

TUGAS AKHIR

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



Disusun Oleh:

M. JHONI KURNIAWAN

P07131521026

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KESEHATAN YOGYAKARTA
JURUSAN GIZI PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI DIETISIEN**

2020

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

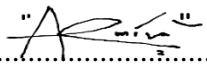
Asuhan Gizi Lansia dan Keluarga di Masyarakat
di Wilayah Kerja Puskesmas Depok II Sleman Yogyakarta

M. JHONI KURNIAWAN
P07131521026

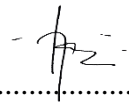
Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji
Pada tanggal: 4 November 2020

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

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

()

Anggota,
Tjaronosari, SKM, M.Kes
NIP. 196102031985012001

()

Anggota,
Nur Hidayat, SKM, M.Kes
NIP. 196804021992031003

()

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 Laporan Kegiatan Rotasi Asuhan Gizi Lansia dan Keluarga dalam Masyarakat di 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. Bapak Joko Susilo, SKM, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
2. Bapak Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si. RD selaku Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
3. Ibu Setyowati, SKM, M.Kes, RD selaku Ketua Prodi Profesi Dietisien Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
4. Ibu Almira Sitasari, S.Gz, MPH selaku pembimbing utama
5. Nur Hidayat, SKM, M.Kes selaku pembimbing pendamping
6. Seluruh Tim Puskesmas Depok II Kabupaten Sleman Yogyakarta.
7. Kedua orangtua dan keluarga 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 yang telah banyak membantu dalam penyusunan laporan studi kasus ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan laporan ini masih jauh dari 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.....	1
HALAMAN PENGESAHAN.....	2
KATA PENGANTAR.....	3
DAFTAR ISI.....	4
DAFTAR TABEL.....	6
BAB I.....	7
PENDAHULUAN	7
A. Lanjut Usia (Lansia).....	7
B. Proses Asuhan Gizi Terstandar	9
C. Pendidikan dan Pelatihan	11
D. Posyandu Lansia	15
E. WHOQOL-BREF.....	18
BAB III	20
METODE PENELITIAN.....	20
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus	20
B. Subyek Studi Kasus	20
C. Fokus Studi	20
D. Definisi Oprasional Fokus Studi	21
E. Metode Pengumpulan Data.....	25
F. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	25
G. Instrument Studi Kasus	25
H. Analisis Data dan Penyajian Data	26
I. Etika Studi Kasus	26
BAB IV	28
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	28
A. Skrining Gizi Masalah Lansia	28
B. Nutrition Care Process untuk Homecare di Luar Gedung.....	39
1. Identitas Pasien.....	39

2.	Hasil Skrining Gizi	40
3.	Riwayat Makan (FH).....	41
4.	Standar Pemanding.....	43
5.	Antropometri (AD 1.1).....	44
6.	Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD 1.1).....	44
7.	Biokimia	44
8.	Terapi Medis dan Fungsi.....	45
9.	Diagnosis Gizi	46
b.	Domain Clinis.....	46
c.	Domain Behaviour.....	46
10.	Intervensi Gizi	46
11.	Rencana Monitoring	48
12.	Pembahasan	48
C.	Pembinaan dan Pemberdayaan Kader Posyandu Lansia	54
D.	Program Kegiatan Inovatif	57
	BAB V.....	61
	PENUTUP.....	61
A.	Kesimpulan	61
B.	Saran.....	61
	DAFTAR PUSTAKA	63
	LAMPIRAN.....	65
	SATUAN ACARA PENDIDIKAN DAN PELATIHAN	65
	MATERI PENYULUHAN	67
A.	Pengertian Asam Urat	67
B.	Tanda dan Gejala Asam Urat	67
C.	Penyebab Asam Urat.....	67
D.	Komplikasi Asam Urat.....	68
E.	Diet Bagi Penderita Asam Urat.....	69

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Kategori WHOQOL-Bref	20
Tabel 2. Kategori Kekuatan Otot Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia	21
Tabel 3. Kategori Status Gizi Menurut %LLA	21
Tabel 4. Data Indikator Penyakit yang Menyertai Lansia 2021	21
Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	23
Tabel 6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia	23
Table 7. Distribusi Responden Berdasarkan Kekuatan Otot Menurut Usia.....	24
Table 8. Distribusi Responden Berdasarkan Kekuatan Otot Tangan Menurut Status Gizi	24
Table 9. Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup menurut Usia	25
Table 10. Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Menurut Status Gizi	28
Table 11. Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Menurut Kekuatan Otot Tangan	29

BAB I

PENDAHULUAN

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 laboratorik, 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 selompok 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) Aturilah 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) Demontrasi 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 Assesment 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

Data Biokimia	Nilai Rujukan
Glukosa sewaktu	<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.

Pemeriksaan	Nilai Normal
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 nutrisisionis. 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.

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, 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 Gizi Masalah Lansia

1. Tujuan Skrining

Kualitas hidup merepresentasikan respons seseorang terhadap faktor fisik (objektif) dan mental (subjektif) yang berkontribusi ke dalam kehidupannya, termasuk didalamnya 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 ≥ 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*

Tabel 2. 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

Tabel 3. Kategori Status Gizi Menurut %LLA

Kategori	%
Gizi buruk	< 70%
Gizi kurang	70,1 - 84,9%
Gizi baik	85 - 110%
Overweight	110 - 120%
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 diagnosa hipertensi sebanyak 341 orang, diabetes melitus sebanyak 337 kasus. Selengkapnya dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut :

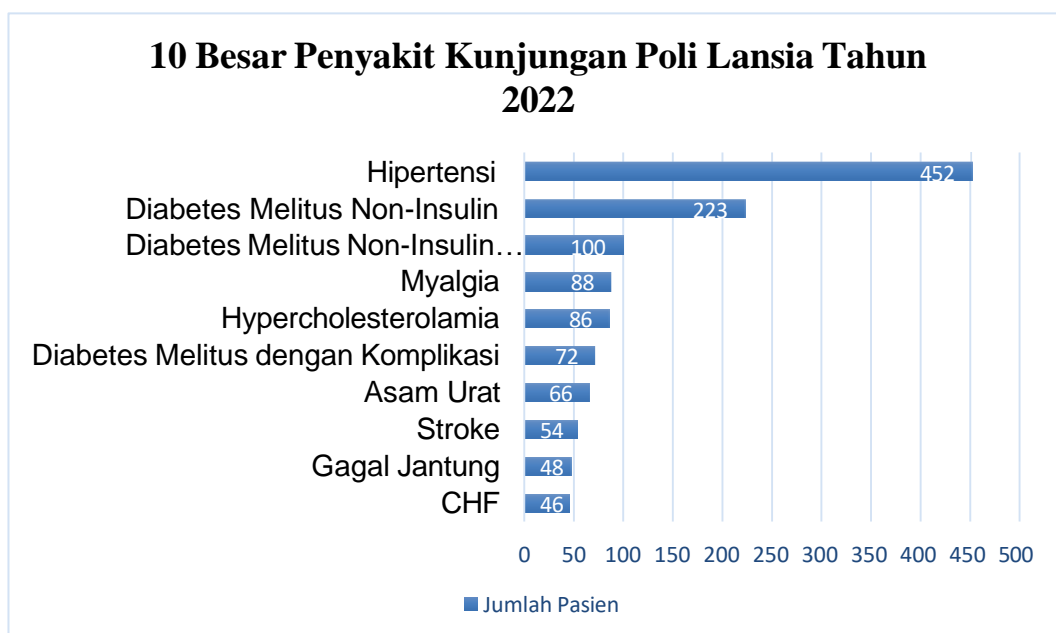
Tabel 4. Data Indikator Penyakit yang Menyertai Lansia 2021

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 Lutut)	16

16.	Tuberculosis	1
17.	CKD	6
18.	Schizophrenia	6
19.	Neoplasma Ganas Payudara	9
20.	Gangguan Kecemasan Lainnya	4
21.	Hyperuriemia	25
22.	Sindrom Sakit Kepala Lainnya	11
23.	Infeksi Lokal Lainnya pada Kulit dan Jaringan Subkutan	7
24.	Dermatitis	33
25.	Pemeriksaan Kesehatan Umum	4

Sumber : Data Keperawatan Puskesmas Depok II Tahun 2021

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



Sumber : Data Keperawatan Puskesmas Depok II Tahun 2021

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa jumlah kasus hipertensi primer dan diabetes melitus 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 faktor penting yang

mengakibatkan penurunan kekuatan otot dan daya tahan otot. Proses terjadinya penurunan massa dan kekuatan otot melibatkan interaksi sistem 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 5.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

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

Berdasarkan tabel 5 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 6.

Tabel 6. 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 6 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 7. Distribusi Responden Berdasarkan Kekuatan Otot Menurut Usia

Kekuatan Otot	Usia						Jumlah	
	60-64		65-69		70-99		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Lemah	7	23	4	13	14	47	25	83
Normal	2	7	2	7	1	3	5	17
Kuat	0	0	0	0	0	0	0	0
Jumlah							30	100

Berdasarkan tabel 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 dekade keempat kehidupan dan menyebabkan kelemahan dan cacat (Nair, 2005).

Tabel 8. Distribusi Responden Berdasarkan Kekuatan Otot Tangan Menurut Status Gizi

Kekuatan Otot	Status Gizi										Jumlah	
	Buruk		Kurang		Baik		Overweight		Obesitas		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Lemah	1	3	3	10	19	63	1	3	1	3	25	83
Normal	0	0	1	3	1	3	3	10	0	0	5	17
Kuat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jumlah											30	100

Berdasarkan tabel 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%,

status gizi baik 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 tubuh yaitu 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 faktor antara lain aktivitas fisik, gangguan *turn over* protein pada lansia, berkurangnya serabut otot cepat tipe 2 dan meningkatnya sitokin *proinflamasi* akibat penyakit kronik yang diderita oleh lansia (Goodpaster *et al*, 2006).

Tabel 9. Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup menurut Usia

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

Berdasarkan tabel 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 lanjut akan 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 bisa menikmati masa tuanya (Supriani dkk, 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 sosial 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 sosial dapat berdampak positif terhadap kualitas hidup karena dengan adanya interaksi sosial maka lansia tidak merasa kesepian, oleh sebab itu interaksi sosial harus tetap dipertahankan dan dikembangkan pada kelompok lansia. Lanjut usia yang dapat terus menjalin interaksi sosial 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 perandalam keluarga, sosial ekonomi dan sosial masyarakat tersebut mengakibatkan kemunduran dalam beradaptasi dengan lingkungan baru danberinteraksi dengan lingkungan sosialnya. Berbeda dengan lansia di komunitas, lansia yang inggal dipanti akan mengalami paparan terhadap lingkungan dan teman baru yang mengharuskan lansia beradaptasi secara positif atau negatif (Nuryanti, 2012). Lansia yang berada dalam suatulingkungan 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.

Tabel 10. Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Menurut Status Gizi

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

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

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 faktor lingkungan, pendapatan dan ketersediaan informasi sehingga status gizi pada lansia berhubungan dengan kualitas hidup domain lingkungan.

Tabel 11. Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Menurut Kekuatan Otot Tangan

Domain WHOQOL-Bref		Kekuatan Otot Tangan						Jumlah
		Lemah		Normal		Kuat		
		n	%	n	%	n	%	%
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	

	Baik							
	Cukup	0	0	1	4	0	0	
Lingkungan	Baik	15	49	1	4	0	0	100
	Sangat Baik	10	33	3	10	0	0	
	Baik							

Berdasarkan tabel 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 abilitas fungsional subjek yang buruk

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

Pada data yang kami ambil pada tanggal 22 Agustus 2022 dalam kegiatan Prolanis DM dan Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Depok II sebanyak 30 responden lansia, setelah melakukan pengukuran kekuatan otot tangan dengan *handgrip* dan diulang sebanyak 3x memiliki hasil kekuatan otot tangan responden lansia rata-rata adalah lemah. Hal ini disebabkan karena kemungkinan para lansia pertama kali melakukan

pengukuran kekuatan otot tangan. Rekomendasi selanjutnya agar memiliki hasil yang relevan perlu adanya kegiatan rutin untuk pengukuran kekuatan otot tangan dengan *handgrip*.

Hasil pengukuran kualitas hidup lansia menggunakan metode skrining WHOQOL-Bref dari keempat domain memiliki rata-rata hasil kualitas hidup baik. Kegiatan skrining kualitas hidup lansia menggunakan WHOQOL-Bref perlu dilakukan secara rutin agar selalu menjaga kualitas hidup lansia selalu baik.

B. Nutrition Care Process untuk Homecare di Luar Gedung

1. Identitas Pasien

a. Data Personal

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Ny. S
CH 1.1.1	Umur	60 Tahun
CH 1.1.2	Jenis Kelamin	Perempuan
CH 1.1.5	Suku	Jawa
CH 1.1.8	Edukasi	Pasien pernah mendapatkan edukasi makanan untuk diabetes mellitus dari dokter
CH 1.1.9	Peran dalam Keluarga Diagnosis Medis	Ibu Hipertensi, DM

b. Riwayat Penyakit (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH 2.1	Keluhan Utama	Pasien mengatakan tidak ada keluhan untuk saat ini namun apabila kadar gula darah sedang naik pasien sering merasakan pusing. Namun pasien sering mengeluh sakit perut apabila mengkonsumsi makanan yang mengganggu sistem pencernaan karena adanya riwayat asam lambung.
	Riwayat penyakit sekarang dan dahulu	Pasien memiliki riwayat penyakit keluarga yaitu hipertensi dan didiagnosis memiliki penyakit Hipertensi serta DM sudah dari 2 tahun yang lalu.

c. Riwayat Klien yang Lain

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH 3.1.1	Sosial ekonomi	Ibu Rumah Tangga
CH 3.1.2	Situasi hidup	Tinggal bersama suami dan anak-anak nya
CH 3.1.4	Dukungan sosial dan kesehatan	Baik
CH 3.1.5	Letak geografis rumah	Rumah terletak di depan Puskesmas Depok II
CH 3.1.7	Agama	Islam

Kesimpulan : Berdasarkan assesment gizi dari data personal pasien, Ny. S didiagnosis Hipertensi dan Diabetes Mellitus sejak 2 tahun yang lalu serta memiliki riwayat penyakit keluarga yaitu Hipertensi dan diketahui bahwasanya tekanan darah pasien sering tinggi. Pasien merasakan pusing apabila kadar gula darah sedang tidak normal atau naik. Pasien yang bekerja sebagai ibu rumah tangga tinggal bersama suami dan anak-anak nya masih dapat melakukan aktivitas apapun sendiri.

2. Hasil Skrining Gizi

Metode Skrining yang dipakai : Skrining gizi yang digunakan adalah form MNA-SF

Nama : Ny. S	Sex : Perempuan	Tanggal : 29 Agustus 2022
Umur : 60 tahun	BB : 61,15 kg	TB : 155 cm
SKRINING		
<p>A. Apakah asupan makanan menurun selama 3 bulan terakhir karena hilangnya nafsu makan, masalah pencernaan, mengunyah atau kesulitan menelan ?</p> <p>0 = Kehilangan nafsu makan tingkat berat</p> <p>1 = Kehilangan nafsu makan tingkat sedang</p> <p>2 = Tidak kehilangan nafsu makan/nafsu makan baik</p>		
<p>B. Apakah dalam 1 bulan terakhir mengalami penurunan berat badan ?</p> <p>0 = Penurunan berat badan > 3 Kg</p> <p>1 = Tidak diketahui</p> <p>2 = Penurunan berat badan antara 1 dan 3 Kg</p> <p>3 = Tidak ada penurunan berat badan/BB tetap</p>		

<p>C. Aktivitas</p> <p>0 = Bedrest</p> <p>1 = Bisa bangun dari tempat tidur/kursi tapi tidak beraktivitas di luar tempat tidur</p> <p>2 = Aktivitas normal</p>
<p>D. Apakah menderita stress psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir</p> <p>0 = Ya</p> <p>1 = Tidak</p>
<p>E. Masalah neuropsikologis</p> <p>0 = Demensia berat atau depresi</p> <p>1 = Demensia ringan</p> <p>2 = Tidak ada masalah psikologis</p>
<p>F. Indeks Massa Tubuh (IMT) BB/TB (m²)</p> <p>0 = IMT < 19</p> <p>1 = IMT 19 sampai < 21</p> <p>2 = IMT 21 sampai < 23</p> <p>3 = IMT ≥ 23</p>
<p>Skor skrining (subtotal maksimal 14 poin)</p> <p>12-14 poin = Normal – Tidak berisiko (tidak perlu dilakukan assesment lanjut)</p> <p>8-11 poin = Kemungkinan malnutrisi (memerlukan assesmen lanjut)</p> <p>0-7 poin = Status gizi kurang</p>

Kesimpulan Hasil Skrining : Berdasarkan hasil skrining menggunakan form MNA SF didapatkan skor 13 poin dengan kategori normal, meskipun demikian pasien tetap memerlukan asuhan gizi untuk mengontrol kadar gula darah dan tetapanan darah yang sering tidak stabil.

3. Riwayat Makan (FH)

a. SQFFQ

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat Diet (polam akan)	<p>Kebiasaan makan pasien 3x/hari</p> <p>MP : Nasi 3x/hari @ 1/2-1 centong</p> <p>LH : Telur ceplok @ 1 btr (goreng) 2-3x/minggu</p> <p>Kikil 1x/bulan</p> <p>Ayam jarang</p> <p>LN : Tahu dan tempe hampir setiap hari dikonsumsi bergantian @ 2-3 buah (digoreng)</p>

		Sayur : Lodeh (setiap makan) @ 1-2 ctg sayur Oseng sawi 2-3x/ minggu Sop 3-4x/minggu Setiap makan pasti ada sayur berkuah Buah : Pisang 3-4x/minggu Minuman : Air putih 8 gelas/hari Teh manis 1-2x/minggu (Gula sedikit) Snack : Sukun rebus 1-2x/minggu Gorengan jarang
FH.2.1.1	Pemesanan Diet	Diet DMRG
FH.2.1.2	Pengalaman diet	Pasien menjalani diet dengan membatasi mengkonsumsi makanan berlemak
FH.2.1.3	Lingkungan makan	Pasien menyiapkan makanannya sendiri dan terkadang membeli dari luar rumah
FH 2.1.2.5	Alergi Makan	Pasien tidak memiliki alergi makanan
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Pasien sudah mengetahui mengenai pola makan yang tepat dan pilihan makanan yang sesuai dengan penyakit yang dideritanya, namun terkadang masih memakan makanan seadanya.
FH 4.12	Kesukaan makan	Pasien gemar mengkonsumsi tahu dan tempe karena setiap hari makan tahu dan tempe, kemudian untuk sayuran pasien suka mengkonsumsi sayur lodeh hampir setiap hari, pasien jarang mengkonsumsi snack atau jajanan.

Kesimpulan : Berdasarkan data riwayat makan, diketahui bahwasanya pasien memiliki kebiasaan makan 3x sehari. Pasien mengatakan setiap hari mengkonsumsi tahu atau tempe serta sayur lodeh. Pasien tidak memiliki alergi makanan dan jarang mengkonsumsi teh manis hanya sekitar 1-2x/minggu dengan gula sedikit.

b. SQFFQ

	Energi	Protein	Lemak	KH	Na
Asupan Oral	888	27,3	33,6	124,4	57,3
Kebutuhan	1485	29,7	33	267,3	1200
% Asupan	59,7%	91,9%	101,8%	46,5%	4,7%
Interpretasi	Defisit	Cukup	Cukup	Defisit	Defisit

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

- 1) Kurang : <80% AKG
- 2) Baik : 80 – 110 % AKG

3) Lebih : >110% AKG

Kesimpulan : Berdasarkan dari riwayat makan pasien dirumah dapat diketahui bahwasanya asupan energi, karbohidrat, dan natrium masih tergolong kurang, sedangkan untuk asupan protein dan lemak sudah tergolong cukup.

c. Recall 24 Jam (FH7.2.8)

Tanggal : 28-29 Agustus 2022

Pagi : Nasi 1 centong, oseng tempe 3 sdm, galantine 2 buah, krupuk kecil 6 keping, brownis ½ potong

Malam : Nasi goreng ½ bks

Siang : Nasi 1 centong, oseng tempe 3 sdm

	Energi	Protein	Lemak	KH	Na
Asupan Oral	1155,7	44,2	59,5	112	623,4
Kebutuhan	1485	29,7	33	267,3	1200
% Asupan	77,8%	148,8%	180%	41,9%	1,2%
Interpretasi	Defisit	Lebih	Lebih	Defisit	Defisit

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

4) Kurang : <80% AKG

5) Baik : 80 – 110 % AKG

6) Lebih : >110% AKG

Kesimpulan : Berdasarkan hasil perhitungan asupan recall 24 jam, asupan energi, karbohidrat dan natrium masih tergolong kurang, sedangkan untuk asupan protein dan lemak tergolong lebih. Hal ini disebabkan karena pasien sering mengkonsumsi protein nabati dan diolah dengan cara digoreng.

4. Standar Pemanding

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS 1.1.1	Estimasi Kebutuhan Energi	$BMR = P = 25 \times BBI = 25 \times 49,5 = 1237,5$ $E = BMR + A.Fisik + Stress Metabolik -U$ $= 1237,5 + (20\% \times 1237,5) + (10\% \times 1237,5) - (10\% \times 1237,5)$ $= 1237,5 + 247,5 + 123,7 - 123,7 = 1485 \text{ kkal}$
CS 2.2.1	Estimasi kebutuhan	$P = 0,6 \text{ g/kgBB} \times BBI$ $= 0,6 \times 49,5 = 29,7 \text{ gr}$

	protein	
CS 2.2.1	Estimasi kebutuhan Lemak	$L = 20\% \times 1485 = 297 : 9 = 33 \text{ gr}$
CS 2.3.1	Estimasi kebutuhan Karbohidrat	$\begin{aligned} \text{Kh} &= \text{Total Kalori-protein-lemak} \\ &= 1485 \text{ kkal} - 118,8 \text{ kkal} - 297 \text{ kkal} \\ &= 1069,2 \text{ kkal} : 4 = 267,3 \text{ gr} \end{aligned}$
CS 5.1.1	Rekomendasi BBI	$\text{BBI} = (\text{TB} - 100) \times 90\% = 55 \times 90\% = 49,5 \text{ kg}$

5. Antropometri (AD 1.1)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD 1.1.1	Tinggi Badan	155 cm
AD 1.1.2	Berat Badan	61,1 kg
AD 1.2.4	Perubahan Berat Badan	Tidak terjadi perubahan BB secara signifikan
AD 1.1.5	IMT	25,4 kg/m ²
	BBI	49,5 kg

Kesimpulan : Berdasarkan hasil pengukuran antropometri, pasien tidak mengalami perubahan berat badan secara signifikan dan status gizi pasien berdasarkan IMT dikategorikan Obesitas 1 karena berada dalam rentang IMT 25,1-27 kg/m².

6. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD 1.1)

Kode IDNT	Data Fisik/Klinis	Hasil
PD 1.1.1	Penampilan keseluruhan	Composmentis
PD 1.1.6	Kepala dan Mata	Normal
PD 1.1.9	Vital Sign Tekanan Darah Suhu	152/84 mmHg (Hipertensi 1) 35,5 ⁰ C
PD 1.1.5	Sistem Pencernaan	Pasien sering mengeluh sakit perut apabila mengkonsumsi makanan yang mengganggu sistem pencernaan karena adanya riwayat asam lambung.

Kesimpulan : Berdasarkan pengkajian fisik/klinis, tekanan darah pasien pada saat pemeriksaan terakhir tergolong tinggi dengan kategori Hipertensi grade 1. Kemudian pasien dalam keadaan composmentis dan masih dapat melakukan aktivitas normal.

7. Biokimia

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Ket.
BD 1.5.2	GDP	89 mg/dl	<200 mg/dl	Normal

Kesimpulan : hasil nilai laboratorium pasien untuk kadar gula darah puasa tergolong normal, karena pasien rutin mengkonsumsi obat penurun gula darah.

8. Terapi Medis dan Fungsi

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan Makanan
FH 3.1	Glimepiride	Menurunkan kadar gula darah pada penderita Diabetes. Digunakan untuk mengendalikan kadar gula darah.	Tidak ada interaksi antara obat dengan zat gizi, diminum segera sebelum sarapan atau makan yang pertama kali dimakan dan untuk lebih efektif harus disertai dengan pengaturan pola makan dan olahraga teratur.
	Amlodipine	Digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi.	Adanya interaksi dengan alkohol apabila dikonsumsi bersamaan, sesudah atau sebelum mengkonsumsi obat.
	Metformin	Menurunkan kadar gula darah pada penderita Diabetes. Digunakan untuk mengendalikan kadar gula darah.	Tidak ada interaksi obat dengan zat gizi tertentu, tetapi obat sebaiknya obat tersebut dikonsumsi pagi dan sore sebelum makan.
	Vit B Komplek	Digunakan untuk memperbaiki stamina tubuh dan juga sangat berkaitan dengan proses menghasilkan energi di dalam tubuh manusia.	Adanya interaksi dengan alkohol apabila dikonsumsi bersamaan, sesudah atau sebelum mengkonsumsi obat.

9. Diagnosis Gizi

a. Domain Intake

NI 5.3 Penurunan kebutuhan karbohidrat sederhana berkaitan dengan gangguan fungsi endokrin ditandai dengan adanya riwayat penyakit pasien yaitu diabetes mellitus sejak 2 tahun lalu.

Diagnosis Gizi		Intervensi
P	Penurunan kebutuhan karbohidrat sederhana dan natrium	Memberikan diet DMRG yang sesuai dengan kebutuhan pasien
E	Gangguan fungsi endokrin	
S	Adanya riwayat penyakit pasien yaitu Diabetes Mellitus dan Hipertensi sejak 2 tahun lalu	

b. Domain Clinis

NC 3.3 Berat Badan Berlebih berkaitan dengan pola makan pasien yang salah ditandai dengan IMT $>25 \text{ kg/m}^2$.

Diagnosis Gizi		Intervensi
P	Berat badan berlebih	Memberikan edukasi mengenai pola makan yang benar bagi penderita DM dan Hipertensi serta porsi yang dianjurkan sesuai dengan URT
E	Pola makan pasien yang salah	
S	IMT $>25 \text{ kg/m}^2$	

c. Domain Behaviour

NB 1.6 Kurang patuh terhadap rekomendasi terkait gizi berkaitan dengan kurangnya nilai yang didapat untuk melakukan perubahan perilaku ditandai dengan hasil pemeriksaan fisik/klinis tekanan darah tinggi yaitu 152/84 mmHg.

Diagnosis Gizi		Intervensi
P	Kurang patuh terhadap rekomendasi terkait gizi	Memberikan edukasi mengenai prinsip pemberian makanan pada pasien DM dan Hipertensi
E	Kurangnya nilai yang didapat untuk melakukan perubahan perilaku	
S	Hasil pemeriksaan fisik/klinis tekanan darah tinggi yaitu 152/84 mmHg.	

10. Intervensi Gizi

a. Tujuan

- 1) Membantu meningkatkan asupan makan pasien
- 2) Membantu mempertahankan kadar gula darah normal dan mengontrol tekanan darah normal
- 3) Menerapkan prinsip 3J
- 4) Meningkatkan derajat kesehatan keseluruhan melalui gizi optimal

b. Preskripsi Diet

Pemberian Makanan dan Selingan (ND.1)

- 1) ND 1.1 : Jenis Diet : Diet DMRG
- 2) ND 1.2.1 : Bentuk Makanan : Biasa
- 3) ND 1.5 : Rute makanan : Oral
- 4) ND 1.3 : Jadwal/Frekuensi Pemberian: 3x makan utama dan 3x selingan
- 5) Energi : 1485 kkal
- 6) Protein : 29,7 gram
- 7) Lemak : 33 gram
- 8) Karbohidrat : 267,3 gram
- 9) Natrium : 1200 mg

c. Rekomendasi Diet

Waktu Makan	Golongan	Rekomendasi
Makan Pagi	Makanan Pokok	100 g
	Lauk hewani	35 g
	Lauk nabati	25 g
	Sayuran	100 g
	Minyak	5 g
Selingan Pagi	Buah	100 g
Makan Siang	Makanan pokok	200 g
	Lauk hewani	40 g
	Lauk nabati	50 g
	Sayuran	100 g
	Buah	110 g
Makan Sore	Minyak	10 g
	Buah	50 g
Makan Malam	Makanan pokok	100 g
	Lauk hewani	40 g
	Lauk nabati	110 g
	Sayuran	100 g
	Buah	100 g
Minyak		10 g
Nilai Gizi		Energi : 1476 kkal

	Protein : 51 g Lemak : 36 g Karbohidrat : 225 g
--	---

d. Domain Konseling

- 1) Memberikan penjelasan pengetahuan kepada pasien mengenai prinsip diet DMRG untuk mengatasi Hipertensi dan Diabets Mellitus.
- 2) Memberikan edukasi kepada pasien agar mengkonsumsi makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan serta untuk lebih memperhatikan aturan 3J untuk diet DM.

e. Domain Edukasi

1) Tujuan Edukasi

Untuk meningkatkan kepatuhan diet penderita dan keluarga melalui peningkatan pemahaman dan pengetahuan.

2) Konten atau Materi

- a. Memberikan penjelasan mengenai tujuan diet DMRG
- b. Menjelaskan prinsip atau syarat diet DMRG
- c. Menjelaskan tentang bahan makanan yang dianjurkan dan yang dibatasi.

11. Rencana Monitoring

Anamnesis	Hal yang Diukur	Waktu Pengukuran	Evaluasi/Target
Fisik/Klinis	Kesan umum, tanda vital (suhu dan Tekanan darah)	Setiap hari	Kesan umum baik, tanda vital normal
Dietery	Asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat	Setiap hari	Asupan terpenuhi minimal 80% dari kebutuhan

12. Pembahasan

a. Skrining Gizi

Pasien merupakan pasien yang berumur 60 tahun. Pasien diketahui didiagnosis Diabetes Mellitus dan Hipertensi sejak 2 tahun lalu. Skrining gizi yang digunakan yaitu menggunakan form MNA-SF.

Didapat skor akhir 13 yang menunjukkan bahwa pasien tidak berisiko malnutrisi.

Skrining gizi dilakukan sebagai awal tahapan dari pelayanan gizi, skrining gizi merupakan suatu cara untuk mengidentifikasi malnutrisi secara cepat dan mudah serta dapat menjadi rujukan untuk dilanjutkan ke asuhan gizi terstandar. Asuhan gizi terstandar mencakup ADIME (Asesmen, Diagnosis, Intervensi, Monitoring dan Evaluasi) yang memiliki tujuan sebagai pencegahan penurunan dari kondisi fisik dan mental, mencegah terjadinya komplikasi, mempercepat pemulihan penyakit, mempersingkat masa rawat inap di rumah sakit dan menjadi bahan asesmen gizi serta untuk memprediksi mortalitas pada pasien.

Alat skrining gizi yang digunakan harus bersifat cepat, mudah dan sederhana, selain itu alat skrining gizi harus memiliki sensitivitas, spesifisitas, dan reabilitas yang tinggi agar diperoleh hasil yang akurat pada proses skrining gizi. Untuk itu, digunakan form MNA sebagai alat skrining gizi yang sesuai bagi pasien lansia. Formulir skrining MNA merupakan skrining gizi yang diterapkan untuk pasien lanjut usia. Formulir skrining MNA terdiri dari enam pertanyaan berupa penilaian antropometri (IMT dan penurunan berat badan 3 bulan terakhir), penilaian umum (morbilitas, stress psikologis, penyakit akut pada 3 bulan terakhir, dan masalah neuropsikologis) dan penilaian diet (asupan makan 3 bulan terakhir). Skor maksimum skrining gizi MNA adalah 14 poin. Adapun pengkategorian malnutrisi berdasar total skor skrining gizi yaitu 0-7 poin mengindikasikan malnutrisi, 8-11 poin mengindikasikan adanya risiko malnutrisi, dan 12-14 poin mengindikasikan status gizi normal (Susetyowati, 2015).

MNA adalah alat yang praktis dan secara khusus telah digunakan serta dikembangkan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi secara dini status gizi pada lanjut usia untuk pencegahan resiko terjadinya kekurangan gizi dan untuk mendapatkan penanganan lebih awal sebelum terjadinya resiko malnutrisi. Penilaian gizi bagi lanjut usia ini sangat penting dilakukan karena kekurangan gizi pada lansia sering

tidak diketahui atau sulit terdiagnosis (Darmiati, Jafar, & Malasari, 2017).

b. Monitoring dan Evaluasi

1) Antropometri

Pengukuran antropometri dilakukan dengan pengukuran berat badan dan tinggi badan pasien, diketahui pasien memiliki tinggi badan 155 cm dan berat badan 61,1 kg. Status gizi pasien berdasarkan IMT yaitu Obesitas. Pada saat monitoring dan evaluasi, diketahui berat badan pasien tetap dan tidak mengalami penurunan. Berat badan adalah salah satu ukuran antropometri yang sudah digunakan sejak lama dalam penentuan status gizi khususnya pada orang dewasa. Ukuran antropometri ini memberikan gambaran tentang massa tubuh seseorang. Berat badan menggambarkan jumlah protein, lemak, air dan mineral yang terdapat di dalam tubuh. Berat badan digunakan sebagai parameter antropometri karena perubahan berat badan mudah terlihat dalam waktu singkat dan berat badan dapat menggambarkan status gizi saat ini (Par'i, 2017).

2) Biokimia

Pengukuran biokimia dilakukan untuk mendiagnosis penyakit, mendukung diagnosis gizi, mengawasi efektivitas intervensi medis, dan mengevaluasi intervensi dalam NCP. Pada awal skrining diketahui pasien telah melakukan pemeriksaan GDP dengan hasil pemeriksaan 89 mg/dl dan termasuk dalam kategori normal. Kadar gula darah pasien normal karena rutin mengkonsumsi obat. Obat yang rutin dikonsumsi adalah Glimepiride dan Metformin.

Glimepiride adalah obat penurun kadar gula darah dari golongan *Sulfonyurea*. Penurunan kadar gula darah terutama dicapai melalui stimulasi pelepasan insulin dari sel beta pankreas. Efektivitas dari obat secara predominan terjadi melalui perbaikan respons sel terhadap stimulasi dari glukosa fisiologis. Glimepiride meningkatkan aktivitas insulin dalam ambilan glukosa di perifer.

Sedangkan Metformin digunakan untuk menurunkan Hepatic Glucose Output dan menurunkan kadar glukosa puasa. Metformin menurunkan produksi glukosa di hepar dan meningkatkan sensitivitas jaringan otot dan adipose terhadap insulin.

3) Fisik dan Klinis

Pada saat assesment, pasien dalam keadaan composmentis, pemeriksaan fisik klinis dilakukan setiap hari. Berikut hasil monitoring selama 3 hari.

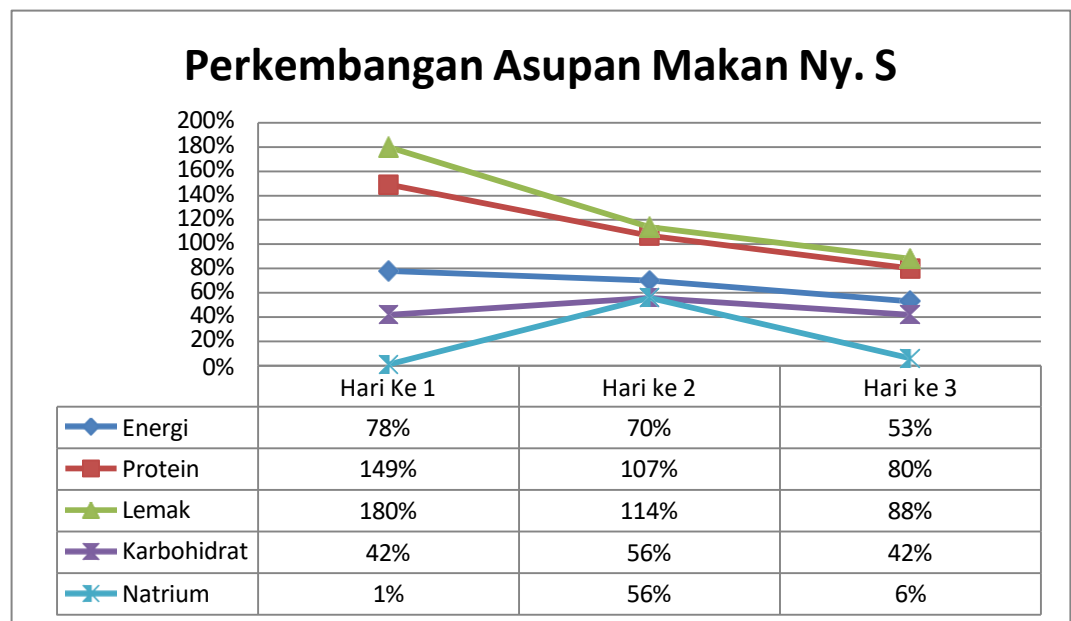
Fisik			
Jenis Pemeriksaan	Hari Monitoring		
	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Keadaan Umum	Composmentis	Composmentis	Composmentis
Klinis			
Jenis Pemeriksaan	Hari Monitoring		
	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Tekanan Darah	152/84 mmHg	143/85 mmHg	165/79 mmHg
Suhu	36 ⁰ C	36 ⁰ C	36 ⁰ C

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwasanya keadaan umum pasien dari hari ke hari adalah sama dalam keadaan composmentis. Selain pemeriksaan keadaan umum pasien, dilakukan juga pemeriksaan tekanan darah dan suhu pasien yang dilakukan setiap hari. Diketahui bahwasanya pada 3 hari pengamatan suhu pasien tergolong normal. Namun pada pemeriksaan tekanan darah diketahui bahwasanya dari hari pertama pengamatan tekanan darah pasien masih tergolong tinggi, kemudian pada hari kedua mengalami penurunan dan naik kembali pada pengamatan hari ketiga. Kenaikan tekanan darah pasien pada hari ketiga dikarenakan pasien mengatakan lupa meminum obat tekanan darah di pagi hari.

4) Asupan Makan

Pasien diberikan diet DMRG dengan bentuk makanan biasa. Asupan makan pasien selama 3 hari diamati dengan metode recall 24 jam. Berikut hasil pengamatan selama 3 hari:

Hari 1					
Monitoring	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)	Natrium (mg)
Recall	1155,7	44,2	59,5	112	623,4
Kebutuhan	1485	29,7	33	267,3	1200
%Asupan	77,8%	148,8%	180%	41,9%	1,2%
Keterangan	Defisit	Lebih	Lebih	Defisit	Defisit
Hari 2					
Monitoring	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)	Natrium (mg)
Recall	1041,6	31,5	37,5	149,6	666
Kebutuhan	1485	29,7	33	267,3	1200
%Asupan	70,1%	106,6%	113,6	55,9%	55,5%
Keterangan	Defisit	Cukup	Lebih	Defisit	Defisit
Hari 3					
Monitoring	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)	Natrium (mg)
Recall	794,2	23,7	29,1	111,8	67,9
Kebutuhan	1485	29,7	33	267,3	1200
%Asupan	53,4%	79,7%	88,1%	41,8%	5,6%
Keterangan	Defisit	Defisit	Cukup	Defisit	Defisit



Berdasarkan monitoring asupan makan selama 3 hari, dapat dilihat bahwasanya asupan lemak pasien yang berlebih pada hari pertama dan kedua kemudian menjadi cukup sesuai dengan kebutuhan pada hari ketiga. Hal ini disebabkan karena pasien

sudah mulai mengontrol asupan makan nya sedikit demi sedikit meskipun asupan yang lain masih tergolong kurang. Namun pasien telah mengoptimalkan untuk mengurangi makanan yang berlemak.

5) Edukasi dan Konseling Gizi

Edukasi dilakukan untuk mendukung terlaksananya terapi diet. Setiap hari pasien dimotivasi untuk mengkonsumsi makanan yang sudah dianjurkan dengan porsi dan pola makan yang seimbang. Sasaran diberikan edukasi gizi mengenai Diet DMRG. Pada saat edukasi gizi, dijelaskan tentang pengertian diet, tujuan diet, syarat diet dan pemilihan bahan makanan menggunakan media leaflet diet dan daftar bahan makanan penerkar. Sasaran juga dimotivasi untuk patuh terhadap diet yang diberikan dengan memberikan motivasi pola makan dengan porsi kecil tetapi sering. Pada saat edukasi juga dilakukan evaluasi dengan menanyakan kembali mengenai materi yang telah disampaikan. Sasaran dapat menyebutkan tujuan diet dan pengaturan makannya. Hal ini membuktikan bahwa adanya edukasi gizi dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang diet yang sedang dijalankan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang menunjukkan bahwa pengetahuan pasien meningkat menjadi pengetahuan baik setelah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan media leaflet (Simatupang, 2017).

Selain itu, asupan makan pasien dari hari ke hari mengalami peningkatan dan patuh terhadap diet yang diberikan. Hal ini menunjukkan bahwa sikap dan perilaku pasien berubah menjadi lebih baik setelah diberikan edukasi. Pendidikan kesehatan dapat mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat menjadi perilaku yang sehat (Nuryanto, 2014). Sejalan dengan teori bahwa pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang. Meningkatnya pengetahuan membuat sikap seseorang menjadi lebih baik. Sikap

dapat menimbulkan pola-pola cara berpikir tertentu dan pola-pola cara berpikir ini mempengaruhi tindakan seseorang.

C. Pembinaan dan Pemberdayaan Kader Posyandu Lansia

Dilaksanakan kegiatan bagi kader posyandu pada:

1. Hari/tanggal : Kamis, 25 Agustus 2022
2. Waktu : 15.30 – 16.00 WIB
3. Metode : Pemaparan materi menggunakan PPT
4. Topik : Penyakit Tidak Menular (Pengetahuan Mengenai Diet Pada Penderita Asam Urat dan Cara Pencegahannya)
5. Sasaran Langsung : Kader Posyandu Lansia
6. Sasaran Tidak Langsung : Lansia
7. SAP dan KAK : Terlampir
8. Materi Pendidikan dan Pelatihan :
 - a. Pengertian Penyakit Asam Urat
 - b. Tanda dan Gejala Asam Urat
 - c. Penyebab Asam Urat
 - d. Komplikasi Asam Urat
 - e. Diet Bagi Penderita Asam Urat
9. Hasil dan Pembahasan
 - a. Persiapan

Kegiatan pendidikan dan pelatihan ini dilaksanakan secara luring, dimulai dari mengetahui cakupan penyakit yang sering diderita oleh lansia. Lansia sering mengalami gejala-gejala asam urat seperti nyeri pada sendi. Untuk mengatasi keluhan lansia yang datang ke posyandu lansia lebih baik apabila memberikan edukasi kepada kader mengenai tanda dan gejala asam urat serta diet bagi penderita asam urat. Sehingga pada saat posyandu lansia kader dapat memberikan edukasi dan penanganan diet bagi para lansia yang menderita asam urat. Topik yang diberikan kepada kader posyandu lansia yaitu “Pengetahuan Mengenai Diet Pada Penderita Asam Urat dan Cara Pencegahannya”

Langkah selanjutnya yaitu penyusunan Satuan Acara Penyuluhan atau SAP, dan menyampaikan rencana kegiatan serta melakukan

perizinan kepada kepala puskesmas dan pengelola gizi Puskesmas Depok II. Selanjutnya mengatur jadwal kegiatan yang bertepatan dengan adanya kegiatan posyandu lansia yang akan dihadiri oleh pihak puskesmas.

b. Pelaksanaan

Kegiatan pendidikan dan pelatihan dilaksanakan pada hari Kamis, 25 Agustus 2022 dengan jumlah peserta yang hadir 9 orang kader. Kegiatan diawali dengan pembukaan, perkenalan dan menyampaikan tujuan dilakukannya diklat. Selanjutnya peserta diminta untuk melakukan pretest. Pretest dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui pengetahuan awal peserta sebelum diberikan materi. Setelah semua peserta selesai mengerjakan pretest, pemaparan materi mengenai asam urat disampaikan. Materi disampaikan menggunakan metode power point dengan kegiatan ceramah dan diskusi tanya jawab. Kemudian kegiatan diklat ditutup dengan melakukan posttest, posttest dilakukan dengan tuuan untuk mengetahui pengetahuan peserta setelah diberikan materi.

c. Evaluasi

1) Struktur

Pelaksanaan kegiatan penyuluhan secara luring menggunakan powerpoint dan ditambah dengan ceramah untuk lebih memahamkan peserta mengenai materi yang disampaikan. Kegiatan dimulai pada pukul 15.30-16.00 WIB di Posyandu Asparagus 1.

2) Proses

Kegiatan pendidikan dan pelatihan ini dihadiri oleh 9 orang kader dari posyandu Asparagus 1. Kegiatan diklat berjalan dengan lancar, hanya saja karena keterbatasan waktu sehingga kader yang dapat mengikuti diklat dari awal pengerjaan pretest yaitu 9 orang, untuk kader yang lain datang terlambat namun tetap masih dapat mengikuti pemaparan materi yang diberikan.

3) Hasil

Pretest dan posttest dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui pengetahuan peserta sebelum dan sesudah diberikan materi diklat. Berikut merupakan nilai dari hasil pretset dan pposttest peserta:

No	Nama	Pretest	Posttest	Keterangan
1.	Ny. M	70	100	Naik
2.	Ny. Y	100	100	Tetap
3.	Ny. J	100	100	Tetap
4.	Ny. W	70	70	Tetap
5.	Ny. E	30	100	Naik
6.	Ny. I	0	30	Naik
7.	Ny. S	30	70	Naik
8.	Ny. Su	30	70	Naik
9.	Ny. Sy	100	100	Tetap
Rata-rata		58,8	82,2	

Dari hasil pretest dan posttest, diketahui bahwa terdapat 9 orang peserta yang mengisi pretest dan posttest dari keseluruhan kader yang hadir. Nilai rata-rata pretest peserta adalah 58,8 sedangkan nilai rata-rata posttest peserta adalah 82,2. Berdasarkan hasil pretest dan posttest dapat diketahui bahwa terdapat kenaikan nilai dengan peningkatan nilai rata-rata dari 58,8 menjadi 82,2. Dari 9 peserta terdapat 5 orang yang nilai nya naik, kemudian untuk 4 peserta lain nilai nya tetap namun dengan nilai 100 dari pretest dan posttest. Maka dapat disimpulkan bahwasanya terjadi peningkatan pengetahuan kader mengenai materi diet untuk penderita asam urat dan pencegahannya yang sudah diberikan.

Dari hasil analisa skor pengetahuan peserta, disimpulkan bahwa pendidikan dan pelatihan mengenai materi diet untuk penderita asam urat dan pencegahannya berhasil meningkatkan pengeahuan kader. Sejalan dengan Rastini, dkk (2018) bahwa meningkatkan pengetahuan seseorang dapat dilakukan dengan dengan melakukan dengan metode penyuluhan. Penyuluhan merupakan bagian dari pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Penyuluhan dapat dilaksanakan antara lain dengan metode

ceramah. Dengan metode ceramah saja tentu dapat membuat peserta cepat bosan sehingga dapat dilakukan diskusi tanya jawab dalam proses penyampaian materi.

Kegiatan diklat ini dilakukan untuk menunjang kegiatan posyandu lansia, dalam pemberian konsuling mengenai penyakit yang sering diderita oleh lansia yaitu asam urat. Sehingga para kader dapat lebih percaya diri dalam menyampaikan edukasi kepada para lansia yang datang ke posyandu untuk konseling.

D. Program Kegiatan Inovatif

PROGRAM LANSIA GERAKAN KELAS PINTAR ASAM URAT

1. Latar Belakang

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan daur kehidupan manusia. Seiring bertambahnya usia seseorang maka terjadi kecenderungan menurunnya berbagai kapasitas fungsional baik pada tingkat seluler maupun pada tingkat organ yang dapat mengakibatkan terjadinya degenerasi sejalan dengan proses menua. Proses menua dapat mempengaruhi pada perubahan fisiologis yang tidak hanya berpengaruh terhadap penampilan fisik, namun juga terhadap fungsi dan tanggapannya pada kehidupan sehari-hari. Pada lanjut usia terjadi kemunduran sel-sel karena proses penuaan yang dapat berakibat pada kelemahan organ, kemunduran fisik dan timbulnya berbagai macam penyakit seperti peningkatan kadar asam urat.

Penyakit asam urat atau biasa dikenal dengan Gout Atrhitis merupakan suatu penyakit yang diakibatkan karena penimbunan kristal monosodium urat di dalam tubuh. Asam urat merupakan hasil metabolisme akhir dari purin yaitu salah satu komponen asam nukleat yang terdapat dalam inti sel tubuh. Peningkatan kadar asam urat dapat mengakibatkan gangguan pada tubuh manusai seperti perasaan nnyeri di daerah persendian dan sering disertai timbulnya rasa nyeri yang teramat sangat bagi penderitanya.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2013, prevalensi penyakit sendi adalah 11,9% dan kecenderungan

prevalensi penyakit sendi, encok dan rematik (24,7%). Maka dari itu perlu adanya upaya-upaya baik bersifat pencegahan, pengobatan, pola hidup sehat dan juga upaya lain seperti menjaga pola makan yang sehat dan olahraga ringan.

Program lansia “Gerakan Kelas Pintar Asam Urat” merupakan program yang bersifat preventif dan promotif yang menggabungkan layanan utama yaitu pemberdayaan Posbindu lansia, Senam Ergonomik dan Kelas Gizi untuk lansia. Melalui kegiatan ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup para orang tua yang lebih rentan terhadap penyakit dengan ikut serta memberdayakan kader kesehatan setempat dalam memantau kesehatan lansia yang ada di daerah itu secara individual dan detail.

2. Tujuan

a. Tujuan Umum

Meningkatkan status kesehatan lansia di wilayah kerja Puskesmas Depok II.

b. Tujuan Khusus

- 1) Mempromosikan senam ergonomik dan memahami pentingnya aktivitas fisik di usia lanjut.
- 2) Meningkatkan kesadaran lansia tentang gizi dalam pencegahan dan pengendalian asam urat.

3. Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan

No	Kegiatan Pokok	Rician Kegiatan	Pihak Terkait			
			Lintas Program	Uraian Tugas	Lintas Sektor	Uraian Tugas
1.	Posbindu Lansia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan kesehatan 2. Memberikan vitamin B Kompleks 3. Melakukan pendataan lansia 	Dokter umum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan tekanan darah 2. Pemeriksaan asam urat 3. Pemeriksaan kadar gula darah 4. Pemeriksaan kadar kolestrol 	Desa	Pendampingan

2.	Kelas Pintar Asam Urat	1. Senam Ergonomik 2. Penyuluhan gizi lansia mengenai asam urat	Kader Posyandu Lansia	1. Senam Ergonomik selama ±10 menit 2. Penyuluhan mengenai gejala dan tanda asam urat serta diet bagi penderita asam urat	Desa	Penyuluhan gizi
----	------------------------	--	-----------------------	--	------	-----------------

4. Cara Pelaksanaan Kegiatan

No	Kegiatan	Cara Melaksanakan Kegiatan
1.	Posbindu Lansia	a. Melakukan pendataan lansia b. Melakukan pemeriksaan kesehatan pada lansia c. Melakukan pengecekan lab sederhana (Asam Urat, GDS dan Kolestrol) d. Pencatatan hasil pengecekan dalam KMS lansia e. Memberikan vitamin B kompleks
2.	Kelas Pintar Asam Urat	a. Melakukan senam Ergonomik bersama-sama b. Penyuluhan gizi mengenai Asam Urat c. Penyuluhan diet bagi penderita asam urat

5. Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Tahun 2022											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Posbindu Lansia	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
2.	Kelas Pintar Asam Urat	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

6. Alat dan Bahan

a. Kegiatan Posbindu Lansia

- 1) Tensimeter
- 2) Timbangan Badan
- 3) Metline

- 4) Termometer
 - 5) Microtois
 - 6) GCU (Alat pengukur gula darah, kolestrol dan asam urat)
 - 7) Form evaluasi pemeriksaan darah
- b. Kelas Pintar Asam Urat
- 1) Daftar hadir lansia
 - 2) Media penyuluhan : leaflet, foodmodel

7. Sasaran

Sasaran dalam kegiatan ini adalah lansia di wilayah kerja Puskesmas Depok II.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Skrining kesehatan lansia di Puseksmas Depok II menggunakan *handgrip* untuk menilai kekuatan otot yaitu kekuatan genggam tangan dan form kuesioner WHOQOL-BREF untuk menentukan kualitas hidup lansia.
2. Hasil skrining kesehatan lansia setelah melakukan pengukuran kekuatan otot tangan dengan *handgrip* dan diulang sebanyak 3x memiliki hasil kekuatan otot tangan responden lansia rata-rata adalah lemah. Hasil pengukuran kualitas hidup lansia menggunakan metode skrining WHOQOL-Bref dari keempat domain memiliki rata-rata hasil kualitas hidup baik.
3. Pada kegiatan homecare pasien mempunyai riwayat penyakit DM dan Hipertensi. Berdasarkan hasil skrining MNA-SF pasien tidak berisiko malnutrisi. Dengan hasil assesment status gizi obesitas 1, data biokimia kadar gula darah puasa pasien normal, dietary history pasien memiliki kebiasaan makan dan asupan makan dari recall 24 jam termasuk kurang namun berlebih pada asupan protein dan lemak. Kebutuhan pasien energi 1485 kkal, protein 29,7 g, lemak 33 g, karbohidrat 267,3 g. Diagnosis gizi pasien : Penurunan kebutuhan karbohidrat sederhana, ketidak patuhan terhadap rekomendasi diet, dan berat badan berlebih. Intervensi gizi yang diberikan diet DM 1500 kkal. Hasil evaluasi dan monitoring asupan makan pasien mengalami peningkatan perbaikan asupan setiap harinya.
4. Pembinaan dan pemberdayaan kader terkait pendidikan dan pelatihan tentang “Pengetahuan Mengenai Diet Pada Penderita Asam Urat dan Cara Pencegahannya”.
5. Kegiatan inovasi Kelas Pintar Asam Urat dengan pokok kegiatan posbindu dan dengan adanya kegiatan senam Ergonomik untuk asam urat.

B. Saran

1. Rekomendasi selanjutnya agar memiliki hasil yang relevan perlu adanya kegiatan rutin untuk pengukuran kekuatan otot tangan dengan *handgrip*.

2. Kegiatan skrining kualitas hidup lansia menggunakan WHOQOL-Bref perlu dilakukan secara rutin agar selalu menjaga kualitas hidup lansiaselalu baik.
3. Pasien lansia diharapkan untuk mempertahankan komitmen nya untuk rutin kontrol ke puskesmas agar dapat dipantau status kesehatanya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, R.Y. 2014. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik. Jakarta: TransInfo Media.
- Clara, N., M. Kusharto, dan Meti, C.D. (2017). Hubungan Status Gizi dan Kesehatan dengan Kualitas Hidup Lansia di Dua Lokasi Berbeda. *Jurnal MKMI*. 13(4).
- Darmiatty, Jafar, N., & Malasari, S. (2017). Screening and Assesment of Nutritional Status on Erderly in Rampang Makassar . *Indenosian Contemporary Nursing Journal*, 1(2), 8-93.
- Goodpaster BH, Park SW, Harris TB, Kritchevsky SB, Nevitt M, Schwartz a V, dll. The Loss of Skeletal Muscle Strength, Mass, and Quality in Older Adults: The Health, Aging and Body Composition Study. *Journals Gerontol A Biol Sci*. 2006;61:1059-64.
- Kurniawati, D., dan A. Dewi. (2018). Nutritional Status and Quality of Life in Elderly. *Nutricion Hospitalaria*, 34(4):11-15.
- Maryam, R.S., Ekasari, M.F., Rosidawati,et al. 2008. Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya. Jakarta:Penerbit Salemba Medika.
- Nair, K Sreekumuran. (2005). Aging Muscle. *American Journal Clinical Nutrition*. 85:965-63.
- Noorkasiani, T. S. 2009. Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Nuryanti, T 2012. Hubungan Perubahan PeranDiri dengan Tingkat Depresi Lansia yangTinggal di UPT PSLU Pasuruan
- Nuryanto, A. P. (2014). Pengaruh Penididikan Gizi Terhadap Pengetahuan dan Sikap Tentang Gizi Anak Sekolah Dasar. *Jurnal Gizi Indonesia*, Vol 3 No 1 Page 32-36.
- Par'i, H. M. (2017). *Penilaian Status Gizi Dilengkapi Proses Asuhan Gizi Terstandar*. Jakarta: EGC.

Simatupang, R. (2017). Pendidikan Kesehatan Melalui Media Leaflet Tentang Diet DM Terhadap Pengetahuan Pasien DM di RSUD Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah. *Jurnal Ilmiah Kohesi*, Vol 1 No 2.

Supriani, A., Kiftiyah dan Rosyidah, Nanik. N. 2021. Analisis Domain Kualitas Hidup Lansia Dalam Kesehatan Fisik Dan Psikologis. Mojokerto. *Journals Of Ners Community* Vol. 12 No. 1

LAMPIRAN

Lampiran 1. SAP Diklat

SATUAN ACARA PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

1. Judul : Pengetahuan Mengenai Diet Pada Penderita Asam Urat
2. Pokok Bahasan : Materi tentang Asam Urat
3. Sub Bahasan :
 - a. Mengetahui tentang penyakit asam urat
 - b. Mengetahui tanda dan gejala asam urat
 - c. Mengetahui penyebab asam urat
 - d. Mengetahui komplikasi asam urat
 - e. Mengetahui diet bagi penderita asam urat
4. Sasaran : Lansia
5. Hari, Tanggal : Kamis, 25 Agustus 2022
6. Tempat : Posyandu Asparagus 1
7. Tujuan
 - 1) Tujuan Umum
Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan lansia mampu mengetahui tentang penyakit asam urat.
 - 2) Tujuan Khusus
Setelah dilakukan penyuluhan mengenai asam urat, diharapkan mampu:
 - a) Menjelaskan mengetahui tentang penyakit asam urat
 - b) Mengetahui tanda dan gejala asam urat
 - c) Mengetahui penyebab asam urat
 - d) Mengetahui komplikasi asam urat
 - e) Mengetahui diet bagi penderita asam urat
 - 3) Materi : Terlampir

- 4) Metode : Ceramah, diskusi, tanya jawab
- 5) Media dan Alat bantu : Powerpoint
- 6) Matriks Kegiatan

No	Waktu	Kegiatan Pelatihan	Kegiatan Peserta
1	09.00-09.05	Pembukaan Memberikan salam Memperkenalkan diri Menjelaskan kontrak: waktu, susunan acara, topik, serta tujuan pelatihan	Menjawab salam Mendengarkan dan memperhatikan Mendengarkan dan memperhatikan
	09.05-09.10	Pengerjaan Pretest Membagikan soal pretest kepada sasaran	Mengerjakan soal pretetst
2	09.10-09.30	Pelaksanaan Menjelaskan materi secara berurutan dan teratur. Materi: a. Menjelaskan tentang asam urat b. Menjelaskan tentang tanda dan gejala asam urat c. Menjelasakan tentang penyebab asam urat d. Menjelaskan tentang koplikasi asam urat e. Menjelaskan tentang diet bagi penderita asam urat	Mendengarkan penjelasan dan menyimak
3	09.30-09.50	Penutup Memberikan kesempatan bertanya Melakukan evaluasi Menyimpulkan materi pelatihan bersama Memberikan soal posttest Mengucapkan terimakasih dan salam	Menyimpulkan materi Mengerjakan soal posttest Menjawab salam

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian Asam Urat

Athritis Gout atau asam urat merupakan suatu penyakit peradangan pada persendian yang dapat diakibatkan oleh gangguan metabolisme maupun gangguan ekskresi dari asam urat yang merupakan produk akhir dari metabolisme purin, sehingga terjadi peningkatan kadar asam urat dalam darah. Peningkatan kadar asam urat dalam darah disebut Hiperurisemia. Asam urat muncul sebagai serangan peradangan sendi yang timbul berulang-ulang.

B. Tanda dan Gejala Asam Urat

Gejala khas dari serangan asam urat adalah serangan akut biasanya bersifat monoartikular (menyerang satu sendi saja) dengan gejala pembengkakan, kemerahan, nyeri hebat, panas dan gangguan gerak dari sendi yang terserang yang terjadi mendadak (akut) mencapai puncaknya kurang dari 24 jam.

Tanda dan gejala umum yang dialami penderita asam urat yaitu kesemutan dan linu, nyeri terutama malam hari atau pagi hari saat bangun tidur, sendi yang terkena asam urat terlihat bengkak, kemerahan, panas dan nyeri luar biasa pada malam hari maupun pagi hari.

C. Penyebab Asam Urat

Penyebab dari terjadinya asam urat yaitu faktor genetik seperti gangguan metabolisme purin yang menyebabkan asam urat berlebihan, retensi asam urat atau keduanya. Serta penyebab sekunder yaitu akibat obesitas, diabetes mellitus, hipertensi, dan gangguan ginjal yang dapat menyebabkan asam urat.

D. Komplikasi Asam Urat

Adanya asam urat dapat menyebabkan hipertensi dan penyakit ginjal. Tiga komplikasi pada ginjal berupa batu ginjal, gangguan ginjal

akut, dan kronis akibat asam urat. Batu ginjal terjadi sekitar 10-25% pasien dengan asam urat primer. Kelarutan kristal asam urat meningkat pada suasana pH urin yang basa. Penumpukan jangka panjang dari kristal pada ginjal dapat menyebabkan gangguan ginjal kronik.

E. Diet Bagi Penderita Asam Urat

Diet untuk penderita asam urat bertujuan untuk menurunkan kadar asam urat dalam darah serta mempertahankan status gizi yang optimal. Diet diberikan untuk penderita asam urat dengan kadar asam urat $>7,5$ mg/dl. Faktor yang mempengaruhi asam urat meningkat yaitu karena ketidakseimbangan asupan protein dalam makanan yang dikonsumsi yang mengandung purin tinggi. Adapun beberapa diet yang harus dilakukan oleh penderita asam urat, yaitu dengan mematuhi beberapa prinsip antara lain:

1. Membatasi Asupan Purin

Purin yang merupakan bagian dari protein. Membatasi asupan purin berarti mengurangi konsumsi makanan yang mengandung protein tinggi. Jumlah maksimal asupan protein bagi penderita asam urat sekitar 50-70 g/hari setara dengan 1 – 1 ½ potong perhari. Purin merupakan protein yang termasuk dalam golongan nukleoprotein yaitu salah satu komponen asam nukleat yang terdapat dalam inti sel tubuh. Tubuh manusia memproduksi purin sekitar 80-85% yang diproduksi oleh ginjal, dan sisanya berasal dari makanan yang dikonsumsi. Konsumsi makanan yang mengandung purin tinggi dapat menyebabkan ginjal kesulitan untuk mengeluarkan kelebihan asam urat di dalam tubuh sehingga dapat menyebabkan terjadinya

penumpukan kristal asam urat pada area persendian. Asam urat adalah sisa metabolisme protein makanan yang mengandung purin.

Oleh karena itu konsumsi makanan yang mengandung protein secara berlebihan akan meningkatkan kadar asam urat.

Makanan yang mengandung purin terbagi menjadi 3 kelompok yaitu:

- a. Tinggi Purin yaitu makanan yang harus dihindari oleh penderita asam urat karena memiliki kadar purin tinggi yaitu 100-1.000 mg purin dalam bahan makanan. Makanan yang memiliki kandungan purin tinggi terdapat pada bebek, sarden, kornet, kerang, jeroan, alkohol, tape, durian dan alpukat.
- b. Purin Sedang yaitu makanan yang sebaiknya dibatasi untuk dikonsumsi oleh penderita asam urat. Kadar purin sedang mengandung 10-99 mg purin. Makanan yang berkadar purin dapat dikonsumsi maksimal 50-70 mg atau 1-1 ½ potong atau satu mangkuk (100 mg) per hari. Makanan tersebut antara lain daging sapi, ayam, ikan, udang, tahu, tempe, bayam, daun singkong
- c. Rendah Purin yaitu makanan yang bebas untuk dikonsumsi karena kadar purinnya rendah seperti ubi, jagung, roti dan bihun.

2. Tidak Mengonsumsi Alkohol

Mengonsumsi alkohol sebanyak >4 kali dalam seminggu akan meningkatkan kadar asam urat, karena di dalam tubuh alkohol dapat meningkatkan asam laktat plasma. Oleh karena itu orang yang sering mengonsumsi minuman beralkohol memiliki kadar asam urat lebih tinggi daripada orang yang tidak mengonsumsi alkohol.

Alkohol merupakan makanan dan minuman yang

diperoleh melalui proses fermentasi gula. Fermentasi adalah proses pemecahan senyawa kompleks menjadi sederhana. Alkohol yang masuk ke dalam tubuh melalui saluran cerna akan diserap oleh intestinum. Alkohol yang diserap oleh intestinum selanjutnya di salurkan melalui peredaran darah menuju hepar untuk di metabolisme. Kemudian oleh hepar alkohol akan dimetabolisme. Proses metabolisme alkohol di hepar yang pertama yaitu alkohol dirubah menjadi asam asetat. Asam asetat yang telah terbentuk dapat digunakan sebagai asam substrat untuk menghasilkan energi.

3. Mengurangi Asupan Lemak

Makanan yang mengandung lemak bagi penderita asam urat dapat menghambat ekskresi asam urat melalui urin. Makanan yang mengandung lemak tinggi antara lain seafood, jeroan, makanan yang digoreng, makanan bersantan, mentega, alpukat, dan durian. Lemak yang telah dikonsumsi oleh seseorang kemudian masuk ke dalam tubuh dan mengalami proses pencernaan. Proses pencernaan lemak di dalam tubuh akan mengalami oksidasi di hati dan membentuk asam KoA. Ketika oksidasi asam lemak berlebihan maka produksi asetil KoA akan mengalami peningkatan.

4. Mengonsumsi Banyak Cairan

Cairan berfungsi sebagai pelarut dan juga sebagai media pembuangan hasil metabolisme sehingga dapat menurunkan kadar asam urat di dalam tubuh. Penderita asam urat sebaiknya mengonsumsi banyak air, minimal 2,5 liter per hari yaitu setara dengan 10 gelas per hari.

Selain air putih cairan bisa didapatkan dari buah-buahan yang mengandung banyak air.

Lampiran 2. Self Assesment

Nama Mahasiswa	Fariddina Nafis Tsuraya
NIM	P07131521026
Rotasi	Asuhan Gizi Lansia dan Keluarga

Saya Sudah Dapat Melakukan	Baik	Ragu	Tidak Baik
Screening masalah gizi lansia secara kelompok	√		
Asuhan gizi/NCP untuk homecare di luargedung 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	√		

- a. Pada rotasi asuhan gizi lansia ini saya akan lebih belajar untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan saya di bidang ini. Kemampuan dan pengetahuan yang sudah saya dapatkan sebelumnya akan saya tingkatkan lagi dengan menjalani rotasi ini. Mengenai hal-hal seperti lebih mendalami terkait program-program yang ada di puskesmas yang ditujukan untuk kesehatan lansia, lebih mendalami lagi mengenai beberapa kajian yang ditujukan kepada lansia, lebih mendalami lagi mengenai asuhan gizi lansia yang bersangkutan dengan faktor lingkungan nya.
- b. Pada pelaksanaan rotasi asuhan gizi lansia ini saya dapat mengetahui hal- hal baru dan permasalahan-permasalahan baru yang terdapat di masyarakat. Kemudian saya mendapat banyak pengetahuan juga mengenai faktor lingkungan dan masyarakat yang dapat sangat berpengaruh terhadap kesehatan lansia. Sehingga setelah rotasi ini dilaksanakan saya mendapat banyak ilmu, pengetahuan dan kemampuan yang semakin bertambah untuk dapat saya terapkan dimasyarakat nantinya.

Lampiran 3. Dokumentasi



Kegiatan Skrining Lansia Wawancara
WHOQOL-Bref



Kegiatan Skrining Lansia Test
Handgrip



Kegiatan Pendidikan dan Pelatihan Ibu
Kader



Kegiatan Homecare



Kegiatan Homecare (Konseling Gizi)