

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Geriatri

1. Pengertian

Istilah geriatri pertama kali dipakai oleh Ignatz Nascher pada tahun 1909. Geriatri merupakan disiplin ilmu kedokteran yang menitikberatkan pada pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan pelayanan kepada pasien usia lanjut (Sudoyo dkk, 2006). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit, pasien geriatri adalah pasien lanjut usia dengan multi penyakit dan/atau gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara terpadu dengan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin. Sedangkan lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2012), lansia dikelompokkan menjadi 3 kelompok yaitu: pra lanjut usia (45-59 tahun), lanjut usia (60-69 tahun), dan lanjut usia risiko tinggi (≥ 70 tahun atau usia ≥ 60 tahun dengan masalah kesehatan).

2. Proses Menua

Definisi menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap trauma (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Sudoyo, 2006). Asupan makanan sangat mempengaruhi proses menua karena

seluruh aktivitas sel atau metabolisme dalam tubuh memerlukan zat-zat gizi yang cukup. Proses perubahan biologis pada lansia ditandai dengan:

a. Berkurangnya Massa Otot dan Bertambahnya Massa Lemak

Hal ini dapat menurunkan jumlah cairan tubuh sehingga kulit terlihat mengerut dan kering, wajah berkeriput dengan garis-garis yang menetap, sehingga seorang lansia terlihat kurus (Kemenkes RI, 2012).

b. Gangguan Indera

Kemampuan indera perasa pada lansia mulai menurun. Sensitifitas terhadap rasa manis dan asin biasanya berkurang, ini menyebabkan lansia senang makan yang manis dan asin (Kemenkes RI, 2012). Kelenjar saliva mulai sukar disekresi yang mempengaruhi proses perubahan karbohidrat kompleks menjadi disakarida karena enzim ptialin menurun. Fungsi lidah pun menurun sehingga proses menelan menjadi lebih sulit (Fatmah, 2010).

c. Gangguan Rongga Mulut

Menurut Meiner (2006) dalam Oktariyani (2012), lansia mengalami penurunan fungsi fisiologis pada rongga mulut sehingga mempengaruhi proses mekanisme makanan. Perubahan dalam rongga mulut yang terjadi pada lansia mencakup gigi tanggal, mulut kering dan penurunan motilitas esophagus. Gigi-geligi yang tanggal, menyebabkan gangguan fungsi mengunyah yang mengakibatkan kurangnya asupan makanan pada lansia (Kemenkes RI, 2012).

d. Gangguan Lambung

Cairan saluran cerna dan enzim-enzim yang membantu pencernaan berkurang pada proses menua. Nafsu makan dan kemampuan penyerapan zat-zat gizi juga menurun terutama lemak dan kalsium. Pada lambung, faktor yang

berpengaruh terhadap penyerapan vitamin B12 berkurang, sehingga dapat menyebabkan anemia (Kemenkes RI, 2012). Perubahan yang terjadi pada lambung adalah atrofi mukosa yang menyebabkan berkurangnya sekresi asam lambung sehingga rasa lapar juga berkurang. Ukuran lambung pada lansia juga mengecil sehingga daya tampung makanan berkurang (Fatmah, 2010).

e. Penurunan Motilitas Usus

Hal ini menyebabkan gangguan pada saluran pencernaan seperti perut kembung, nyeri perut dan kesulitan buang air besar. Hal ini dapat menyebabkan menurunnya nafsu makan dan terjadinya wasir (Kemenkes RI, 2012). Menurut Miller (2004) dalam Oktariyani (2012), perubahan struktur di permukaan usus secara signifikan mempengaruhi motilitas, permeabilitas atau waktu transit usus halus. Perubahan ini dapat mempengaruhi fungsi imun dan absorpsi dari beberapa nutrisi seperti kalsium dan vitamin D.

f. Penurunan Fungsi Sel Otak

Terjadinya penurunan fungsi sel otak menyebabkan penurunan daya ingat jangka pendek, melambatnya proses informasi, mengatur dan mengurutkan sesuatu yang dapat mengakibatkan kesulitan dalam melakukan aktifitas sehari-hari yang disebut dengan demensia/pikun. Penurunan kemampuan motorik menyebabkan lansia kesulitan untuk makan (Kemenkes RI, 2012).

g. Gangguan Organ Tubuh

Kapasitas ginjal untuk mengeluarkan air dalam jumlah besar juga berkurang, sehingga dapat terjadi pengenceran natrium sehingga ginjal mengalami penurunan fungsi. Selain itu pengeluaran urine di luar kesadaran (*incontinensia urine*) menyebabkan lansia sering mengurangi minum, sehingga dapat

menyebabkan dehidrasi (Kemenkes RI, 2012). Setelah usia 70 tahun, ukuran hati dan pankreas akan mengecil. Terjadi penurunan kapasitas penyimpanan dan kemampuan mensintesis protein dan enzim-enzim pencernaan. Perubahan fungsi hati terutama dalam produksi enzim amylase, tripsin dan lipase menurun sehingga kapasitas metabolisme karbohidrat, pepsin, dan lemak juga menurun (Fatmah, 2010).

3. Kebutuhan Gizi pada Lansia

a. Energi Total

Rata-rata pasien rawat inap di rumah sakit membutuhkan asupan energi total sekitar 1,3 kali perkiraan BMR untuk mempertahankan berat badan. Asupan 30-35 kkal/kg/hari dapat memenuhi kebutuhan sebagian besar pasien rumah sakit lansia (Stanga, 2009). Menurut Kemenkes RI (2012), Rumus Harris dan Benedict merupakan cara yang banyak digunakan untuk menetapkan kebutuhan energi seseorang. Rumusnya dibedakan antara kebutuhan untuk laki-laki dan perempuan.

Laki-laki : $BEE = 66 + 13,7 (BB) + 5 (TB) - 6,8 (umur)$

Perempuan : $BEE = 655 + 9,6 (BB) + 1,7 (TB) - 4,7 (umur)$

Faktor koreksi BEE untuk berbagai tingkat stress adalah: Stress ringan = 1,3 x BEE; Stress sedang = 1,5 x BEE; Stress berat = 2,0 x BEE; dan Kanker = 1,6 x BEE.

b. Protein

Tanpa penyakit hati atau ginjal kronis, asupan protein 12-15% dari total energi ditoleransi dengan baik. Bahkan pemberian 0,8 gram protein/kg BB/hari memadai dalam kesehatan apabila sebagian besar merupakan protein kelas satu dan kebutuhan energi terpenuhi sepenuhnya. Namun dalam penelitian Munro,

beberapa orang lansia terus kehilangan sejumlah besar protein tubuh bahkan ketika menerima 0,8 gram protein/kg BB. Dia menyarankan bahwa lansia tidak boleh mengonsumsi kurang dari 12-14% dari total energi. Menurut Toulouse, lansia yang sakit disarankan asupan protein lebih tinggi yaitu 1-1,5 gram/kg BB (Stanga, 2009).

Kecukupan protein sehari yang dianjurkan pada lansia adalah sekitar 0,8 gram/kg BB atau 10-15% dari kebutuhan energi. Dianjurkan memenuhi kebutuhan protein nabati lebih banyak dari protein hewani. Sumber protein nabati yang dianjurkan adalah kacang-kacangan dan produk olahannya. Sumber protein hewani yang dianjurkan adalah ikan, daging dan ayam tanpa lemak, susu tanpa lemak (Kemenkes RI, 2012).

c. Lemak

Pembatasan lemak yang berlebihan hingga kurang dari 20% dari asupan energi dapat mempengaruhi kualitas diet. Untuk asam lemak esensial seperti asam linoleat dan linolenat, dapat diberikan 2-3% dari total asupan energi yaitu hanya 9-10 gram (Stanga, 2009). Pada lansia konsumsi lemak dianjurkan tidak melebihi 20-25 % dari kebutuhan energi dengan rasio lemak tidak jenuh : lemak jenuh = 2 : 1. Kolesterol merupakan sejenis lemak yang hanya terdapat di makanan hewani terutama pada otak, hati, daging berlemak, kuning telur, dan konsumsinya harus dibatasi. Kolesterol tidak melebihi 300 mg/hari di dalam makanan (Kemenkes RI, 2012).

d. Karbohidrat

Penggunaan karbohidrat relatif menurun pada lansia, karena kebutuhan energi juga menurun. Lansia disarankan mengonsumsi karbohidrat kompleks

daripada karbohidrat sederhana, karena mengandung vitamin, mineral dan serat. Lansia dianjurkan mengkonsumsi karbohidrat 60-65% dari total kebutuhan energi (Kemenkes RI, 2012). Banyak lansia mengalami defisiensi enzim usus/laktase. Tanpa hidrolisis, laktosa tidak diserap, tetapi dimetabolisme oleh bakteri kolon. Metabolit yang dihasilkan, termasuk pembentukan gas, menghasilkan gejala perut kembung, kram, dan diare, yang mengarah pada penghindaran susu dan produk susu lainnya dalam diet. Penghindaran ini sangat disayangkan karena tingginya nilai gizi susu (Stanga, 2009).

e. Serat

Kebutuhan serat 25-30 gram/hari. Serat makanan terdiri dari bahan makanan polisakarida yang tahan terhadap pencernaan oleh enzim usus kecil. Serat larut seperti pektin, dipecah menjadi asam lemak rantai pendek seperti asetat dan butirrat yang merupakan nutrisi penting untuk mukosa kolon. Serat yang tidak larut dan tidak tercerna dapat membantu dalam mencegah sembelit. Perhatian harus diberikan pada kandungan serat dari makanan normal, suplemen oral, dan makanan enteral khususnya pada lansia (Stanga, 2009).

f. Cairan

Air sebagai komponen yang sangat penting pada pasien lansia. Kebutuhan cairan harian umumnya sekitar 30 ml/kg BB. Penilaian keseimbangan cairan adalah kunci untuk mendiagnosis beberapa keluhan non-spesifik dan perubahan kognitif yang mungkin ditemui pada pasien lansia yang sakit. Dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit dapat menyebabkan keluhan yang tidak spesifik dan sulit didiagnosis (Stanga, 2009). Menurut Kemenkes RI (2012), asupan cairan perlu diperhatikan karena adanya mekanisme rasa haus dan menurunnya cairan

tubuh total (penurunan massa lemak). Lansia membutuhkan cairan antara 1,5-2 liter per hari (6-8 gelas).

