

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kebutuhan Gizi Lansia

Lanjut usia atau usia tua (lansia) adalah suatu periode penutup dalam rentang hidup seseorang, yaitu suatu periode dimana seseorang telah beranjak jauh dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan, atau beranjak dari waktu yang penuh bermanfaat. Lansia adalah seseorang yang telah berusia > 60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (15).

United Nation International Children Found (UNICEF), mengemukakan bahwa pertambahan jumlah lanjut usia di Indonesia dalam kurun waktu tahun 1990 – 2025 tergolong tercepat di dunia. Semakin meningkatnya umur harapan hidup sebagai akibat dari keberhasilan pembangunan nasional sekarang ini, maka akan meningkatnya jumlah lansia (15). World Health Organization (WHO) telah memperhitungkan bahwa di tahun 2025, Indonesia akan mengalami peningkatan jumlah warga lansia sebesar 41,4% yang merupakan sebuah peningkatan tertinggi di dunia. Klasifikasi lansia (16) adalah sebagai berikut:

1. Young old (usia 60-69 tahun)
2. Middle age old (usia 70-79 tahun)
3. Old-old (usia 80-89 tahun)
4. Very old-old (usia 90 tahun ke atas)

Permasalahan kesehatan yang banyak dialami oleh lansia saat ini meliputi gangguan kesehatan akibat penyakit degeneratif, di samping masih ditemukannya penyakit infeksi, masalah kekurangan gizi, serta penyakit kronis. Sejalan dengan bertambahnya usia, terjadi perubahan pada struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ tubuh. Perubahan tersebut mengakibatkan penurunan kemampuan fisik yang selanjutnya membuat lansia semakin rentan terhadap berbagai gangguan kesehatan. Pemenuhan asupan gizi yang seimbang pada usia lanjut memiliki peran penting dalam memperlambat penurunan fungsi fisiologis tubuh serta mencegah terjadinya penyakit degeneratif, seperti penyakit jantung koroner, gangguan ginjal, aterosklerosis, dan penyakit lainnya (17).

Bagi lansia pemenuhan kebutuhan gizi yang diberikan dengan baik dapat membantu dalam proses beradaptasi atau menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang dialaminya selain itu dapat menjaga kelangsungan pergantian sel-sel tubuh sehingga dapat memperpanjang usia (17). Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi disebutkan bahwa kebutuhan gizi lansia tanpa penyakit dengan usia 80 tahun yakni pada laki-laki energi 1600 kkal, protein 64 gram, lemak 45 gram dan karbohidrat 235 gram sedangkan pada perempuan kebutuhan energi sebesar 1400 kkal, protein 58 gram, lemak 40 gram dan karbohidrat 200 gram (18).

Permasalahan gizi pada lansia timbul akibat perilaku makan yang kurang tepat, terutama ketidakseimbangan antara asupan zat gizi dengan kebutuhan yang dianjurkan. Aspek makanan yang dimaksud tidak hanya mencakup jumlah dan jenis pangan yang dikonsumsi, tetapi juga kebiasaan serta

faktor psikologis yang memengaruhi perilaku makan. Perilaku tersebut meliputi tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik terkait pemilihan makanan serta pemahaman terhadap kandungan zat gizi. Masalah gizi yang dialami lansia tersebut secara langsung berdampak pada status gizi lansia itu sendiri (17).

Status gizi lansia merupakan kondisi yang mencerminkan tingkat pemenuhan kebutuhan energi dan zat gizi tubuh yang diperoleh dari makanan, di mana dampaknya terhadap kondisi fisik dapat diukur. Penilaian status gizi pada lansia umumnya dilakukan melalui pengukuran antropometri, seperti berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Namun, pengukuran tinggi badan pada lansia sering kali mengalami kendala karena adanya gangguan postur tubuh, misalnya kifosis atau kelengkungan tulang belakang, sehingga lansia sulit berdiri tegak. Oleh sebab itu, pengukuran tinggi lutut dapat digunakan sebagai alternatif untuk memperkirakan tinggi badan.

B. Masalah Gizi pada Lansia

Peningkatan usia harapan hidup manusia juga meningkatkan populasi lansia. Lansia merupakan kelompok usia yang rentan mengalami masalah gizi akibat proses penuaan yang menyebabkan penurunan fungsi fisiologis tubuh, termasuk sistem pencernaan, metabolisme, dan sistem imun. Kondisi ini menjadi semakin kompleks pada lansia yang menderita kanker, karena penyakit kanker dan terapi yang dijalani, seperti kemoterapi, dapat memperburuk status gizi dan meningkatkan risiko malnutrisi. Pada pasien kanker usia lanjut, masalah gizi sering muncul dalam bentuk penurunan nafsu makan, penurunan berat badan yang tidak disengaja, perubahan indera pengecap dan penciuman, mual,

muntah, serta gangguan menelan. Efek samping kemoterapi, seperti stomatitis, mual, diare, dan kelelahan, turut berkontribusi terhadap penurunan asupan makanan. Kondisi tersebut dapat menyebabkan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan asupan zat gizi, yang pada akhirnya berdampak pada penurunan status gizi lansia dengan kanker. Malnutrisi pada lansia penderita kanker merupakan masalah serius karena berhubungan dengan penurunan toleransi terhadap terapi, meningkatnya risiko infeksi, lamanya masa penyembuhan, serta menurunnya kualitas hidup. Penelitian menunjukkan bahwa status gizi yang buruk pada pasien kanker berasosiasi dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas, serta menurunkan respons terhadap pengobatan kanker (19). Selain malnutrisi, terdapat beberapa faktor risiko lain yang turut memengaruhi terjadinya masalah gizi pada pasien kanker, antara lain anoreksia, anemia, dan refeeding syndrome. Kondisi-kondisi tersebut dapat memperburuk status gizi pasien, menurunkan toleransi terhadap terapi, serta menghambat proses pemulihan, sehingga perlu mendapat perhatian khusus dalam perencanaan dan pelaksanaan asuhan gizi pada pasien kanker (20).

C. Kanker Payudara

Kanker payudara (carcinoma mammae) merupakan suatu keganasan yang menyerang jaringan payudara, termasuk kelenjar susu, saluran kelenjar, serta jaringan penunjang di sekitarnya. Penyakit ini ditandai dengan adanya proliferasi sel epitel ganas yang melapisi duktus atau lobulus payudara. Ca mammae terjadi akibat sel-sel yang kehilangan mekanisme pengendalian pertumbuhan normal, sehingga mengalami pembelahan secara tidak normal,

cepat, dan tidak terkontrol (2).

Sel-sel abnormal pada jaringan payudara dapat terus mengalami pertumbuhan hingga membentuk suatu massa atau benjolan (tumor). Apabila benjolan tersebut tidak ditangani secara tepat atau tidak terkontrol, kondisi ini dapat berkembang menjadi kanker yang berpotensi menyebar (metastasis) ke bagian tubuh lain dan berisiko menyebabkan kematian. Lokasi metastasis yang paling sering pada kanker payudara meliputi paru dan pleura (15–20%), tulang (20–60%), hati (5–15%), otak (5–10%), serta metastasis lokal atau regional (20–40%) (21). Beberapa penelitian menunjukkan terdapat faktor yang berhubungan dengan peningkatan risiko atau kemungkinan terjadi kanker payudara. Faktor-faktor risiko kanker payudara (22) yaitu:

- 1) Faktor yang berhubungan dengan diet yaitu peningkatan berat badan yang bermakna pada saat pasca menopause, diet ala negara barat yang tinggi lemak (western style) dan minum minuman beralkohol.
- 2) Faktor reproduksi dan hormon
 - a. Usia menarche (menstruasi dini) dan siklus menstruasi
 - b. Usia kehamilan pertama
 - c. Paritas
 - d. Menyusui
- 3) Faktor genetik / riwayat keluarga, yaitu pada studi genetik ditemukan bahwa kanker payudara berhubungan dengan gen tertentu. Wanita dengan mutasi gen BRCA 1 dan BRCA 2, mempunyai peluang 80% untuk berkembang menjadi kanker payudara selama hidupnya

4) Faktor perilaku, meliputi:

- a. Gaya hidup tidak sehat, seperti jarang berolahraga atau jarang bergerak, pola makan tidak sehat dan tidak teratur, merokok serta mengonsumsi alkohol akan meningkatkan risiko kanker payudara.
- b. Obesitas, dimana obesitas berhubungan dengan penurunan risiko kanker pada premenopause dan peningkatan risiko kanker payudara selama masa pascamenopause. Menurut penelitian Ningsih di RS. Ibnu Sina Makassar Tahun 2018 didapatkan bahwa penderita kanker yang mengalami obesitas sebanyak 46 orang yaitu (59,7%) lebih banyak dibandingkan yang tidak mengalami obesitas 31 orang yaitu (40,3%). Pada wanita obesitas kadar estrogen akan meningkat karena produksi dari sel-sel lemak yang berlebihan dan produksi insulin akan meningkat juga sehingga keduanya akan saling bekerja sama merangsang sel-sel kanker payudara dan menimbulkan kanker payudara (23).

D. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

Proses Asuhan Gizi Terstandar terdiri atas 4 langkah sistematis, yaitu sebagai berikut:

1. Pengkajian Gizi (Assessment)

Asesmen atau pengkajian status gizi merupakan dasar utama dalam penyusunan asuhan gizi yang optimal bagi klien, dengan tujuan memperoleh informasi yang memadai untuk mengidentifikasi permasalahan gizi yang berkaitan dengan asupan makanan maupun faktor lain yang berpotensi menimbulkan gangguan gizi. Pengkajian gizi adalah proses pengumpulan,

verifikasi, dan interpretasi data secara sistematis untuk mengenali masalah gizi beserta penyebabnya, yang tidak hanya mencakup pengumpulan data awal, tetapi juga pengkajian ulang serta analisis kebutuhan gizi subjek. Data yang diperoleh dari pengkajian gizi kemudian dibandingkan dengan standar atau nilai rujukan yang berlaku, sehingga tingkat dan besarnya permasalahan gizi dapat dievaluasi dan diidentifikasi secara tepat.

2. Menegakkan Diagnosis

Setelah mendapatkan data mengenai kebiasaan makan sebelum dirawat, pola makan, bentuk dan frekuensi makan serta pantangan makan, lakukan pengkajian data dengan menganalisis asupan gizinya dan dibandingkan dengan AKG serta anjuran gizi sesuai dengan penyakitnya, uraikan kepada klien, analisis permasalahan yang dihadapi.

3. Intervensi Gizi

Intervensi gizi bertujuan untuk menanggulangi masalah gizi yang sudah ditegakkan pada diagnosis gizi. Pemecahan masalah yang dipilih dengan mempertimbangkan faktor-faktor seperti dukungan keluarga, sosial ekonomi, pemanfaatan pekarangan, dll. Intervensi gizi terdiri dari 5 (lima) domain yang terdiri dari:

a. Pemberian makan/zat gizi (ND - Nutrition Delivery)

Pemberian makanan dan zat gizi adalah penyediaan makanan dan atau zat gizi sesuai kebutuhan melalui pendekatan individu, dan dikelompokkan menjadi 6 kelas, yakni makan utama dan selingan/snack, nutrisi enteral dan parenteral, terapi suplemen gizi, bantuan pemberian

makanan, lingkungan pemberian makan, serta pengaturan gizi yang berkaitan dengan tindakan medis.

b. Pemberian edukasi gizi (E - Education)

Edukasi gizi adalah proses formal memberi instruksi atau melatih subjek untuk suatu ketrampilan atau menanamkan pengetahuan, untuk menolong subjek secara sukarela mengatur atau memodifikasi makanan, gizi, aktifitas fisik dan perilaku yang dipilih untuk mempertahankan dan memperbaiki kesehatannya.

c. Konseling gizi (C – Counseling)

Konseling gizi merupakan proses pemberian dukungan pada klien yang ditandai dengan adanya kolaborasi antara konselor dengan subjek dalam menentukan prioritas makanan, gizi dan aktivitas fisik, tujuan/target, rencana tindakan individu yang dapat diterima dan dapat mendukung rasa tanggung jawab untuk merawat dirinya sendiri untuk mengatasi masalah yang ada dan untuk meningkatkan kesehatan.

d. Koordinasi asuhan gizi (RC – Collaboration and Referral of Nutrition Care)

Koordinasi asuhan gizi adalah kegiatan konsultasi, melakukan rujukan atau melakukan koordinasi dengan tenaga kesehatan/institusi/fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang dapat membantu mengatasi atau mengelola masalah-masalah subjek terkait gizi.

e. Program intervensi gizi pada populasi (P – Population Based Nutrition Action)

Domain intervensi ini adalah bentuk intervensi gizi dengan sasaran populasi tertentu, misalnya kelompok ibu hamil, ibu menyusui, kelompok remaja, lansia dll. Kegiatan intervensi dapat berupa pelayanan lanjutan pada subjek setelah dipulangkan darirumah sehingga mencapai status gizi dan kesehatan yang optimal. Intervensi gizi ini terdiri dari 2 komponen yang saling berkaitan yaitu perencanaan dan implementasi. Perencanaan adalah menetapkan prioritas masalah berdasarkan diagnosis gizi yang sudah ditetapkan dandisesuaikan dengan kondisi subjek, standar pelayanan asuhan gizi, serta disesuaikan dengan tujuan dan strategi intervensi gizi. Implementasi merupakan strategi intervensi gizi sesuai masalah gizi subjek dan kondisi lingkungannya. Intervensi gizi diarahkan untuk mengatasi etiologi dari diagnosis gizi yang sudah diidentifikasi pada tahap sebelumnya. Namun apabila etiologi dari masalah gizi tidak dapat diatasi, intervensi gizi ditujukan untuk mengeliminasi tanda dan gejala dari masalah gizi tersebut. Idealnya intervensi gizi direncanakan dan dimonitor dan dievaluasi keberhasilannya dengan melibatkan subjek, keluarga atau pengasuh subjek.

4. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi merupakan peninjauan ulang serta pengukuran perkembangan secara berkala melalui jadwal tertentu (monitoring), dengan membandingkan kondisi terkini terhadap status sebelumnya, tujuan intervensi, maupun standar rujukan (evaluasi), termasuk memantau respons subjek terhadap intervensi yang diberikan.

Kegiatan monitoring dan evaluasi gizi bertujuan untuk menilai respons subjek atau klien terhadap intervensi gizi serta tingkat keberhasilan pelaksanaannya.

E. Tatalaksana Subjek Kanker

Tujuan terapi nutrisi pada pasien kanker adalah mencegah terjadinya defisiensi zat gizi, mempertahankan massa tubuh tanpa lemak (*lean body mass*), mengurangi dampak efek samping terapi terhadap status gizi, serta meningkatkan kualitas hidup. Pemenuhan nutrisi merupakan komponen penting dalam penatalaksanaan pasien kanker sejak fase diagnosis, selama menjalani pengobatan, hingga masa pemulihan. Asupan nutrisi yang adekuat diperlukan untuk menjaga keseimbangan energi dan protein, serta mencukupi kebutuhan vitamin, mineral, dan elektrolit. Selain itu, kecukupan nutrisi dibutuhkan pada seluruh stadium penyakit karena berperan dalam membantu mengendalikan gejala akibat terapi, menurunkan risiko komplikasi pascaoperasi, mengurangi kejadian infeksi, dan mempercepat masa rawat inap (24).

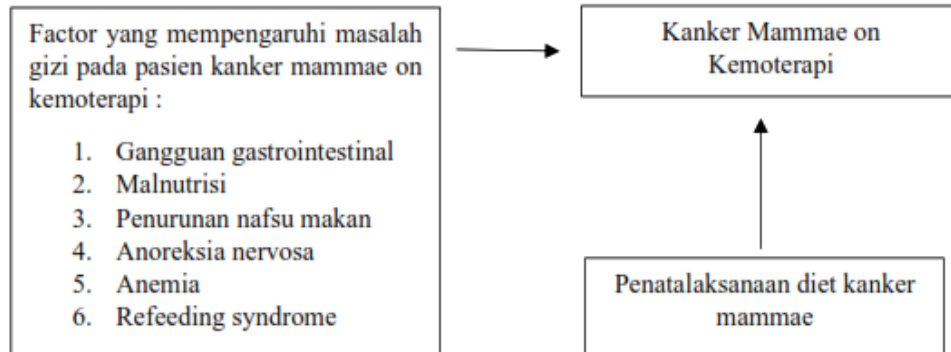
Selama fase pengobatan maupun pemulihan, subjek kanker harus memenuhi kecukupan nutrisi dengan mengonsumsi berbagai variasi makanan yang terdiri dari makanan sumber protein, karbohidrat, lemak, vitamin, mineral dan cairan. Energi dan zat gizi makro (protein, lemak, dan karbohidrat) memiliki peranan penting dalam menjaga status gizi subjek agar tetap berada pada rentang normal, mengingat akan terjadi perubahan metabolisme pada subjek kanker yang berdampak pada penurunan status gizi. Nutrisi diberikan berdasarkan kebutuhan secara individu baik jumlah maupun komposisinya sehingga kebutuhan gizi

dapatberubah-ubah dari waktu ke waktu tergantung pada terapi yang diberikan (24).

Penatalaksanaan nutrisi yang dilakukan pada tahap awal bertujuan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi subjek secara bertahap dengan tetap mempertimbangkan tingkat toleransi terhadap makanan, terutama respons saluran cerna, adanya keluhan mual dan muntah, serta gejala abdominal seperti distensi dan nyeri perut. Perhitungan kebutuhan energi dilakukan menggunakan rumus Mifflin yang selanjutnya disesuaikan dengan faktor aktivitas fisik dan faktor stres sesuai dengan kondisi subjek. Adapun tatalaksana terapi nutrisi pada pasien kanker (25) dapat dilakukan sebagai berikut

1. Protein 1.2-2 g/kgBB
2. Lemak 20-30%% dari total kebutuhan
3. Karbohidrat sisa dari total kebutuhan
4. Berikan makanan dengan porsi kecil dengan frekuensi sering

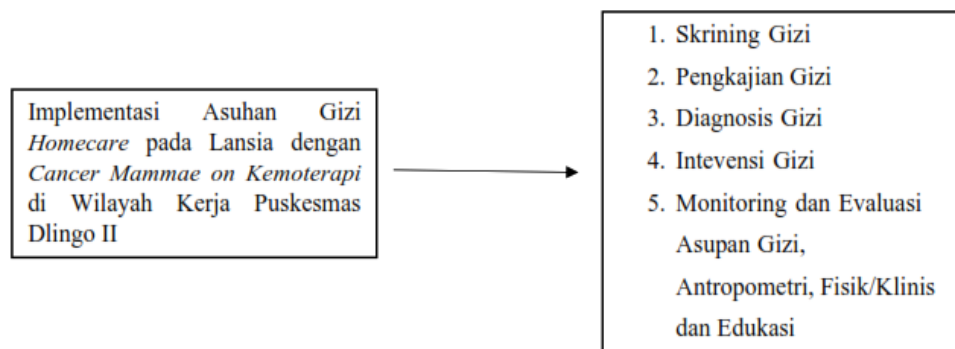
F. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

(Sumber : ESPEN 2017, Persatuan Ahli Fizi Indonesia & Asosiasi Dietisien Indonesia, 2019)

G. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep