

TUGAS AKHIR
ASUHAN GIZI LANSIA DAN KELUARGA DI
MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
GAMPING II SLEMAN



Di Susun Oleh :
THENY RAMADHANTY
P07131519017

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN YOGYAKARTA
JURUSAN GIZI
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI DIETISIEN
2020

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

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

Theny Ramadhanty
P0713121519017

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji pada tanggal:

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

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

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

Anggota,
Setyowati, SKM, M.Kes (.....
NIP. 196406211988032002

Yogyakarta, 2021
Ketua Jurusan Gizi



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul “Asuhan Gizi Pada Pasien Stroke Non Hemorrhagic dengan Bronkhitis dan Hipertensi Urgency Di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta”. Penulis menyadari dalam proses penulisan tugas akhir ini tidak lepas dari bimbingan, pengarahan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

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

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

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A.Latar Belakang.....	1
B.Tujuan.....	2
C.Manfaat.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
A.Pengertian Lansia.....	4
B.Masalah Gizi Pada Lansia.....	4
C.Perubahan Fisiologis Pada Lansia	6
D.NCP (Nutrition Care Process) Pada Lansia	7
E. Posyandu Lansia	7
F. Pendidikan dan Pelatihan	8
G.Konseling Gizi.....	8
H.Kebutuhan Energi, Protein dan Zat Besi	9
BAB III.....	11
METODE PENELITIAN	11
A.Jenis dan Rancangan Studi Kasus	11
B.Subyek Studi Kasus.....	11
C.Fokus Studi.....	11
D.Definisi Oprasional Fokus Studi.....	11
E. Instrument Studi Kasus.....	14
F. Metode Pengumpulan Data	14
G.Tempat dan Waktu Studi Kasus	15
H.Analisis Data dan Penyajian Data	15
I. Etika Studi Kasus.....	15
BAB IV.....	16
HASIL PELAKSANAAN KEGIATAN	16
A.Skrining Masalah Gizi Lansia.....	16
B.NCP	24
C.Hasil Skrining Gizi	29
D.Riwayat Makan (FH).....	25

E. Standar Pembanding (CS)	26
F. Antropometri (AD.1.1)	27
G. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)	28
H. Biokimia (BD)	28
I. Terapi Medis dan Fungsi	29
J. Diagnosis Gizi	30
K. Rekomendasi Diet	31
L. Edukasi Gizi (E)	32
M. Domain Konseling (C)	32
N. Rencana Monitoring	33
O. Monitoring dan Evaluasi	33
P. Program Kegiatan Inovatif	39
BAB V	45
PENUTUP	45
A. Kesimpulan	45
B. Saran	45
Daftar Pustaka	46
Lampiran	47

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Rencana Metode Pengumpulan Data	14
Tabel 2. Interpretasi Pengukuran IMT	17
Tabel 3. Interpretasi Pengukuran Lingkar Perut	17
Tabel 4. Interpretasi Pengukuran Kekuatan Otot	17
Tabel 5. Interpretasi Pengukuran Kualitas Hidup	17
Tabel 6. Interpretasi Pengukuran Tekanan Darah	18
Tabel 7. Interpretasi Pengukuran Gula Darah Sewaktu, Kolesterol dan Asam Urat	18
Tabel 8. Karakteristik Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping 2	20
Tabel 9. Rekap Hasil Pengukuran Kualitas Hidup Lansia dengan 4 Kategori	23
Tabel 10. Riwayat klien yang lain	25
Tabel 11. Riwayat makan pasien	25
Tabel 12. Standar pembandingan	26
Tabel 13. Antropometri	27
Tabel 14. Pemeriksaan Fisik Klinis	28
Tabel 15. Pemeriksaan biokimia	28
Tabel 16. Terapi Medis	30
Tabel 17. Implementasi diet	31
Tabel 18. Rekomendasi diet	31
Tabel 19. Rencana monitoring	33
Tabel 20. Hasil monitoring vital sign	34
Tabel 21. Hasil monitoring keluhan utama pasien	34
Tabel 22. Hasil monitoring asupan makan pasien	35

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

WHO (World Health Organization) memperkirakan pada tahun 2025, jumlah lansia di dunia dapat mencapai 1,2 miliar orang, jumlah ini akan terus bertambah hingga 2 miliar orang pada tahun 2050.(1) Berdasarkan laporan Perserikatan Bangsa-Bangsa 2011, pada tahun 2000-2005 usia harapan hidup adalah 66,4 tahun (dengan persentase populasi lansia tahun 2000 adalah 7,74%), dan pada tahun 2045-2050 usia harapan hidup diperkirakan akan meningkat menjadi 77,6 tahun (dengan persentase populasi lansia tahun 2045 adalah 28,68%). Badan Pusat Statistik (BPS) turut melaporkan terjadi peningkatan usia harapan hidup di negara Indonesia, yaitu pada tahun 2000 usia harapan hidup orang Indonesia adalah 64,5 tahun (dengan persentase populasi lansia adalah 7,18). Kemudian meningkat menjadi 69,43 tahun pada tahun 2010 (dengan persentase populasi lansia adalah 7,56%) dan pada tahun 2011 menjadi 69,65 tahun (dengan persentase populasi lansia adalah 7,58%).(2) Hasil sensus penduduk tahun 2010 menunjukkan bahwa Indonesia termasuk dalam peringkat 5 besar negara dengan jumlah penduduk lansia terbanyak di dunia. Bappenas menyebutkan jumlah lansia pada tahun 2050 akan mencapai 80 juta orang dengan komposisi usia 60-69 tahun berjumlah 35,8 juta, usia 70-79 tahun berjumlah 21,4 juta dan 80 tahun ke atas ada 11,8 juta.

Pada proses penuaan atau lanjut usia biasanya terjadi berbagai macam masalah kesehatan yang mengakibatkan menurunnya fungsi tubuh pada lanjut usia, sehingga dengan sendirinya akan merasah sulit dalam beraktivitas dalam kesehariannya (Qonitah and Isfandiari, 2015). Dan pada lansia tersebut tidak bisa mendatangi puskesmas untuk memeriksa, oleh karena itu sehingga sangat sulit dalam memeriksa masalah-masalah kesehatan yang ada pada lanjut usia tersebut, dan tidak hanya itu dukungan dari keluarga juga sangat penting atau berpengaruh (Liro, Indah and Andrianto, 2016). Salah satu keberhasilan usia rata-rata angka harapan hidup yaitu ditandai dengan bertambah banyaknya masyarakat atau penduduk jumlah lanjut usia, maka dari itu dengan adanya bertambahnya usia lanjut maka akan berbagai macam masalah penyakit yang akan timbul (Triatmaja, Khomsan and Dewi, 2013).

Berbagai upaya harus dipersiapkan oleh lansia sendiri maupun keluarganya agar ke depan lansia tetap sehat, aktif, mandiri, dan produktif. Kesiapan lansia untuk tetap peduli pada masa depan dapat dilihat dari 5 (lima) dimensi, yaitu dimensi fisik,

psikologis, mental spiritual, sosial kemasyarakatan, dan pengembangan potensi.

Keluarga memiliki peranan penting dalam membina kesiapan lansia untuk tetap pedulimasa depan, harapannya agar terwujud kualitas keluarga yang sejahtera lahir dan batin. Undang-Undang Republik Indonesia No. 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia, Pasal 1 ayat 1 mengatakan bahwa kesejahteraan adalah suatu tata kehidupan dan penghidupan sosial baik material maupun spiritual yang diliputi oleh rasa keselamatan, kesusilaan dan ketentraman lahir batin yang memungkinkan bagi setiap warga negara untuk mengadakan pemenuhan kebutuhan jasmani, rohani, dan sosial yang sebaik-baiknya bagi diri, keluarga, serta masyarakat dengan menjunjung tinggi hak dan kewajiban asasi manusia sesuai dengan Pancasila. Dengan demikian perlu adanya upaya agar lansia tetap sehat, salah satunya upaya kesehatan lansia dengan perbaikan gizi.

Pada proses upaya perbaikan gizi masyarakat diperlukan adanya tempat untuk melaksanakan pelayanan kesehatan hal tersebut disebutkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Pasal 1 butir 1 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya preventif dan promotif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes, No 75 tahun 2014).

Pelayanan gizi di Puskesmas terdiri dari kegiatan pelayanan gizi di dalam gedung dan di luar gedung. Pelayanan gizi di dalam gedung umumnya bersifat individual, dapat berupa pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Kegiatan di dalam gedung juga meliputi perencanaan program pelayanan gizi yang akan dilakukan di luar gedung. Sedangkan pelayanan gizi di luar gedung umumnya pelayanan gizi pada kelompok dan masyarakat dalam bentuk promotif dan preventif. Dalam pelaksanaan pelayanan gizi di Puskesmas, diperlukan pelayanan yang bermutu, sehingga dapat menghasilkan status gizi yang optimal dan mempercepat proses penyembuhan pasien. Pelayanan gizi yang bermutu dapat diwujudkan apabila tersedia acuan untuk melaksanakan pelayanan gizi yang bermutu sesuai dengan 4 pilar dalam Pedoman Gizi Seimbang (PGS).

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mengetahui, melakukan dan menganalisis kegiatan asuhan gizi lansia

dan keluarga di masyarakat Puskesmas Gamping II Sleman, D.I. Yogyakarta

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan skrining masalah gizi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gamping II
- b. Mahasiswa mampu melakukan NCP (Nutrition Care Process) untuk kegiatan homecare di wilayah kerja Puskesmas Gamping II
- c. Mahasiswa mampu melakukan pembinaan dan pemberdayaan kader posyandu PTM/keluarga/masyarakat berupa pelatihan terkait gizi lansia dan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Gamping II
- d. Mahasiswa mampu menganalisis skrining pada lansia

C. Manfaat

1. Bagi Puskesmas Dapat digunakan sebagai masukan dalam menentukan kebijakan untuk mengembangkan pelayanan gizi masyarakat pada upaya pengembangan proses kegiatan program gizi masyarakat.
2. Bagi Masyarakat Sebagai sumber informasi untuk meningkatkan pengetahuan gizi masyarakat tentang kegiatan program gizi masyarakat.
3. Bagi Mahasiswa Menambah wawasan dan pengetahuan di bidang gizi keluarga dan lansia di masyarakat serta menerapkan ilmu yang didapatkan selama mengikuti perkuliahan di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, Jurusan Gizi, Program Studi Profesi Dietisien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Lansia

Lanjut usia didefinisikan sebagai penurunan, kelemahan, meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan perubahan lingkungan, hilangnya mobilitas dan ketangkasan, serta perubahan fisiologis yang terkait dengan usia (Aru, 2009). Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun keatas baik pria maupun wanita, yang masih aktif beraktivitas dan bekerja ataupun mereka yang tidak berdaya untuk mencari nafkah sendiri sehingga bergantung kepada orang lain untuk menghidupi dirinya (Tamher, 2009). Secara umum seseorang dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya 60 tahun ke atas. Pada proses penuaan atau lanjut usia biasanya terjadi berbagai macam masalah kesehatan yang mengakibatkan menurunnya fungsi tubuh pada lanjut usia, sehingga dengan sendirinya akan merasah sulit dalam beraktivitas dalam kesehariannya (Qonitah and Isfandiari, 2015).

B. Masalah Gizi Pada Lansia

Masalah gizi lanjut usia merupakan rangkaian proses masalah gizi sejak usia muda yang anifestasinya terjadi pada lanjut usia. Berbagai penelitian menunjukkan bahan masalah gizi pada lanjut usia sebagian besar merupakan masalah gizi lebih yang merupakan faktor risiko timbulnya penyakit degenerative seperti penyakit jantung koroner, diabetes mellitus, hipertensi, gout reumatik, ginjal, perlemaka hati, dan lain-lain. Namun demikian masalah kurang gizi juga banyak terjadi pada lanjut usia seperti Kurang Energi Kronik (KEK), anemia dan kekurangan zat gizi mikro lain.

