

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pneumonia

a. Definisi dan Klasifikasi

Pneumonia adalah peradangan yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius, dan alveoli, serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran gas setempat. Pneumonia bersifat infeksi karena dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur dan parasit. Bakteri menjadi penyebab terbanyak kasus pneumonia (Dahlan, 2014).

Perkembangan pengelolaan pneumonia telah dikelompokkan menjadi Pneumonia Nosokomial (PN) merupakan pneumonia yang terjadi di rumah sakit dan Pneumonia Komunitas (PK) merupakan pneumonia yang terjadi akibat infeksi di luar rumah sakit. Pneumonia Nosokomial (PN) adalah pneumonia yang terjadi >48 jam atau lebih setelah dirawat di rumah sakit, baik di ruang rawat umum ataupun *intensive care unit* (ICU) tetapi tidak sedang memakai ventilator. Ventilator associated pneumonia (VAP) merupakan subtype dari pneumonia nosokomial (PN) yang terjadi setelah 48-72 jam atau lebih setelah intubasi tracheal (Dahlan, 2014).

b. Etiologi

Etiologi pneumonia berbeda-beda pada berbagai tipe dari pneumonia. Pada PK diketahui bahwa terdapat patogen yang cenderung dijumpai pada pasien perokok yaitu *Hemophilus influenza*, patogen atipikal pada lansia, dan gram negatif pada pasien dari rumah jompo. Bakteri penyebab PK lainnya yaitu *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*, *M. Pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *S. Aureus*, dan *Kl. Pneumoniae*.

Pasien Pneumonia Nosokomial (PN) dengan faktor risiko koma, cedera kepala, diabetes melitus, gagal ginjal, influenza, dan pemakaian obat intravena (IV) berisiko terkena bakteri *Staphylococcus aureus* dan *methicilin resistan Staphylococcus aureus* (MRSA). Bakteri penyebab pneumonia Nosokomial (PN) lainnya yaitu *Ps. Aeruginosa*, anerob dan *Acinobachter spp.*

c. Patofisiologi

Pajanan konstan terhadap udara yang terkontaminasi dan aspirasi nasofaring flora yang sering, menyebabkan parenkim paru rentan terhadap mikroorganisme berbahaya. Kebanyakan mikroorganisme memasuki saluran pernapasan bagian bawah dengan terhirup dan terkontaminasi melalui droplet. Interaksi yang kompleks antara virulensi dan kuantum mikroorganisme terhirup yang mencapai saluran pernapasan bagian bawah, integritas pertahanan tubuh dan status kekebalan inang yang menentukan kejadian pneumonia (Singh, 2012).

Saat mikroorganisme patogen memasuki saluran pernapasan, akan muncul mekanisme pertahanan dari saluran pernapasan. Pertahanan sistem imun dan non-imun bekerja secara efektif di level yang tidak sama untuk menjaga paru-paru tetap dalam keadaan bebas bakteri patogen. Munculnya imunoglobulin lokal khususnya imunoglobulin A, komplemen, dan flora normal memiliki kemampuan untuk mencegah kolonisasi bakteri pada orofaring (Singh, 2012).

Tabel 1. Mekanisme Pertahanan Saluran Pernapasan

Lokasi	Mekanisme Pertahanan
Nasofaring	Rambut hidung dan turbinet Aparatus mukosiliar Sekresi IgA (Imunoglobulin A)
Trakea atau bronkus	Batu, reflek epiglottis Aparatus mukosiliar Sekresi Immunoglobulin (IgG, IgM, IgA)
Alveolus	Makrofag alveolar Lapisan cairan alveolar (surfaktan, komplemen, Ig, fibronektin) Sitokin (Interleukin-1, <i>Tumor Nekrosis Factor</i>) Leukosit Polimorfonuklear (PMN) <i>Cell mediated immunity</i>

Sumber: Singh, 2012

Kegagalan sistem pertahanan tersebut dan munculnya faktor risiko akan menimbulkan manifestasi gejala pneumonia. Respon imun adalah pertahanan yang utama untuk melawan infeksi dari mikroorganisme patogen baik yang masuk maupun yang sudah berada di saluran pernapasan. Respon imun ini bergantung pada spesifik sasaran dari antigen limfosit T dan B. Respon tersebut juga diregulasi dan disuplementasi oleh non spesifik peradangan sel dari sistem imun,

contohnya sel dendritik paru, makrofag, neutrofil, eosinofil, dan mastosit. Tidak berfungsinya granulosit, limfosit, dan terapi immunosupresive menimbulkan manifestasi gejala pneumonia (Singh, 2012).

d. Manifestasi Klinis

Gejala klinis pneumonia antara lain batuk kering kemudian berubah menjadi batuk berdahak purulen, batuk berdarah, sesak napas, demam, kesulitan menelan/minum, dan tampak lemah (Suandi, 2012).

