

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Meningkatnya pendapatan perkapita pada masyarakat menyebabkan perubahan gaya hidup pada masyarakat, terutama pada masyarakat perkotaan. Perubahan gaya hidup tersebut menyebabkan peningkatan penyakit degeneratif, salah satunya penyakit Diabetes Mellitus (Daryaswanti, Dwipranata dan Deani, 2019). Diabetes mellitus merupakan gangguan metabolik yang diakibatkan oleh pankreas tidak dapat memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif sehingga dapat mengakibatkan terjadi peningkatan konsentrasi glukosa di dalam darah atau hiperglikemia (Rani, 2019).

Diabetes Mellitus telah menjadi masalah kesehatan di dunia. Angka prevalensi penyakit ini semakin meningkat secara drastis di seluruh dunia. Penyakit ini mempunyai resiko besar terjadinya komplikasi serius bahkan mengakibatkan kematian (Laiskodat, 2019). Prevalensi penyakit diabetes mellitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun terjadi peningkatan dari 1,5% pada tahun 2013 menjadi 2,0% pada tahun 2018 (Riskesdas, 2018). *Internasional Diabetes Feredation* (IDF) menyatakan bahwa pada tahun 2015 jumlah penderita diabetes ialah 415 juta jiwa, dan terjadi peningkatan pada tahun 2017 yaitu 425 juta jiwa dan Indonesia berada diperingkat ke-7 dengan prevalensi diabetes mellitus tertinggi sebanyak 10 juta jiwa pada usia 20-79 tahun (Lubis, Utami dan Dewi, 2018).

Diabetes lebih dikenal sebagai penyakit yang membunuh manusia secara diam-diam atau "*Silent Killer*". Diabetes juga dikenal sebagai "*Mother of Desease*" karena dapat menimbulkan penyakit-penyakit lain seperti hipertensi, penyakit jantung, pembuluh darah, stroke, kebutaan dan penyakit ginjal. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Satriawibawa dan Saraswati (2012) yang dilakukan pada pasien DM tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam RSUP Sanglah didapatkan prevalensi komplikasi akut DM tipe 2 yaitu Ketoasidosis Diabetik (KAD) sebanyak 7 orang (6,6%), hipoglikemia sebanyak 18 orang (17%), sedangkan komplikasi

kronis yang terbanyak adalah gagal ginjal kronik sebanyak 28 kasus (26,4%) (Setiyorini dan Wulandari, 2017).

Penderita diabetes mellitus dapat dipicu oleh pola makan yang salah. Pola makan dan gaya hidup yang tidak sehat ini dapat memunculkan berbagai komplikasi akut maupun kronis pada penderita diabetes mellitus. Kadar gula darah dapat diatur lebih stabil dengan cara mengatur jadwal makan yang teratur. Mengurangi porsi makan dapat membantu mengontrol gula darah, sedangkan menambah porsi makan dapat menimbulkan komplikasi diabetes mellitus (Susilowati dan Waskita, 2019). Penatalaksanaan pada penderita DM bersifat terpadu meliputi pengaturan makan, aktivitas fisik, edukasi, dan obat-obatan. Pengaturan makan bagi penderita DM tipe 2 meliputi pengaturan terhadap jumlah, jenis dan jadwal makan dalam sehari (Ernawati, Harini dan Ayugita, 2020).

Gagal ginjal adalah kondisi yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang metabolit yang menumpuk dari darah, yang menyebabkan perubahan keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa. Gagal ginjal akibat DM disebut nefropati diabetika. Tingginya kadar glukosa dalam darah akan membuat ginjal bekerja ekstra keras untuk membuang kelebihan glukosa dalam darah menjadi urin sehingga jika terjadi dalam waktu yang lama maka ginjal akan mengalami kerusakan (Sari dan Hisyam, 2014). Negara yang menempati posisi pertama pada gagal ginjal yaitu di Negara Eropa mencapai 18,38% sedangkan di Indonesia, gagal ginjal menduduki peringkat ke tujuh dalam kategori penyakit tidak menular (Indonesian Renal Registry, 2016). Prevalensi penyakit gagal ginjal kronis di Indonesia ≥ 15 tahun berdasarkan diagnosis dokter pada tahun 2013 adalah 0,2% dan terjadi peningkatan pada tahun 2018 sebesar 0,38% (Riskesdas, 2018).

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) ditandai dengan beberapa tanda kerusakan ginjal yaitu albuminuria, abnormalitas sedimen urin, elektrolit, histologi, struktur ginjal, ataupun adanya riwayat transplantasi ginjal, juga disertai penurunan laju filtrasi glomerulus (Aisara, Azmi dan Yann, 2018). Penderita PGK sering mengeluhkan adanya penurunan nafsu makan. Penurunan nafsu makan pada pasien ginjal kronik berkaitan dengan tingginya kadar ureum. Kadar ureum yang tinggi dalam darah menimbulkan perasaan mual dan muntah. Hal ini dapat memicu terjadinya gangguan gastrointestinal seperti dispepsia. Perasaan depresi pada

penderita gagal ginjal kronik juga dapat mempengaruhi fungsi saluran gastrointestinal. Penelitian yang dilakukan oleh Sang Pyo, dkk (2015) menemukan bahwa responden dengan depresi lebih beresiko mengalami dispepsia (Rokhmah, Purnamasari dan Saryono, 2017)

Dispepsia merupakan salah satu masalah kesehatan yang sangat sering ditemui dalam kehidupan sehari-hari yang berhubungan dengan gangguan saluran cerna yang ditandai mual, muntah, nyeri pada perut bagian atas atau ulu hati, rasa penuh pada bagian epigastrik. Kasus dispepsia di kota-kota besar di Indonesia cukup tinggi. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI Tahun 2015, angka kejadian dispepsia tertinggi yaitu di Jakarta 50 %, Denpasar 46 %, Bandung 32,5 %, Palembang 35,5 %, Surabaya 31,2 %, Pontianak 31,2 %, Medan 9,6 % (Depkes RI, 2015).

