

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### 1. Appendicitis

###### a. Pengertian

Appendicitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini menyerang semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10 sampai 30 tahun dan merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer & Bare, 2013).

Peradangan dari apendiks vermiformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki - laki maupun perempuan tetapi lebih sering menyerang laki - laki berusia antara 10 sampai 30 tahun ( Mansjoer,Arief,dkk, 2007 ).

Appendicitis adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing. Dalam kasus ringan dapat sembuh tanpa perawatan, tetapi banyak kasus memerlukan laparotomi dengan penyingkiran umbai cacing yang terinfeksi (Anonim, 2007 dalam Docstoc, 2010).

## b. Etiologi

Appendisitis akut merupakan penyakit yang disebabkan adanya infeksi bakteri. Selain itu, ada beberapa faktor pencetus penyakit ini diantaranya obstruksi terjadi pada lumen apendiks yang biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, penyakit cacing, parasit, benda asing dalam tubuh, tumor primer pada dinding apendiks dan striktur. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan appendicitis adalah erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E. histolytica* (Jong, 2010).

Ada 4 faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya appendisitis akut menurut teori Blum, yaitu faktor biologi, faktor lingkungan, faktor pelayanan dan kesehatan, dan faktor perilaku. Faktor biologi antara lain usia, jenis kelamin, ras, faktor lingkungan terjadi akibat obstruksi lumen akibat infeksi bakteri, virus, parasit, cacing dan benda asing serta sanitasi lingkungan yang kurang baik, faktor pelayanan kesehatan baik dilihat dari pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pelayanan kesehatan baik dari fasilitas maupun non-fasilitas, dan faktor perilaku seperti asupan rendah serat yang dapat mempengaruhi defekasi dan fekalit yang dapat menyebabkan obstruksi lumen

sehingga memiliki risiko terjadinya apendisitis yang lebih tinggi (Sjamsuhidajat, De Jong, 2004).

Penelitian epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Semuanya ini akan mempermudah timbulnya apendisitis akut (Jong, 2010).

c. Patofisiologi

Appendisitis dimulai oleh obstruksi dari lumen yang disebabkan oleh feses yang terlibat atau fekalit. Penjelasan ini sesuai dengan pengamatan epidemiologi bahwa apendisitis berhubungan dengan asupan serat dalam makanan yang rendah (Burkitt, 2007).

Obstruksi lumen apendiks disertai dengan sekresi yang terus-menerus dari mukosa apendiks menyebabkan distensi. Distensi yang terus berlanjut karena sekresi dari mukosa yang terus-menerus dan dari multiplikasi bakteri di apendiks. Distensi ini menyebabkan refleks mual dan muntah, dan nyeri visceral akan semakin parah. Seiring dengan penekanan pada organ yang meningkat, tekanan pada vena juga meningkat. Kapiler dan vena menjadi tertutup, tetapi aliran arteriol akan terus berlanjut, menyebabkan pelebaran dan kongestif vascular. Proses inflamasi segera melibatkan serosa pada apendiks

dan peritoneum parietal regional, memproduksi perpindahan nyeri yang khas menuju kuadran kanan bawah(Burkitt, 2007).

Gangguan terhadap aliran limfatik dan vena akan menyebabkan iskemia pada mukosa. Mukosa appendiks rawan dengan gangguan suplai darah, dan bila integritasnya terganggu,akan memudahkan terjadinya invasi bakteri.Selama distensi semakin progresif maka akan semakin menekan aliran balik vena dan kemudian aliran arteriol sehingga menyebabkan infark pada area dengan suplai darah yang buruk. Seiring peningkatan distensi, invasi bakterial, terganggunya aliran darah,dan progresi infark, kombinasi ini akan menyebabkan proses inflamasi yang lebih terlokalisir dan menyebabkan gangren serta perforasi,biasanya padasalah satu area infark pada batas antimesenterik. Perforasi biasanya terjadi setelah setidaknya 48 jam sejak onset timbulnya gejala(Burkitt, 2007).

Appendisitis akut merupakan infeksi bakteri seperti *Eschericia coli*, *Streptococcusviridans*, dan *Bacteroides*. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan appendisitis adalah erosi mukosa apendiks karena parasit *E.histolytica*.

#### d. Klasifikasi

Klasifikasi appendisitis terbagi menjadi dua yaitu, appendisitis akut dan appendisitis kronik (Sjamsuhidajat & de jong, 2010):

1) Appendisitis akut. Appendisitis akutdengan gejala khas yaitu radangumbai cacing yang memberikan tanda setempat, disertai

maupun tidak disertai rangsang peritoneum lokal. Gejala appendisitis akut yaitu : nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral didaerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual dan kadang muntah. Umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ketitik mcBurney. Disini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.

- 2) Appendisitis kronik. Diagnosis appendisitis kronis baru dapat ditegakkan jika ditemukan adanya : riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik. Kriteria mikroskopik appendisitis kronik adalah fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau total lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa, dan adanya sel inflamasi kronik. Insiden appendisitis kronik antara 1-5%.

## 2. Bedah Apendiks

Apendiktomi adalah pembedahan pengangkatan apendiks (Haryono, 2012). Apendiktomi perlu dilakukan dengan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi pada kasus appendisitis. Didalam pasca pembedahan, penanganan yang kurang baik dapat menimbulkan infeksi. Penanganan yang baik dalam manajemen luka akan mengurangi risiko komplikasi (Puspitasari, 2011).

Salah satu faktor yang mempengaruhi lamanya proses penyembuhan luka akibat operasi adalah kurangnya asupan nutrisi (Nainggolan dan Simanjutak, 2013) Asupan nutrisi yang baik dapat menentukan waktu penyembuhan luka post apendiktomi (Hasibuan, 2018).

### 3. Pelayanan Gizi Rumah Sakit

Pelayanan gizi di rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan dan disesuaikan dengan keadaan pasien berdasarkan keadaan klinis, status gizi, dan status metabolisme tubuh. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi pasien. Sering terjadi kondisi pasien yang semakin buruk karena tidak tercukupinya kebutuhan zat gizi untuk perbaikan organ tubuh. Selain itu masalah gizi lebih dan obesitas erat hubungannya dengan penyakit degeneratif, seperti diabetes melitus, penyakit jantung koroner, hipertensi, dan penyakit kanker, memerlukan terapi gizi untuk membantu penyembuhannya (Depkes, 2013).

Pelayanan gizi kepada pasien rawat inap agar memperoleh asupan makanan yang sesuai kondisi kesehatannya dalam upaya mempercepat proses penyembuhan, mempertahankan dan meningkatkan status gizi.

Mekanisme pelayanan gizi rawat inap adalah sebagai berikut :

a. Skrining gizi

Tahapan pelayanan gizi rawat inap diawali dengan skrining/penapisan gizi dan penetapan order diet awal (preskripsi diet awal) oleh dokter. Skrining gizi bertujuan untuk mengidentifikasi pasien/klien yang berisiko, tidak berisiko malnutrisi atau kondisi khusus. Metode skrining gizi sebaiknya singkat, cepat dan disesuaikan dengan kondisi dan kesepakatan di masing-masing rumah sakit seperti formulir skrining Malnutrition Skringing Tools (MST) untuk pasien dewasa, dan Skrining NSI untuk pasien lansia, metode skrining yang digunakan dalam penelitian ini yaitu skrining Malnutrition Skringing Tools (MST) :

1) Malnutrition Skringing Tools (MST)

Malnutrition Skringing Tools (MST) merupakan metode skrining gizi yang dapat digunakan pada pasien dewasa. MST mengidentifikasi beberapa faktor risiko malnutrisi. Formulir skrining MST terdiri dari 3 pertanyaan seperti pasien mengalami penurunan berat badan atau tidak, asupan makanan pasien berkurang atau tidak, dan pernyataan pasien dengan diagnosis khusus kelebihan alat ini adalah skrining dapat dilakukan dalam waktu singkat atau lebih efektif. Skrining MST memiliki penilaian bila total skor (parameter 1 dan 2)  $\geq 2$  maka dinyatakan berisiko malnutrisi, dan bila parameter no 3 “ya” tanpa dilakukan penilaian skor (parameter 1 dan 2) maka pasien sudah dinyatakan

berisiko malnutrisi. Yang dimaksud dengan diagnosis khusus adalah pasien saat masuk rumah sakit langsung di diagnosis atau mengalami Diabetes mellitus, Kemoterapi, Hemodialisis, Penurunan imunitas, dan penyakit degenerative lainnya.

## 2) Formulir Skrining Nutrition Screening Initiative (NSI)

Nutrition Screening Initiative (NSI) merupakan metode skrining gizi yang dapat digunakan pada pasien lansia. NSI mengidentifikasi beberapa faktor risiko malnutrisi, seperti ketidaksesuaian asupan makan, kemiskinan, isolasi sosial, kemandirian/ ketidakmampuan, kondisi penyakit akut dan kronik, dan pengobatan kronis. Formulir skrining NSI terdiri dari pertanyaan yang ditujukan untuk pasien lansia seperti penyakit yang menyebabkan perubahan makan pasien atau membuat sulit untuk makan, memasak dan membeli makanan. Kebingungan atau kehilangan ingatan dapat membuat orang sulit untuk mengingat apa dan bagaimana untuk makan. Depresi dapat menyebabkan perubahan nafsu makan, tingkat energi dan berat badan, kondisi makan yang buruk yaitu terlalu sedikit, terlalu banyak atau tidak mengonsumsi makanan yang dibutuhkan sehari-hari untuk menunjang kesehatan, hilangnya gigi atau sakit pada mulut, kesulitan ekonomi, menurunnya kontak sosial, kehilangan pekerjaan, kesendirian, depresi dan rendahnya



motivasi untuk makan, pengobatan ganda yang dapat mempengaruhi kesehatan.

b. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) adalah suatu metode pemecahan masalah yang sistematis, dimana dietisien profesional menggunakan cara berpikir kritisnya dalam membuat keputusan untuk menangani berbagai masalah yang berkaitan dengan gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas. Proses Asuhan Gizi Terstandar disusun sebagai upaya peningkatan kualitas pemberian asuhan gizi.

1) Riwayat Terkait Gizi dan makanan – Food History (FH)

Asupan makanan dan zat gizi, asupan suplemen obat dan herbal, pengetahuan / kepercayaan / perilaku, ketersediaan penyaluran dan makanan, aktifitas fisik dan kualitas hidup untuk gizi (ADA, 2011).

Penilaian klinis harus digunakan untuk memilih indikator dan menentukan teknik pengukuran yang sesuai dan referensi standar untuk populasi pasien yang diberikan dan pengaturan. Sekali diidentifikasi, indikator ini, teknik pengukuran, dan standar referensi harus diidentifikasi dalam kebijakan dan prosedur atau dokumen lainnya untuk digunakan pada pasien/ rekam medis, peningkatan / kualitas, atau dalam sebuah proyek penelitian formal.

## FH. 1 Asupan Makanan dan Zat Gizi

Komposisi dan kecukupan asupan makanan dan gizi, pola makan dan kudapan, diet saat dan sebelumnya dan atau modifikasi makanan, dan lingkungan makan. Penilaian status gizi akan lebih valid bila penilaian data asupan zat gizi juga mempertimbangkan kombinasi dari data klinis biokimia, antropometri, diagnose medis, status klinis, dan atau factor lain, serta diet. (Institute of medicine. Washington, D.C.:National Academy;2000.)

### 2) Pengukuran Antropometri (AD)

Antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu. Antropometri dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain pengukuran tinggi badan(TB);berat badan(BB). Pada kondisi tinggi badan tidak dapat diukur dapat digunakan panjang badan, tinggi lutut (TL), rentang lengan atau separuh rentang lengan. Pengukuran lain seperti lingkaran lengan atas (LiLA), tebal lipatan kulit (skinfold), lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran pinggang dan lingkaran pinggul dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Penilaian status gizi dilakukan dengan membandingkan beberapa ukuran tersebut diatas misalnya Indeks Massa Tubuh (IMT) yaitu ratio BB terhadap TB.

Pemeriksaan fisik yang paling sederhana untuk melihat status gizi pada pasien rawat inap adalah BB. Pasien sebaiknya ditimbang dengan menggunakan timbangan yang

akurat/terkalibrasi dengan baik. Berat badan akurat sebaiknya dibandingkan dengan BB ideal pasien atau BB pasien sebelum sakit. Pengukuran BB sebaiknya mempertimbangkan hal – hal diantaranya kondisi kegemukan dan edema. Kegemukan dapat dideteksi dengan perhitungan IMT. Namun, pada pengukuran ini terkadang terjadi kesalahan yang disebabkan oleh adanya edema.

BB pasien sebaiknya dicatat pada saat pasien masuk dirawat dan dilakukan pengukuran BB secara periodik selama pasien dirawat minimal setiap 3 hari untuk menghitung estimasi tinggi badan dengan ULNA dari Ilayperuma dapat dihitung menggunakan rumus sebagai berikut:

a) Laki-laki= $97,252 + (2,645 \times ULNA)$

b) Perempuan= $84,88 - 68,777 + (3,536 \times ULNA)$

c) Perhitungan BBI(usia > 10 tahun)

$$BBI \text{ Brocca} = (TB - 100) - 10\% (TB - 100) \text{ atau}$$

$$BBI = 90\% \times (TB - 100)$$

Catatan: apabila TB pasien wanita kurang dari 150 cm dan TB pasien pria kurang dari 160cm, maka:

$$BBI = TB - 100 \text{ (Brocca)}$$

- i. Perkiraan berat badan menurut LILA dari Cerra

Perkiraan ini bisa menjadi alternatif perkiraan berat badan,

Rumusnya:

$$BB = \frac{\text{LILA yang diukur} \times (TB - 100)}{\text{LILA Standar cerra}}$$

Tabel 1. Lila standar “cerra”