Lansia rentan mengalami kegemukan atau obesitas, Keadaan ini biasanya disebabkan oleh pola konsumsi yang berlebihan. Konsumsi banyak mengandung lemak dan jumlah kalori yang melebihi kebutuhan. Proses metabolisme yang menurun pada lanjut usia, bila tidak diimbangi dengan peningkatan aktifitas fisik atau penurunan jumlah makanan, sehingga jumlah kalori yang berlebih akan diubah menjadi lemak yang dapat mengakibatkan kegemukan. Selain kegemukan secara keseluruhan, kegemukan pada bagian perut lebih berbahaya karena kelebihan lemak di perut dihubungkan dengan meningkatnya risiko penyakit jantung koroner pada bagian lain. Menurut Monica, 1992, kegemukan atau obesitas akan meningkatkan risiko menderita penyakit jantung koroner 1-3 kali, penyakit hipertensi 1,5 kali, diabetes mellitus 2,9 kali dan penyakit empedu 1-6 kali. Lansia juga rentan mengalami Kurang Energi

Kronik (KEK) Kurang atau hilangnya nafsu makan yang berkepanjangan pada lanjut usia, dapat menyebabkan penurunan berat badan. Pada lanjut usia kulit dan jaringan ikat mulai keriput, sehinggamakin kelihatan kurus. Disamping kekurangan zat gizi makro, sering juga disertai kekurangan zat gizi mikro. Beberapa penyebab KEK pada lanjut usia yaitu makan tidakenak karena berkurangnya fungsi alat perasa dan penciuma, Gigi-gigi yang tanggal, sehingga mengganggu proses mengunyah makanan, faktor stress/depresi, kesepian, penyakit kronik, efek samping obat, merokok. Kurang Zat Gizi Mikro Lain Biasanya menyertai lanjut usia dengan KEK, namun kekurangan zat gizi mikro dapat juga terjadi pada lanjut usia dengan status gizi baik. Kurang zat besi, Vitamin A, Vitamin B, Vitamin C, Vitamin D, Vitamin E, Magnesium, kalsium, seng dan kurang serat sering terjadi pada lanjut usia.

Beberapa penyakit kronik degeneratif yang berhubungan dengan status gizi yaitu Penyakit Jantung Koroner disebabkan Konsumsi lemak jenuh dan kolesterol yang berlebihan dapat meningkatkan risiko penyakit jantung koroner. Penyakit Jantung Koroner pada mulanya disebabkan oleh penumpukan lemak pada dinding dalam pembuluh darah jantung (pembuluh koroner), dan hal ini lama kelamaan diikuti oleh berbagai proses seperti penimbunan jaringan ikat, pengapuran, pembekuan darah, dan lain-lain, yang semuanya akan mempersempit atau menyumbat pembuluh darah tersebut.

Hipertensi akibat berat badan yang berlebih akan meningkatkan beban jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh. Akibatnya tekanan darah cenderung menjadi lebih tinggi. Selain itu pembuluh darah pada lanjut usia sering mengalami aterosklerosis (lebih tebal dan kaku), sehingga tekanan darah akan meningkat. Bila terjadi sumbatan di pembuluh darah otak akan memacu timbulnya stroke. Bila sumbatan terjadi di jantung dapat menyebabkan serangan jantung berupa nyeri dada atau kematian otot jantung (angina pektoris atau infark miokard) yang dapat menyebabkan kematian. Diabetes Mellitus (DM) DM adalah suatu penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal (gula darah puasa ≥ 126 gr/dl dan atau gula darah sewaktu diatas 200 gr/dl). Diabetes umumnya disebabkan oleh kerusakan sel beta di pankreas yang menghasilkan fungsi insulin, sehingga kekurangan insulin atau dapat juga terjadi karena gangguan fungsi insulin dalam glukosa ke dalam sel. Pada orang dengan berat badan lebih, hiperglikemia terjadi karena insulin yang dihasilkan oleh pancreas tidak mencukupi kebutuhan. DM Tipe I: Diabetes disebabkan oleh kekurangan insulin karena terjadi kerusakan sel dan pankreas. Umumnya B normal atau

di bawah normal dan disertai dengan trias DM, polifagi, poliuri, polidipsi (banyak makan, banyak minum dan banyak kencing) DM Tipe II Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM), selain terjadi kerusakan sel dan pankreas juga disertai tidak berfungsinya insulin, 75% penderita DM tipe II adalah obesitas atau dengan riwayat obesitas.

Osteoarthritis (pengepuran tulang) Adalah penyakit bagian dari arthritis, penyakit ini terutama menyerang sendi terutama pada sendi tangan, lutut dan pinggul. Orang yang terserang osteoarthritis biasanya susah menggerakkan sendi-sendinya dan pergerakan akhirnya menjadi terbatas karena turunya fungsi tulang rawan untuk menopang badan. Osteoporosis (keropos tulang) Massa tulang mencapai maksimum pada usia sekitar 35 tahun untuk wanita dan 45 tahun untuk laki-laki. Bila konsumsi kalsium kurang dalam jangka waktu lama akan timbul keropos tulang (osteoporosis), dan pada wanita menopause akan lebih rentan karena pengaruh penurunan hormone estrogen. Akibatnya tulang menjadi rapuh dan mudah patah apabila tertuh atau terkena trauma. Penyakit lainnya yaitu arthritis Gout Kelainan metabolisme protein menyebabkan kadar asam urat dalam darah meningkat. Kristal asam urat akan menumpuk di persendian yang menyebabkan rasa nyeri dan bengkak sendi. Pada penderita gout perlu pembatasan konsumsi lemak, protein, purin, untuk penurunan kadar asam urat. Disarankan banyak minum air putih minimal 8 gelas sehari.

C. Perubahan Fisiologis Pada Lansia

Status gizi merupakan keseimbangan antara asupan zat gizi dan kebutuhan akan zat gizi tersebut. Status gizi juga didefinisikan sebagai keadaan kesehatan seseorang sebagai refleksi konsumsi pangan serta penggunaannya oleh tubuh (Supriasa, Bakri, & Fajar, 2002). Status Gizi pada lanjut usia dipengaruhi oleh berbagai hal. Perubahan fisiologis, komposisi tubuh, asupan nutrisi dan keadaan ekonomi merupakan hal-hal yang dapat memicu terjadinya berbagai masalah gizi pada lanjut usia (Potter & Pierry, 2005). Dengan makin lanjutnya usia seseorang maka kemungkinan terjadinya penurunan anatomik dan fungsional atas organ tubuhnya makin besar. Peneliti Andres dan Tobin (dalam Kane, Ouslander, & Brass, 2004) menjelaskan bahwa fungsi organ-organ akan menurun sebanyak satu persen setiap tahunnya setelah usia 30 tahun. 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 penurunan massa otot, kehilangan gigi dan perasa, indera penciuman dan pengecap berkurang fungsinya, dan motilitas lambung dan pengosongan lambung menurun seiring dengan meningkatnya usia.

D. NCP (Nutrition Care Process) Pada Lansia

NCP (Nutrition Care Process) adalah suatu proses terstandar sebagai suatu metode pemecahan masalah yang sistematis dalam menangani problem gizi sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi. Kualitas diukur dengan tingkat keberhasilan atau hasil akhir intervensi dan kepatuhan melaksanakan proses asuhan yang berlaku. Dengan demikian hasil asuhan gizi dapat diprediksi dan tidak bias bila dietisien menggunakan proses asuhan gizi yang terstandar (Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana, 2017). Tujuan PAGT adalah membantu pasien untuk memecahkan masalah gizi dengan mengatasi faktor-faktor yang mempunyai kontribusi pada ketidakseimbangan atau perubahan status gizi (Nuraini, Ngadiarti, dan Moviana, 2017).

E. 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).

Adapun tujuan dari dibentuknya posyandu lansia menurut Azrul (1998), yaitu : Memelihara kondisi kesehatan dengan aktifitas fisik sesuai kemampuan dan aktifitas mental yang mendukung, Memelihara kemandirian secara maksimal, Melaksanakan diagnosa dini secara tepat dan memadai, Melaksanakan pengobatan secara tepat, Membina lansia dalam bidang kesehatan fisik spiritual, Sebagai sarana untuk menyalurkan minat lansi, Meningkatkan rasa kebersamaan diantara lansia, Meningkatkan kemampuan lansia untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan - kegiatan lain yang menunjang sesuai dengan kebutuhan. Sasaran penyelenggara posyandu lansia adalah seluruh penduduk yang berusia 60 tahun keatas (Depkes,2000).

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 ; Meja satu untuk pendaftaran, Meja dua untuk penimbangan, Meja tiga untuk pengisian kartu menuju sehat (KMS) lanjut usia, Meja empat untuk penyuluhan, penyuluhan disini dapat dilaksanakan secara perorangan maupun secara kelompok, 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.

F. Pendidikan dan Pelatihan

Menurut Supriasa (2008), penyuluhan gizi adalah proses belajar untuk mengembangkan pengertian dan sikap yang positif terhadap gizi agar yang bersangkutan dapat memiliki dan membentuk kebiasaan makan yang baik dalam kehidupan sehari-hari. Dengan kata lain, penyuluhan gizi merupakan proses membantu orang lain membentuk dan memiliki kebiasaan makan yang baik. Secara umum, tujuan penyuluhan gizi adalah untuk meningkatkan status gizi masyarakat, khususnya golongan rawan gizi (ibu hamil, ibu menyusui, dan anak balita) dengan cara mengubah perilaku masyarakat ke arah yang baik sesuai dengan prinsip ilmu gizi.

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).

G. Konseling Gizi

Menurut Supriasa, (2012), konseling merupakan suatu proses komunikasi dua arah/interpersonal antara konselor dan klien untuk membantu klien dalam mengenali, menyadari dan akhirnya mampu mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah gizi yang dihadapinya. Konselor adalah ahli gizi yang bekerja membantu klien mengenali, menyadari, mendorong dan mencarikan dan memilih solusi pemecahan masalah klien yang akhirnya klien mampu menentukan keputusan yang tepat dalam mengatasi masalahnya. Persagi (2010) mendefinisikan bahwa konseling gizi adalah suatu bentuk pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi untuk menolong individu

dan keluarga memperoleh pengertian lebih baik tentang dirinya dan permasalahan gizi yang dihadapi. Setelah konseling diharapkan individu dan keluarga mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi termasuk perubahan pola makan serta pemecahan masalah terkait gizi ke arah kebiasaan hidup sehat.

H. Kebutuhan Energi, Protein dan Zat Besi

Kebutuhan energi seseorang menurut WHO dalam Almtsier (2009) adalah Asupan Energi yang berasal dari makanan yang diperlukan untuk menutupi pengeluaran energi seseorang bila ia mempunyai ukuran dan komposisi tubuh dengan tingkat aktifitas yang sesuai dengan kesehatan jangka panjang dan yang memungkinkan pemeliharaan aktivitas fisik yang dibutuhkan secara sosial dan ekonomi. Kebutuhan energi terbesar pada umumnya diperlukan untuk metabolisme basal.

Dengan pengertian lain, bahwa perhitungan kebutuhan energi salah satunya dipengaruhi oleh Aktivitas Fisik seseorang. Hal ini sejalan dengan pendapat Supariasa (2002) yang mengatakan bahwa kebutuhan tubuh akan zat gizi ditentukan oleh banyak faktor antara lain Angka Metabolisme Basal, tingkat pertumbuhan, aktifitas fisik, dan faktor yang bersifat relatif yaitu gangguan pencernaan, perbedaan daya serap, dan perbedaan pengeluaran dan penghancuran dari zat gizi tersebut dalam tubuh. Rumus perhitungan energi yang digunakan untuk menghitung kebutuhan sehari dapat ditentukan dengan rumus

Harris-Benedict (Akmatsier, 2009) dengan rumus :

$$\text{AMB laki-laki} : 66 + (13,7 \times \text{BB}) + (5 \times \text{TB}) - (6,8 \times \text{U})$$

$$\text{AMB perempuan} : 655 + (9,6 \times \text{BB}) + (1,8 \times \text{TB}) - (4,7 \times \text{U})$$

Keterangan:

BB: Berat Badan (Kg)

TB: Tinggi Badan (cm)

U: Usia (tahun)

Setelah menghitung kebutuhan AMB, maka selanjutnya dihitung kebutuhan dengan mengalikan aktivitas fisik. Berikut tabel Faktor Aktivitas Fisik

Aktivitas	Faktor Aktivitas
Total bed rest, CVA- ICH	1,05
Mobilisasi ditempat tidur	1,1
Jalan disekitar kamar	1,2
Aktivitas ringan (IRT, pegawai toko, dll)	1,3
Aktivitas Sedang (Mahasiswa, Pegawai Pabrik, dll)	1,4
Aktivitas Berat (sopir, kuli, tukang bangunan, dll)	1,5

Sumber: Perhitungan kebutuhan gizi Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang

Perhitungan energi dengan menggunakan rumus Harris- Benedict yang diperuntukkan orang sakit maka perlu dikalikan dengan faktor stress. Berikut perhitungan dengan dikalikan faktor stress menurut perhitungan kebutuhan gizi Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang. :

Faktor Stress	Jenis Penyakit Pasien
1,1-1,2	Gagal Jantung, bedah minor
1-1,3	Kenaikan suhu 1°C
1,15-1,35	Trauma skletal, curretafem PEB
1,3-1,5	Oprasi besar abdomen/thorax, SCTP
1,35-1,55	Trauma multiple
1,5	Gagal hati, kanker
1,5-1,8	Sepsis
1,1-1,5	Pasca operasi selektif
1,1-1,25	Luka bakar 10%

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus

Jenis dan rancangan penelitian yang dilakukan dalam penelitian dengan judul Asuhan Gizi Terstandar pada Pasien Hemiparesis Dextra Sequele, Stroke Non Hemoragik dan Hipertensi di Unit Stroke RSUP Dr Sardjito Yogyakarta merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek penelitian ini adalah Lansia yang menderita Hipertensi

1. Pasien lansia dengan Hipertensi
2. Kesadaran baik
3. Dapat berkomunikasi dengan baik
4. Bersedia menjadi responden

C. Fokus Studi

Fokus Studi adalah Lansia dengan penyakit Hipertensi di Lingkungan Kerja Puskesmas Gamping II

D. Definisi Oprasional Fokus Studi

1. 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.