Faktor-faktor yang menyebabkan dispepsia ialah diet dan lingkungan, sekresi cairan asam lambung, fungsi motorik lambung, persepsi visceral lambung, psikologi, dan infeksi *Helicobacter pylori*. Faktor lain yang dapat juga menyebabkan dispepsia ialah jeda antara jadwal makan yang lama dan ketidak teraturan makan. (Sumarni, 2019). Seseorang yang terbiasa berada dalam kondisi yang terlalu lapar dan terkadang dalam kondisi yang terlalu kenyang menyebabkan kondisi lambung dan pencernaannya menjadi terganggu. Produksi asam lambung yang berlebih, disebabkan oleh seringnya mengonsumsi alkohol, obat penahan nyeri, asam cuka, makanan dan minuman yang bersifat asam, makanan yang pedas serta bumbu yang merangsang (Fithriyana, 2018).

Pilar utama pengelolaan DM meliputi edukasi, terapi gizi medis, latihan jasmani, dan terapi farmakologis. Terapi gizi medis melalui perencanaan makanan merupakan salah satu langkah pertama yang harus dilakukan dalam pengelolaan DM. Pengelolaan yang tepat melalui pelayanan asuhan gizi yang berkualitas. *American Diabetes Association* (ADA) merekomendasikan suatu konsep model *Standardized Nutrition Care Process* (SNCP) atau Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT). PAGT bertujuan agar dietisien dapat memberi pelayanan asuhan gizi yang berkualitas tinggi, aman, efektif serta hasil yang dicapai dapat diprediksi dan lebih terarah. Pasien akan menerima terapi gizi berdasarkan masalah dan penyebab

masalah yang berpotensi mengakibatkan malnutrisi selama pasien dirawat di rumah sakit dan berdasarkan *evidence based* (Yunita, Asdie dan Susetyowati, 2013).

Berdasarkan uraian diatas, maka pada penelitian ini mencoba untuk melakukan asuhan gizi pada pasien komplikasi dengan penyakit diabetes mellitus tipe 2 dengan gagal ginjal kronik dan dispepsia low intake. Pasien komplikasi diabetes mellitus tipe 2 dengan gagal ginjal kronik dan dispepsia low intake tergolong kedalam ketegori sangat beresiko dan harus dilakukan asuhan gizi karena jika tidak diberi asuhan gizi, akan menyebabkan kadar glukosa yang tidak terkendali, menimbulkan penyakit komplikasi bahkan kematian. Hal ini menarik untuk menjadi topik studi kasus yang berjudul Proses Asuhan Gizi Terstandar pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 disertai Gagal Ginjal Kronik dan Dispepsia Low Intake.

1.2 Perumusan Masalah

Rumusan masalah dalam studi kasus ini yaitu “Bagaimana penatalaksanaan proses asuhan gizi terstandar pada pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan gagal ginjal kronik dan dispepsia low intake”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan proses asuhan gizi terstandar pada pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan gagal ginjal kronik dan dispepsia low intake.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan assessment gizi yang meliputi pengkajian pada data antropometri, biokimia, fisik klinis, dan riwayat gizi pada pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan gagal ginjal kronik dan dispepsia low intake.
2. Mampu menegakkan diagnosis gizi pada pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan gagal ginjal kronik dan dispepsia low intake.
3. Mampu merencanakan intervensi gizi yang tepat berdasarkan data-data diagnosis pada pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan gagal ginjal kronik dan dispepsia low intake.

4. Mampu merencanakan dan melakukan monitoring evaluasi gizi terhadap intervensi gizi yang diberikan pada pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan gagal ginjal kronik dan dispepsia low intake.

1.4 Manfaat

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan ilmu gizi, khususnya mengenai asuhan gizi pada pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan gagal ginjal kronik dan dispepsia low intake serta sebagai bahan penerapan ilmu yang telah didapat selama perkuliahan.

2. Bagi Institusi

Sebagai informasi dan masukan dalam melaksanakan program penelitian selanjutnya dan dapat menambah informasi dan gambaran asuhan gizi khususnya bagi pasien komplikasi diabetes mellitus tipe 2 dengan gagal ginjal kronik dan dispepsia low intake.

3. Bagi Masyarakat

Sebagai informasi sehingga masyarakat dapat dapat memahami informasi dan gambaran asuhan gizi bagi penderita diabetes mellitus tipe 2 dengan gagal ginjal kronik dan dispepsia low intake.

1.5 Ruang Lingkup

Ruang lingkup studi kasus ini yaitu pasien dengan diagnosis diabetes mellitus tipe 2 dengan gagal ginjal kronik dan dispepsia low intake yang sedang dirawat di Rumah Sakit X.