

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Lama Rawat Inap

Lama rawat inap pasien atau LOS merupakan salah satu dari beberapa indikator yang digunakan untuk menilai mutu pelayanan rumah sakit. Enam hingga sembilan hari adalah lama tinggal yang khas. Lama rawat inap pasien berdampak signifikan terhadap tingginya jumlah rawat inap, yang dapat menjadi beban yang signifikan. Semakin lama rawat inap pasien, semakin besar biaya yang dikeluarkan untuk biaya pengobatan di poliklinik gawat darurat. Faktor-faktor yang mempengaruhi lama tinggal pasien di klinik meliputi: penyakit pasien, status keuangan, analisis klinis, jenis kegiatan dan pengaturan kegiatan perbaikan, staf yang terkait dengan interaksi pengobatan dan pengaturan organisasi klinik (Theresa dkk., 2022). Rawat inap merupakan jenis perawatan untuk pasien yang ditangani dan tinggal di klinik medis untuk jangka waktu tertentu. Layanan berkelanjutan yang berkualitas diwujudkan dengan memenuhi kebutuhan dasar pasien (Tubagus dkk., 2016).

Lama rawat inap adalah penanda untuk mensurvei sifat asuhan keperawatan mengenai sudut pandang hasil. Untuk seluk-beluk tambahan, LOS (lama tinggal) adalah penunjuk untuk mengukur tingkat kemahiran klinik medis. Penanda kualitas administrasi untuk mengukur tingkat produktivitas klinik adalah 7-10 hari (kompleksitas, penyakit nosokomial; kantor krisis; tingkat polusi darah; tingkat kesalahan dan pemenuhan pasien) (Nursalam.2011). Penelitian terdahulu (Lubis dkk, 1996) menyatakan bahwa usia berdampak pada lama rawat inap pasien

pneumonia, dan Victoria et al. (1994) dan Kristina (2000) juga menyatakan bahwa berat badan lahir berpengaruh terhadap keparahan pneumonia. Ostapchuk et al, 2004) berpendapat bahwa lama rawat inap korban pneumonia dipengaruhi oleh tingkat pneumonia. Semakin tinggi tingkat pneumonia, semakin lama pengobatan diselesaikan oleh pasien.

Salah satu hal yang dapat digunakan untuk menentukan seberapa efektif penggunaan obat adalah lamanya pengobatan. Jika dilihat dari tabel diketahui bahwa sebagian besar pasien dirawat selama 1-7 hari (81,8%). Pengobatan anti infeksi untuk pneumonia dapat diberikan selama 3-7 hari sehingga sebagian besar pasien diperbolehkan pulang setelah dirawat selama 7 hari. Jika kondisinya belum membaik, mungkin akan hilang selama 14 hari (Faizah & Putra, 2019). Penataan keseriusan penyakit diharapkan memperoleh gambaran keseriusan penyakit pasien dan menelusuri saran-saran untuk pertimbangan pasien. Tingkat keseriusan penyakit juga merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi lama perawatan pasien.

LOS (Length of Stay) atau lama tinggal menunjukkan berapa lama seorang pasien dirawat di rumah sakit dalam satu periode perawatan. Satuan lama rawat inap adalah hari, sedangkan cara menghitung lama rawat inap adalah dengan memastikan kontras antara tanggal keluar (lepas dari klinik, hidup atau mati) dan tanggal masuk ke poliklinik gawat darurat. Pada umumnya, informasi ini dicatat di bagian dan meninggalkan struktur garis besar dalam catatan klinis. Lama rawat inap merupakan komponen atau bagian dari perawatan dan administrasi di klinik medis yang dapat dievaluasi atau diestimasi. Jika seseorang dirawat di rumah sakit, yang paling diharapkan tentu saja adalah perubahan status kesehatannya.

Dengan asumsi apa yang umumnya diantisipasi oleh staf klinis dan pasien telah tercapai, maka pada saat itu jelas tidak ada yang perlu menunggu di klinik darurat. Karena pengetahuan tentang masalah yang berkaitan dengan diagnosis yang benar, lama rawat inap berkurang secara signifikan. Untuk menentukan apakah pengurangan lama tinggal meningkatkan efektivitas atau pengobatan yang tidak tepat, diperlukan pemeriksaan lebih lanjut mengenai keseriusan penyakit dan hasil pengobatan. Beberapa faktor, baik yang berhubungan dengan kondisi klinis pasien, operasi, administrasi pasien di ruangan maupun masalah organisasi klinik, dapat mempengaruhi penundaan pelepasan toleran. Ini akan mempengaruhi LOS. Khususnya untuk pasien yang membutuhkan aktivitas klinis atau operasi, adapun faktor yang mempengaruhi ini, sebagai berikut:

1. Penyakit atau komplikasi cedera pembedahan. Faktor yang mempengaruhi terjadinya penyakit dan komplikasi cedera pembedahan sebagai aturan, antara lain:

- Waktu/ lama pembedahan

Semakin banyak waktu yang diperlukan untuk suatu tindakan medis, maka akan mempengaruhi penyembuhan luka hati dan juga akan meningkatkan terjadinya infeksi luka hati, sehingga lama tinggal akan semakin lama.

- Metode pembedahan

Pembedahan yang menyebabkan kerusakan jaringan yang lebih besar akan menimbulkan risiko penyakit cedera pembedahan yang lebih serius.

2. Pasien paling siap untuk operasi elektif, tetapi untuk operasi cito, persiapannya tidak sebaik operasi elektif karena menunda operasi akan membahayakan nyawa pasien. Sehingga dengan kesiapan yang tidak terlalu ideal,

terutama untuk aktivitas tipe cito, pertaruhan penyakit cedera hati lebih menonjol (Erbaydar, 2004).

3. Macam-macam kasus atau penyakit, kasus yang intens dan persisten akan membutuhkan lama tinggal alternatif, dimana kasus yang sedang berlangsung akan membutuhkan masa tinggal yang lebih lama daripada kasus yang intens. Dengan cara yang sama, satu penyakit tunggal pada satu pasien akan memiliki lama rawat inap yang lebih terbatas daripada banyak penyakit pada satu pasien.

4. Jumlah dokter yang merawat pasien merupakan faktor besar dalam berapa lama pasien tinggal di rumah sakit, berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk memutuskan apa yang harus dilakukan, dan bagaimana keahlian dokter yang berbeda mempengaruhi seberapa baik mereka menangani kasus.

5. Pada hari masuk ke poliklinik, pasien yang dirawat di poliklinik gawat darurat sebelum hari Sabtu dan Minggu akan memperpanjang lama rawat inap, hal ini dikarenakan kesibukan menjelang waktu-waktu khusus dalam setahun dimana penilaian oleh spesialis dan penilaian penunjang ditunda hingga hari kerja, ketika semua perwakilan klinik berfungsi tanpa mengejutkan siapa pun. Penambahan lama rawat inap juga terjadi jika pasien dirawat di luar jam kerja klinik atau terjadi perbedaan waktu jaga. Lama tinggal karena penambahan lama tinggal sebelum prosedur medis, yang akan mempengaruhi perluasan jumlah lama tinggal.

6. Hari keluar dari klinik, penjelasan dari beberapa spesialis klinik darurat merekomendasikan bahwa pasien yang kembali dari klinik medis yang jatuh pada hari Senin memiliki masa tinggal yang lebih lama daripada pasien yang kembali pada hari yang berbeda. Hal ini karena banyak dari pasien tersebut yang memang

sudah siap untuk pulang pada awal minggu yang terkendala masalah peraturan karena tidak berada pada hari kerja..

7. Umur pasien dalam bahasa Indonesia adalah jam hidup atau sejak lahir. Dalam beberapa pemeriksaan, faktor usia mempengaruhi lama tinggal pasien yang berhati-hati. Pasien yang lebih berpengalaman umumnya akan memiliki masa tinggal klinik yang lebih lama daripada pasien yang lebih muda.

B. Sisa makan

1. Definisi Sisa Makan

Jumlah makanan yang tidak habis dikonsumsi pasien disebut makanan sisa, dan dapat digunakan untuk menakar sisa makanan (Rimporok dkk, 2019). Jumlah makanan yang tidak dikonsumsi pasien disebut makanan sisa. Makanan disajikan berdasarkan kelas perawatan, jenis makan malam, dan waktu pesta. Makanan tambahan seharusnya satu ton jika $\geq 20\%$ dan dikatakan hampir tidak ada jika $< 20\%$. Makanan ekstra merupakan petunjuk penting dalam pelaksanaan pengaturan makanan serta untuk menentukan penerimaan makanan pasien, menghitung sisa makanan pasien merupakan faktor penentu yang kuat dari tingkat kesadaran makanan pasien. Kejadian pemborosan makanan di klinik meliputi rasa makanan, ukuran porsi, nafsu makan dan makanan tidak sesuai selera yang diharapkan (Kemenkes, 2013).

2. Faktor yang Mempengaruhi Sisa Makan

Faktor yang mempengaruhi terjadinya pemborosan makanan adalah variabel interior dan faktor eksternal. Faktor-faktor dalam mengingat perubahan nafsu makan, perubahan rasa, elemen mental, variabel aktual, pola makan dan orientasi. Variabel luar meliputi disposisi staf, kesalahan dalam waktu

pesta/perencanaan makanan, iklim iklim perawatan, makanan dari luar klinik, penampilan makanan (variasi, bentuk, bagian dan tampilan makanan), rasa makanan (bau, persiapan, konsistensi, kelezatan dan suhu makanan).

3. Pengukuran Sisa Makan

Menurut Angka Kebutuhan Gizi (AKG). Terdapat empat kategori klasifikasi tingkat konsumsi : tingkat asupan baik : $\geq 100\%$ AKG, sedang : 80-90% AKG, kurang : 70-79% AKG, deficit : $< 70\%$ AKG. Penaksiran pemanfaatan pangan harus dapat dilakukan di tiga wilayah, yaitu penaksiran asupan sehat secara spesifik pada tingkat tunggal, penaksiran asupan sehat pada tingkat keluarga dan penaksiran pemanfaatan pangan pada suatu ruang. Teknik menghitung asupan gizi yang sering digunakan untuk comstock visual. Memperkirakan asupan makanan pada orang menggunakan *recall* 24 jam, *estimasi food record*, *food weighing*, *food frequency*.

- Teknik *Recall* 24 jam

Teknik *recall* 24 jam atau sering disebut strategi review adalah pendekatan untuk memperkirakan asupan diet individu dalam sehari. Strategi ini diakhiri dengan menanyakan makanan yang telah dimakan dalam waktu 24 jam lebih mulai dari bangun pagi hingga menjelang tidur kembali di malam hari. Strategi estimasi ini berarti menentukan konsumsi suplemen individu dalam sehari, sehingga memiliki tempat dengan kelompok teknik kuantitatif. Metode ini pada dasarnya melibatkan pencatatan jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi satu hari sebelum *recall*.

- Teknik *Estimated Food Record*

Teknik *estimated food record*, atau disebut catatan makanan atau catatan makanan yang dinilai, adalah strategi untuk memperkirakan asupan makanan

individu dengan menilai berapa banyak makanan yang dimakan oleh responden sesuai dengan catatan penggunaan makanan. Aturan estimasi ini hampir sama dengan strategi *recall* 24 jam, yaitu mencatat semua makanan yang dimakan selama 24 jam, mulai dari bangun di pagi hari hingga kembali istirahat di malam hari.

- Teknik Penimbangan Makanan (*food weighing*)

Teknik Penimbangan Makanan (*food weighing*) merupakan cara menilai secara visual jumlah makanan yang tersisa untuk setiap kelompok makanan atau jenis hidangan oleh penaksir responden dalam metode penimbangan makanan. Responden atau petugas harus menimbang dan mencatat semua makanan yang dikonsumsi selama 24 jam dengan menggunakan cara ini. Dengan asumsi masih ada makanan yang tersisa, makanan sisa juga ditimbang sehingga penggunaan makanan yang sebenarnya bisa sepenuhnya ditentukan.

- Teknik Frekuensi Makanan (*food frequency*)

Teknik pengulangan atau frekuensi makanan, sering juga disebut FFQ (Food Recurrence Quotationnaire), adalah cara untuk mengetahui atau mendapatkan informasi tentang kebiasaan dan kebiasaan makan individu dalam jangka waktu tertentu, biasanya satu bulan, tetapi juga bisa menjadi setengah tahun terakhir atau satu tahun. Ada dua jenis teknik frekuensi makanan, yaitu strategi FFQ subyektif dan strategi FFQ semi-kuantitatif..

- *Visual Comstock*

Persepsi pemanfaatan pangan atau pemborosan pangan merupakan metode dasar dan vital untuk menilai. Memperkirakan makanan yang tersisa di piring secara langsung adalah strategi yang paling dapat diandalkan, namun teknik ini memiliki

kelemahan karena menuntut banyak investasi, perlengkapan yang luar biasa, dan staf yang terlatih, membuat strategi ini tidak dapat dipahami untuk ujian besar. Salah satu teknik yang dibuat untuk mensurvei pemanfaatan makanan pasien adalah strategi penilaian visual skala Comstock. Karena sederhana, murah, dan tidak memakan banyak waktu, cara ini lebih menguntungkan.