2. 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 MNA-SF

3. 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.

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.

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:

- a) Baik : 80-110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.
- b) Kurang : <80% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.
- c) Lebih : >110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.

4. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi adalah kegiatan mengidentifikasi dan memberi nama masalah gizi. Pembuatan diagnosis gizi berdasarkan pada hasil asesmen gizi yang dilakukan oleh nutrisionis. 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.

5. 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), nutrisurvei, 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.

6. 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 24 jam saat penelitian berlangsung.

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

F. 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 (assessment)	Wawancara	Data primer
Riwayat makan untuk monitoring evaluasi	Observasi, wawancara	Data primer, sekunder

G. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II

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 PELAKSANAAN KEGIATAN

A. Skrining Masalah Gizi Lansia

1. Modul Skrining

a) Tujuan Skrining

Skrining adalah proses identifikasi awal risiko masalah gizi yang bertujuan untuk menetapkan skala prioritas penyelesaian masalah berbasis Proses Asuhan Gizi (PAG). Adapun tujuan pelaksanaan skrining yang dilakukan oleh mahasiswa adalah untuk mengidentifikasi masalah gizi dan kualitas hidup lansia di wilayah kerja Puskesmas Gamping 2 sehingga dapat dilakukan rencana tindak lanjut berdasarkan data yang diperoleh.

b) Sasaran Skrining

Sasaran dalam PAG dapat berupa individu (seperti pasien, anggota keluarga atau pengasuh) dan populasi (seperti kelompok, komunitas dan masyarakat). Sasaran kegiatan skrining yang dilakukan oleh mahasiswa adalah lansia ≥ 60 tahun yang diambil secara *purposive* dengan menggunakan *consecutive sampling* melalui kegiatan Posbindu, Prolanis atau *home visit* di wilayah kerja Puskesmas Gamping 2 dengan target minimal 30 orang untuk dapat diolah dengan metode statistika.

c) Indikator Skrining

Indikator adalah kombinasi dari beberapa parameter/ukuran tunggal pengukuran. Adapun indikator skrining yang digunakan antara lain: indikator status gizi dengan pengukuran antropometri dan kekuatan otot, pengukuran tekanan darah serta kualitas hidup lansia serta biokimia dasar.

d) Jenis Alat Skrining

Jenis alat skrining yang digunakan antara lain:

(1) Skrining antropometri berupa:

- Indeks Massa Tubuh (IMT) berupa pengukuran berat badan dengan menggunakan timbangan digital dan tinggi badan dengan menggunakan mikrotoise
- Pengukuran lingkar perut dengan menggunakan pita metlin

- Pengukuran kekuatan otot dengan menggunakan handgrip
 - Pengukuran kualitas hidup dengan wawancara menggunakan kuesioner WHOQOL brief
- (2) Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan sphygmomanometer digital
- (4) Pengukuran riwayat penyakit dengan wawancara atau biokimia dasar berupa pengukuran Gula Darah Sewaktu (GDS), kolesterol, dan asam urat dengan menggunakan *Glucose-Cholesterol-Uric Acid (GCU) Meter*
- e) Standar/Interpretasi Hasil Pengukuran Alat Skrining

Berikut interpretasi hasil pengukuran data skrining yang digunakan:

(1) Pengukuran IMT

Tabel 2. Interpretasi Pengukuran IMT

Kategori	Cut-Off Nilai
Berat badan kurang (<i>Underweight</i>)	< 18,5 kg/m ²
Berat badan Normal	18,5 – 25 kg/m ²
Berat badan lebih (<i>Overweight</i>)	25,1 – 27 kg/m ²
Obesitas	>27kg/m ²

(2) Pengukuran lingkar perut

Tabel 3. Interpretasi Pengukuran Lingkar Perut

Jenis Kelamin	Cut-Off Nilai
Laki-laki	>90 cm
Perempuan	>80 cm

(3) Pengukuran kekuatan otot

Tabel 4. Interpretasi Pengukuran Kekuatan Otot

Usia	Laki-Laki			Perempuan		
	Lemah (kg)	Normal (kg)	Kuat (kg)	Lemah (kg)	Normal (kg)	Kuat (kg)
60 – 64 th	<30,2	30,2 – 48,0	<48,0	<17,2	17,2 – 31,0	<31,0
65 – 69 th	<28,2	28,2 – 44,0	<44,0	<15,4	15,4 – 27,2	<27,2
70 – 99 th	<21,3	21,3 – 35,1	<35,1	<14,7	14,7 – 24,5	<24,5

Pengukuran kualitas hidup

Tabel 5. Interpretasi Pengukuran Kualitas Hidup

Variabel	Kategori	Cut-Off Nilai
Kesehatan Fisik	Kurang	0 – 25
	Cukup	26 – 50

Kehidupan Sosial	Baik	51 – 75
Lingkungan	Sangat Baik	76 – 100

(4) Pengukuran tekanan darah

Tabel 6. Interpretasi Pengukuran Tekanan Darah

Kategori	Sistole	Diastole
Normal	<120 mmHg	<80 mmHg
Pre-hipertensi	120 – 129 mmHg	<80 mmHg
Hipertensi Tingkat 1	130 – 139 mmHg	80 – 89 mmHg
Hipertensi Tingkat 2	≥140 mmHg	≥90 mmHg

(5) Pengukuran GDS

Tabel 7. Interpretasi Pengukuran Gula Darah Sewaktu, Kolesterol dan Asam Urat

Kategori	Cut Off
Gula Darah Sewaktu	60 – 200 mg/dL
Kolesterol	125 – 200 mg/dL
Asam Urat	P 1,5 – 6,0 mg/dL
	L 2,5 – 7,0 mg/dL

f) Kegiatan Pelaporan Skrining

Kegiatan pelaporan dilakukan dengan diskusi dan konsultasi dengan pembimbing lahan dan pembimbing kampus.

g) *Term of Reference* (TOR) Skrining (terlampir)

h) Pelatihan Tim Surveior Skrining (masing-masing)

Laporan Hasil Skrining

i) Tujuan : Mengidentifikasi masalah gizi dan kualitas hidup lansia di wilayah kerja Puskesmas Gamping 2 sehingga dapat dilakukan rencana tindak lanjut berdasarkan data yang diperoleh

j) Metode :

(1) Jenis dan rancangan kegiatan :

Kegiatan skrining ini dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan crosssectional yaitu kegiatan observasional yang menganalisis data variabel yang dikumpulkan pada satu titik waktu tertentu di seluruh populasi sampel atau subjek yang telah ditentukan.

(2) Tempat dan waktu :

Kegiatan dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping 2 dengan waktu

pengambilan data dilakukan pada 22 Agustus – 3 September 2022 yang merupakan kegiatan praktik mahasiswa profesi dietisien

(3) Sasaran :

Populasi pada kegiatan ini adalah lansia di wilayah kerja Puskesmas Gamping 2. Sasaran diambil secara *purposive* dengan menggunakan *consecutive sampling* melalui kegiatan Posbindu, Prolanis, kegiatan lansia atau *home visit* di wilayah kerja Puskesmas Gamping 2 dengan target minimal 30 orang untuk dapat diolah dengan metode statistika. Adapun kriteria inklusi merupakan lansia ≥ 60 tahun, dapat berkomunikasi dengan baik dan memahami jalannya penelitian. Sedangkan kriteria inklusi adalah lansia dengan kifosis sehingga tidak dapat diukur tinggi badannya.

(4) Identifikasi variabel

Variabel utama kegiatan ini adalah Kualitas hidup, kekuatan genggaman tangan, riwayat penyakit dan IMT

(5) Instrumen dan cara pengumpulan

Kegiatan pengumpulan data dilakukan dengan terlebih dahulu koordinasi dengan pembimbing lahan dan kader lansia. Adapun instrumen yang digunakan untuk pengambilan data antara lain:

(a) Pengukuran antropometri berupa:

- Indeks Massa Tubuh (IMT) berupa pengukuran berat badan dengan menggunakan timbangan digital dan tinggi badan dengan menggunakan mikrotoise

Pengukuran lingkaran perut dengan menggunakan pita metlin

- Pengukuran kekuatan otot dengan menggunakan handgrip

(b) Pengukuran kualitas hidup dengan wawancara menggunakan kuesioner

WHOQOL

(c) Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan sphygmomanometer digital

(d) Pengukuran biokimia dasar berupa pengukuran Gula Darah Sewaktu (GDS), kolesterol, dan asam urat dengan menggunakan *Glucose-Cholesterol-Uric Acid* (GCU) Meter

(6) Cara analisis data

Setelah data dikumpulkan segera dilakukan pengolahan data atau analisis statistik melalui sistem komputerisasi dengan menggunakan SPSS versi 26.0. signifikansi ditetapkan pada nilai $< 0,05$. Adapun analisis yang dilakukan berupa:

(a) Analisis univariat

Analisis data untuk mengetahui distribusi frekuensi dari karakteristik responden dan variabel yang diteliti. Data kategorik disajikan dengan menggunakan jumlah

dan persentase. Data kategorik diklasifikasikan berdasarkan *cut off* yang ada, untuk melihat frekuensi dan distribusi dari sebaran data.

(b) Analisis bivariat

Uji data kategorik dengan menggunakan *Chi-Square* jika memenuhi syarat dan *fisher exact* jika tidak memenuhi syarat. Sedangkan *Pearson test* digunakan untuk menguji hubungan IMT, kekuatan otot dengan kualitas hidup lansia.

(7) Etika pengambilan data

Pengambilan data dilakukan dengan persetujuan dari pembimbing lahan atas koordinasi yang sebelumnya dilakukan dengan pihak kader pelaksana kegiatan. Kegiatan dilaksanakan dengan menggunakan protokol kesehatan mengingat masih terdapat kasus COVID-19 dan lansia merupakan kelompok berisiko.

(8) Keterbatasan

Keterbatasan dari hasil analisis data adalah penggunaan sampel yang minimal (34 orang lansia)

k) Pelaksanaan :

(1) Tahap Persiapan

Pada tahap ini mahasiswa menyusun kerangka acuan kegiatan, koordinasi (dengan pembimbing lahan/koordinator program Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), koordinator program lansia dan PTM di puskesmas dan kader) dan menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan selama kegiatan.

(2) Tahap Pelaksanaan

Pelaksanaan kegiatan dilakukan setelah membuat kesepakatan dengan pihak terkait. Pada saat kegiatan dilakukan terlebih dahulu penjelasan/pengarahan kegiatan yang akan dilaksanakan oleh mahasiswa kepada kader setempat. Data yang tersedia direkap, dan diolah sesuai kebutuhan.

(3) Tahap Pelaporan

Pada tahap ini mahasiswa melaporkan hasil kegiatan melalui pembimbing lahan dan kampus.

l) Hasil :

Berikut gambaran karakteristik lansia yang dilakukan skrining di wilayah kerja Puskesmas Gamping 2

Tabel 8. Karakteristik Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping 2

Variabel	Semua (n = 34) n (%)	Kualitas Hidup Rendah n (%)	Kualitas Hidup Tinggi n (%)	P
Usia				
60-69 tahun	24 (70,6)	10 (41,7)	14 (58,3)	0,020**

≥ 70	10 (29,4)	9 (90)	1 (10)	
Jenis Kelamin				0,417**
Laki-laki	8 (23,5)	3 (37,5)	5 (62,5)	
Perempuan	26 (76,5)	16 (61,5)	10 (38,5)	
Living Status				1,000**
Sendiri	6 (17,6)	3 (50)	3 (50)	
Dengan keluarga	28 (82,4)	16 (57,1)	12 (42,9)	
Memiliki Salah Satu Penyakit				0,462**
Ya	25 (73,5)	15 (60)	10 (40)	
Tidak	9 (26,5)	4 (44,4)	5 (55,6)	
Riwayat Hipertensi				0,901*
Ya	14 (41,2)	8 (57,1)	6 (42,9)	
Tidak	20 (58,8)	11 (55)	9 (45)	
Riwayat Diabetes Melitus				0,697**
Ya	9 (26,5)	6 (66,7)	3 (33,3)	
Tidak	25 (73,5)	13 (52)	12 (48)	
Riwayat Dislipidemia				1,000**
Ya	9 (26,5)	5 (55,6)	4 (44,4)	
Tidak	25 (73,5)	14 (56)	11 (44)	
Riwayat Hiperurisemia				0,196**
Ya	6 (17,6)	5 (83,3)	1 (16,7)	
Tidak	28 (82,4)	14 (50)	14 (50)	
Indeks Massa Tubuh				0,369*
Normal	21 (61,8)	13 (61,9)	8 (38,1)	
Overweight/Obesitas	13 (38,2)	6 (46,2)	7 (53,8)	
Lingkar Perut				0,563*
Beresiko	20 (58,8)	12 (60)	8 (40)	
Tidak Beresiko	14 (41,2)	7 (50)	7 (50)	
Kekuatan Genggam Tangan				0,718**
Lemah	10 (29,4)	5 (50)	5 (50)	
Normal	24 (70,6)	14 (58,3)	10 (41,7)	

* X^2 **Fisher exact

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa tidak ada perbedaan antar variabel jenis kelamin (p 0,417), living status (p 1,000), riwayat salah satu penyakit degeneratif (p 0,462), lingkar perut (p 0,563), indeks massa tubuh (p 0,369), dan kekuatan genggam tangan (p 0,718) dengan kualitas hidup pada lansia. Namun terdapat perbedaan antara usia dengan kualitas hidup pada lansia (p 0,020). Hal ini mengindikasikan bahwa pengukuran kualitas hidup pada lansia tidak dapat diukur secara tunggal, namun harus secara komperhensif. Berdasarkan hasil analisis antara usia dengan kualitas hidup juga diketahui bahwa pada usia muda lebih banyak yang memiliki kualitas hidup yang tinggi dibandingkan lansia yang lebih tua. Hal ini sesuai dengan penelitian Netuveli dkk yang menyatakan bahwa pengukuran kualitas hidup pada lansia tidak dapat diukur dengan faktor tunggal dan lansia muda cenderung lebih dapat meningkatkan kualitas hidupnya terutama jika mampu mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi

kualitas hidup (Netuveli et al., 2006).

Pada responden 60-69 tahun memiliki kualitas hidup yang cenderung tinggi yaitu 58,3%, namun jumlah ini hampir sama dengan jumlah responden yang memiliki kualitas hidup rendah dengan jumlah 41,7%. Pada lansia yang memiliki usia lebih dari 70 tahun sebagian besar (90%) memiliki kualitas hidup yang rendah, dibandingkan dengan lansia yang memiliki kualitas hidup yang tinggi (10%). Hal ini dapat disimpulkan bahwa lansia yang memiliki usia 70 tahun memiliki kualitas hidup yang rendah dibanding dengan lansia dengan umur 60-69 tahun. Hasil dari P value diketahui 0,02 ($<0,05$) hal ini menunjukkan terdapat perbedaan umur lansia yang signifikan pada kualitas hidupnya. Hal ini sejalan dengan penelitian Halaweh (2020) yang menunjukkan terdapat penurunan kualitas hidup, hal ini dapat terjadi pada lansia yang memiliki umur >70 th mengalami peningkatan gangguan kesehatan, fisiologis yang memburuk, dan kualitas hidup yang buruk. Gangguan muskuloskeletal termasuk arthritis dan osteoporosis tampaknya memiliki pengaruh buruk yang besar pada kualitas hidup di antara orang dewasa yang lebih tua. Pada uji kekuatan handgrip diketahui bahwa lansia yang memiliki kemampuan uji handgrip normal lebih banyak memiliki kualitas hidup yang rendah ditandai dengan jumlah yang berkualitas hidup rendah 14 (58,3%) dari total 14 lansia. Pada lansia yang memiliki kemampuan handgrip yang rendah yang memiliki kualitas hidup yang rendah dan tinggi jumlahnya sama dengan besar 50% dan 50%. Hal ini dapat disimpulkan bahwa lansia dengan kemampuan uji Handgrip normal lebih banyak berkualitas hidup rendah dibanding lansia yang kemampuan uji handgripnya lemah. Berdasarkan nilai P value 0,718 ($>0,05$) diketahui bahwa tidak terdapat perbedaan antara lansia yang memiliki kekuatan handgrip lemah dan normal pada kualitas hidupnya.

	Kualitas Hidup
Kekuatan Genggam Tangan	$r = 0,219$ $p = 0,214$

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa tidak ada hubungan antara kekuatan genggam tangan dengan kualitas hidup lansia ($p=0,214$). Hal ini tidak sesuai dengan penelitian pada umumnya. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Halaweh (2020) dimana kekuatan otot akan menurun seiring dengan bertambahnya usia dan hal ini menggambarkan kualitas hidup pada lansia yang rendah (Halaweh, 2020). Selain karena pengukuran kekuatan genggam tangan tidak dapat dijadikan indikator tunggal penilaian kualitas hidup pada lansia. Dalam hasil rekap pengukuran data lansia berdasarkan 4 kategori, ditemukan bahwa kualitas hidup lansia berada pada rentang nilai cukup hingga sangat baik, bahkan lebih banyak responden yang dengan kategori baik hingga sangat baik. Sehingga tidak menggambarkan kualitas hidup lansia yang rendah. Berdasarkan 4 domain dalam penilaian kualitas hidup ini ditemukan bahwa lansia lebih

banyak dengan kategori cukup hanya pada domain kehidupan sosial. Berdasarkan penelitian yang ada, dukungan sosial dapat meningkatkan kualitas hidup pada lansia (Chrusciel & Dobrowolska, 2020; Mohebi et al., 2018). Kekurangan dari pengambilan data ini adalah jumlah sampel yang terbatas yaitu hanya 34 orang. Hal ini menyebabkan hasil analisis statistik yang dilakukan tidak signifikan seperti pada penelitian pada umumnya.

Tabel 9. Rekap Hasil Pengukuran Kualitas Hidup Lansia dengan 4 Kategori

Domain	Cukup	Baik	Sangat Baik
Kesehatan Fisik	0	26 (76,5)	8 (23,5)
Psikologi	1 (2,9)	30 (88,2)	3 (8,8)
Kehidupan Sosial	20 (58,8)	14 (41,2)	0
Lingkungan	2 (5,9)	30 (88,2)	2 (5,9)

Rekap Hasil Tingkat Kepuasan Kualitas Hidup dan Tingkat Kepuasan Kesehatan Lansia

Domain	Sangat Burukn (%)	Burukn (%)	Biasa-biasa saja n (%)	Baik n (%)	Sangat baikn (%)
Umum (Q1)	0	1 (2,9)	12 (35,3)	19 (55,9)	2 (5,9)
	Sangat Tidak memuaskan n (%)	Tidak memuaskan n (%)	Biasa-biasa saja n (%)	Memuaskan n (%)	Sangat memuaskan n (%)
Umum (Q2)	0	4 (11,8)	13 (38,2)	15 (44,1)	2 (5,9)

Berdasarkan Tabel 10, pada kategori umum bahwa tingkat kepuasan kualitas hidup lansia berada berada pada nilai baik. Selain itu, pada tingkat kepuasan terhadap kesehatan lansia berada pada nilai memuaskan.

Dalam hasil rekap pengukuran data lansia berdasarkan pertanyaan tentang kualitas hidup (Q1) dan kepuasan hidup lansia (Q2) pada tabel (9) diketahui bahwa sebagian besar lansia menyatakan memiliki kualitas hidup yang biasa-biasasaja hingga baik serta kepuasan hidup yang biasa-biasa saja hingga baik. Sedangkan berdasarkan rekap pengukuran data lansia yang dibagi menjadi 4 kategori pada tabel (10), ditemukan bahwa kualitas hidup lansia berada pada rentang nilai cukup hingga sangat baik, bahkan lebih banyak responden yang dengan kategori baik hingga sangat baik. Sehingga tidak menggambarkan kualitas hidup lansia yang rendah.

m) Kesimpulan :

1. Ada perbedaan proporsi pada variabel umur lansia dengan kualitas hidup lansia
2. Tidak terdapat perbedaan proporsi pada variabel jenis kelamin, living status, riwayat penyakit degenerative, indeks massa tubuh, lingkaran perut dan kekuatan genggam tangan dengan kualitas hidup lansia.
3. Tidak ada hubungan kekuatan genggam tangan dengan kualitas hidup pada lansia.

n) Saran :

1. Pengukuran dan intervensi kualitas hidup lansia secara komprehensif baik kesehatan fisik, psikologis, kesehatan sosial dan lingkungan
 2. Sebaiknya intervensi kepada lansia dilakukan sedini mungkin untuk memperbaiki kualitas hidup lansia yang lebih panjang
- NCP

1. Data Personal (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Ny. Purwanto / Ny. Sarjinh
CH.1.1.1	Umur	74 th
CH.1.1.2	Jenis Kelamin	Perempuan
CH.1.1.4.5	Suku/etnik	Jawa
CH.1.1.8	Edukasi	
CH.1.1.12	Mobilitas	
CH.3.1.6	Diagnosis medis Pekerjaan	Hipertensi Ibu Rumah Tangga

2. Riwayat Penyakit (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1	Keluhan utama Riwayat penyakit sekarang dan dahulu	Buyer, pusing Hiperten si Hiperten si
	Riwayat pengobatan	Amlodipin 1x / hr

Nomor RM : 01-011-0100
 Tempat Perawatan : Rumah
 Tanggal MRS : -
 Tanggal pengambilan kasus : 26/08/2022

3. Riwayat Klien yang Lain

Tabel 10. Riwayat klien yang lain

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1.5	Gastrointestinal	Magh
CH.2.1.8	Imun	-
CH.2.2.1	Perawatan	
CH.3.1.1	Riwayat sosial	SMP, ekonomi sedang
CH.3.1.2	Living/situasi rumah	Tinggal dengan keluarga
CH.3.1.4	Dukungan sosial	-
CH.3.1.7	Agama	Kristen

Kesimpulan : Pasien memiliki keluhan buyer, pusing Pasien memiliki Riwayat penyakitdahulu hipertensi tidak terkontrol.

B. Riwayat Makan (FH)

1. SFFQ

Tabel 11. Riwayat makan pasien

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat Diet (pola makan)	Makanan pokok : Nasi 2-3x/hr @1 ctg mkg Lauk hewani : Ayam 3x/mgg @1 ptg, Bakso3x/mgg @1 porsi Lauk Nabati : Tahu (goreng) 1x/hr @1bj, Tempe(tumis dan goreng) 1x/hr @1 bj Sayuran : Kacang panjang 3x/mgg @2sds, Buncis 3x/mgg @2sds, sawi 3x/mgg @2sds Buah : Apel 3x/mgg @1/2 bh, pepaya 1x/bln @1ptg, jeruk 1x/bln @1bh. Camilan : roti roma 2x/hr 6 bj Minuman : teh 3x/mgg @1gls, air putih 1x/hr @5gls
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Belum pernah mendapatkan konseling gizi sebelumnya

Kesimpulan : dari hasil wawancara pasien memiliki kebiasaan jarang mengkonsumsi sayur dan buah

SQFFQ :

	E	P	L	Kh	Na
Asupan Oral	1707	64,4	83	182,7	>2300
Kebutuhan	1617,6	60,7	44,9	242,6	<2300
% Asupan	105%	106%	184,9%	75%	

Interpretasi Baik Baik Lebih Kurang Lebih

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 : dari riwayat makan pasien dapat diketahui bahwa asupan energi, protein, dalam kategori baik, lemak dalam kategori lebih, dan karbohidrat dalam kategori kurang.

2. Recall 24 jam (FH.7.2.8)

Tanggal : 25 Agustus 2022

Makanan dari rumah dan dari luar

	E	P	L	Kh	Na
	(kcal)	(gr)	(gr)	(gr)	(mg)
Asupan oral	934,4	24,8	34,3	129,7	>2300
Kebutuhan	1617,6	60,7	44,9	242,6	<2300
% asupan	58%	40,8%	76,4%	53,5%	
Kategori	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Lebih

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

- a. Kurang : <80%AKG
- b. Baik : 80 – 110 % AKG
- c. Lebih : >110% AKG

Kesimpulan : Dari data tersebut dapat diketahui bahwa asupan energi, protein, lemak, karbohidrat dalam kategori kurang dan natrium dalam kategori lebih

C. Standar Pembeding (CS)

Tabel 12. Standar pembeding

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi Kebutuhan Energi	$BEE = 665 + (9,6 \times 49 \text{ kg}) + (1,8 \times 146 \text{ cm}) - (4,7 \times 74 \text{ th}) = \text{kcal}$ $665 + 470,4 + 262,8 - 347,8 = 1050,4$ $TEE = 1050,4 \text{ kcal} \times 1,4 \times 1.0 = 1617,6 \text{ kcal}$

CS.2.1.1	Estimasi Kebutuhan Lemak	Lemak = 25% x 1617,6 kcal = 404,4 kcal : 9 gr = 44,9 gr
2.2.1	CS. Estimasi Kebutuhan Protein	Protein 15-20% Demensia 1-1,2 gr/kg/BB/hr Protein 15% x 1617,6 kcal = 242,6 : 4 = 60,7 gr
CS.2.3.1	Estimasi Kebutuhan Karbohidrat	KH = energi-(lemak+protein) = 1617,6 - (404,4 + 242,6) = 970,5 : 4 = 242,6 gr
	Estimasi kebutuhan natrium	Natrium <2300mg/hr
CS.5.1.1	Rekomendasi BB/IMT/ pertumbuhan	$BB/TB^2 = 49/(146)^2$ = 22,9 kg/m ² (Status Gizi : Normal, WHO 2000)

D. Antropometri (AD.1.1)

Tabel 13. Antropometri

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD.1.1.1	Panjang Badan/TB	Estimasi ULNA 22 cm = 68,777 + (3,536 x pjg ulna) = 146 cm
AD 1.1.2	Berat Badan	49
AD 1.1.4	Perubahan Badan Berat	Tidak ada
AD.1.1.5	IMT	$BB/TB^2 = 49/(146)^2$ = 22,9 kg/m ² (Status Gizi : Normal, WHO 2000)

International Obesity Task Force (IOTF), WHO 2000 (For Asian)	
IMT	
Kurus	≤18.5
Normal	18.5 – 22.9
Kegemukan	≥23
Pre Obese	23 – 24.9
Obese I	25 – 29.9
Obese II	≥ 30

Kesimpulan : pasien memiliki status gizi normal berdasarkan IMT menurut WHO 2000.

E. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)

Tabel 14. Pemeriksaan Fisik Klinis

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	Komposmentis
PD.1.1.2	Bahasa Tubuh	-
PD.1.1.6	Kepala dan mata	-
PD.1.1.9	Vital sign	
	Tekanan darah	166/87mmHg (Tinggi)
PD 1	Sistem Pencernaan	Magh

Kesimpulan : Berdasarkan data klinis diketahui bahwa tekanan darah tinggi

F. Biokimia (BD)

Tanggal : 10 Agustus 2022

Tabel 15. Pemeriksaan biokimia

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Ket.
	Hemoglobin	12	12-14	Normal
	GDS	96	80-140	Normal
	Kolesterol	203	<200	Lebih
	Asam Urat	4,4		Normal

Kesimpulan : Berdasarkan hasil pemeriksaan biokimia diketahui pasien mengalami hiperkolesterol.

G. Hasil Skrining Gizi

Mini Nutritional Assesment Short Form (MNA-SF)

Nama: Ny. P	Sex: Perempuan	Tanggal: 25/09/2022
Umur: 74 th	Berat badan:	Tinggi badan:
		No. ID:
SKRINING		
A. Apakah asupan makanan menurun selama 3 bulan terakhir karena hilangnya nafsu makan, masalah pencernaan, mengunyah atau kesulitan menelan? 0 = kehilangan nafsu makan tingkat berat 1 = kehilangan nafsu makan tingkat sedang . 2 = tidak kehilangan nafsu makan/nafsu makan baik		1 <input type="text"/>
B. Apakah dalam 1 bulan terakhir mengalami penurunan berat badan? 0 = penurunan berat badan lebih dari 3 kg 1 = tidak diketahui 2 = penurunan berat badan antara 1 dan 3 kg 3 = tidak ada penurunan berat badan/BB tetap		3 <input type="text"/>
C. Aktivitas 0 = bedrest 1 = bisa bangun dari tempat tidur/kursi tetapi tidak beraktivitas di luar tempat tidur 2 = aktivitas normal		2 <input type="text"/>
D. Apakah menderita stres psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir? 0 = ya 2 = tidak		0 <input type="text"/>
E. Masalah neuropsikologi 0 = demensia berat atau depresi 1 = demensia ringan 2 = tidak ada masalah psikologis		1 <input type="text"/>
F1. Indeks Massa Tubuh (IMT) (berat badan dalam kg) / (tinggi badan dalam meter) ² 0 = IMT < 19 1 = IMT 19 sampai < 21 2 = IMT 21 sampai < 23 3 = IMT > 23		2 <input type="text"/>
BILA DATA IMT TIDAK ADA, GANTI PERTANYAAN F1 DENGAN PERTANYAAN F2. ABAIKAN PERTANYAAN F2 BILA PERTANYAAN F1 SUDAH DAPAT DIISI		
F2. Lingkar betis (cm) 0=lingkar betis kurang dari 31 (lingkar betis < 31) 3=lingkar betis sama dengan atau lebih besar daripada 31 (lingkar betis ≥31)		
Skor skrining (subtotal maksimal 14 points) 12-14 poin = Normal – tidak beresiko 8-11 poin = Kemungkinan malnutrisi – memerlukan assessment lanjut 0-7 poin = Status gizi kurang		9 <input type="text"/>



Kesimpulan : Berdasarkan hasil skrining menggunakan form Mini Nutritional Assesment Short Form (MNA-SF) didapatkan score 9. pasien mengalami kehilangan nafsu makan tingkat sedang, pada saat skrining pasien mengaku mengalami demensia ringan. Sehingga dapat disimpulkan pasien kemungkinan malnutrisi-memerlukan assesment lanjut.

H. Terapi Medis dan Fungsi

Tabel 16. Terapi Medis

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan makanan
FH 3.1	Amlodipin	Menurunkan tekanan darah	

I. Diagnosis Gizi

1. Domain Intake

NI 2.1 ketidakcukupan asupan oral berkaitan dengan penurunan nafsu makan ditandai dengan recall 24 jam energi, protein, lemak dan karbohidrat kurang.

	Diagnosis Gizi	Intervensi
P	NI 2.1 ketidakcukupan asupan oral	Tujuan : meningkatkan asupan oral
E	Penurunan nafsu makan	E.1 (edukasi gizi) meningkatkan asupan makan
S	Recall 24 jam energi, protein dan lemak karbohidrat kurang.	Edukasi gizi

NI 5.4 Penurunan kebutuhan natrium dan kolesterol berkaitan dengan hipertensi dan hiperkolesterolemia ditandai dengan tekanan darah tinggi dan kolesterol tinggi

	Diagnosis Gizi	Intervensi
P	NI 5.4 Penurunan kebutuhan natrium	Tujuan : menurunkan tekanan darah
E	Hipertensi	E.1 (edukasi gizi) menurunkan asupan natrium dan asupan lemak
S	Tekanan darah tinggi	Edukasi Gizi

1. Intervensi Gizi

a. Tujuan

- 1) Meningkatkan asupan oral pasien
- 2) Memberikan makanan rendah natrium dan kolesterol untuk menurunkan tekanan

darah dan kolesterol

b. Preskripsi Diet

Pemberian Makanan dan Selingan (ND.1)

- a. Jenis diet : Rendah Garam dan diet dislipidemia (diet kolesterol)
- b. Bentuk : Padat (ND 1.2.)
- c. Route diet : Oral (ND.2.1.6)
- d. Frekuensi makan : Pemberian makan: 3x makanan utama (pk 07.00, 12.00, 17.00, 22.00) 2x selingan (pk 09.00, 15.00)
- e. Energi : 1617,6 kkal
- f. Protein : 60,7 gram (15% dari kebutuhan energi total)
- g. Lemak : 44,9 gram (20-25% dari kebutuhan energi total)
- h. Karbohidrat : 242,6 gram
- i. Natrium : <2300mg
- j. Kolesterol : <300 mg

c. Implementasi Diet (standar diet RG)

Tabel 17. Implementasi diet

	Energi (kcal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
Standar Diet RG	1639,5	58,4	45,6	259,3
Kebutuhan (Planning)	1617,6	60,7	44,9	242,6
% Standar /Kebutuhan	101%	96%	102%	107%
Kategori	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup

Kesimpulan : Rekomendasi diet disesuaikan dengan kebutuhan gizi pasien dan kebiasaan makan pasien

J. Rekomendasi Diet

Tabel 18. Rekomendasi diet

Waktu Makan	Golongan Makanan	Bahan	Standar Diet
07:00	Nasi		110 gr
	Tahu		50 gr
	Sayur		100 gr
	Buah		100 gr
09.00	Snack		20 gr
12:00	Nasi		110 gr
	Daging		50 gr
	Tempe		45 gr
	Sayur		100 gr
	Jus buah		100 gr
15:00	Snack		20 gr

18:00	Nasi	100 gr
	Tempe	45 gr
	Sayuran	100 gr
	Jus buah/buah	100 gr
	Gula pasir	25 gr
Nilai Gizi	Energi : 1639,5 kkal	
	Protein : 58,4 gr	
	Lemak : 45,6 gr	
	Karbohidrat :259,3 gr	

Keterangan : Pemberian makan pasien kondisi pasien

K. Edukasi Gizi (E)

- a. Tujuan (E.1.1) Meningkatkan kepatuhan diet penderita dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan dan pemahaman
- b. Konten/Materi
 - 1) Memberikan penjelasan tentang tujuan diet RG
 - 2) Menjelaskan prinsip atau syarat diet RG dan cara pemberian
 - 3) Menjelaskan tentang bahan makanan yang dianjurkan dan dibatasi.

L. Domain Konseling (C)

- c. Tujuan
 - 1) Memberikan penjelasan terkait dengan pemberian diet RG untuk mempercepat penyembuhan
 - 2) Memberikan edukasi kepada pasien agar meningkatkan asupan makan
 - 3) Memberikan edukasi kepada pasien agar mengkonsumsi makanan rendah natrium
 - 4) Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk membatasi asupan natrium
- d. Preskripsi
 - 1) Tempat : Rumah pasien
 - 2) Waktu : 30 Menit
 - 3) Sasaran : Pasien dan Keluarga
 - 4) Metode : diskusi dan Tanya Jawab
 - 5) Media : Leaflet dan Bahan makanan penukar
 - 6) Materi : Perkembangan asupan, pembagian makan sehari, tujuan diet RG, syarat diet RG, Makanan yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan, contoh menu sehari

M. Rencana Monitoring

Tabel 19. Rencana monitoring

Anamnesis	Yang diukur	Pengukuran	Evaluasi/Target
Antropometri	BB	Saat awal dan akhir monitoring	BB tetap
Biokimia	Kolesterol	kolaborasi	Mencapai normal
Klinis/fisik	Tekanan darah	Setiap hari	Turun bertahap
Dietary	Asupan makanan Daya terima	Setiap hari	Asupan secara bertahap Hari I : 50% Hari II : 50% Hari III: 80%

N. Monitoring dan Evaluasi

1. Antropometri

Tanggal	Berat Badan
26 Agustus 2022	49,4
29 Agustus 2022	49

Data pengambilan antropometri saat mengambil data dengan panjang ULNA 22 cm dan BB actual 51,5 kg. Panjang ULNA dihitung dengan estimasi tinggi badan sebesar 146 cm. Pada kasus ini status gizi pasien dihitung dengan menggunakan IMT dan diperoleh hasil sebesar $22,9 \text{ kg/m}^2$ termasuk dalam kategori normal. IMT adalah pengukuran antropometri untuk menilai apakah komponen tubuh tersebut sesuai dengan standar normal atau ideal. IMT didapatkan dengan cara membagi berat badan (kg) dengan kuadrat tinggi badan (m^2). IMT merupakan titik kritis, seseorang akan mengalami peningkatan resiko menderita penyakit tertentu ketika seseorang melewati titik kritis tersebut. IMT cenderung berkaitan dengan kondisi kesehatan seseorang (Sudargo dkk, 2014.) Berdasarkan hasil pengukuran BB awal intervensi dan akhir intervensi berkurang 400 gr disebabkan pada saat penimbangan pasien belum makan.

2. Biokimia

Monitoring dan evaluasi data biokimia hanya bisa dilakukan saat ada pemeriksaan laboratorium. Selama itu, pasien menjalani 1 kali pemeriksaan laboratorium yaitu pada tanggal 10 Agustus 2022 saat kontrol puskesmas dan tidak ada pemeriksaan lanjutan selama pengambilan kasus.

3. Klinis/Fisik

Tidak seperti pada data biokimia, untuk data klinis/fisik dapat dimonitoring setiap hari. Kesadaran pasien dari awal pengambilan kasus yaitu 25-29 Agustus 2022 dalam keadaan cm. Nafsu makan pasien selama pengambilan kasus semakin membaik.

Tabel 20. Hasil monitoring vital sign

Jenis pemeriksaan	Tanggal monitoring			
	25/08/2022	26/08/2022	27-28/08/2022	29/08/2022
Kesadaran umum	CM	CM		CM
Tekanan darah	166/87	158/84		145/75

Tabel 21. Hasil monitoring keluhan utama pasien

Tanggal	Keluhan
25 Agustus 2022	Pasien mengeluh buyer
26 Agustus 2022	Buyer berkurang
27 Agustus 2022	Buyer sudah berkurang
28-29 Maret 2022	Tidak terasa buyer

Hasil dari pengamatan terhadap keluhan yang dirasakan pasien selama 5 hari, keluhan pasien membaik. Pada pemeriksaan tekanan darah cenderung turun dengan bantuan terapi obat dan diet rendah garam. Hasil ini tidak sehubungan dengan penelitian Hadi (2015), yang tidak menemukan hubungan antara diet rendah garam dengan tekanan darah. Penelitian ini dilakukan di Yayasan Jantung Sehat RS Dr. Soepraoen Malang.

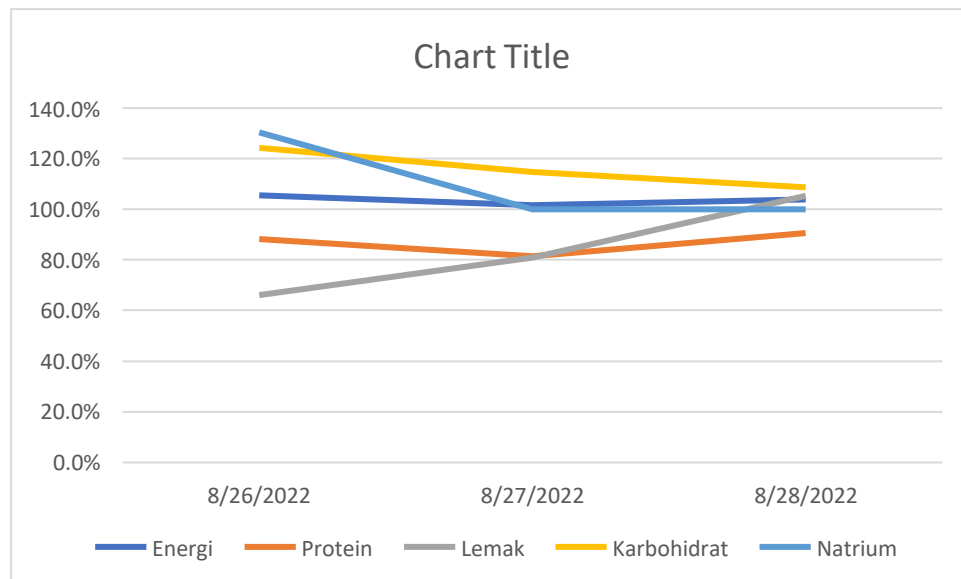
Pada penelitian ini, Hadi (2015) membandingkan 5 responden yang diberikan diet DASH dengan 5 responden yang diberikan diet rendah garam dalam menurunkan tekanan darah. Diet DASH (Dietary Approaches To Stop Hypertension) merupakan panduan diet untuk menurunkan tekanan darah dengan membatasi makanan kaya lemak jenuh dan kolesterol. Diet ini berfokus pada peningkatan asupan makanan yang kaya nutrisi terutama mineral (kalium, kalsium, dan magnesium) pada buah-buahan, protein dan serat. Pada penelitian ini, 5 responden dengan diet rendah garam tidak memperlihatkan perbedaan tekanan darah yang signifikan (p value 0,292). Menurut peneliti, responden dengan diet DASH memiliki tekanan darah terkontrol karena pada diet ini mengandung total lemak jenuh dan kolesterol yang lebih rendah dibanding diet

1. Asupan Makan

Tabel 22. Hasil monitoring asupan makan pasien

Tanggal	Asal Asupan	E (kkal)	P (gr)	L (gr)	KH (gr)	Na (mg)
26 Agustus 2022	Asupan makan	1705,9	53,6	29,7	301,5	3000
	Kebutuhan	1617,6	60,7	44,9	242,6	2300
	%Asupan	105,5	88,3	66,1	124,3	130,4
	Kategori asupan	Baik	Baik	Kurang	Lebih	Lebih
27 Agustus 2022	Asupan makan	1643,1	49,4	36,3	278,6	2300
	Kebutuhan	1617,6	60,7	44,9	242,6	2300
	%Asupan	101,6	81,4	80,8	114,8	100,0
	Kategori Asupan	Baik	Baik	Baik	Lebih	Baik
28 Agustus 2022	Asupan makan	1680	55	47,3	263,7	2300
	Kebutuhan	1617,6	60,7	44,9	242,6	2300
	%Asupan	103,9	90,6	105,3	108,7	100,0
	Kategori Asupan	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik
Rata-rata		103,6	86,8	84,1	115,9	110,1

Berikut adalah grafik monitoring asupan makan pasien :



Bedasarkan grafik asupan makan Ny S selama 3 hari mengalami peningkatan dan penurunan. Peningkatan dan penurunan ini dipengaruhi oleh ketersediaan makanan yang diberikan oleh keluarga pasien. Pada hari ketiga asupan makan pasien sudah sesuai tepat dengan rekomendasi dan terdapat peningkatan konsumsi serat dari sayur dan buah. Asupan natrium pada hari pertama masih diatas 2300 karena pasien belum

menerapkan konsumsi makanan rendah natrium. Setelah hari kedua ketiga pasien menerapkan asupan rendah natrium diimbangi dengan konsumsi obat rutin.

2. Evaluasi Konseling / Terapi Edukasi

Terapi edukasi dilakukan untuk mendukung terlaksananya terapi diet. Dalam edukasi ini disampaikan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan diet yang dijalankan seperti tujuan diet, syarat hingga pentingnya mematuhi diet. Diharapkan dengan adanya terapi edukasi ini pasien lebih jelas dan dapat menaati diet yang disarankan. Terapi edukasi dilakukan pada tanggal 26-29 Agustus 2022. Edukasi yang diberikan yaitu mengenai diet RG. Pada hari pertama intervensi setelah konseling pasien belum maksimal dalam menjalankan diet diet, setelah hari kedua pasien menjalankan diet dan pada hari ketiga pasien maksimal dalam menjalankan diet.

C. Pendidikan dan Pelatihan Kader Lansia

1. Hari, tanggal : Jumat, 26 Agustus 2022
2. Waktu : 09.00 WIB – Selesai
3. Sasaran : Kader Posbindu
4. Media : Metlin, pita LILA
5. Metode : Ceramah, tanya jawab, demonstrasi
6. Penanggung Jawab : Mahasiswa
7. KAK (Terlampir)
8. Langkah-langkah :
 - a. Menentukan kegiatan : identifikasi masalah gizi pada semua kelompok umur, mengenal potensi budaya local, merencanakan kegiatan, melaksanakan kegiatan, pemantauan kegiatan.
 - b. Menentukan materi pelatihan
 - c. Melakukan monitoring dan evaluasi
9. Materi Pendidikan dan Pelatihan
 - a. Pengertian antropometri
 - b. Macam pengukuran antropometri
 - c. Penentuan status gizi
 - d. Cara mengukur LILA dan intepretasi
 - e. Perhitungan estimasi berat badan
 - f. Cara mengukur Lingkar perut, RLPP dan intepretasinya
10. Rangkaian Kegiatan :

a. Tahap persiapan

Tahap persiapan dimulai dari pembuatan KAK (Kerangka Acara Kegiatan). Selanjutnya mempersiapkan materi yang akan disampaikan dalam bentuk Power Point. Pembuatan pretest dan post test dengan jawaban benar dan salah. Melakukan konsultasi dengan pembimbing lahan terkait materi yang akan disampaikan.

b. Tahap Pelaksanaan

- 1) Kegiatan diklat dimulai pukul 09.00 WIB – Selesai. Kegiatan dilakukan secara langsung di pertemuan khusus ibu kader Posbindu Kronggahan I yang telah dijadwalkan sebelumnya
- 2) Pendidikan dan pelatihan dihadiri 10 dari 15 peserta.
- 3) Kegiatan diawali dengan pembukaan dari moderator berupa perkenalan diri dan doa. Dilanjutkan dengan penyampaian materi dan penyampaian materi pemateri 1 yaitu pengukuran estimasi TB
- 4) Sebelum diklat dilakukan, moderator mempersilahkan peserta untuk mengisi pretest terlebih dahulu untuk mengetahui tingkat pengetahuan
- 5) Penyampaian materi dilakukan melalui PPT dan dilanjutkan dengan demonstrasi yang sudah disiapkan. Kemudian dilanjutkan dengan tanya jawab. Penyajian materi sesuai dengan materi diklat yang terlampir di KAK
- 6) Setelah sesi materi dan tanya jawab selesai, dilanjutkan dengan materi yang disampaikan oleh Pemateri III dengan materi Gizi Lansia Setelah acara selesai peserta mengisi post test.
- 7) Acara diakhiri dengan evaluasi dan penutupan moderator.

c. Tahap Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

Mahasiswa menyiapkan tempat dan alat sesuai yang telah direncanakan. Pelaksanaan kegiatan penyuluhan secara langsung menggunakan power point. Kegiatan dimulai pukul 09.00 WIB. Kegiatan dihadiri oleh 9 dari 15 peserta yang terdiri dari kader Posbindu Kronggahan I.

2) Evaluasi Proses

Kegiatan sebelumnya direncanakan pada senin, 22 Agustus 2022 namun terdapat kendala yaitu peserta berkurang karena ada halangan maka diundur menjadi hari jumat, 26 Agustus 2022. Kegiatan dilakukan pada hari Jumat, 26 Agustus 2022 dimulai pukul 09.00 WIB berakhir pada pukul 11.00 WIB.

Kegiatan dilakukan dengan lancar karena materi sebelumnya juga selesai lebih cepat. Pada sesi penyampaian materi peserta antusias memperhatikan. Pada kegiatan demonstrasi peserta mengikuti dengan antusias, mempraktekkan perhitungan, dan berpartisipasi aktif pada pelatihan pengukuran. Pada saat sesi tanya jawab peserta antusias bertanya. Setelah acara selesai dilakukan sesi penutupan oleh moderator. Pada saat penutupan dilakukan pembagian post test. Pada saat pretest dan post test terdapat 2 ibu kader yang tidak mengisi posttest karena berhalangan di tengah acara undur diri.

3) Evaluasi hasil

No	Nama peserta	Pre Test	Post Test
1	Ny Etik Andarwati	60	
2	Ny Sri Sumarni	20	
3	Ny Widiastuti	20	60
4	Ny Ratinah	40	80
5	Ny Indri	40	100
6	Ny Lastri	40	60
7	Ny Suharyanti	60	100
8	Ny Eni Rahayu	80	60
9	Ny Sri Warti	40	100
Rata-rata		45,7	80

Menurut Notoatmojo (2012), pengetahuan dapat dikalsifikasikan menjadi tiga tingkat yaitu tingkat pengetahuan baik (skor 76-100%), tingkat pengetahuan cukup (56-75%), dan tingkat pengetahuan kurang (40-55%). Pengetahuan adalah kemampuan seseorang untuk mengungkapkan kembali apa yang diketahuinya dalam bentuk jawaban lisan atau tulisan. Selain itu, skor posttest peserta yang lebih tinggi dari skor pretest dapat menentukan keberhasilan kegiatan.

Berdasarkan hasil pretest dan posttest dari 9 peserta hanya dapat diambil 7 peserta karena 2 peserta tidak memberikan hasil posttestnya. Dari tabel diketahui bahwa nilai rata-rata peserta saat pretest yaitu sebesar 45,7 dan rata-rata nilai posttest yaitu sebesar 80 selisihnya 34,3. Berdasarkan klasifikasi tingkat pengetahuan dapat diketahui bahwa pada pretest pengetahuan peserta kategori kurang dan meningkat setelah post test dengan kategori pengetahuan baik. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa adanya Pendidikan dan pelatihan “PENGUKURAN

ANTROPOMETRI LILA, LINGKAR PINGGANG DAN PANGGUL”
dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan Ibu Kader Posbindu
Kronggahan I

Program Kegiatan Inovatif

**PROGRAM DUTA KELOMPOK LANSIA SEHAT, BUGAR DAN CERIA
SETIAP POSBINDU
(TUAN NYONYA POKLAN SEBURIA)**

1. Pendahuluan

Berdasarkan Peraturan Daerah, Puskesmas Gamping II sebagai Institusi Pelayanan Teknis Pelayanan Kesehatan, mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil mengutamakan penyembuhan, pemulihan pasien yang dilaksanakan dan terpadu dengan cara pencegahan. salah satu program Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan geriatrik bagi para lansia. Hal ini didasarkan alasan bahwa kelompok usia lansia merupakan golongan orang yang memerlukan perhatian khusus dari keluarga dan lingkungan. Kebanyakan lansia tidak dapat memenuhi kebutuhan sendiri terutama kesehatannya. Sehingga pelayanan khusus untuk lansia dapat meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan baik fisik maupun psikologis.

Masalah utama bagi para lanjut usia adalah pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dan kemampuan mereka pribadi untuk tetap produktif dan memahami keadaan status kesehatan masing – masing sehingga mereka berdaya untuk memahami derajat penyakit dan komplikasi yang mungkin terjadi serta lebih aktif untuk berpartisipasi dalam upaya pencegahan oleh karena itu perlu dikembangkan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan upaya peningkatan, pencegahan, dan pemeliharaan kesehatan di samping upaya penyembuhan dan pemulihan.

Salah satu program kesehatan diantaranya posbindu lansia. Posbindu lansia memiliki peran penting untuk menjaga kualitas hidup lansia di masyarakat. Selain memberikan pelayanan kesehatan, unit pelayanan terkecil ini juga akan memfasilitasi berbagai kegiatan non-medis agar lansia memiliki wadah untuk berkarya dan berkegiatan. Peran Posbindu Lansia bisa lebih krusial dibanding tahun- tahun sebelumnya. Sebab, inilah unit pelayanan kesehatan terkecil yang paling dekat dengan keseharian warga. Dengan adanya Posbindu Lansia, kualitas hidup warga senior diharapkan bisa terus meningkat tepat, sehingga para lansia tidak merasa lagi terabaikan didalam masyarakat. Melalui posbindu dapat direncanakan program dengan menggabungkan layanan utama dan peran serta lansia dengan tujuan yang sama yaitu meningkatkan

derajat kesehatan lansia.

2. Tujuan

a. Tujuan Umum

Meningkatkan derajat kesehatan, kualitas hidup, membina lansia dalam pemantauan kesehatan secara mandiri dan menyenangkan

b. Tujuan Khusus

- 1) Melibatkan dan melatih lansia dalam upaya pemantauan kesehatan dan Penyakit Tidak Menular pada lansia
- 2) Memotivasi lansia untuk memantau kesehatan secara aktif, mandiri dan produktif
- 3) Meningkatkan kesadaran lansia dalam memantau kesehatan
- 4) Membangun kekompakan lansia

3. Manfaat

a. Bagi Praktikan

Menambah wawasan dan pengetahuan di bidang gizi dan lansia di masyarakat serta menerapkan ilmu yang didapatkan selama mengikuti perkuliahan di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, Jurusan Gizi, Program Studi Profesi Dietisien.

b. Bagi Puskesmas Gamping II

Dapat digunakan sebagai masukan dalam menentukan kebijakan untuk mengembangkan pelayanan gizi masyarakat, pelayanan pencegahan penyakit tidak menular, dan pelayanan lansia pada upaya pengembangan proses kegiatan program gizi masyarakat, pelayanan pencegahan penyakit tidak menular, dan pelayanan lansia

c. Bagi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Jurusan Gizi

Menambah bahan kepustakaan mengenai kegiatan program gizi masyarakat di perpustakaan Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.

d. Bagi Masyarakat

- 1) Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya kesehatan dan pentingnya pencegahan Penyakit Tidak Menular pada lansia
- 2) Meningkatkan peran masyarakat dalam mendukung program kesehatan lansia

4. Nama Program Inovasi

Nama program inovasi Yaitu Program Duta Kelompok Lansia Sehat, Bugar Dan Ceria Setiap Posbindu (Tuan Nyonya Poklan Seburia) merupakan penunjang, pelatihan, pembinaan duta lansia yang dipilih setiap posyandu dengan tujuan Meningkatkan derajat kesehatan, kualitas hidup, membina lansia dalam pemantauan kesehatan secara mandiri dan menyenangkan.

5. Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan

No	Kegiatan Pokok	Rincian Kegiatan	Pihak terkait			
			Lintas Program	Uraian Tugas	Lintas Sektor	Uraian Tugas
1.	Pemilihan duta Poklan Seburia	a. Melakukan seleksi pada lansia dengan pemeriksaan fisik dan kesehatan b. Meresmikan duta lansia setiap posbindu	Dokter Umum, Perawat	a. Membuka penerimaan duta lansia b. Menyeleksi lansia berdasarkan kriteria khusus dan hasil pemeriksaan kesehatan c. Memilih duta lansia d. Meresmikan duta lansia	Desa	Pendampingan, pelaporan
2.	Pendidikan dan pelatihan duta Poklan	a. Promosi kesehatan terhadap lansia yang lain b. Pendidikan dan pelatihan	Dokter Umum, Perawat, Ahli Gizi	a. Promosi kesehatan tentang kesehatan lansia dan penyakit Tidak Menular b. Pendidikan pelatihan tentang gizi dan kesehatan	Desa	Pendampingan dan pelaporan

3.	Posbindu lansia	a. Pemantauan kesehatan b. Promosi	Duta Lansia Poklan	a. Pemantauan kesehatan b. Promosi	Desa	Pendampingan
		c. Pelaporan d. Getok tular		c. Pelaporan d. Getok tular		

6. Sasaran

- a. Sasaran langsung : Duta Lansia Poklan dan Lansia
- b. Sasaran tidak langsung : Kepala dusun, kader

7. Alat dan Bahan, Metode, dan Cara Pelaksanaan

a. Pemilihan duta Poklan Seburia

1) Alat dan Bahan :

- a) Stetoskop
- b) Alat pengukur tensi
- c) Pengukur Tensi, Gula darah, kolesterol, asam urat

2) Metode : Pemeriksaan

3) Cara Pelaksanaan

- a) Setiap posbindu mewakili 3 lansia yang dipilih
- b) Pemeriksaan oleh dokter dan perawat dengan mempertimbangkan kondisi kesehatan calon duta lansia
- c) Menetapkan duta yang terpilih dengan kondisi kesehatan yang baik

b. Pendidikan dan pelatihan duta Poklan

1) Alat dan Bahan :

- a) PPT
- b) LCD
- c) Leaflet

2) Metode : Ceramah, demonstrasi, tanya jawab

3) Cara Pelaksanaan

- a) Duta lansia yang terpilih dikumpulkan
- b) Pembukaan penyuluhan, penyampaian materi dan penutupan

c. Posbindu lansia

- 1) Alat dan Bahan : IMT, Indeks GDS, Indeks Tensi, Indeks Kolesterol, Indeks Asam Urat, logbook kegiatan
- 2) Metode : Pemantauan, promosi, getok tular, pelaporan
- 3) Cara Pelaksanaan

- a) Duta lansia yang terpilih akan melakukan pemantauan jalannya posyandu lansia, promosi kesehatan dan getok tular pada lansia lain
- b) Duta lansia yang terpilih menyampaikan informasi yang telah didapatkan sebelumnya selama penyuluhan kepada lansia yang lain, atau bisa dengan konseling pada lansia yang kondisi kesehatannya bermasalah
- c) Duta lansia yang terpilih melakukan pelaporan kegiatan yang telah dilakukan duta rutin setiap posyandu menggunakan logbook

8. Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	September 2022									
		5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1	Pemilihan duta Poklan Seburia										
2	Pendidikan dan pelatihan duta Poklan										
3	Posbindu lansia (tanggal berbeda)										

9. Pencatatan Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan

Evaluasi proses dilakukan pada saat kegiatan masih berjalan untuk melihat kekurangan yang ada dan agar dapat segera diatasi. Pelaporan kegiatan dilakukan setiap bulan melalui logbook dan laporan Posbindu. Dokumen yang diperlukan dalam pelaporan ini adalah

1. SAP/KAK kegiatan pemeriksaan dan laporan evaluasi pemilihan
2. SAP/KAK Penyuluhan dan laporan evaluasi Penyuluhan pada Lansia
3. Logbook
4. Rencana Tindak Lanjut
5. Tindak Lanjut

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Hasil skrining menunjukkan bahwa variabel jenis kelamin (p 0,417), living status (p 1,000), riwayat salah satu penyakit degeneratif (p 0,462), lingkar perut (p 0,563), indeks massa tubuh (p 0,369), dan kekuatan genggam tangan (p 0,718) dengan kualitas hidup pada lansia. Namun terdapat perbedaan antara usia dengan kualitas hidup pada lansia (p 0,020). Tidak terdapat hubungan antara kekuatan handgrip dengan kualitas hidup lansia
2. Dari hasil homecare diketahui pasien dengan penyakit hipertensi memiliki hasil skrining MNA-SF dengan skor 9 beresiko malnutrisi. Dari hasil monev diketahui telah mencapai target asupan makan 80% dan menurunkan asupan natrium <2300 mg
3. Pembinaan dan pemberdayaan kader melalui pendidikan dan pelatihan “Pengukuran Antropometri Lila, Lingkar Pinggang Dan Panggul serta Intepretasinya” berjalan sesuai proses dengan hasil terdapat mpeningkatan pengetahuan dan ketrampilan dari 40% menjadi 80%
4. Kegiatan Inovasi berupa pembentukan “Duta Poklan Seburia” dengan kegiatan lansia menjadi kader pembantu kegiatan posyandu lansia.

B. Saran

Pasien lansia sebaiknya rutin control ke Puskesmas untuk dipantau status kesehatannya

Daftar Pustaka

- Chruściel, P., & Dobrowolska, B. (2020). The correlation between social support and quality of life of seniors without cognitive disorders from an institutional environment—a descriptive cross-sectional survey. *Healthcare (Switzerland)*, 8(3).
<https://doi.org/10.3390/healthcare8030212>
- Halaweh, H. (2020). Correlation between Health-Related Quality of Life and Hand Grip Strength among Older Adults. *Experimental Aging Research*, 46(2), 178–191.
<https://doi.org/10.1080/0361073X.2020.1716157>
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat*.
- Mohebi, S., Parham, M., Sharifirad, G., & Gharlipour, Z. (2018). *Social Support and Self-Care Behavior Study*. January, 1–6. <https://doi.org/10.4103/jehp.jehp>
- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: Evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 357–363.
<https://doi.org/10.1136/jech.2005.040071>
- UN. Department of Economic and Social Affairs. (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights*.
https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_messages.pdf

Lampiran

KERANGKA ACUAN KEGIATAN (KAK) SKRINING LANSIA

A. Pendahuluan

Secara global, terdapat 727 juta orang yang berusia 65 tahun atau lebih pada tahun 2020. Jumlah tersebut diproyeksikan akan berlipat ganda menjadi 1,5 miliar pada tahun 2050 (UN. Department of Economic and Social Affairs, 2020). Selama lima puluh tahun terakhir, persentase penduduk lanjut usia di Indonesia meningkat dari 4,5 persen pada tahun 1971 menjadi sekitar 10,82 persen pada tahun 2020. Angka tersebut diproyeksi akan terus mengalami peningkatan hingga mencapai 19,9 persen pada tahun 2045.

Dalam struktur kependudukan, lansia merupakan kelompok usia “beban”, yang berarti memiliki ketergantungan terhadap kelompok usia produktif. Indonesia sendiri memiliki rasio ketergantungan lansia terhadap penduduk produktif yang semakin meningkat setiap tahun dan saat ini menjadi 16,76%. Jumlahnya yang semakin banyak, secara tidak langsung, memiliki dampak sosial dan ekonomi baik bagi individu, keluarga, maupun lingkungan sosial. Lansia juga merupakan kelompok penduduk yang rentan salah satunya yaitu terkait dengan masalah kesehatan.

Untuk menjaga lansia agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial dan ekonomi diperlukan upaya pemeliharaan kesehatan. Puskesmas sebagai fasilitas Kesehatan tingkat pertama diharapkan mampu melakukan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif tingkat dasar bagi lansia. Puskesmas dapat melakukan pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) bagi kesehatan dengan menyelenggarakan pelayanan secara terkoordinasi dengan lintas program, organisasi kemasyarakatan, dan dunia usaha dengan asas kemitraan baik bagi pra lansia dan lansia (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Selain itu, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 4 tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Bidang Kesehatan, skrining kesehatan lansia merupakan salah satu kegiatan untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia untuk mencapai lansia sehat, mandiri, aktif, produktif dan berdaya guna bagi keluarga dan masyarakat.

B. Latar Belakang

Skrining pada lansia di Puskesmas Gamping 2 dilakukan sebagai bagian dari program kegiatan puskesmas untuk mengidentifikasi awal risiko masalah gizi yang bertujuan untuk menetapkan skala prioritas penyelesaian masalah lansia yang ada di wilayah kerja Puskesmas.

C. Tata Nilai Puskesmas

Puskesmas memiliki tata nilai yang diterapkan dalam pelaksanaan kegiatan UKM. Tata nilai tersebut adalah : Profesional Bersama dengan Hati

D. Tujuan

Mengidentifikasi masalah gizi dan kualitas hidup lansia di wilayah kerja Puskesmas Gamping 2 sehingga dapat dilakukan rencana tindak lanjut berdasarkan data yang diperoleh

E. Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan

No	Kegiatan Pokok	Rincian Kegiatan
1	Penetapan Jadwal Kegiatan	<ul style="list-style-type: none">- Koordinasi pelaksanaan dengan pembimbing lahan- Koordinasi pelaksanaan dengan kader kesehatan- Menyetujui jadwal
2	Pelaksanaan Kegiatan	<ul style="list-style-type: none">- Pengarahan kegiatan- Pendaftaran peserta- Pengukuran suhu dan tekanan darah- Pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar perut- Pengukuran lab sederhana (gula darah sewaktu, kolesterol, asam urat)- Pengukuran handgrip strength- Wawancara dengan form WHOQOL- Pencatatan di lembar kesehatan lansia- Konseling kesehatan- Memberikan rujukan jika diperlukan
3	Penyusunan laporan	<ul style="list-style-type: none">- Pengumpulan daftar lansia dan hasil pemeriksaan- Pengumpulan laporan

F. Cara Melaksanakan Kegiatan

Kegiatan Pokok	Pelaksanaan	Lintas program terkait	Lintas sektor terkait	Ket
Penetapan Jadwal Kegiatan	<ul style="list-style-type: none">- Koordinasi pelaksanaan dengan pembimbing lahan- Koordinasi pelaksanaan dengan kader kesehatan- Menyetujui jadwal	<ul style="list-style-type: none">- PJ UKM- Koordinator Program Lansia dan PTM- Pembimbing Lahan	<ul style="list-style-type: none">- Kader Posyandu	Sumber Dana : Iuran Mahasi swa
Pelaksanaan Kegiatan	<ul style="list-style-type: none">- Pengarahan kegiatan- Pendaftaran peserta- Pengukuran suhu dan tekanan darah- Pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar perut	<ul style="list-style-type: none">- PJ UKM- Koordinator Program Lansia dan PTM	<ul style="list-style-type: none">- Kader Posyandu	

	<ul style="list-style-type: none"> - Pengukuran lab sederhana (gula darah sewaktu, kolesterol, asam urat) - Pengukuran handgrip strength - Wawancara dengan form WHOQOL - Pencatatan di lembar kesehatan lansia - Konseling kesehatan - Memberikan rujukan jika diperlukan 	- Pembimbing Lahan		
Penyusunan laporan	<ul style="list-style-type: none"> - Pengumpulan daftar lansia dan hasil pemeriksaan - Pengumpulan laporan 	- Pembimbing Lahan	- Kader Posyandu	

G. Sasaran

Lansia ≥ 60 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping 2 sebanyak minimal 30 orang

H. Biaya

Biaya kegiatan ini bersumber dari iuran mahasiswa. Anggaran digunakan untuk penyediaan form kuesioner WHOQOL sebesar 34 orang x Rp 1.000,00 = Rp 34.000,00

I. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan

Tahun	2022											
Kegiatan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des
Skrining Lansia Oleh Mahasiswa								X	X			

J. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan Pelaporan

1. Evaluasi proses dilakukan pada saat kegiatan masih berjalan untuk melihat capaian kegiatan yang dilaksanakan untuk melakukan rencana tindak lanjut
2. Pelaporan kegiatan dilakukan setelah melakukan kegiatan

K. Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan

Pencatatan dilakukan dengan menyusun laporan hasil kegiatan dilaporkan kepada pembimbing lahan setelah selesai kegiatan

Hormat Kami

Mahasiswa

KERANGKA ACUAN KEGIATAN (KAK) PENDIDIKAN DAN PELATIHAN “PENGUKURAN ANTROPOMETRI LILA, LINGKAR PINGGANG DAN PANGGUL”

A. Latar Belakang

Populasi lansia dari tahun ke tahun meningkat. Pada peningkatan populasi ini meningkat pula masalah gizi dan kesehatan karena terjadi peningkatan penyakit degeneratif utamanya penyakit jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus pada lansia. Hal ini dipicu oleh bertambahnya jumlah lansia yang mengalami obesitas, di samping juga masih bermunculan kasus-kasus gizi kurang dan penyakit infeksi.

Saat ini data dan informasi yang ada dalam melaksanakan upaya kesehatan lansia secara efektif, sangat terbatas. Selain itu, ilmu gerontologi dan geriatri yang membahas tuntas masalah lansia belum tercantum dalam kurikulum pendidikan kesehatan di lingkungan Kementerian Pendidikan Nasional dan Kementerian Kesehatan. Akibatnya pengetahuan dasar petugas kesehatan dalam mengembangkan upaya kesehatan lansia masih perlu ditingkatkan. Penyelenggaraan upaya kesehatan lansia memerlukan biaya yang tidak sedikit, tenaga dan sarana yang memadai. Sementara potensi sumber daya dan peran serta masyarakat yang ada belum dimanfaatkan secara optimal termasuk partisipasi kader posyandu lansia sebagai ujung tombak penyelenggara program kesehatan lansia di masyarakat.

Salah satu metode penilaian status gizi lansia (PSG) secara langsung pada lansia yang banyak dilakukan adalah pengukuran antropometri. Indikator antropometri yang digunakan pada lansia adalah pengukuran tinggi badan (TB) dan berat badan (BB) yang dituangkan dalam IMT (indeks massa tubuh) untuk menilai status gizinya. Data antropometri diperlukan bagi rancangan/ disain suatu alat yang bersifat ergonomis, sementara data antropometri lansia di Indonesia sangat terbatas sehingga penilaian antropometri dengan indikator TB dan BB sangat penting dalam menilai status gizinya. Kekurangan pengukuran tinggi badan lansia sulit dilakukan karena perubahan postur tubuh akibat penuaan; kelainan tulang belakang akibat osteoporosis, kifosis, atau harus duduk di kursi roda atau tempat tidur. Kesulitan ini dapat dipecahkan dengan menggunakan prediktor LILA, dalam memperoleh BB prediksi pada lansia.

Peningkatan angka penyakit cardiovascular pada lansia juga perlu diketahui lebih awal dengan perhitungan rasio lingkaran pinggang panggul.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan kader dalam mengukur antropometri, menentukan status gizi lansia dan resiko penyakit cardiovascular.

2. Tujuan khusus

- a. Meningkatkan pengetahuan kader tentang pengertian antropometri
- b. Meningkatkan pengetahuan kader tentang macam pengukuran antropometri untuk lansia dan kondisi khusus
- c. Meningkatkan pengetahuan kader mengenai resiko penyakit cardiovascular
- d. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader mengenai cara melakukan pengukuran antropometri pada lansia dan kondisi khusus
- e. Meningkatkan keterampilan kader dalam menentukan status gizi lansia
- f. Meningkatkan keterampilan kader dalam menghitung RLPP

C. Sasaran

Kader Posyandu di Posyandu Kronggahan I

D. Waktu dan Tempat Pelaksanaan

Hari, tanggal : Jumat, 26 Agustus 2022

Waktu : 09.00 – selesai

Tempat : Posbindu (Rumah kader)

E. Materi Terlampir

F. Narasumber

Mahasiswa Profesi Dietisien Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Tahun 2022

G. Metode

1. Ceramah
2. Demonstrasi
3. Tanya jawab

H. Langkah-langkah

1. Persiapan

Membuat KAK diklat sesuai dengan tema yang diangkat atau yang ingin diberikan. Mempersiapkan perlengkapan dan hal-hal yang dibutuhkan pada saat diklat dilakukan. Mempersiapkan narasumber dan materi yang akan disampaikan.

Membuat materi pelatihan. Menyiapkan soal pretest dan post test untuk peserta.
Melakukan konultasi dengan pembimbing lapang

2. Pelaksanaan

Melakukan pre test kepada peserta diklat agar dapat membedakan pengetahuan sebelum diklat dilakukan. Memberikan materi diklat secara terperinci dan jelas melalui Membuka sesi tanya jawab untuk peserta diklat. Mengatur keberlangsungan acara diklat

3. Evaluasi

Mengevaluasi kembali materi diklat yang telah diberikan. Melakukan post test kepada peserta diklat setelah diklat dilakukan.

I. Perlengkapan

1. Laptop
2. LCD
3. Ruangan
4. Metlin

J. Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Waktu	Durasi	Penanggung jawab
1	Pembukaan	09.00-09.05	5 menit	Hafidzah
2	Pretest	09.05 – 09.15	10 menit	Metty
3	Penyampaian Materi 1 “Pengukuran Antropometri Estimasi Tinggi Badan dan Intepretasinya”	09.15 – 09.45	30 menit	Denna
5	Penyampaian Materi 2 “Pengukuran Antropometri Estimasi Berat Badan, RLPP dan Intepretasinya, IMT”	09.45 – 10.15	30 menit	Hafidzah
6	Tanya Jawab Materi 1 dan 2	10.15 – 10.25	10 menit	Hafidzah
7	Penyampaian Materi 3 “Gizi pada lansia”	10.25– 10.55	30 menit	Metty
8	Tanya Jawab Materi 1 dan 2	10.55-11.05	10 menit	Metty

Dokumentasi



