

BAB II

TELAAH PUSTAKA

A. Gagal Ginjal Kronik

1. Pengertian

Gagal ginjal kronik (Chronic Kidney Disease) adalah keadaan dimana terjadi menurunnya fungsi ginjal yang cukup berat secara perlahan-lahan (menahun) disebabkan oleh berbagai penyakit ginjal. Penyakit ini bersifat progresif dan umumnya tidak dapat pulih kembali (irreversible). Gejala penyakit ini umumnya adalah tidak adanya nafsu makan, mual, muntah, pusing, sesak nafas, rasa lelah, edema pada kaki dan tangan, serta uremia. (Almatsier, 2013)

Gagal ginjal kronik atau gagal ginjal menahun ditandai dengan penurunan laju penyaringan glomerulus. Dengan menurunnya laju glomerulus, kadar urea di dalam darah meningkat dan nefron yang masih berfungsi yang tersisa akan menjadi hipertrofi. Dengan meningkatnya kadar urea dalam darah dan meningkatnya proses penyaringan oleh nefron yang mengalami hipertrofi tersebut, muatan solut yang sampai ke masing-masing tubulus yang masih berfungsi akan menjadi lebih besar dari keadaan normalnya. Salah satu konsekuensi dari keadaan ini adalah poliurea akibat ketidakmampuan sel-sel tubulus untuk memekatkan filtrat dengan sempurna. Penurunan kemampuan pemekatan pada ginjal ini mungkin disebabkan oleh meningkatnya jumlah urea dalam filtrat yang akibatnya berupa diuresis solut. Setelah keadaan isufisiensi ginjal semakin

parah, volume air seni tidak lagi berlebihan tetapi sebaliknya menjadi berkurang dibawah jumlah normalnya. Jika *glomerular filtration rate* (GFR) turun hingga 5 sampai 10 persen dari nilai normalnya, aliran air seni yang lazim terjadi tidak lagi dapat disekresikan. (Putri, 2013)

2. Patofisiologi

Patofisiologi penyakit gagal ginjal kronik pada awalnya tergantung pada jenis yang mendasarinya, tetapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Pengurangan masa ginjal menyebabkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephron*) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitoksin dan *growth factors*. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa. Proses ini akhirnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron, sebagian diperantarai oleh *growth factor* seperti *transforming growth factor β* (*TGF- β*). Beberapa hal juga dianggap berperan terhadap terjadinya progresifitas penyakit ginjal kronik adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia. Terdapat variabelitas individual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstisial. (Setiati, 2014)

Pada stadium paling dini penyakit ginjal kronik, terjadi kehilangan daya cadang ginjal (*renal reserve*), pada keadaan dimana basal LFG masih normal atau malah meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum merasakan keluhan (asimtomatik), tapi sudah terjadi peningkatan urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG 30%, mulai terjadi keluhan pasien seperti nokturia, badan lemas, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Sampai pada LFG di bawah 30%, pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah, dan lain sebagainya. Pasien juga mudah terkena infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran napas, infeksi saluran cerna. Juga akan terjadi gangguan keseimbangan air seperti hipo atau hipervolemia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada LFG di bawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius, dan pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal. Pada keadaan ini pasien dikatakan sampai pada stadium gagal ginjal. (Setiati, 2014)

3. Faktor Risiko Gagal Ginjal Kronik

Faktor risiko terjadinya gagal ginjal kronik dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu :

- a. Faktor yang tidak langsung menyebabkan gagal ginjal kronik, seperti umur, pendapatan dan pendidikan yang rendah, ras, penurunan massa ginjal, berat badan lahir rendah, riwayat keluarga gagal ginjal kronik, inflamasi sistemik, dan dislipidemia.
- b. Faktor inisiasi gagal ginjal kronik, meliputi diabetes, hipertensi, dan glomerulonefritis.
- c. Faktor progresivitas, meliputi glikemia, hipertensi, proteinuria, merokok, dan obesitas

4. Komplikasi Gagal Ginjal

Komplikasi gagal ginjal dapat terjadi pada organ lain dalam tubuh diantaranya adalah gangguan kardiovaskuler seperti hipertensi, gagal jantung kongertif, edema pulmoner, dan perikarditis, gangguan dermatologi seperti gatal yang parah , gangguan gastrointestinal seperti anorexia, mual, muntah, dan cegukan, gangguan neuromuskuler seperti perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi, kedutan otot, dan kejang.

Hipertensi pada pasien gagal ginjal kronik adalah suatu penyakit penyerta terbanyak dengan persentase 44%, diabetes militus 25%, penyakit saluran kencing 7%, penyakit saluran pencernaan, keganasan, dan lain-lain 3%, hepatitis B dan [enyakit serebrovaskuler 2%,tuberkolosis

dan hepatitis C 1%. (*Indonesian Renal Registry*, 2012). Hipertensi dapat menyebabkan komplikasi yang lebih parah apabila tidak diperhatikan seperti jantung koroner yang banyak menimbulkan banyak kematian pada penderita gagal ginjal kronik.

5. Penatalaksanaan

Pada jurnal KDIGO (*Kidney Disease Improving Global Outcomes*), penatalaksanaan perkembangan pada CKD meliputi:

a. Pencegahan Perkembangan CKD

Pencegahan perkembangan CKD bertujuan untuk mengatasi faktor risiko yang terkait dengan perkembangan penyakit CKD. Strategi yang dapat dilakukan adalah mengontrol tekanan darah dan gangguan sistem RAA (*Renin Angiotensin Aldosteron*) dengan menggunakan ACEI atau ARB, serta pengendalian parameter metabolik seperti mengontrol gula darah, asupan protein, asam urat dan asupan garam. Pasien CKD dengan diabetes disarankan untuk mengontrol tekanan darah dan mencegah risiko terjadinya penyakit kardiovaskuler dengan menggunakan ACEI atau ARB, statin, dan terapi dengan antiplatelet sesuai dengan kondisi klinis pasien.

b. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis terdiri dari:

- 1) Mengontrol tekanan darah
- 2) Mengontrol gula darah untuk pasien GGK disertai dengan penyakit diabetes mellitus. Hindari memakai metformin

dan obat-obatan sulfonylurea dengan masa kerja yang panjang.

- 3) Mengontrol target hemoglobin 10-12 g/dl untuk mencegah anemia
- 4) Mengontrol hiperfosfatemi: kalsium karbonat atau kalsium asetat
- 5) Mengontrol osteodistrol renal kalsitriol
- 6) Mengkoreksi asidosis metabolik dengan target HCO_3^- 20-22 mEq/l
- 7) Mengkoreksi hiperkalemia
- 8) Mengontrol dislipidemia dengan target *Low Density Lipoprotein* (LDL) < 100 mg/dl, dianjurkan golongan statin

c. Terapi Pengganti Ginjal

Terapi pengganti ginjal dilakukan pada pasien GGK stadium lima, berupa hemodialisa, *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) dan transplantasi ginjal (Suwitra, 2009). Hemodialisa adalah suatu proses terapi pengganti ginjal yang bertujuan untuk mengambil zat-zat toksik dalam darah dan mengeluarkan cairan yang berlebih (Rahman, Kaunang, & Elim, 2016).

d. Penanganan Konservatif Proses Asuhan Gizi Terstandar

Adapun terapi konservatif yaitu proses asuhan gizi terstandar pada pasien GGK yaitu diet rendah protein. Diet tersebut

dapat mengurangi gejala anoreksia, mual dan muntah. Selain itu diet rendah protein mampu mengurangi beban ekskresi ginjal sehingga terjadi penurunan hiperfiltrasi glomerulus, tekanan intraglomerulus dan cedera sekunder pada nefron infark (Sukandar, 2006). Diet rendah protein berfungsi untuk mencegah atau mengurangi azetomia, diet kalium untuk mencegah terjadinya hiperkalemi yang membahayakan pasien, diet kalori untuk menambah energi pasien gagal ginjal yang sering mengalami malnutrisi dan pengaturan kebutuhan cairan, mineral, dan elektrolit berguna untuk mengurangi kelebihan beban sirkulasi dan intoksikasi cairan.

B. Diet Rendah Protein

Diet rendah protein merupakan diet yang diberikan pada pasien rawat inap dengan diagnosa medis gagal ginjal kronik. Syarat diet rendah protein adalah (Almatsier, 2013) :

1. Energi cukup yaitu 35 kkal/kgBB
2. Protein rendah yaitu 0,6-0,75 g/kg BB
3. Lemak cukup yaitu 20-30% dari total energi. Diutamakan lemak tak jenuh.
4. Karbohidrat cukup 55-65% dari total energi kebutuhan dikurangi energi yang berasal dari protein dan lemak.
5. Natrium dibatasi apabila ada hipertensi, edema, asites, oliguria, atau anuria. Banyaknya natrium yang diberikan 1-3 gram.

6. Kalium dibatasi yaitu 40-70 mEq. Apabila ada hiperkalemia, oliguria, atau anuria.
7. Cairan dibatasi, yaitu sebanyak jumlah urin sehari ditambah pengeluaran cairan melalui keringat dan pernapasan (\pm 500 ml)
8. Vitamin cukup, bila perlu diberikan suplemen piridoksin, asam folat, Vitamin C, dan Vitamin D.

Kebutuhan gizi pasien penyakit gagal ginjal kronik sangat bergantung pada keadaan dan berat badan perorangan, maka jenis diet dan indikasi pemberian dibedakan menjadi tiga menurut berat badan pasien, yaitu (Almatsier, 2013) :

1. Diet Rendah Protein I : 30 gram protein. Diberikan kepada pasien dengan berat badan 50 kg.
2. Diet rendah Protein II : 35 gram protein. Diberikan kepada pasien dengan berat badan 60 kg.
3. Diet Rendah Protein III : 45 gram. Diberikan kepada pasien dengan berat badan 65 kg.

Bahan makanan sehari :

Tabel 1. Bahan makanan sehari

| Bahan Makanan | 30 gram protein | 35 gram protein | 40 gram protein |
|---------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| Beras | 100 g (1,5gls nasi) | 150 g (2 gls nasi) | 150 g (2 gls nasi) |
| Telur ayam | 50 g (1 butir) | 50 g (1 butir) | 50 g (1 butir) |
| Daging | 50 g (1 ptg sdg) | 50 g (1 ptg sdg) | 75 g (1 ptg bsr) |
| Sayuran | 100 g (1 gls) | 150 g (1 ½ gls) | 150 g (1 ½ gls) |
| Buah pepaya | 200 g (2 ptg sdg) | 200 g (2 ptg sdg) | 200 g (2 ptg sdg) |
| Minyak | 35 g (3 ½ sdm) | 40 g (4 sdm) | 40 g (4 sdm) |
| Gula pasir | 60 g (6 sdm) | 80 g (8 sdm) | 100 g (10 sdm) |
| Susu bubuk | 10 g (2 sdm) | 15 g (3 sdm) | 20 g (4 sdm) |
| Kue RP | 150 g (3 porsi) | 150 g (3 porsi) | 150 g (3 porsi) |
| Madu | 20 g (2 sdm) | 20 g (2 sdm) | 30 g (3 sdm) |

Sumber : Sunita Almatsier, 2013

C. Kepatuhan Diet

Kepatuhan (ketaatan) merupakan tingkat penderita melaksanakan pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau orang lain. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan antara lain kepercayaan atau agama yang dianut, faktor geografis, individu, pengetahuan, dukungan petugas, dan dukungan keluarga (Notoatmojo, 2015). Kepatuhan dalam menjaga pola makan dalam hal ini diet rendah protein merupakan salah satu cara memperbaiki sistem ginjal. (Notoatmojo, 2015).

Kepatuhan diet pasien dapat dibedakan menjadi 2, yaitu :

1. Kepatuhan diet yang diberikan Rumah Sakit tersebut terhadap pasien rawat inap

2. Kepatuhan konsumsi makanan dan minuman yang mengandung protein

Dimensi kepatuhan menurut Kammerer dkk (2007) , dimensi yang berhubungan dengan kepatuhan yaitu :

1. Faktor predisposisi (predisposing factors)

Karakteristik jenis kelamin, ras, status perkawinan, pendidikan, lamanya sakit, tingkat pengetahuan, status bekerja, sikap, keyakinan, nilai-nilai, persepsi, motivasi, harapan pasien.

a) Jenis Kelamin

Jenis kelamin diartikan sebagai perbedaan individual berdasarkan faktor biologi yang dibawa sejak lahir, yaitu perbedaan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan. Laki-laki memiliki tingkat kepatuhan menjalankan pengobatan yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan. (Sugihartono, 2007)

b) Pekerjaan

Pekerjaan adalah aktivitas atau kegiatan yang dilakukan oleh seseorang sehingga memperoleh pekerjaan. (Notoatmojo, 2015). Tingkat ekonomi merupakan kemampuan finansial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup, akan tetapi ada kalanya ada sumber keuangan lain yang bisa digunakan untuk

membayai semua program pengobatan dan perawatan sehingga belum tentu tingkat ekonomi menengah ke bawah akan mengalami ketidakpatuhan dan sebaliknya, tingkat ekonomi baik tidak terjadi ketidakpatuhan (Suparyanto, 2010).

c) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan mempengaruhi kepatuhan seseorang yaitu dengan semakin tingginya tingkat pendidikan seseorang, maka kesadarannya untuk menjaga kesehatan semakin tinggi yang berbanding lurus dengan tingkat kepatuhannya dalam menjalani pengobatan (Hannan, 2013)

d) Lainnya

Periode sakit dapat mempengaruhi kepatuhan. Beberapa penyakit yang tergolong penyakit kronik, banyak mengalami masalah kepatuhan. Pengaruh sakit yang lama, belum lagi perubahan pola hidup yang kompleks serta komplikasi-komplikasi yang sering muncul sebagai dampak sakit yang lama mempengaruhi bukan hanya fisik pasien, namun lebih jauh emosional, psikologis, dan sosial pasien. Semakin lama sakit diderita, maka resiko terjadi penurunan tingkat kepatuhan semakin tinggi.

2. Faktor sistem pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan fasilitas kesehatan yang diberikan untuk masyarakat dengan tujuan salah satunya adalah sebagai pemotivasi pengobatan rutin yang harus dilakukan untuk penderita penyakit yang memerlukan terapi jangka panjang.

Faktor pelayanan kesehatan meliputi fasilitas unit pelayanan kesehatan seperti puskesmas. Kemudahan mencapai pelayanan kesehatan (termasuk didalamnya biaya, jarak, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan dan ketrampilan petugas)

3. Faktor Petugas

Faktor petugas meliputi keberadaan tenaga perawat terlatih, ahli gizi, kualitas komunikasi, dukungan keluarga. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan Menurut Notoatmodjo (2015), faktor yang mempengaruhi kepatuhan terbagi menjadi :

a. Faktor predisposisi (Faktor pendorong)

1. Kepercayaan

Kepercayaan atau agama yang dianut kepercayaan atau agama merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan. Penderita yang berpegangan teguh terhadap agamanya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa serta dapat menerima keadaannya, demikian juga

cara akan lebih baik. Kemauan untuk melakukan kontrol penyakitnya dapat dipengaruhi oleh kepercayaan penderita dimana penderita yang memiliki kepercayaan yang kuat akan lebih patuh terhadap anjuran dan larangan apabila tahu akibatnya.

2. Faktor geografis

Lingkungan yang jauh atau jarak yang jauh dari pelayanan kesehatan memberikan kontribusi rendahnya kepatuhan.

3. Individu

a) Sikap individu yang ingin sembuh

Sikap merupakan hal yang paling kuat dalam diri individu sendiri, keinginan untuk tetap mempertahankan kesehatannya sangat berpengaruh terhadap fakto-faktor yang berhubungan dengan perilaku penderita dalam kontrol penyakitnya.

b) Pengetahuan

Penderita dengan kepatuhan rendah adalah mereka yang tidak teridentifikasi mempunyai gejala sakit. Mereka berfikir bahwa dirinya sembuh dan sehat sehingga

tidak perlu melakukan kontrol terhadap kesehatannya

b. Faktor reinforcing (Faktor Penguat)

1. Dukungan petugas

Dukungan dari petugas sangatlah besar artinya bagi penderita sebab petugas adalah pengola penderita yang paling sering berinteraksi sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis lebih baik, dengan sering berinteraksi , sangatlah mempengaruhi rasa percaya dan selalu menerima kehadiran petugas kesehatan termasuk anjuran-anjuran yang diberikan .

2. Dukungan keluarga

Keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tentram apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya, karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan baik, serta penderita mau menuruti saran-saran yang

diberikan oleh keluarga untuk penunjang pengelolaan penyakitnya.

c. Faktor enabling (Faktor pemungkin)

Fasilitas kesehatan merupakan sarana penting dalam memberikan penyuluhan terhadap penderita yang diharapkan dengan prasarana kesehatan yang lengkap dan mudah terjangkau oleh penderita dapat lebih mendorong kepatuhan penderita

d. Pengukuran Kepatuhan

Menurut Niven (2008), secara garis besar kepatuhan didasarkan pada :

1. Dinyatakan patuh apabila seseorang mentaati peraturan yang telah diberikan kepadanya dari tenaga medis
2. Dinyatakan tidak patuh apabila seseorang, meninggalkan peraturan yang sudah diberikan

Sebelumnya Rumah Sakit sudah melakukan penyuluhan, konseling, dan asuhan gizi terhadap pasien. Maka pasien diharapkan untuk mematuhi ketentuan diet yang sudah ada, untuk proses penyembuhan dan mencegah kambuhnya penyakit tersebut. Rumah sakit bertanggung jawab atas asupan makan pasien selama menjalani rawat inap di Rumah sakit. Sedangkan pada pasien rawat inap, keluarga pasienlah yang bertanggungjawab akan kepatuhan

dan kepatuhan pasien terhadap diet rendah protein yang pernah diberikan.

D. Asuhan Gizi Diet Rendah Protein

1. Pengertian

Asuhan gizi diet rendah protein adalah asuhan gizi yang diberikan kepada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik.

2. Pengkajian

a. Asesment Gizi

1. Antropometri

Antropometri berasal dari kata *anthropos* dan *metros*. *Anthropos* artinya tubuh dan *metros* artinya ukuran. Jadi antropometri adalah ukuran tubuh. Pengertian ini bersifat sangat umum sekali (Supriasa, 2002)

Penggunaan antropometri sebagai salah satu metode untuk mengukur status gizi masyarakat sangat luas. Antropometri adalah cara pengukuran status gizi yang paling sering digunakan di masyarakat. (Susilowati, 2008)

2. Biokimia

Pemeriksaan biokimia dalam penilaian status gizi memberikan hasil yang lebih tepat dan objektif dari pada penilaian konsumsi pangan dan pemeriksaan lain. Pemeriksaan biokimia dapat mendeteksi defisiensi zat gizi lebih dini (Supriasa, 2002) Pemeriksaan biokimia yang sering digunakan

adalah tehnik pengukuran kandungan sebagai zat gizi dan substansi kimia lain dalam darah dan urin (Supariasa, 2002)

3. Fisik/klinis

Penilaian status gizi secara klinis yaitu penilaian yang mengamati dan mengevaluasi tanda-tanda klinis atau perubahan fisik yang ditimbulkan akibat gangguan kesehatan dan penyakit kurang gizi. Perubahan tersebut dapat dilihat pada kulit atau jaringan epitel, yaitu jaringan yang membungkus permukaan kulit tubuh seperti rambut, mata, muka, mulut, lidah, gigi dan lain-lain serta kelenjar tiroid (Supariasa, 2002)

4. Dietary history

Tujuannya untuk mengetahui frekuensi makan, kebiasaan makan, serta cara konsumsi zat gizi. Memperolehnya untuk mengetahui jumlah makanan yang dikonsumsi dan menghitung. (Supariasa, 2002)

b. Skrining Gizi

Menurut kamus kesehatan skrining atau penapisan adalah penggunaan tes atau metode diagnosis lain untuk mengetahui apakah seseorang memiliki penyakit atau kondisi tertentu sebelum menyebabkan gejala apapun. Skrining gizi digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang beresiko malnutrisi atau pasien malnutrisi. Informasi yang digunakan dalam skrining ini meliputi diagnosis penyakit, informasi riwayat penyakit, penilaian fisik dan

tes laboratorium saat pasien di rumah sakit, dan kuisioner yang diberikan kepada pasien untuk diisi. *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* memaparkan bahwa skrining gizi minimal dilakukan dalam waktu 24 jam terhitung saat pasien mulai masuk rumah sakit (DeBruyne et. Al, 2008)

Skrining pada umumnya mempunyai dua peran. Peran pertama adalah untuk mengidentifikasi atau memprediksi risiko dari berkembangnya suatu kondisi, diantaranya komplikasi termasuk kematian dan biaya. Skrining dapat untuk mencegah atau mengatasi kondisi atau komplikasi yang terjadi, karena dengan informasi tersebut memungkinkan individu atau keluarga merencanakan tindak lanjutnya, demikian pula dengan tenaga kesehatan dapat memberikan intervensi yang sesuai. Peran skrining yang kedua adalah dapat mengidentifikasi individu yang mungkin atau tidak mungkin memperoleh manfaat dari pengobatan tersebut. (Elia dan Stratton)

Skrining gizi merupakan proses yang sederhana dan cepat yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, serta cukup sensitif untuk mendeteksi pasien yang beresiko malnutrisi. Tujuan utama dari skrining gizi adalah untuk memprediksi probabilitas membaik atau memburuknya outcome yang berkaitan dengan faktor gizi dan mengetahui pengaruh dari intervensi gizi. Outcome dari intervensi

gizi dapat dinilai dari beberapa cara, yaitu membaiknya fungsi fisik, menurunnya komplikasi penyakit, kesembuhan penyakit yang dipercepat, dan menurunnya lama perawatan. (Susetyowati, 2015)

c. **Diagnosis Gizi**

Diagnosis gizi adalah identifikasi dan memberi nama masalah gizi yang spesifik diaman profesi dietetik bertanggungjawab untuk merawatnya secara mandiri. Bukan merupakan diagnosis medis dan merupakan *critical link* antara pengkajian gizi. (Riyadi, 2014)

d. **Intervensi Gizi**

Terdapat dua komponen intervensi gizi yaitu perencanaan intervensi dan implementasi.

1. **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 :

a. Penetapan tujuan intervensi

Penetapan tujuan harus dapat diukur, dicapai dan ditentukan waktunya.

b. Preskripsi diet

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

1. Perhitungan kebutuhan gizi

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

2. Jenis Diet

Pada umumnya pasien masuk ke ruang rawat sudah dibuat permintaan makanan berdasarkan pesanan/order 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 diet order maka diet tersebut diteruskan dengan dilengkapi dengan rancangan diet. Bila diet tidak sesuai

akan dilakukan usulan perubahan jenis diet dengan mendiskusikannya terlebih dahulu bersama (DPJP).

3. Modifikasi diet

Modifikasi diet merupakan perubahan dari makanan biasa (normal). Perubahan dapat berupa perubahan dalam konsistensi; meningkatkan/menurunkan nilai energi; 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.

4. Jadwal Pemberian Diet

Jadwal pemberian diet/makanan dituliskan sesuai dengan pola makan sebagai contoh : Makan pagi 500 kalori, makan siang 600 kalori, makan malam 600 kalori, selingan pagi 200 kalori selingan sore 200 kalori

5. 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. (Riyadi, 2014)

e. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring merupakan suatu kegiatan mengamati secara seksama suatu keadaan atau kondisi termasuk dengan perilaku atau kegiatan tertentu. Dengan tujuan agar semua data masukan atau informasi yang dieproleh dari landasan tersebut dapat menjadi landasan dalam mengambil keputusan dan tindakan selanjutnya yang diperlukan.

Monitoring mempunyai tujuan sebagai berikut (Mardikanto, 2009):

- a. Compliance (kesesuaian/kepatuhan)
- b. Auditing (pemeriksaan)
- c. Accounting (akuntansi)
- d. Explanation (penjelasan)

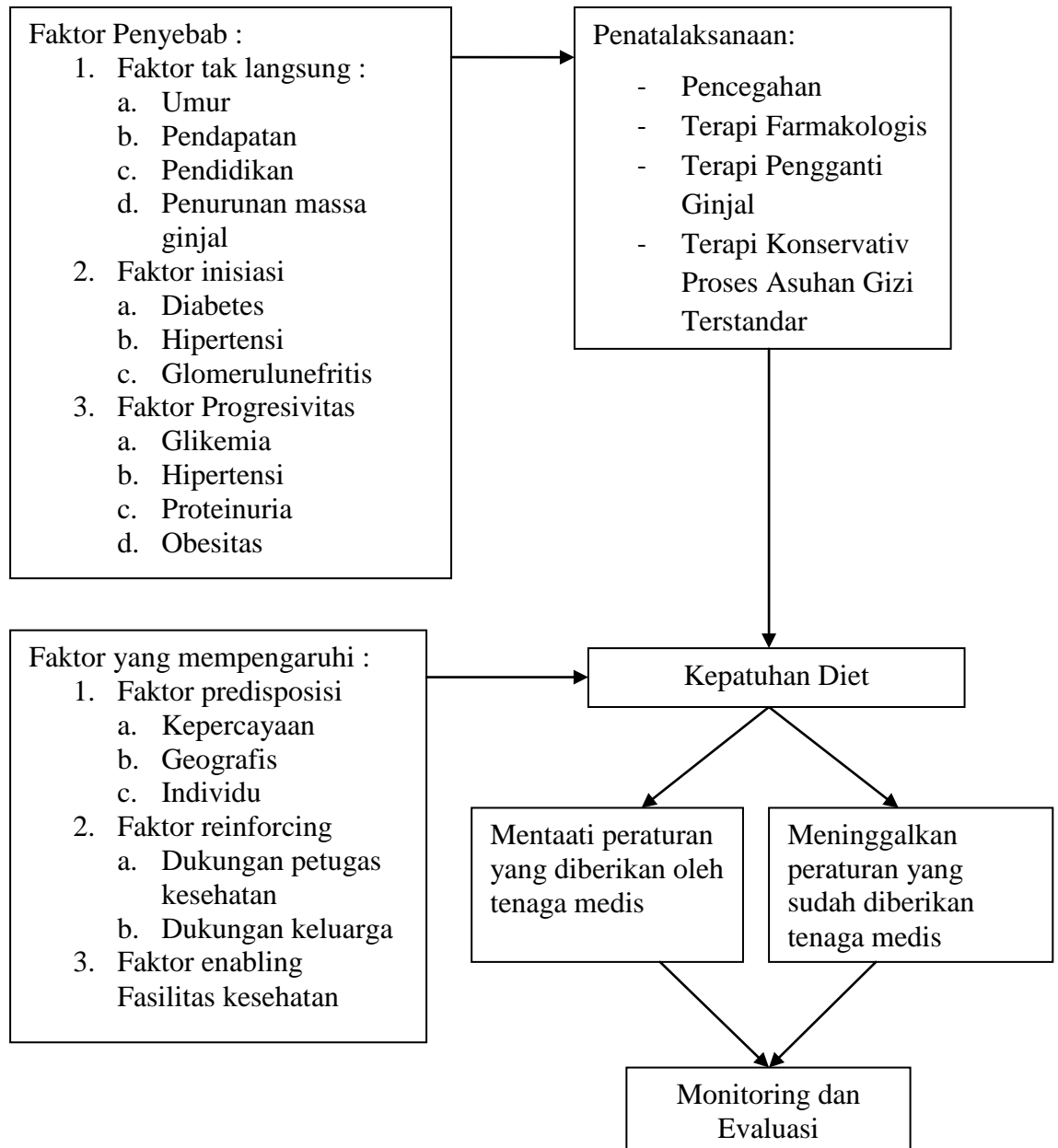
Monitoring berkaitan erat dengan evaluasi karena evaluasi memerlukan hasil dari monitoring yang digunakan dalam melihat kontribusi program yang berjalan untuk dievaluasi.

Evaluasi adalah sebagai suatu tindakan pengambilan keputusan untuk menilai suatu obyek, keadaan, peristiwa, atau kegiatan tertentu yang sedang diamati. (Mardikanto, 2009).

Ada lima ciri dalam evaluasi :

- a. Kualitas
- b. Kesesuaian (suitability)
- c. Keefektifan
- d. Efisiensi
- e. Kegunaan (importance)

E. Kerangka Teori



Sumber : Niven 2008, Sukandar 2006, Supariasa 2002

F. Kerangka Konsep

