

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Penyakit Degeneratif.

1. Definisi Penyakit Degeneratif atau Penyakit Tidak Menular.

Degeneratif merupakan proses berkurangnya fungsi sel saraf secara bertahap tanpa sebab yang diketahui. Kondisi ini berakibat pada sel saraf yang sebelumnya berfungsi normal menjadi lebih buruk sehingga tidak berfungsi sama sekali. Degeneratif menunjukkan proses yang lebih cepat dari kerusakan neuron, myelin dan jaringan dengan akibat timbulnya produk-produk degeneratif dan reaksi penghancuran sel yang hebat. Penyakit seperti itu menunjukkan adanya penurunan daya tahan sel saraf dan mengakibatkan kematian sel lebih cepat (Suiraoaka, I. 2016).

Penyakit degeneratif merupakan gangguan dimana terjadinya penurunan fungsi atau kerusakan struktur tubuh yang terjadi secara bertahap. Penyebab utama peningkatan penyakit ini adalah perubahan gaya hidup. Pola makan yang kurang memperhatikan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan makan serta gaya hidup *sedentary*, disinyalir penyebab utama sebagian besar gangguan degeneratif (Viii, April, Degeneratif, Dan, & Universitas, 2012).

2. Faktor Resiko Penyakit Degeneratif.

Penyakit degenerative adalah penurunan fungsi sel sebelum waktunya. Penyakit degenerative dapat dicegah dengan menurunkan faktor-faktor resiko penyakit degenerative. Faktor – faktor risiko utama penyebab penyakit degeneratif adalah pola

makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, konsumsi rokok, serta meningkatnya stressor dan paparan penyebab penyakit degeneratif.

a. Pola Makan Yang Tidak Sehat

Perubahan sosial ekonomi dan selera makan akan mengakibatkan perubahan pola makan masyarakat yang cenderung menjauhkan konsep makanan seimbang, sehingga berdampak negatif terhadap kesehatan dan gizi. Pola makan tinggi lemak jenuh dan gula, rendah serat dan rendah zat gizi mikro akan menyebabkan masalah kegemukan, gizi lebih, serta meningkatkan radikal bebas yang akhirnya mengakibatkan perubahan pola penyakit, dari infeksi ke penyakit kronis non infeksi atau memicu munculnya penyakit degeneratif (Suiraoaka, I. 2016).

b. Kurangnya Aktivitas Fisik.

Aktivitas fisik adalah pergerakan anggota tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga yang sangat penting bagi pemeliharaan kesehatan fisik dan mental, serta mempertahankan kualitas hidup agar tetap sehat dan bugar sepanjang hari. Kemajuan teknologi saat ini juga mempunyai pengaruh langsung dan tidak langsung terhadap kurangnya aktivitas fisik. Tidak hanya tersedianya alat-alat yang mengurangi aktivitas fisik tetapi juga beragam bentuk jasa yang ditawarkan untuk memberi kemudahan bagi orang yang membutuhkan (Suiraoaka, I. 2016).

c. Konsumsi Rokok

Masyarakat Indonesia adalah masyarakat yang sangat akrab dengan tembakau dan hasil olahannya seperti misalnya rokok. Seringkali rokok diibaratkan sebagai

pabrik bahan kimia. Hal ini dikarenakan banyaknya bahan kimia yang berbahaya yang dikeluarkan dari satu batang rokok yang dihisap diantaranya adalah bahan kimia nikotin, tar dan karbondioksida (Suiraoaka, I. 2016).

d. **Meningkatnya Stressor dan Paparan Penyebab Penyakit Degeneratif.**

Stress merupakan tekanan yang menimbulkan reaksi fisik dan emosional. Banyak hal yang berpotensi dapat menyebabkan stress atau yang dikenal dengan istilah stressor. Dampak stress terhadap kesehatan lebih berpengaruh secara nyata, karena kecenderungan yang dialami oleh orang yang mengalami stress untuk berperilaku tidak sehat seperti minum minuman beralkohol secara berlebihan, merokok, mengkonsumsi narkoba dan sebagainya (Suiraoaka, I. 2016).

3. Upaya Preventif Penyakit Degeneratif.

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk menekan resiko timbulnya penyakit degenerative yaitu :

a. **Merubah Gaya Hidup.**

Perubahan gaya hidup merupakan kunci utama keberhasilan pencegahan penyakitdegeneratif. Istilah perubahan gaya hidup atau perubahan kebiasaan (*behavior*) mencakup tiga hal penting yaitu : diet, aktivitas fisik, dan perubahan kebiasaan (Suiraoaka, I. 2016).

b. Atasi Obesitas.

Untuk mengatasi obesitas secara tepat, diperlukan usaha-usaha yang dapat membantu diri sendiri sehingga dapat memberikan hasil yang baik. Beberapa upaya yang mendukung keberhasilan penurunan berat badan dalam mengatasi obesitas yaitu membuat komitmen, berpikiran positif, tentukan skala prioritas, membuat target realistis dan mengendalikan berat badan (Suiraoaka, I. 2016).

c. Kendalikan Stress.

Stress memiliki pengaruh yang cukup besar terhadap system metabolisme tubuh karena akan menguras vitamin dan mineral. Stress merangsang pengeluaran hormone adrenalin secara berlebihan, sementara untuk memproduksi hormon tersebut dibutuhkan vitamin B, mineral zinc, kalium dan kalsium. Stress dapat menguras zat-zat yang diperlukan untuk memproduksi hormone tersebut.

Beberapa hal dapat dilakukan untuk mengusir stress diantaranya adalah membaca buku, mempelajari hal baru, menggerakkan jari kaki, menetapkan kegiatan rutin, membayangkan tempat yang indah, diskusi, curhat dan menulis, berekreasi, memakan buah setiap hari (Suiraoaka, I. 2016).

d. Melakukan aktivitas fisik dan berolahraga.

Olahraga meliputi segala macam pelatihan sedangkan aktivitas fisik mencakup semua olah raga, semua gerakan tubuh, semua pekerjaan, rekreasi, kegiatan sehari-hari, sampai pada kegiatan waktu berlibur atau waktu senggang. Aktivitas fisik

perlu dilakukan secara teratur paling sedikit 30 menit dalam sehari sehingga menyehatkan jantung, paru-paru serta alat tubuh lainnya (Suiraoaka, I. 2016).

e. Menerapkan Pola Gizi Seimbang.

Membiasakan makan makanan beranekaragam atau bervariasi merupakan prinsip gizi seimbang yang universal. Artinya setiap orang termasuk orang dewasa dimana saja membutuhkan makanan beraneka ragam. Karena, tidak ada makanan yang mengandung seluruh zat gizi yang dibutuhkan dalam tubuh.

Gizi seimbang mengandung pengertian yaitu, banyak zat gizi (makanan) yang kita konsumsi harus sebanding dengan banyaknya zat gizi yang kita keluarkan. Tubuh memerlukan enam jenis zat gizi yaitu karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral dan air (Suiraoaka, I. 2016).

f. Menilai resiko degenerative.

B. Status Gizi

1. Definisi Status Gizi

Status gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dari makanan dengan kebutuhan zat gizi yang diperlukan oleh tubuh. Status gizi seseorang tergantung asupan gizi dan kebutuhan. Keseimbangan antara asupan gizi dan kebutuhan tubuh akan menghasilkan status gizi baik. Kebutuhan asupan gizi setiap individu berbeda antar-individu, tergantung usia, jenis kelamin, aktivitas, berat badan, dan tinggi badan (Holil Muhammad Par'i,SKM,M.kes, 2017).

Kurangnya asupan gizi dari makanan dapat menyebabkan penggunaan cadangan tubuh sehingga dapat mengakibatkan kemerosotan jaringan. Kemerosotan jaringan ini ditandai dengan penurunan berat badan atau terhambatnya pertumbuhan tinggi badan. Pada kondisi ini, perubahan kimia dalam darah atau urine sudah terjadi. Selanjutnya akan terjadi perubahan fungsi tubuh menjadi lemah, dan sudah mulai muncul tanda yang khas dari kekurangan zat gizi tertentu. Pada akhirnya muncul perubahan anatomi tubuh yang merupakan tanda sangat khusus, misalnya pada anak yang kekurangan protein, yaitu kasus yang terjadi pada penderita kwashiorkor (Holil Muhammad Par'i,SKM,M.kes, 2017).

2. Metode Penilaian Status Gizi

System penilaian status gizi tergantung pada beberapa metode pengukuran untuk mengetahui karakteristik kekurangan gizi. System penilaian status gizi dapat menggambarkan berbagai tingkat kekurangan gizi yang tidak hanya berhubungan dengan kekurangan zat gizi tertentu, melainkan juga status gizi yang berkaitan dengan tingkat kesehatan, atau berhubungan dengan penyakit kronis yang menyebabkan status gizi menjadi rendah (Holil Muhammad Par'i,SKM,M.kes, 2017).

