berpikir kritis dalam hal:

(i) Menetapkan prioritas dan target/goals
(ii) Menentukan preskripsi gizi atau perencanaan dasar
(iii) Menggalang hubungan interdisipliner
(iv) Intervensi perilaku awal dan hal terkait gizi lainnnya
(v) Memadukan strategi intervensi gizi dengan kebutuhan pasien, diagnosis gizi, dan nilai nilai pasien
(vi) Menentukan waktu dan frekuensi asuhan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

E. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evalusi bertujuan untuk mengetahui tingkat kemajuan pasien dan apakah tujuan atau hasil yang diharapkan telah tercapai. Dalam kegiatan monitoring dan evaluasi indikator yang dipilih/dimonitor sama dengan indikator pada pengkajian gizi, kecuali riwayat personal. Selain indikator pengkajian gizi, indikaor yang perlu dievaluasi yaitu diagnosis gizi dan intervensi gizi yang diberikan apakah ada perubahan atau tidak.

1. Cara Monitoring dan evaluasi

a. Monitor perkembangan:

1) Cek pemahaman dan kepatuhan pasien terhadap intervensi gizi
2) Tentukan apakah intervensi yang dilaksanakan sesuai dnegan presikripsi gizi yang telah ditetapkan
3) Berikan bukti/fakta bahwa intervensi gizi telah atau belum merubah prilaku atau status gizi pasien
4) Identifikasi hasil asuhan gizi yang positif maupun negatif
5) Kumpulkan informasi yang menyebabkan tujuan asuhan tidak tercapai
6) Kesimpulan harus didukung dengan fakta/data

a) Memonitor hasil

(1) Pilih indikator asuhan gizi untuk mengukur hasil yang diinginkan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

(2) Gunakan indikator asuhan yang terstandar untuk meningkatkan validitas dan reabilitas pengukuran perubahan

b) Evaluasi hasil

(1) Bandingkan data yang dimonitoring dengan tujuan prisikripsi gizi atau standar rujukan untuk mengkaji perkembangan dan menentukan tindakan selanjutnya

(2) Evaluasi dampak dari keseluruhan intevensi terhadap hasil kesehatan pasien secara menyeluruh.

c) Kesimpulan hasil monitoring dan evaluasi

(1) Aspek gizi: perubahan pengetahuan, perilaku, makan dan asupan zat gizi

(2) Aspek status klinis dan kesehatan: perubahan nilai laboratorium, berat badan,tekanan darah, faktor resiko, tanda gejala, status klinis, infeksi, komplikasi, morbiditas dan mortalitas.

(3) Aspek pasien: perubahan kapasitas fungsional, kemandirian merawat diri sendiri.

(4) Aspek pelayanan kesehatan: lama hari dirawat

Komenkes
Poltekkes Bengkulu