

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Gambaran Umum Gastritis**

##### **1. Definisi Gastritis**

Gastritis merupakan masalah pencernaan yang paling sering ditemukan. Gastritis dapat bersifat akut yang datang mendadak dalam beberapa jam atau beberapa hari dan dapat juga bersifat kronis sampai berbulan-bulan atau bertahun-tahun (Diyono, 2016).

Gastritis merupakan peradangan yang mengenai mukosa lambung. Peradangan ini dapat mengakibatkan pembengkakan mukosa lambung sampai terlepasnya epitel mukosa superficial yang menjadi penyebab terpenting dalam gangguan saluran pencernaan. Pelepasan epitel akan merangsang timbulnya proses inflamasi pada lambung (Kemenkes, 2013)

Penyakit gastritis merupakan salah satu masalah kesehatan pada saluran pencernaan yang paling sering terjadi. Gastritis terjadi karena ketidaksesuaian lambung dengan makanan yang dimakan seperti makanan pedas (cabai atau merica) atau makanan yang memiliki kadar lemak tinggi sehingga produksi asam lambung tidak terkontrol (Malik, 2012).

##### **2. Manifestasi Klinis**

Nyeri lambung atau epigastrik pain merupakan gejala klinis yang paling sering umum ditemukan pada gastritis akut, gejala klinis lain meliputi mual muntah pusing, malaise, anoreksia. Pada gastritis kronis kadang-kadang tidak menimbulkan gejala yang berat. Gastritis kronis biasanya ditandai dengan penurunan berat badan, perdarahan dan anemia pernisiiosa sebagai akibat menurunnya absorpsi Vitamin B12 karena hilangnya faktor intrinsic lambung. Kondisi hypochlorhydria dan anchlorhydria sering ditemukan pada kondisi ini (Diyono, 2016).

### **3. Patofisiologi Gastritis**

Ketidakpatuhan terhadap pola makan, obat-obatan, alkohol, garam empedu, zat iritan lainnya dapat merusak mukosa lambung. Mukosa lambung berperan penting dalam melindungi lambung dari autodigesti oleh asam klorida dan pepsin. Bila mukosa lambung rusak maka terjadi difusi asam klorida ke mukosa lambung dan asam klorida akan merusak mukosa. Kehadiran asam klorida di mukosa lambung menstimulasi perubahan pepsinogen menjadi pepsin. Pepsin merangsang pelepasan histamine dari sel mast. Histamin akan menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadi perpindahan cairan dari intrasel ke ekstrasel dan menyebabkan edema serta kerusakan kapiler sehingga timbul perdarahan pada lambung. Biasanya lambung dapat melakukan regenerasi mukosa oleh karena itu gangguan tersebut menghilang dengan sendirinya namun bila lambung sering terpapar dengan zat iritan maka inflamasi akan terus terjadi. Jaringan yang meradang akan diisi oleh jaringan fibrin sehingga lapisan mukosa lambung dapat menghilang (Ardiansyah, 2012).

### **4. Etiologi Gastritis**

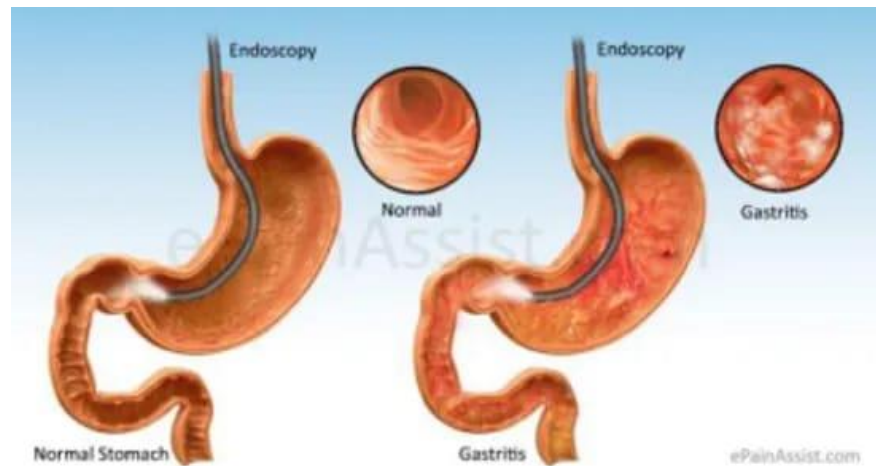
Gastritis akut disebabkan oleh faktor internal (kondisi pemicu yang menyebabkan pengeluaran asam lambung berlebihan) maupun faktor eksternal (menyebabkan iritasi dan infeksi).

- a. Faktor dari luar : makanan, diet yang salah, makanan banyak, terlalu cepat, makanan berbumbu yang dapat merusak mukosa lambung, seperti rempah rempah, alkohol, kopi, stres. Obat-obatan digitalis, iodium, kortison, analgesik, anti inflamasi, bahan alkali yang kuat (soda).
- b. Faktor dari dalam: toxin, bakteri yang beredar dalam darah misal morbili, difteri, variola. Infeksi pirogen langsung pada dinding lambung seperti streptococcus, staphylococcus (Novitayanti, 2020).

## 5. Klasifikasi Gastritis

Menurut (Ardiansyah, 2012) , jenis-jenis gastritis adalah sebagai berikut :

- a. Gastritis akut, merupakan peradangan pada mukosa lambung yang menyebabkan erosi dan perdarahan mukosa lambung dan setelah terpapar pada zat iritan erosi tidak mengenai lapisan otot lambung.
- b. Gastritis kronik, merupakan suatu peradangan pada mukosa lambung yang sifatnya menahun dan berulang. Peradangan tersebut terjadi dibagian mukosa lambung dan berkepanjangan yang bisa disebabkan karena bakteri *Helicobacter pylori*. Gastritis ini pula dapat terkait dengan atrofi mukosa gastrik, sehingga produksi asam klorida menurun dan menimbulkan tukak pada saluran pencernaan.



Gambar 1.  
Gastritis dari hasil endoskopi  
Sumber : Kerkar (2018)

## **6. Komplikasi Gastritis**

Menurut (Misnadiarly, 2016), komplikasi dari gastritis adalah sebagai berikut:

### **a. Gastritis Akut**

Komplikasi yang timbul akibat gastritis akut adalah peradangan akut pada dinding lambung, terutama mukosa lambung pada umumnya di bagian antrum. Apabila prosesnya hebat sering juga terjadi ulkus namun jarang terjadi perforasi.

### **b. Gastritis Kronik**

Komplikasi yang timbul pada kasus gastritis kronik adalah gangguan penyerapan Vitamin B12 menyebabkan timbulnya anemia pernisiiosa, gangguan penyerapan zat besi, penyempitan daerah pylorus (ujung bawah lambung dekat duodenum). Etiologinya tidak diketahui dengan pasti gejalanya tidak khas. Penyakit ini berkaitan dengan infeksi *helicobacter pylori*, ulkus duodenum dan tumor lambung.

## **B. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)**

### **1. Pengertian Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)**

PAGT merupakan proses penanganan problem gizi yang sistematis dan akan memberikan tingkat keberhasilan yang tinggi. PAGT dilaksanakan di semua fasilitas pelayanan kesehatan, seperti di rumah sakit (di rawat inap dan rawat jalan), klinik pelayanan konseling gizi dan dietetik, Puskesmas, dan di masyarakat. Penilaian status gizi dilakukan dengan membandingkan kesesuaian jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi terhadap kebutuhan tubuh akan zat gizi yang berbeda-beda sesuai kondisi sehat, sakit, dan berbagai tahap pertumbuhan. Apabila asupan zat gizi kurang adekuat, berlebih atau terjadi gangguan utilisasi zat gizi dapat menimbulkan masalah/problem gizi. Dalam upaya penanganan problem gizi ini, perlu diidentifikasi faktor penyebab yang mendasarinya. Akar penyebab masalah yang teridentifikasi secara tepat akan memberikan pilihan intervensi yang lebih sesuai (Kemenkes, 2014).

Tujuan pemberian asuhan gizi adalah mengembalikan pada status gizi baik dengan mengintervensi berbagai faktor penyebab. Keberhasilan PAGT

ditentukan oleh efektivitas intervensi gizi melalui edukasi dan konseling gizi yang efektif, pemberian dietetik yang sesuai untuk pasien di rumah sakit dan kolaborasi dengan profesi lain sangat mempengaruhi keberhasilan PAGT. Monitoring dan evaluasi menggunakan indikator asuhan gizi yang terukur dilakukan untuk menunjukkan keberhasilan penanganan asuhan gizi dan perlu pendokumentasian semua tahapan proses asuhan gizi. Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) harus dilaksanakan secara berurutan dimulai dari langkah asesmen, diagnosis, intervensi dan monitoring dan evaluasi gizi. Langkah-langkah tersebut saling berkaitan satu dengan lainnya dan merupakan siklus yang berulang terus sesuai respon/perkembangan pasien. Apabila tujuan tercapai maka proses ini akan dihentikan, namun bila tujuan tidak tercapai atau tujuan awal tercapai tetapi terdapat masalah gizi baru maka proses berulang kembali mulai dari assessment gizi (Kemenkes, 2014).

## **2. Langkah-langkah**

### **a. Skrining gizi**

Skrining gizi merupakan salah satu peran gizi dalam upaya preventif timbulnya malnutrisi di rumah sakit, yaitu dengan melaksanakan langkah awal berupa skrining gizi. Skrining gizi merupakan proses yang cepat dan sederhana untuk mendeteksi pasien yang berisiko malnutrisi sebelum memasuki proses *Nutrition Care Process* (NCP)/ Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT). Skrining gizi terbukti mampu mencegah penurunan status gizi yang biasa terjadi pada pasien yang dirawat di rumah sakit. Selain itu, dengan adanya skrining gizi, proses asuhan gizi akan lebih efektif dan efisien karena skrining gizi mampu mengidentifikasi dengan baik kelompok-kelompok khusus yang memerlukan intervensi gizi yang spesifik (Susetyowati, 2019).

### **b. Pengkajian gizi**

Asesmen atau pengkajian merupakan bagian awal dari proses pelaksanaan asuhan gizi, proses pengkajian awal dilakukan untuk mengetahui bagaimana kondisi awal pasien yang masuk rumah sakit. Setelah pengkajian awal selesai dilakukan penentuan diagnosa yang dilihat

dari keadaan umum, hasil pengukuran antropometri dan hasil pengukuran laboratorium. Bagian akhir adalah proses intervensi lanjut yang berupa pemberian diet pasien atau pemberian edukasi (Herawati, Triwahyu. Alamsyah, 2014).

Proses pengkajian atau assesmen yang baik maka akan menentukan proses selanjutnya, karena tujuan dari pengkajian atau assesmen adalah menetapkan data dasar tentang kebutuhan, masalah kesehatan, pengalaman yang berkaitan, praktek kesehatan, tujuan, nilai dan gaya hidup yang dilakukan oleh pasien atau klien. Jadi apabila proses pengkajian baik maka langkah selanjutnya akan baik atau sempurna sesuai dengan kebutuhan pasien. Data yang di dapatakan dengan cara malakukan wawancara langsung kepada pasien atau keluarga pasien, rekam medik, observasi, dan informasi dari tenaga kesehatan lain yang merujuk.

c. Diagnosis gizi

Diagnosis gizi merupakan langkah mengidentifikasi dan memilih/ menetapkan terminologi masalah gizi atau masalah spesifik yang dapat di pecahkan atau diperbaiki oleh praktisi profesi gizi dan dietetik. Pada langkah kedua ini praktisi profesi gizi dan dietetik akan melakukan identifikasi masalah gizi, menganalisis penyebab masalah, menyusun daftar tanda dan gejala dari masalah.

Diagnosis gizi bukan merupakan diagnosis medis. Diagnosis gizi bersifat sementara dan berubah sesuai respons pasien terhadap intervensi gizi. *Problem, etiology*, dan *sign symptoms* merupakan dasar untuk menentukan hasil akhir, memilih intervensi dan perkembangan untuk mencapai target asuhan gizi.

Pernyataan diagnosis gizi dinyatakan dalam struktur kalimat P-E-S, yaitu komponen *problem* (P) atau masalah spesifik gizi, *etiology* (E) atau penyebab masalah dan *sign symptoms* (S) atau tanda dan gejala. Setiap komponen dihubungkan dengan kalimat penghubung yang berbeda.

Problem berkaitan dengan Etiologi ditandai

Diagnosis gizi dikelompokkan menjadi 3 domain, yaitu domain asupan (kelompok masalah asupan gizi tidak sesuai dengan kebutuhan gizi), domain klinis (kelompok masalah gizi akibat adanya perubahan klinis klien), dan domain perilaku-lingkungan. Apabila dari asesmen pada saat ini tidak terdapat masalah gizi, tetapi perlu mendapat intervensi, maka dapat menggunakan label tidak ada diagnosis gizi pada saat ini (Persagi dan Asdi, 2019).

#### d. Intervensi gizi

Intervensi gizi adalah tindakan terencana yang dirancang untuk tujuan mengubah perilaku, faktor risiko kondisi lingkungan terkait gizi atau aspek kesehatan. Tujuan intervensi gizi adalah untuk memecahkan diagnosis gizi dengan mengubah atau meminimalkan etiologinya. Namun, jika etiologi tidak dapat dipecahkan oleh seorang *nutrisionis* atau *dietisien*, maka intervensi gizi diarahkan untuk meminimalkan tanda atau gejala.

Langkah ini terdiri dari dua komponen yang saling berkaitan, yaitu perencanaan dan implementasi. Kegiatan perencanaan meliputi penetapan prioritas intervensi gizi, kolaborasi dengan klien termasuk menentukan tujuan atau target, menulis preskripsi diet, memilih strategi intervensi berbasis fakta merujuk pada pedoman dan kebijakan yang berlaku serta pengetahuan dan fakta terkini, menentukan jadwal dan frekuensi asuhan. Kegiatan implementasi berupa tindakan melaksanakan dan mengo munikasikan rencana asuhan, pengumpulan data lanjutan dan memodifikasi atau mengubah strategi intervensi berdasarkan respons pasien.

Dalam melakukan proses intervensi gizi, praktisi profesi gizi dan dietetik berkolaborasi dengan pasien, keluarga dan/atau pengasuh pasien, petugas atau tenaga kesehatan lain, program, dan/atau institusi yang lain. Interaksi dilakukan melalui kunjungan (*visite*, pertemuan, atau melalui telepon). Strategi intervensi terdiri dari domain pemberian makanan dan atau zat gizi, edukasi gizi, konseling gizi, dan koordinasi asuhan gizi.

Penuntun Diet dan Terapi Gizi ini merupakan pedoman standar asuhan gizi yang digunakan sebagai rujukan dalam memilih strategi intervensi gizi (Persagi dan Asdi, 2019).

e. Monitoring dan evaluasi

Tahap ini merupakan pemantauan dan analisis dampak dari intervensi gizi. Kegiatan monitoring dan evaluasi menentukan apakah klien dapat mencapai intervensi sesuai rencana target dan luaran (*outcome*) yang diharapkan atau disepakati.

Metode pengumpulan data pada langkah asesmen dan monev gizi sama, tetapi mempunyai tujuan dan penggunaan yang berbeda. Data asesmen gizi dibutuhkan untuk mengidentifikasi masalah gizi yang ada dan merencanakan asuhan. Data asesmen gizi dibutuhkan untuk mengidentifikasi apakah ada perubahan dalam masalah gizi setelah dilakukan intervensi gizi. Sementara data monev dibutuhkan untuk mengevaluasi luaran (*outcomes* dari intervensi gizi).

Pada kegiatan reassesmen dan monev praktisi profesi gizi dan dietetik akan menetapkan indikator asuhan gizi yang akan dikaji/dipantau dan dievaluasi, serta data pembanding seperti standar rujukan ilmiah, rekomendasi, target klien, data dasar atau data sebelumnya. Beberapa istilah yang perlu dipahami terkait dengan monitoring dan evaluasi

- 1) Monitoring gizi : Pengkajian dan pengukuran untuk memilih indikator asuhan gizi klien yang sesuai dengan kebutuhan, diagnosis gizi, intervensi gizi dan outcome gizi.
- 2) Evaluasi gizi P : Perbandingan secara sistematis hasil/temuan saat ini dengan status sebelumnya, mempertimbangkan tujuan intervensi gizi, rekomendasi, efektivitas asuhan gizi secara menyeluruh atau standar rujukan.
- 3) Hasil luaran (*outcome*) asuhan gizi : Hasil asuhan gizi yang secara langsung terkait dengan diagnosis gizi dan target atau tujuan rencana intervensi. Hasil luaran dapat diperkirakan untuk jangka pendek dan panjang.



- 4) Indikator asuhan gizi : Tanda (*marker*) dan gejala yang dapat diukur dan dievaluasi untuk menentukan efektivitas dari asuhan gizi (Persagi dan Asdi, 2019).

### C. Proses Asuhan Gizi Terstandar Penderita Gastritis

Kegiatan asuhan gizi meliputi:

1. Assessment
  - a) Pengukuran antropometri: BB, TB, LILA
  - b) Biokimia: Hb, Ht, status anemia
  - c) Fisik/kinis: Perdarahan saluran cerna, mual, muntah, tekanan darah, frekuensi nadi, suhu, frekuensi respirasi
  - d) Diet Riwayat makan di rumah (pola makan, kebiasaan makan pantangan, alergi)
  - e) Food recall di rumah sebelum masuk rumah sakit Food recall makanan di rumah sakit
2. Diagnosis Gizi
  - a) Intake energi dan protein kurang yang berhubungan dengan asupan makanan dan zat gizi yang ditandai dengan adanya mual muntah, nyeri epigastrium dan asupan <50%
  - b) Perubahan nilai laboratorium terkait gizi yang berhubungan dengan kelainan patofisiologis penyakit gastritis yang ditandai dengan Ht, Hb rendah.
  - c) Pola makan yang salah yang berhubungan dengan kurangnya makanan bergizi yang aman dan sehat serta waktu makan yang kurang teratur yang ditandai dengan makanan tidak seimbang asupan kurang
3. Intervensi Gizi
  - a) Pemberian diet : Diet Lambung (Almatsier Sunita, 2006)
  - b) Tujuan diet :
    - 1) Mengurangi faktor yang menyebabkan tekanan yang meningkat di dalam lambung

- 2) Menghindari hal yang dapat mengurangi tekanan pada sfingter bagian bawah esofagus.
  - 3) Mengurangi keasaman material saat refluks untuk pada esofagus.
  - 4) Mengoptimalkan asupan zat gizi dengan mempertimbangkan risiko mencegah iritasi aspirasi atau tersedak.
  - 5) Memberikan makanan dan cairan secukupnya yang tidak memberatkan lambung serta mencegah dan menetralkan sekresi asam lambung yang berlebihan.
- c) Prinsip diet : Tinggi Energi, Tinggi Protein, Rendah Serat
- d) Syarat diet :
- 1) Energi diberikan sesuai kebutuhan, diberikan diet tinggi kalori protein apabila dalam kondisi status gizi kurang, diet rendah kalori pada kondisi status gizi obesitas.
  - 2) Protein normal, dapat diberikan tinggi protein dalam kondisi status gizi kurang atau bergantung pada status katabolik pasien.
  - 3) Lemak diberikan rendah yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total ditingkatkan bertahap sesuai kebutuhan.
  - 4) Rendah serat terutama serat tidak larut air yang ditingkatkan sesuai bertahap.
  - 5) Cairan cukup terutama jika ada muntah.
  - 6) Tidak mengandung bahan makanan yang berbumbu tajam, baik secara termis, mekanis, maupun kimia (disesuaikan daya terima perorangan).
  - 7) Laktosa rendah jika ada gejala intoleransi laktosa.
  - 8) Hindari peppermint dan spearmint.
  - 9) Hindari kondisi serta bahan makanan yang merangsang sama lambung, seperti merokok, alkohol, cokelat, kopi, dan kafein.
  - 10) Kurangi makanan yang menyebabkan tidak nyaman, seperti buah dan jus asam, produk tomat, makanan berkarbonasi, makanan dengan bumbu yang terlalu tajam, makanan yang terlalu tinggi lemak.

- 11) Pada fase akut dapat diberikan nutrisi parenteral selama 24-48 jam untuk mengistirahatkan lambung.
  - 12) Bentuk makanan bergantung pada kemampuan menelan. Diberikan secara bertahap dimulai dari makanan cair penuh atau cair kental, makanan saring, kemudian makanan lunak (kondisi disfagia).
  - 13) Mempertahankan postur tegak selama dan setelah makan, hindari berpakaian terlalu ketat, hindari tidur setelah makan (makan minima 2 jam tidur. sebelum tidur), meninggikan posisi kepala sebesar 6 inci jika tidur.
  - 14) Makan secara perlahan, porsi kecil dengan frekuensi sering (Persagi dan Asdi, 2019).
- e) Edukasi gizi :
- Edukasi bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang diet yang akan dijalankan oleh pasien, memberikan informasi di awal pasien dirawat tentang pengaturan makanan di rumah sakit kepada pasien dan keluarga terkait dengan jadwal makanan, jenis makanan yang diberikan di rumah sakit serta jika membawa makanan dari luar rumah sakit. Tujuan pemberian edukasi di awal masuk rumah sakit supaya pasien dan keluarga dapat membantu dalam proses pengobatan dengan pengaturan diet yang baik dan benar.
- f) Konsultasi gizi :
- Konsultasi gizi bertujuan mengubah perilaku pasien sehingga dapat menerapkan diet dengan benar setelah pulang. Konsultasi gizi memberikan penjelasan secara lengkap tentang pengaturan diet terkait dengan kebutuhan zat gizi, pengaturan makanan serta menjelaskan makanan yang boleh diberikan dan tidak boleh. Pemberian konsultasi gizi dengan menggunakan alat bantu berupa brosur diet lambung dan food model.
- g) Pengaturan makan:
- Bahan makanan yang diperbolehkan :

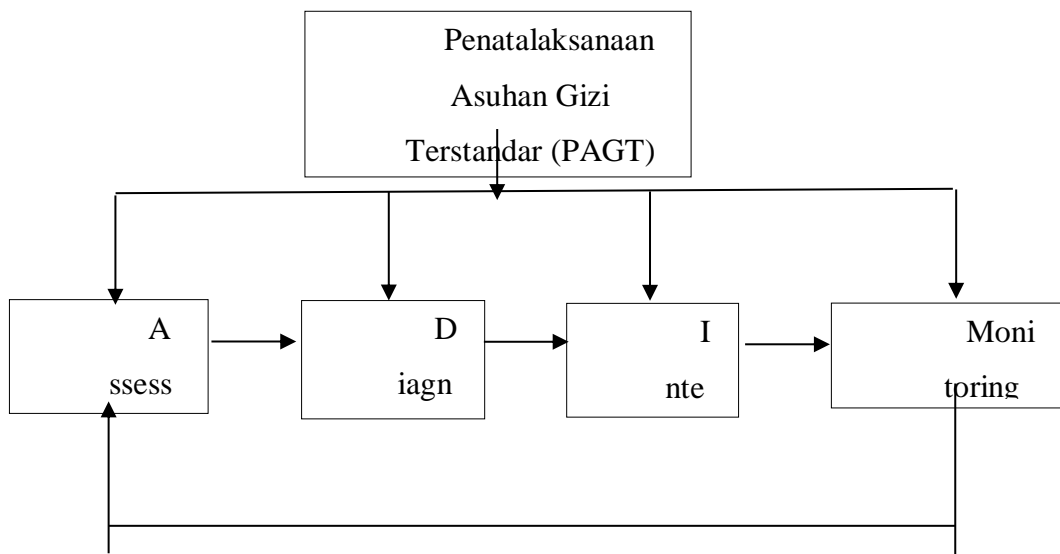
- 1) Sumber karbohidrat : Beras dibuat bubur dan nasi tim, kentang rebus, makaroni, bihun, roti, biskuit, kreaker, tepung-tepungan seperti hunkue, maizena dibuat dalam bentuk pudding
- 2) Sumber protein hewani: Daging sapi, ayam yang empuk dan rendah lemak atau digiling/dicincang hati sapi, ikan yang tidak banyak duri, telur direbus/ dimasak tim/ceplok air, susu segar, susu full cream, susu skim
- 3) Sumber protein nabati: Dapat diberikan kacang hijau, tahu, tempe direbus dan dicincang atau di haluskan
- 4) Sumber lemak diutamakan lemak tidak jenuh seperti minyak sayur, biji matahari dan batasi santan encer minyak, margarine, mentega
- 5) Sayuran dapat diberikan sayuran muda yang tidak berserat dan tidak mengandung gas seperti: Bayam bit, buncis, labu siam, wortel, dan lain-lain
- 6) Buah-buahan diberikan yang sudah matang, sari buah, pepaya, pisang, jambu biji tanpa isi
- 7) Minuman dapat diberikan teh encer, sirup, susu rendah lemak
- 8) Bumbu dalam jumlah terbatas garam, kecap, kunyit, laos, salam, kunci, terasi, kayu manis, pala, cengkeh

Bahan makanan yang dihindari :

- 1) Sumber karbohidrat yang dapat memberikan rasa kembung seperti ketan, jagung, singkong, ubi, talas, cantel
- 2) Sumber protein hewani yang tinggi berlemak (daging babi, daging kambing), dan ikan yang diawetkan (daging asap, dendeng, ikan asin, pindang, sosis, dan lain-lain).
- 3) Sumber protein nabati yaitu kacang tanah, kacang tolo, kacang merah, kacang kedelai
- 4) Sumber lemak yang mengandung minyak jenuh seperti minyak sawit/kelapa, santan kental, kelapa makanan yang digoreng

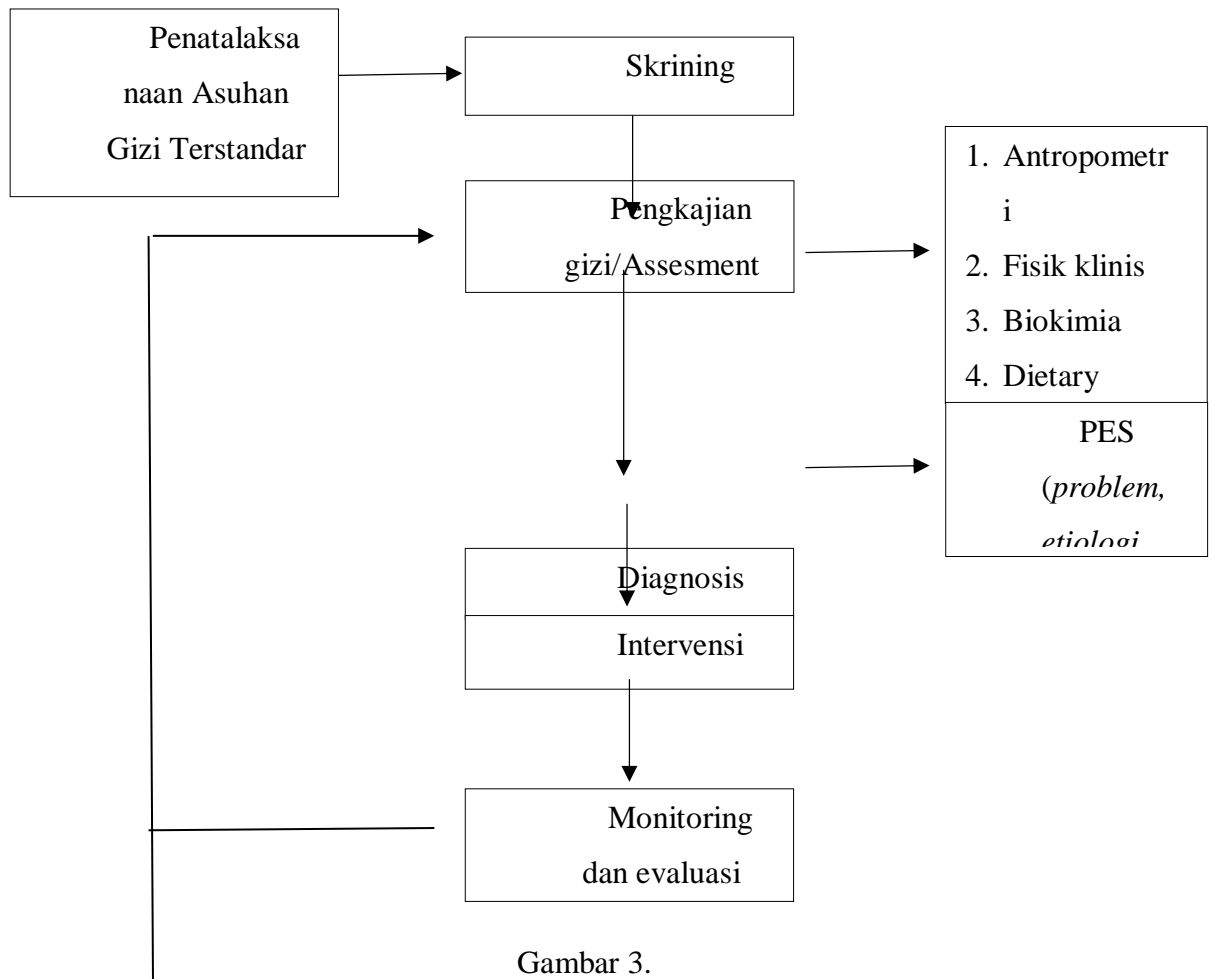
- 5) Sayuran: Sayuran mentah, nangka muda, kol, kembang kol, sawi hijau, sawi putih, daun singkong caisim, daun kacang panjang, daun lobak
  - 6) Buah-buahan: Buah yang masih mentah, mengandung serat tinggi dan gas (nangka, kedondong durian, nanas, kemang)
  - 7) Bahan makanan yang diawetkan dan mengandung garam tinggi
  - 8) Menjaga keamanan makanan dengan memasak makanan dan minuman sampai matang, cuci tangan dan menjaga kebersihan lingkungan
- h) Tim kolaborasi: Ahli gizi melakukan koordinasi dengan profesi lain dalam memberikan terapi diet pada pasien, yaitu dengan dokter penanggung jawab pasien, perawat, farmasi dalam penyediaan suplemen, nutrisi parenteral
- i) Implementasi gizi: Pemberian diet kepada pasien secara bertahap. penetapan jadwal makan, frekuensi pemberian makanan
4. Rencana monitoring dan evaluasi
- a) Asupan makan dimonitor setiap hari
  - b) Perkembangan berat badan 7 hari sekali
  - c) Perkembangan hasil pemeriksaan laboratorium
  - d) Perkembangan fisik dan klinis
  - e) Pengetahuan dan perilaku pasien dalam menjalankan diet di rumah sakit

#### D. Kerangka Teori



Gambar 2.  
Kerangka Teori  
Sumber : Kemenkes, (2017)

### E. Kerangka Konsep



Gambar 3.  
Kerangka Konsep





No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Normal (120/80 mmHg)</li> <li>2. Tinggi (&gt;120/80 mmHg) (Taringan Rospita Almina dkk, 2018)</li> </ol> </li> <li>• Asupan               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Normal (90-110%)</li> <li>2. Kurang (&lt;90-110%)</li> <li>3. Lebih (&gt;90-110%)</li> </ol> </li> <li>• Pengetahuan               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baik jika nilainya <math>\geq 75\%</math></li> <li>2. Cukup jika nilainya 56-74%</li> <li>3. Kurang jika nilainya <math>\leq 55\%</math> (Budiman dan Riyanto, 2013)</li> </ol> </li> </ul>	<p>Rasio</p> <p>Rasio</p> <p>Ordinal</p>
	b. Diagnosis Gizi	Kegiatan mengidentifikasi dengan pola makan dan hubungan antar data yang terkumpul dan kemungkinan penyebabnya. Kemudian memilih masalah gizi yang spesifik dan menyatakan masalah gizi secara singkat dan jelas. Pemberian diagnosis gizi berdasarkan PES (Problem (P), Etiologi (E), dan Sign Symptom (S))	Menganalisa masalah gizi dari hasil pengkajian	Formulir PAGT, terminologi dan NCP	Diagnosis gizi berdasarkan PES (Problem (P), Etiologi (E), dan Sign Symptom (S))	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	c. Intervensi Gizi	Tindakan terencana yang dirancang untuk mengubah kearah positif dari perilaku, kondisi lingkungan terkait gizi atau aspek-aspek Kesehatan individu (termasuk keluarga), meliputi pemberian makan atau zat gizi, edukasi, konseling dan koordinasi asuhan gizi	Menentukan pemberian diet, memberi edukasi, dan konseling gizi koordinasi dengan profesi lain	Formulir PAGT, terminology, TKPI, leaflet dan daftar bahan makanan penukar	Perskripsi diet, jenis diet, syarat diet, serta bentuk makanan yang akan diberikan, frekuensi dan memberikan edukasi kepada pasien.	Nominal
	d. Monitoring dan Evaluasi	Mengetahui respon pasien terhadap intervensi gizi dan tingkat keberhasilan	<p>a. Membandingkan parameter sebelum dan sesudah pemberian diet</p> <p>b. Membandingkan tanda/sign sebelum dan sesudah dalam pemberian diet</p>	<p>a. Timbangan dan microtois</p> <p>b. Formulir NCP</p> <p>c. Formulir racall</p> <p>d. Formulir skrining (MST)</p>	<p>1. Jika dalam pemberian diet pasien mengalami perubahan maka diet dilanjutkan,</p> <p>2. jika tidak ada perubahan maka diet direvisi dan dilakukan perencanaan kembali</p>	Ordinal