Menurut Gibson (2005) penilaian status gizi dapat dilakukan melalui lima metode yaitu antropometri, laboratorium, klinis, survei konsumsi pangan, dan faktor ekologi.

a. Penilaian status gizi dengan metode antropometri.

Antropometri dalam ilmu gizi dikaitkan dengan proses pertumbuhan tubuh manusia. Ukuran tubuh manusia akan berubah seiring dengan bertambahnya umur, yaitu

pertumbuhan yang baik akan menghasilkan berat dan tinggi badan yang optimal. Kesesuaian antara pertumbuhan seseorang dengan pertumbuhan yang umum terjadi pada anak-anak sehat, akan menghasilkan status gizi yang baik. Pertambahan ukuran tubuh dapat menjadi acuan dalam penentuan status gizi. Jadi antropometri gizi adalah berbagai macam pengukuran dimensi dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Holil Muhammad Par'i,SKM,M.kes, 2017).

Jenis ukuran antropometri yang sering digunakan untuk menilai status gizi ialah berat badan, panjang atau tinggi badan, lingkar lengan atas, lapisan lemak bawah kulit, lingkar kepala, lingkar dada, dan lainnya. Pada kegiatan penimbangan balita di Posyandu dilakukan pengukuran berat badan dengan menggunakan dacin, di Puskesmas pengukuran berat badan pasien dengan timbangan *detector* atau *bathroom scale*, dan pengukuran tinggi badan menggunakan *microtoise*. Alat-alat yang digunakan di Posyandu, Puskesmas maupun di rumah sakit tersebut merupakan jenis alat ukur antropometri.

Hasil ukur alat antropometri dapat digunakan sebagai indikator status gizi ketika dibandingkan atau dirujukkan dengan standar pertumbuhan pada umur tertentu atau pertumbuhan anak pada ukuran tubuh yang lain, misalnya tinggi badan (Holil Muhammad Par'i,SKM,M.kes, 2017).

Penilaian status gizi yang biasa digunakan untuk orang dewasa yaitu Indeks Masa Tubuh (IMT). Nilai IMT diperoleh dari perbandingan antara berat badan dan tinggi badan kuadrat (dalam meter) seperti pada rumus berikut :

$$\text{Nilai IMT} = \frac{\text{Berat badan}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{Tinggi badan (m)}}$$

Batasan status gizi pada penduduk dewasa (> 18 tahun) berdasarkan nilai IMT menurut Depkes RI (1996) adalah sebagai berikut.

- 1) Kategori kurus tingkat berat = IMT < 17,0
- 2) Kategori kurus tingkat ringan = IMT 17,0 – 18,5
- 3) Kategori normal = IMT ≥ 18,5 – 25,0
- 4) Kategori gemuk tingkat ringan = IMT ≥ 25,0 – 27,0
- 5) Kategori gemuk tingkat berat = IMT ≥ 27,0

b. Penilaian status gizi dengan metode laboratorium.

Penentuan status gizi dengan metode laboratorium adalah salah satu metode yang dilakukan secara langsung pada tubuh atau bagian tubuh untuk mengetahui tingkat ketersediaan zat gizi dalam tubuh sebagai akibat dari asupan gizi dari makanan (Holil Muhammad Par'i, SKM, M.kes, 2017).

Metode laboratorium untuk menilai status gizi mempunyai beberapa kelebihan dibandingkan dengan metode yang lain. Kelebihan tersebut adalah dapat mengukur tingkat gizi secara tepat sehingga dapat dipastikan apakah seseorang mempunyai kadar gizi yang cukup atau kurang walaupun dalam jumlah kecil sekalipun, seperti kekurangan yodium. Dengan mengetahui tingkat gizi, kejadian yang akan datang dapat diprediksi. Selain itu, data yang diperoleh cukup valid dan dapat dipercaya ketepatannya (Holil Muhammad Par'i, SKM, M.kes, 2017).

Metode laboratorium mempunyai kelemahan, yaitu pemeriksaan dilakukan di laboratorium yang memerlukan peralatan cukup mahal dan mudah pecah sehingga sulit dibawa ketempat yang jauh. Pengukuran juga memerlukan tempat khusus agar pemeriksaan berjalan dengan baik dan aman. Metode laboratorium terdiri dua jenis yaitu, uji biokimia dan uji fungsi fisik. Uji biokimia adalah mengukur status gizi dengan menggunakan peralatan laboratorium kimia yang umum menggunakan sampel berupa darah, urine, atau feses. Uji fungsi fisik merupakan kelanjutan dari uji biokimia, yaitu menguji fungsi jaringan tubuh (Holil Muhammad Par'i,SKM,M.kes, 2017).

c. Penilaian status gizi dengan cara klinis.

Pemeriksaan klinis adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya gangguan kesehatan, termasuk gangguan gizi yang dialami seseorang. Pemeriksaan klinis dilakukan dengan beberapa cara yaitu *Anamnesis* adalah kegiatan menanyakan riwayat penyakit atau gangguan kesehatan yang dialami seseorang. *Observasi* adalah kegiatan pengamatan kondisi seseorang. *Palpasi* adalah kegiatan perabaan pada bagian tubuh tertentu untuk mengetahui adanya kelainan. *Perkusi* adalah melakukan pengetukan pada bagian tubuh tertentu untuk mengetahui reaksi yang terjadi atau suara yang keluar dari bagian tubuh yang tidak diketuk. *Auskultasi* adalah mendengarkan suara yang muncul dari bagian tubuh untuk mengetahui ada tidaknya kelainan (Holil Muhammad Par'i,SKM,M.kes, 2017).

d. Pengukuran konsumsi pangan.

Pengukuran konsumsi pangan (survei konsumsi pangan) merupakan salah satu metode pengukuran status gizi dengan cara tidak langsung. Asupan makan yang kurang akan mengakibatkan status gizi yang kurang. Sebaliknya asupan makan yang lebih akan mengakibatkan status gizi berlebih. Pengukuran konsumsi pangan dilakukan untuk mengetahui asupan gizi dan makanan serta mengetahui kebiasaan dan pola makan, baik pada individu, rumah tangga, maupun kelompok masyarakat (Holil Muhammad Par'i,SKM,M.kes, 2017).

Mengukur konsumsi makanan dapat dilakukan dalam tiga area yaitu pada suatu wilayah, pada tingkat rumah tangga, dan pada tingkatan individu. Metode yang dipakai untuk mengukur ketersediaan pangan pada suatu wilayah adalah neraca bahan makanan dan pola pangan harapan. Metode yang umum dipakai untuk mengukur konsumsi pangan pada tingkat rumah tangga adalah metode jumlah makanan (*food account*), pencatatan makanan rumah tangga (*household food record method*), dan *recall 24 hour* rumah tangga. Metode pengukuran asupan makanan yang sering dipakai untuk individu ialah metode *recall 24 hour*, *estimated food record*, penimbangan makanan (*food weighing*), *dietary history*, dan frekuensi makanan (*food frequency*) (Holil Muhammad Par'i,SKM,M.kes, 2017).

e. Faktor ekologi

Ekologi adalah ilmu tentang hubungan timbal balik antara makhluk hidup dengan lingkungannya. Lingkungan yang baik, memungkinkan makhluk hidup tumbuh, akan

membentuk akan membentuk makhluk yang baik. Status gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan makanan dengan kebutuhan zat gizi. Ekologi gizi adalah keadaan lingkungan manusia yang memungkinkan manusia tumbuh optimal dan mempengaruhi status gizi seseorang. Faktor ekologi terbagi dalam 2 kelompok, yaitu ekologi lingkungan dan statistic vital (Holil Muhammad Par'i,SKM,M.kes, 2017).

1) Ekologi Lingkungan

Faktor ekologi lingkungan yang berhubungan dengan status gizi meliputi keadaan infeksi, pengaruh budaya, keadaan social ekonomi, dan produksi pangan.

a) Infeksi.

Status gizi mempunyai keterkaitan erat dengan kejadian infeksi. Anak yang mempunyai status gizi kurang, akan mudah terkena infeksi karena anak tidak mempunyai daya tahan tubuh yang cukup. Sebaliknya, anak yang menderita penyakit infeksi umumnya tidak mempunyai nafsu makan yang cukup, akibatnya anak kekurangan gizi dan jatuh pada status gizi kurang.

b) Pengaruh Budaya.

Budaya mempunyai peran penting dalam proses terbentuknya status gizi. Budaya akan menciptakan kebiasaan makan individu dan/ atau kelompok masyarakat. Pada kelompok budaya tertentu, kebiasaan akan menciptakan pola makan yang baik, tetapi tidak jarang menciptakan kebiasaan yang bertentangan dengan prinsip gizi.

c) Keadaan Sosial Ekonomi.

Keadaan social dapat mempengaruhi status gizi karena jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, kepadatan penduduk, keadaan dapur untuk mengolah makanan, dan ketersediaan air bersih untuk keperluan rumah tangga. Keadaan ini secara tidak langsung akan mempengaruhi status gizi terutama pada balita.

d) Produksi Pangan.

Dalam system pangan terdapat komponen utama agar pangan dapat dimanfaatkan seoptimal mungkin. Komponen tersebut adalah produksi pangan, distribusi pangan, konsumsi pangan, dan utilisasi atau pemanfaatan pangan dalam tubuh. Produksi pangan dapat dikatakan baik apabila tersedia lahan yang cukup, system pengairan yang baik, pemupukan, pengontrolan hama pangan yang baik, serta pengolahan pasca panen.

2) Data Statistik Vital.

Data statistik vital secara tidak langsung dapat digunakan untuk menilai status gizi, terutama pada kelompok penduduk atau masyarakat tertentu. Angka-angka statistik kesehatan tertentu mempunyai hubungan yang erat dengan keadaan gizi masyarakat, beberapa data statistic vital yang berhubungan dengan keadaan gizi dan kesehatan antara lain angka kesakitan, angka kematian, pelayanan kesehatan, dan penyakit infeksi yang berhubungan dengan gizi.

Menurut Jellife (1989), beberapa informasi yang menjadi acuan dalam menganalisis keadaan gizi masyarakat antara lain angka kematian pada kelompok umur tertentu, angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tertentu, statistic pelayanan kesehatan, dan penyakit infeksi yang berhubungan dengan gizi (Holil Muhammad Par'i,SKM,M.kes, 2017).

C. Kualitas Hidup

1. Definisi Kualitas Hidup.

Bowling (2005:7) kualitas umumnya didefinisikan sebagai nilai dari kebaikan. Kualitas hidup kemudian dijelaskan sebagai kebaikan dari kehidupan, dalam kaitannya dengan kesehatan, kualitas hidup adalah kebaikan dari aspek-aspek kehidupan yang dipengaruhi oleh kesehatan. Kualitas hidup didefinisikan dalam makro yaitu masyarakat dan obyektif dan mikro yaitu individu dan subyektif. Pengertian ini mencakup pendapatan, perumahan, pendidikan, hidup lainnya, lingkungan sekitar, persepsi individu, pengalaman individu dan nilai (Prastiwi, 2012).

Kualitas hidup menjadi ukuran standart kesehatan terutama untuk beberapa orang dengan penyakit kronis, fungsional, psikologis dan penyakit yang tidak bisa disembuhkan (Preedy and Watson, 2010:382). *The World Health Organization (1997:1)* mendefinisikan secara umum *Quality of Life as individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns*. Artinya, kualitas hidup sebagai persepsi individu dari posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks

budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dan kaitannya dengan tujuan, harapan, standart dan kekhawatiran hidup (Prastiwi, 2012).

Kualitas hidup didefinisikan kepuasan dalam berbagai aspek kehidupan. Preedy and Watson mendefinisikan kualitas hidup sebagai multi dimensi yang menggabungkan konsep fisik, kognitif dan fungsi emosional dan sosial. Aristoteles dalam Ferris (2010:17) menyatakan bahwa kualitas hidup adalah produk bersih dari kebahagiaan. Kebahagiaan didefinisikan sebagai milik diri sendiri. Ferris (2010:16) Kualitas hidup adalah produk interaksi antara kepribadian individu yang terjadi terus menerus dalam episode peristiwa kehidupan. Peristiwa yang terjadi dalam kehidupan memiliki dimensi-dimensi tertentu, yaitu: kebebasan, pengetahuan, ekonomi, kesehatan, keamanan, hubungan sosial, spiritualitas, lingkungan dan rekreasi (Prastiwi, 2012).

Andersson et all (Preedy and Watson,2010:1868) mengungkapkan kualitas hidup adalah multi dimensi yang menggabungkan konsep fisik, kognitif, fungsi emosional dan sosial. Buchanan (Preedy and Watson, 2010:2925) kualitas hidup didefinisikan secara fungsional sebagai persepsi pasien sendiri terhadap kinerja mereka secara fisik, pekerjaan, psikologis, keuangan dan daerah somatik. (Prastiwi, 2012).

2. Aspek – Aspek Kualitas Hidup.

Aspek dilihat dari keseluruhan kualitas hidup dan kesehatan secara umum (WHO,1997:1):

- a. Kesehatan fisik, yaitu : tenaga dan kelelahan, kesedihan dan ketidak nyamanan, tidur dan istirahat.
- b. Psikologis, yaitu : penampilan dan gambaran jasmani, perasaan positif, perasaan negative, harga diri, berpikir, belajar, mengingat, konsentrasi.
- c. Kebebasan : mobilitas, aktivitas sehari-hari, pengobatan, kemampuan bekerja.
- d. Kepercayaan / *Spirituality / Religion*
- e. Hubungan sosial, yaitu : hubungan pribadi , dukungan sosial, dan aktivitas seksual.
- f. Lingkungan, yaitu : kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang untuk memperoleh keterampilan dan informasi baru, keikutsertaan dan peluang berekreasi, aktivitas di lingkungan, dan transportasi. (Prastiwi, 2012)

Aspek kualitas hidup pada penderita kanker menurut Caplan (Preedy and Watson, 2010:2049) meliputi :

- a. Aspek fisik : gejala fisik, respon terhadap toksisitas pengobatan dan perawatan, citra tubuh dan mobilitas.
- b. Fungsi psikologis dan sosial : hubungan interpersonal, kebahagiaan, spiritualitas, masalah keuangan.
- c. Persepsi individu terhadap kualitas hidup : budaya, filsafat, konteks politik.

Berdasarkan teori yang telah dijelaskan oleh WHO dan Caplan mengenai aspek-aspek kualitas hidup dapat disimpulkan aspek-aspek pada penderita kanker antara lain:

- a. Apek fisik: gejala fisik, respon tubuh terhadap pengobatan, penerimaan diri, citra tubuh.

- b. Aspek psikologis: persepsi individu terhadap kualitas hidup, perasaan positif, perasaan negatif, harga diri, kebahagiaan, spiritualitas, kesejahteraan sosial.
- c. Aspek sosial: hubungan interpersonal, dukungan sosial, hubungan seksual, aktivitas sosial.
- d. Lingkungan: kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan.

3. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup menurut Preedy and Watson(2010:2770) antara lain :

a. Jenis Kelamin

Setiap jenis kelamin memiliki peran sosial yang berbeda. Hal ini memungkinkan untuk mempengaruhi aspek kehidupannya yang selanjutnya juga mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

b. Pendidikan

Perbedaan tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan dan pemahaman seseorang tentang keadaan yang sedang di alami, pengetahuan terhadap penyakit kanker yang sedang di derita dan pemahaman terhadap cara pengobatan penyakit kanker. Pengobatan atau *treatment* ini mempengaruhi kualitas hidup pasien (Sarafino,1990:459).

c. Perbedaan Budaya

Budaya merupakan salah satu indikator dari aspek persepsi individu yang mempengaruhi kualitas hidup (Preedy and Watson, 2010:2049).

d. Lama Menderita Sakit

Lama menderita sakit adalah lamanya seseorang mengalami penderitaan akibat suatu penyakit. Status pengukuran kesehatan menyediakan metode standar penilaian pengaruh penyakit pada kehidupan sehari-hari, aktivitas dan kesejahteraan pada penderita kanker. Seseorang yang telah lama menderita suatu penyakit pasti akan berpengaruh pada kondisi fisik, psikologis dan sosialnya dalam kehidupannya sehari – hari.

e. Status Gizi Pasien.

Makanan dan gizi dapat menjadi dimensi penting dalam kualitas hidup. Status gizi kurang atau lebih akan mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker. Gizi yang baik berarti tubuh memiliki cukup zat gizi untuk memertahankan fungsi dan gangguan kesehatan terutama untuk pasien kanker (Nursilmi, Kusharto, & Dwiriani, 2017).

4. Instrumen Kualitas Hidup Pasien Ginjal Kronik, Diabetes Melitus dan Kanker.

a. Instrumen Kualitas Hidup Pasien Ginjal Kronik.

Instrumen yang digunakan dalam penilaian kualitas hidup pasien ginjal kronik adalah KDQL-SFTM 1.3 instrumen ini dilihat dari dimensi kesehatan fisik , kesehatan mental, masalah akibat penyakit, dan kepuasan pasien. Nilai dari dimensi kesehatan fisik tertinggi yaitu 700 dimana apabila skor kualitas hidup mendekati 700 berarti memiliki kesehatan fisik yang baik. Nilai maksimal dari kesehatan mental yaitu 500 dimana semakin mendekati nilai maksimal berarti memiliki kesehatan mental yang baik. Masalah akibat penyakit memiliki nilai yang maksimal 500 dimana semakin mendekati nilai yang maksimal berarti tidak ada masalah akibat penyakit dan nilai

maksimal untuk kepuasan pasien adalah 200 dimana semakin mendekati nilai maksimal berarti pasien sangat puas (Oktiadewi 2012).

b. Instrumen Kualitas Hidup Pasien Kanker.

Instrumen kualitas hidup mengenai pasien kanker dilakukan dengan kuisioner EORTC QLQ – C30 yang terdiri dari 30 item yang mewakili penilaian skala fungsional yang terdiri dari fungsi fisik, peran, emosional, kognitif dan sosial, skala gejala yang dilihat dari aspek kelelahan, mual muntah, nyeri, sesak nafas, insomnia, hilang nafsu makan, konstipasi, diari, dan kesulitan finansial, serta penilaian skala kehidupan global yang dapat menginterpretasikan kualitas hidup. Penilaian kualitas hidup pasien kanker dikatakan baik apabila skor penilaian menunjukkan nilai lebih dari 500, sedangkan dikatakan buruk apabila skor penilaian kurang dari 500 (Susetyowati *et al* 2018).

c. Instrumen Kualitas Hidup Pasien Diabetes mellitus

WHOQOL – BREF merupakan instrumen atau kuisioner penilaian kualitas hidup pada pasien dengan penyakit diabetes mellitus yang terdiri dari 7 buah pertanyaan mengenai rasa sakit, ketidak nyamanan, kebugaran dan tenaga, kualitas tidur, serta ketergantungan obat dimana setiap pertanyaan memiliki 5 pilihan dan skor 1-5. Skor yang didapat dari setiap pertanyaan akan dijumlahkan dan akan dijadikan dasar sebagai klasifikasi skor kualitas hidup. Kualitas hidup sangat buruk dikatakan apabila skor kualitas hidup 7 – 10 , skor kualitas hidup buruk apabila skor 11-17 , skor kualitas hidup kurang apabila skor 18 – 24, skor kualitas hidup baik apabila skor kualitas hidup 25-31 dan skor kualitas hidup dikatakan sangat baik apabila skor yang diperoleh 32 – 35 (Gizi *et al.*, 2014).

D. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

1. Definisi PAGT

Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) adalah pendekatan sistematis dalam memberikan pelayanan asuhan gizi yang berkualitas yang dilakukan oleh tenaga gizi, melalui serangkaian aktivitas yang terorganisir yang meliputi identifikasi kebutuhan gizi sampai pemberian pelayanannya untuk memenuhi kebutuhan gizi (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

Tujuan pemberian asuhan gizi adalah mengembalikan pada status gizi baik dengan mengintervensi berbagai faktor penyebab. Keberhasilan PAGT ditentukan oleh efektivitas intervensi gizi melalui edukasi dan konseling gizi yang efektif, pemberian dietetik yang sesuai untuk pasien di rumah sakit dan kolaborasi dengan profesi lain sangat mempengaruhi keberhasilan PAGT. Monitoring dan evaluasi menggunakan indikator asuhan gizi yang terukur dilakukan untuk menunjukkan keberhasilan penanganan asuhan gizi dan perlu pendokumentasian semua tahapan proses asuhan gizi (Kementrian Kesehatan RI, 2014) .

Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) harus dilaksanakan secara berurutan dimulai dari langkah assesmen, diagnosis, intervensi, dan monitoring dan evaluasi gizi (ADIME). Langkah-langkah tersebut saling berkaitan satu dengan lainnya dan merupakan siklus yang berulang terus sesuai respon atau perkembangan pasien. Apabila tujuan tercapai maka proses ini akan dihentikan, namun bila tujuan tidak tercapai atau tujuan awal tercapai tetapi terdapat masalah gizi baru maka proses berulang kembali mulai dari assessment gizi (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

2. Langkah – langkah PAGT

a. Langkah 1 : Asesmen Gizi

1) Tujuan Asesmen Gizi

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

2) Langkah Asesmen Gizi

- a) Kumpulkan dan pilih data yang merupakan faktor yang dapat mempengaruhi status gizi dan kesehatan.
- b) Kelompokkan data berdasarkan kategori asesmen gizi

(1) Riwayat Gizi (FH)

Pengumpulan data riwayat gizi dilakukan dengan cara interview, termasuk interview khusus seperti recall makanan 24 jam, food frequency questioner atau dengan metode asesmen gizi lainnya.

(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, profile mineral, profile anemia gizi, profile protein, profile urine, dan profile 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 masal lalu mengenai riwayat personal, medis ,keluarga dan sosial. Data riwayat klien tidak dapat dijadikan tanda dan gejala (*sign/symptoms*) problem gizi dalam pernyataan PES, karena merupakan kondisi yang tidak berubah dengan adanya intervensi gizi.

Riwayat klien mencakupi :

- (a) Riwayat personal yaitu menggali informasi secara umum seperti usia, jenis kelamin, etnis, pekerjaan, merokok, cacat fisik.
- (b) Riwayat medis atau 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

b. Langkah 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.

1) Tujuan Diagnosis Gizi

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

2) Cara Penentuan Diagnosis Gizi

(a) 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 kondisi klinis tubuh. Karena itu, dalam menganalisis data asesmen gizi penting mengkombinasikan seluruh informasi dari riwayat gizi, laboratorium, antropometri, status klinis dan riwayat pasien secara bersama-sama.

(b) Tentukan domain dan problem/masalah gizi berdasarkan indikator asuhan gizi (tanda dan gejala). Problem gizi dinyatakan dengan terminologi diagnosis gizi yang telah dilakukan. 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.

(c) Tentukan etiologi (penyebab problem)

(d) Tulis pernyataan diagnosis gizi dengan format PES (*problem-Etiologi-sign/symptoms*).

3) Domain Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi dikelompokkan dalam tiga domain yaitu :

(a) Domain Asupan

(b) Domain Klinis

(c) Domain Perilaku-Lingkungan

4) Etiologi Diagnosis Gizi

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

c. Langkah 3 : Intervensi Gizi

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

1) 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.

2) Komponen Intervensi Gizi

Intervensi gizi terdiri dari 2 komponen yang saling berkaitan yaitu perencanaan dan implementasi.

(a) Perencanaan

(b) Implementasi

3) Kategori Intervensi Gizi

Intervensi gizi dikelompokkan dalam 4 kategori sebagai berikut :

(a) Pemberian makanan / diet

(b) Edukasi

(c) Konseling (C)

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

(d) 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 mengolah masalah yang berkaitan dengan gizi.

d. Langkah 4 : Monitoring dan Evaluasi Gizi

1) Tujuan Monitoring dan Evaluasi Gizi

Tujuan kegiatan ini untuk mengetahui tingkat kemajuan pasien dan apakah tujuan atau hasil yang diharapkan telah tercapai. Hasil asuhan gizi seyogyanya menunjukkan hasil perubahan perilaku atau status gizi yang lebih baik.

2) Cara Monitoring dan Evaluasi

- a) Monitor perkembangan
- b) Mengukur Hasil
- c) Evaluasi Hasil

3) Objek Yang Dimonitor

Dalam kegiatan monitoring dan evaluasi dipilih indikator asuhan gizi. Indikator yang dimonitor sama dengan indikator pada asesmen gizi kecuali riwayat personal.

4) Kesimpulan Hasil Monitoring dan Evaluasi

- a) Aspek gizi
- b) Aspek status klinis dan kesehatan
- c) Aspek pasien

d) Aspek pelayanan kesehatan : lama hari rawat

5) Dokumentasi Asuhan Gizi

Dokumentasi pada rekam medik merupakan proses yang berkesinambungan yang dilakukan selama PAGT berlangsung. Pencatatan yang baik harus relevan, akurat dan terjadwal.

6) Indikator Asuhan Gizi dan Kriteria Asuhan Gizi

Indikator asuhan gizi adalah data asesmen gizi yang mempunyai batasan yang jelas dan dapat diobservasi dan diukur. Indikator asuhan gizi merupakan tanda dan gejala yang menggambarkan keberadaan dan tingkat keparahan problem gizi yang spesifik, dan dapat juga digunakan untuk menunjukkan keberhasilan intervensi gizi. Untuk melakukan interpretasi dari indikator asuhan gizi ini perlu dilakukan perbandingan terhadap kriteria asuhan gizi yang sesuai. Kriteria asuhan gizi yang akan dijadikan pembanding terhadap indikator asuhan gizi ada beberapa jenis yaitu:

a) Preskripsi Diet

Preskripsi diet merupakan rekomendasi asupan energi, makanan atau zat gizi secara individual yang sesuai dengan pedoman yang dijadikan acuan. Misalnya asupan energi hasil recall 24 jam dibandingkan dengan kebutuhan energi dari preskripsi diet untuk individu berdasarkan pedoman acuan, pedoman perhitungan kebutuhan energi, protein dan air (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

b) Target

Sebagai contoh : target perubahan perilaku (kebiasaan gemar mengonsumsi makanan camilan menjadi tidak melakukan kebiasaan tersebut). Untuk perilaku tidak ada perskripsi diet.

c) Rujukan Standar

Standar yang digunakan dapat berupa rujukan internasional maupun nasional. Misalnya untuk pembandingan data antropometri (WHO) atau laboratorium (standar kadar gula darah mengikuti konsensus diabetes mellitus) (Kementrian Kesehatan RI, 2014).