g. Vitamin dan Mineral

Perhitungan kebutuhan vitamin dan mineral didasarkan kepada angka kecukupan gizi yang dianjurkan. Namun untuk kondisi tertentu vitamin dan mineral diberikan dalam jumlah yang lebih tinggi atau lebih rendah dibandingkan angka kecukupan gizi yang dianjurkan (Kemenkes RI, 2012). Kekurangan vitamin subklinis sering terjadi pada lansia, stres fisiologis penyakit mungkin dapat mengosongkan sisa simpanan vitamin dengan cepat dan menyebabkan defisiensi. Kebutuhan untuk beberapa vitamin dan mineral meningkat selama periode sakit atau stres, sehingga lansia dapat mengalami defisiensi vitamin dan mineral tertentu. Dalam kondisi ini lansia harus diberikan suplemen tambahan (Stanga, 2009).

4. Masalah Gizi pada Lansia

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa masalah gizi pada lansia sebagian besar merupakan masalah gizi lebih yang merupakan faktor risiko timbulnya penyakit degeneratif seperti penyakit jantung koroner, *diabetes mellitus*, hipertensi, *gout*, rematik, ginjal, perlemakan hati, dan lain-lain. Namun demikian masalah kurang gizi juga banyak terjadi pada lanjut usia seperti malnutrisi energi protein, anemia dan kekurangan zat gizi mikro lain (Kemenkes RI, 2012).

a. Malnutrisi Energi Protein

Malnutrisi energi protein adalah kondisi dimana energi dan protein yang tersedia tidak mencukupi kebutuhan metabolik. Status nutrisi pasien lansia yang

dirawat atau baru keluar dari perawatan biasanya masih tetap buruk dan membutuhkan perhatian khusus di rumah. Penilaian status nutrisi sangat menentukan karena terjadinya kondisi kurang gizi progresif dan sering tidak terdiagnosis (Sudoyo dkk, 2006).

Menurut Kemenkes RI (2012), kurang atau hilangnya nafsu makan yang berkepanjangan pada lansia dapat menyebabkan penurunan berat badan. Disamping kekurangan zat gizi makro, sering juga disertai kekurangan zat gizi mikro. Beberapa penyebab malnutrisi pada lansia yaitu makan tidak enak karena berkurangnya fungsi alat perasa dan penciuman; gigi-geligi yang tanggal, sehingga mengganggu proses mengunyah makanan; dan faktor stres/depresi, kesepian, penyakit kronik, efek samping obat, merokok.

b. Kegemukan atau Obesitas

Keadaan ini biasanya disebabkan oleh pola konsumsi yang berlebihan, banyak mengandung lemak dan jumlah energi yang melebihi kebutuhan. Proses metabolisme yang menurun pada lansia, bila tidak diimbangi dengan peningkatan aktifitas fisik atau penurunan jumlah makanan, sehingga jumlah energi yang berlebih diubah menjadi lemak yang dapat mengakibatkan kegemukan. Kegemukan atau obesitas akan meningkatkan risiko menderita penyakit jantung koroner 1-3 kali, penyakit hipertensi 1,5 kali, *diabetes mellitus* 2,9 kali dan penyakit empedu 1-6 kali (Kemenkes RI, 2012).

c. Kurang Zat Gizi Mikro lain

Biasanya menyertai lansia dengan malnutrisi, namun kekurangan zat gizi mikro dapat juga terjadi pada lansia dengan status gizi baik. Kurang zat besi,

vitamin A, vitamin B, vitamin C, vitamin D, vitamin E, magnesium, kalsium, seng dan kurang serat sering terjadi pada lansia (Kemenkes RI, 2012).

5. Survey Konsumsi Makanan

Survey konsumsi makanan adalah metode penilaian status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Salah satu cara untuk memperoleh asupan zat gizi responden adalah dengan cara penimbangan makanan (*food weighing*). Pada metode ini, petugas menimbang dan mencatat seluruh makanan yang dikonsumsi responden selama satu hari. Bila terdapat sisa makanan setelah makan maka sisa tersebut juga ditimbang untuk mengetahui jumlah sesungguhnya makanan yang dikonsumsi. Kelebihan dari cara ini adalah data yang diperoleh lebih akurat/teliti (Supriasa dkk, 2001).

6. *The Mini Nutritional Assessment*

The Mini Nutritional Assesment (MNA) merupakan instrumen terpilih karena cukup sederhana, lengkap dalam menilai faktor-faktor yang mungkin berperan pada status nutrisi, dan validitasnya sudah banyak diuji oleh berbagai studi di berbagai negara dan pada berbagai kondisi. MNA merupakan alat spesifik yang didesain untuk tujuan mengidentifikasi risiko malnutrisi pada usia lanjut sedini mungkin (Prasetyo, Pramantara, dan Budiningsari, 2017).

