

**GAMBARAN STATUS GIZI PASIEN RAWAT INAP DI
RUANG PENYAKIT DALAM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ABEPURA**



KARYA TULIS ILMIAH

*Karya Tulis Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Akhir Diploma III Gizi*

Dewi Karunia Sari
NIM. 202 200 356

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
JURUSAN GIZI
JAYAPURA
2005**

LEMBARAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH DENGAN JUDUL

**GAMBARAN STATUS GIZI PASIEN RAWAT INAP DI RUANG
PENYAKIT DALAM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA**

Telah disetujui untuk diajukan

Dosen Pembimbing I



Ratih Nurani Sumardi, S.ST
Nip. 140 354 894

Dosen Pembimbing II



Sri Handayani, AMG
Nip. 140 318 842

**GAMBARAN STATUS GIZI PASIEN RAWAT INAP
DI RUANG PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA**

Oleh

**DEWI KARUNIA SARI
NIM 202 200 365**

Telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji
pada tanggal 03 Oktober 2005

Susunan Tim Penguji :

- | | | |
|--------------------------------|-------|-------------|
| 1. Ratih Nurani Sumardi, SST | | (Ketua) |
| 2. Sri Handayani, AMG | | (Anggota) |
| 3. G. Enny Susanti, SKM, M.Kes | | (Anggota) |
| 4. Roslien Manusiwa, SKM | | (Anggota) |

Telah Diterima

Pada Tanggal 18..... Oktober 2005

Ketua Jurusan Gizi



.....
Ir. Marlin P. Gultom, M.Kes
NIP. 140 201 581

PERNYATAAN KEASLIAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat karya-karya yang pernah digunakan untuk memperoleh keserjanaan di suatu perguruan dan sepanjang pengetahuan dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang tertulis dalam masalah disebutkan dalam pustaka.

Jayapura, Oktober 2005

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

N a m a : Dewi Karunia Sari
Tempat Tanggal Lahir : Abepura, 16 Mei 1981
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Pemda III Melati No. H-4 Kotaraja - Jayapura

Pendidikan

1. SD NEGERI 1 di Jayapura, tahun 1994
2. SLTP SANTU PAULUS di Jayapura, tahun 1997
3. SLTA SANTU FRANSISKUS di Jayapura, tahun 2000
4. Jurusan Gizi – Poltekes Jayapura di Jayapura , tahun 2002- sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena segala berkat dan anugerah-Nya, Penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk melengkapi tugas akademik dalam mengakhiri study pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan karena adanya kerja sama yang terbaik dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini Penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Ketua jurusan Gizi beserta staf.
3. Ratih Nurani Sumardi, S.ST ; Selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Sri Handayani, AMG ; Selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak/ Ibu dosen yang telah membekali penulis dalam pengetahuan selama mengikuti perkuliahan di Politeknik Jayapura.
6. Ayah dan Almarhumah Ibunda tercinta yang telah banyak memberikan dorongan dan doa restunya, sehingga penulis dapat menyelesaikan studi di Politeknik Kesehatan Jayapura.

7. Kakak-kakak tercinta yang telah memberikan dorongan dan doa kepada Penulis sampai terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Almarhum suami, serta anakku tercinta yang telah memberikan semangat dan inspirasi Penulis untuk menyelesaikan studi ini.
9. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2002 jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Jayapura atas keakraban dan kebersamaan serta dorongan kearah penyelesaian studi ini.
10. Sahabat-sahabatku Azis, Melia, Merinta, Irna dan Sheila atas terjalinnya keakraban, kekompakan dan rasa kebersamaan serta dorongan kearah penyelesaian studi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat jauh dari sempurna, oleh sebab itu demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini Penulis sangat mengharapkan saran dan kritikan dari pembaca yang bersifat membangun.

Akhirnya Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca.

Jayapura,.....September 2005

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI	iii
PERNYATAAN KEASLIAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
INTISARI	xi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Status Gizi	6
B. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi	12
C. Kebutuhan Zat Gizi	14
D. Pengaruh Infeksi Terhadap Status Nutrisi	18
E. Pengaruh Gastrointestinal Terhadap Nutrisi	20
F. Kerangka Konsep	21
G. Variabel Penelitian	22
H. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	23

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	25
B. Waktu dan Tempat	25
C. Populasi dan Sampel	25

D. Data yang Dikumpulkan	26
E. Cara Pengumpulan Data	26
F. Cara Pengolahan Data	26

BAB IV HASIL DAN PEMBEHASAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit	27
B. Hasil	29
C. Pembahasan	36

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan	41
B. Saran	42

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

2.1	Kategori ambang batas IMT untuk Indonesia	10
5.1	Jumlah tempat tidur yang Tersedia Untuk Masing-masing Kelas Perawatan.....	29
5.2	Distribusi Frekuensi Pasien Rawat Inap Menurut Jenis Kelamin di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura	30
5.3	Distribusi Frekuensi Pasien Rawat Inap Menurut Status Gizi di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura	30
5.4	Distribusi Frekuensi Pasien Rawat Inap Menurut Jenis Kelamin di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura	31
5.5	Distribusi Frekuensi Pasien Menurut Jenis Penyakit di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura	32
5.6	Distribusi Frekuensi Pasien Menurut Ada dan Tidaknya Gangguan Gastrointestinal di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura	32
5.7	Distribusi Frekuensi Pasien Rawat Inap Menurut intake Zat Gizi di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura	33
5.8	Distribusi Frekuensi Pasien Rawat Inap Menurut Lama Perawatan di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura	33
5.9	Distribusi Status Gizi Menurut Jenis Kelamin	34
5.10	Distribusi Status Gizi Menurut Jenis Penyakit di Ruang Penyakit	34
5.11	Distribusi Status Gizi Menurut Ada dan Tidaknya Gangguan Gastrointestinal	35
5.12	Distribusi Status Gizi Menurut Intake Zat Gizi	35
5.13	Distribusi Status Gizi Menurut Lama Rawat Inap	36

Dewi Karunia Sari

**"GAMBARAN STATUS GIZI PASIEN RAWAT INAP DI RUANG
PENYAKIT DALAM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA"**

Xii, 43 hal, 13 tabel dan 7 lampiran

ABSTRAK

Angka malnutrisi di rumah sakit masih tinggi. Malnutrisi dapat timbul dikarenakan penyakitnya atau masukan zat gizi yang tidak cukup, namun tidak jarang pula malnutrisi ini dapat timbul selama di rawat inap. Penelitian yang dilakukan oleh Mc Whriter dan Pennington menunjukkan bahwa 40 % dari pasien mengalami undernourish (kurang makan) pada saat masuk rumah sakit dan dua pertiga dari pasien itu mengalami penurunan berat badan selama di rawat di rumah sakit. Pasien yang rentan terhadap kejadian kurang gizi diantaranya adalah pasien yang berada di dalam ruang perawatan penyakit dalam, anak, bedah, dan luka bakar.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran status gizi pasien rawat inap di ruang penyakit dalam RSUD Abepura. Penelitian ini dilakukan selama 2 minggu mulai tanggal 10 September 2005 sampai dengan tanggal 24 September 2005 pada ruangan penyakit dalam pria maupun wanita.

Populasi dari penelitian ini adalah semua pasien baru baik laki-laki maupun perempuan, umur 18 tahun keatas, tidak sedang hamil, pasien sadar dan pasien yang dapat ditimbang. Data yang dikumpulkan meliputi data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data antropometri yang meliputi berat badan, tinggi badan dan intake zat gizi. Data sekunder meliputi identitas pasien, diagnosis penyakit, keadaan fisik dan klinis diperoleh dari catatan medik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien di ruang penyakit dalam RSUD Abepura dari 31 responden ternyata pasien yang mengalami gizi kurang sebanyak 12 (38,7%) yaitu pada perempuan, yang mengalami gangguan gastrointestinal sebesar 23 (74,2%) dan yang mengalami status gizi kurang sebanyak 10 (32,3%) responden, yang intake zat gizinya cukup yaitu sebesar 20 (64,5%) dengan status gizi baik yaitu sebesar 15 (48,4%) responden, yang lebih banyak pasien yang intake zat gizinya cukup yaitu sebesar 20 (64,5%) dengan status gizi baik yaitu sebesar 15 (48,4%) responden, yang waktu perawatannya pendek lebih banyak yaitu sebesar 25 (80,6%) dengan status gizi baik yaitu sebesar 14 (45,2%) responden.

Pada dasarnya semua jenis penyakit baik infeksi maupun noninfeksi mempunyai faktor resiko untuk menjadi gangguan gizi. Hal ini tergantung sifat perjalanan penyakit tersebut yaitu kronis atau akut. Gangguan gastrointestinal juga merupakan penyebab penurunan status gizi, dengan adanya gangguan gastrointestinal pasien tidak memperoleh intake zat gizi yang sesuai dengan kebutuhannya karena pasien mengalami mual, muntah, diare, nyeri ulihati, sebah dan sebagainya yang menyebabkan pasien tidak enak untuk makan. Dengan kurangnya intake zat gizi pada tubuh maka akan mempermudah masuknya penyakit dan hal ini akan menyebabkan waktu perawatan yang lebih panjang.

Berdasarkan kesimpulan diatas, penulis menyarankan perlu meningkatkan mutu pelayanan tim asuhan nutrisi yang ada di rumah sakit, khususnya ahli gizi, agar memberikan pelayanan individu dalam menentukan kebutuhan gizi pasien yang memerlukan dukungan nutrisi; mengamati dan mencatat perubahan tatalaksana nutrisi serta intake zat gizi pasien.

Daftar bacaan 16 (1989-2005)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Suksesnya pembangunan kesehatan dan gizi yang dilaksanakan oleh pemerintah Indonesia telah dapat menurunkan masalah gizi yang di hadapi. Namun yang tak dapat di hindari yaitu masih tingginya angka malnutrisi di rumah sakit. Peningkatan kualitas sumber daya manusia juga menjadi prioritas pembangunan. (Anonymous, 2003). Salah satu upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia adalah melalui pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, penyehatan lingkungan pemukiman. Perbaikan gizi dan penyediaan air bersih, penyuluhan kesehatan, serta pelayanan kesehatan ibu dan anak. Perbaikan gizi adalah salah satu upaya perbaikan kesehatan ikut mempengaruhi peningkatan kualitas sumber daya manusia. Dengan demikian status gizi juga ikut mempengaruhi sumber daya manusia itu sendiri. (Sarwono dkk, 2003)

Saat ini di Indonesia menghadapi 2 masalah gizi sekaligus atau lebih di kenal dengan masalah gizi ganda, yaitu di satu pihak masalah gizi kurang masih menjadi masalah gizi utama di beberapa daerah dan di lain pihak timbul masalah gizi lebih sebagai dampak dari peningkatan kemakmuran yang ternyata diikuti oleh perubahan gaya hidup. Masalah gizi kurang dapat meningkatkan resiko terhadap timbulnya

penyakit infeksi, sedangkan masalah gizi lebih meningkatkan resiko terhadap timbulnya penyakit degeneratif. (Sarwono dkk, 2003)

Angka malnutrisi yang tinggi dan merata hampir di semua rumah sakit untuk semua jenis penyakit. Malnutrisi dapat timbul sejak sebelum di rawat di rumah sakit yang disebabkan karena penyakitnya atau masukan zat gizi yang tidak cukup, namun tidak jarang pula malnutrisi ini timbul selama di rawat inap. Penelitian yang dilakukan oleh Mc Whriter dan Pennington menunjukkan bahwa 40% dari pasien mengalami undernourish (kurang makan) pada saat masuk rumah sakit dan dua pertiga dari pasien itu mengalami penurunan berat badan selama di rawat di rumah sakit. Faktor penyebab berkurangnya cadangan zat gizi di dalam tubuh biasanya karena penyakit dan defisiensi zat gizi serta tidak cukupnya asupan makanan, hal ini akan berdampak pada komplikasi. (Anonymous, 2004)

Masalah kurang gizi di RS banyak faktor yang mempengaruhi. Koordinasi yang kurang antar tim kesehatan, seperti monitoring dan pencatatan berat badan dan tinggi badan yang tidak dilaksanakan, penyimpangan tanggung jawab petugas gizi dalam tatalaksana gizi, penggunaan parenteral nutrisi yang terlalu lama, kegagalan petugas dalam mengamati asupan makanan, sering memuaskkan untuk tujuan tes diagnostik, merupakan penyebab menurunnya keadaan gizi juga yang mempengaruhi yaitu sarana dan ketrampilan yang kurang memadai sehingga dalam pemberian makanan masih kurang serta

belum ada pedoman penatalaksanaan asuhan gizi. Pasien yang rentan terhadap kejadian kurang gizi diantaranya adalah pasien yang berada di dalam ruang perawatan penyakit dalam, anak, bedah, dan luka bakar. (Dian dalam Anonymous, 2000)

Sampai saat ini belum ada tentang gambaran status gizi pasien rawat inap di rumah sakit-rumah sakit di Jayapura. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang status gizi pada pasien rawat inap di salah satu rumah sakit yang berada di Jayapura yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Abepura, dengan melihat faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi di rumah sakit. Alasan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Abepura sebagai tempat penelitian karena RSUD Abepura merupakan rumah sakit rujukan pemerintah.

B. Perumusan Masalah

Angka malnutrisi di rumah sakit masih tinggi. malnutrisi dapat timbul dikarenakan penyakitnya atau masukan zat gizi yang tidak cukup, namun tidak jarang pula malnutrisi ini dapat timbul selama di rawat inap. Penelitian yang dilakukan oleh Mc Whriter dan Pennington menunjukkan bahwa 40 % dari pasien mengalami undernourish (kurang makan) pada saat masuk rumah sakit dan dua pertiga dari pasien itu mengalami penurunan berat badan selama di rawat di rumah sakit. Pasien yang rentan terhadap kejadian kurang gizi diantaranya

adalah pasien yang berada di dalam ruang perawatan penyakit dalam, anak, bedah, dan luka bakar.

Bertolak dari latar belakang dan permasalahan tersebut diatas, maka peneliti ingin melihat bagaimana gambaran status gizi pasien rawat inap di ruang penyakit dalam RSUD Abepura.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran status gizi pasien rawat inap di ruang penyakit dalam RSUD Abepura.

2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui status gizi pasien rawat inap berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT).
2. Mengetahui intake zat gizi pada pasien rawat inap.
3. Mengetahui jenis penyakit pada pasien rawat inap.
4. Mengetahui lama perawata pada pasien rawat inap.
5. Mengetahui ada tidaknya gangguan gastrointestinal pada pasien rawat inap.

D. Manfaat Penelitian

1. Sebagai masukan bagi Rumah Sakit Umum Daerah Abepura khususnya instalasi gizi dalam upaya perbaikan status gizi pada pasien rawat inap.

2. Sebagai salah satu sub bahan bacaan bagi penelitian berikut, khususnya yang ingin meneliti tentang masalah malnutrisi di Rumah Sakit.
3. Bagi peneliti sendiri merupakan pengalaman berharga untuk mengaplikasikan ilmu yang di peroleh selama pendidikan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Status Gizi

Status gizi adalah keadaan yang dapat memberikan petunjuk, apakah seseorang itu menderita gizi kurang atau tidak. Status gizi merupakan suatu kondisi kesehatan yang disatu pihak ditentukan oleh zat gizi makanan dalam tubuh dan intake makanan yang dikonsumsi. Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang, status gizi baik terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik secara prima. Bila suatu hidangan makanan seseorang salah dalam kualitas, kurang baik dalam distribusi pangan, kemiskinan, ketidaktahuan, dan kebiasaan makan yang salah akan jelas mempengaruhi status gizinya. (Khumaidi, 1994)

Status gizi merupakan keadaan kesehatan tubuh yang disebabkan oleh keadaan konsumsi, penyerapan dan penggunaan zat gizi dalam tubuh, bila keadaan konsumsi baik menggambarkan pemasukan energi sehari-hari. Dan sebaliknya tingkat penyerapan terganggu, tingakat konsumsi yang rendah sangat berpengaruh pada penurunan status gizi serta gangguan terhadap kesehatan. (Moedji, 1992)

Untuk mengetahui status gizi seseorang perlu digunakan indicator pengukuran antara lain : Data antropometri yaitu dengan mengukur berat badan, tinggi badan dan lingkar lengan atas. Indikator yang

dipakai di Indonesia dewasa ini adalah tinggi badan dan berat badan.
(Roedjito, 1997)

1. Klasifikasi Status Gizi

Status gizi dikalsifikasikan dalam empat bagian yaitu : gizi lebih, gizi baik, gizi kurang dan gizi buruk. (Deswarni dkk, 1990)

Gizi lebih terjadi karena konsumsi zat-zat gizi terutama sumber zat tenaga melebihi kebutuhan tubuh yang sebenarnya. Kelebihan ini disimpan dalam bentuk lemak dibawah kulit. Penimbunan ini akan menyebabkan berbagai masalah, terutama penyempitan pembuluh darah tekanan darah tinggi, dan adanya kegemukan. (Deswarni dkk, 1990)

Gizi normal adalah suatu keadaan kesehatan tubuh oleh karena adanya keseimbangan terhadap kebutuhan zat-zat gizi untuk berlangsungnya kehidupan, pertumbuhan, dan pemeriksaan fungsi normal tubuh serta untuk menghasilkan tenaga yang berasal dari makanan yang dikonsumsi setiap hari. (Suharjo dkk, 1995)

Status gizi kurang merupakan suatu keadaan yang tidak sehat akibat kekurangan konsumsi energi, dan zat-zat gizi untuk memenuhi kebutuhan tubuh dalam waktu tertentu. Status gizi kurang ditandai dengan menurunnya berat badan. (Karjati, 1985)

Status gizi buruk adalah suatu keadaan pertumbuhan tubuh yang tidak normal, disebabkan oleh konsumsi makanan tidak cukup mengandung zat-zat gizi dalam waktu lama. Keadaan ini akan

menyebabkan pertumbuhan metabolisme dalam tubuh terutama ketidakmampuan berfungsinya otot secara normal, lebih lanjut akan menyebabkan pertumbuhan badan terganggu, badan lebih kecil, diikuti ukuran otaknya lebih kecil. (Sediaoetama, 1996)

2. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi merupakan perbandingan keadaan gizi menurut pengukuran terhadap standar yang sesuai dari individu atau kelompok masyarakat pada waktu tertentu, dan untuk menunjukkan derajat kurang gizi yang dijumpai dalam masyarakat umum.

Dalam menentukan status gizi seseorang perlu dilakukan pengukuran-pengukuran untuk menilai tingkat kecukupan gizi. Pengukuran yang dilakukan biasanya merujuk pada indikator yang berguna sebagai indeks untuk menunjukkan tingkat status gizi dan kesehatan yang berbeda. (Kunanto dkk, 1990)

Beberapa cara yang dilakukan untuk menilai status gizi adalah :

a. Penilaian Klinis

Dilakukan dengan mempelajari dan mengevaluasi tanda-tanda fisik yang timbul sebagai akibat gangguan kesehatan dan penyakit. Disamping itu digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit. (Suparisa dkk, 2002)

b. Penilaian Konsumsi Pangan

Digunakan untuk menentukan jumlah, jenis dan sumber zat gizi yang dikonsumsi. Metode yang umum digunakan adalah Recall Konsumsi makanan 24 jam. (Supariasa dkk, 2002)

c. Penilaian Status Gizi secara Antropometri

Penilaian ini merupakan pengukuran dari berbagai fisik dan komposisi tubuh dari beberapa tingkat unsur dan tingkat gizi. Pengukuran ini lebih dianjurkan, karena lebih praktis, cukup teliti, mudah dilakukan siapapun, tentunya dengan bekal latihan yang sederhana.

Indikator yang digunakan untuk menilai keadaan gizi adalah :
(Kunanto, 1999)

1. Indeks Berat Badan terhadap Umur (BB/U)
2. Indeks Tinggi Badan terhadap Umur (TB/U)
3. Indeks Berat Badan terhadap Tinggi Badan (BB/TB)
4. Lingkar Lengan Atas (LLA)

d. Indeks Massa Tubuh (IMT)

Supariasa dkk, 2002 mengemukakan penggunaan IMT hanya berlaku untuk orang dewasa berumur diatas 18 tahun keatas. IMT tidak dapat diterapkan pada bayi, anak remaja, ibu hamil dan olahragawan.

Rumus perhitungan IMT adalah sebagai berikut :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

Tabel 2.1 Kategori ambang batas IMT untuk Indonesia

	Kategori	IMT
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	< 17,0
	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17,0 – 18,5
Normal		> 18,5 – 25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	> 25,0 – 27,0
	Kelebihan berat badan tingkat berat	> 27,0

(Sumber : Depkes, 1994. *Pedoman Praktis Pemantauan Status Gizi Orang Dewasa*)

3. Faktor yang perlu dipertimbangkan dalam memilih metode Penilaian Status Gizi.

Supriasa dkk, 2002 menyebutkan beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan dalam memilih dan menggunakan metode adalah sebagai berikut:

a. Tujuan

Tujuan pengukuran sangat perlu diperhatikan dalam memilih metode, seperti tujuan ingin melihat fisik seseorang, maka metode yang digunakan adalah antropometri.

b. Unit Sampel Yang Akan Diukur

Berbagai jenis unit sampel yang akan diukur sangat mempengaruhi penggunaan metode penilaian status gizi. Jenis unit sampel yang akan diukur meliputi individual, rumah tangga/keluarga dan kelompok rawan gizi. Apabila unit sampel yang akan diukur adalah kelompok atau masyarakat yang rawan gizi secara keseluruhan maka sebaiknya menggunakan metode antropometri, karena metode antropometri, karena metode ini murah dan dari segi ilmiah bisa dipertanggungjawabkan.

c. Jenis Informasi Yang Dibutuhkan

Jenis informasi yang dibutuhkan antara lain adalah: asupan makanan, berat, dan tinggi badan, tingkat hemoglobin dan situasi sosial ekonomi. Apabila menginginkan informasi tentang asupan makanan, maka metode yang digunakan adalah survei konsumsi. Dilain pihak apabila ingin mengetahui tingkat haemoglobin maka metode yang digunakan adalah biokimia.

d. Tingkat Reliabilitas dan Akurasi yang Dibutuhkan

Masing-masing metode penilaian status gizi mempunyai tingkat reliabilitas dan akurasi yang berbeda-beda. Contoh penggunaan metode klinis dalam menilai tingkatan pembesaran kelenjar gondok adalah sangat subjektif sekali. Penilaian ini membutuhkan tenaga medis dan paramedis yang sangat terlatih dan mempunyai pengalaman yang cukup dalam bidang ini. Berbeda dengan

penilaian secara biokimia yang mempunyai reliabilitas dan akurasi yang sangat tinggi. Oleh karena itu apabila ada biaya, tenaga, dan sarana-sarana lain yang mendukung, maka penilaian status gizi dengan biokimia sangat diperlukan.

B. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Intake zat gizi yang rendah terutama energi, mempengaruhi terjadinya malnutrisi pada pasien yang dirawat inap di rumah sakit. Pasien dengan asupan gizi yang adekuat mempunyai status gizi lebih baik pada saat keluar rumah sakit dibandingkan pasien yang asupannya tidak adekuat. Dari hasil penelitian Kusumayanti dkk, 2003 bahwa terdapat hubungan antara intake zat gizi yang kurang dengan penurunan status gizi berdasarkan pengukuran Lingkar Lengan Atas (LLA) sehingga disimpulkan bahwa asupan gizi di rumah sakit mempunyai hubungan yang erat dengan status gizi. Pasien dengan asupan energi yang tidak cukup mempunyai resiko 2,4 kali untuk terjadi malnutrisi. Hal ini sesuai dengan penelitian Sullivan *et al.* Yang menyatakan bahwa pasien dengan asupan makanan yang rendah mempunyai kemungkinan 8 kali lebih besar untuk terjadi malnutrisi di rumah sakit.

Malnutrisi dapat terjadi berdasarkan penyebabnya yang primer, yaitu karena intake zat gizi yang tidak cukup. Keadaan pasien yang dirawat merupakan faktor penting dalam keseluruhan penatalaksanaan

pengobatan di rumah sakit. Dukungan gizi yang tidak adekuat mengakibatkan keadaan kurang gizi yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas.

Selanjutnya asupan protein yang kurang pada penelitian ini bukan merupakan faktor resiko terjadinya malnutrisi hal ini sesuai penelitian Dian *et all* bahwa asupan pasien tidak berpengaruh terhadap status gizi. Menurut Braunschweig *et all* mengatakan bahwa malnutrisi dapat timbul sejak sebelum dirawat dan tidak jarang dapat pula timbul selama dalam perawatan di rumah sakit. Sejalan dengan hal tersebut dalam penelitian ini juga diperoleh bahwa semakin lama pasien dirawat dirumah sakit, maka semakin besar resiko untuk menderita malnutrisi. Penelitian Massner *et all* dan Braunshweig *et al* menyimpulkan bahwa penurunan status gizi pasien berhubungan dengan lama hari perawatan yang lebih panjang (Kusumayanti, 2003).

Penyebab sekunder malnutrisi adalah penyakit yang mendasari (*underlying disease*) yang kemudian dapat mempengaruhi asupan makanan, meningkatkan kebutuhan, perubahan metabolisme dan malabsorpsi. Pada dasarnya semua jenis penyakit baik infeksi maupun noninfeksi mempunyai faktor resiko untuk menjadi gangguan gizi. Hal ini tergantung sifat perjalanan penyakit tersebut yaitu kronis atau akut (Kusumayanti dkk, 2003 dalam Animous)

C. Kebutuhan Zat Gizi

Zat gizi yaitu zat-zat yang diperoleh dari bahan yang dikonsumsi jadi, mempunyai nilai yang sangat penting (tergantung dari macam-macam bahan makanannya) untuk :

- a. Memelihara proses tubuh dalam pertumbuhan, terutama bagi mereka yang masih dalam pertumbuhan.
- b. Memperoleh energi guna melakukan kegiatan fisik sehari-hari.

(Santoso dan Ranti, 1999)

Status gizi atau tingkat konsumsi pangan merupakan bagian dari status kesehatan seseorang. Tidak hanya konsumsi zat gizi yang mempengaruhi kesehatan seseorang, tetapi status kesehatan juga mempengaruhi status gizi. (Suhardjo, 2003)

Menurut Sedioetama (1987) zat gizi adalah satuan-satuan yang menyusun bahan makanan atau bahan-bahan dasar. Sedangkan bahan makanan adalah sesuatu yang dibeli, dimasak dan disajikan terdiri dari satu hidangan, tetapi dapat lebih dari satu yang bila dihidangkan bersama haruslah merupakan kombinasi yang saling melengkapi kebutuhan manusia. Untuk menghitung kebutuhan energi perorang dengan menggunakan rumus Du Bois (Lampiran) dan untuk mencari kebutuhan protein disesuaikan dengan jenis penyakit yang diderita pasien di rumah sakit.

Konsumsi akan bahan makanan yang mengandung zat gizi yang meliputi energi dan protein merupakan unsur inti dalam tubuh manusia.

Protein dan energi ini meliputi :

1. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi utama bagi manusia sehingga jenis nutrient ini dinamakan pula zat tenaga. (Mary, 2000) sedangkan berdasarkan Almatier, karbohidrat memegang peranan penting dalam alam karena merupakan sumber energi utama bagi manusia dan hewan yang harganya relatif murah.

Fungsi Hidrat arang dioksidasi dalam tubuh yaitu agar menghasilkan panas dan energi bagi segala bentuk aktifitas tubuh. karbohidrat dioksida dan air terbentuk sebagai produk akhir dan pada prinsipnya kedua bahan tersebut diekskresikan melalui paru-paru serta ginjal. Satu gram hidrat arang memberikan 16 kj (4 kal) pada proses oksidasi di dalam tubuh. (Mary, 2000)

Bila tidak ada karbohidrat, asam amino dan gliserol yang berasal dari lemak dapat diubah menjadi glikosa untuk keperluan energi otak dan sistem saraf pusat. Oleh sebab itu, tidak ada ketentuan tentang kebutuhan karbohidrat sehari untuk manusia. Kebutuhan karbohidrat normal adalah 60-75% dari kebutuhan energi total, atau sisa energi setelah dikurangi energi yang bersal dari protein dan lemak. Selain jumlah, kebutuhan karbohidrat dalam keadaan sakit sering dinyatakan dalam bentuk karbohidrat yang dianjurkan.

Misalnya penyakit diabetes militus, dislipidemia, dan konstipasi membutuhkan serat tinggi (30-50 g/ hari), sedangkan diare membutuhkan serat rendah (< 10 g/ hari). Tidak dianjurkan penggunaan gula sederhana untuk penderita diabetes militus dan dislipidemia dengan trigliserida darah tinggi. (Almatsier, 2004)

2. Protein

Trisno Haryanto, 2005 mengemukakan protein merupakan sumber asam amino esensial, diperlukan sebagai zat pembangun yang digunakan untuk pertumbuhan dan pembentukan protein dalam serum. Enzim, hormon, dan antibody. Protein juga untuk proses regenerasi sel, memelihara keseimbangan cairan tubuh, dan sebagai cadangan sumber energi.

Apabila diet kita mengandung semua jenis asam amino esensial dalam jumlah yang memadai, protein dapat disintesis sendiri dalam tubuh akan tetapi, kalau salah satu protein ini terdapat dalam jumlah yang memadai, sintesis tersebut tidak akan terjadi.

Sebagian protein disarankan berasal dari makanan hewani (susu, telur, keju, ikan dan daging) yang terbaik sebagai sumber asam amino esensial. (Mary, 2000). Kebutuhan protein normal adalah 10-15% dari kebutuhan energi total, atau 0,8-1,0 g/ kg BB. Kebutuhan energi minimal untuk mempertahankan keseimbangan nitrogen adalah 0,4-0,5 g/ kg BB. Demam, sepsis, operasi, trauma, dan luka dapat meningkatka katabolisme protein sehingga dapat

meningkatkan kebutuhan protein sampai 1,5-2,0 g/ kg BB. Sebagian besar pasien yang dirawat membutuhkan 1,0-1,5 g protein/ kg BB.

3. Lemak

Lemak dan minyak merupakan sumber energi paling padat, yang menghasilkan 9 kkal untuk tiap gram, yaitu 2 ½ kali besar energi yang dihasilkan oleh karbohidrat dan protein dalam jumlah yang sama. Lemak tubuh pada umumnya disimpan sebagai berikut: 50% jaringan bawah kulit (subkutan), 40% disekeliling organ dalam rongga perut, dan 5% jaringan intramuskuler.

Kebutuhan lemak normal adalah 10-25% dari kebutuhan energi total. Kebutuhan lemak dalam keadaan sakit bergantung dari jenis penyakit, yaitu lemak sedang atau lemak rendah. Disamping itu, pada penyakit tertentu, misalnya dislipidemia, membutuhkan modifikasi jenis lemak. Lemak sedang dapat dinyatakan sebagai 15-20% dari kebutuhan energi total, sedangkan lemak rendah $\leq$ 10% dari energi total. Modifikasi jenis lemak dapat dinyatakan sebagai : lemak jenuh $< 10\%$ dari kebutuhan energi total, lemak tidak jenuh ganda 10% dari kebutuhan energi total, dan lemak tidak jenuh tunggal 10-15% dari kebutuhan energi total.

4. Vitamin dan Mineral

Kebutuhan mineral dan vitamin dapat diambil dari angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan. Disamping itu,

dipertimbangkan sifat penyakit, simpanan dalam tubuh, kehilangan melalui urin, kulit atau saluran cerna, dan interaksi dengan obat-obatan. Untuk menjamin kebutuhan, dan keadaan tertentu, vitamin dan mineral perlu ditambahkan dalam bentuk suplemen.

D. Pengaruh Infeksi Terhadap Status Nutrisi

Masuknya parasit dalam tubuh manusia akan menimbulkan gejala penyakit infeksi atau bisa pula tanpa gejala, akan diikuti oleh perubahan biokimiawi nutrisi berupa kehilangan langsung banyak zat nutrisi dalam tubuh dan oleh adanya distribusi kembali zat nutrisi lainnya. Besarnya perubahan tersebut tergantung pada keparahan dan lamanya infeksi. (Liner 1992 dalam Animous).

Kalau proses infeksi dapat diobati atau dihilangkan secara alamiah oleh sistem immunitas, maka kehilangan zat makanan dalam tubuh dapat diperoleh kembali, dan penyimpanan dalam tubuh dapat disusun kembali. Restorasi ini dapat bejalan beminggu-minggu sampai berbulan-bulan kalau satu dan lain hal proses infeksi tidak dapat dihilangkan dan menjadi akut, kronis atau progresif, maka komposisi nutrisi tubuh akan mengalami kerusakan yang berarti dan keseimbangan baru nutrisi akan terjadi, tetapi dalam keadaan kakeksia akan terjadi kehilangan nitrogen yang banyak dan parah.

Walaupun terjadi peningkatan anabolisme dan katabolisme secara simultan selama infeksi, komponen katabolik jauh lebih jelas dibanding

dari segi klinis. Ditandai dengan kerusakan protein otot rangka mengakibatkan pemborosan protein dan terjadi imbang nitrogen negatif (Sianturi, 1998 dalam Animous). Kehilangan berat badan dan massa otot, dan zat makanan serta energi yang disimpan digunakan melebihi konsumsi. Fase akut dari infeksi/ demam (ebb fase), berlangsung dalam beberapa jam (4-6 jam) ditandai dengan usaha tubuh untuk mengembalikan perfusi jaringan kearah normal.

Tingkat ekselerasi metabolisme tubuh selama infeksi demam rupanya dicapai terutama karena oksidasi karbohidrat/ energi. Peningkatan penggunaan karbohidrat ini disebabkan oleh berbagai metabolik dan respons hormonal kompleks yang bersamaan waktunya dengan onset mulainya demam (Swyer, 1991 dalam Animous). Pada sepsis hiperglikemia sering terjadi dan ini sebagai akibat peninggian substrat dan hormon antagonis insulin dan gangguan penggunaan karbohidrat oleh tubuh (Weinsier, 1989; Sianturi, 1998 dalam Animous).

Walaupun awal penyakit infeksi biasanya diikuti oleh hiperglikemia sedang, ada beberapa sintesis klinis dimana hipoglikemi dapat ditemukan. Glukose digunakan untuk memungkinkan peningkatan tingkat metabolisme yang ada hubungannya dengan demam. Dalam keadaan normal, suplai energi tubuh dari lipid kurang dipercepat untuk memberi energi tambahan sewaktu demam. Namun pemberian glukosa yang berlebihan akan disimpan di dalam hati tidak sebagai

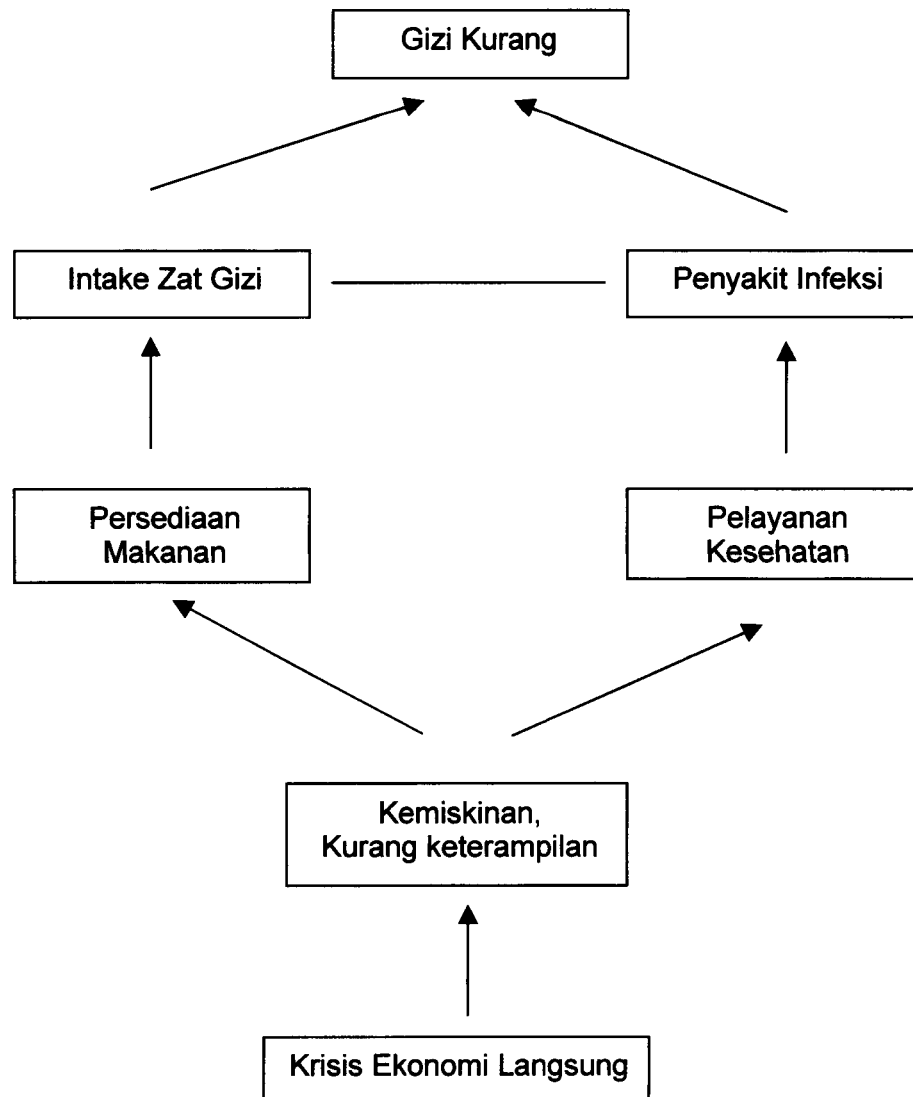
glikogen namun sebagai lemak, sehingga terjadi pelemakan hati (Liner, 1992; Sianturi, 1998 dalam Animous).

E. Pengaruh Gastrointestinal Terhadap Nutrisi

Gangguan gastrointestinal yang disebabkan karena gangguan pada esofagus, penyakit gastritis, penyakit radang usus dan penyakit ulkus peptikum gejalanya hampir sama namun tergantung akut atau kronis. Pada gangguan esofagus resiko terhadap perubahan nutrisi yaitu kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia, luka bakar dan disfagia. Perubahan kenyamanan : nyeri uluhati. Pada gastritis resiko terhadap kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan muntah dan diare. Perubahan kenyamanan yang berhubungan dengan kram abdomen, diare dan muntah sekunder. Pada penyakit radang usus nyeri kronik yang berhubungan dengan proses radang usus, diare, dan konstipasi resiko terhadap kerusakan integritas kulit (perianal) yang berhubungan dengan diare dan iritan kimia. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan yang berhubungan dengan pembatasan diit, mual, diare dan kram abdomen berhubungan dengan makan atau nyeri ulkus membran mukosa oral (Carpenito, 1999).

F. Kerangka Konsep

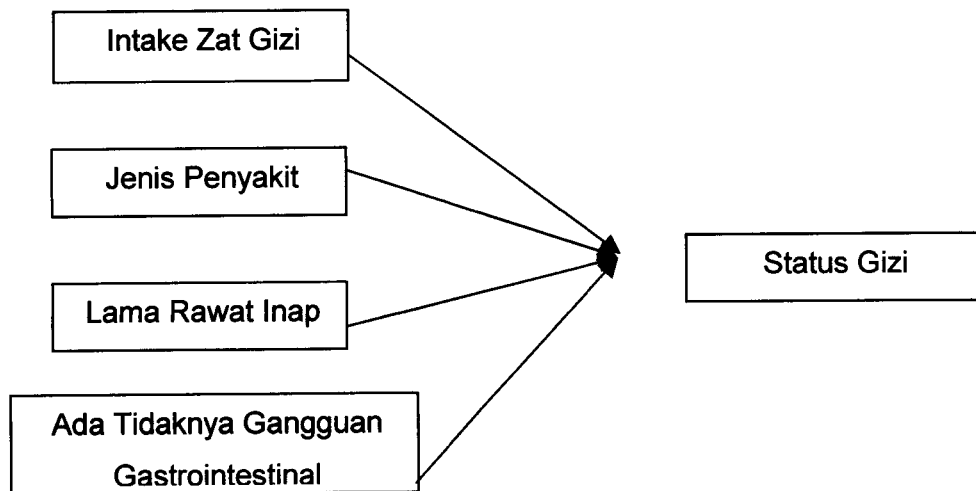
a. Kerangka Teori



Gambar 1. Faktor Penyebab Gizi Kurang (Sumber: Persagi, 1999. *Visi dan Misi Gizi dalam Mencapai Indonesia Sehat Tahun 2010*, Jakarta).

Konsep terjadinya keadaan gizi mempunyai dimensi yang sangat kompleks. Persatuan Ahli Gizi Indonesia (Persagi) pada tahun 1999, telah merumuskan faktor yang menyebabkan gizi kurang yaitu konsumsi makanan dan tingkat kesehatan. Konsumsi makanan dipengaruhi oleh pendapatan, makanan, dan tersedianya bahan makanan.

b. Kerangka Pemikiran



Gambar 2. *Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit*

G. Variabel Penelitian

Variabel bebas terdiri dari :

- a. Intake Zat Gizi
- b. Jenis penyakit

- c. Lama rawat inap
- d. Ada tidaknya gangguan gastrointestinal

Variabel terikat yaitu Status gizi.

H. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Status gizi : adalah penilaian berat badan dan tinggi badan yang diukur dengan menggunakan IMT, status gizi diukur pada saat pasien akan pulang. Dengan kategori sebagai berikut :

Status Gizi

- a. Baik : $\geq 18,5$
 - b. Kurang : $< 18,5$
2. Intake zat gizi : adalah rata-rata masukan energi dan protein pasien yang diambil selama 3 hari.
Cukup apabila intake sesuai atau lebih besar dari kebutuhan
Kurang apabila lebih kecil dari kebutuhan.
 3. Golongan penyakit : dibedakan menjadi 2 yaitu penyakit infeksi dan non infeksi,
Penyakit infeksi apabila disebabkan oleh bakteri, virus, plasmodium (malaria, hepatitis, diare TB paru).
Penyakit non infeksi penyebabnya adalah bukan salah satu diatas (diabetes melitus, jantung, ginjal).
 4. Lama rawat inap : lamanya waktu perawatan pasien di rumah sakit. Dengan kriteria sebagai berikut :

Panjang : > 3 hari

Pendek : ≤ 3 hari

5. Gangguan gastrointestinal : adalah gangguan-gangguan yang berkaitan dengan saluran cerna (seperti: mual, muntah, diare, sebah, nyeri uluhati dll) yang dapat menyebabkan penurunan intake zat gizi. Dengan kriteria sebagai berikut :

Ada gangguan bila terdapat 2 atau lebih gejala.

Tidak ada gangguan bila terdapat < 2 gejala .

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang dilakukan secara *cross sectional*.

B. Waktu dan Tempat

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Abepura, sedangkan waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 10 September 2005 sampai dengan 22 september 2005.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi sasaran adalah seluruh pasien baru rawat inap baik laki-laki maupun perempuan yang berumur 18 tahun ke atas.

2. Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini adalah secara total sampling, yaitu dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Seluruh pasien rawat inap rung penyakit dalam baik laki-laki maupun perempuan.
- b. Berumur 18 tahun keatas.
- c. Tidak sedang hamil.
- d. Pasien sadar.
- e. Pasien yang dapat ditimbang.

D. Data yang Dikumpulkan

Data yang dikumpulkan meliputi data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data antropometri yang meliputi berat badan, tinggi badan dan intake zat gizi. Data sekunder meliputi identitas pasien, diagnosis penyakit, keadaan fisik dan klinis diperoleh dari catatan medik.

E. Cara Pengumpulan Data

Data primer yang berupa data antropometri diperoleh melalui pengukuran berat badan dan tinggi badan serta intake makan diperoleh dari hasil recall. Pengukuran ini dilakukan oleh peneliti sendiri di bantu oleh 3 orang Mahasiswa Jurusan Gizi yang telah dilatih untuk melakukan pengukuran tersebut.

Data sekunder berupa data mengenai identitas pasien dan diagnosis penyakit dan gejala gastrointestinal diperoleh dari catatan medik.

Pengumpulan data ini dilakukan setiap hari kerja mulai pukul 08.00 sampai selesai.

F. Cara Pengolahan

Data berat badan dan tinggi badan diolah untuk memperoleh status gizi dengan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)}^2}$$

$$\text{Tinggi badan (m)}^2$$

Penentuan kriteria tersebut di dasarkan pada nilai normal IMT yang dikeluarkan oleh Depkes RI, 1994

Data intake zat gizi diperoleh dengan cara recall dan dikonfersikan kedalam nilai zat gizi.

Tahap-tahap Pengolahan Data :

1. *Editing*

Kegunaan editing dimaksudkan untuk meneliti kembali formulir data untuk mengecek kembali apakah data yang terkumpul sudah lengkap, terbaca dengan jelas dan tidak meragukan apakah ada kesalahan sebagainya.

2. *Coding*

Pengkodean dikukan untuk mengubah data yang sudah terkumpul ke bentuk yang lebih ringkas dengan menggunakan kode.

3. *Tabilating*

Menyusun data secara manual dan dengan bantuan komputer.

4. *Penyajian data*

Penyajian data dilakukan dengan menggunakan tabel/ distribusi frekwensidan narasi.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Abepura, RSUD Abepura merupakan rumah sakit type C, yang terletak di kota Abepura. Letak RSUD Abepura sangat strategis karena berada di tengah-tengah kota pelajar, yaitu mulai dari sekolah TK, SD, SMP, SMA, sampai pada perguruan tinggi. Secara kewilayahan RSUD Abepura berada di tengah kota jayapura dengan 4 kecamatan bersama dengan PUSKESMASnya.

RSUD Abepura merupakan rumah sakit milik negara, yang sesuai dengan SK MENKES NO. 491/ menkes/ SK/ V/ 1997. dan dengan adanya persetujuan peningkatan kelas rumah sakit yaitu yang sesuai dengan radiogram dalam negeri no. 061/ 1983/ sj, tanggal 2 Juli 1997, dan berdasarka institusi menteri dalam negeri no. 6 tahun 1996, maka susunan organisasi dan tata kerja RSUD Abepura sebagaimana yang telah ditetapkan dengan keputusan gubernur kepala daerah tingkat I Irian Jaya no. 9 tahun 1997.

Jumlah tenaga yang ada di RSUD Abepura pada saat ini antara lain : Dokter Spesialis 14 orang, dokter umu 27 orang, dan dokter gigi 4 orang.

Tabel 5.1 Jumlah Tempat Tidur Yang Tersedia Untuk Masing-masing Kelas Perawatan Tahun 2004

No.	Ruang Perawatan	Tempat Tidur Yang Tersedia					Total
		VIP	Khusus	Kls I	KLS III	KLS IV	
1.	Pria	0	0	0	4	21	25
2.	Wanita	0	0	0	3	19	22
3.	Anak	0	0	0	4	24	28
4.	Bedak	0	0	0	4	18	22
5.	VIP/ Kelas	2	0	12	0	0	14
6.	Kebidanan	0	0	2	4	20	26
7.	Perinatologi	0	4	0	0	18	22
8.	ICU	0	4	0	0	0	4

Sumber : Data primer Medrek 2004

B. Hasil

Penelitian ini dilaksanakan mulai tanggal 10 September 2005 sampai dengan tanggal 22 September 2005 di RSUD Abepura. Yang menjadi obyek dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap di ruang penyakit dalam baik laki-laki maupun perempuan.

Dari pengolahan data yang telah dilakukan dari 31 responden yang diobservasi, hasil penelitian disajikan sebagai berikut :

1. Identitas

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Pasien Rawat Inap Menurut Jenis Kelamin di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura

Jenis Kelamin	n	%
Laki-laki	10	32,3
Perempuan	21	67,7
Jumlah	31	100

Sumber : Data primer 2005

Sebagian besar responden adalah perempuan, dari 31 responden 21 responden (67,7 %) berjenis kelamin perempuan.

2. Status Gizi

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Pasien Rawat Inap Menurut Status Gizi di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura

Status Gizi	Jenis Kelamin				Total	
	Laki-laki		Perempuan			
	n	%	n	%	n	%
Baik	10	32,3	9	29,0	19	61,3
Kurang	-	-	12	38,7	12	38,7
Jumlah	10	32,3	21	67,7	31	100

Sumber : Data primer 2005

Dari 31 responden yang diobservasi ternyata 19 (61,3%) mengalami status gizi baik namun sebagian besar perempuan mengalami gizi kurang yaitu 12 (38,7%).

3. Jenis penyakit

Pada penelitian ini tercatat jumlah jenis penyakit yang diderita oleh pasien yang berada di RSUD Abepura, adapun jenis penyakit yang tercatat sebagai berikut :

Tabel. 5.4 Distribusi Frekuensi jenis penyakit pasien rawat inap di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura

Jenis Penyakit	n	%
Malaria	22	70,9
Diare	4	12,9
Hepatitis B	2	6,5
Jantung	1	3,2
Diabetes Militus	2	6,5
Jumlah	31	100

Sumber : Data primer 2005

Dari 31 responden ternyata sebagian besar pasien mengalami penyakit infeksi yaitu penyakit Malaria 22 (70,9%); kemudian sebagian kecil pasien mengalami penyakit non infeksi yaitu Diabetes Militus sebesar 2 (6,5%).

4. Golongan penyakit

Dari 31 responden yang diobservasi ternyata sebagian besar mengalami penyakit infesi yaitu sebesar 28 (90,3%) dan pasien yang paling banyak mengalami penyaki infeksi yaitu perempuan sebesar 18 (58,1%).

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pasien Rawat Inap Menurut Golongan Penyakit di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura

Golongan Penyakit	Jenis Kelamin				Total	
	Laki-laki		Perempuan			
	n	%	n	%	n	%
Infeksi	10	32,3	18	58,1	28	90,3
Noninfeksi	-	-	3	9,7	3	9,7
Jumlah	10	32,3	21	67,8	31	100

Sumber : Data primer 2005

5. Ada dan Tidak Adanya Gangguan Gastrointestinal

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Pasien Rawat Inap Menurut Ada dan Tidaknya Gangguan Gastrointestinal di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura

Gangguan Gastrointestinal	Jenis Kelamin				Total	
	Laki-laki		Perempuan			
	n	%	n	%	n	%
Ada	8	25,8	15	48,4	23	74,2
Tidak	2	6,5	6	19,4	8	25,8
Jumlah	10	32,3	21	67,8	31	100

Sumber : Data primer 2005

Dari 31 responden yang diobservasi ternyata sebagian besar mengalami gangguan gastrointestinal yaitu sebesar 23 (74,2%) dan pasien yang paling banyak mengalami gangguan gastrointestinal yaitu perempuan sebanyak 15 (48,4%).

6. Intake Zat Gizi

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Pasien Rawat Inap Menurut Intake Zat Gizi di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura

Intake Zat Gizi	Jenis Kelamin				Total	
	Laki-laki		Perempuan			
	n	%	n	%	n	%
Cukup	6	19,4	14	45,2	20	64,5
Kurang	4	12,9	7	22,6	11	35,5
Jumlah	10	32,3	21	67,8	31	100

Sumber : Data primer 2005

Dari 31 responden yang diobservasi ternyata sebagian besar intake zat gizinya kurang yaitu sebesar 20 (64,5%) dan pasien yang paling banyak intake zat gizinya kurang yaitu perempuan sebanyak 14 (45,2%).

7. Lama Rawat Inap

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Pasien Rawat Inap Menurut Lama Perawatan di Ruang Penyakit Dalam RSUD Abepura

Waktu Perawatan	Jenis Kelamin				Total	
	Laki-laki		Perempuan			
	n	%	n	%	n	%
Panjang	3	9,7	3	9,7	6	19,4
Pendek	7	22,6	18	58.1	25	80,6
Jumlah	10	32,3	21	67,8	31	100

Sumber : Data primer 2005

Dari 31 responden yang diobservasi ternyata sebagian besar intake zat gizinya kurang yaitu sebesar 20 (64,5%) dan pasien

yang paling banyak intake zat gizinya kurang yaitu perempuan sebanyak 14 (45,2%).

8. Status Gizi Menurut Jenis Kelamin

Tabel 5.9 Distribusi Status Gizi Menurut Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Status Gizi				Total	
	Baik		Kurang			
	n	%	n	%	n	%
Laki-laki	10	32,3	-	-	10	32,3
Perempuan	9	29,0	12	38,7	21	67,7
Jumlah	19	61,3	12	38,7	31	100

Sumber : Data primer 2005

Dari tabel 5.9 ternyata pasien yang mengalami gizi kurang sebanyak 12 (38,7%) yaitu pada perempuan.

9. Status Gizi Menurut Golongan Penyakit

Tabel 5.10 Distribusi Status Gizi Menurut Golongan Penyakit

Golongan Penyakit	Status Gizi				Total	
	Baik		Kurang			
	n	%	n	%	n	%
Infeksi	17	54,8	11	35,5	28	90,3
Noninfeksi	2	6,4	1	3,2	3	9,7
Jumlah	19	61,2	12	38,7	31	100

Sumber : Data primer 2005

Dari tabel 5. 10 ternyata pasien lebih banyak yang mengalami penyakit infeksi sebesar 28 (90,3%) dan yang mengalami gizi kurang sebanyak 11 (35,5%) responden.

10. Status Gizi Menurut Ada dan Tidaknya Gangguan Gastrointestinal

Tabel 5.11 Distribusi Status Gizi Menurut Ada dan Tidaknya Gangguan Gastrointestinal

Gangguan Gastrointestinal	Status Gizi				Total	
	Baik		Kurang			
	n	%	n	%	n	%
Ada	13	41,9	10	32,3	23	74,2
Tidak	6	19,4	2	6,5	8	25,8
Jumlah	19	61,3	12	38,8	31	100

Sumber : Data primer 2005

Dari tabel 5.11 ternyata banyak yang mengalami gangguan gastrointestinal sebesar 23 (74,2%) dan yang mengalami status gizi kurang sebanyak 10 (32,3%) responden.

11. Status Gizi Menurut Intake Zat Gizi

Tabel 5.12 Distribusi Status Gizi Menurut Intake Zat Gizi

Intake Zat Gizi	Status Gizi				Total	
	Baik		Kurang			
	n	%	n	%	n	%
Cukup	15	48,4	5	16,1	20	64,5
Kurang	4	12,9	7	22,6	11	35,5
Jumlah	19	61,3	12	38,7	31	100

Sumber : Data primer 2005

Dari tabel 5.12 ternyata lebih banyak pasien yang waktu perawatannya pendek lebih banyak yaitu sebesar 25 (80,6%) dengan status gizi baik yaitu sebesar 14 (45,2%) responden.

12. Status Gizi Menurut Lama Rawat Inap

Tabel 5.13 Distribusi Status Gizi Menurut Lama Rawat Inap

Waktu Perawatan	Status Gizi				Total	
	Baik		Kurang			
	n	%	n	%	n	%
Panjang	5	16,1	1	3,2	6	19,4
Pendek	14	45,2	11	35,5	25	80,6
Jumlah	19	61,3	12	38,7	31	100

Sumber : Data primer 2005

Dari tabel 5.14 ternyata pasien yang waktu perawatannya pendek lebih banyak yaitu sebesar 25 (80,6%) dengan status gizi baik yaitu sebesar 14 (45,2%) responden.

C. Pembahasan

Status gizi adalah keadaan yang dapat memberikan petunjuk, apakah seseorang itu menderita gizi kurang atau tidak. Setelah penelitian selama dua belas hari kerja di Rumah Sakit Umum Daerah Abepura di ketahui bahwa status gizi pasien rawat inap RSUD Abepura dari 31 responden ternyata pasien yang mengalami gizi kurang sebanyak 12 (38,7%) yaitu pada perempuan.

Penyebab sekunder malnutrisi adalah penyakit yang mendasari (*underlying disease*) yang kemudian dapat mempengaruhi asupan makanan, meningkatkan kebutuhan, perubahan metabolisme dan malabsorpsi. Pada dasarnya semua jenis penyakit baik infeksi maupun noninfeksi mempunyai faktor resiko untuk menjadi gangguan gizi. Hal ini tergantung sifat perjalanan penyakit tersebut yaitu kronis atau akut. (Animous, 2004) Masuknya parasit dalam tubuh manusia akan menimbulkan gejala penyakit infeksi atau biasa pula tanpa gejala, akan diikuti oleh perubahan biokimiawi nutrisi berupa kehilangan langsung banyak zat nutrisi dalam tubuh dan oleh adanya distribusi kembali zat nutrisi lainnya. Besarnya perubahan tersebut tergantung pada keparahan dan lamanya infeksi (Linder, 1992 dalam Animous, 2003) ada kemungkinan pasien masuk sudah dalam keadaan gizi kurang yang dikarenakan oleh penyakit kronis sehingga di dalam perawatan di rumah sakit penderita mengalami malnutrisi yang lebih buruk dari sebelumnya yang disebabkan karena penyakit yang diderita cukup lama. Namun di dalam penelitian ini tidak melihat berapa lama penderita mengalami penyakit yang diderita. Dari penelitian yang dilakukan di RSUD Abepura diketahui bahwa dari 31 responden ternyata pasien lebih banyak yang mengalami penyakit infeksi sebesar 28 (90,3%) dan yang mengalami gizi kurang sebanyak 11 (35,5%) responden. Dari hasil penelitian Kusumayanti dkk, mengatakan bahwa jenis penyakit infeksi secara signifikan merupakan faktor preventif

(faktor pencegah) untuk terjadi malnutrisi di rumah sakit (OR 0,33; 95% CI 0,17-0,64). Subjek yang menderita penyakit infeksi berisiko tiga kali lebih rendah untuk menderita malnutrisi dibandingkan subjek yang berpenyakit noninfeksi.

Gangguan gastrointestinal juga merupakan gangguan-gangguan yang berkaitan dengan saluran cerna yang dapat menyebabkan penurunan intake zat gizi karena adanya rasa mual, muntah, nyeri uluhati, diare, kram abdomen dan sebah sehingga menimbulkan penurunan nafsu makan. Dari penelitian yang dilakukan di RSUD Abepura bahwa dari 31 responden ternyata banyak yang mengalami gangguan gastrointestinal sebesar 23 (74,2%) dan yang mengalami status gizi kurang sebanyak 10 (32,3%) responden. Gangguan gastrointestinal yang banyak dijumpai pada responden adalah mual, muntah, nyeri ulu hati dan diare.

Begitu pula gambaran bagaimana intake zat gizi pasien di RSUD Abepura yang berkaitan dengan adanya gangguan gastrointestinal. Banyak pasien yang mengeluh tidak bisa makan dikarenakan rasa mual, muntah dan tidak selera makan. Hal ini juga sangat berpengaruh pada status gizi pasien karena intake zat gizinya tidak mencukupi kebutuhan zat gizi yang diperlukan oleh tubuh. Selain itu juga orang sakit yang dirawat di rumah sakit berasal dari kelompok masyarakat yang berbeda-beda, baik adat istiadat, kepercayaan, kebiasaan, dan

nilai-nilai yang mereka anut, bahkan mungkin juga pandangan hidup, hal ini juga mempengaruhi intake zat gizi. (Moehyi, 1995)

Dari penelitian yang di lakukan di RSUD Abepura bahwa dari 31 responden ternyata lebih banyak pasien yang intake zat gizinya cukup yaitu sebesar 20 (64,5%) dengan status gizi baik yaitu sebesar 15 (48,4%) responden.

Dengan adanya kebutuhan anabolik dan peningkatan energi yang dibutuhkan untuk memelihara metabolisme yang tinggi sehingga dibutuhkan cadangan zat gizi yang adekuat untuk mempertahankan status gizinya namun bila terjadi anoreksia atau penurunan konsumsi makan maka akan terjadi penurunan status gizi yang pada akhirnya memperberat penyakit sehingga untuk waktu perawatanpun lebih panjang. Dari penelitian yang dilakukan di RSUD Abepura bahwa dari 31 responden ternyata pasien yang waktu perawatannya pendek lebih banyak yaitu sebesar 25 (80,6%) dengan status gizi baik yaitu sebesar 14 (45,2%) responden. Dari hasil penelitian Kusumayanti dkk,2003 menyebutkan bahwa dari hasil analisis regresi logistik diketahui bahwa pasien yang dirawat ≥ 7 hari mempunyai resiko 8,1 kali (95% CI 1,87 – 35,51) untuk menderita malnutrisi. Penelitian Chima juga menyebutkan bahwa pasien yang mempunyai lama rawat yang lebih panjang daripada yang tidak beresiko malnutrisi. Menurut Soegih, rata-rata 75% penderita yang dirawat di rumah sakit akan menurun status gizinya

dibandingkan dengan status gizi pada saat masuk perawatan. Hal ini membuktikan bahwa penurunan status gizi terjadi di rumah sakit.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Abepura, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari 31 responden ternyata 19 (61,3%) mengalami status gizi baik namun sebagian besar perempuan mengalami gizi kurang yaitu sebanyak 12 (38,7%).
2. Pasien yang mengalami gizi kurang sebanyak 12 (38,7%) yaitu pada perempuan. Pasien yang mengalami penyakit infeksi sebesar 28 (90,3%) dan yang mengalami gizi kurang sebanyak 11 (35,5%) responden. Yang mengalami gangguan gastrointestinal sebesar 23 (74,2%) dan yang mengalami status gizi kurang sebanyak 10 (32,2%) responden. Pasien yang mengalami gangguan gastrointestinal sebesar 23 (74,2%) dan yang mengalami status gizi kurang sebanyak 10 (32,3%) responden. pasien yang waktu perawatannya pendek lebih banyak yaitu sebesar 25 (80,6%) dengan status gizi baik yaitu sebesar 14 (45,2%) responden. pasien yang waktu perawatannya pendek lebih banyak yaitu sebesar 25 (80,6%) dengan status gizi baik yaitu sebesar 14 (45,2%) responden.

B. Saran

1. Kepada Ahli Gizi rumah sakit, perlunya pemantauan status gizi pasien guna memperkecil terjadinya kejadian malnutrisi di rumah sakit
2. Kepada institusi rumah sakit, perlu meningkatkan mutu pelayanan tim asuhan nutrisi yang ada di rumah sakit dalam hal ini dokter, perawat, ahli gizi, dan farmasi.
3. Kepada gizi ruangan agar memberikan pelayanan individu dalam menentukan kebutuhan gizi pasien yang memerlukan dukungan nutrisi; mengamati dan mencatat perubahan tatalaksana nutrisi serta intake zat gizi pasien mengamati dan mencatat perubahan tatalaksana nutrisi serta intake zat gizi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier Sunita, *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, penerbit PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta 2001
- Almatsier Sunita, *Penuntun Diet edisi baru*, PT. Gramedia, Jakarta 2004s
- Animous, *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, ISSN, Yogyakarta 2004
- Animous, *Isu-isu Diet Mutakhir*, Short Course, Yogyakarta 2003
- Beck E. Mary, 1993, *Ilmu Gizi dan Diet Hubungannya Dengan Penyakit-penyakit Untuk Perawat dan Dokter*. Yayasan Essentia Medica. Yogyakarta.
- Carpenito Lynda Juall, 1999, *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Edisi 8*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta.
- Daldiyono dan Thaha Abd. Razak, 1998. *Kapita Selekta Nutrisi Klinik*. Perhimpunan Nutrisi Enteral dan Parenteral Indonesia. Jakarta
- Deswarni Idrus dan Kunanto Gatot 1990. *Buku Pegangan Dosen/ Mahasiswa Program Diploma III Gizi, Epidemiologi*, Pusdiknakes Jakarata.
- D.Roedjito Djiteng, 1989. *Kajian Penelitian Gizi*, Medyatama Sarana Perkasa. Jakrta
- Haryanto, 2005. *Cermati Gizi Anak-anak Kita*, www.Geogle.Com
- Khumaidi, M. 1994. *Gizi Masyarakat*.
- Moehyi Sjahmien, 1995. *Pengaturan Makanan dan Diit Untuk Penyembuhan Penyakit*, Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Santoso dan Ranti, 1999. *kesehatan dan Gizi*, Rineka Cipta. Jakarta.
- Sediaoetama A.J. 1999. *Ilmu Gizi untuk Masyarakat dan Profesi*, Dian Rakyat.
- Suhardjo, 2003. *Barbagai Cara Pendidikan Gizi*, Bumi Aksara. Jakarta.
- Supariasa I Dewa Nyoman - dkk, 2002. *Penilaian Status Gizi*, Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta

Lampiran 1

FORMULIR PENGKAJIAN GIZI AWAL

PASIEN RAWAT INAP

Nama	: _____	Agama	: _____
No. Reg.	: _____	Pendidikan	: S/SD/SLTP/SMU/PT
Gender	: L/P	Pekerjaan	: _____
Umur	: _____ tahun	Aktivitas	: _____
Daerah Asal	: _____	Diagnosa	: _____ ()
		Keterangan	: 1. Penyakit infeksi
			2. Non infeksi

A. Antropometri

BB sekarang : _____ kg

TB : _____ cm

IMT : _____

BB pulang : _____ kg

B. Masalah Saluran Cerna

- ☐ Penurunan nafsu makan
- ☐ Mual
- ☐ Muntah

- ☐ Diare
- ☐ Kesulitan mengunyah
- ☐ Kesulitan menelan
- ☐ Tidak ada

C.Lama Rawat Inap

Tanggal masuk Rumah Sakit : _____

Tanggal keluar Rumah Sakit : _____ ()

Keterangan : 1. > 3 hari dikategorikan lama.

2. $\leq$ 3 hari dikategorikan cepat.

Pengkajian dilakukan oleh : _____

Tanggal : _____

Lampiran 2

FORMULUR METODE RECALL 24 JAM

Hari ke :

Nama :	Gender	Umur	TB	BB	BB ideal	IMT
No. Reg. :	L/P	th	cm	kg	kg	
Daerah Asal	Agama	Pendidikan		Pekerjaan		Aktivitas
		TS/SD/SLTP/SMU/P				
Diet :		Diagnosa :				

Apakah yang anda makan dalam waktu 24 jam terakhir ?

Waktu & Menu	Bahan Makanan	Jumlah	
		berat (g)	urt
Pagi :			
Selingan :			
Siang :			
Selingan :			

Malam			
Selingan :			

Dicatat oleh : _____

Tanggal : _____

MASTER TABEL.

No.	Nama Pasien	Umur (thn)	Sex	Golongan Penyakit	Lama Ri (hari)	BB Putang	TB	IMT		Gg. Gastro	Intake Zat Gizi		Kebutuhan		Ket
											Energi	Protein	Energi	Protein	
1	Tn. Jemi	33	L	Infeksi	Panjang	63	164.5	23.3	Baik	Tidak	1892.3	67.6	1891	68.4	Baik
2	Nn. Leni	23	P	Infeksi	Pendek	44	146.3	20.9	Baik	Ada	1461.5	53.3	1459.7	52.8	Baik
3	Tn. Robby	27	L	Infeksi	Pendek	53	161.5	20.3	Baik	Ada	1890.3	66.2	1891	68.4	Baik
4	Nn. Hasna	26	P	Infeksi	Pendek	41	160	16.4	Kurang	Ada	1361.6	50.4	1360.3	49.2	Baik
5	Tn. Wilfred	30	L	Infeksi	Panjang	61	161.2	24.4	Baik	Tidak	1790	64.3	1791.5	64.8	Baik
6	Ny. Luisa	40	P	Infeksi	Pendek	35	145	16.6	Kurang	Ada	909.4	43.5	1327	48	Kurang
7	Nn. Silva	20	P	Infeksi	Pendek	48	158	19.5	Baik	Tidak	1593.4	57.1	1592.5	57.6	Baik
8	Ny. Aryani	29	P	Infeksi	Pendek	41	160	16.4	Kurang	Ada	1538.8	51.6	1536.4	50.4	Baik
9	Tn. Rianto	22	L	Infeksi	Pendek	48	153.6	20.8	Baik	Ada	1595.7	59.4	1592.5	57.6	Baik
10	Ny. Kasma	29	P	Infeksi	Pendek	42	152.4	18.2	Kurang	Ada	1573.1	52.4	1526.1	55.2	Baik
11	Ny. Marsina	35	P	Infeksi	Pendek	41	148.5	18.6	Baik	Tidak	733.1	35	1459.7	52.8	Kurang
12	Ny. Fatimah	38	P	Infeksi	Pendek	59	150	26.2	Baik	Ada	1480.2	51.2	1492.9	54	Baik
13	Ny. Estyanti	28	P	Infeksi	Pendek	38	146.3	18	Kurang	Ada	1321.5	45.8	1327	48	Baik
14	Ny. Ani	20	P	Infeksi	Pendek	50	153	21.3	Baik	Ada	1658.5	59.7	1658.8	60	Baik
15	Ny. Habiba	46	P	Non Infeksi	Panjang	64	158.4	25.6	Baik	Tidak	1727.5	60.6	1725.1	62.4	Baik
16	Ny. Hasmidar	30	P	Non Infeksi	Panjang	45	165	16.6	Kurang	Tidak	1711.3	63.2	1702	61.6	Baik
17	Tn. Andarius	17	L	Infeksi	Pendek	51	165.2	18.8	Baik	Ada	1469.1	53.7	1758.4	63.6	Kurang
18	Ny. Mince	23	P	Infeksi	Pendek	44	155	18.3	Kurang	Ada	1694	43.7	1642.2	59.4	Baik
19	Ny. Lina	24	P	Infeksi	Pendek	40	153	17.3	Baik	Ada	1425.8	56	1459.7	52.8	Kurang
20	Ny. Yuliana	23	P	Infeksi	Pendek	41	153.2	17.8	Kurang	Ada	1353.8	36	1589.3	57.2	Kurang
21	Tn. Yuma	20	L	Infeksi	Panjang	57	164	21.9	Baik	Ada	1923.5	67.7	1910.9	69.1	Baik
22	Nn. Ribka Tabé	23	P	Infeksi	Pendek	40	153	17.3	Kurang	Tidak	845.7	31.8	1492.9	54	Kurang
23	Nn. Hulda	15	P	Infeksi	Pendek	35	156	14.4	Kurang	Ada	1643.9	68	1672.1	60.5	Baik
24	Tn. Adventus	21	L	Infeksi	Pendek	71	167.3	25.4	Baik	Ada	1890.9	83.7	2355.4	85.2	Kurang
25	Ny. Krisna	50	P	Infeksi	Pendek	45	163	17.3	Kurang	Ada	1629.1	70.2	1628.6	72	Baik
26	Ny. Novela	26	P	Infeksi	Pendek	44	160	17.6	Kurang	Ada	860.5	45.5	1459.7	52.8	Kurang
27	Ny. Neneng	40	P	Non Infeksi	Panjang	42	145	20	Baik	Tidak	1395.1	52.1	1393.3	50.4	Baik
28	Ny. Vony	24	P	Infeksi	Pendek	50	163	19.2	Baik	Ada	1115.7	57.1	1140	60	Kurang
29	Tn. Yapi	18	L	Infeksi	Pendek	59	163.1	22.6	Baik	Ada	1993.4	74.6	1990.5	72	Baik
30	Tn. Kidup	38	L	Infeksi	Pendek	51	167.3	18.8	Baik	Ada	1528.3	48.6	1692	61.2	Kurang
31	Tn. Paji	27	L	Infeksi	Pendek	60	160	24	Baik	Ada	1993.7	76	1990.6	72.2	Baik

Lampiran 4

Rumus Du Bois dalam Menentukan Kebutuhan Energi

$$\begin{aligned} \text{BMR} &= \text{BB} \times 24 \text{ jam} \times 1 &= \dots\dots\dots (a) \\ \text{Koreksi tidur} &= \text{BB} \times 8 \text{ jam} \times 0,1 &= \dots\dots\dots (b) \\ &&&\underline{\hspace{1.5cm}} - \\ &&&\dots\dots\dots (c) \\ \text{Aktivitas} &= 30\% \times (c) &= \dots\dots\dots (d) \\ &&&\underline{\hspace{1.5cm}} + \\ &&&\dots\dots\dots (e) \\ \text{SDA} &= 10\% \times (e) &= \dots\dots\dots (f) \\ &&&\underline{\hspace{1.5cm}} + \\ &&&\dots\dots\dots (g) \end{aligned}$$

Tabel 13.2 Angka kecukupan gizi rata-rata yang dianjurkan (per orang per hari)

Golongan Umur		Berat Badan	Tinggi Badan	Energi	Protein	Vit. A	Vit. D	Vit. E	Vit. K	Tia-min	Riboflavin	Niasin	Vit. B ₁₂	Asam Folat	Pan-totin	Vit. C	Kalsium	Fosfor	Besi	Seng	Iod-ium	Solat-sol
		(kg)	(cm)	(kKal)	(g)	(RE)	(µg)	(mg)	(µg)	(mg)	(mg)	µm	µg	(µg)	(mg)	(µg)	(mg)	(mg)	(mg)	(mg)	(µg)	(µg)
0-6 bln	5,5	60	560	12	12	350	7,5	3	5	0,3	0,3	2,5	0,1	22	0,3	50	300	200	3	3	50	10
7-12 bln	8,5	71	800	15	15	350	10	4	10	0,4	0,5	3,8	0,1	32	0,6	35	400	250	5	5	70	15
1-3 thn	12	90	1250	23	23	350	10	6	15	0,5	0,6	5,4	0,5	40	1,0	40	500	250	8	10	70	20
4-6 thn	18	110	1750	32	32	400	10	7	20	0,8	1,0	9	0,7	60	1,1	45	500	350	9	10	100	20
7-9 thn	24	120	1900	37	37	400	10	7	30	1,0	1,0	9	0,9	81	1,4	45	500	400	10	20	120	30
Pria:																						
10-12 thn	30	135	2000	45	45	500	10	10	45	1,0	1,0	9	1,0	90	1,7	50	700	500	14	15	150	40
13-15 thn	45	150	2400	64	64	600	10	10	65	1,0	1,2	10	1,0	125	2,0	60	700	500	17	15	150	50
16-19 thn	56	160	2500	66	66	700	10	10	70	1,0	1,3	11	1,0	165	2,6	60	600	500	23	15	150	70
20-45 thn	62	165	2800	55	55	700	5	10	80	1,2	1,5	12	1,0	170	2,0	60	500	500	13	15	150	70
46-59 thn	62	165	2500	55	55	700	5	10	80	1,2	1,5	12	1,0	170	2,0	60	800	500	13	15	150	70
≥ 60 thn	62	165	2200	55	55	600	5	10	80	1,0	1,2	10	1,0	170	2,0	60	500	500	13	15	150	70
Wanita:																						
10-12 thn	35	140	1900	54	54	500	10	8	45	1,0	1,0	8	1,0	100	1,4	50	700	450	14	15	150	70
13-15 thn	46	155	2100	62	62	500	10	8	55	1,0	1,2	10	1,0	130	1,5	60	700	450	19	15	150	45
16-19 thn	50	154	2000	51	51	500	10	8	60	1,0	1,0	10	1,0	150	1,6	60	600	450	25	15	150	50
20-45 thn	54	156	2200	48	48	500	5	8	65	1,0	1,2	9	1,0	150	1,6	60	500	450	26	15	150	55
46-59 thn	54	156	2100	48	48	500	5	8	65	1,0	1,2	9	1,0	150	1,6	60	600	450	14	15	150	55
≥ 60 thn	54	154	1850	48	48	500	5	8	65	1,0	1,0	8	1,0	150	1,6	60	500	450	14	15	150	55
Hamili:																						
			+285	+12	+12	+200	10	10	65	+0,2	+0,2	+1	+0,3	+150	2,2	+10	+400	+200	+20	+5	+25	+15
Menyusui:																						
0-6 bln			-700	+16	+350	10	12	65	+0,3	+0,4	+3	+0,3	+50	2,1	+25	+400	+300	+2	+10	+50	+25	
7-12 bln			-500	+12	+300	10	10	65	+0,3	+0,3	+3	+0,3	+40	2,1	+10	+400	+200	+2	+10	+50	+20	

Sumber: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, *Risalah Widyakarya Pangan dan Gizi VI*, 1998, hlm. 877.



DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
JURUSAN GIZI

Jl. Padang Bulan II Abepura - Jayapura Telp. (0867) 584529, 588461

Jayapura, 09 September 2005

Nomor : DL.02.02.6.G. 195
Lamp : -
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RSUD Abepura
Di-
Jayapura

Dalam rangka menyelesaikan pendidikan akhir di Politeknik Kesehatan Jayapura, mahasiswa / i semester VI (enam) diwajibkan untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) melalui proses kegiatan penelitian lapangan / laboratorium.

Sehubungan dengan maksud tersebut, kami mohon bantuan Bapak / Ibu kiranya dapat memberi izin untuk Melakukan Penelitian pada mahasiswa :

Nama : Dewi Karunia Sari
N I M : 202 200 356
Judul Penelitian : Gambaran Status Gizi Pasien Pasien Rawat Inap
Di Ruang Penyakit dalam Pria dan Wanita
RSUD Abepura
Tempat Penelitian : RSUD Abepura
Lama Penelitian : ± 2 Minggu

Demikian permohonan kami , atas perhatian dan bantuannya diucapkan banyak terimakasih .



DR. H. ANIL HARMAN
KOP 003 743 630

Tembusan Kepada Yth:

1. Ka. Sie Diklat KEMH Abepura
2. Ka. Instalasi Gizi RSUD Abepura
3. Ka. Sie Perawatan RSUD Abepura
4. Ka. Ruangan Penyakit Dalam Pria
5. Ka. Ruangan Penyakit Dalam Wanita
6. Arsip



PEMERINTAH PROVINSI PAPUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA
JL. Kesehatan I. Telp (0967) 581064, Fax (0967) 581064
ABEPURA

Jayapura, 07 Oktober 2005

Nomor : 445/435/X/2005
Lamp : -
Perihal : Keterangan Telah selesai Penelitian
An. Dewi Karunia Sari

Kepada
Yth. Ketua Jurusan Gizi
di -
Jayapura

Menunjuk Surat Saudara Nomor DL.02.02.6.G.145 tanggal 09 September 2005 perihal Permohon ijin penelitian, dengan ini diberitahukan bahwa Mahasiswi Saudara :

Nama : Dewi Karunia Sari

NIM : 202 200 356

Teiah melaksanakan kegiatan Penelitian sejak tanggal 10 s/d 22 September 2005 di RSUD Abepura dengan Judul Penelitian : *Gambaran Status Gizi Pasien Rawat Inap di Ruang Penyakit dalam Pria dan Wanita RSUD Abepura.*

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.



Tembusan Kepada Yth :

1. Ybs untuk diketahui.