BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Gambaran Umum Penyakit

1. Definisi Gagal Ginjal Akut

Ginjal merupakan organ vital di dalam tubuh manusia dengan berbagai macam fungsinya seperti menghasilkan hormon renin dan eritropoetin. Ginjal bekerja dengan mempertahankan keseimbangan elektrolit, cairan tubuh, mengatur keseimbangan asam basa, dan mengeksresi bahan yang telah didetoksifikasi. Kerusakan ginjal dapat menyebabkan ketidak mampuan mempertahankan keseimbangan atau integritas biokimiawi darah sehingga menyebabkan penimbunan sisa-sisa metabolisme tubuh (Mirna Wulan Sari, Ahyana, 2024).

Gagal ginjal akut adalah kondisi di mana ginjal berhenti bekerja secara tiba-tiba. Hal ini dikatakan akut karena hanya berlangsung dalam beberapa jam atau hari. Dengan kata lain, penyakit ini tidak akan menimbulkan masalah permanen jika ditangani dengan cepat. Fungsi utama ginjal adalah menyaring racun dalam darah dan mengeluarkan cairan berlebih melalui urine. Dari fungsinya ini, diketahui bahwa ginjal merupakan salah satu organ vital manusia (Tharif dan Wiyanti, 2024).

Gagal Ginjal Akut (GGA) atau *Acute Kidney Injury* (AKI) adalah penurunan fungsi ginjal mendadak akibat hilangnya kemampuan ginjal untuk mempertahankan homeostasis tubuh. Akibat penurunan fungsi ginjal, terjadi peningkatan metabolik persenyawaan nitrogen seperti ureum dan

kreatinin, serta gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang seharusnya dikeluarkan oleh ginjal. Gagal Ginjal Akut didefinisikan sebagai peningkatan serum kreatinin sebesar 0,3 mg/dldalam waktu 48 jam atau peningkatan 50% serum kreatinin dari baseline dalam waktu 7 hari, menurut *kriteria The Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) (Maghfiroh *et al*., 2023).

2. Etiologi

Etiologi AKI dibagi menjadi 3 kelompok utama berdasarkan patogenesis AKI menurut (Maskoen & Akbar, 2023).

a. AKI Prarenal

Etiologi dari AKI prarenal di antaranya, yakni penurunan curah jantung (emboli pulmonal, aritmia jantung, infark, kardiomiopati); hypovolemia (pankreatitis, obstruksi usus, hypoalbuminemia, diare, mengalami luka bakar, dehidrasi); dan rasio resistensi vascular ginjal sistemik yang berubah (hepatorenal syndrome, sepsis).

b. AKI renal atau intrinsic AKI

Etiologi paling sering dari AKI renal adalah *acute tubular necrosis* (ATN). Adapun etiologi lain dari AKI renal, yakni glomerulonephritis, obstruksi arteri renalis, vasculitis, nefritis interstitial.

c. AKI postrenal

Etiologi dari AKI postrenal di antaranya, yaitu obstruksi ureter (batu, kompresi eksternal, papilla ginjal, keganasan, dan gumpalan darah); obstruksi vesika urinaria (neurogenic bladder, batu, hipertrofi prostat, keganasan); dan obstruksi uretra (striktur, fimosis).

3. Patofisiologi

Patofisiologi dari AKI beragam, tergantung pada etiologi pada pasien menurut (Maskoen dan Akbar, 2023)

a. Hipoperfusi ginjal

Hipoperfusi ginjal dapat terjadi karena beberapa hal, yakni vasodilatasi sistemik dan hypovolemia. Hal tersebut akan mengaktifkan sistem saraf simpatik, mekanisme autoregulasi, dan *Renin- Angiotensin- Aldosterone System* (RAAS). Saat hipoperfusi terus terjadi atau respons imun adaptif tidak adekuat, akan terjadi penurunan *Glomerular Filtration Rate* (GFR) tanpa adanya kerukana pada parenkim (seperti yang terjadi pada *pre- renal* AKI). Kemudian, jika perfusi *renal* adekuat dan tidak dapat dipulihkan, kerusakan organ dapat terjadi, seperti *iskemik acute tubular nekrosis*. Hal tersebut terjadi karena pengiriman oksigen ke nefron yang tidak adekuat. Selain itu, penipisan jumlah ATP dapat mengaktifkan *epithelial cellular injury* dan nekrosis ataupun apoptosis. Dengan demikian, dapat terjadi endothelial injury dan inflamasi, sehingga dapat terjadi kerusakan dan disfungsi ginjal.

b. Cardiorenal syndrome tipe 1

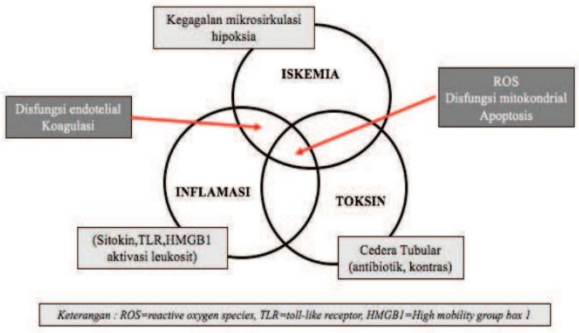
Perburukan fungsi jantung yang bersifat akut dapat menyebabkan *hypoperfusi* renal melalui penurunan efektivitas sirkulasi dari volume cairan tubuh dan peningkatan tekanan vena sentral. Selain itu, mekanisme yang terlibat adalah inflamasi kronik, aktivasi RAAS, produksi *nitric oxide*, dan ketidakseimbangan *Reactive Oxygen Species* (ROS)

c. Toxic acute tubular nekrosis

Obat atau zat kimia yang bersifat *nefrotoxic* (antibiotik, media kontras) dan toksin endogen difiltrasi di nefron dapat menyebabkan peningkatan toksisitas pada cel tubular. Toksin akan bersifat sitotoksik dan dapat berdampak langsung pada epitel tubulus ginjal. Selain itu, toksin dapat menyebabkan pengendapat metabolit atau kristal di dalam ginjal

d. Post-renal AKI

Ekstrarenal (hipertrofi prostat, retroperitoneal fibrosis) serta intrarenal (nefrolitiasis, gumpalan darah) obstruksi dapat menyebabkan peningkatan tekanan intratubular, gangguan aliran darah ginjal, dan inflamasi.



Sumber: (Melyda, 2020)

Gambar 2.1 Patofisiologi Gagal Ginjal Akut

4. Klasifikasi

Klasifikasi derajat keparahan cedera ginjal akut (AKI) menurut *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) mengelompokkan pasien ke dalam tiga stadium berdasarkan peningkatan kadar kreatinin serum dan/atau penurunan volume urin.

Tabel 2.1 Klasifikasi Derajat Keparahan Cedera Ginjal Akut Menurut KDIGO

Derajat	Serum kreatinin	Urine output (OUP)
1	1,5-1,9 kali dari nilai normal atau ≥ 0,3 mg/dl (≥ 26,5 mmol/L)	< 0,5 ml/kg/jam selama 6-12 jam
2	2,0-2,9 kali dari nilai normal	< 0,5 ml/kg/jam selama ≥ 12 jam
3	3,0 kali dari nilai normal atau ≥ 4,0 ng/dL (≥ 353,6 mmol/L atau inisiasi terapi pengganti ginjal atau pada pasien berusia < 18 tahun dengan penurunan eGFR menjadi < 35ml/menit/1,73m²	< 0,3 ml/kg/jam selama ≥ 24 jam atau Anuria selama ≥ 12 jam

(*Kidney International Supplemets*, 2012)**.**

5. Manifestasi Klinis

a. Gangguan kardiovaskular: hipertensi, nyeri dada, sesak nafas akibat perikarditis, efusi perikardiak dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.

b. Gangguan pulmoner: nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental, suara krekels.
c. Gangguan gastrointestinal: anoreksia, nausea, dan formitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau amomia.
d. Gangguan muskuloskeletal: restless leg sindrom (pegal pada kaki sehingga selalu digerakkan), burning feet sindrom (rasa kesemutan dan terbakar, terutama pada telapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot otot ekstremitas).
e. Gangguan integumen: kulit bewarna pucat akibat anemia dan kekuningan akibat penimbunan urokrom, gatal gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.
f. Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam basa : biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipoksemia (Riastuti *et al.*, 2024).

6. Faktor risiko

Faktor resiko terjadinya gagal ginjal akut diklasifikasikan menjadi faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu usia, jenis kelamin (Muhamad *et al.*, 2021).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

a. Usia

Usia dapat meningkatkan dan menurunkan kerentanan terhadap penyakit tertentu, usia merupakan salah satu faktor resiko terjadinya gagal ginjal akut seiring dengan berjalannya waktu, fungsi ginjal akan menurun sehingga ginjal tidak mampu melakukan tugasnya. Perubahan dan stress pada usia lanjut dapat disebabkan karena kecemasan, depresi atau penyakit fisik yang dapat mempengaruhi kualitas tidur pasien (D. S. Putri *et al*., 2024).

b. Jenis kelamin

jenis kelamin laki-laki lebih banyak megalami gagal ginjal akut dari pada perempuan disebabkan karena gaya hidup dan kualitas hidup yang buruk pada laki-laki seperti merokok, meminum kopi dan teh yang dapat mengakibatkan kerusakan pada ginjal (Ladesvita & Mulyani, 2021).

Sementara faktor resiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, dan diabetes melitus (Muhamad *et al*., 2021)

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan penyebab sekaligus akibat dari GGA serta berkontribusi pada progresivitas penyakit ginjal. Seiring dengan penurunan eGFR, insiden dan keparahan hipertensi meningkat. Mekanisme hipertensi pada GGA meliputi *volume overload*, aktivitas berlebihan dari syaraf simpatis, retensi garam, disfungsi endotel, dan alterasi system hormonal yang meregulasi tekanan darah. Hipertensi

masih menjadi penyebab utama dari *End Stage Renal Disease* (ESRD) di united states (Nugrahaeni dan Suryaningsih, 2024).

b. Diabetes Melitus

Diabetes melitus (DM) adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik penyakit hiperglikemi yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, gangguan kerja insulin atau keduanya, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah. Ada beberapa jenis diabetes melitus yaitu diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, diabetes melitus tipe lain dan diabetes melitus gestasional (kehamilan). Kelainan yang terjadi pada ginjal penyandang diabetes melitus dimulai dengan adanya mikroalbuminuria. Mikro albumin uria umumnya didefinisikan sebagai ekskresi albumin lebih dari 30 mg per hari dan dianggap penting untuk timbulnya nefropati diabetik yang jika tidak terkontrol kemudian akan berkembang menjadi proteinuria secara klinis dan berlanjut dengan penurunan fungsi laju filtrasi glomerular dan berakhir dengan keadaan gagal ginjal. Diperkirakan 30-40% penderita DM tipe 1 dan 20-30% penderita DM tipe 2 akan menderita nefropati diabetik suatu saat yang dapat berakhir dengan keadaan gagal ginjal (Hengky dan Muin, 2025).

7. Tanda dan gejala

Terdapat beberapa tanda dan gejala yang dikeluhkan pasien terkait penyakit GGA, yakni sebagai berikut: diare, mual, muntah, demam, batuk,

pilek, sering mengantuk, serta penurunan jumlah urine (Mirna Wulan Sari, Ahyana, 2024).

B. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

Proses asuhan gizi adalah suatu metode pemecahan masalah yang sistematis dalam menangani problem gizi, sehigga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi. Terstandar yang dimaksud adalah memberikan asuhan gizi dengan proses terstandar, yaitu menggunakan struktur dan kerangka kerja yang konsisten sehingga setiap pasien bermasalah gizi akan mendapatkan 4 (empat) Langkah proses asuhan gizi: *assesment*, diagnosis, intevensi serta monitoring dan evaluasi gizi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Tujuan proses asuhan gizi terstandar yaitu untuk membantu pasien dalam menyelesaikan masalah gizi dengan mengatasi berbagai faktor yang mempunyai kontribusi dalam ketidak seimbangan atau perubahan status gizi (F. R. Putri *et al*., 2023).

1. Assesment Gizi

Assesment gizi dilakukan untuk mengidentifikasi problem gizi dan faktor penyebabnya melalui pengumpulan, verifikasi dan interpretasi data secara sistematis. *Assesment* gizi meliputi pengumpulan data riwayat gizi (*food history*) (FH), Antropometri data (AD), Laboratorium/Biokimia Data (BD), Pemeriksaan Fisik/klinis (PD), dan Riwayat *Client* (CH).

1) Food History (FH)

Merupakan pengumpulan data riwayat gizi/makan pasien yang dilakukan dengan cara wawancara pada pasien dan keluarga pasien meliputi riwayat makan terdahulu dengan menggunakan *form food frequency questioner semi quatitative* (FFQ-SQ) dan riwayat makan sehari sebelum masuk rumah sakit menggunakan metode *food recall* 24 jam (Kemenkes RI, 2014). Pada gagal ginjal akut ditekankan pada pengontrolan asupan energi, protein, cairan, elektrolit natrium, kalium, kalsium dan fosfor.

2) Antropometri Data (AD)

Pengukuran tinggi badan, berat badan, perubahan berat badan, indeks massa tubuh, pertumbuhan dan komposisi tubuh (Kemenkes, 2014). Pengukuran tinggi badan dan berat badan dilakukan dengan cara berdiri dan menggunakan alat *mikrotoice* untuk mengukur tinggi badan dan timbangan injak untuk mengukur berat badan. Jika pasien tidak dapat bangun atau bedrest maka digunakan alat alternatif berupa pita LILA untuk mengukur estimasi berat badan dan metline untuk mengukur panjang ULNA agar mendapatkan estimasi tinggi badan. Dari data antropomeri maka akan diberikan kode terminologi yaitu:

a) AD. 1.1.1 Tinggi Badan
b) AD. 1.1.2 Berat Badan
c) AD. 1.1.5 IMT

3) Biokimia Data (BD)

Data biokimia diperoleh dari data rekam medis pasien data biokimia ini nantinya akan diberi kode terminology BD yang terdiri dari:

a) BD 1.1 Keseimbangan asam basa
b) BD 1.2 Profil elektrolit dan ginjal
c) BD 1.4 Profil gastrointestinal
d) BD 1.5 Profil glukosa/endokrin
e) BD 1.6 Profil inflamasi
f) BD 1.7 Profil lipid
g) BD 1.8 Profil tingkat metabolic
h) BD 1.9 Profil mineral
i) BD 1.10 *Nutrional anemia profil*
j) BD 1.11 Profil protein

Data biokimia yang sudah diberi kode teminologi akan dimasukan kedalam tabel yang nantinya akan diberi kesimpulan mengenai data biokimia yang normal.

4) *Physical Data* (PD)

Pemeriksaan fsik meliputi adanya tanda dan gejala seperti wasting otot dan lemak, kesehatan mulut, kemampuan menelan dan mengunyah, mual/muntah, odema dll yang diperoleh dari observasi lasngsung ke pasien (Kemenkes, 2014). Sedangkan untuk pemeriksaan klinis meliputi tekanan darah, nadi, pernafasan, dan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

suhu tubuh diperoleh dari data rekam medis pasien. Data PD yang sudah didapat nantinya kan diberi kode terminologi PD yang terdiri dari:

a) PD 1.1.21 Tanda-tanda vital

Dari pemeriksaan ini nantinya akan diberikan kesimpulan mengenai pemeriksaan fisik/klinis yang tidak normal

5) *Client History* (CH)

Informasi saat ini dan masa lalu mengenai riwayat personal, medis, keluarga dan sosial. Data riwayat klien tidaak dapat dijadikan tanda dan gejala (*signs/symptoms*) problem gizi dalam pernyataan PES, karena merupakan kondisi yang tidak berubah dengan adanya intervensi gizi. Riwayat klien mencakup (Kemenkes, 2014).

a) CH-1 riwayat personal yaitu menggali informasi umum seperti usia, jenis kelamin, etnis, pekerjaan, merokok, cacat fisik.
b) CH-2 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) CH-3 riwayat sosial yaitu menggali mengenai faktor sosial ekonomi klien, situasi tempat tinggal, kejadian bencana yang dialami, agama, dukungan kesehatan dan lain-lain.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

2. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi merupakan kegiatan untuk mengidentifikasi adanya problem gizi, faktor penyebab yang mendasarinya, dan menjelaskan tanda dan gejala yang melandasi adanya problem gizi (Kemenkes, 2014). Pembuatan diagnosis gizi berdasarkan hasil assesment gizi yang sudah diedentifikasi sebelumnya berupa *food history*, antropomeri data, biokimia data, *physical data*, dan *client history*. Diagnosis gizi dibedakan menjadi tiga domain yaitu domain asupan/intake (NI), domain Klinis (NC), dan domain sikap/*behavior* (NB).

a. Domain asupan (NI)

Berbagai problem aktual yang berkaitan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, atau zat bioaktif, melalui diet oral atau dukungan gizi (gizi enternal dan parenteral). Masalah yang terjadi dapat karena kekurangan (*inadequate*), kelebihan (*excessive*) atau tidak sesuai (*inappropriate*). Termasuk ke dalam kelompok domain asupan adalah:

1) Problem mengenai keeseimbangan energi
2) Problem mengenai asupan diet oral atau dukungan gizi
3) Problem mengenai asupan cairan
4) Problem mengenai asupan zat bioaktif
5) Problem mengenai asupan zat gizi, yang mencakup problem mengenai:

5.6 Lemak dan Kolesterol

5.7 Protein

5.8 Vitamin

5.9 Mineral

5.10 Multi nutrient

Domain asupan yang sering muncul pada pasien gagal ginjal akut yaitu:

a) NI 3.2 Asupan cairan berlebih
b) NI 5.4 Penurunan kebutuhan zat gizi (spesifik)

b. Domain Klinis (NC)

Berbagai *problem* gizi yang terkait dengan kondisi medis atau fisik. Termasuk ke dalam kelompok domain klinis adalah:

1) Problem fungsional, perubahan dalam fungsi fisik atau mekanik yang mempengaruhi atau mencegah pencapaian gizi yang diinginkan
2) Problem biokimia, perubahan kemampuan metabolism zat gizi akibat medikasi, pembedahan, atau yang ditunjukan oleh perubahan nilai laboratorium
3) Problem berat badan, masalah berat badan kronis atau perubahan berat badan bila dibandingan dengan berat badan biasanya.

Domain klinis yang sering muncul pada pasien gagal ginjal akut yaitu:

a) NC 2.2 Perubahan nilai laboratorium terkait gizi

b) NC 3.1 Kekurangan berat badan

c. Domain perilaku-lingkungan (NB)

Berbagai problem gizi yang terkait dengan pengetahuan, sikap/keyakinan, lingkungan fisik, akses ke makanan, air minum, atau persediaan makanan, dan keamanan makanan. Problem yang termasuk ke dalam kelompok domain perilaku-lingkungan adalah:

1) Problem pengetahuan dan keyakinan
2) Problem aktivitas fisik dan kemampuan mengasuh diri sendiri
3) Problem akses dan keamanan makanan

Domain perilaku-lingkungan yang sering muncul pada pasien gagal ginjal akut yaitu:

a) NB 1.1 Kurang pengetahuan terkait makanan dan zat gizi
b) NB 1.4 Kurang dapat menjaga/monitoring diri

3. Intervensi Gizi

Intervensi gizi adalah suatu tindakan yang terencana yang ditujukan untuk merubah perilaku gizi, kondisi lingkungan, atau aspek status kesehatan individu. Intervensi gizi dilakukan untuk mengatasi masalah gizi meliputi perencanaan yang bertujuan untuk merubah perilaku, kondisi lingkungan yang berkaitan dengan penyakit gagal ginjal akut (Kemenkes, 2014).

Intervensi ini meliputi nama diet yang diberikan, prinsip diet, tujuan diet, syarat diet preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien dengan menggunakan alat bantu menganalisis zat gizi yaitu Tabel

Komposisi Pangan Indonesia (TKPI), Tabel Bahan Maknan Penukar (TBMP), nutrisurvey, dan kalkulator.

Selain penatalaksanaan diet intervensi gizi juga meliputi edukasi dan konseling gizi berupa mengomunikasikan terkait rencana, proses, dan hasil monitoring evaluasi dengan tenaga medis yang lainnya yang membantu dalam proses merawat pasien. Konseling dan edukasi ini juga bertujuan memberikan edukasi/pengetahuan agar data merubah prilaku gizi dan aspek kesehatan pasien maka diperlukan alat seperti leaflet utnuk membantu dalam proses edukasi/konseling.

a. Pemberian makanan/diet

1) **Nama Diet:** Diet Rendah Protein
2) **Prinsip Diet:**

   Rendah protein**,** rendah garam**,** cairan dibatasi, membatasi makanan tinggi kalium.
3) **Tujuan Diet**
   a) Mengendalikan gejala uremia.
   b) Mempertahankan status gizi optimal
   c) Memperlambat progresivitas penurunan laju filtrat glomerulus menuju gagal ginjal stadium akhir.
   d) Mengatur keseimbangan air dan elekrolit.
   e) Mengendalikan kondisi terkait penyakit ginjal akut (misalnya anemia, hipertensi, penyakit tulang, dislipidemia, dan kardiovaskular).

4) Presikripsi Diet

a) Kebutuhan energi: 35 kkal/kg BB (usia di bawah 60 tahun) dan 30 kkal/kg BB (usia 60 tahun ke atas)

b) Protein: 0,6-0,8 g/kg BB. Sebesar 50% kebutuhan protein harus bernilai *biologic* tinggi.

c) Lemak diberikan 25-30% dari total energi. Pembatasan lemak jenuh sebesar <10%. Jika terdapat dislipidemia, anjurkan kolesterol dalam makanan sebesar <300 mg/hari.

d) Karbohidrat cukup, yaitu sisa dari perhitungan protein dan lemak.

e) Natrium <2000 mg/hari.

f) Kalium 39 mg/kg BB/hari, disesuaikan dengan nilai laboratorium.

g) Kalsium 1200 mg/hari.

h) Fosfor 800-1000 mg/hari.

i) Cairan dibatasi, yaitu sejumlah urine selama 24 jam ditambah 500-750 ml.

5) Cara Memesan Diet

a) Diet Protein Rendah 30

b) Diet Protein Rendah 35

c) Diet Protein Rendah 40

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

6) Bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan

Tabel 2.2 Bahan Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan

Sumber	Bahan Makanan Dianjurkan	Bahan Makanan Tidak Dianjurkan
Karbohidrat	Nasi, bihun, jagung, mi, makaroni, roti, tepung-tepungan, ubi, selai, madu, permen, gula	-
Protein	Telur, ayam, daging, ikan, susu	Kacang-kacangan dan hasil olahannya, seperti tempe dan tahu, ikan asin
Lemak	Minyak kelapa sawit, minyak jagung, minyak kacang tanah, minyak kedelai, margarin/mentega rendah garam	Santan, kelapa, minyak kelapa, mentega dan margarin biasa, ayam dengan kulit
Sayuran	Semua sayuran, kecuali kondisi hiperkalemia dianjurkan memilih sayuram rendah kalium seperti wortel, labu siam, buncis	Sayuran tinggi kalium untuk kondisi hiperkalemia seperti bayam, daun singkong, asparagus, kembang kol
Buah	Semua buah kecuali kondisi hiperkalemia dianjurkan memilih buah rendah kalium, seperti pepaya, pir, apel	Buah tinggi kalium untuk kondisi hiperkalemia seperti pisang, belimbing, bit, alpukat, mangga, semangka, melon

Sumber:(Suharyati, Budi Hartati, 2019).

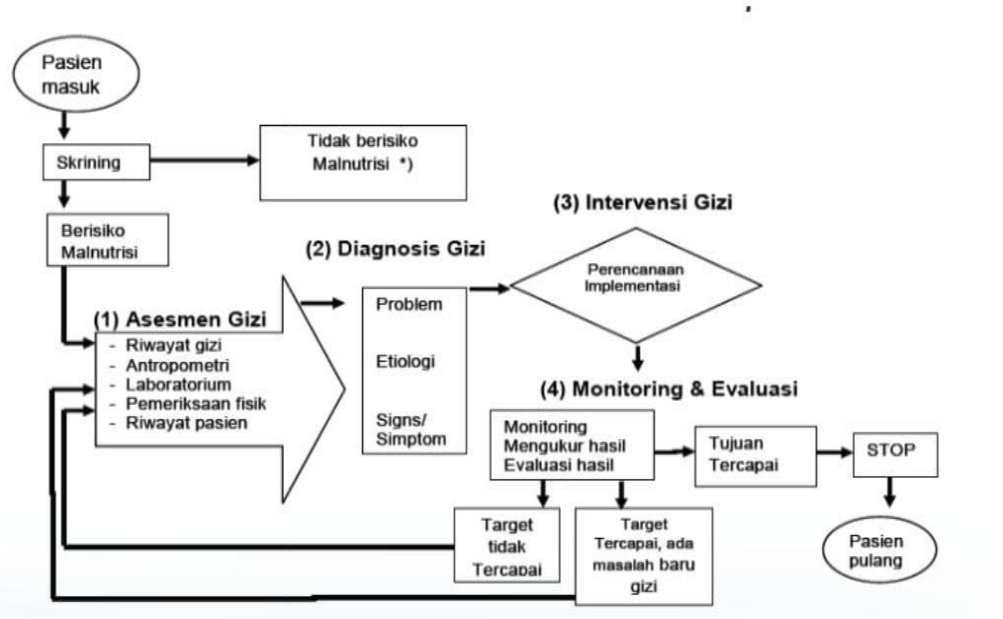
4. Monitoring dan Evaluasi

Tujuan kegiatan ini untuk mengetahui tingkat kemajuan pasien dan apakah tujuan atau hasil yang diharapkan telah tercapai. Hasil asuhan gizi yang seharusnya menunjukan adanya perubahan perilaku dan atau status gizi yang lebih baik (Kemenkes, 2014).

a. Kesimpulan hasil monitoring dan evaluasi

1) Aspek gizi: perubahan pengetahuan, perilaku, makan dan asupan zat gizi.
2) Aspek status klinis dan kesehatan: perubahan nilai laboratorium, berat badan, tekanan darah, faktor risiko, tanda gejala, status klinis, komplikasi, morbiditas dan mortalitas.
3) Aspek pasien: perubahan kapasitas fungsional, kemandirian merawat diri sendiri.
4) Aspek pelayanan kesehatan: lama hari dirawat.

C. Alur PAGT Rawat Inap



Sumber: (Kemenkes, 2014)

Gambar 2.2 Alur dan Proses Asuhan Gizi pada Pasien Rawat Inap

D. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilakukan untuk mengetahui tingkat kemajuan pasien dan apakah tujuan atau hasil yang diharapkan telah tercapai. Hasil asuhan menunjukan ada atau tidaknya perubahan perilaku dan status gizi yang lebih baik.

Contoh monitoring dan evaluasi dari pasien Ny. S asupan awal pasien sebesar 19% setelah dilakukan intervensi selama 3 hari asupan pasien menurun menjadi 18% hal ini disebabkan karena dihari ketiga pasien mengalami penurunan kesadaran karena gagal napas di jam 11.30 WIB di hari sebelumnya sehingga dipindahkan ke ICU untuk diberikan tindakan pemasangan intubasi dan kemudian dipuasakan selama sehari.

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu