

**TUGAS AKHIR**

**ASUHAN GIZI LANSIA DAN KELUARGA DI MASYARAKAT DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS DEPOK II SLEMAN YOGYAKARTA**



**Disusun Oleh:**

**RISYA DARINA**

**P07131519015**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN YOGYAKARTA**

**JURUSAN GIZI**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI DIETISIEN**

**2020**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**TUGAS AKHIR**

Asuhan Gizi Lansia dan Keluarga di Masyarakat  
di Wilayah Kerja Puskesmas Depok II Sleman Yogyakarta

Risya Darina  
P07131519015

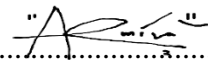
Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji  
Pada tanggal: 4 November 2020

**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

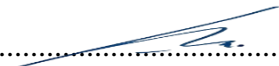
Ketua,  
Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si.  
NIP.196303241986031001

()

Anggota,  
Almira Sitasari, S.Gz., MPH, RD.  
NIP. 198703042015032004

()

Anggota,  
Dr. Waryana, SKM, M.Kes  
NIP. 196408071984021001

()

Yogyakarta, ..... 2020  
Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta



Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si.  
NIP.196303241986031001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Asuhan Gizi Lansia Dan Keluarga Di Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Depok Ii Sleman Yogyakarta. Penulis menyadari dalam proses penulisan laporan ini tidak lepas dari bimbingan, pengarahan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si. RD selaku Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
3. Setyowati, SKM, M.Kes, RD selaku Ketua Prodi Profesi Dietisien Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
4. Seluruh Tim Bidang Gizi Klinik Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta
5. Almira Sitasari, S.Gz., MPH, RD. selaku Dosen Pembimbing Utama
6. Dr. Waryana, SKM, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Pendamping
7. Kedua orangtua yang selalu memberikan dukungan moral dan material
8. Teman-teman rotasi yang selalu memberikan semangatnya untuk menyelesaikan laporan studi kasus ini
9. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa penulisan laporan ini masih jauh dari kata sempurna. Penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak untuk perbaikan dan kelengkapan laporan ini. Semoga dapat bermanfaat bagi penulis, institusi dan perkembangan ilmu pengetahuan.

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	1
KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	2
C. Manfaat.....	2
D. Lokasi .....	2
BAB II.....	3
TINJAUAN PUSTAKA .....	3
A. Lanjut Usia (Lansia).....	3
B. Proses Asuhan Gizi Terstandar .....	5
C. Pendidikan dan Pelatihan .....	7
D. Posyandu Lansia.....	11
E. WHOQOL-BREF .....	14
BAB III .....	16
METODE PENELITIAN.....	16
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus .....	16
B. Subyek Studi Kasus .....	16
C. Fokus Studi.....	16
D. Definisi Oprasional Fokus Studi.....	17
E. Metode Pengumpulan Data .....	21
F. Tempat dan Waktu Studi Kasus .....	21
G. Instrument Studi Kasus .....	21
H. Analisis Data dan Penyajian Data.....	22
I. Etika Studi Kasus.....	22
BAB IV .....	24
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	24
A. Skrinning Masalah Gizi Lansia .....	24
B. NCP Untuk Homecare.....	33
C. Hasil Skrinning Gizi .....	33

D. Riwayat Makan (FH).....	35
E. Standar Pembanding (CS) .....	36
F. Antropometri (AD.1.1).....	37
G. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1).....	37
H. Biokimia (BD).....	37
I. Terapi Medis dan Fungsi .....	37
J. Diagnosis Gizi .....	38
K. Intervensi Gizi .....	39
L. Kolaborasi (RC).....	41
M. Rencana Monitoring .....	41
N. Catatan Monitoring dan Evaluasi .....	41
O. Pembinaan dan Pemberdayaan Lansia .....	42
P. Program Kegiatan Inovatif .....	45
BAB IV .....	47
KESIMPULAN DAN SARAN.....	47
A. Kesimpulan.....	47
B. Saran .....	47
DAFTAR PUSTAKA .....	48
LAMPIRAN.....	50

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Salah satu tolak ukur kemajuan suatu bangsa seringkali dilihat dari usia harapan hidup penduduknya. Demikian juga dengan Bangsa Indonesia sebagai suatu negara berkembang dengan perkembangannya yang cukup baik, maka harapan hidup penduduknya diproyeksikan makin tinggi yaitu dapat mencapai lebih dari 70 tahun pada tahun 2000. Sebagai perbandingan buat kita, yaitu Jepang dengan usia harapan hidup penduduknya yang tertinggi di dunia, dimana pria dapat mencapai 76 tahun dan wanita 82 tahun (Panjaitan, 2003).

Data dari World Population Prospects (2015) menjelaskan ada 901 juta orang berusia 60 tahun atau lebih, yang terdiri atas 12% dari jumlah populasi Dunia. Pada tahun 2015 sampai 2030, jumlah orang berusia 60 tahun atau lebih diproyeksikan akan tumbuh sekitar 56% dari 901 juta menjadi 1,4 milyar, dan pada tahun 2050 populasi lansia diproyeksikan lebih 2 kali lipat di tahun 2015, yaitu mencapai 2,1 milyar.

Pada proses penuaan atau lanjut usia biasanya terjadi berbagai macam masalah kesehatan yang mengakibatkan menurunnya fungsi fisiologis tubuh pada lanjut usia, sehingga dengan sendirinya akan merasah sulit dalam beraktivitas dalam kesehariannya (Qonitah & Isfandiari, 2015). Pada usia 60 tahun ke atas biasanya kelompok rentan usia lanjut ini mengalami penurunan daya tahan tubuh sesara fisik maupun mental sehingga dengan alamia maka akan berbagai masalah kesehatan yang akan timbul, salah satu contohnya terjadi hipertensi, osteoporosis dan Alzheimer dan masih banyak lagi masalah-masalah penyakit lansia (Abdurrachim, Hariyawati & Nany, 2016).

Untuk mengkompensasi terjadinya penurunan fungsi fisiologis lansia dan berbagaimasalah yang menyertai pada periode ini, maka harus diberikan nutrisi yang cukup pada lansia agar sesuai dengan aktivitas lansia. Asupan gizi seimbang sangat diperlukan bagi usia lanjut sehat maupun yang sakit untuk mempertahankan kualitas hidupnya serta diperlukan dalam proses penyembuhan dan mencegah agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut dari penyakit yang dideritanya (Maryam, dkk, 2009). Menjaga nutrisi yang baik harus di tekankan pada lanjut usia, karena lanjut usia dengan nutrisi yang terpenuhi tidak hanya merasa lebih nyaman dan kuat tetapi juga akan lebih cepat sembuh dan mengalami lebih sedikit komplikasi penyakit. Kondisi kesehatan pada

tahap ini sangat di tentukan oleh kualitas dan kuantitas makanan yang bergizi serta seimbang. Nutrisi yang baik akan berperan dalam upaya presentasi timbulnya penyakit.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mengetahui, melakukan dan menganalisis kegiatan asuhan gizi lansia dan keluarga di masyarakat Puskesmas Depok 2. Yogyakarta.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mahasiswa mampu melakukan skrining masalah gizi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Depok 2.
- b. Mahasiswa mampu melakukan NCP (Nutrition Care Process) untuk kegiatan homecare di wilayah kerja Puskesmas Depok 2.
- c. Mahasiswa mampu melakukan pembinaan dan pemberdayaan kader posyandu PTM/keluarga/masyakat berupa pelatihan terkait gizi lansia dan keluarga
- d. Mahasiswa mampu menyusun program kegiatan inovatif baik dalam gedung maupun luar gedung terkait gizi lansia berupa proposal kegiatan.

## **C. Manfaat**

### **1. Bagi Praktikan**

Menambah wawasan dan pengetahuan di bidang gizi keluarga dan lansia di masyarakat dan menerapkan ilmu yang didapat selama menempuh Pendidikan Profesi Dietisien.

### **2. Bagi Puskesmas Depok 2**

Mendapat masukan dalam menentukan kebijakan untuk mengembangkan pelayanan gizi masyarakat terutama dalam pelayanan gizi lansia dan keluarga

### **3. Bagi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Jurusan Gizi**

Menambah bahan kepustakaan mengenai kegiatan program gizi masyarakat

### **4. Bagi Masyarakat**

Sebagai sumber informasi untuk meningkatkan pengetahuan gizi masyarakat tentang kegiatan program gizi masyarakat

## **D. Lokasi**

Lokasi kegiatan rotasi asuhan gizi lansia dan keluarga di masyarakat dilaksanakan mulai tanggal 22 Agustus s/d 3 September 2021 bertempat di Puskesmas Depok 2, Kabupaten Sleman, D.I. Yogyakarta.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Lanjut Usia (Lansia)**

##### **1. Pengertian**

Lanjut usia (lansia) merupakan tahap akhir dalam kehidupan manusia. Manusia yang memasuki tahap ini ditandai dengan menurunnya kemampuan kerja tubuh akibat perubahan atau penurunan fungsi organ-organ tubuh (Arisman, 2004). Berdasarkan WHO, lansia dibagi menjadi tiga golongan:

- a. Umur lanjut (elderly) : usia 60-75 tahun
- b. Umur tua (old) : usia 76-90 tahun
- c. Umur sangat tua (very old) : usia > 90 tahun

##### **2. Perubahan Fisiologis yang Mempengaruhi Status Gizi pada Lanjut Usia**

Dengan makin lanjutnya usia seseorang maka kemungkinan terjadinya penurunan anatomik dan fungsional atas organ tubuhnya makin besar. Penurunan fungsional dari organ-organ tersebut akan menyebabkan lebih mudah timbulnya masalah kesehatan pada lanjut usia. Masalah gizi yang seringkali terjadi pada lanjut usia juga dipengaruhi oleh sejumlah perubahan fisiologis (Darmojo,2010). Adapun perubahan fisiologis tersebut sebagai berikut:

##### **a. Komposisi Tubuh**

Komposisi tubuh dapat memberikan indikasi status gizi dan tingkat kebugaran jasmani seseorang. Pada abad ke-19 ditemukan berbagai senyawa kimiawi yang ternyata ada pula pada jaringan dan cairan tubuh (Darmojo, 2010).

Akibat penuaan pada lansia massa otot berkurang sedangkan massa lemak bertambah. Massa tubuh yang tidak berlemak berkurang sebanyak 6,3%, sedangkan sebanyak 2% massa lemak bertambah dari berat badan perdekade setelah usia 30 tahun. Jumlah cairan tubuh berkurang dari sekitar 60% berat badan pada orang muda menjadi 45% dari berat badan wanita usia lanjut.(Kawas & Brookmeyer, 2001; Arisman,2004 )

Penurunan massa otot akan mengakibatkan penurunan kebutuhan energi yang terlihat pada lansia. Keseimbangan energi pada lansia lebih lanjut dipengaruhi oleh aktifitas fisik yang menurun. Pemahaman akan hubungan berbagai keadaan tersebut penting dalam membantu lansia mengelola berat badan mereka (Darmojo,2010).



#### b. Gigi dan Mulut

Gigi merupakan unsur penting untuk pencapaian derajat kesehatan dan gizi yang baik. Perubahan fisiologis yang terjadi pada jaringan keras gigi sesuai perubahan pada gingiva anak-anak. Setelah gigi erupsi, morfologi gigi berubah karena pemakaian atau aberasi dan kemudian tanggal digantikan gigi permanen. Pada usia lanjut gigi permanen menjadi kering, lebih rapuh, berwarna lebih gelap, dan bahkan sebagian gigi telah tanggal (Arisman,2004).

Dengan hilangnya gigi geligi akan mengganggu hubungan oklusi gigi atas dan bawah dan akan mengakibatkan daya kunyah menurun yang semula maksimal dapat mencapai 300 pounds per square inch dapat mencapai 50 pound per square inch. Selain itu, terjadinya atrofi gingiva dan proses alveolaris yang menyebabkan akar gigi terbuka dan sering menimbulkan rasa sakit semakin memperparah penurunan daya kunyah. Pada lansia saluran pencernaan tidak dapat mengimbangi ketidaksempurnaan fungsi kunyah sehingga akan mempengaruhi kesehatan umum (Darmojo,2010).

#### c. Indera Pengecap dan Pencium

Dengan bertambahnya umur, kemampuan mengecap, mencerna, dan metabolisme makanan berubah. Penurunan indera pengecap dan penciuman pada lansia menyebabkan sebagian besar kelompok umur ini tidak dapat lagi menikmati aroma dan rasa makanan. Gangguan rasa pengecap pada proses penuaan terjadi karena pertambahan umur berkorelasi negatif dengan jumlah 'taste buds' atau tunas pengecap pada lidah. Wanita pascamonopause cenderung berkurang kemampuan merasakan manis dan asin. Keadaan ini dapat menyebabkan lansia kurang menikmati makanan dan mengalami penurunan nafsu makan dan asupan makanan. Gangguan rasa pengecap juga merupakan manifestasi penyakit sistemik pada lansia disebabkan kandidiasis mulut dan defisiensi nutrisi terutama defisiensi seng (Seymour,2006).

#### d. Gastrointestinal

Motilitas lambung dan pengosongan lambung menurun seiring dengan meningkatnya usia. Lapisan lambung lansia menipis. Di atas usia 60 tahun, sekresi HCL dan pepsin berkurang. Akibatnya penyerapan vitamin dan zat besi berkurang sehingga berpengaruh pada kejadian osteoporosis dan osteomalasia pada lansia. Esofagus terutama berfungsi untuk menyalurkan makan dari faring ke lambung, dan gerakannya diatur secara khusus untuk fungsi

tersebut. Pada manusia lanjut usia, reseptor pada esofagus kurang sensitif dengan adanya makanan. Hal ini menyebabkan kemampuan peristaltic esofagus mendorong makanan ke lambung menurun sehingga pengosongan esofagus terlambat.

Berat total usus halus (di atas usia 40 tahun) berkurang, namun penyerapan zat gizi pada umumnya masih dalam batas normal, kecuali kalsium dan zat besi (di atas usia 60 tahun). Di usus halus juga ditemukan adanya kolonisasi bakteri pada lansia dengan gastritis atrofi yang dapat menghambat penyerapan vitamin B. Selain itu, motilitas usus halus dan usus besar terganggu sehingga menyebabkan konstipasi sering terjadi pada lansia (

e. Hematologi

Berbagai kelainan hematologi dapat terjadi pada usia lanjut sebagai akibat dari proses menua pada sistem hematopoetik. Berdasarkan pengamatan klinik dan laboratorium, didapatkan bukti bahwa pada batas umur tertentu, sumsum tulang mengalami involusi, sehingga cadangan sumsum tulang pada usia lanjut menurun. Beberapa variabel dalam pemeriksaan darah lengkap (full blood count) seperti kadar hemoglobin, indeks sel darah merah (MCV, MCH, MCHC), hitung leukosit, trombosit menunjukkan perubahan yang berhubungan dengan umur.

Anemia kekurangan zat besi adalah salah satu bentuk kelainan hematologi yang sering dialami pada lansia. Penyebab utama anemia kekurangan zat besi pada usia lanjut adalah karena kehilangan darah yang terutama berasal dari perdarahan kronik sistem gastrointestinal akibat berbagai masalah pencernaan seperti tukak peptik, varises esofagus, keganasan lambung dan kolon (Darmojo, 2010). Menurunnya cairan saluran cerna (sekresi pepsin) dan enzim-enzim pencernaan proteolitik mengakibatkan pencernaan protein tidak efisien.

## **B. Proses Asuhan Gizi Terstandar**

### **1. Pengertian 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.

### **2. Tujuan Proses Asuhan Gizi Terstandar**

Tujuan PAGT adalah membantu pasien untuk memecahkan masalah gizi dengan mengatasi faktor-faktor yang mempunyai kontribusi pada ketidakseimbangan atau perubahan status gizi

### 3. Langkah-langkah Proses Asuhan Gizi Terstandar

Proses Asuhan Gizi Terstandar terdiri atas 4 langkah sistematis yaitu sebagai berikut:

#### a. Pengkajian Gizi (Assessment)

Assesment atau disebut dengan pengkajian terhadap status gizi merupakan landasan dalam menyusun asuhan gizi yang optimal kepada klien bertujuan untuk mendapatkan informasi yang adekuat dalam upaya mengidentifikasi masalah gizi yang terkait dengan masalah asupan makanan atau faktor lain yang dapat menimbulkan masalah gizi. Pengkajian gizi merupakan suatu proses pengumpulan, verifikasi dan interpretasi data yang sistematis dalam upaya untuk mengidentifikasi masalah gizi dan penyebabnya, bukan hanya pengumpulan data awal tetapi juga merupakan pengkajian ulang dan analisis kebutuhan gizi pasien. Informasi yang diperoleh melalui pengkajian gizi selanjutnya dibandingkan dengan standar baku/nilai normal, sehingga dapat dievaluasi dan diidentifikasi seberapa besar masalahnya

#### b. Menegakkan Diagnosis

Setelah mendapatkan data mengenai kebiasaan makan sebelum dirawat, pola makan, bentuk dan frekuensi makan serta pantangan makan, lakukan pengkajian data dengan menganalisis asupan gizinya dan dibandingkan dengan AKG serta anjuran gizi sesuai dengan penyakitnya, uraikan kepada klien, analisis permasalahan yang dihadapi.

#### c. Intervensi Gizi

Intervensi gizi bertujuan untuk menanggulangi masalah gizi yang sudah ditegaskan pada diagnosis gizi. Pemecahan masalah yang dipilih dengan mempertimbangkan faktor-faktor seperti dukungan keluarga, sosial ekonomi, pemanfaatan pekarangan, dll.

#### d. Monitoring dan Evaluasi

Melakukan kajian ulang dan mengukur perkembangan dengan jadwal tertentu (monitoring), membandingkan hasil saat ini dengan status sebelumnya, tujuan intervensi, atau rujukan standar (evaluasi), termasuk juga monitoring respon pasien terhadap intervensi. Kegiatan monitoring dan evaluasi gizi

dilakukan untuk mengetahui respon pasien /klien terhadap intervensi dan tingkat keberhasilannya

### **C. Pendidikan dan Pelatihan**

Pendidikan dan pelatihan adalah merupakan upaya untuk mengembangkan upaya untuk mengembangkan sumber daya, terutama untuk peningkatan profesionalisme yang berkaitan dengan keterampilan. Untuk meningkatkan kualitas kemampuan yang menyangkut kemampuan kerja, berpikir dan keterampilan maka pendidikan dan pelatihan yang paling penting diperlukan (UU No 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional).

#### **1. Pendidikan Gizi**

Pendidikan gizi pendekatan edukatif untuk menghasilkan perilaku individu/masyarakat yang diperlukan dalam peningkatan atau dalam mempertahankan gizi tetap baik. Menurut Suharjo (2007), tujuan pendidikan gizi adalah sebagai berikut:

- a. Dapat membentuk sikap positif terhadap makanan bergizi.
- b. Terciptanya pengetahuan dan kecakapan dalam memilih dan menggunakan bahan makanan.
- c. Terbentuknya kebiasaan makan yang baik.
- d. Adanya motivasi untuk mengetahui lebih lanjut tentang hal-hal yang berkaitan dengan makanan bergizi.

Pendidikan gizi pada dasarnya hanya akan berhasil bila subjek merasa perlu tertarik dengan isi pendidikan tersebut karena menyangkut kesehatan dan kesejahteraannya. Hasilnya akan berbeda apabila konsep pendidikan yang telah diberikan hanya berdasar pada kebutuhan peneliti atau ahli untuk menyampaikan pengetahuan atau informasi tersebut kepada subjek penelitian. Oleh karena itu, beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam menyampaikan informasi atau pengetahuan khususnya mengenai gizi, adalah tidak hanya kesesuaian isi, tetapi juga cara komunikasi terhadap subjek penelitian. Pendidikan gizi melalui komunikasi untuk merubah kebiasaan atau perilaku sangat berhubungan dengan pola asuh, pola hidup dan praktek hidup sehat. Selain itu, lingkungan yang mendukung, seperti fasilitas dan sarana-prasarana, teman, keluarga dan orang tua dapat membantu perubahan perilaku menjadi lebih baik (Nikmawati, 2009).

Media pendidikan gizi dan kesehatan tidak kalah pentingnya dalam proses penyampaian informasi kesehatan. Media ini berfungsi sebagai alat bantu penyuluhan. Berdasarkan fungsinya, media dibagi menjadi 3, yaitu (Notoatmodjo, 2006):

- a. Media cetak, terdiri dari :
    - 1) Buklet yaitu media untuk menyampaikan informasi dalam bentuk buku.
    - 2) Leaflet, seperti flyer tetapi dalam bentuk lipatan
    - 3) Flyer, media untuk menyampaikan informasi dalam bentuk lembaran
    - 4) Flip chart/ lembar balik : media untuk menyampaikan informasi dalam bentuk lembaran besar yang disatukan. Halaman depan bersisi materi yang dilihat peserta, bagian belakang berisi materi yang sama tetapi dilihat oleh penyuluh.
    - 5) Rubrik/ tulisan pada surat kabar/ majalah mengenai suatu masalah kesehatan.
    - 6) Poster : bentuk media cetak berisi pesan-pesan/ informasi kesehatan, yang biasanya ditempel pada tempat-tempat umum
  - b. Media elektronik Media penyampaian informasi kesehatan melalui instrumen seperti radio, video, atau slide.
  - c. Media papan (bill board) Papan (bill board) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai sebagai media untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.
2. Pelatihan Gizi

Istilah pelatihan digunakan untuk menunjukkan pengembangan bakat, keterampilan, dan kemampuan seseorang guna menyelesaikan pekerjaan-pekerjaan tertentu. Pelatihan merupakan suatu pendidikan nonformal. Pelatihan adalah bentuk pendidikan berkelanjutan untuk mengembangkan kemampuan peserta didik dengan penekanan pada penguasaan keterampilan standar kompetensi, pengembangan sikap kewirausahaan, serta pengembangan kepribadian profesional (UU No 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional). Sedangkan menurut Santoso (2013) pelatihan adalah proses pembelajaran yang lebih menekankan praktik dari pada teori yang dilakukan seseorang atau kelompok dengan menggunakan pendekatan berbagai pembelajaran dan bertujuan meningkatkan kemampuan dalam satu atau beberapa jenis keterampilan.

Perbedaan antara pendidikan dan pelatihan adalah, pertama pendidikan merupakan aktivitas pembelajaran yang lebih luas dan dalam dibandingkan dengan pelatihan. Kedua, pelatihan lebih menekankan pada keterampilan, sedangkan pendidikan diarahkan pada pengetahuan yang bersifat umum. Ketiga, aspek jangka waktu pendidikan lebih bersifat jangka panjang (long term), sedangkan pelatihan lebih bersifat jangka pendek (short term). Keempat, materi yang disampaikan pada pendidikan bersifat umum, sedangkan pelatihan lebih bersifat khusus.

3. Manfaat Pendidikan dan Pelatihan

Simamora (2010) menyebutkan manfaat-manfaat yang diperoleh dari diadakannya pendidikan dan pelatihan, yaitu:

- a. Meningkatkan kualitas dan kuantitas produktivitas
  - b. Menciptakan sikap, loyalitas dan kerjasama yang lebih menguntungkan
  - c. Memenuhi persyaratan perencanaan sumber daya manusia
  - d. Mengurangi jumlah dan biaya kecelakaan kerja
  - e. Membantu dalam meningkatkan dan mengembangkan pribadi
4. Tahap-tahap Pendidikan dan Pelatihan

Tahap pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tidak sama pada setiap lembaga, menurut Lynton dan Pareek (2012), yaitu:

- a. Menentukan kebutuhan pelatihan yang merupakan tahapan awal yang harus ditentukan, apa yang paling mendesak dan paling relevan dibutuhkan oleh peserta latihan
  - b. Menata tujuan pelatihan, hal ini dapat dijadikan dasar untuk menentukan langkah-langkah yang perlu dilakukan, yang selanjutnya dapat dijadikan tolak ukur untuk mengevaluasi keberhasilan program pelatihan
  - c. Menyusun program pelatihan untuk menentukan tingkat capaian
  - d. Melaksanakan pelatihan, sebelum mulai diadakan pelatihan terlebih dahulu harus memilih metode yang digunakan dalam pelatihan
  - e. Evaluasi pelatihan, bertujuan untuk melihat berhasil tidaknya suatu pelatihan secara efektif dan efisien
5. Metode Pelaksanaan Program Pendidikan dan Pelatihan

Sikula dalam Munandar (2011) mengemukakan metode diklat, yaitu:

- a. Metode latihan atau training terdiri dari lima cara, yaitu:
  - 1) On The Job, pada metode ini peserta pelatihan langsung bekerja di tempat untuk belajar dan meniru suatu pekerjaan dibawah bimbingan seorang pengawas
  - 2) Vestibule, metode pelatihan dilakukan di dalam kelas yang biasanya dilakukan oleh perusahaan industri
  - 3) Demonstration and example, metode pelatihan dengan cara peragaan dan penjelasan bagaimana cara-cara melakukan suatu pekerjaan melalui contoh atau percobaan yang di demonstrasikan
  - 4) Simulation, suatu teknik untuk mencontoh semirip mungkin terhadap konsep sebenarnya dari pekerjaan yang akan dijumpai

- 5) Appreniceship, yaitu magang adalah suatu cara untuk mengembangkan keahlian sehingga para karyawan dapat mempelajari segala aspek dari pekerjaan
- b. Calssroom Methods, yang terdiri dari:
- 1) Lecture (ceramah), metode ini banyak diberikan dalam kelas
  - 2) Conference (rapat), pelatih memberikan suatu masalah tertentu dan peserta ikut berpartisipasi memecahkan masalah tersebut
  - 3) Program intruksi, dimana peserta dapat belajar sendiri karena langkah-langkah pengerjaannya sudah diprogram melalui komputer, buku-buku petunjuk
  - 4) Studi kasus, dalam metode ini dimana pelatih memberikan suatu kasus pada peserta
  - 5) Rol playing, metode ini dilakukan dengan menunjuk beberpa orang memainkan suatu peranan di dalam sebuah organisasi tiruan
  - 6) Diskusi, melalui metode ini peserta dilatih untuk berani memberikan pendapat dan rumusannya serta cara-cara meyakinkan orang lain agar percaya terhadap pendapat itu.
  - 7) Seminar, cara ini bertujuan untuk mengembangkan kecakapan dan keahlian peserta dalam menilai dan memberikan saran-saran yang konstruktif mengenai pendapat orang lain

#### 6. Menentukan Cara Pengukuran Kemampuan Pelatihan

Menurut Supariasa (2012) untuk mengukur kemampuan dalam pelatihan dapat menggunakan berbagai metode, antara lain:

- a. Kuesioner Sangat berguna untuk mengukur tingkat pengetahuan atau yang bersifat kualitatif. Dalam menjawab pertanyaan perlu ada kejujuran dari responden, sehingga diperlukan komunikasi dan kerja sama yang baik antara interviewer dan interview.
- b. Wawancara Sangat berguna untuk mengukur kemampuan analisis. Wawancara dapat dilakukan secara perorangan dan pada kelompok tertentu, seperti dengan teknik Focus Group Discussion (FGD).
- c. Tujuannya adalah menghindari adanya persepsi yang berbeda sehingga pada FGD dapat langsung menyelesaikan perbedaan pendapat
- d. Pengamatan Cara ini berguna untuk melihat kemampuan seseorang. Salah satu metode yang dapat digunakan adalah demonstrasi. Dari proses demonstrasi ini, kita dapat mengamati keterampilan tertentu dengan bantuan daftar tilik

- e. Tes sangat bermanfaat untuk mengukur pengetahuan dan sikap. Cara pengukuran ini memerlukan keterampilan membuat pertanyaan. Pertanyaan ini harus singkat, jelas, bahasa mudah dimengerti, tidak menggurui, tidak menyulitkan jawaban, dan hindari pertanyaan yang terkesan memancing.

#### 7. Media Pendidikan dan Pelatihan

Media atau alat peraga merupakan salah satu sarana penting dalam proses pendidikan. Peran media sangat strategis untuk memperjelas peran dan meningkatkan efektivitas proses pendidikan. Oleh sebab itu, seorang penyuluh harus dapat mengenal, memilih, menggunakan dan menilai berbagai alat peraga yang paling sesuai dengan tujuan, sasaran, dan situasi tempat pendidikan dilakukan (Supriasa, 2012).

Media dapat diartikan dalam arti luas dan dalam arti sempit. Dalam arti luas, media dapat berupa orang, material, atau kejadian yang dapat menciptakan kondisi tertentu, sehingga memungkinkan klien memperoleh pengetahuan, keterampilan atau sikap yang baru. Dalam arti sempit, yang termasuk media adalah grafik, foto, gambar, alat mekanik dan elektronik yang di pergunakan untuk menangkap, memproses, dan menyampaikan informasi visual atau verbal (Supriasa, 2012). Sedangkan menurut Notoatmodjo (2007) yang dimaksud dengan media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (AVA). Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut merupakan alat saluran (channel) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat.

### **D. Posyandu Lansia**

#### 1. Pengertian Posyandu Lansia

Posyandu adalah pusat kegiatan masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan dan keluarga berencana. Kegiatan posyandu adalah perwujudan dari peran serta masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan mereka. posyandu lansia adalah suatu forum komunikasi, alih teknologi dan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dan untuk masyarakat yang mempunyai nilai strategis untuk pengembangan sumber daya manusia khususnya lanjut usia (Depkes, 2000).

#### 2. Tujuan Posyandu Lansia

Adapun tujuan dari dibentuknya posyandu lansia menurut Azrul (1998), yaitu :

- a. memelihara kondisi kesehatan dengan aktifitas fisik sesuai kemampuan dan aktifitas mental yang mendukung
- b. memelihara kemandirian secara maksimal



- c. melaksanakan diagnosa dini secara tepat dan memadai
- d. melaksanakan pengobatan secara tepat
- e. membina lansia dalam bidang kesehatan fisik spiritual
- f. sebagai sarana untuk menyalurkan minat lansia
- g. meningkatkan rasa kebersamaan diantara lansia
- h. meningkatkan kemampuan lansia untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan - kegiatan lain yang menunjang sesuai dengan kebutuhan

### 3. Sasaran

Sasaran penyelenggara posyandu lansia adalah seluruh penduduk yang berusia 60 tahun keatas (Depkes, 2000)

### 4. Manfaat Posyandu Lansia

Menurut Depkes RI (2000), manfaat dari posyandu lansia adalah :

- a. Kesehatan fisik usia lanjut dapat dipertahankan tetap bugar
- b. Kesehatan rekreasi tetap terpelihara
- c. Dapat menyalurkan minat dan bakat untuk mengisi waktu luang

### 5. Upaya-upaya yang dilakukan dalam posyandu lansia antara lain:

#### a. Upaya meningkatkan / promosi kesehatan

Upaya meningkatkan kesehatan promotif pada dasarnya merupakan upaya mencegah primer (primary prevention). Menurut Suyono (1997), ada beberapa tindakan yang disampaikan dalam bentuk pesan “BAHAGIA” yaitu :

- 1) Berat badan berlebihan agar dihindari dan dikurangi
- 2) Aturlah makanan hingga seimbang
- 3) Hindari faktor resiko penyakit degenerative
- 4) Agar terus berguna dengan mempunyai hobi yang bermanfaat
- 5) Gerak badan teratur agar terus dilakukan
- 6) Iman dan takwa ditingkatkan, hindari dan tangkal situasi yang menegangkan
- 7) Awasi kesehatan dengan memeriksa badan secara periodik

#### b. Peningkatan ketakwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, meliputi kegiatan peningkatan keagamaan (kegiatan doa bersama). Peningkatan ketakwaan berupa pengajian rutin satu bulan sekali. Kegiatan ini memberikan kesempatan mewujudkan keinginan lanjut usia yang selalu berusaha terus memperkokoh iman dan takwa

#### c. Peningkatan kesehatan dan kebugaran lanjut usia meliputi:

- 1) Pemberian pelayanan kesehatan melalui klinik lanjut usia

Kegiatan pelayanan kesehatan dengan cara membentuk suatu pertemuan yang diadakan disuatu tempat tertentu atau cara tertentu misalnya pengajian rutin, arisan pertemuan rutin, mencoba memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat sederhana dan dini. Sederhana karena kita menciptakan sistem pelayanan yang diperkirakan bisa dilaksanakan

- 2) Penyuluhan Gizi
- 3) Penyuluhan tentang tanaman obat keluarga
- 4) Olahraga

Olah raga adalah suatu bentuk latihan fisik yang memberikan pengaruh baik terhadap tingkat kemampuan fisik seseorang, apabila dilakukan secara baik dan benar. Manfaat latihan fisik bagi kesehatan adalah sebagai upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif. Ada berbagai jenis kegiatan yang dapat dilakukan, salah satunya adalah olah raga. Jenis olah raga yang bisa dilakukan dalam kegiatan posyandu lansia adalah pekerjaan rumah, berjalan-jalan, jogging atau berlari-lari, berenang, bersepeda, bentuk-bentuk lain seperti tenis meja dan tenis lapangan

- 5) Rekreasi

d. Peningkatan Ketrampilan

Kesenian, hiburan rakyat dan rekreasi merupakan kegiatan yang sangat diminati oleh lanjut usia. Kegiatan yang selalu bisa mendatangkan rasa gembira tersebut tidak jarang menjadi obat yang sangat mujarab terutama bagi lansia yang kebetulan anak cucunya bertempat tinggal jauh darinya atau usia lanjut yang selalu berusaha terus memperkokoh iman dan takwa.

Peningkatan ketrampilan untuk lansia meliputi :

- 1) Demonstrasi ketrampilan lansia membuat kerajinan
- 2) Membuat kerajinan yang berpeluang untuk dipasarkan
- 3) Latihan kesenian bagi lansia

e. Upaya pencegahan/prevention

Masing-masing upaya pencegahan dapat ditunjukkan kepada :

- 1) Upaya pencegahan primer (primary prevention) ditujukan kepada lanjut usia yang sehat, mempunyai resiko akan tetapi belum menderita penyakit
- 2) Upaya pencegahan sekunder (secondary prevention) ditujukan kepada penderita tanpa gejala, yang mengidap faktor resiko. Upaya ini dilakukan sejak awal penyakit hingga awal timbulnya gejala atau keluhan

3) Upaya pencegahan tertier (tertiery prevention) ditujukan kepada penderita penyakit dan penderita cacat yang telah memperlihatkan gejala penyakit.

#### 6. Penyelenggaraan posyandu lansia

Penyelenggaraan posyandu lansia dilaksanakan oleh kader kesehatan yang terlatih, tokoh dari PKK, tokoh masyarakat dibantu oleh tenaga kesehatan dari puskesmas setempat baik seorang dokter bidan atau perawat Menurut Budiono (1997), penyelenggaraan posyandu lansia dilakukan dengan sistem 5 meja meliputi :

- a. Meja satu untuk pendaftaran
- b. Meja dua untuk penimbangan
- c. Meja tiga untuk pengisian kartu menuju sehat (KMS) lanjut usia
- d. Meja empat untuk penyuluhan, penyuluhan disini dapat dilaksanakan secara perorangan maupun secara kelompok
- e. Meja lima untuk pelayanan kesehatan yang meliputi pengukuran tekanan darah dan pemeriksaan fisik.

Berkunjung ke posyandu lansia merupakan cara untuk dapat memenuhi status kesehatan lansia. Upaya untuk berperilaku baik dengan menjaga kesehatannya sangat dipengaruhi oleh motivasi.

#### **E. WHOQOL-BREF**

Kualitas hidup merupakan tingkat kesejahteraan yang dirasakan oleh individu atau sekelompok orang. Kualitas hidup adalah konsep multidimensional yang kompleks. Kualitas hidup dapat tampak sebagai keadaan kesehatan, fungsi fisik, status kesehatan yang dirasakan, kesehatan subjektif, persepsi mengenai kesehatan, symptom, kepuasan kebutuhan, kognisi individu, ketidakmampuan fungsional, gangguan kejiwaan, kesejahteraan dan terkadang dapat bermakna lebih dari satu pada waktu yang bersamaan. Terdapat tiga pendekatan terhadap konsep kualitas hidup yaitu(1) menyamakan kualitas hidup dengan kesehatan, (2) menyamakan dengan kesejahteraan dan (3) menganggap kualitas hidup sebagai konstruk yang bersifat global (Resmiya, 2019).

Pendekatan yang selanjutnya adalah melihat kualitas hidup sebagai konstruk yang bersifat global (superordinate construct). Pendekatan kualitas hidup tersebut mencakup kesehatan dan kesejahteraan dalam definisi kualitas hidup yang lebih luas. Definisi kualitas hidup yang lebih luas juga diungkapkan oleh WHO (World Health Organization). WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai konsep yang subjektif dan menekankan pada persepsi individu mengenai kehidupannya saat ini dan persepsi individu tersebut dapat dipengaruhi oleh budaya dan system nilai dimana individu tinggal, dan berhubungan

dengan tujuan, harapan, standard serta kepentingan mereka (WHOQOL Group, 1998a). Oleh sebab itu, kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai penilaian pribadi individu mengenai aspek-aspek penting dalam kehidupannya saat ini. WHOQOL adalah sebuah kolaborasi internasional yang telah berlangsung selama beberapa tahun untuk mengembangkan penilaian kualitas hidup yang dapat diandalkan, valid, dan responsif yang berlaku di seluruh budaya (WHOQOL Group, 1995).

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus**

Jenis dan rancangan penelitian yang dilakukan dalam penelitian dengan judul Studi Kasus Mendalam Stase Geriatri Penatalaksanaan Gizi pada Pasien Ny. SM pasien DM HT Puskesmas Depok II merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subjek penelitian ini adalah pasien DM HT Puskesmas Depok II

1. Pasien yang terdiagnosis medis DM HT
2. Pasien rawat inap yang memerlukan asuhan gizi minimal selama 3 hari
3. Kesadaran baik
4. Dapat berkomunikasi dengan baik
5. Bersedia menjadi responden

#### **C. Fokus Studi**

1. Skrining gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit DM HT yang baru masuk ke rumah sakit disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik serta sesuai kesepakatan dengan rumah sakit.
2. Pengkajian gizi (*Assessment*) pasien rawat inap dengan penyakit DM HT meliputi data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan (*Dietary History*).
3. Analisis diagnosis gizi pasien rawat inap dengan DM HT ranah klinis dan behaviour menggunakan pendekatan problem, etiology, dan symptom (PES)
4. Analisis intervensi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit DM HT meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien.
5. Analisis monitoring dan evaluasi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit DM HT

## D. Definisi Oprasional Fokus Studi

### 1. Pasien rawat inap dengan penyakit DM HT

### 2. Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, jenis kelamin, usia, riwayat penyakit, diagnosis medis, dan lain-lain. Nama pasien biasanya disamarkan sedangkan jenis kelamin, usia, riwayat penyakit, dan diagnosis medis dinyatakan dengan jelas. Metode pengambilan data identitas pasien dilakukan dengan cara melihat rekam medis pasien.

### 3. Skrining Gizi

Skrining gizi merupakan tahap awal yang dilakukan untuk mengetahui risiko terjadinya malnutrisi atau tidak pada pasien yang baru masuk ke rumah sakit. Formulir skrining gizi awal yang digunakan pada penelitian ini yaitu *Mini Nutritional Assessment Short Form* (MNA-SF).

### 4. Pengkajian Gizi (*Assessment*)

Pengkajian gizi dilakukan untuk menggali informasi pasien agar dapat diidentifikasi masalah gizi pasien. Pengkajian gizi (*Assessment*) terdiri dari pengambilan data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan.

#### a. Antropometri

Data antropometri adalah data yang dapat diukur dengan alat ukur. Data antropometri terdiri dari berat badan dan tinggi badan. Keduanya dapat diukur dengan bermacam-macam alat sesuai dengan kondisi pasien. Apabila pasien dengan kesadaran baik, dapat berdiri dan berjalan pengukuran berat badan dapat menggunakan timbangan injak dan tinggi badan menggunakan microtoice sehingga didapatkan data antropometri yang aktual. Sedangkan, untuk pasien yang tidak dapat berdiri atau dalam keadaan *bedrest* pengukuran menggunakan estimasi yaitu untuk berat badan menggunakan estimasi LILA dan tinggi badan menggunakan Panjang

ULNA. Pengukuran LILA maupun panjang ULNA dapat menggunakan satu alat ukur yaitu metlin. Data antropometri dapat digunakan untuk mengetahui status gizi pasien melalui perhitungan IMT dan apabila tidak memungkinkan menggunakan IMT dapat menggunakan persentil LILA. Selain itu, data antropometri digunakan untuk menghitung kebutuhan gizi pasien.

b. Biokimia

Data biokimia didapat dari hasil laboratorium yang berasal dari hasil rekam medis pasien. Data biokimia yang digunakan adalah hasil laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi pasien dengan penyakit DM HT Adapun nilai normal laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 3. Data Biokimia pada Pasien DM HT

<b>Data Biokimia</b>	<b>Nilai Rujukan</b>
<b>Glukosa sewaktu</b>	<200

*Sumber:*

c. Fisik/klinis

Pemeriksaan fisik seperti mual/muntah dan oedema/ascites didapatkan dari observasi dan rekam medis pasien dari awal proses asuhan gizi. Sedangkan, pemeriksaan klinis seperti tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu didapatkan dari data rekam medis pasien. Adapun nilai normal dari data fisik/klinis dapat dilihat dalam tabel berikut.

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Nilai Normal</b>
Tekanan darah	<120/<80 mmHg
Nadi	60 – 100 x/menit
Respirasi	20 – 30 x/menit
Suhu	36 - 37°C

*Sumber:*

d. Riwayat Makan (*Dietary History*)

Data riwayat makan (*dietary history*) adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien meliputi data riwayat makan

pasien terdahulu (kebiasaan makan) menggunakan metode SQFFQ, data riwayat makan sehari sebelum masuk rumah sakit menggunakan metode *food recall* 24 jam. Setelah data riwayat makan pasien didapatkan, kemudian data tersebut dibandingkan dengan kebutuhan/standar rumah sakit yang ada dan disimpulkan berdasarkan WNPG (2014) baik asupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat:

1. Baik: 80-110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.
2. Kurang: <80% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.
3. Lebih: >110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.

## 5. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi adalah kegiatan mengidentifikasi dan memberi nama masalah gizi. Pembuatan diagnosis gizi berdasarkan pada hasil asesmen gizi yang dilakukan oleh nutritionis. Komponen asesmen gizi meliputi: antropometri, biokimia, fisik-klinis, riwayat gizi, riwayat personal. Disamping itu, dalam membuat diagnosis gizi, juga perlu melihat faktor penyebab timbulnya masalah (etiologi). Diagnosis gizi dibedakan menjadi tiga domain, meliputi domain intake (NI), domain klinis (NC), dan domain behavior (NB).

Domain intake yang umum terjadi pada pasien gagal ginjal kronis antara lain: (a) NI-1.2 Asupan makanan dan minuman peroral tidak adekuat; (b) NI-3.2 Asupan cairan berlebih; dan (c) NI.5.4 Penurunan kebutuhan zat gizi tertentu. Domain klinis yang biasa terjadi pada pasien gagal ginjal kronik antara lain: (a) NC-2.2 Perubahan nilai laboratorium terkait gizi; dan (b) NC-3.4 Peningkatan berat badan yang tidak diinginkan. Domain behavior yang biasa terjadi pada pasien gagal ginjal kronik antara lain: (a) NB-1.4 Ketidakmampuan memonitor diri sendiri, dan (b) NB-1.7 Pemilihan makanan yang tidak diinginkan.

## 6. Intervensi Gizi



Intervensi gizi dilakukan untuk mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapan terkait perilaku yang berhubungan dengan penyakit gagal ginjal kronik. Intervensi gizi meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien. Maka diperlukan alat bantu dalam menganalisis zat gizi yaitu Tabel Komposisi Pangan Indonesia (TKPI), *nutrisurvey*, dan kalkulator.

Selain itu, intervensi gizi meliputi kolaborasi serta konseling dan edukasi gizi. Kolaborasi merupakan kegiatan dalam mengomunikasikan rencana, proses, dan hasil monitoring evaluasi kegiatan asuhan gizi dengan tenaga kesehatan/institusi/dietisien lain yang dapat membantu dalam merawat atau mengelola masalah yang berkaitan dengan gizi. Konseling dan edukasi gizi yang meliputi tujuan pemberian, sasaran, strategi penyampaian materi, materi yang diberikan, dan metode pemberian gizi. Konseling dan edukasi gizi dilakukan untuk merubah perilaku gizi dan aspek kesehatan pasien. Dalam hal ini diperlukan alat bantu seperti daftar penukar bahan makanan dan *leaflet*.

## 7. Monitoring dan Evaluasi Gizi

Monitoring dan evaluasi meliputi: antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan asupan makan yang diperoleh dengan cara melihat rekam medis pasien, observasi, dan wawancara langsung. Metode yang digunakan dalam memonitoring asupan makan pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit yaitu menggunakan metode *visual Comstock* dan metode *food recall* 24 jam untuk mengetahui asupan makan dari luar rumah sakit dalam sehari.

<b>Fokus Studi</b>	<b>Metode Pengumpulan</b>	<b>Jenis Data</b>
Identitas Pasien	Rekam Medis	Data Sekunder
Skrining Gizi	Wawancara	Data Primer
Antropometri	Pengukuran Langsung	Data Primer
Biokimia	Rekam Medis	Data Sekunder
Fisik	Observasi, Rekam Medis	Data Primer, Data Sekunder

Klinis			Rekam Medis	Data Sekunder
Riwayat Makan untuk Pengkajian (Assesment)			Wawancara	Data Primer
Riwayat Makan untuk Monitoring Evaluasi			Observasi, Wawancara	Data Primer, Data Sekunder

## E. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1. Rencana Metode Pengumpulan Data

Fokus Studi	Metode Pengumpulan	Jenis Data
Identitas pasien	Rekam medis	Data sekunder
Skrining Gizi	Wawancara	Data primer
Antropometri	Pengukuran langsung	Data primer
Biokimia	Rekam medis	Data sekunder
Fisik	Observasi, rekam medis	Data primer, sekunder
Klinis	Rekam medis	Data sekunder
Riwayat makan untuk pengkajian ( <i>assessment</i> )	Wawancara	Data primer
Riwayat makan untuk monitoring evaluasi	Observasi, wawancara	Data primer, sekunder

## F. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas II Depok Sleman.

## G. Instrument Studi Kasus

Dalam penelitian ini alat dan bahan yang digunakan adalah:

1. Alat tulis
2. Formulir persetujuan responden
3. Formulir PAGT
4. Formulir skrining gizi
5. Formulir *recall* 24 jam
6. Formulir SQFFQ
7. Formulir *Comstock*
8. TKPI dan Daftar Penukar Bahan Makanan
9. *Leaflet* Diet Gagal Ginjal Kronik

10. Microtoise
11. Timbangan injak digital
12. Pita LILA/metlin
13. Laptop/komputer

## **H. Analisis Data dan Penyajian Data**

Analisis data pada penelitian ini dilakukan secara deskriptif. Penyajian data pada penelitian ini yaitu dalam bentuk narasi/tekstular dan tabel.

## **I. Etika Studi Kasus**

Peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada prinsip etik yang meliputi:

### **1. Pemberian Persetujuan (*Informed Consent*)**

Peneliti memberikan Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP) kepada calon subjek penelitian. PSP terdiri dari: Judul dan nama peneliti, tujuan penelitian, kriteria pemilihan subjek, manfaat penelitian, prosedur penelitian, partisipasi sukarela, jaminan kerahasiaan, dan kemudahan kontak peneliti. Jika responden bersedia menjadi responden, maka responden dan keluarga/wali responden harus menandatangani surat persetujuan. Jika tidak maka peneliti tidak akan memaksa dan akan menghormati haknya.

### **2. Menghormati Privasi (*Respect for Privacy*) dan Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Penelitian yang dilakukan harus menjunjung tinggi martabat subjek dan menghargai has asasi subjek. Peneliti menjamin kerahasiaan segala informasi responden termasuk identitas pasien dan data yang didapat hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

### **3. Manfaat/berbuat baik (*Beneficien*) dan Tidak merugikan (*Non-Maleficence*)**

Peneliti hendaknya memberikan manfaat yang maksimal untuk subjek penelitian

dan berusaha meminimalisir dampak yang merugikan bagi subjek penelitian. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, maupun stress pada subjek penelitian.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Skrining Masalah Gizi Lansia

##### 1. Tujuan Skrining

Kualitas hidup merepresentasikan respons seseorang terhadap faktor fisik (objektif) dan mental (subjektif) yang berkontribusi ke dalam kehidupannya, termasuk di dalamnya kualitas kekuatan fisik, hubungan dengan orang-orang di sekitarnya baik keluarga maupun temannya, suasana lingkungan, status finansial dan status emosional.

##### 2. Sasaran Skrining

Pelaksanaan kegiatan skrining lansia dilakukan pada lansia yang memiliki usia diatas 60 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Depok II yaitu pada kegiatan Prolanis DM dan Posyandu Lansia.

##### 3. Indikator Skrining

Indikator yang digunakan untuk skrining lansia yaitu kualitas hidup lansia dan kekuatan otot lansia yang terdapat di Puskesmas Depok II

##### 4. Jenis Alat Skrining

Jenis alat skrining untuk lansia yang digunakan yaitu *handgrip* untuk menilai kekuatan otot yaitu kekuatan genggam tangan dan form kuesioner WHOQOL-BREF untuk menentukan kualitas hidup lansia.

##### 5. Penetapan Standar Skrining

Upaya dalam proses pemantauan kualitas hidup dan kekuatan otot lansia di Puskesmas Depok II diperlukan skrining dengan sasaran berusia  $\geq 60$  tahun.

Standar skrining yang digunakan pada tiap indikator sebagai berikut:

##### a. WHOQOL-BREF

Tabel 1. Kategori WHOQOL-Bref

Kategori	Point
Kurang	0 - 25
Cukup	26 - 50
Baik	51 - 75
Sangat baik	76 - 100

b. Kekuatan Otot dengan *Handgrip*

Tabel2. Kategori Kekuatan Otot Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia

Usia	Laki-laki			Perempuan		
	Lemah	Normal	Kuat	Lemah	Normal	Kuat
60 - 64	< 30,2	30,2 - 48	>48	< 17,2	17,2 - 31	>31
65 - 69	< 28,2	28,2 - 44	>44	< 15,4	15,4 - 27, 2	>27,2
70 - 99	< 21,3	21,3 - 35,1	>35,1	< 14,7	14,7 - 24,5	>24,5

c. Status Gizi Menurut Percentile LLA

Tabel3. Kategori Status Gizi menurut %LLA

Kategori	%
Gizi buruk	< 70%
Gizi kurang	70,1 - 84,9%
Gizi baik	85 - 110%
Obesitas	120%

6. Permasalahan Penyakit Lansia di Puskesmas Depok II

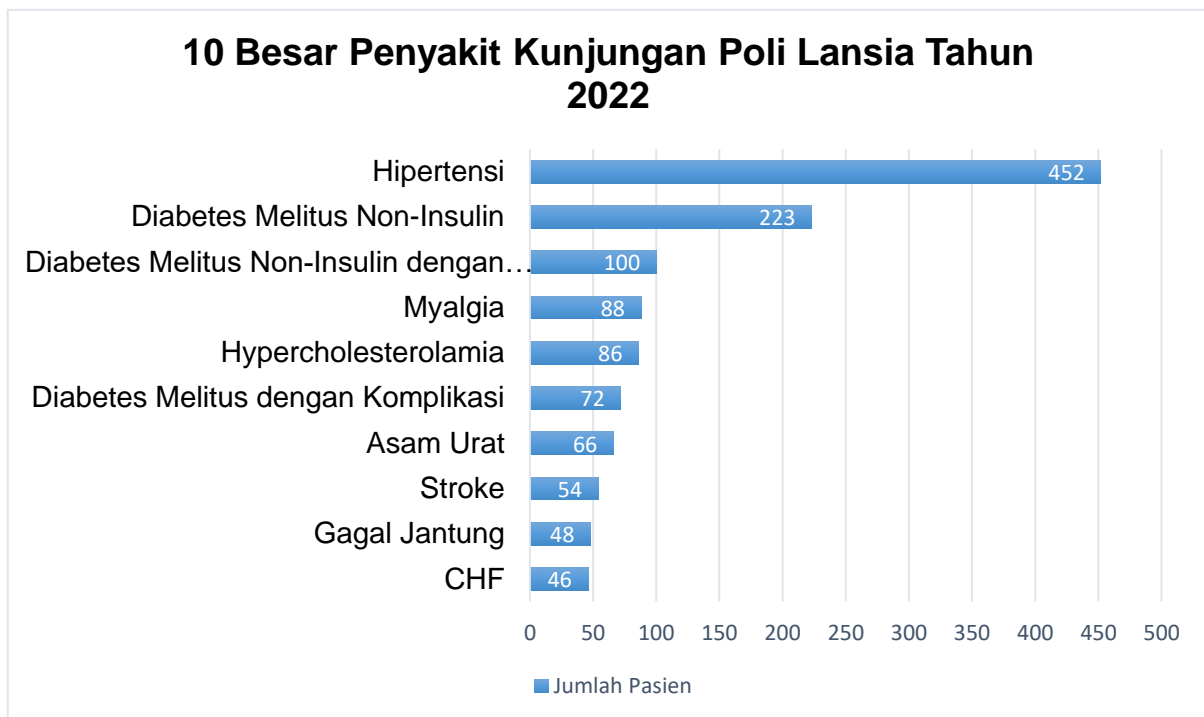
Berdasarkan data Puskesmas Depok II diketahui pola penyakit yang menyertai lansia di wilayah kerja Puskesmas Depok II pada tahun 2021 terbanyak dengan diagnose hipertensi sebanyak 341 orang, diabetes mellitus sebanyak 337 kasus. Selengkapnya dapat dilihat dalam table sebagai berikut :

No	Indikator	Jumlah (Orang)
1	Hipertensi	341
2	Diabetes Melitus	337
3	Asam urat	174
4	Dispepsia	56
5	kolesterol	57
6	CHF	84
7	Mialgia	47
8	Stroke	53
9	Gagal Jantung	112
10	Sindrom Sakit Kepala	15
11	Batuk	9
12	Katarak	20
13	PPOK	26

14	Glukoma	19
15	Gonarthrosis (Artrosis Lanjut)	16
16	Tuberculosis	1
17	CKD	6
18	Schizophrenia	6
19	Neoplasma Ganas Payudara	9
20	Gangguan Kecemasan Lainnya	4
21	Sindrom Sakit Kepala Lainnya	25
22	Infeksi lokal lainnya pada kulit dan jaringan	7
23	Dermatitis	33
24	Pemeriksaan Kesehatan Umum	4

Tabel 5. Data Indikator Penyakit yang Menyertai Lansia 2021

Gambar 1. Sepuluh Besar Kunjungan Penyakit Poli Lansia Puskesmas Depok II



Sumber : Data Keperawatan Puskesmas Depok II Tahun 2022

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa jumlah kasus hipertensi primer dan diabetes mellitus merupakan kasus terbanyak yang ditemukan di wilayah kerja Puskesmas Depok II. Dapat dilihat jumlah yang mengalami hipertensi sebanyak 452 orang sedangkan jumlah yang mengalami diabetes melitus 223 orang.

#### 7. Hasil skrining kekuatan massa otot dengan menggunakan *handgrip*

Penurunan fungsi yang nyata pada lansia adalah penurunan massa otot atau atropi. Penurunan massa otot ini merupakan factor penting yang mengakibatkan penurunan kekuatan otot dan daya tahan otot. Proses terjadinya penurunan massa

dan kekuatan otot melibatkan interaksi system saraf tepi dan sentral, hormonal, status gizi, imunologis dan aktivitas fisik yang kurang.

Penurunan massa otot yang terjadi pada lansia dapat mengakibatkan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Penurunan kekuatan otot dan daya tahan otot pada anggota gerak berhubungan dengan kemampuan fungsional khususnya kemampuan mobilitas. Penurunan kemampuan fungsional lansia dapat mengakibatkan kesulitan dalam menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari. Distribusi responden pada kegiatan skrining lansia berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada Tabel 6.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

JenisKelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-Laki	9	30
Perempuan	21	70
Jumlah	30	100

Berdasarkan table 6 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam kegiatan skrining ini adalah lansia perempuan sebanyak 70%. Sedangkan responden lansia laki-laki yang hadir sebanyak 30%. Kemudian untuk distribusi responden pada kegiatan skrining lansia berdasarkan usia dapat dilihat pada Tabel 7.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi	Persentase (%)
60-64	9	30
65-69	6	20
70-99	15	50
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 7 dapat diketahui bahwa terdapat 3 kelompok usia lansia yang mengikuti skrining yaitu 60-64 tahun, 65-69 tahun dan 70-99 tahun. Dapat diketahui bahwa lansia yang hadir dalam kegiatan skrining didominasi oleh lansia dengan usia 70-99 tahun yaitu sebanyak 50%. Kemudian responden lansia yang berusia 60-64 tahun berjumlah 30% dan usia 65-69 tahun sebanyak 20%.



Tabel 6. Distribusi Responden Berdasarkan Kekuatan Otot Tangan Menurut Usia

Kekuatan Otot	Usia						Jumlah
	60-64		65-69		70-99		
	n	%	n	%	n	%	
Lemah	7	23%	4	13%	14	47%	83%
Normal	2	7%	2	7%	1	3%	17%
Kuat		0		0		0	0
Jumlah							100%

Berdasarkan table 8 diatas dapat diketahui bahwa lansia yang memiliki kekuatan otot lemah paling banyak pada usia 70-99 tahun sebesar 47% dan lansia yang memiliki kekuatan otot normal paling banyak pada lansia berusia 60-64 dan 65-96 tahun dengan jumlah yang sama yaitu 7%. Dapat disimpulkan bahwa semakin bertambahnya usia maka kekuatan otot semakin melemah. Hal tersebut berkaitan dengan penurunan tingkat kekuatan otot tangan seiring dengan bertambahnya usia dapat disebabkan karena perubahan fisiologis musculoskeletal yang salah satunya penurunan jumlah dan serabut otot yang dapat berdampak akan penurunan kekuatan otot. Perubahan otot pada manusia dimulai pada decade keempat kehidupan dan menyebabkan kelemahan dan cacat (Nair, 2005).

Tabel 7. Distribusi Responden Berdasarkan Kekuatan Otot Tangan Menurut Status Gizi

Kekuatan Otot	Status Gizi										Jumlah
	Buruk		Kurang		Baik		Overweight		Obesitas		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Lemah	1	3%	3	10%	19	63%	1	3%	1	3%	83%
Normal	0	0	1	3,3%	1	3,3%	3	10%	0	0	17%
Kuat	0	0		0		0		0	0	0	0
Jumlah											100%

Berdasarkan tabel9 diatas dapat diketahui bahwa responden yang memiliki kekuatan otot tangan lemah dengan status gizi buruk sebanyak 3%, status gizi kurang sebanyak 10%, status gizi baik 63%, status gizi overweight 3% dan status gizi obesitas 3%. Sedangkan responden yang memiliki kekuatan otot Normal dengan status gizi kurang sebanyak 3,3%, status gizi baik 3,3% dan status gizi overweight 10%. Maka diketahui bahwasanya responden yang memiliki status gizi yang buruk memiliki risiko kekuatan genggam yang kurang.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Halim dan Sukmaniah (2020) tidak terdapat korelasi yang signifikan antara *Body Mass Index* (BMI) dengan kekuatan genggam tangan. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Lee, dkk (2012) menyebutkan bahwa kekuatan genggam tangan pada lansia laki-laki dipengaruhi oleh BMI. Proses penuaan juga diikuti oleh

perubahan komposisi tubuhnya itu terjadinya peningkatan massa lemak dan deposit lemak sentral serta penurunan massa bebas lemak sehingga menyebabkan penurunan massa otot skelet dan obesitas. Akan tetapi penurunan massa otot terkait penuaan yang menyebabkan terjadinya perubahan otot pada lansia juga disebabkan oleh banyak factor antara lain aktivitas fisik, gangguan *turn over* protein pada lansia, berkurangnya serabut otot cepattipe 2 dan meningkatnya sitokin *proinflamasi* akibat penyakit kronik yang diderita oleh lansia (Goodpaster *et al*, 2006).

Tabel8. Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Menurut Usia

Domain WHOQOL-Bref		Usia						Jumlah
		60-64		65-69		70-99		
		n	%	n	%	n	%	
Kesehatan Fisik	Baik	5	17%	8	28%	17	55%	100%
	Sangat Baik	15	50%	2	8%	13	42%	
Psikologi	Baik	10	32%	5	18%	15	50%	100%
	Sangat Baik	0	0	15	50%	15	50%	
Kehidupan Sosial	Baik	9	31%	6	21%	14	48%	100%
	Sangat Baik	0	0	0	0	30	100%	
Lingkungan	Cukup	30	100%	0	0	0	0	100%
	Baik	7	25%	8	25%	15	50%	
	Sangat Baik	9	31%	5	15%	16	54%	

Berdasarkan table 10 diatas dapat diketahui bahwa lansia yang memiliki kesehatan fisik baik paling banyak berada pada usia 70 - 99 tahun dan kesehatan fisik sangat baik paling banyak berada pada usia 60 - 64 tahun. Dapat disimpulkan bahwa semakin bertambahnya usia maka kesehatan fisik lansia semakin menurun. Pada umumnya, lansia yang memiliki usia yang lebih lanjutakan semakin berkurang taraf kesehatannya, karena semakin tua usia para lansia akan semakin berkurang daya tahan tubuh dan kekuatan fisik tubuh dari lansia tersebut dengan demikian akan mempengaruhi kesehatan, keaktifan dan kemandirian para lansia. Kondisi kesehatan fisik secara keseluruhan mengalami kemunduran sejak seseorang memasuki fase lansia dalam kehidupannya. Hal ini antara lain ditandai dengan munculnya berbagai gejala penyakit yang belum pernah diderita pada usia muda. Kondisi fisik yang semakin renta membuat lanjut usia merasa kehidupannya sudah tidak berarti lagi dan putus asa dengan kehidupan yang dijalani sekarang ini. Ini menjadi salah satu tanda rendahnya kualitas hidup lanjut usia karena mereka tidak bias menikmati masa tuanya (Suprianidkk, 2021)

Lansia yang memiliki psikologi baik paling banyak berada pada usia 70 - 99 tahun dan psikologi sangat baik paling banyak berada pada usia 65 - 69 dan 70 - 99 tahun. Dapat

disimpulkan bahwa semakin bertambahnya usia maka psikologi lansia semakin menurun. Perubahan psikologis pada lansia dipengaruhi oleh keadaan fisik lansia yang mengalami penurunan, kondisi kesehatan pada lansia, tingkat pendidikan pada lansia, keturunan (hereditas), serta kondisi lingkungan dimana lansia berada. Perubahan psikologis pada lansia adalah kenangan (memory) serta IQ (Intelligentia Quantion) yakni kemampuan verbal lansia, penampilan lansia, persepsi lansia serta ketrampilan psikomotor lansia menjadi berkurang (Aspiani,2014)

Lansia yang memiliki kehidupan social baik maupun sangat baik paling banyak berada pada usia 70 - 99 tahun. Bertambahnya usia membuat lansia mengalami kemunduran dalam berinteraksi, lansia secara perlahan-lahan mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya sehingga mengakibatkan kualitas hidupnya menurun. Berkurangnya interaksi sosial pada lansia dapat menyebabkan perasaan terisolir, sehingga lansia memilih menyendiri dan merasa terisolasi dan akhirnya depresi, maka hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia (Maryam, dkk, 2008). Interaksi social dapat berdampak positif terhadap kualitas hidup karena dengan adanya interaksi social maka lansia tidak merasa kesepian, oleh sebab itu interaksi social harus tetap dipertahankan dan dikembangkan pada kelompok lansia. Lanjut usia yang dapat terus menjalin interaksi social dengan baik adalah lansia yang dapat mempertahankan status sosialnya berdasarkan kemampuan bersosialisasi (Noorkasiani, 2009).

Lansia yang dengan lingkungan yang cukup paling banyak berada pada usia 60 - 94 tahun, lansia dengan lingkungan baik paling banyak berada pada usia 70 - 9 tahun dan lansia dengan lingkungan yang sangat baik paling banyak berada pada usia 70 - 99 tahun. Dapat disimpulkan bahwa semakin bertambahnya usia maka semakin baik juga kondisi lingkungan lansia. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia adalah lingkungannya terutama lingkungan tempat tinggal. Lingkungan tempat tinggal yang berbeda mengakibatkan perubahan peran lansia menyesuaikan diri. Bagi lansia, perubahan peran dalam keluarga, social ekonomi dan social masyarakat tersebut mengakibatkan kemunduran dalam beradaptasi dengan lingkungan baru dan berinteraksi dengan lingkungan sosialnya. Berbeda dengan lansia di komunitas, lansia yang tinggal di panti akan mengalami paparan terhadap lingkungan dan teman baru yang mengharuskan lansia beradaptasi secara positif atau negatif (Nuryanti, 2012). Lansia yang berada dalam suatu lingkungan atau komunitas dipengaruhi tingkat pendidikan dan perekonomian yang memegang peranan penting dalam pemenuhan kebutuhan akan lingkungan yang layak dan memadai, diantaranya tersedianya tempat tinggal yang bersih dan sehat, ketersediaan informasi, transportasi dan keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan.

Tabel9. Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Menurut Status Gizi

Domain WHOQOL-Bref		Status Gizi										Jumlah
		Buruk		Kurang		Baik		Overweight		Obesitas		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kesehatan Fisik	Baik	2	5%	2	5%	20	67%	5	17%	2	6%	100%
	Sangat Baik	0	0%	10	34%	17	58%	0	0%	2	8%	
Psikologi	Baik	1	3%	5	18%	18	61%	3	11%	2	7%	100%
	Sangat Baik	0	0%	0	0%	30	100%	0	0%	0	0%	
Kehidupan Sosial	Baik	1	3%	5	17%	20	66%	2	7%	2	7%	100%
	Sangat Baik	0	0%	0	0%	0	0%	30	100%	0	0%	
Lingkungan	Cukup	0	0%	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%	100%
	Baik	2	6%	6	19%	19	62%	0	0%	4	13%	
	Sangat Baik	1	3%	5	17%	20	63%	2	10%	2	7%	

Berdasarkan table 11 diatas responden lansia dengan kesehatan fisik baik paling banyak memiliki status gizi baik dan lansia dengan kesehatan fisik sangat baik paling banyak memiliki status gizi baik pula. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwasanya semakin baik status gizi lansia maka akan semakin baik pula kesehatan fisiknya.

Responden lansia dengan psikologi baik paling banyak memiliki status gizi baik dan lansia dengan psikologi sangat baik semuanya memiliki status gizi baik pula. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwasanya semakin baik status gizi lansia maka akan semakin baik pula psikologinya.

Responden lansia dengan kehidupan social baik paling banyak memiliki status gizi baik, lansia dengan kehidupan sosial sangat baik semuanya memiliki status gizi overweight dan lansia dengan kehidupan social cukup semuanya memiliki status gizi kurang. Maka dapat disimpulkan bahwasanya semakin baik status gizi lansia maka akan semakin baik pula kehidupannya sosialnya.

Kemudian responden lansia dengan lingkungan yang baik paling banyak memiliki status gizi baik dan lansia dengan lingkungan yang sangat baik paling banyak memiliki status gizi baik pula. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwasanya semakin baik status gizi lansia maka akan semakin baik lingkungannya.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Clara *et al* (2017) menunjukkan bahwa adanya hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup pada lansia dengan domain kesehatan fisik, psikologi, lingkungan dan kehidupan sosial. Status gizi memainkan peran penting dalam status kesehatan lansia. Dengan meningkatkan kesehatan fisik, kehidupan sosial yang aktif, psikologi

yang baik dan lingkungan hidup yang terpelihara maka dapat memperlambat perkembangan penyakit. Status gizi yang buruk pada lansia dapat mempercepat keadaan dari rentan menjadi lemah dan akhirnya ketergantungan. Status gizi yang buruk dan kecacatan juga dapat menjadi indikasi atau menunjukkan kualitas hidup yang rendah di antara lanjut usia (Kurniawati, 2018).

Kemudian pada penelitian Clara *et al* (2017) terdapat hubungan positif status gizi dengan kualitas hidup domain kesehatan fisik dan lingkungan. Status gizi kurang atau lebih dapat mengakibatkan keterbatasan dalam aktivitas lansia sehingga mempengaruhi kualitas hidup lansia domain kesehatan fisik. Penyebab tidak langsung masalah gizi adalah factor lingkungan, pendapatan dan ketersediaan informasi sehingga status gizi pada lansia berhubungan dengan kualitas hidup domain lingkungan.

Tabel10. Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Menurut Kekuatan Otot Tangan

Domain WHOQOL-Bref		Kekuatan Otot Tangan						Jumlah
		Lemah		Normal		Kuat		
Kesehatan Fisik	Baik	15	50%	2	7%	0	0%	100%
	Sangat Baik	11	36%	2	7%	0	0%	
Psikologi	Baik	23	76%	5	17%	0	0%	100%
	Sangat Baik	2	7%	0	0%	0	0%	
Kehidupan Sosial	Baik	25	83%	4	13%	0	0%	100%
	Sangat Baik	0	0%	1	4%	0	0%	
Lingkungan	Cukup	0	0%	1	4%	0	0%	100%
	Baik	15	49%	1	4%	0	0%	
	Sangat Baik	10	33%	3	10%	0	0%	

Berdasarkan table 12 diatas dapat diketahui bahwa lansia yang memiliki kualitas hidup yang baik paling banyak memiliki kekuatan otot yang lemah. Penurunan massa otot yang terjadi pada lansia dapat mengakibatkan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Penurunan kekuatan otot dan daya tahan otot pada anggota gerak bawah berhubungan dengan kemampuan fungsional khususnya kemampuan mobilitas seperti penurunan kecepatan jalan ,penurunan keseimbangan dan peningkatan risiko jatuh. Penurunan kemampuan fungsional lansia dapat mengakibatkan kesulitan dalam menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari. Kehilangan kekuatan otot atau penurunan kekuatan otot pada subjek usia lanjut, dapat berakibat terhadap penurunan kualitas hidup dan berasosiasi dengan sabilitas fungsional subjek yang buruk

Pada penelitian yang dilakukan oleh Haider, *et al* (2016) menjelaskan bahwa kekuatan otot merupakan factor penting dalam kualitas hidup. Oleh karena itu, kualitas otot dan faktor-

faktor seperti komposisi otot, aktivitas saraf, metabolisme, dan fibrosis mungkin relevan. Selanjutnya penelitian yang dilakukan oleh Darwis, dkk (2022) menunjukkan bahwa kehilangan kekuatan otot atau penurunan kekuatan otot pada subjek usia lanjut dapat berakibat terhadap penurunan kualitas hidup dan berasosiasi dengan abilitas fungsional subjek yang buruk. Subjek usia lanjut dengan kekuatan otot yang baik umumnya memiliki vitalitas yang lebih baik dan tidak sering merasa nyeri pada tubuhnya.

## B. NCP Untuk Homecare

### a) Identitas Pasien

#### 1. Data Personal (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Ny SM
CH.1.1.1	Umur	86 th
CH.1.1.2	Jenis Kelamin	Perempuan
CH.1.1.5	Suku/etnik	Jawa
CH.1.1.9	Peran dalam keluarga	Ibu
CH.1.1.12	Mobilitas	Aktif , tidak terikat di tempat tidur. Berjalan dengan bantuan kruk
	Diagnosis medis	DM HT

#### 2. Riwayat Penyakit (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1	Keluhan utama	Tidak ada
	Riwayat penyakit sekarang dan dahulu	Riwayat HT 10 tahun dengan obat amlodiphine 1x1 pagi Riwayat DM 10 tahun dengan obat metformin 1x2 tab pagi dan malam Riwayat operasi ortopedi bagian panggul tahun 2017

Tanggal pengambilan kasus : 31 Agustus 2022

#### 3. Riwayat Klien yang Lain

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1.5	Gastrointestinal	Tidak ada
CH.2.1.8	Imun	Alergi ikan laut
CH.3.1.1	Riwayat social	Sosial ekonomi menengah
CH.3.1.7	Agama	Islam

## C. Hasil Skrining Gizi

Metode Skrining yang dipakai: *Mini Nutritional Assesment Short Form (MNA-SF)*

Nama: Ny SM	Sex: Perempuan	Tanggal:	
Umur: 86	Berat badan: 52 kg	Tinggi badan: 161 cm	No. ID:
<b>SKRINING</b>			
A. Apakah asupan makanan menurun selama 3 bulan terakhir karena hilangnya nafsu makan, masalah pencernaan, mengunyah atau kesulitan menelan? 0 = kehilangan nafsu makan tingkat berat 1 = kehilangan nafsu makan tingkat sedang 2 = tidak kehilangan nafsu makan/nafsu makan baik			
			2
B. Apakah dalam 1 bulan terakhir mengalami penurunan berat badan? 0 = penurunan berat badan lebih dari 3 kg 1 = tidak diketahui 2 = penurunan berat badan antara 1 dan 3 kg 3 = tidak ada penurunan berat badan/BB tetap			
			3
C. Aktivitas 0 = bedrest 1 = bisa bangun dari tempat tidur/kursi tetapi tidak beraktivitas di luar tempat tidur 2 = aktivitas normal			
			1
D. Apakah menderita stres psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir 0 = ya 2 = tidak			
			2
E. Masalah neuropsikologi 0 = demensia berat atau depresi 1 = demensia ringan 2 = tidak ada masalah psikologis			
			1
F1. Indeks Massa Tubuh (IMT) (berat badan dalam kg) / (tinggi badan dalam meter) <sup>2</sup> 0 = IMT < 19 1 = IMT 19 sampai < 21 2 = IMT 21 sampai < 23 3 = IMT ≥ 23			
			1
<b>BILA DATA IMT TIDAK ADA, GANTI PERTANYAAN F1 DENGAN PERTANYAAN F2. ABAIKAN PERTANYAAN F2 BILA PERTANYAAN F1 SUDAH DAPAT DIISI</b>			
F2. Lingkar betis (cm) 0=lingkar betis kurang dari 31 (lingkar betis < 31) 3=lingkar betis sama dengan atau lebih besar daripada 31 (lingkar betis ≥31)			
Skor skrining (subtotal maksimal 14 points) 12-14 poin = Normal – tidak beresiko Tidak perlu dilakukan assessment lanjut 8-11 poin = Kemungkinan malnutrisi – memerlukan assessment lanjut 0-7 poin = Status gizi kurang			
			0
			8

Skor skrining dengan menggunakan MNA SF diperoleh skor 8, pasien beresiko kemungkinan malnutrisi

## D. Riwayat Makan (FH)

### 1. SFFQ

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat Diet (pola makan)	<p><b>Pola makan tidak teratur, makan utama 2-3x/hari, selingan 3-4x/hari</b></p> <p><b>Makanan pokok:</b> Nasi 3x/hari @ 1 centong</p> <p><b>Lauk hewani:</b> Lauk hewani jarang, yang sering dikonsumsi ayam/telur 1x/hari @ 1 ptg sedang</p> <p><b>Lauk nabati:</b> Tahu 3x/hari @ 1 ptg sedang</p> <p><b>Sayur dan buah:</b> Sayur suka olahan santan 2x/hari, tumis sayur 1x/hari. sayur yang sering dikonsumsi lodeh nangka 2-4x/mgg, bobor bayam 3x/mgg, bening bayam 1x/mgg,</p> <p><b>Buah:</b> setiap hari, yang sering dikonsumsi slice pepaya 1x/hari, pisang mas 3x/hari untuk minum obat</p> <p><b>Minuman:</b> Air putih 2-3 gelas/hari, teh manis 1x/hari dengan gula pasir 1 sdt. Susu diabetasol 200cc 1x/hari</p> <p><b>Camilan:</b> Selingan 3-4x/hari yang sering dikonsumsi ubi rebus 2x/mgg @ 1ptg sedang, pisang kepok rebus 3x/mgg @ 1 buah, tiwul 2x/mgg @ 1 bungkus kecil, roti semir 1x/mgg @ 1potong kecil, keripik singkong 1x/hari @ 1 bungkus kecil, keripik tempe 1x/hari @ i bungkus kecil, singkong rebus 2x/mgg @ 1 potong sedang, arem-arem 4x/mgg @ 1 buah sedang</p>
FH.2.1.1	Pemesanan Diet	Diet DM 1500
FH-2.1.3	Lingkungan Makanan	Px tinggal bersama anak dan cucunya
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Sudah pernah mendapatkan konsultasi gizi

Klasifikasi tingkat kecukupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat sebagai berikut (WNPG, 2004):



- Kurang : <80% AKG
- Baik : 80 – 110 % AKG
- Lebih : >110% AKG

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan oral	1215	40	35,7	206,1
Kebutuhan	1500	52	42	229
% asupan	81%	77%	85%	90%
Kategori	Baik	Kurang	Baik	Baik

1. Recall 24 jam (FH.7.2.8)

Tanggal : 31 Agustus 2022

Makanan dari RS : -

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan oral	1275	32,2	34,8	203,8
Kebutuhan	1500	52	42	229
% asupan	85%	62%	83%	89%
Kategori	Baik	Kurang	Baik	Baik

**E. Standar Pemanding (CS)**

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi Kebutuhan Energi	Perhitungan Energi PERKENI 25 kkal/kg BB $25 \text{ kkal} \times 52 \text{ kg} = 1300 - 15\% = 1105 \text{ kkal}$ $1105 \times F_a \times F_s = 1105 \times 1.1 \times 1.2 = 1458,6 (1500)$
CS.2.1.1	Estimasi Kebutuhan Protein	Protein = 1 g / kg BB = 1 g x 52 = 52 gram
CS.2.2.1	Estimasi Kebutuhan Lemak	Lemak = 25% x Energi = 25% x 1500 kkal = 42 gram
CS.2.3.1	Estimasi Kebutuhan Karbohidrat	Karbohidrat = Energi – protein – lemak = 1500 – 208 – 378 = 914 kkal / 4 = 229 gram ( 61% TEE)
	Kebutuhan zat gizi lain Natirum	< 2300 mg/hari
CS.5.1.1	Rekomendasi BB/ IMT/ pertumbuhan	PU 25 cm, diestimasi menjadi TB 161 cm untuk perempuan usia >65 th menggunakan tabel Manutrition Advisory Group IMT = $52 / (1,61 \times 1,61) = 20 \text{ kg/m}^2$ (normal)

#### F. Antropometri (AD.1.1)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD.1.1.1	Tinggi Badan	PU 25 cm, diestimasi menjadi TB 161 cm untuk perempuan usia >65 th menggunakan tabel Manutrition Advisory Group IMT = $52 / (1,61 \times 1,61) = 20$ (normal)
AD 1.1.2	Berat Badan	52 kg
	LILA	LILA 28 cm, status gizi % LILA 93% (gizi baik)
AD 1.1.4	Perubahan Berat Badan	Tidak ada

**Kesimpulan status gizi:** status gizi berdasarkan % LILA adalah baik

#### G. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)

Kode IDNT	Data Fisik / Klinis	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	Composmentis
PD.1.1.2	Penampilan fisik	Tampak kehilangan lemak subkutan di bisep. Struktur gigi sudah tidak lengkap
PD.1.1.6	Kepala dan mata	-
PD.1.1.9	Vital sign Suhu (36-37°C) Tekanan darah (120/80 mmHg)	36,5°C (Normal) 140/80 mmHg (normal)
PD 1.1.5	Gastrointestinal	Penurunan nafsu makan

#### H. Biokimia (BD)

Tanggal : 31 Agustus 2022

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Ket.
BD-1.5.2	Glukosa sewaktu	160 mg/dl	<200	Normal

#### I. Terapi Medis dan Fungsi

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan makanan
FH 3.1	Metformin	Metformin HCl menurunkan "hepatic glucose output" dan menurunkan kadar glukosa puasa.	Tidak ada interaksi antara obat dengan zat gizi, namun sebaiknya obat tersebut dikonsumsi pagi dan sore sebelum makan

	Amlodhipin	Mengobati tekanan darah tinggi	Tidak ada interaksi makanan
--	------------	--------------------------------	-----------------------------

## J. Diagnosis Gizi

### a. Domain Intake

NI-52.1 intake protein tidak adekuat berkaitan dengan jarang konsumsi lauk hewani karena merasa mual ditandai oleh food recall 24h memenuhi 62% kebutuhan protein

DIAGNOSIS GIZI		INTERVENSI
P	NC-52.1 intake protein tidak adekuat	Tujuan: Memenuhi kebutuhan protein sesuai kemampuan pasien
E	jarang konsumsi lauk hewani karena merasa mual	ND1.2.1 modifikasi energi: 1500 kkal (25 kkal/KG BB) ND 1.2.3 modifikasi protein: 1 gr/kg BB 52 gr ND 1.2.4 modifikasi karbohidrat 61% TEE (229 gr) ND 1.2.5 modifikasi lemak 25% TEE: 42 gr ND 1.3 jadwal pemberian 3x makan utama, 3x selingan RC 1.4 kolaborasi dengan keluarga mengenai asupan dan perilaku makan pasien E-1.5 edukasi gizi kepada keluarga pasien mengenai rekomendasi kebutuhan gizi pasien saat ini
S	food recall 24h memenuhi 62% kebutuhan protein	

### b. Domain Klinis

NC.2.1 Gangguan utilisasi karbohidrat berkaitan dengan gangguan fungsi endokrin DM ditandai oleh GDS 160, riwayat DM dengan obat metformin 2x2 tab

DIAGNOSIS GIZI		INTERVENSI
P	NC-2.1 Gangguan utilisasi karbohidrat berkaitan dengan gangguan fungsi endokrin DM	Tujuan: Membantu mengontrol kadar gula darah pasien
E	gangguan fungsi endokrin DM	ND1.2.1 modifikasi energi: 1500 kkal (25 kkal/KG BB) ND 1.2.3 modifikasi protein: 1 gr/kg BB 52 gr ND 1.2.4 modifikasi karbohidrat 61% TEE (229 gr) ND 1.2.5 modifikasi lemak 25% TEE: 42 gr ND 1.3 jadwal pemberian 3x makan utama, 3x selingan RC 1.4 kolaborasi dengan keluarga mengenai asupan dan perilaku makan pasien

		E-1.5 edukasi gizi kepada keluarga pasien mengenai rekomendasi kebutuhan gizi pasien saat ini
S	GDS 160, riwayat DM dengan obat metformin 2x2 tab	

**c. Domain Behavior**

NB 1.2 Kebiasaan makan yang salah berkaitan dengan pola makan tidak sesuai dengan rekomendasi diet ditandai oleh pola makan tidak teratur makan utama 2x/hari, mengkonsumsi makanan/minuman yang dipantang, intake protein kurang dari kebutuhan

DIAGNOSIS GIZI		INTERVENSI
P	NB 1.2 Kebiasaan makan yang salah	Tujuan: Membantu mengubah perilaku makan sesuai dengan prinsip diet DM
E	Pola makan tidak sesuai dengan rekomendasi diet	C.1 Konsultasi Gizi C.2 Pengaturan pola makan sesuai kebutuhan dan prinsip diet DM
S	pola makan tidak teratur makan utama 2x/hari, mengkonsumsi makanan/minuman yang dipantang, intake protein kurang dari kebutuhan	

**K. Intervensi Gizi**

1. Tujuan

- a. Membantu mengubah perilaku makan pasien
- b. Memenuhi kebutuhan protein sesuai dengan kemampuan pasien
- c. Membantu mengontrol gula darah pasien

2. Preskripsi Diet

Pemberian Makanan dan Selingan (ND.1)

- a. ND.1.1 : Jenis DIIT : DM 1500
- b. ND.1.2.1 : Bentuk Makanan : Nasi
- c. ND.1.5 : Route : oral
- d. ND.1.3 : Jadwal/Frekuensi Pemberian : 3x makan utama, selingan 3x
- e. ND 1.2.2 : Energi 1500 kkal
- f. ND 1.2.3 : Protein 52 gram (1 gr/kg BB)
- g. ND 1.2.5 : Lemak 42 gram (25% dari kebutuhan energi total).
- h. ND 1.2.4 : Karbohidrat 229 gram (61% TEE)

i. ND 1.2.7 : Natrium <2300 mg

3. Rekomendasi Diet

<b>Waktu Makan</b>	<b>Rekomendasi</b>
Makan Pagi (07.00)	Nasi 100 gr Lauk hewani 50 gr Sayur kuah 100 gr Sup tumis 100 gr Minyak 3 gr Buah 150 gr
Snack pagi (09.00)	Snack 75 gr
Makan siang (12.00)	Nasi 100 gr Lauk hewani 50 gr Lauk nabati 50 gr Sayur kuah 75 gr Minyak 10 gr Buah 150 gr
Snack siang (14.00)	Snack 75 gr
Makan sore (17.00)	Nasi 100 gr Lauk hewani 50 gr Sayur kuah 75 gr Minyak 10 gr Buah 150 gr
Snack malam (19.00)	Snack 75 gr
	Kandungan gizi Energi 1538 kkal Protein 49 gr Lemak 41gr Karbohidrat 236 gr

4. Domain Konseling (C)

a. Tujuan:

Konseling dilakukan pada hari ke dua, fokus intervensi pada pengaturan diet untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien dan perubahan perilaku makan

b. Preskripsi:

- 1) Sasaran : keluarga pasien
- 2) Tempat : rumah pasien
- 3) Waktu : 09.00 – 09.40
- 4) Permasalahan Gizi : pengaturan diet memenuhi kebutuhan gizi pasien
- 5) Metode : tanya jawab
- 6) Media : leaflet, bahan makanan penukar

- 7) Materi : tatalaksana diet DM, makanan yang diperbolehkan dan tidak, pemilihan jenis makanan sumber natrium tinggi dan karbohidrat sederhana dibatasi

5. Domain Edukasi Gizi (E.1)

E.1.1. Tujuan Edukasi

Merekomendasikan kebutuhan gizi pasien saat ini, memberikan pengetahuan terkait prinsip diet DM

E. 1.2. Prioritas Modifikasi

Mendukung strategi intervensi utamanya, pemenuhan asupan protein dan anjuran tatalaksana diet DM

**L. Kolaborasi (RC)**

No	Tenaga Kesehatan	Koordinasi
1	Pasien dan keluarga pasien	Meminta persetujuan keluarga pasien untuk melakukan intervensi terhadap pola makan dan asupan pasien selama dirawat di rumah sakit, evaluasi kondisi pasien setiap hari, evaluasi asupan makan dan daya terima, memberikan edukasi terkait gizi

**M. Rencana Monitoring**

Anamnesis	Indikator yang relevan	Waktu Pengukuran	Evaluasi/Target
Biokimia	GDS	Sesuai pemeriksaan	Dalam batas normal
Dietary	Asupan zat giz	Setiap hari	Asupan minimal 80% selama 3 hari
Fisik /klinis	TD, suhu	Setiap hari	TD dan suhu normal, keluhan berkurang
Keluhan GIT	Nafsu makan, mual	Setiap hari	Tidak ada masalah

**N. Catatan Monitoring dan Evaluasi**

Tanggal	Indikator	Hasil	Tindak lanjut (perubahan dx, perubahan diet, dll)
01/09	Asupan	Kurang , E : 1200 kkal (80%), P : 36,4 gr (70%), L 40 gr (95%), KH 206 gr (90%)	<b>Dx Gizi</b> Tetap  <b>Intervensi Gizi</b> C.1 diberikan konseling gizi pada keluarga pasien
	Pola makan	Belum teratur	
	Hasil lab	GDS 165	
	Vital Sign	TD 130/80, S 36,5	
	Keluhan GIT	Tidak ada	
	Client History	-	
02/09	Asupan	Baik , E : 1425 kkal (95%), P : 42 gr (80%), L 38 gr (90%), KH 215,2 gr (94%)	<b>Dx Gizi</b> Tetap  <b>Intervensi Gizi</b> E 1.5 Edukasi dan motivasi untuk tetap melanjutkan diet sesuai kebutuhan dan prinsip diet DM
	Pola makan	Sudah mulai mengkonsumsi lauk hewani, pola makan sudah 3x, jadwal makan belum teratur	
	Hasil lab	GDS 150	
	Vital Sign	TD 135/80, S 36	
	Keluhan GIT	Tidak ada	
	Client History	-	

#### O. Pembinaan dan Pemberdayaan Lansia

Dilaksanakan kegiatan bagi lansia pada:

1. Judul Kegiatan : “Keamanan Penggunaan MSG Sebagai Perasa UMAMI pada Diet Seimbang dan Pengurangan Garam”
2. Hari, tanggal : Selasa, 23 Agustus 2022
3. Waktu : 10.00 – 11.00 WIB
4. Tempat : Aula Puskesmas Depok II Yogyakarta
5. Topik : Penggunaan garam dan membaca label kemasan makanan
6. Peserta : Lansia
7. Metode : Cermah, diskusi dan demonstrasi
8. SAP dan KAK : Terlampir

Kegiatan ini dilakukan guna meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan lansia dalam penggunaan garam dan membaca label makanan. Pendidikan dan pelatihan atau disebut dengan diklat dilakukan berdasarkan pengambilan masalah pada lansia. Kegiatan diklat dilakukan menggunakan metode tatap muka yang disampaikan dalam

ceramah, diskusi, tanya jawab dan demonstrasi. Sasaran kegiatan ini adalah lansia sebanyak 20 orang. Adapun rangkaian kegiatan diklat lansia adalah sebagai berikut:

a. Rangkaian Kegiatan

1) Tahap Persiapan

Tahap persiapan dimulai dari pembuatan KAK (Kerangka Acuan Kerja) dan SAP (Satuan Acara Penyuluhan).

2) Tahap Pelaksanaan

Kegiatan dimulai pada hari Selasa pukul 10.00 sampai dengan pukul 11.00 WIB di Aula Puskesmas Depok II Yogyakarta

- a) Peserta yang hadir dalam kegiatan ini sebanyak 20 lansia
- b) Pembukaan kegiatan diklat diawali dengan memberi salam dan sambutan dari panitia pelaksana kegiatan prolanis
- c) Pencairan suasana dilakukan sebelum penyampaian materi agar peserta tidak tegang dengan sedikit tanya jawab
- d) Penyampaian pengantar materi disampaikan oleh pembawa acara agar peserta mengerti tentang materi yang akan disampaikan serta menyampaikan maksud dan tujuan mengadakan diklat.
- e) Sebelum materi disampaikan, dilakukan *pre test* terlebih dahulu untuk mengetahui pengetahuan lansia mengenai penggunaan garam dan cara membaca label makanan
- f) Pemaparan materi disampaikan oleh narasumber yaitu mahasiswa profesi dietisien dalam hal ini disampaikan oleh Laras Tri Kunti. Sebelum penyampaian materi pemateri memperkenalkan diri terlebih dahulu agar peserta mengenal siapa pemateri pada kegiatan diklat tersebut. Penyampaian materi dilakukan pada hari Selasa, 23 Agustus 2022 selama 60 menit. Penyajian materi sesuai dengan materi diklat yang terlampir pada SAP yakni meliputi: Pengertian gizi seimbang, anjuran pola makan sesuai isi piringku, anjuran pemakaian garam, gula dan lemak dan cara membaca label makanan
- g) Evaluasi proses kegiatan diklat dilakukan dengan melakukan tanya jawab seputar materi yang disampaikan, kemudian kegiatan dilanjutkan dengan demonstrasi



- h) Setelah melakukan praktek, pemateri mengulangi beberapa point-point penting yang harus dilakukan saat membaca label makanan. Peserta yang hadir cukup interaktif dan komunikatif dalam kegiatan diklat tersebut.
- i) Setelah materi disampaikan, pemateri memberikan waktu kepada peserta untuk bertanya. Kegiatan diklat diakhiri dengan *post test*.
- j) Tahap Evaluasi

- 1) Evaluasi struktur

Mahasiswa sudah berada di lokasi/ tempat kegiatan sebelum acara dilakukan untuk mempersiapkan materi diklat. Peserta aktif sesuai dengan waktu sudah ditetapkan.

- 2) Evaluasi Proses

Kegiatan diklat dilaksanakan pada hari Selasa, 23 Agustus 2022 pukul 10.00 s/d 11.00 WIB. Diklat dihadiri 20 orang peserta. Kegiatan berjalan dengan lancar dimana peserta antusias menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pemateri dan peserta juga aktif mengajukan pertanyaan. Dalam kegiatan praktek skrining terhadap lansia, semua kader sangat antusias untuk melakukan skrining

- 3) Evaluasi Hasil

Menurut Bloom, pengetahuan adalah kemampuan seseorang untuk mengungkapkan kembali apa yang diketahuinya dalam bentuk jawaban lisan atau tulisan. Bukti jawaban tersebut adalah reaksi dari sesuatu stimulasi yang berupa pertanyaan baik lisan maupun tulisan (Pasanda, 2016). hasil jawaban tersebut menurut Notoatmodjo (2012) dapat diklasifikasikan menjadi berikut :

Skor 76-100% = tingkat pengetahuan baik

Skor 56-75% = tingkat pengetahuan cukup

Skor 40-55% = tingkat pengetahuan kurang

Berdasarkan hasil *pre test* dan *post test* dari 20 orang peserta yang hadir dapat diketahui bahwa nilai rata-rata peserta saat *pre test* yaitu sebesar 85,7%, yang artinya lansia memiliki pengetahuan cukup, sedangkan nilai rata-rata *post test* yaitu sebesar 92,4%, yang artinya terjadi peningkatan pengetahuan dan tergolong baik. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa dengan diadakannya diklat skri pada lansia

dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan lansia dalam menggunakan garam

Pre test dan post test dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui pengetahuan peserta sebelum dan setelah dilakukannya diklat. Berikut adalah nilai dari hasil pre test dan post test peserta.

No	Nama	Pre test	Post test	Keterangan
1	CS	60	100	Naik
2	DN	60	100	Naik
3	US	40	80	Naik
4	EN	20	60	Naik
5	LY	60	100	Naik
6	TR	50	100	Naik
7	SI	40	80	Naik
8	UN	20	80	Naik
9	YT	10	100	Naik
10	MI	20	100	Naik
11	CS	30	80	Naik
12	EM	40	100	Naik
13	AN	50	100	Naik
14	RI	40	80	Naik
15	AN	20	80	Naik
16	HI	10	100	Naik
17	RY	20	100	Naik
18	MN	30	80	Naik
19	WO	40	100	Naik
20	PR	50	100	Naik

4) Tindak lanjut

1. Pengusulan kegiatan pendidikan dan pelatihan skrinning gizi lansia untuk dusun atau desa lain
2. Mengusulkan atau membuat inovasi skrinning gizi dalam sebuah skrinning terpadu untuk lansia

**P. Program Kegiatan Inovatif**

Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) Lanjut Usia adalah suatu wadah pelayanan kepada lanjut usia di masyarakat, yang proses pembentukan dan pelaksanaannya dilakukan oleh masyarakat bersama lembaga swadaya masyarakat (LSM), lintas sektor pemerintah dan non-pemerintah, swasta, organisasi sosial dan lain-lain, dengan menitik beratkan pelayanan kesehatan pada upaya promotif dan preventif. Disamping pelayanan kesehatan, di Posyandu Lanjut Usia juga dapat diberikan pelayanan sosial, agama, pendidikan, ketrampilan, olah raga dan seni budaya

serta pelayanan lain yang dibutuhkan para lanjut usia dalam rangka meningkatkan kualitas hidup melalui peningkatan kesehatan dan kesejahteraan mereka. Selain itu mereka dapat beraktifitas dan mengembangkan potensi diri.

Pelayanan kesehatan di kelompok Usia Lanjut meliputi pemeriksaan kesehatan fisik dan mental emosional. Kartu Menuju Sehat (KMS) Usia Lanjut sebagai alat pencatat dan pemantau untuk mengetahui lebih awal penyakit yang diderita (deteksi dini) atau ancaman masalah kesehatan yang dihadapi dan mencatat perkembangannya dalam Buku Pedoman Pemeliharaan Kesehatan (BPPK) Usia Lanjut atau catatan kondisi kesehatan yang lazim digunakan di Puskesmas.

Pada kegiatan prolanis pada tanggal 23 Agustus 2022, peserta banyak belum memahami mengenai isi pringku, tumpeng gizi seimbang dan pengaturan penggunaan minyak, garam dan gula menurut anjuran Kemenkes. Hal ini perlu adanya modifikasi pada buku monitoring dengan menambahkan pesan-pesan edukasi yang dapat meningkatkan pengetahuan para lansia atau pendamping lansia dalam pengaturan pola makan yang seimbang.



## **BAB IV**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

1. Skrining kesehatan lansia di Puskesmas Depok II menggunakan alat skrining yaitu *handgrip* untuk menilai kekuatan genggam tangan dan formulir WHOQOL-Bref untuk menentukan kualitas hidup lansia
2. Hasil skrining kesehatan lansia setelah dilakukan 3x pengulangan pengukuran kekuatan otot tangan dengan *handdynamometer* memiliki hasil rata-rata kekuatan otot tangan responden lansia adalah lemah. Hasil pengukuran kualitas hidup lansia menggunakan formulir WHOQOL-Bref dari keempat domain didapatkan rata-rata kualitas hidup lansia baik.
3. Pada kegiatan *homecare* pasien mempunyai riwayat penyakit Diabetes Mellitus dan hipertensi. Berdasarkan hasil skrining MNA pasien berisiko malnutrisi. Dengan hasil assesment status normal, data biokimia kadar gula darah pasien normal, dietary history pasien memiliki kebiasaan makan dan asupan makan dari recall 24 jam termasuk kurang untuk asupan protein. Intervensi gizi yang diberikan diet Diabetes Mellitus 1500 kkal. Hasil monitoring dan evaluasi asupan makan pasien mengalami peningkatan setiap harinya.
4. Pembinaan dan pemberdayaan kader terkait pendidikan dan pelatihan tentang “3J (Jadwal, Jumlah, Jenis) dan URT Untuk Penderita Diabetes Melitus”.
5. Kegiatan Inovasi yang diajukan adalah buku saku untuk lansia

#### **B. Saran**

Bagi ahli gizi dan kader untuk melakukan pengawasan atau monitoring terhadap asupan makan atau gizi pada lansia serta membuat kegiatan-kegiatan lain untuk menyehatkan lansia di masa pandemi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anbarasan, S. S. 2015. Gambaran Kualitas Hidup Lansia dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Rendang pada Periode 27 Februari sampai 14 Maret 2015.
- Andayani, T. M., Ibrahim, M. I. M. & Asdie, A. H. 2009. Pengaruh kombinasi terapi sulfonilurea, metformin dan acarbose pada pasien diabetes mellitus tipe 2. *Majalah farmasi Indonesia*. 20(4), 24-230
- Arisman, 2004. *Gizi dalam Daur Kehidupan*. EGC. Jakarta.
- Ayu Bulan Febry, 2013. *Ilmu Gizi untuk Praktisi Kesehatan*., Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Darmojo, B. (2011). *Buku Ajar Geriatrik; Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*. Edisi ke-4 cetakan ke-3. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Fatmah. (2010). *Gizi Usia Lanjut*. Erlangga: Jakarta.
- Handajani A, Roosihermiate B, Maryani H. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pola Kematian pada Penyakit Degeneratif di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2010;13(1):42–53.
- Hartono, Andry. 1995. *Tanya – Jawab Diet Penyakit Gula*. Jakarta : ArcanHenry Simamora, 2010, Manajemen Sumber Daya Manusia, Gramedia, Jakarta.
- International Diabetes Federation (IDF). 2017. *IDF Diabetes Atlas Eighth Edition 2017*.
- Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB, Resnick B. (2008). *Essentials of clinical geriatrics*. 6th ed. New York, NY: McGraw-Hill.
- Kawas, CH & Brookmeyer, R. (2001) ' Aging and the public health effects of dementia', *New England Journal of Medicine*, vol. 344 (15), p. 1160-1161.
- Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2016. *Situasi Lanjut Usia (Lansia) di Indonesia*. Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. ISSN 2442-7659.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Riset Kesehatan Dasar 2013* [Internet]. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013
- Mahan, LK, Raymond, Janice L. 2017. *Krause 's : Food & The Nutrition Care Process*, 14th edition. Elsevier Inc. St Louis, Missouri
- Maryam, R.S. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta : Penerbit Salemba Medika. Jakarta : Rineka
- Nikmawati, E.E. (2009). *Analisis Perilaku Gizi Remaja Untuk Pengembangan Model*

Pendidikan Gizi Yang Berintegrasi Dengan Kegiatan Sekolah. Penelitian Fakultas Pendidikan Teknologi Dan Kejuruan Universitas Pendidikan Indonesia Bandung.

Nuraini; Ngadiarti, I; dan Moviana, Y. 2017. Bahan ajar Gizi : Dietetika Penyakit Infeksi. Jakarta: Kemenkes RI

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2014.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 028/MENKES/PER/2011 Tentang Puskesmas. Tahun 2011

Persatuan Ahli Gizi Indonesia (Persagi). 2010. Penuntun Konseling Gizi, Penerbit PT Abadi. Jakarta.

Persatuan Ahli Gizi Indonesia 2013, Konseling Gizi, Penerbit Penebar Swadaya Grup. Jakarta 2013 : 12 – 61

Potter, P.A, Perry, A.G. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa: Renata Komalasari, dkk. Jakarta: EGC. 2005

Santoso, Budi. 2012. Skema dan Mekanisme Pelatihan Panduan Penyelenggaraan Pelatihan. Jakarta: Terangi.

Setiati, S. (2000). Pedoman Praktis Perawatan Kesehatan: untuk Pengasuh Orang Usia lanjut. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.

Seymour, R. (2006). 'Masalah Farmakologi Gigi pada Lansia dalam Hutaeruk, C (editor), Perawatan gigi Terpadu untuk Lansia. EGC: Jakarta

Sukandar, E. Y., Retnosari, A., (2008). Iso Farmakoterapi. Jakarta : PT ISFI Penerbitan

Supariasa, I D N. 2012. Pendidikan dan Konsultasi Gizi. Terbitan pertama, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran.

Supariasa, IDewa Nyomandan Dian Handayani. 2019. *Asuhan Gizi Klinik*. Jakarta: EGC.

Supariasa, IDN., Bakri, B., Fajar, I. (2002). Penilaian Status Gizi. EGC: Jakarta. Susetyowati. 2016. ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. Jakarta: EGC.

World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [Internet]. World Health Organization; 2004.

Waspadji, Sarwono. 2005. Imekanisme Dasar dan pengelolaan yang Rasional" dalam Soegondo (ed). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta : Balai penerbit FKUI.

## **LAMPIRAN**

Lampiran 1. Self Assessment

Nama Mahasiswa	Laras Tri Kunti
NIM	P07131521025
Rotasi	Asuhan Gizi Lansia dan Keluarga (GZP.7306)

<b>Saya Sudah Dapat Melakukan</b>	<b>Baik</b>	<b>Ragu</b>	<b>Tidak Baik</b>
Screening masalah gizi lansia secara kelompok	√		
Asuhan gizi/ NCP untuk homecare di luar gedung dengan sasaran lansia	√		
Pembinaan dan pemberdayaan kader posyandu PTM/ keluarga/ masyarakat berupa pelatihan terkait gizi lansia dan keluarga	√		
Menyusun program kegiatan inovatif baik dalam gedung maupun luar gedung terkait gizi lansia berupa proposal kegiatan	√		

- Saya akan meningkatkan kemampuan saya dalam bidang Asuhan Gizi Lansia dan Keluarga di masyarakat dengan cara melakukan kajian tentang gizi lansia lebih mendalam, mengikuti program yang berkaitan dengan upaya kesehatan lansia yang dilaksanakan oleh pihak puskesmas, lebih banyak melakukan kunjungan kepada lansia untuk memberikan asuhan gizi lansia dan keluarga secara tepat.
- Dalam rotasi ini, kemampuan saya menjadi berkembang/~~tidak berkembang~~, karena dalam asuhan gizi di masyarakat banyak permasalahan yang muncul sehingga kita dituntut untuk melakukan intervensi sesuai dengan masalah yang ada agar dapat mencapai target yang maksimal dan menjadikan kualitas hidup lansia menjadi semakin baik.



## Lampiran 2 KAK Pendidikan dan Pelatihan

### A. Pendahuluan

Pada kader/lansia/pendamping lansia penting untuk mengetahui asupan zat gizi yang dikonsumsi oleh lansia yang menderita hipertensi. Lansia dan pendamping lansia terkadang tidak memperhatikan apa yang dikonsumsi oleh lansia. Selain itu, pada lansia dengan penyakit hipertensi kurang memperhatikan anjuran penggunaan garam dan MSG. Hal ini akhirnya menyebabkan beberapa kasus lansia dengan tekanan darah yang tidak terkontrol atau bahkan kadar gula darah yang turun drastis akibat tidak mematuhi 3J. Sehingga diperlukan pemberian informasi kepada lansia atau pendamping lansia yaitu melalui kader terkait penggunaan garam dan MSG untuk penderita hipertensi agar membantu mengontrol tekanan darah lansia.

### B. Latar Belakang

Berdasarkan data Susenas 2016, jumlah lansia di Indonesia mencapai 22,4 juta jiwa atau 8,69% dari jumlah penduduk. Sementara menurut proyeksi BPS pada 2015 pada tahun ini diperkirakan jumlah lansia mencapai 24,7 juta jiwa atau 9,3% dari jumlah penduduk. Berdasarkan hasil Riskesdas (2018) diketahui bahwa prevalensi penyakit yang sering diderita lansia diantaranya adalah hipertensi, penyakit radang sendi, PPOK, kanker dan diabetes melitus.

Lansiamerupakan proses penuaan dengan bertambahnya usia individu, yang ditandai dengan penurunan fungsi organ tubuh seperti otak, jantung, hati dan ginjal serta peningkatan kehilangan jaringan aktif tubuh berupa otot-otot tubuh. Penurunan fungsi organ tubuh pada lansia akibat dari berkurangnya jumlah dan kemampuan sel tubuh, sehingga kemampuan jaringan tubuh untuk mempertahankan fungsi secara normal menghilang, sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita.

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, di Indonesia menunjukkan peningkatan prevalensi penyakit tidak menular seperti diabetes melitus, hipertensi dan stroke di sebagian provinsi. Peningkatan prevalensi penyakit tidak menular salah satunya disebabkan oleh pola makan yang tidak sehat. Perkembangan kebudayaan, ekonomi, industrialisasi, dan teknologi, mendorong masyarakat untuk bergeser menuju kebiasaan baru, termasuk dalam pola konsumsi makanan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis ingin melakukan kegiatan pendidikan dan pelatihan mengenai “Penggunaan Garam dan MSG dalam Diet Seimbang di wilayah kerja Puskesmas Depok II.

#### C. Tujuan

##### 1. Tujuan Umum

Meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan keterampilan lansia terkait pentingnya mengetahui asupan garam dan MSG

##### 2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan pengetahuan lansia tentang pentingnya penggunaan garam dan MSG
- b. Meningkatkan keterampilan lansia dalam membaca label makanan yang mengandung natrium dan pengaturan makan sesuai gizi seimbang

#### D. Sasaran

Lansia di wilayah Puskemas Depok II

#### E. Waktu dan Tempat Pelaksanaan

Kegiatan pendidikan dan pelatihan ini dilaksanakan pada :

Hari, Tanggal : Selasa, 23 Agustus 2022

Waktu : 10.00 WIB – Selesai

Tempat : Aula Puskesmas Depok II

Acara : Pendidikan dan Pelatihan Lansia “Penggunaan Garam dan MSG dalam Gizi Seimbang”

#### F. Materi

(Terlampir)

1. Prinsip Gizi Seimbang
2. Pengaturan komposisi makan sesuai isi pringku
3. Penggunaan garam
4. Penggunaan gula
5. Penggunaan minyak

#### G. Narasumber

Mahasiswa Pendidikan Profesi Dietisien Poltekkes Kemenkes Yogyakarta tahun 2022.

#### H. Metode

1. Ceramah
2. Diskusi

3. Demonstrasi
  4. Tanya Jawab
- I. Langkah-Langkah
1. Persiapan
    - a. Membuat KAK diklat sesuai dengan tema yang diangkat atau yang ingin diberikan.
    - b. Mempersiapkan perlengkapan dan hal-hal yang dibutuhkan pada saat diklat.
    - c. Mempersiapkan materi yang akan disampaikan.
    - d. Membuat materi pelatihan
    - e. Menyiapkan soal *pretested* dan *posttest* untuk peserta.
  2. Pelaksanaan
    - a. Melakukan *pretest* kepada peserta diklat agar dapat membedakan pengetahuan sebelum diberikan materi diklat.
    - b. Memberikan materi diklat secara terperinci dan jelas
    - c. Membuka sesi Tanya jawab untuk peserta diklat
    - d. Mengatur keberlangsungan acara diklat
  3. Evaluasi
    - a. Mengevaluasi kembali materi diklat yang telah diberikan
    - b. Melakukan *posttest* kepada peserta diklat agar dapat membedakan pengetahuan sesudah diberikan materi diklat.
- J. Perlengkapan
1. Laptop
  2. PPT
  3. Soal *pretest* dan *posttest*
- K. Matriks Kegiatan

No	Waktu	KegiatanPelatihan	KegiatanPeserta
1		<b>Check in peserta</b> Registrasi dan pembagian snack	Registrasi
2		Pengisian <i>pre-test</i>	Pesertamengisisformulis <i>pre-test</i>
3		<b>Pembukaan</b> Memberikansalam Memperkenalkandiri  Menjelaskankontrak : waktu, susunan acara, topik, sertatujuanpelatihan	Menjawabsalam, mendengarkan dan memperhatikan Mendengarkan dan memperhatikan

4		<b>Pelaksanaan</b> Menjelaskan materisecaraberurutan dan teratur. Materi : a. Prinsip Gizi Seimbang b. Isi piringku c. Penggunaan garam d. Penggunaan gula e. Penggunaan minyak	Menyimak, bertanya dan menjawab pertanyaan
5		<b>Evaluasi</b> Peserta menjelaskan kembali materi yang telah disampaikan	Bertanya dan menjawab pertanyaan
6		<b>Penutup</b> Menyimpulkan materi pelatihan bersama Mengucapkan terimakasih dan salam	Menyimpulkan materi Menjawab salam

#### L. Penutup

Demikian kerangka acuan kegiatan ini kami buat, segala bantuan dan dukungan sangat membantu demi suksesnya kegiatan ini. Kritik dan saran yang membangun kami harapkan sehingga adapat memperlancar jalannya pelatihan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

## DAFTAR PUSTAKA

- Altmasier, Sunita. 2004. *Penuntun Diet Edisi Baru*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama
- Almatsier S. 2009. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama  
Almatsier, S. 2011. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Andayani, T. M., Ibrahim, M. I. M. & Asdie, A. H. 2009. Pengaruh kombinasi terapi sulfonilurea, metformin dan acarbose pada pasien diabetes mellitus tipe 2. *Majalah farmasi Indonesia*. 20(4), 24-230
- Fatmah. 2010. *Gizi Usia Lanjut*. Erlangga: Jakarta.
- Hartono, Andry. 1995. *Tanya – Jawab Diet Penyakit Gula*. Jakarta : Arcan International  
Diabetes Federation (IDF). 2017. *IDF Diabetes Atlas Eighth Edition 2017*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar 2013 [Internet]. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013
- Waspadji, Sarwono. 2005. "Imekanisme Dasar dan pengelolaan yang Rasional" dalam Soegondo (ed). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta : Balai penerbit FKUI.
- Yuwono, Lilian (ed). 2002. *Mengenal Diabetes*. Jakarta : Arcan.

Lampiran 3