Menurut Sudoyo dkk, (2006) MNA merupakan kuesioner yang terdiri atas 18 pertanyaan untuk menilai dan mendeteksi adanya risiko malnutrisi, terbagi menjadi 6 butir pertanyaan untuk skrining malnutrisi dan dilanjutkan dengan 12 pertanyaan (*full MNA*) untuk menilai status nutrisi. *Full MNA* ini dapat dilengkapi dalam waktu kurang dari 15 menit. Pertanyaan pada MNA mencakup antropometri (penurunan berat badan, IMT, LLA, dan lingkaran betis), asupan

makanan (asupan makanan dan cairan, frekuensi makanan, dan kemampuan makan sendiri), penilaian global (gaya hidup, obat-obatan, mobilitas, ada tidaknya stress akut, demensia atau depresi) dan *self-assessment* (persepsi pasien tentang kesehatan dan nutrisi). Skor 24 menunjukkan status nutrisi baik, skor 17-23,5 menunjukkan risiko malnutrisi dan skor < 17 menunjukkan malnutrisi.

MNA mudah digunakan, tidak mahal, memiliki sensitivitas 96% dan spesifisitas 98%. MNA telah divalidasi di berbagai negara dan berkorelasi dengan penilaian klinis dan indikator objektif status nutrisi lain seperti albumin dan IMT. Hal tersebut menunjukkan MNA memiliki keterandalan yang baik untuk menilai status gizi pada lansia. Kelebihan lain MNA adalah dapat mendeteksi lansia dengan risiko malnutrisi sebelum tampak perubahan bermakna berat badan dan protein. Nilai MNA yang rendah merupakan prediktor lamanya perawatan dan mortalitas tinggi (Sudoyo dkk, 2006).

B. Lama Hari Rawat

LOS (Length of Stay atau Lama Hari Rawat) menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada satu periode perawatan. Satuan untuk lama rawat adalah hari, sedangkan cara menghitung lama rawat adalah dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (keluar dari rumah sakit, baik hidup ataupun meninggal) dengan tanggal masuk rumah sakit. Umumnya data tersebut tercantum dalam formulir ringkasan masuk dan keluar di rekam medik.

Lama hari rawat merupakan salah satu unsur atau aspek asuhan dan pelayanan di rumah sakit yang dapat dinilai atau diukur. Bila seseorang dirawat di rumah sakit, maka yang diharapkan tentunya ada perubahan akan derajat kesehatannya. Bila yang diharapkan baik oleh tenaga medis maupun oleh

penderita itu sudah tercapai maka tentunya tidak ada seorang pun yang ingin berlama-lama di rumah sakit. Lama hari rawat secara signifikan berkurang sejak adanya pengetahuan tentang hal-hal yang berkaitan dengan diagnosis yang tepat. Untuk menentukan apakah penurunan lama hari rawat itu meningkatkan efisiensi atau perawatan yang tidak tepat, dibutuhkan pemeriksaan lebih lanjut berhubungan dengan keparahan atas penyakit dan hasil dari perawatan (Indradi, 2007).

Beberapa faktor baik yang berhubungan dengan keadaan klinis pasien, tindakan medis, pengelolaan pasien di ruangan maupun masalah administrasi rumah sakit bisa mempengaruhi terjadinya penundaan pulang pasien. Ini akan mempengaruhi LOS. Kasus yang akut dan kronis akan memerlukan lama hari rawat yang berbeda, dimana kasus yang kronis akan memerlukan lama hari rawat lebih lama dari pada kasus-kasus yang bersifat akut. Demikian juga penyakit yang tunggal pada satu penderita akan mempunyai lama hari rawat lebih pendek dari pada penyakit ganda pada satu penderita (Barbara, 2008).

Lama hari rawat merupakan salah satu indikator mutu pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien (*quality of patient care*). Sedangkan cara perhitungan rata-rata lama hari rawat adalah sebagai berikut :

Rata-rata lama hari rawat (*Average Length of Stay*) = $X : Y$

Dimana :

X : jumlah hari perawatan pasien rawat inap (hidup dan mati) di rumah sakit pada suatu periode tertentu

Y : jumlah pasien rawat inap yang keluar (hidup dan mati) di rumah sakit pada periode waktu yang sama

Cara menghitung jumlah pasien rawat inap yang keluar rumah sakit (hidup atau mati) dalam periode tertentu diperlukan catatan setiap hari pasien yang keluar rumah sakit (hidup atau mati) dari setiap ruang rawat inap dan jumlah lama perawatan dari pasien tersebut. Sehingga diperoleh catatan perhitungan jumlah pasien rawat inap yang keluar dari rumah sakit (hidup atau mati) dan jumlah total hari rawatnya (Depkes RI, 2005).

C. Proses Asuhan Gizi Terstandar

1. Konsep Dasar Proses Asuhan Gizi Terstandar

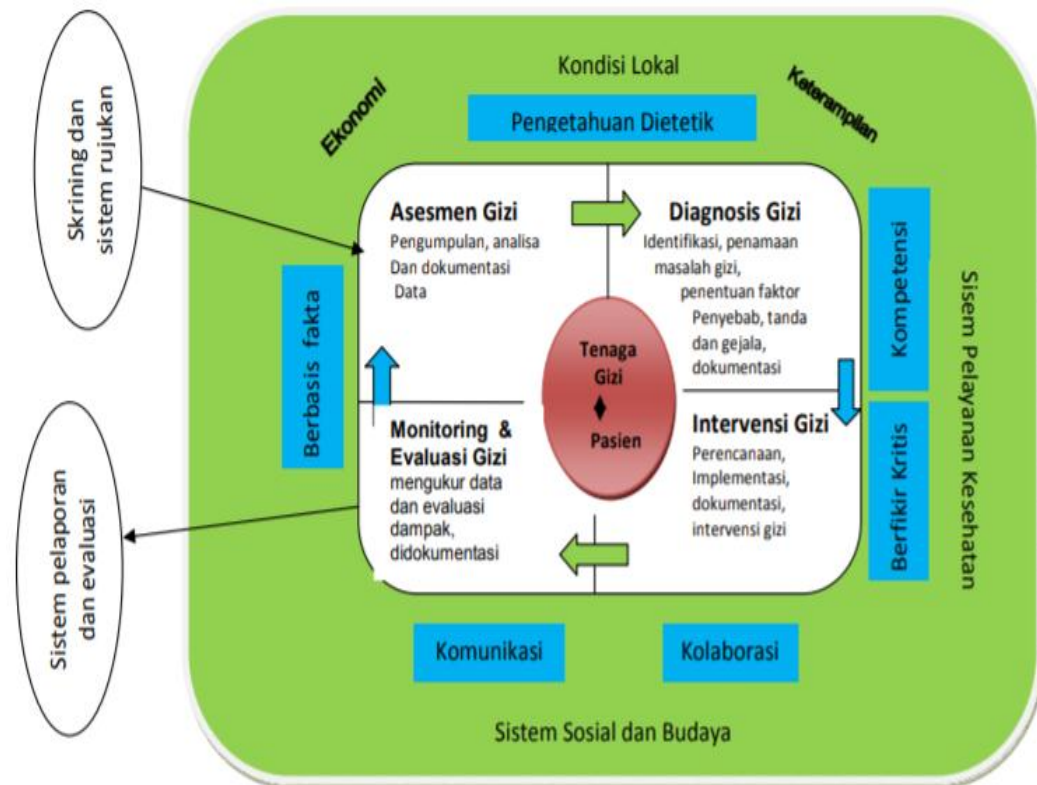
Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) adalah suatu proses terstandar sebagai suatu metode pemecahan masalah yang sistematis dalam menangani problem gizi sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi. Kualitas diukur dengan tingkat keberhasilan atau hasil akhir intervensi dan kepatuhan melaksanakan proses asuhan yang berlaku. Dengan demikian hasil asuhan gizi dapat diprediksi dan tidak bias bila dietisien menggunakan proses asuhan gizi yang terstandar (Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana, 2017).

2. Model dan Proses Asuhan Gizi Terstandar

PAGT dimulai dari kolaborasi antara dietisien dan pasien, dan selanjutnya dilakukan proses PAGT berdasarkan 4 (empat) langkah yang berkesinambungan yaitu asesmen gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi sampai monitoring dan evaluasi gizi (Kemenkes RI, 2014).

Untuk melaksanakan PAGT, dietisien harus mempunyai keterampilan berkomunikasi, kolaborasi, dan kompetensi berpikir kritis dalam memecahkan

masalah pasien berdasarkan pengetahuan dietetik yang aktual (berdasarkan fakta) serta menerapkan kode etik seorang profesional bidang gizi (Kemenkes RI, 2014).



Gambar 1. Model Asuhan Gizi dan Proses Asuhan Gizi Terstandar

3. Tujuan PAGT

Tujuan PAGT adalah membantu pasien untuk memecahkan masalah gizi dengan mengatasi faktor-faktor yang mempunyai kontribusi pada ketidakseimbangan atau perubahan status gizi (Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana, 2017).

4. Manfaat PAGT Bagi Profesi Dietisien

Manfaat yang didapat dari PAGT adalah pelayanan berdasarkan fakta (*evidence based*); lebih mendekati hasil yang diinginkan; memperlihatkan dietisien sebagai provider pelayanan gizi yang berkualitas. Melalui proses asuhan

gizi akan terlihat hubungan antara kualitas layanan dengan kewenangan (*professional autonomy*) seorang dietisien. Dalam hal ini profesi dietisien mempunyai kewenangan yang spesifik untuk memutuskan tindakan sesuai batas kemampuan profesionalnya (Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana, 2017).

5. Kegiatan Skrining Gizi

Menurut Suryani, Isdiany, dan Kusumayanti (2018), tahapan pelayanan gizi pasien di ruang rawat inap dimulai dengan skrining atau penapisan gizi yang dilakukan oleh perawat ruangan dan penetapan order diet awal oleh dokter. Tujuan skrining gizi untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko atau tidak berisiko malnutrisi atau dalam keadaan kondisi khusus (kelainan metabolik, geriatrik, kanker dengan kemoterapi, imunitas menurun, sakit kritis). Skrining sebaiknya dilakukan pada pasien baru 1 x 24 jam setelah pasien masuk rumah sakit. Metode skrining dipilih yang sederhana, singkat, cepat sesuai dengan kondisi dan kesepakatan masing-masing rumah sakit. Skrining gizi untuk pasien lansia, contohnya: *Nutrition Risk Index (NRI)*, *Geriatric Nutrition Risk Index (GNRI)*, *Mini Nutritional Assesment (MNA)*, *Nutrition Screening Initiative (NSI)*.

D. Asesmen Gizi

1. Pengertian Asesmen Gizi

Asesmen gizi merupakan pendekatan sistematis dalam pengumpulan, memverifikasi dan menginterpretasikan data pasien yang relevan untuk mengidentifikasi masalah gizi, penyebab, serta tanda/gejala. Kegiatan asesmen gizi dilaksanakan segera setelah pasien teridentifikasi berisiko malnutrisi (Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana, 2017).

2. Tujuan Asesmen Gizi

Tujuan asesmen gizi adalah untuk mendapatkan informasi yang cukup dalam mengidentifikasi dan menentukan gambaran masalah, penyebab masalah yang terkait gizi serta tanda dan gejala. Data asesmen gizi dapat diperoleh melalui wawancara; catatan medis; observasi serta informasi dari tenaga kesehatan lain yang merujuk (Kemenkes RI, 2014).

a. Domain Riwayat terkait Gizi dan Makanan

Domain data riwayat terkait gizi dan makanan mempunyai peranan penting pada asesmen gizi untuk mengidentifikasi masalah gizi terkait asupan dan perilaku lingkungan serta mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi asupan makanan (Kemenkes RI, 2014). Mengkaji data riwayat makan dapat dilakukan secara kualitatif dan kuantitatif. Secara kualitatif digunakan *Formulir Food Frequency (FFQ)* dan hasilnya dapat diketahui seberapa sering seseorang mengonsumsi bahan makanan sumber zat gizi tertentu. Secara kuantitatif digunakan *Formulir Food Recall* dan hasilnya dapat diketahui berapa besar pencapaian asupan energi dan zat gizi seseorang terhadap angka kebutuhan gizi (Kemenkes RI, 2012).

Metode pengumpulan data menurut Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana (2017) adalah: 1) Metode kualitatif meliputi riwayat makan (*Dietary History*) dan kuesioner frekuensi makanan atau *Food Frequencies Questionnaire (FFQ)*, keduanya merupakan informasi retrospektif terkait pola makan pada jangka waktu yang lama (hampir tidak dapat ditentukan periodenya). 2) Metode kuantitatif meliputi pencatatan makanan (*Food Record*), *Food Recall 24 hours* dan catatan penimbangan makanan (*Weighed Food Records*).

b. Domain Antropometri

Antropometri merupakan pengukuran terhadap ukuran, berat badan dan proporsi tubuh. Kelompok data ini digunakan untuk mengetahui tanda dari adanya dampak ketidakseimbangan antara asupan dan kebutuhan gizi (masalah gizi). Menurut *The International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT)*, indikator antropometri yaitu komposisi tubuh/pertumbuhan tubuh/riwayat berat badan yang meliputi: tinggi badan, berat badan, ukuran rangka (*frame size*), perubahan berat badan, indeks massa tubuh (IMT), indikator/tingkat pola pertumbuhan dan perkiraan kompartemen tubuh (Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana, 2017).

c. Domain Data Biokimia, Tes Medis dan Prosedur

Domain ini terdiri dari data laboratorium (misalnya keseimbangan asam basa, profil elektrolit dan ginjal, profil asam lemak esensial, profil gastrointestinal, profil glukosa/endokrin, profil inflamasi, profil laju metabolik, profil mineral, profil anemia gizi, profil protein, profil urine, dan profil vitamin), serta tes-tes diagnosa (misalnya waktu pengosongan lambung dan *resting metabolik rate*). Sumber data untuk indikator-indikator pemeriksaan biokimia adalah pengukuran biokimia dan laporan/catatan laboratorium (Sumapradja dkk, 2016).

d. Domain Pemeriksaan Fisik Fokus Gizi

Pemeriksaan fisik merupakan karakteristik fisik yang memperlihatkan gambaran dampak dari masalah gizi dan menjadi tanda atau gejala adanya kondisi malnutrisi atau kekurangan zat gizi tertentu.

Menurut Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana (2017), hasil pemeriksaan fisik fokus gizi meliputi: penampilan keseluruhan (seperti posisi tubuh, amputasi, kemampuan berkomunikasi); bahasa tubuh; sistem jantung-paru (seperti edema);

extremities, otot dan tulang (seperti edema perifer, lemak subkutan, lemah, perasaan dingin, dan sebagainya); sistem pencernaan (mulut sampai rektum); kepala dan mata (seperti bitot spot, buta, dan sebagainya); syaraf dan kognitif (seperti bingung, sulit konsentrasi, perubahan syaraf, dan sebagainya); kulit (seperti *dermatitis*, kering, *jaundice*, dan sebagainya); dan tanda-tanda vital (seperti tekanan darah, respirasi, nadi, suhu). Metode pemeriksaan: observasi langsung, laporan pasien, catatan rekam medis.

e. Domain Riwayat Klien

Yang termasuk dalam riwayat klien adalah riwayat personal, riwayat medis pasien/keluarga dan riwayat sosial. Riwayat klien juga menjadi dasar cara berpikir dalam mengumpulkan data dari domain asesmen gizi lainnya (Kemenkes RI, 2014).

E. Diagnosis Gizi

1. Pengertian

Diagnosis gizi didefinisikan sebagai identifikasi dan memberi nama problem gizi yang spesifik dimana profesi dietisien bertanggung jawab untuk menangani secara mandiri. Problem gizi adalah masalah gizi yang aktual yang terjadi pada individu dan atau keadaan yang berisiko menjadi penyebab masalah gizi (Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana, 2017).

2. Tujuan Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi ditujukan untuk menjelaskan dan menggambarkan masalah gizi spesifik yang ditemukan pada individu, faktor penyebab atau etiologi, serta dibuktikan dengan adanya gejala/tanda yang terjadi pada individu (Kemenkes RI, 2012). Pernyataan lengkap diagnosis gizi ditulis dengan susunan pola kalimat: P

berkaitan dengan E ditandai dengan S. Komponen diagnosis gizi terdiri dari Problem (P), Etiology (E) dan Signs/Sypmtoms (S), disingkat menjadi P-E-S (Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana, 2017).

F. Intervensi Gizi

1. Pengertian, Tujuan dan Fungsi

Intervensi gizi merupakan suatu tindakan yang terencana yang ditujukan untuk memperbaiki status gizi dan kesehatan, merubah perilaku gizi dan kondisi lingkungan yang mempengaruhi masalah gizi pasien. Tujuan intervensi gizi adalah untuk mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi dalam diagnosis gizi dalam bentuk perencanaan dan penerapannya berkaitan dengan status kesehatan pasien, perilaku dan kondisi lingkungan untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Sedangkan fungsi intervensi gizi adalah untuk standarisasi pelayanan asuhan gizi sesuai dengan masalah gizi pasien yang spesifik dengan pendekatan individu (Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana, 2017).

2. Komponen Intervensi Gizi

Menurut Kemenkes RI (2014), intervensi terdiri dari 2 komponen yang saling berkaitan yaitu perencanaan dan implementasi. Perencanaan, yang berisi informasi rekomendasi diet/gizi berdasarkan asesmen yang dibuat dietisien. Serta implementasi yang merupakan kegiatan intervensi gizi dimana tenaga gizi mengkomunikasikan rencana intervensi gizi yang sudah ditetapkan kepada pasien dan kepada pihak terkait lainnya misalnya kepada bagian produksi makanan, perawat, termasuk keluarga pasien. Intervensi gizi dikelompokkan dalam 4 kategori (domain) yang terdiri atas: pemberian makanan/diet, edukasi, konseling dan koordinasi asuhan gizi.

G. Monitoring dan Evaluasi Gizi

1. Pengertian Monitoring dan Evaluasi Gizi

Monitoring gizi adalah mengkaji ulang dan mengukur secara terjadwal indikator asuhan gizi dari status pasien sesuai dengan kebutuhan yang ditentukan, diagnosis gizi, intervensi dan *outcome* asuhan gizi. Evaluasi gizi adalah membandingkan secara sistematis data-data saat ini dengan status sebelumnya, tujuan intervensi gizi, efektifitas asuhan gizi secara umum dan atau rujukan standar. *Outcome* asuhan gizi adalah hasil dari asuhan gizi yang secara langsung berkaitan dengan diagnosis gizi dan tujuan intervensi yang direncanakan. Indikator asuhan gizi adalah penanda yang dapat diukur dan dievaluasi untuk menentukan efektivitas asuhan gizi (Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana, 2017).

2. Tujuan Monitoring dan Evaluasi Gizi

Menurut Kemenkes RI (2014) tujuan kegiatan ini untuk mengetahui tingkat kemajuan pasien dan apakah tujuan atau hasil yang diharapkan telah tercapai. Hasil asuhan gizi seyogyanya menunjukkan adanya perubahan perilaku dan atau status gizi yang lebih baik.

3. Dokumentasi Asuhan Gizi

Dokumentasi pada rekam medik merupakan proses yang berkesinambungan yang dilakukan selama PAGT berlangsung. Pencatatan yang baik harus relevan, akurat dan terjadwal (Kemenkes RI, 2014). Tujuannya adalah memberikan informasi yang menggambarkan perkembangan pasien, ketercapaian tujuan intervensi dan penyelesaian masalah pada diagnosis gizi. Dokumentasi yang bermutu harus mencantumkan beberapa hal seperti: waktu dan tanggal; indikator yang diukur, hasil dan metode untuk pengukuran yang diperlukan;

kriteria sebagai pembanding indikator (contoh preskripsi gizi/tujuan intervensi atau standar referensi); faktor-faktor yang mendukung atau menghambat perkembangan; beberapa *outcome* positif atau negatif yang lainnya; rencana asuhan gizi yang akan datang, monitoring gizi serta tindak lanjut (*follow up*) atau menghentikan asuhan gizi; dan format A-D-I-M-E (Nuraini, Ngadiarti dan Moviana, 2017).

H. Penerapan PAGT terhadap Asupan Zat Gizi Makro dan Lama Hari Rawat pada Pasien Geriatri

Terapi gizi adalah bagian dari terapi yang amat penting untuk setiap pasien rawat inap di rumah sakit. Malnutrisi pada pasien terjadi selama periode rawat inap serta berkaitan dengan penyakit yang mendasari yang mencetuskan anoreksia, disfagia, gangguan pencernaan dan hiperkatabolik. Obat-obatan tertentu yang diberikan dapat mengurangi kepekaan indera pengecap sehingga nafsu makan menurun dan intake nutrisi tidak adekuat. Banyak penelitian yang menunjukkan malnutrisi pada pasien berhubungan dengan lama rawat, proses penyembuhan dan peningkatan angka kesakitan dan kematian (Sukrisman dan Syam, 2007).

Berdasarkan penelitian Kusumayanti dkk (2004) di RS dr. Sardjito, RS dr. Jamil dan RS Sanglah, terjadi penurunan status gizi pada pasien sebesar 28,2% selama dirawat di rumah sakit. Tingginya prevalensi malnutrisi di rumah sakit mencerminkan kualitas pelayanan suatu rumah sakit. Kesembuhan dari seorang pasien yang menjalani proses pengobatan dipengaruhi oleh berat ringannya penyakit yang diderita dan proses pengobatan yang dialami di rumah sakit, ditunjang dengan asupan gizi yang diberikan. Pasien yang mengalami penurunan

status gizi mempunyai masa rawat inap lebih panjang, menanggung biaya rumah sakit lebih tinggi dan mempunyai risiko kematian di rumah sakit lebih tinggi.

Upaya pemenuhan kebutuhan gizi untuk pasien rawat inap dilakukan melalui pelayanan pemberian makanan sesuai kebutuhan masing-masing pasien. Agar pemenuhan zat gizi dapat optimal maka diperlukan keterlibatan dan kerjasama antar berbagai profesi kesehatan yang sebagai pendukung tim asuhan gizi. Bentuk pelayanan gizi rumah sakit adalah Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) yang menjadi tanggungjawab dietisien (Wijayanti, 2012).

Fenomena yang terjadi sampai saat ini adalah rumah sakit sering sekali salah menyediakan makanan untuk pasien lansia yang rawat inap, selain itu penentuan makanan sering sekali tidak didasari atas kebutuhan zat gizi pasien. Diet yang diberikan pun tidak sesuai dengan diet yang seharusnya dikonsumsi sesuai dengan keluhan kesehatannya. Disamping itu, tindakan kepatuhan pasien yang rawat inap juga mempengaruhi keberhasilan penatalaksanaan diet di rumah sakit. Usaha perbaikan dan pemeliharaan status gizi yang baik akan mempercepat penyembuhan, mempersingkat lama hari rawat yang berarti mengurangi biaya rawat secara bermakna. Nutrisi sangat penting bagi perawatan pasien lansia. Diet yang disarankan adalah makanan yang mengandung cukup energi, protein, lemak, dan zat-zat gizi lainnya, bentuk makanan disesuaikan dengan kemampuan penderita, menghindari makanan yang merangsang (pedas atau asam), pembagian porsi makanan sehari diberikan sesuai dengan kemampuan dan kebiasaan makan pasien (Dictara, Angraini, dan Musyabiq, 2018).

Hasil penelitian Susetyowati dkk (2014) menunjukkan adanya interaksi antara skrining gizi dan PAGT terhadap rerata energi dan protein. Pelaksanaan

PAGT dapat meningkatkan rerata asupan energi dan protein pada pasien masing-masing sebesar 49,08% dan 62,64%. Pemberian konseling gizi termasuk preskripsi terapi diet berupa jumlah, jenis, dan jadwal pemberian dengan menggunakan makanan biasa menunjukkan adanya peningkatan asupan gizi. Pada pasien yang berisiko malnutrisi, dilakukan monitoring dan evaluasi gizi untuk melihat efektivitas dari intervensi gizi yang telah diberikan.

Lansia dapat mempunyai risiko malnutrisi karena terjadi penurunan asupan makanan akibat perubahan fungsi saluran cerna, metabolisme yang tidak efektif, defek utilisasi nutrien dan kegagalan organ. Keadaan tersebut diperberat dengan kondisi penyakit akut atau kronik, trauma, keadaan hiperkatabolik, dan terapi obat yang dapat mempengaruhi status gizi. Pranarka dkk (2006) pada penelitian terhadap 104 penderita yang dirawat di Instalasi Geriatri, mendapatkan hubungan yang bermakna antara status gizi saat penderita masuk rumah sakit dimana didapatkan lebih dari 50% penderita mengalami *undernutrisi*, dengan lama perawatan, angka mortalitas dan perubahan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) saat keluar dari rumah sakit.

Hasil penelitian Isenring dkk (2004) pada pasien kanker yang sedang mendapatkan radioterapi dengan menilai berat badan, komposisi tubuh dan status gizi. Penelitian ini menyimpulkan bahwa intervensi gizi memberikan *outcome* yang lebih baik dibandingkan tanpa intervensi, yaitu meminimalisasi kehilangan berat badan dan mencegah status gizi yang lebih buruk. Hasil penelitian yang dilakukan Weinsier dkk (1985) dan Hassel dkk (1994) dalam Stanga (2009) menunjukkan bahwa intervensi gizi oleh tim dukungan gizi dapat menurunkan angka kematian sebesar 23%, lama hari rawat berkurang 11,6%, kejadian rawat

ulang berkurang 43% dan memberikan hasil yang lebih baik secara signifikan yaitu lebih sedikit pasien yang mengalami kehilangan berat badan.

Hasil penelitian Dintinjana dkk (2008) pada 388 subjek dengan kanker kolorektal yang sedang mendapat kemoterapi, menunjukkan bahwa kelompok yang mendapat intervensi gizi secara dini dapat menghentikan penurunan berat badan secara temporer, 15% subjek mengalami peningkatan berat badan dan memperbaiki nafsu makan serta memperbaiki kualitas hidup, sedangkan kelompok yang tanpa intervensi gizi mengalami penurunan berat badan yang signifikan.