Teknik penilaian visual (comstock) adalah strategi evaluasi pemanfaatan. Ukurannya dapat berupa: Berat makanan dinyatakan dalam gram; Skor saat menggunakan skala estimasi. Strategi penilaian visual dibuat oleh Comstock dengan menggunakan skala 6 poin (persen dari sisa makanan), dengan standar yang menyertainya:

Skala 0 makanan dihabiskan seluruhnya oleh pasien (100% habis)

Skala 1 makanan sisa $\frac{1}{4}$ porsi (75% habis)

Skala 2 makanan sisa $\frac{1}{2}$ porsi (50% habis)

Skala 3 makanan sisa $\frac{3}{4}$ porsi (25% habis)

Skala 4 makanan dimakan sedikit ± 1 sdm (5% habis)

Skala 5 makanan tidak dimakan sama sekali (0% habis)

Selanjutnya makanan dihitung menggunakan rumus berikut :

$$\text{Total nilai : } \frac{\text{Jumlah jenis menu} \times 4}{\text{Asupan}}$$

C. Status Gizi

1. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah suatu kondisi kesejahteraan yang dipengaruhi oleh hubungan antara makanan, tubuh manusia dan selanjutnya iklim manusia. Tumbuh kembang

seorang anak bukan hanya representasi dari perubahan ukuran tubuh, namun juga memberikan gambaran tentang keselarasan antara konsumsi dan kebutuhan gizi sehingga tumbuh kembang merupakan tanda yang baik dari peningkatan status gizi seorang anak. Pengukuran status gizi adalah terjemahan dari informasi yang diperoleh dengan menggunakan berbagai strategi untuk membedakan populasi atau orang yang berisiko atau dengan status gizi yang buruk. Pengukuran status gizi dengan menggunakan teknik antropometri pada umumnya berarti ukuran tubuh manusia yang dihubungkan dengan perkiraan aspek tubuh dan susunan tubuh yang berbeda pada usia dan tingkat gizi yang berbeda. Batas diperkirakan termasuk BB dan TB. File antropometrik dapat berupa proporsi dari satu estimasi terhadap setidaknya satu estimasi atau terkait dengan usia (Lembong dkk).

2. Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Tingginya frekuensi penyakit pada anak kecil dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya ketidaksehatan pada balita antara lain informasi, bias terhadap makanan pokok tertentu, kecenderungan atau keterbatasan yang merugikan, kecenderungan yang berlebihan terhadap jenis makanan tertentu, penyebaran kelahiran yang terlalu dekat, status ekonomi, dan penyakit yang tidak dapat dihindari (Herlambang, Angga., Wandini, Riska., Setiawati. 2021). Salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi adalah pengetahuan. Tidak sedikit keluarga yang tidak mengetahui kebutuhan khusus anak, tidak mengetahui cara membuat MP-ASI dari bahan-bahan yang tersedia di sekitar mereka atau tidak dapat memberikan makanan yang memiliki manfaat gizi yang besar. Beberapa kelompok masyarakat setempat memiliki kecenderungan (budaya) yang berbeda-beda, beberapa anak tidak akan disapih sebelum berusia

setengah tahun, bahkan ada yang mulai menyapih setelah bayinya berusia 2 tahun (kasus keterlaluhan 4 tahun). Sedangkan, dalam jaringan metropolitan, anak-anak disapih terlalu cepat, artinya, setelah beberapa lama dilahirkan, mereka diberi makanan tambahan. Elemen berikut yang mempengaruhi status diet adalah penyebaran kelahiran yang terlalu dekat satu sama lain. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa banyak anak-anak yang mengalami masalah kesehatan karena ibu mereka hamil lagi atau kerabat lain telah dikandung, sehingga ibu mereka tidak dapat merawat mereka dengan baik (Marimbi, 2014).

3. Prosedur Pelayanan Gizi Rawat Inap

a. Skrining gizi

Tahapan pelayanan gizi rawat inap dimulai dengan pemeriksaan nutrisi atau skrining gizi oleh perawat dan jaminan permintaan diet awal oleh dokter. Rencana pemeriksaan makanan untuk membedakan pasien/klien yang berada dalam bahaya, bukan dalam bahaya ketidaksehatan atau keadaan luar biasa. Keadaan luar biasa yang disinggung adalah pasien dengan gangguan metabolisme; hemodialisis; anak; geriatrik; penyakit dengan kemoterapi/radiasi; Luka bakar ; pasien dengan kekebalan berkurang: pada dasarnya sakit, dll. Idealnya, pasien baru harus melakukan skrining setiap 24 jam sekali. Strategi skrining harus singkat dan disesuaikan dengan kondisi dan pengaturan di setiap klinik. Evaluasi untuk pasien anak usia 1-18 tahun dapat menggunakan strategi Screening Solid Children. Dengan asumsi bahwa konsekuensi dari pemeriksaan nutrisi menunjukkan bahwa pasien berada dalam bahaya kelaparan, maka evaluasi makanan selesai dan diikuti dengan usaha proses pertimbangan sehat yang dinormalisasi oleh ahli diet. Pasien dengan status kesehatan yang baik atau tidak

dalam bahaya kelaparan disarankan untuk diskriminasi ulang setelah beberapa minggu. Jika hasil pemeriksaan ulang berisiko tidak sehat, siklus perawatan makanan yang dinormalisasi akan dilakukan. Jika rumah sakit memiliki tim asuhan gizi, Nutrition Support Team (NST), Nutrition Therapy Team (TTG), Nutrition Support Team, atau Nutrition Care Committee, maka pasien dirujuk ke tim Standardized Nutrition Care Process (PAGT) berdasarkan pertimbangan DPJP. Pasien sakit kritis atau kasus sulit yang berisiko mengalami gangguan gizi parah akan lebih baik ditangani secara tim.

Proses Asuhan Gizi Terstandar dilaksanakan untuk pasien yang berada dalam bahaya kelaparan, mengalami ketidaksehatan atau keadaan yang berpotensi luar biasa dengan penyakit tertentu. Interaksi ini merupakan perkembangan latihan yang diulang (siklus) sebagai berikut:

Kegiatan PAGT terdiri dari :

1) Assesmen/Pengkajian gizi

Assesmen gizi dikategorikan menjadi 5, yakni:

- Anamnesis riwayat gizi

Data dari anamnesis riwayat gizi mencakup informasi tentang asupan makanan, termasuk komposisinya, pola makan saat ini, dan informasi lain yang relevan. Demikian pula, informasi tentang kekhawatiran yang toleran terhadap rezeki dan kesejahteraan, kerja aktif dan olahraga serta aksesibilitas makanan dalam keadaan klien saat ini diperlukan.

- Data Biokimia

Hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan terkait status gizi, status metabolisme, dan gambaran fungsi organ yang mempengaruhi timbulnya masalah

gizi semuanya masuk dalam data biokimia. Membuat keputusan dari informasi pusat penelitian yang berhubungan dengan masalah kesehatan harus sejalan dengan informasi evaluasi nutrisi lainnya seperti riwayat makanan lengkap, termasuk penggunaan peningkatan, penilaian aktual, dll. Selain itu, proses penyakit, aktivitas, terapi, teknik, dan status hidrasi (cairan) dapat mempengaruhi perubahan zat dalam darah dan kencing, sehingga hal ini harus dipikirkan.

- Data Antropometri

Antropometri adalah estimasi aktual orang. Antropometri harus dimungkinkan dengan berbagai cara, termasuk memperkirakan tinggi badan (TB); berat badan (BB). Dalam kondisi di mana ketinggian tidak dapat diperkirakan, panjang tubuh, ketinggian lutut (TL), rentang lengan, atau panjang setengah lengan dapat digunakan. Estimasi yang berbeda seperti lingkaran lengan atas (LILA), ketebalan lipatan kulit (skinfold), lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran tengah tubuh dan lingkaran pinggul dapat dilakukan berdasarkan kasus per kasus. Evaluasi status gizi dilakukan dengan melihat beberapa perkiraan yang telah disebutkan di atas, misalnya IMT, yaitu proporsi berat badan terhadap tinggi badan.

- Data Pemeriksaan Fisik Klinis

Pemeriksaan fisik dilaksanakan untuk mengidentifikasi kelainan klinis yang terkait dengan masalah kesehatan atau dapat menyebabkan masalah diet. Penilaian aktual terkait dengan nutrisi adalah kombinasi dari tanda-tanda penting dan antropometri yang dapat dikumpulkan dari catatan dan pertemuan klinis pasien. Contoh dari beberapa informasi evaluasi aktual yang berhubungan dengan makanan termasuk edema, asites, keadaan gigi, kehilangan massa, rasio akumulasi otot terhadap lemak, dan sebagainya.

- Data Riwayat Personal

Informasi riwayat individu mencakup 4 wilayah, yaitu riwayat pengobatan atau suplemen yang sering dikonsumsi: sosial budaya; riwayat klinis; Informasi umum pasien.

2) Diagnosis Gizi

Langkah ini mencari contoh dan hubungan antara informasi yang dikumpulkan dan penyebab potensial. Kemudian, dengan menggunakan terminologi yang sudah digunakan, definisikan masalah nutrisi tertentu dan pilahlah. Menyusun temuan rezezi yang terorganisir dengan gagasan PES atau Etiologi Masalah dan Tanda/Efek Samping.

3) Intervensi Gizi

Ada dua bagian intervensi gizi yakni perencanaan intervensi dan implementasi.

- Perencanaan Intervensi

Intervensi gizi dibuat mengacu pada temuan sehat yang dipertahankan. Mengedepankan tujuan dan fokus pada syafaat berdasarkan masalah kesehatan (Isu), rencanakan teknik mediasi berdasarkan penyebab masalah (Etiologi) atau sebaliknya jika penyebab tidak dapat ditengahi maka metodologi mediasi diarahkan untuk mengurangi efek samping/tanda (Sign and Side effect). Demikian juga menentukan jadwal dan pengulangan perawatan. Hasil dari intervensi yaitu tujuan terukur, pengobatan diet dan implementasi.

- Mengukur Hasil Kegiatan

Memperkirakan peningkatan atau perubahan yang terjadi sehubungan dengan mediasi nutrisi. Batas-batas untuk diestimasi mengingat tanda-tanda dan efek samping dari kesimpulan yang sehat.

- Evaluasi hasil

Sehubungan dengan tiga tahap pergerakan di atas, akan diperoleh 4 macam hasil, yaitu: Perilaku dan efek alami yang berhubungan dengan nutrisi, yaitu tingkat keterikatan, perilaku, akses, dan kemampuan yang dapat mempengaruhi asupan makanan dan suplemen; Pengaruh asupan makanan dan suplemen adalah asupan makanan dan suplemen tambahan dari berbagai sumber, seperti makanan, minuman, suplemen, dan melalui kursus enteral dan parenteral; Pengaruh pada tanda-tanda aktual dan efek samping yang terkait dengan nutrisi, khususnya perkiraan yang terkait dengan antropometri, kimia alam, dan batas penilaian aktual klinis; Pengaruh syafaat rezeki yang diberikan kepada pasien/klien terhadap kepuasan pribadi.

4) Monitoring dan Evaluasi Gizi

Kegiatan monitoring dan evaluasi gizi dilaksanakan untuk memutuskan reaksi pasien/klien terhadap doa syafaat dan tingkat pencapaiannya. Sarana pemeriksaan dan penilaian latihan rezeki adalah: mengamati kemajuan, memperkirakan hasil, menilai hasil, dan mencatat laporan.

4. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi adalah terjemahan dari informasi yang diperoleh dengan menggunakan berbagai strategi untuk membedakan populasi atau orang yang berisiko atau dengan status gizi yang buruk. Penilaian status gizi dengan menggunakan teknik antropometri pada umumnya berarti ukuran tubuh manusia yang dihubungkan dengan perkiraan aspek tubuh dan susunan tubuh yang berbeda pada usia dan tingkat gizi yang berbeda. Batas diperkirakan termasuk berat badan dan tinggi badan. Indikator antropometri dapat berupa proporsi dari satu estimasi

terhadap setidaknya satu estimasi atau terkait dengan usia (Lembong dkk.,2018).

Terdapat dua metode pengukuran status gizi yaitu:

a. Pengukuran Status Gizi dengan cara Langsung

Pengukuran status gizi secara langsung dikategorikan menjadi 4, antara lain:

1) Antropometri

Antropometri merupakan ukuran tubuh manusia. Menurut perspektif yang sehat, antropometri yang sehat berhubungan dengan penilaian yang berbeda dari aspek tubuh dan pembentukan tubuh pada usia dan tingkat nutrisi yang berbeda.

2) Klinis

Penilaian klinis adalah teknik vital untuk mensurvei status diet individu. Perubahan yang disebabkan oleh kekurangan gizi mendukung strategi ini.

3) Biokimia

Pengukuran status gizi dengan biokimia merupakan penilaian contoh yang dicoba di laboratorium yang dilakukan pada berbagai jenis jaringan tubuh.

4) Biofisik

Pengukuran status gizi dengan biofisik merupakan cara untuk menentukan status sehat dengan melihat kapasitas fungsional (terutama jaringan) dan memperhatikan perubahan struktur jaringan.

b. Pengukuran Status Gizi dengan cara Tidak Langsung

Pengukuran status gizi secara tidak langsung dikategorikan menjadi 3, antara lain:

1) Survei Konsumsi

Survei Konsumsi merupakan cara untuk menentukan status gizi dengan cara melihat jumlah dan jenis nutrisi yang dikonsumsi.

2) Statistik Vital

Penilaian status gizi secara statistik vital merupakan dengan meneliti informasi tentang beberapa ukuran kesehatan seperti tingkat kematian dalam pandangan usia lanjut, kesuraman dan kematian karena penyebab tertentu dan informasi lain yang berhubungan dengan makanan.

3) Faktor Ekologi

Bengoa mengungkapkan bahwa kurangnya nutrisi yang sehat adalah masalah alami karena asosiasi beberapa elemen ekologi fisik, organik dan sosial. Berapa banyak makanan yang dapat diakses sangat tergantung pada aksesibilitas alami seperti lingkungan, tanah, sistem air dan lain-lain. Penilaian status gizi yang sering digunakan adalah dengan menggunakan strategi segera, khususnya teknik antropometri. Batas antropometri adalah alasan untuk mengevaluasi status diet. Beberapa catatan antropometri yang sering digunakan adalah (BB/U), (TB/U), (BB/TB), (LLA/U), (IMT), (IMT/U). Berat badan merupakan salah satu batasan yang memberikan garis besar berat badan. Bobot ini sangat sensitif terhadap perubahan mendadak. Catatan berat badan untuk umur digunakan sebagai metode untuk memperkirakan status sehat. Mengingat kualitas bobot temperamental, daftar BB/U lebih baik menggambarkan status publik seseorang yang sedang berlangsung.

5. Indeks Antropometri

a. Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)

Tinggi badan adalah antropometri yang memvisualkan kondisi perkembangan tubuh. Indikator ini memvisualkan status gizi pada masa lampau, disamping memvisualkan status gizi masa lampau, juga erat kaitannya dengan status sosial.

Tabel 1.
Kategori Indeks Panjang / Tinggi Badan Menurut Umur

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang batas (Z-score)
Panjang badan menurut umur (PB/U) atau Tinggi badan menurut Umur (TB/U) Anak usia 5- 18 Tahun	Sangat pendek	<-3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD

(Sumber : Kemenkes RI, 2010)

b. Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Berat badan mempunyai hubungan langsung dengan level. Untuk mengevaluasi status gizi (saat ini) ini, indeks BB/TB merupakan indikator yang berguna.

Catatan BB/TB adalah daftar yang cukup lama gratis.

Tabel 2.
Kategori Indeks Berat Badan Menurut Panjang / Tinggi Badan

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang batas(Z-score)
Berat Badan Menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BBT/TB) Anak usia 0-60 Bulan	Sangat kurus	<<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD

Sumber : Kemenkes RI, 2010

c. Lingkar Lengan Atas menurut Umur (LILA/U)

Kondisi otot dan lapisan lemak di bawah kulit dapat diketahui dengan mengukur lingkar lengan atas. Sirkuit lengan atas serta berat badan adalah batas yang tidak dapat diprediksi, dapat berubah dengan cepat. Hasilnya, ukuran status gizi saat ini adalah lingkar lengan atas. Penggunaan batas lengan atas sebagai tanda status sehat, selain digunakan sendiri, juga digunakan dalam kombinasi dengan berbagai batas LILA/U dan LILA per tingkat yang juga sering disebut dengan *Quack Stick*.

Rumus perhitungan status gizi berdasarkan lila yaitu sebagai berikut :

$$\% \text{ lila} = \frac{\text{lila yang diukur (cm)}}{\text{Lila menurut standar (cm)}} \times 100$$

Klasifikasi % lila

- Obesitas : > 120%
- Overweight : 110-120
- Gizi baik : 85-110%
- Gizi kurang : 70,1 – 84,9%
- Gizi buruk : <70%

d. Indeks Massa Tubuh (IMT)

Masalah kekurangan dan kelebihan gizi pada orang dewasa (usia 18 tahun ke atas) merupakan masalah yang serius, karena selain memiliki risiko penyakit tertentu, juga dapat mempengaruhi efisiensi kerja. BMI, yang dapat digunakan pada orang dewasa maupun anak di atas 5 tahun, merupakan alat sederhana untuk memantau status gizi, khususnya yang berkaitan dengan individu dengan berat badan kurang dan kelebihan berat badan. Namun, kondisi khusus lainnya (penyakit) seperti edema, asites, dan hepatomegali tidak diperhitungkan oleh IMT.

Rumus perhitungan IMT adalah sebagai berikut :

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB(m)}^2}$$

Tabel 3.
Kategori Indeks Massa Tubuh (IMT)

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang batas(Z-score)
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U)	Sangat kurus	<-3 SD
Anak usia 5- 18 Tahun	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
	Gemuk	> 1 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	> 2 SD

(sumber : Kemenkes RI, 2010)

4. Pneumonia

Pneumonia yang merupakan penyakit parah pada parenkim paru, termasuk alveoli dan jaringan interstisial, digambarkan dengan batuk, sesak napas, demam, semburan basah, dan menembus sinar-X dada. Pneumonia di Indonesia menjadi penyebab 15% kematian pada balita. Pada 2015, diperkirakan 922 ribu anak balita meninggal karena pneumonia. Pada tahun 2017, kematian balita akibat pneumonia meningkat menjadi 0,34% dari 0,22% dari tahun-tahun sebelumnya (Jannah dkk., 2019). Kebanyakan penyakit pneumonia dapat menyerang keturunan dari semua kelompok umur apa pun yang terjadi. Ada faktor risiko lain untuk pneumonia di negara-negara pertanian termasuk berat badan lahir rendah (BBLR), tidak sehat, tidak mendapatkan vaksinasi, tidak mendapatkan cukup

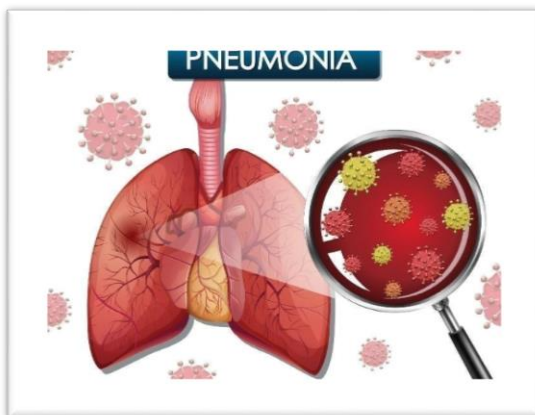
ASI, paparan polusi udara yang tinggi, keterbukaan merokok yang tinggi, dan keadaan keuangan yang rendah (Setyanto dkk., 2019).

Karakteristik individu anak, perilaku ibu, dan lingkungan berperan dalam peningkatan kejadian pneumonia pada balita. Kondisi iklim rumah yang tidak memenuhi persyaratan kesehatan dan cara penggunaan bahan bakar dapat meningkatkan risiko berbagai infeksi seperti TBC, pneumonia, dan pneumonia. Faktor lingkungan yang dapat membuat balita lebih mungkin terkena pneumonia antara lain rumah dengan banyak orang di dalamnya, polusi udara dalam ruangan dari pembakaran bahan bakar padat seperti kayu atau arang, dan orang tua yang merokok (Dharmayanti dan Anwar., 2014). Analisis pneumonia pada anak disusun berdasarkan anamnesis, penilaian aktual dan penilaian penunjang. Pada anamnesis dapat ditemukan keberatan-keberatan yang dialami pasien, antara lain : demam, tercekik, gelisah, berkelahi dan sesak. Bayi jarang menunjukkan gejala, sering tidak menunjukkan demam atau batuk. Anak-anak yang sangat besar, sesekali merengek karena migrain, sakit perut, muntah-muntah. Tanda-tanda klinis yang terjadi akan berfluktuasi, bergantung pada keseriusan infeksi dan usia penderita. Pada bayi baru lahir jarang ditemukan mendengus. Efek samping yang sering ditemukan pada bayi adalah: batuk, demam, latergi. Pada anak balita, retakan dan dispnea yang berguna/tidak berguna dapat ditemukan. Sebaliknya, pada pelajar dan remaja muda: berbagai efek samping yang sering dialami adalah: migrain, nyeri dada, dan letargi (Opovsky dan Florin., 2020).

Pneumonia bisa dibedakan menjadi dua jenis berdasarkan tempat terjadinya infeksi yaitu Local Area Gained Pneumonia (CAP) yang sering terjadi secara lokal dan Clinic Obtained Pneumonia (HAP) atau klinik gawat darurat yang

mengalami pneumonia nasokomial. Selain bervariasi dalam bidang infeksi, kedua jenis pneumonia juga berbeda dalam kisaran etiologi, faktor klinis, penyakit dasar atau komorbiditas, dan prediksi (lebih membingungkan pada PAH).

Pneumonia menurut kategori dapat disusun menjadi non-pneumonia, pneumonia dan pneumonia berat dilihat dari efek samping klinisnya (Nurnajiah et al., 2016). Pneumonia dimulai dengan penyakit parah pada jaringan parenkim alveoli yang disebabkan oleh infeksi, pertumbuhan, mikroorganisme, kerusakan nyata pada paru-paru atau dampak paparan luar. Efek samping pneumonia termasuk demam, sesak napas, sakit kepala, batuk dengan lendir dan menggigil (Bidara dkk., 2021).



Gambar 1. Kondisi Paru-paru dengan Pneumonia