LILA Pria	29
LILA Wanita	28,5

- ii. IMT (Indeks Mass Index)

IMT merupakan instrument obyektif yang digunakan untuk mengukur hubungan antara tinggi dan berat badan individu yang berguna untuk menentukan risiko kesehatan (status gizi). Rumus perhitungan IMT: (Muttaqin, 2013)

Rumus IMT Dewasa (Kemenkes RI):  $BB/TB(m)^2$

Tabel 2. Kategori Ambang Batas IMT

<b>IMT</b>	<b>Kategori</b>
<18,5	Kurus/Kurang
18,5 – 24,9	Normal
25,0 – 27,0	Overweight
>27	Obesitas

Sumber: Kemenkes, 2013

Untuk anak usia 5 – 18 tahun gunakan IMT/U

Rumus Z-score IMT/U

$$\text{Jika IMT/U anak} < \text{median} = \frac{\text{IMT}_{\text{anak}} - \text{IMT}_{\text{median}}}{\text{IMT}_{\text{median}} - (\text{nilai IMT pada } (-1\text{SD})}$$

$$\text{Jika IMT/U anak} > \text{median} = \frac{\text{IMT}_{\text{anak}} - \text{IMT}_{\text{median}}}{(\text{nilai IMT pada } (+1\text{SD}) - \text{IMT}_{\text{median}}}$$

$$\text{Jika IMT/U anak} > \text{median} = \frac{\text{IMT}_{\text{anak}} - \text{IMT}_{\text{median}}}{\text{IMT}_{\text{median}}}$$

Tabel 3. Kategori Z-score menurut WHO :

Z-score	<-2	-2 sampai +2	>+2
IMT/U	Kurus	Normal	Gemuk

## 2) Biokimia (BD)

Pengukuran laboratorium yang berkaitan dengan pasien appendicitis

Tabel 4. Data Biokimia (BD) pada pasien pasca bedah

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Ket
BD 1.10.1	Hemoglobin		12g/dl	
BD 1.10.2	Hematokrit		40-48%	
BD 1.11.1	Albumin		4-5,3g/dl	
	Eritrosit		4,5-5,5 juta/ml	
	Trombosit		150-400 ribu/ml	
	Leukosit		5-10 ribu/ml	

## 3) Hasil pemeriksaan fisik terkait gizi (PD)

Gejala berkaitan dengan kondisi patofisiologis yang berasal dari pemeriksaan/pengukuran gizi focus pemeriksaan fisik, wawancara dan atau catatan medik.

Tabel 5. Nilai Normal Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)

Kode IDNT	Data Biokimia	Nilai Normal
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	
PD.1.1.2	Bahasa Tubuh	
PD.1.1.6	Kepala dan mata	
PD.1.1.9	Vitalsign	
	Nadi	60 – 100 x/menit
	Suhu	36 -37°C
	Respirasi	20 – 30 x/menit
	Tekanan darah	120/80 mmHg
PD1	Sistem Pencernaan	

Pemeriksaan Penunjang:

Sumber : Handayani dkk (2015)

#### 4) Riwayat Klien/*Client History (CH)*

##### a) Data Personal (CH)

Informasi saat ini dan masa lalu terkait riwayat personal, medis, keluarga dan social

##### Riwayat Personal (CH)

- Data Personal (CH1) : informasi data umum pasien/klien seperti umur, jenis kelamin, ras, suku, bahasa, edukasi dan peran dalam keluarga.

##### b) Riwayat medis/kesehatan pasien/klien/keluarga (CH2)

Kondisi, statuspenyakit dan penyakit penyakit pasien/kline/keluarga yang dapat berdampak pada gizi

- i. Data riwayat medis / kesehatan pasien / klien atau keluarga terkait gizi (CH 2.1) Kondisi, status penyakit dan penyakit penyakit pasien / klien /keluarga yang dapat berdampak terhadap status gizi.

ii. Data perawatan medis / terapi (CH 2.2) : Data terdokumentasi dari riwayat perawatan medis atau bedah yang dapat berdampak pada status gizi pasien / klien.

iii. Riwayat Sosial (CH3) : Riwayat pasien /klien factor social ekonomi, situasi rumah, dukungan asuhan / pelayanan medis, keterlibatan dalam kelompok kelompok social.

iv. Data Riwayat Sosial (CH3.1) : Riwayat pasien/klien factor social ekonomi, situasi rumah, dukungan asuhan / pelayanan medis, keterlibatan dalam kelompok kelompok social.

#### 5) Diagnosis Gizi

Menurut Kemenkes 2013, Pada langkah ini dicari pola dan hubungan antar data yang terkumpul dan kemungkinan penyebabnya. Kemudian memilah masalah gizi yang spesifik dan menyatakan masalah gizi secara singkat dan jelas menggunakan terminology yang ada.

Penulisan diagnose gizi terstruktur dengan konsep PES atau Problem Etiologi dan Signs/Symptoms. Diagnosis gizi dikelompokkan menjadi tiga domain yaitu :

a) Domain Asupan adalah masalah actual yang berhubungan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, substansi bioaktif

dari makanan baik yang melalui oral maupun parenteral dan enteral.

Contoh :

NI-5.1 Peningkatan kebutuhan zat gizi (energi dan protein) (P) berkaitan dengan penyembuhan luka (E) ditandai dengan adanya luka akibat pembedahan (S)

- b) Domain Klinis adalah masalah gizi yang berkaitan dengan kondisi medis atau fisik/fungsi organ.

Contoh :

NC-2.2 Perubahan nilai LAB terkait zat gizi (P) berkaitan dengan adanya luka akibat pembedahan (E) dengan hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin darah rendah (S).

- c) Domain Perilaku/lingkungan adalah masalah gizi yang berkaitan dengan pengetahuan, perilaku/kepercayaan, lingkungan fisik dan akses dan keamanan makanan.

Contoh :

Kurangnya pengetahuan tentang makanan dan gizi (P) berkaitan dengan mendapat informasi yang salah dari lingkungannya mengenai anjuran diet yang dijalannya (E) ditandai dengan memilih bahan makanan/ makanan yang tidak dianjurkan dan aktivitas fisik yang tidak sesuai anjuran (S).



## 6) Intervensi

Intervensi gizi adalah suatu kegiatan aktivitas spesifik yang berkaitan dengan penggunaan bahan untuk menanggulangi masalah.

Menurut Kemenkes RI 2013 terdapat dua komponen intervensi gizi yaitu perencanaan intervensi dan implementasi.

- a) Perencanaan Intervensi Intervensi gizi dibuat merujuk pada diagnosis gizi yang ditegakkan. Tetapkan tujuan dan prioritas intervensi berdasarkan masalah gizinya (Problem), rancang strategi intervensi berdasarkan penyebab masalahnya (Etiologi) atau bila penyebab tidak dapat diintervensi maka strategi intervensi ditujukan untuk mengurangi Gejala/Tanda (Sign & Symptom). Tentukan pula jadwal dan frekuensi asuhan. Output dari intervensi ini adalah tujuan yang terukur, preskripsi diet, dan strategi pelaksanaan (implementasi).

Perencanaan Intervensi meliputi :

- i. Penetapan tujuan intervensi meliputi : Penetapan tujuan harus dapat diukur, dicapai dan ditentukan waktunya.
- ii. Preskripsi Diet Preskripsi diet secara singkat menggambarkan rekomendasi mengenai kebutuhan energy dan zat gizi individual, jenis diet, bentuk makanan, komposisi zat gizi, frekuensi makan.

- a. Penentuan kebutuhan zat gizi yang diberikan kepada pasien/klien atas dasar diagnosis gizi, kondisi pasien dan jenis penyakitnya.
- b. Jenis Diet Pada umumnya pasien masuk keruang rawat sudah dibuat permintaan makanan berdasarkan pesanan diet awal dari dokter jaga/penanggung jawab pelayanan (DPJP). Dietisien bersama tim atau secara mandiri akan menetapkan jenis diet berdasarkan diagnosis gizi. Bila jenis diet yang ditentukan sesuai dengan order makan diet tersebut diteruskan dengan dilengkapi dengan rancangan diet. Bila diet tidak sesuai akan dilakukan usulan perubahan jenis diet dengan mendiskusikannya terlebih dahulu bersama (DPJP).
- c. Modifikasi diet Modifikasi diet merupakan perubahan dari makanan biasa (normal). Perubahan dapat berupa perubahan dalam konsistensi, meningkatkan/menurunkan nilai energy, menambah/mengurangi jenis bahan makanan atau zat gizi yang dikonsumsi, membatasi jenis atau kandungan makanan tertentu, menyesuaikan komposisi zat gizi (protein, lemak, KH, cairan dan zat gizi lain), mengubah jumlah, frekuensi makan

dan rute makanan. Makanan di RS umumnya berbentuk makanan biasa, lunak, saring dan cair.

d. Jadwal Pemberian Diet Jadwal pemberian diet/makanan dituliskan sesuai dengan pola makan.

e. Jalur makanan Jalur makanan yang diberikan dapat melalui oral dan enteral atau parenteral.

#### b) Implementasi Intervensi

Implementasi adalah bagian kegiatan intervensi gizi dietisien dalam melaksanakan dan mengkomunikasikan rencana asuhan kepada pasien dan tenaga kesehatan atau tenaga lain yang terkait. Suatu intervensi gizi harus menggambarkan dengan jelas: “apa, dimana, kapan, dan bagaimana” intervensi itu dilakukan. Kegiatan ini juga termasuk pengumpulan data kembali, dimana data tersebut dapat menunjukkan respons pasien dan perlu atau tidaknya modifikasi intervensi gizi.

