

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Appendicitis

a. Pengertian

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

b. Etiologi

Apendisitis akut umumnya terjadi karena disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun juga banyak sekali faktor pencetus yang menyebabkan penyakit ini. Diantaranya obstruksi terjadi pada lumen apendiks yang biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, penyakit cacing, parasit, benda asing dalam tubuh, tumor primer pada dinding apendiks dan striktur. Penelitian terakhir menemukan bahwa ulserasi mukosa akibat parasit seperti *E Hystolitica*, merupakan suatu langkah awal terjadinya apendisitis pada lebih dari separuh kasus, bahkan lebih sering dari sumbatan lumen. Beberapa penelitian juga menunjukkan peran kebiasaan makan (Sjamsuhidajat, De Jong, 2004).

Ada 4 faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya apendisitis akut ditinjau dari teori Blum, yaitu faktor biologi, faktor lingkungan, faktor pelayanan

kesehatan, dan faktor perilaku. Faktor biologi antara lain usia, jenis kelamin, ras sedangkan untuk faktor lingkungan terjadi akibat obstruksi lumen akibat infeksi bakteri, virus, parasit, cacing dan benda asing serta sanitasi lingkungan yang kurang baik. Faktor pelayanan kesehatan juga menjadi resiko terjadinya apendisitis baik dilihat dari pelayanan kesehatan yang diberikan oleh 13 layanan kesehatan baik dari fasilitas maupun non-fasilitas, selain itu faktor resiko lain adalah faktor perilaku seperti asupan rendah serat yang dapat mempengaruhi defekasi dan fekalit yang dapat menyebabkan obstruksi lumen sehingga memiliki risiko terjadinya apendisitis yang lebih tinggi (Sjamsuhidajat, De Jong, 2004).

c. Patofisiologi

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan pada lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami suatu bendungan. Semakin lama mukus tersebut semakin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga dapat menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang dapat mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendistis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium (Price, 2005). Bila sekresi mucus tersebut terus berlanjut, tekanan juga akan terus meningkat, hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema akan bertambah, dan bakteri akan menembus dinding.

Peradangan yang timbul tersebut meluas hingga mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan rasa nyeri di daerah kanan bawah, pada keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut. Bila kemudian aliran pada arteri terganggu akan terjadi infark dinding 12 apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh itu pecah, akan menyebabkan terjadinya apendisitis perforasi (Mansjoer, 2010)

d. Klasifikasi Appendicitis

Klasifikasi apendisitis terbagi menjadi dua yaitu, apendisitis akut dan apendisitis kronik (Sjamsuhidajat, De Jong, 2004).

1. Apendisitis akut

Apendisitis akut sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak pada apendiks yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang peritoneum lokal. Gejala apendisitis akut ialah nyeri samardan tumpul yang merupakan nyeri viseral di daerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual, muntah dan umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik Mc.Burney. Nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.

Apendisitis akut dibagi menjadi:

a) Apendisitis Akut Sederhana

Proses peradangan baru terjadi di mukosa dan sub mukosa disebabkan obstruksi. Sekresi mukosa menumpuk dalam lumen apendiks dan terjadi peningkatan tekanan dalam lumen yang mengganggu aliran limfe, mukosa apendiks menebal, edema, dan kemerahan. Gejala diawali dengan rasa nyeri di daerah umbilikus, mual, muntah, anoreksia, malaise dan demam ringan (Rukmono, 2011).

b) Apendisitis Akut Purulenta (Suppurative Appendicitis)

Tekanan dalam lumen terus bertambah disertai edema menyebabkan terbungahnya aliran vena pada dinding apendiks dan menimbulkan trombosis. Keadaan ini memperberat iskemia dan edema pada apendiks. Mikroorganisme yang ada di usus besar berinvasi ke dalam dinding apendiks menimbulkan infeksi serosa sehingga serosa menjadi suram karena dilapisi eksudat dan fibrin. Apendiks dan mesoappendiks terjadi edema, hiperemia, dan di dalam lumen terdapat eksudat fibrinopurulen. Ditandai dengan rangsangan peritoneum lokal seperti nyeri tekan, nyeri lepas di titik Mc. Burney, defans muskuler dan nyeri pada gerak aktif dan pasif. Nyeri dan defans muskuler dapat terjadi pada seluruh perut disertai dengan tanda-tanda peritonitis umum (Rukmono, 2011).

c) Apendisitis Akut Gangrenosa

Bila tekanan dalam lumen terus bertambah, aliran darah arteri mulai terganggu sehingga terjadi infark dan gangren. Selain didapatkan tanda-tanda supuratif, apendiks mengalami gangren pada bagian tertentu.

Dinding apendiks berwarna ungu, hijau keabuan atau merah kehitaman. Pada apendisitis akut gangrenosa terdapat mikroperforasidan kenaikan cairan peritoneal yang purulent (Rukmono, 2011).

d) Apendisitis Infiltrat

Apendisitis infiltrat adalah proses radang apendiks yang penyebarannya dapat dibatasi oleh omentum, usus halus, sekum, kolon dan peritoneum sehingga membentuk gumpalan massa flegmon yang melekat erat satu dengan yang lainnya (Rukmono, 2011).

e) Apendisitis Abses

Apendisitis abses terjadi bila massa lokal yang terbentuk berisi nanah (pus), biasanya di fossa iliaka kanan, lateral dari sekum,retrosekal, subsekaldan pelvikal (Rukmono,2011).

f) Apendisitis Perforasi

Apendisitis perforasi adalah pecahnya apendiks yang sudah gangren yang menyebabkan pus masuk ke dalam rongga perut sehingga terjadi peritonitis umum. Pada dinding apendiks tampak daerah perforasi dikelilingi oleh jaringan nekrotik (Rukmono, 2011).

2. Apendisitis kronik

Appendicitis kronik memiliki gejala riwayat nyeri perut kanan bawah yang terjadi lebih dari dua minggu (sumbatan di lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa), dan keluhan hilang setelah dilakukan apendiktomi. (Nurafif & Kusuma, 2013)

e. Gejala

Appendicitis akan memberikan rasa nyeri yang dalam dan ditusuk tusuk yang berpusat dipertusuk kanan bawah, kadang – kadang juga dapat menjalar diepigastrium atau kepinggang kanan. Sakit perut, mual dan muntah, rasa ngilu dan sakit saat ditekan di daerah apendiks dan badan panas. Penderita biasanya terbangun di malam hari karena sakit perut di epigastrium atau daerah periumbilikal. Rasa sakit ini kadang – kadang difus diseluruh perut kanan bawah terjadi sejak awal sakit (Sujono, Hadi, 2002).

2. Penapisan Gizi

Penapisan gizi merupakan proses cepat dan sederhana untuk mengetahui pasien yang beresiko malnutrisi. Penapisan gizi dilaksanakan dengan menggunakan *form skrining* gizi yang sesuai dengan usia responden atau pasien pada saat sebelum dilakukan asuhan gizi. Pasien dewasa dapat menggunakan form skrining MST.

3. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

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

a. Riwayat Terkait Gizi dan makanan – Food History (FH)

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

ADA, 2011. Penilaian klinis harus digunakan untuk memilih indikator dan menentukan teknik pengukuran yang sesuai dan referensi standar untuk populasi pasien yang diberikan dan pengaturan. Sekali diidentifikasi, indikator ini, teknik pengukuran, dan standar referensi harus diidentifikasi dalam kebijakan dan prosedur atau dokumen lainnya untuk digunakan pada pasien/ rekam medis, peningkatan / kualitas, atau dalam sebuah proyek penelitian formal.

FH. 1 Asupan Makanan dan Zat Gizi

Komposisi dan kecukupan asupan makanan dan gizi, pola makan dan kudapan, diet saat dan sebelumnya dan atau modifikasi makanan, dan lingkungan makan.

Penilaian status gizi akan lebih valid bila penilaian data asupan zat gizi juga mempertimbangkan kombinasi dari data klinis biokimia, antropometri, diagnose medis, status klinis, dan atau factor lain, serta diet. (*Institute of medicine. Washington, D.C.:National Academy;2000.*)

b. Pengukuran Antropometri (AD)

Antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu. Antropometri dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain pengukuran tinggi badan (TB); berat badan (BB). Pada kondisi tinggi badan tidak dapat diukur dapat

digunakan Panjang badan, Tinggi Lutut (TL), rentang lengan atau separuh rentang lengan. Pengukuran lain seperti Lingkar Lengan Atas (LiLA), Tebal lipatan kulit (*skinfold*), Lingkar kepala, Lingkar dada, lingkar pinggang dan lingkar pinggul dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Penilaian status gizi dilakukan dengan membandingkan beberapa ukuran tersebut diatas misalnya Indeks Massa Tubuh (IMT) yaitu ratio BB terhadap TB.

Parameter antropometri yang penting untuk melakukan evaluasi status gizi pada bayi, anak dan remaja adalah pertumbuhan. Pertumbuhan ini dapat digambarkan melalui pengukuran antropometri seperti berat badan, panjang atau tinggi badan, lingkar kepala dan beberapa pengukuran lainnya. Hasil pengukuran ini kemudian dibandingkan dengan standar.

Pemeriksaan fisik yang paling sederhana untuk melihat status gizi pada pasien rawat inap adalah BB. Pasien sebaiknya ditimbang dengan menggunakan timbangan yang akurat/terkalibrasi dengan baik. Berat badan akurat sebaiknya dibandingkan dengan BB ideal pasien atau BB pasien sebelum sakit. Pengukuran BB sebaiknya mempertimbangkan hal – hal diantaranya kondisi kegemukan dan edema. Kegemukan dapat dideteksi dengan perhitungan IMT. Namun, pada pengukuran ini terkadang terjadi kesalahan yang disebabkan oleh adanya edema.

BB pasien sebaiknya dicatat pada saat pasien masuk dirawat dan dilakukan pengukuran BB secara periodik selama pasien dirawat minimal setiap 3 hari.

Untuk menghitung estimasi tinggi badan dengan ULNA dari Ilayperuma dapat dihitung menggunakan rumus sebagai berikut:

- a) Laki-laki = $97,252 + (2,645 \times \text{ULNA})$
- b) Perempuan = $84,88 - 68,777 + (3,536 \times \text{ULNA})$
- c) Perhitungan BBI (usia > 10 tahun)

$$\text{BBI Brocca} = (\text{TB} - 100) - 10\% (\text{TB} - 100) \text{ atau } \text{BBI} = 90\% \times (\text{TB} - 100)$$

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

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

- d) Perkiraan berat badan menurut LILA dari Cerra

Perkiraan ini bisa menjadi alternatif perkiraan berat badan, Rumusnya:

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

Tabel 1. Lila Standacerra

LILA Pria	29
LILA Wanita	28,5

- e) IMT

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

(Muttaqin, 2013)

$$\text{Rumus IMT Dewasa (Kemenkes RI) : } \text{BB} / \text{TB(m)}^2$$

Tabel 2. Kategori Ambang Batas IMT

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

Sumber : Kemenkes, 2013

Untuk anak usia 5 – 18 tahun gunakan IMT/U

Rumus Z-score IMT/U

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

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

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

Tabel 3. Kategori Z-score menurut WHO

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

Tinggi Badan Berat Badan, Indeks Massa Tubuh (IMT), indicator pola pertumbuhan/ ranking persentil, dan riwayat berat badan.

AD 1.1. komposisi tubuh pertumbuhan/ riwayat berat badan

Pengukuran tubuh termasuk lemak, otot, dan komponen tulang serta pertumbuhan

c. Biokimia (BD)

Pengukuran laboratorium yang berkaitan dengan pasien bedah appendicitis

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

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

Sumber: Almtsier (2010)

d. Hasil pemeriksaan fisik terkait gizi (PD)

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

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

Kode IDNT	Data Biokimia	Nilai Normal
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	
PD.1.1.2	Bahasa Tubuh	
PD.1.1.6	Kepala dan mata	
PD.1.1.9	Vital sign	
	Nadi	60 – 100 x/menit
	Suhu	36 - 37°C
	Respirasi	20 – 30 x/menit
	Tekanan darah	120/80 mmHg
PD 1	Sistem Pencernaan	

Pemeriksaan Penunjang :

Sumber: Handayani dkk (2015)

e. Riwayat Klien/ *Client History (CH)*

1. Data Personal (CH)

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

Riwayat Personal (CH)

- a. Data Personal (CH 1) : informasi data umum pasien/klien seperti umur, jenis kelamin, ras, suku, bahasa, edukasi dan peran dalam keluarga.

2. Riwayat medis/ kesehatan pasien/ klien/ keluarga (CH 2)

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

- a. Data riwayat medis / kesehatan pasien / klien atau keluarga terkait gizi (CH 2.1) Kondisi, status penyakit dan penyakit penyakit pasien / klien / keluarga yang dapat berdampak terhadap status gizi
- b. Data perawatan medis / terapi (CH 2.2) : Data terdokumentasi dari riwayat perawatan medis atau bedah yang dapat nerdampak pada status gizi pasien / klien

3. Riwayat Sosial (CH 3) : Riwayat pasien / klien factor social ekonomi, situasi rumah, dukungan asuhan / pelayanan medis, keterlibatan dalam kelompok kelompok social.

- a. Data Riwayat Sosial (CH 3.1) : Riwayat pasien / klien factor social ekonomi, situasi rumah, dukungan asuhan / pelayanan medis, keterlibatan dalam kelompok kelompok social

f. Diagnosis Gizi

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

Penulisan diagnose gizi terstruktur dengan konsep PES atau *Problem Etiologi* dan *Signs/Symptoms*.

Diagnosis gizi dikelompokkan menjadi tiga domain yaitu :

1) Domain Asupan adalah masalah actual yang berhubungan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, substansi bioaktif dari makanan baik yang melalui oral maupun parenteral dan enteral.

Contoh :

NI-5.1

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

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

Contoh :

NC-2.2

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

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

Contoh :

Kurangnya pengetahuan tentang makanan dan gizi (P) berkaitan dengan mendapat informasi yang salah dari lingkungannya mengenai anjuran diet yang

dijalannya (E) ditandai dengan memilih bahan makanan/ makanan yang tidak dianjurkan dan aktivitas fisik yang tidak sesuai anjuran (S).

g. Intervensi

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

a) Perencanaan Intervensi

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

Perencanaan Intervensi meliputi :

1) Penetapan tujuan intervensi meliputi :

Penetapan tujuan harus dapat diukur, dicapai dan ditentukan waktunya.

2) Preskripsi Diet

Preskripsi diet secara singkat menggambarkan rekomendasi mengenai kebutuhan energy dan zat gizi individual, jenis diet, bentuk makanan, komposisi zat gizi, frekuensi makan.

a) Perhitungan kebutuhan gizi

Penentuan kebutuhan zat gizi yang diberikan kepada pasien/klien atas dasar diagnosis gizi, kondisi pasien dan jenis penyakitnya.

b) Jenis Diet

Pada umumnya pasien masuk keruang rawat sudah dibuat permintaan makanan berdasarkan pesanan diet awal dari dokter jaga/penanggung jawab pelayanan (DPJP). Dietisien bersama tim atau secara mandiri akan menetapkan jenis diet berdasarkan diagnosis gizi. Bila jenis diet yang ditentukan sesuai dengan order makan diet tersebut diteruskan dengan dilengkapi dengan rancangan diet. Bila diet tidak sesuai akan dilakukan usulan perubahan jenis diet dengan mendiskusikannya terlebih dahulu bersama (DPJP).

c) Modifikasi diet

Modifikasi diet merupakan perubahan dari makanan biasa (normal). Perubahan dapat berupa perubahan dalam konsistensi, meningkatkan/menurunkan nilai energy, menambah/mengurangi jenis bahan makanan atau zat gizi yang dikonsumsi, membatasi jenis atau kandungan makanan tertentu, menyesuaikan komposisi zat gizi (protein, lemak, KH, cairan dan zat gizi lain), mengubah jumlah, frekuensi makan dan rute makanan. Makanan di RS umumnya berbentuk makanan biasa, lunak, saring dan cair.

d) Jadwal Pemberian Diet

Jadwal pemberian diet/makanan dituliskan sesuai dengan pola makan .

e) Jalur makanan

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

2) Implementasi Intervensi

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

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

Intervensi Gizi :

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

Tujuan Diet :

1. Membantu mempercepat penyembuhan luka dengan makanan tinggi protein

Syarat Diet :

1. Energi sesuai kebutuhan
2. Protein tinggi 1 – 1,8 g/kg BB
3. Lemak cukup 20 -25% dari kebutuhan energi total
4. Karbohidrat sisa dari kebutuhan energi total
5. Makanan diberikan secara bertahap sesuai kemampuan
6. Makanan diberikan dalam bentuk mudah cerna

b. Terapi Konseling

1. Tujuan

Konseling gizi merupakan proses pemberian dukungan pada pasien yang ditandai dengan hubungan kerja sama antara konselor dengan pasien dalam menentukan prioritas, tujuan atau target, merancang rencana kegiatan yang dipahami, dan membimbing kemandirian dalam merawat diri sesuai kondisi dan menjaga kesehatan. Tujuan dari konseling gizi adalah untuk meningkatkan motivasi pelaksanaan dan penerimaan diet yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi pasien.

2. Materi

- Makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan dikonsumsi
- Pentingnya mengkonsumsi makanan tinggi protein

3. Sasaran

Pasien dan keluarga

4. Waktu dan tempat

15 – 30 menit di ruang rawat inap

5. Metode

Diskusi dan Tanya jawab

6. Media alat bantu

Leaflet diet tinggi protein

h. Monitoring dan Evaluasi

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

1) Monitor perkembangan yaitu kegiatan mengamati perkembangan kondisi pasien/klien yang bertujuan untuk melihat hasil yang terjadi sesuai yang diharapkan oleh klien maupun tim. Kegiatan yang berkaitan dengan monitor perkembangna antara lain :

a) Mengecek pemahaman dan ketaatan diet pasien/klien.

b) Mengecek aupan makan pasien/klien.

c) Menentukan apakah intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana/preskripsi diet.

d) Menentukan apakah status gizi pasien/klien tetap atau berubah.

2) Mengukur hasil. Kegiatan ini adalah mengukur perkembangan/ perubahan yang terjadi sebagai respon terhadap intervensi gizi. Parameter yang harus diukur berdasarkan tanda dan gejala dari diagnosis gizi.

3) Evaluasi hasil

Berdasarkan ketiga tahapan kegiatan di atas akan didapatkan 4 jenis hasil, yaitu:

a) Dampak perilaku dan lingkungan terkait gizi yaitu tingkat pemahaman, perilaku, akses, dan kemampuan yang mungkin mempunyai pengaruh pada asupan makanan dan zat gizi.

b) Dampak asupan makanan dan zat gizi merupakan asupan makanan dan atau zat gizi dari berbagai sumber, misalnya makanan, minuman, suplemen, dan melalui rute enteral maupun parenteral.

c) Dampak terhadap tanda dan gejala fisik yang terkait gizi yaitu pengukuran yang terkait dengan antropometri, biokimia, dan parameter pemeriksaan fisik/klinis.

d) Dampak terhadap pasien/klien terhadap intervensi gizi yang diberikan pada kualitas hidupnya.

4) Pencatatan Pelaporan

Pencatatan dan laporan kegiatan asuhan gizi merupakan bentuk pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan dan komunikasi. Terdapat berbagai cara dalam

dokumentasi antara lain format IDNT merupakan model yang sesuai dengan langkah PAGT.

B. Landasan Teori

Apendisitis adalah peradangan dari apendiks vermiformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki - laki maupun perempuan tetapi lebih sering menyerang laki - laki berusia antara 10 sampai 30 tahun

Appendicitis akan memberikan nyeri yang dalam dan seperti ditusuk tusuk yang berpusat diperut kanan bawah, kadang – kadang dapat menjalar diepigastrium atau kepinggang kanan. Sakit perut, mual dan muntah, rasa ngilu dan sakit saat ditekan di daerah apendiks dan badan panas. Biasanya penderita terbangun malam hari karena sakit perut di epigastrium atau daerah periumbilikal. Rasa sakit ini kadang – kadang difus diseluruh perut kanan bawah yang terjadi sejak awal sakit.

Penapisan gizi merupakan proses cepat dan sederhana untuk mengetahui pasien yang beresiko malnutrisi. Penapisan gizi dilaksanakan dengan menggunakan *form skrining* gizi yang sesuai dengan usia responden atau pasien pada saat sebelum dilakukan asuhan gizi.

PAGT pada pasien bedah appendicitis dengan cara memberikan diet pasca bedah dengan bentuk makanan sesuai dengan kondisi pasien sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas. Proses Asuhan Gizi Terstandar disusun sebagai upaya peningkatan kualitas pemberian asuhan gizi.

C. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana proses asuhan gizi terstandar pada pasien bedah Appendicitis di RSUD Pandan Arang Boyolali, meliputi:

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