Manifestasi klinis meliputi gejala inflamasi setempat, seperti batuk dan peningkatan produksi mukus. Ketika dilakukan auskultasi pada daerah yang terkena, suara napas dapat berkurang atau bahkan tidak ada, dan ronki juga dapat terdengar. Gejala sistemik meliputi dispnea, takipnea, ortopnea, takikardia, dan demam. Nyeri ketika inspirasi juga dapat terjadi akibat inflamasi dan pasien mungkin mengalami kelelahan ketika berusaha bernapas (Chang dkk, 2010).

2. Skrining Gizi

Skrining adalah deteksi dini suatu penyakit atau usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan secara klinis yang belum jelas, dengan menggunakan tes atau pemeriksaan yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang-orang yang terlihat sehat, tetapi sesungguhnya menderita kelainan. Tujuan skrining adalah untuk menentukan individu yang berisiko malnutrisi, serta mengidentifikasi

pasien yang menderita malnutrisi dan memerlukan pengukuran gizi lebih detail. Prinsip skrining gizi ialah sederhana, efisien, cepat, hasilnya dapat dipercaya, murah biayanya, tidak mengakibatkan risiko pada pasien, dan memiliki nilai sensitivitas dan spesifisitas tinggi (Par'i, 2016).

Formulir skrining yang digunakan untuk pelaksanaan kegiatan asuhan gizi pada pasien anak 0 – 18 tahun yang bisa digunakan antara lain, *Nutrition Risk Score (NRS)*, *Paediatric Yorkhill Malnutrition Score (PYMS)*, *Screening Tool For The Assessment of Malnutrition in Paediatrics (STAMP)*, *Screening Tool For Risk of Impaired Nutritional Status and Growth (STRONG Kids)*, dan *Subjective Global Nutrition Assessment (SGNA)* (Suryani, 2018).

3. Proses Asuhan Gizi Terstandar

Proses asuhan gizi adalah metode standar dalam memecahkan masalah gizi, meningkatkan kualitas dan keberhasilan asuhan gizi, membutuhkan cara berpikir kritis dan menggunakan terminologi internasional. Dalam memberikan asuhan gizi dengan pendekatan PAGT, perlu melakukan analisa dan asimilasi data dengan kerangka berpikir kritis, kemudian dari data-data tersebut diidentifikasi masalah gizi kemudian memberikan asuhan gizi yang berkualitas yaitu tepat cara, tepat waktu, tepat pasien dan aman bagi pasien (Rochani, 2017).

PAGT merupakan siklus yang terdiri dari empat langkah berurutan dan saling berkaitan dalam proses asuhan gizi, meliputi pengkajian gizi

(*nutrition assessment*), diagnosis gizi (*nutrition diagnosis*), merencanakan dan melaksanakan tindakan spesifik untuk mengatasi masalah gizi (*nutrition intervention*), dan menilai kemajuan gizi pasien dengan monitoring dan evaluasi gizi (*nutrition monitoring dan evaluation*).

a. Pengkajian Gizi (*Nutrition Assessment*)

Pengkajian gizi merupakan langkah pertama dalam Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) yang prosesnya dinamis, berkelanjutan, bukan hanya sekedar mengumpulkan data awal, tetapi juga pengkajian dan analisis kebutuhan pasien. Menurut Par'i (2016) langkah ini merupakan fondasi dari asuhan gizi dan dasar untuk menegakan diagnosis gizi.

Menurut Kemenkes RI (2014) Asesmen gizi merupakan pendekatan sistematis dalam mengumpulkan, memverifikasi dan menginterpretasikan data pasien/anggota keluarga/pengasuh atau kelompok yang relevan untuk mengidentifikasi masalah gizi, penyebab, serta tanda/gejala. Kegiatan asesmen gizi dilaksanakan segera setelah pasien/klien teridentifikasi berisiko malnutrisi (hasil proses skrining gizi). Pengkajian gizi dikelompokkan dalam 5 komponen, yaitu:

1) Riwayat Gizi dan Makanan (FH)

Data yang dikumpulkan meliputi asupan makan, gizi dan perilaku yang berkaitan dengan makanan. Data asupan makanan dan gizi meliputi asupan gizi per hari yang diketahui melalui metode *recall 24-hour* atau dapat juga dengan metode yang lain.

Data pola dan kebiasaan makan pasien diperoleh melalui metode *Food Frequency Questionnaire* (FFQ) atau metode *dietary history*. Penggunaan obat-obatan atau suplemen gizi juga ditanyakan.

Tabel 2. Standar Asupan Makan

% Asupan	Kategori
< 80%	Asupan kurang
80 – 110 %	Baik
> 110 %	Kelebihan asupan

Sumber: WNPG, 2004

Data perilaku yang berkaitan dengan gizi dapat diketahui melalui wawancara terhadap pasien atau dari dokumen yang telah ada. Pertanyaan yang diberikan meliputi pengetahuan gizi termasuk kepercayaan, sikap, dan perilaku yang tidak mendukung makanan dan gizi. Selain itu, ditanyakan pula tentang kemudahan dan ketersediaan makanan sehari-hari, termasuk keamanan pangan yang dikonsumsi dan aktivitas fisik pasien.

2) Data Antropometri (AD)

Antropometri merupakan pengukuran terhadap ukuran, berat badan dan proporsi tubuh. Kelompok data ini digunakan untuk mengetahui tanda dari adanya dampak ketidakseimbangan antara asupan dan kebutuhan gizi (masalah gizi). Hasil pengukuran ini dapat menggambarkan kondisi gizi pasien bila telah dinilai bersama dengan indikator pengukuran lainnya atau data personal pasien seperti usia, jenis kelamin dan sebagainya (Rochani, 2017).

Data antropometri yang dibutuhkan meliputi data tinggi atau panjang badan, berat badan, ukuran rangka (frame size), perubahan berat badan, kecepatan pertumbuhan dan perubahan berat badan, serta perkiraan kompartemen tubuh termasuk persen lemak tubuh. Data diperoleh melalui pengukuran langsung atau dari dokumen yang telah ada (Par'i, 2016).

Indeks antropometri yang umum digunakan dalam menilai status gizi adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Indeks BB/U adalah pengukuran total berat badan termasuk air, lemak, tulang dan otot (Supariasa dkk, 2012).

Rumus perhitungan Z-skor:

$$Z - skor = \frac{\text{Nilai Individu Subyek} - \text{Nilai Median Baku Rujukan}}{\text{Nilai Simpang Baku Rujukan}}$$

Tabel 3. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Basab menurut Umur (BB/U) anak uasia 0 – 60 bulan	Berat badan sangat kurang	<-3 SD
	Berat badan kurang	-3 SD <-2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko berat badan lebih	>+1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 – 60 bulan	Sangat pendek	<-3 SD
	Pendek	-3 SD <-2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	>+3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 – 60 bulan	Gizi buruk	<-3SD
	Gizi kurang	-3 SD sd <-2 SD
	Gizi baik	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih	>+1 SD sd +2 SD
	Gizi lebih	>2 SD sd +1 SD
	Obesitas	>+3 SD
Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 – 60 bulan	Gizi buruk	<-3SD
	Gizi kurang	-3 SD sd <-2 SD
	Gizi baik	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih	>+1 SD sd +2 SD
	Gizi lebih	>2 SD sd +1 SD
	Obesitas	>+3 SD

Sumber: Permenkes RI No.2 Tahun 2020

IMT (Indeks Massa Tubuh) merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa. Penggunaan IMT hanya berlaku untuk orang dewasa berumur di atas 18 tahun. IMT tidak dapat diterapkan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil dan olahragawan. IMT juga tidak dapat diterapkan pada kondisi khusus lainnya seperti edema, asites, dan hepatomegali (Supariasa dkk, 2012).

Rumus perhitungan IMT:

$$IMT = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)}^2}$$

Tabel 4. Kategori IMT

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

Sumber: Kemenkes RI 2013

3) Data Biokimia (BD)

Pemeriksaan biokimia merupakan penilaian gizi secara langsung. Hasil pemeriksaan biokimia dapat memberikan indikasi perubahan status gizi seseorang pada tahap awal atau dini. Pemeriksaan biokimia dapat memberikan gambaran tentang zat gizi dalam darah, urine dan organ lain, perubahan metabolik tubuh akibat kurangnya konsumsi zat gizi tertentu. Hasil pemeriksaan tersebut dibandingkan dengan standar normal yang telah ditetapkan (Supriasa dkk, 2012).

Data biokimia diperoleh dari dokumen yang telah ada, yaitu data laboratorium. Data laboratorium yang perlu diperhatikan untuk pengkajian gizi meliputi keseimbangan asam basa, profil renal dan elektrolit, profil gastrointestinal, profil glukosa termasuk endokrin, profil inflamatori, profil lemak, data hemoglobin, profil protein, termasuk gambaran fungsi organ yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi (Par'i, 2016).

Tabel 5. Pemeriksaan Biokimia

Data Biokimia	Nilai Normal
Hemoglobin	12 – 16 g/dL
Hematokrit	35 – 45 %
Leukosit	3,2 – 10,0 x 10 ⁹ /L
Eritrosit	3,5 – 5,0 x 10 ¹² sel/L
Trombosit	170 – 380 x 10 ⁹ /L
MCV	80 – 100 fL
MCH	28 – 34 pg/sel
MCHC	32 – 36 g/dL
Limfosit	15 – 45 %

Sumber: Pedoman Intrepretasi Data Klinik, 2011

4) Data Fisik dan Klinis (PD)

Merupakan karakteristik-karakteristik fisik yang memperlihatkan gambaran dampak dari masalah gizi dan menjadi tanda atau gejala adanya kondisi malnutrisi atau kekurangan zat gizi tertentu. Data ini umumnya didapatkan dari hasil pemeriksaan dokter atau perawat misalnya adanya gangguan saluran cerna atau pernapasan, tekanan darah, suhu tubuh dll yang tercatat di rekam medik (Rochani, 2017).

Pemeriksaan fisik dan klinis bertujuan untuk mengetahui kondisi fisik pasien yang berhubungan dengan asupan gizi atau makanan. Bentuk pemeriksaan meliputi penampilan fisik, keadaan otot dan lemak subkutan, fungsi menelan, serta nafsu makan yang merupakan gambaran kondisi kurang gizi (Par'i, 2016).

Tabel 6. Pemeriksaan Fisik Klinis

Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Interpretasi
Nadi	60 – 100 x/menit	Normal
Respirasi Dewasa	14 – 20 x/menit	Normal
Respirasi Bayi	14 – 44 x/menit	Normal
Suhu	36 – 37 °C	Normal

Sumber: Buku Panduan Praktik FK Unsoed

5) Riwayat Personal (CH)

Pengumpulan data riwayat personal pasien bertujuan untuk mengetahui keadaan masa lalu dan perubahannya sampai waktu terakhir. Riwayat personal pasien meliputi empat area, yaitu obat-obatan dan suplemen yang dikonsumsi, sosial budaya, riwayat penyakit, serta data umum pasien.

Riwayat klien mencakup:

- a. Riwayat personal yaitu menggali informasi umum seperti usia, jenis kelamin, etnis, pekerjaan, merokok, cacat fisik.
- b. Riwayat medis/kesehatan pasien yaitu menggali penyakit atau kondisi pada klien atau keluarga dan terapi medis atau terapi pembedahan yang berdampak pada status gizi
- c. Riwayat sosial yaitu menggali mengenai faktor sosio ekonomi klien, situasi tempat tinggal, kejadian bencana yang dialami, agama, dukungan kesehatan dan lain-lain.

b. Diagnosis Gizi (*Nutrition Diagnosis*)

Diagnosis gizi adalah identifikasi masalah gizi dari data penilaian gizi yang menggambarkan kondisi pasien saat ini, risiko

hingga potensi terjadinya masalah gizi yang dapat ditindaklanjuti agar dapat diberikan intervensi gizi yang tepat (Anggraeni, 2012). Diagnosis gizi ditujukan untuk menjelaskan dan menggambarkan masalah gizi spesifik yang ditemukan pada individu, faktor penyebab atau etiologi, serta dibuktikan dengan adanya gejala/tanda yang terjadi pada individu (Kemenkes, 2017).