Untuk kepentingan dokumentasi dan persepsi yang sama, intervensi dikelompokkan menjadi 4 domain yaitu pemberian makanan atau zat gizi, edukasi gizi, konseling gizi dan koordinasi pelayanan gizi. Setiap kelompok mempunyai terminologinya masing – masing.

i. Intervensi Gizi :

Diet tinggi protein adalah diet yang mengandung protein di atas kebutuhan normal. Diet diberikan dalam bentuk makanan biasa ditambah bahan makanan sumber protein tinggi seperti susu, telur, dan daging, atau dalam bentuk minuman enteral protein tinggi.

ii. Tujuan Diet :

Membantu mempercepat penyembuhan luka dengan makanan tinggi protein.

Syarat Diet :

- a. Energi sesuai kebutuhan.
- b. Protein tinggi 1 – 1,8 g/kg BB.
- c. Lemak cukup 20 -25% dari kebutuhan energi total.
- d. Karbohidrat sisa dari kebutuhan energi total.
- e. Makanan diberikan secara bertahap sesuai kemampuan.
- f. Makanan diberikan dalam bentuk mudah cerna.

iii. Terapi Konseling

- Tujuan

Konseling gizi merupakan proses pemberian dukungan pada pasien yang ditandai dengan hubungan kerja sama antara konselor dengan pasien dalam menentukan prioritas, tujuan atau target,

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

- Materi
- Makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan dikonsumsi.
- Pentingnya mengonsumsi makanan tinggi protein.
- Sasaran  
Pasien dan keluarga
- Waktu dan tempat  
15 – 30 menit di ruang rawat inap
- Metode  
Diskusi dan alat bantu
- Media alat bantu  
Leaflet diet tinggi protein

#### 7) Monitoring dan Evaluasi

Menurut Kementerian Kesehatan RI 2013, Kegiatan monitoring dan evaluasi gizi dilakukan untuk mengetahui respon pasien/klien terhadap intervensi dan tingkat keberhasilannya.

Monitoring gizi adalah suatu kegiatan mengkaji ulang dan mengukur secara terjadwal indikator asuhan gizi dari status pasien sesuai dengan kebutuhan yang ditentukan, diagnosis gizi, intervensi dan outcome (hasil) asuhan gizi yang diberikan. Sedangkan, Evaluasi gizi adalah suatu kegiatan membandingkan secara sistematis data–data saat ini dengan status sebelumnya, tujuan intervensi gizi, efektivitas asuhan gizi secara umum dan atau membandingkan dengan rujukan standar. Tiga langkah kegiatan monitoring dan evaluasi gizi, yaitu:

- a) Monitor perkembangan yaitu kegiatan mengamati perkembangan kondisi pasien/klien yang bertujuan untuk melihat hasil yang terjadi sesuai yang diharapkan oleh klien maupun tim. Kegiatan yang berkaitan dengan monitor perkembangan antara lain :
  - i. Mengecek pemahaman dan ketaatan diet pasien/klien.
  - ii. Mengecek asupan makan pasien/klien.
  - iii. Menentukan apakah intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana/preskripsi diet.
  - iv. Menentukan apakah status gizi pasien/klien tetap atau berubah.
- b) Mengukur hasil. Kegiatan ini adalah mengukur perkembangan/ perubahan yang terjadi sebagai respon

terhadap intervensi gizi. Parameter yang harus diukur berdasarkan tanda dan gejala dari diagnosis gizi.

- c) Evaluasi hasil Berdasarkan ketiga tahapan kegiatan di atas akan didapatkan 4 jenis hasil, yaitu :
- i. Dampak perilaku dan lingkungan terkait gizi yaitu tingkat pemahaman, perilaku, akses, dan kemampuan yang mungkin mempunyai pengaruh pada asupan makanan dan zat gizi.
  - ii. Dampak asupan makanan dan zat gizi merupakan asupan makanan dan atau zat gizi dari berbagai sumber, misalnya makanan, minuman, suplemen, dan melalui rute enteral maupun parenteral.
  - iii. Dampak terhadap tanda dan gejala fisik yang terkait gizi yaitu pengukuran yang terkait dengan antropometri, biokimia, dan parameter pemeriksaan fisik/klinis.
  - iv. Dampak terhadap pasien/klien terhadap intervensi gizi yang diberikan pada kualitas hidupnya.
- d) Pencatatan pelaporan pencatatan dan laporan kegiatan asuhan gizi merupakan bentuk pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan dan komunikasi. Terdapat berbagai cara dalam dokumentasi antara lain format IDNT merupakan model yang sesuai dengan langkah PAGT.

## 2. Penatalaksanaan Diet Bedah Appendicitis

Penatalaksanaan diet bedah apendisitis dibedakan menjadi dua, yaitu penatalaksanaan diet pra bedah dan penatalaksanaan diet pasca bedah. Tujuan diet pasca bedah adalah untuk mengupayakan status gizi pasien agar segera kembali normal untuk mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh pasien dengan cara memberikan kebutuhan dasar (cairan, energi, protein), mengganti kehilangan protein, glikogen, zat besi dan gizi lain, serta cara berikutnya adalah memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit dan cairan.

Syarat diet pasca bedah makanan diberikan secara berhati-hati disesuaikan dengan kemampuan pasien untuk menerimanya.

1. Pemberian energi: 30-40 kkal /kgBB /hari
2. Pemberian protein : 1-1,8 g/kgBB /hari
3. Pemberian lemak cukup, yaitu 20-25 % dari kebutuhan energi total.
4. Kebutuhan karbohidrat dihitung dari sisa kebutuhan energi total.
5. Serat : 10-15 gram
5. Vitamin cukup

Pada pasien pasca bedah, biasanya tahapan pemberian diet dimulai dengan tahapan pemberian makanan dalam bentuk cair dan dilanjutkan dengan makanan lunak.

### a. Diet pasca bedah

Menurut Almatier dalam Kusumayanti (2014), diet pasca operasi adalah makanan yang diberikan kepada pasien setelah menjalani



pembedahan. Pengaturan makanan sesudah pembedahan tergantung pada macam pembedahan dan jenis penyakit penyerta.

#### 1) Pengkajian nutrisi

Nutrisi sangat berguna untuk menjaga kesehatan dan mencegah penyakit. Pada pengkajian gizi terdapat akronim A,B,C,D yang dapat dipergunakan untuk mengidentivikasi pengkajian nutrisi. Meskipun urutan pengkajian parameter ini dapat berbeda-beda, namun evaluasi status nutrisi tetap harus menyertakan salah satu metode berikut: (Smeltzer dan Bare, 2002).

- a) Pengukuran antropometri (BB,TB,IMT).
- b) Pengukuran biokimia (albumin, transferin, jumlah limfosit total, elektrolit, kreatinin).
- c) Pemeriksaan klinis.
- d) Data diet.

#### 2) Jenis diet

Biasanya, jenis diet yang diberikan dari rumah sakit untuk pasien pasca bedah adalah diet TETP (Tinggi Energi Tinggi Protein) atau diet lambung. Diet yang disarankan adalah:

- a) Mengandung cukup energi, protein, lemak, dan zat-zat gizi.
- b) Bentuk makanan disesuaikan dengan kemampuan penderita.
- c) Menghindari makanan yang merangsang (pedas, asam).
- d) Suhu makanan lebih baik bersuhu dingin.

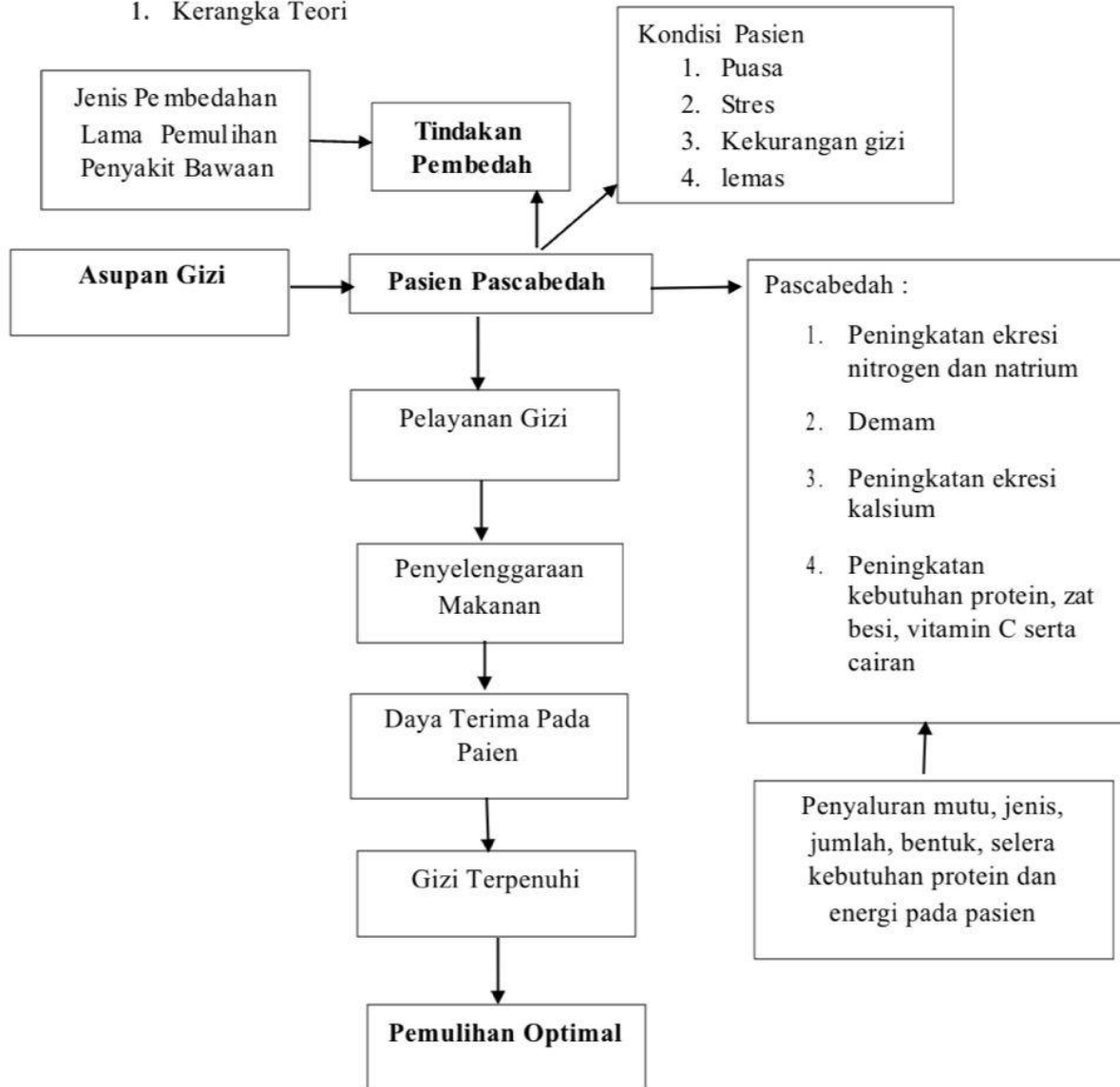
- e) Pembagian porsi makanan sehari diberikan sesuai dengan kemampuan dan kebiasaan makan penderita.

Jenis diet dan indikasi pemberian:

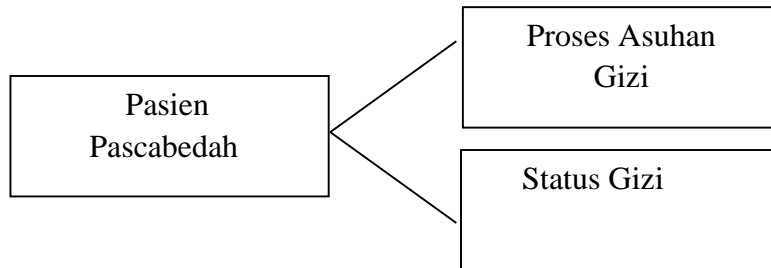
- a) Diet Pasca-Bedah I (DPB I) : Selama enam jam sesudah operasi, makanan yang diberikan berupa air putih, teh manis, atau cairan lain seperti pada makanan cair jernih
- b) Diet Pasca-Bedah II (DPB II) Makanan diberikan dalam bentuk cair kental, berupa kaldu jernih, sirup, sari buah, sup, susu, dan puding rata-rata delapan sampai 10 kali sehari selama pasien tidak tidur.
- c) Diet Pasca-Bedah III (DPB III) Makanan yang diberikan berupa makanan saring ditambah susu dan biskuit. Cairan hendaknya tidak melebihi 2000 ml sehari. Selain itu dapat memberikan makanan parenteral bila diperlukan. Makanan yang tidak dianjurkan adalah makanan dengan bumbu tajam dan minuman yang mengandung karbondioksida.
- d) Diet Pasca-Bedah IV (DPB IV) Makanan diberikan berupa makanan lunak yang dibagi dalam tiga kali makanan lengkap dan satu kali makanan selingan.

## B. Kerangka Teori

### 1. Kerangka Teori



### C. Kerangka Konsep



### D. Pertanyaan Peneliti

Bagaimana proses asuhan gizi terstandar pada pasien appendicitis pasca bedah RSUD Wonosari, meliputi:

1. Bagaimanakah hasil penapisan gizi pada pasien appendicitis?
2. Bagaimanakah hasil pengkajian gizi pada pasien appendicitis?
3. Bagaimanakah hasil diagnosis gizi pada pasien appendicitis?
4. Bagaimanakah hasil intervensi gizi pada pasien appendicitis?
5. Bagaimanakah hasil monitoring pada pasien appendicitis?