Diagnosis gizi tidak sama dengan diagnosis medis. Diagnosis gizi dapat berubah tergantung respons pasien, terutama pada langkah intervensi gizi yang dilakukan. Sedangkan diagnosis medis lebih menggambarkan keadaan penyakit atau patologi organ tertentu, dan tidak berubah selama kondisi penyakit masih ada (Par'i, 2016).

Pernyataan diagnosis gizi merupakan rangkaian kalimat yang saling berkaitan antara komponen Problem dengan Etiologi serta Etiologi dengan *Sign/Symptom*. Pernyataan Problem dengan Etiologi dihubungkan dengan kata “berkaitan dengan“, sedangkan komponen etiologi dengan sign/symptom dihubungkan dengan kata “ditandai dengan”. Komponen diagnosis gizi terdiri dari Problem (P), Etiology (E) dan Signs & Sypmtoms (S) dan disingkat menjadi P-E-S.

a. Problem (P)

Menggambarkan apakah masalah gizi pasien/klien dimana dietisien bertanggung jawab untuk memecahkan secara mandiri. Berdasarkan masalah tersebut dapat dibuat:

- 1) Tujuan dan target intervensi gizi yang lebih realistis, dan terukur
- 2) Menetapkan prioritas intervensi gizi
- 3) Memantau dan evaluasi perubahan yang terjadi setelah dilakukan intervensi gizi.

b. Etiology (E)

Menunjukkan faktor penyebab atau faktor-faktor yang mempunyai kontribusi terjadinya problem (P). Dapat pula dipastikan mengapa terjadi masalah gizi. Faktor penyebab dapat berkaitan dengan patofisiologi, psikososial, lingkungan, perilaku, kebiasaan makan dan sebagainya. Mengingat banyaknya faktor yang berkaitan dengan masalah gizi tersebut maka penetapan etiologi ini harus dilakukan secara berhati-hati, dan bila masalahnya kompleks dapat dilakukan secara tim. Dengan demikian faktor penyebab yang diidentifikasi benar-benar merupakan faktor penyebab utama. Etiologi ini merupakan dasar dari penentuan intervensi apa yang akan dilakukan.

c. Signs dan Symptoms (S)

Merupakan pernyataan yang menggambarkan besarnya atau kegawatan kondisi pasien/klien. Signs umumnya merupakan data objektif, sementara symptoms atau gejala merupakan data subjektif. Data signs dan symptoms diambil dari hasil pengkajian gizi yang dilakukan sebelumnya, serta untuk mengetahui bagaimana masalah

yang terjadi. Signs dan symptoms yang ditetapkan merupakan dasar untuk monitoring dan evaluasi.

Diagnosis gizi terdiri dari 3 (tiga) domain, yaitu:

1) Domain Intake (NI)

Domain ini adalah masalah gizi utama (P) yang berkaitan dengan ketidaksesuaian asupan energi, makanan peroral, zat gizi (protein, lemak, karbohidrat, vitamin dan mineral) serta asupan cairan baik enteral maupun parenteral. Selain itu juga asupan substansi bioaktif seperti suplemen, makanan fungsional dan alkohol.

2) Domain Klinis (NC)

Permasalahan gizi yang berhubungan dengan fisik-klinis, kondisi medis dan hasil pemeriksaan laboratorium.

3) Domain Behaviour (NB)

Kondisi lingkungan seperti pengetahuan, perilaku, budaya, ketersediaan makanan di rumah tangga dan lainnya dapat mempengaruhi asupan zat gizi. Termasuk dalamnya masalah yang berkaitan dengan pengetahuan dan kepercayaan, aktivitas fisik, keamanan makanan dan akses makanan

c. Intervensi Gizi (*Nutrition Intervention*)

Intervensi gizi merupakan suatu tindakan yang terencana yang ditujukan untuk memperbaiki status gizi dan kesehatan, mengubah perilaku gizi dan kondisi lingkungan yang mempengaruhi masalah gizi pasien. Tujuan intervensi gizi adalah untuk mengatasi masalah gizi

yang teridentifikasi dalam diagnosis gizi dalam bentuk perencanaan dan penerapannya berkaitan dengan status kesehatan pasien/klien, perilaku dan kondisi lingkungan untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Sedangkan fungsi intervensi gizi adalah untuk standarisasi pelayanan asuhan gizi sesuai dengan masalah gizi pasien yang spesifik dengan pendekatan individu.

Intervensi gizi dikelompokkan dalam empat domain, yaitu (1) Pemberian makanan dan zat gizi, (2) Edukasi gizi, (3) Konseling Gizi, (4) Koordinasi pelayanan gizi. Edukasi dan konseling gizi mempunyai makna dan maksud yang berbeda. Pada edukasi gizi lebih menekankan pada penyampaian pengetahuan untuk meningkatkan pengetahuan gizi tertentu yang menjadi masalah pada pasien. Sedangkan konseling gizi lebih menekankan pada perubahan perilaku dan sikap pasien untuk memperbaiki masalah gizi yang diderita. Berikut adalah 4 domain intervensi gizi:

1) Pemberian Makanan dan Zat Gizi

Merupakan penyediaan makanan atau zat gizi sesuai kebutuhan melalui pendekatan individu. Penyediaan makanan meliputi jenis, frekuensi, modifikasi diet, pemberian enteral, suplemen (oral suplemen maupun suplemen vitamin dan mineral), substansi bioaktif, *feeding assistance*, suasana makan dan pengobatan terkait dengan gizi. Pada pasien pneumonia diberikan Diet Tinggi Energi Tinggi Protein (TETP).

a) Tujuan Diet TETP

1. Memberikan Energi & P tinggi
2. Lemak cukup
3. Memberikan Karbohidrat kurang bila ada sesak napas
4. Mengatur menu makan agar interaksi obat dan zat gizi dapat dikendalikan
5. Memenuhi kebutuhan asupan zat gizi dan menjaga agar berat badan tidak turun.

b) Syarat Diet TETP

1. Kebutuhan energi tinggi, yaitu 40 – 45 kkal/kg BB
2. Kebutuhan protein 2,0 – 2,5 g/kg BB.
3. Kebutuhan lemak cukup 10 – 25% dari kebutuhan energi.
4. Karbohidrat rendah, sisa energi dari perhitungan lemak dan protein
5. Vitamin & mineral cukup, utamakan vit anti oksidan (vit A, B12, C, E).
6. Cairan sesuai kebutuhan pasien.
7. Tidak mengandung bahan makanan atau bumbu yang tajam.
8. Bentuk makanan menyesuaikan keadaan pasien

2) Edukasi Gizi

Merupakan proses formal dalam melatih keterampilan atau berbagai pengetahuan untuk membantu pasien mengelola atau

memodifikasi diet dan perilaku secara sukarela, untuk menjaga atau meningkatkan kesehatan. Bentuk edukasi meliputi edukasi awal secara singkat dan edukasi menyeluruh. Pelaksanaan intervensi edukasi gizi awal umumnya diberikan pada pasien rawat inap, sedangkan edukasi gizi menyeluruh lebih sering dilakukan pada pasien rawat jalan, baik di rumah sakit maupun puskesmas.

3) Konseling Gizi

Konseling gizi bersifat *supportive process*, ditandai dengan hubungan kerja sama antara konselor dan pasien dalam menentukan prioritas, tujuan atau target, merancang rencana kegiatan, dan membimbing pasien untuk mandiri dalam merawat diri sesuai kondisi yang dihadapi pasien.

4) Koordinasi Gizi

Merupakan kegiatan berkonsultasi, merujuk, atau melakukan koordinasi dalam pemberian asuhan gizi dengan tenaga kesehatan atau institusi lain sehingga dapat membantu memberikan pelayanan atau mengelola masalah gizi pasien. Kegiatan ini perlu dilakukan untuk meningkatkan kerja sama dalam memberikan pelayanan terbaik bagi pasien.

d. Monitoring dan Evaluasi Gizi

Monitoring gizi adalah mengkaji ulang dan mengukur secara terjadwal indikator asuhan gizi dari status pasien sesuai dengan

kebutuhan yang ditentukan, diagnosis gizi, intervensi dan outcome/keluaran asuhan gizi. Evaluasi gizi adalah membandingkan secara sistematis data-data saat ini dengan status sebelumnya, tujuan intervensi gizi, efektivitas asuhan gizi secara umum dan atau rujukan standar.

Outcome asuhan gizi adalah hasil dari asuhan gizi yang secara langsung berkaitan dengan diagnosis gizi dan tujuan intervensi yang direncanakan. Indikator asuhan gizi adalah penanda (marker) yang dapat diukur dan dievaluasi untuk menentukan efektivitas asuhan gizi (Kemenkes, 2017). Kegiatan monitoring dan evaluasi gizi bertujuan untuk mengetahui respons pasien terhadap intervensi yang telah dilakukan dan keberhasilan intervensi (Par'i, 2016).

B. Landasan Teori

Pneumonia adalah peradangan yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius, dan alveoli, serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran gas setempat. Pneumonia dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur dan parasit. Pada paru-paru normal alveoli akan dipenuhi oleh udara sewaktu pertukaran gas, tetapi pada penderita pneumonia paru-paru akan berisi cairan sehingga menyebabkan terjadinya gangguan pertukaran gas.

Skrining dilakukan pada awal pasien masuk rumah sakit dengan menggunakan tes atau pemeriksaan yang dapat digunakan secara cepat untuk

membedakan orang-orang yang terlihat sehat, tetapi sesungguhnya menderita kelainan. Tujuan skrining adalah untuk menentukan individu yang berisiko malnutrisi, serta mengidentifikasi pasien yang menderita malnutrisi dan memerlukan pengukuran gizi lebih detail. Prinsip skrining gizi ialah sederhana, efisien, cepat, hasilnya dapat dipercaya, murah biayanya, tidak mengakibatkan risiko pada pasien, dan memiliki nilai sensitivitas dan spesifisitas tinggi. Pada pasien anak skrining gizi menggunakan Form Skrining Gizi Anak PYMS.

Setelah dilakukan skrining gizi dan hasilnya berisiko malnutrisi, pasien dilakukan serangkaian proses asuhan gizi terstandar. Langkah PAGT yang pertama adalah pengkajian/asesmen gizi. Dalam asesmen gizi terdapat 5 komponen antara lain, riwayat gizi dan makanan, data biokimia, data fisik klinis, data antropometri dan riwayat personal pasien. Menurut Par'i (2016) langkah ini merupakan fondasi dari asuhan gizi dan dasar untuk menegakan diagnosis gizi. Langkah kedua adalah menentukan diagnosis gizi berdasarkan data asesmen gizi. Diagnosis gizi terdiri dari Problem, Etiologi dan Sign/Symptoms (P-E-S) yang dirangkai menjadi satu kalimat. Dalam menentukan diagnosis gizi terdapat tiga domain yang dapat ditentukan yaitu, *Nutrition Intake* (N.I), *Nutrition Clinis* (N.C) dan *Nutrition Behaviour* (N.B). Langkah ketiga yaitu melakukan intervensi gizi, terdapat empat domain, yaitu (1) Pemberian makanan dan zat gizi, (2) Edukasi gizi, (3) Konseling Gizi, (4) Koordinasi pelayanan gizi. Penyediaan makanan meliputi jenis, frekuensi, modifikasi diet, pemberian enteral, suplemen (oral suplemen maupun

suplemen vitamin dan mineral), substansi bioaktif, *feeding assistance*, suasana makan dan pengobatan terkait dengan gizi. Pada pasien pneumonia diberikan diet Tinggi Energi Tinggi Protein (TETP) yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan energi yang meningkat serta membantu proses penyembuhan pasien. Langkah ke-empat dalam PAGT adalah monitoring dan evaluasi. Kegiatan monitoring dan evaluasi gizi bertujuan untuk mengetahui respons pasien terhadap intervensi yang telah dilakukan dan keberhasilan intervensi (Par'i, 2016).

C. Pertanyaan Peneliti

1. Bagaimana hasil skrining gizi pada pasien pneumonia di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo?
2. Bagaimana hasil pengkajian/asesmen gizi pada pasien pneumonia di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo?
3. Bagaimana hasil diagnosis gizi pada pasien pneumonia di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo?
4. Bagaimana hasil intervensi gizi pada pasien pneumonia di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo?
5. Bagaimana hasil monitoring dan evaluasi gizi pada pasien pneumonia di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo?