



SKRIPSI

**DAMPAK SKRINING DISFAGIA TERHADAP STATUS NUTRISI PASIEN
GANGGUAN SISTEM PERSARAFAN DI RUMAH SAKIT
LABUANG BAJI MAKASSAR**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan dalam
Program Studi Ilmu Keperawatan Pada Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan (STIK) Stella Maris
Makassar**

OLEH :

BRIGITA FEBRIANY

(C 12 14201 066)

FRANSISKA YULIA RIANDI

(C 12 14201 074)

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2016



SKRIPSI

**DAMPAK SKRINING DISFAGIA TERHADAP STATUS NUTRISI PASIEN
GANGGUAN SISTEM PERSARAFAN DI RUMAH SAKIT
LABUANG BAJI MAKASSAR**

PENELITIAN-EXPERIMENTAL

OLEH:

BRIGITA FEBRIANY

(C 12 14201 066)

FRANSISKA YULIA RIANDI

(C 12 14201 074)

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2016

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Brigita Febriany (C 12 14201 066)

Fransiska Yulia Riandi (C 12 14201 074)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagisia (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 21 April 2016

Yang menyatakan,

Brigita Febriany
(C 12 14201 066)

Fransiska Yulia Riandi
(C 12 14201 074)

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**DAMPAK SKRINING DISFAGIA TERHADAP STATUS NUTRISI
PASIEN GANGGUAN SISTEM PERSARAFAN DI RUMAH SAKIT
LABUANG BAJI MAKASSAR**

Diajukan Oleh:

Brigita Febriany
(C 12 14201 066)

Fransiska Yulia Riandi
(C 12 14201 074)

Disetujui Oleh:

Pembimbing

**Bagian Akademik
dan Kemahasiswaan**

(Fransiska Anita, Ns, M.Kep, Sp.KMB) (Sr.Anita Sampe, JMJ., S.Kep, Ns., MAN)
NIDN: 0913098201 NIDN: 0917107402

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**DAMPAK SKRINING DISFAGIA TERHADAP STATUS NUTRISI
PASIEEN GANGGUAN SISTEM PERSARAFAN DI RUMAH SAKIT
LABUANG BAJI MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Brigita Febriany
(C 12 14201 066)

Fransiska Yulia Riandi
(C 12 14201 074)

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

Fransiska A, Ns., M.Kep., Sp.KMB
NIDN: 09130982021

Telah Diuji Dan Dipertahankan
Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 21 April 2015
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Fransiska A,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB
NIDN. 09130982021

Siprianus A, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIDN. 0906097002

Penguji III

Mery Sambo, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIDN: 0930058102

Makassar, 21 April 2016
Program S1 Keperawatan dan Ners
STIK Stella Maris Makassar.

Ketua STIK Stella Maris Makassar

Henny Pongantung, S.Kep., Ns., MSN
NIDN: 0912106501

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Brigita Febriany (C 12 14201 066)

Fransiska Yulia Riandi (C 12 14201 074)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih-media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 21 April 2016

Yang menyatakan,

Brigita Febriany
(C 12 14201 066)

Fransiska Yulia Riandi
(C 12 14201 074)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pasien Gangguan Persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar”**.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat harapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Selama penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Henny Pongantung, S.Kep., Ns., MSN selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar
2. Sr. Anita Sampe, JMJ., S.Kep., Ns., MAN selaku kepala bagian Akademik dan Kemahasiswaan.
3. Fransiska Anita, S.Kep.Ns., M.Kep., Sp.KMB selaku Ketua Program Studi S1 dan selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, motivasi serta pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.
4. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti penelitian.
5. Magdalena Rieuwpassa, SKM,S.Kep., Ns., M.Kes, sebagai Kepala Bagian Pendidikan Dan Penelitian Rumah Sakit Labuang Baji Makassar yang telah memberi ijin kepada penulis untuk mengadakan penelitian.
6. Teristimewa kepada keluarga yang tercinta : Bapak mama, om dan tante serta adek-adekku yang senantiasa mendoakan, mengarahkan dan memberikan semangat, dorongan, nasehat dan yang paling utama kasih

sayangnya serta bantuan berupa materi sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan ini.

7. Seluruh rekan-rekan seperjuangan kami yang tercinta Mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar, angkatan VI program S1 keperawatan 2012, selalu memberikan dorongan dan dukungan dalam penyelesaian karya tulis ini.
8. Dan kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penulisan skripsi ini.

Akhir kata, harapan penulis semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk melengkapi kekurangan yang ada dalam karya tulis ilmiah ini.

Makassar, 18 April 2016

Penulis

ABSTRAK

DAMPAK SKRINING DISFAGIA TERHADAP STATUS NUTRISI PASIEN GANGGUAN PERSARAFAN DI RUMAH SAKIT LABUANG BAJI MAKASSAR (Dibimbing oleh Fransiska Anita)

BRIGITA FEBRIANY
FRANSISKA YULIA RIANDI
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
STIK STELLA MARIS MAKASSAR
XV +71 halaman + 23 daftar pustaka +13 tabel +1 gambar + 8 lampiran

Pasien yang mengalami gangguan neurologis pada umumnya mengalami disfagia yang berakibat pada status nutrisi yang buruk / malnutrisi tetap menjadi masalah, dimana pasien Stroke yang masuk dengan status nutrisi baik yang dilihat dari IMT pada hari pertama perawatan, setelah 6 hari perawatan pasien jatuh ke status malnutrisi. Resiko malnutrisi dan malnutrisi dapat dicegah jika perawat dan ahli gizi melakukan asuhan keperawatan secara holistik. Salah satu tindakan keperawatan yang dapat mencegah kejadian malnutrisi adalah melakukan skrining disfagia dengan menggunakan formulir *GUSS (Gugging Swallowing Screen)* dan penilaian antropometri gizi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pasien Gangguan Persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar. Desain penelitian yang digunakan adalah *Quasi Eksperiment* dengan metode *Pre-test and post-test non equivalent control group*. Jumlah sampel 30 responden dengan teknik sampling *convenience sampling/ accidental sampling*. Variabel Independen Skrining Disfagia sedangkan Variabel dependent adalah Status Nutrisi Pasien Gangguan Persarafan. Penelitian ini menggunakan uji statistic *wicolxon* dan Uji *Mann-whitney*. Hasil analisa menunjukkan bahwa ada perbedaan IMT yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan skrining disfagia pada pasien gangguan persarafan kelompok intervensi dengan hasil uji *wicolxon* $p = 0.003$ ($p < \alpha$). Hasil uji *Mann-Whitney* $p = 0.027$ ($p < \alpha$), hal ini menunjukkan ada perbedaan rerata IMT pada kelompok intervensi dan kontrol setelah pemberian intervensi skrining disfagia pada pasien gangguan persarafan. Kesimpulan: Skrining disfagia dengan menggunakan Formulir *GUSS (Gugging Swallowing Screen)* digunakan untuk mendeteksi gangguan menelan secara dini dan penilaian antropometri gizi sangat penting dilakukan pada pasien gangguan persarafan di Rumah Sakit, karena akan menghasilkan ketetapan dalam pemasangan NGT atau asupan nutrisi per oral untuk kebutuhan nutrisi sehingga dapat mencegah malnutrisi pasien gangguan persarafan di Rumah sakit.

Kata kunci : Malnutrisi, Skrining Disfagia, Pasien gangguan persarafan
Kepustakaan : 24 (2007-2014)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMBUNG.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian	6
1. Bagi Peneliti Sendiri.....	6
2. Bagi Rumah Sakit	6
3. Bagi Profesi Keperawatan	6
4. Bagi Peneliti Lain.....	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Tinjauan Umum Tentang Sistem Saraf.....	7
1. Fungsi Sistem Saraf.....	7
2. Klasifikasi.....	8
3. Gangguan Fungsi Saraf	8
B. Tinjauan Umum Tentang Disfagia	12
1. Pengertian.....	12
2. Etiologi Disfagia	12
3. Klasifikasi Disfagia	13
4. Anatomi Patologi	15
5. Patofisiologi.....	16
6. Penanganan Disfagia.....	16
C. Tinjauan Umum Tentang Status Nutrisi.....	18
1. Nutrisi.....	18
2. Penilaian Status Nutrisi Secara Langsung.....	19
3. Penilaian Status Nutrisi Secara Tidak Langsung.....	25
4. Pengertian Malnutrisi.....	26
5. Penelitian Mengenai Prevalensi dari Malnutrisi.. ..	27
D. Tinjauan Umum Tentang Skrining Disfagia.....	28
1. Pengertian.....	28
2. Tujuan Skrining... ..	29
3. Cara Melakukan Skrining.....	36
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
PENELITIAN.....	37
A. Kerangka Konseptual	37
B. Hipotesis Penelitian.....	38
C. Defenisi Operasional	38

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	40
A. Jenis Penelitian	40
B. Tempat dan Waktu Penelitian	41
C. Populasi dan Sampel	41
D. Instrument Penelitian	42
E. Pengumpulan Data	42
F. Pengolahan Data	46
G. Analisa Data.....	46
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	48
A. Hasil Penelitian.....	48
1. Pengantar	48
2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	49
3. Penyajian Karakteristik Data Umum.....	50
a. Berdasarkan Usia	50
b. Berdasarkan Jenis Kelamin	51
c. Berdasarkan Diagnosa Penyakit.....	51
d. Berdasarkan Kelompok	52
4. Hasil Analisis Variabel Yang Diteliti.....	52
a. Analisa Univariat.....	53
b. Analisa Bivariat.....	56
B. Pembahasan.....	60
BAB VI PENUTUP	70
A. Kesimpulan	70
B. Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 : Defenisi Operasional.....	38
Tabel 4.1 : Kerangka Penelitian	40
Tabel 5.1 : Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia.....	50
Tabel 5.2 : Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin.....	51
Tabel 5.3 : Distribusi Frekuensi Berdasarkan Diagnosa Penyakit.	51
Tabel 5.4 : Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kelompok.....	52
Tabel 5.5 : Skrining Gizi Responden Pada Kelompok Intervensi (Pre)	53
Tabel 5.6 : Skrining Gizi Responden Pada Kelompok Intervensi (Post)	54
Tabel 5.7 : Skrining Gizi Responden Pada Kelompok Kontrol (Pre).....	55
Tabel 5.8 : Skrining Gizi Responden Pada Kelompok Kontrol (Post)	56
Tabel 5.9 : Analisis Perbedaan Skrining Gizi Pre & Post Pada Kelompok Intervensi	57
Tabel 5.10 : Analisis Perbedaan Skrining Gizi Pre & Post Pada Kelompok Kontrol.....	58
Tabel 5.11 : Analisis Perbedaan Rerata Skrining Gizi Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol	59

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1: Kerangka Konseptual.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Rencana Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2. Surat Ijin Pengambilan Data Awal
- Lampiran 3. Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 4. Surat Keterangan Penelitian
- Lampiran 5. Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 6. Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 7. Formulir GUSS (Gugging Swallowing Screen)
- Lampiran 8. Master Tabel
- Lampiran 9. Hasil Analisis Uji Wicoxon dan Uji Mann-Whitney
- Lampiran 10. Lembar Konsul

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

Kg	=	Kilogram
BB	=	Berat Badan
GUSS	=	Gugging Swallowing Screen
GCS	=	Glasgow Coma Scale
ODA	=	Optimal Daily Allowance
PAGT	=	Proses Asuhan Gizi Terstandar
LILA	=	Lingkar Lengan Atas
IMT	=	Indeks Massa Tubuh
TB	=	Tinggi Badan
ADL	=	Activity of Daily Living
NGT	=	Nasogastrik Tube
NHS	=	Non Hemoragic Stroke
HS	=	Hemoragic Stroke

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem saraf manusia merupakan jaringan jalinan saraf yang saling berhubungan, sangat khusus dan kompleks. Sistem saraf ini mengkoordinasikan, mengatur, dan mengendalikan interaksi antara seorang individu dengan lingkungan sekitarnya. Sistem tubuh yang penting ini juga mengatur aktivitas sebagian sistem tubuh lainnya. Tubuh mampu berfungsi sebagai satu kesatuan yang harmonis karena pengaturan hubungan saraf di antara berbagai sistem. Fenomena mengenai kesadaran, daya pikir, daya ingat, bahasa, sensasi dan gerakan semuanya berasal dari sistem ini. Oleh karena itu, kemampuan untuk memahami, belajar dan berespon terhadap rangsangan merupakan hasil dari integrasi fungsi sistem saraf, yang memuncak dalam kepribadian dan perilaku seseorang. Kemampuan untuk menerima, menyampaikan dan meneruskan pesan – pesan neural disebabkan oleh sifat khusus membran sel neuron yang mudah dirangsang dan dapat menghantarkan pesan elektrokimia. Sistem saraf mempunyai struktur yang kompleks dengan berbagai fungsi yang berbeda dan saling mempengaruhi dan mengatur kegiatan tubuh yang cepat seperti kontraksi otot atau peristiwa visceral yang berubah dengan cepat. Dalam hal ini, terjadi gangguan sistem saraf pada manusia yang sangat beragam tergantung pada jenis penyebabnya. Penyakit yang dapat mempengaruhi otak dan sistem saraf biasanya di diagnosis dengan pemeriksaan neurologis. Gangguan neurologis utama meliputi bell's palsy, gangguan bicara dan bahasa, tumor otak, dan gangguan gerakan seperti penyakit Parkinson dan penyakit Huntington (Farley *et al*, 2014).

Pasien dengan disfungsi neurologis/ gangguan sistem saraf mempunyai resiko pada gangguan nutrisi. Gangguan nutrisi biasa terjadi

pada pasien yang rawat inap lama di rumah sakit yang mengalami anoreksia, disfagia, dan depresi. Kondisi depresi pada pasien gangguan neurologis, dapat menekan nafsu makan. Otot-otot dan saraf yang membantu memindahkan makanan melalui tenggorokan dan kerongkongan tidak bekerja dengan baik. Hal ini dapat terjadi karena mengalami stroke, cedera otak atau tulang belakang, masalah dengan sistem saraf, seperti sindrom *post-polio*, *multiple sclerosis*, *distrofi otot*, atau juga penyakit parkinson. Bisa juga disebabkan setelah kerongkongan kejang yang berarti otot-otot kerongkongan tiba-tiba menekan. Kadang-kadang hal ini dapat mencegah makanan untuk mencapai lambung. Selain itu, terjadinya scleroderma di mana jaringan kerongkongan menjadi keras dan sempit. Scleroderma juga bisa membuat otot kerongkongan bawah menjadi lemah, yang dapat menyebabkan makanan dan asam lambung naik kembali ke tenggorokan dan mulut sehingga asupan makanan atau nutrisi yang tidak memadai (Efran Syah, 2012).

Asupan makanan yang tidak memadai pada pasien merupakan salah satu penyebab masalah status gizi, karena pada pasien dengan disfungsi sistem neurologi atau sistem persyarafan asupan makanan tidak cukup dapat disebabkan oleh nafsu makan menurun dan kondisi disfagia/ sulit menelan. Keluhan sulit menelan (disfagia) merupakan salah satu gejala kelainan atau penyakit di orofaring dan esophagus. Keluhan ini akan timbul bila terdapat gangguan gerakan otot-otot menelan dan gangguan transportasi makanan dari rongga mulut ke lambung (Widianto, 2015). Kesulitan menelan hanya terjadi pada bolus yang padat karena adanya disfagia mekanik dengan lumen yang mengalami penyempitan yang tidak terlalu berat. Bila obstruksi telah makin berat, disfagia terjadi baik pada saat menelan bolus yang padat maupun yang cair. Sebaliknya, disfagia motorik akibat akalasia atau spasme esofagus yang terjadi baik akibat bolus padat maupun cair sejak awal terjadi gangguan (Dharma, 2011).

Apabila kondisi ini berlangsung lama, seseorang akan beresiko mengalami malnutrisi atau kekurangan nutrisi. Malnutrisi, kurangnya

makanan dan nutrisi yang dibutuhkan tubuh adalah masalah serius utama dari kehilangan nafsu makan jika berlangsung selama lebih dari beberapa minggu. Pasien kurang nutrisi sering mengalami atrofi otot dan jaringan subkutan yang serius. Akibat perubahan ini maka jaringan yang berfungsi sebagai bantalan di antara kulit dan tulang menjadi semakin sedikit. Malnutrisi merupakan penyebab kedua hanya pada tekanan yang berlebihan dalam etiologi, patogenesis, dekubitus yang tidak sembuh. Oleh karena itu efek tekanan meningkat pada jaringan tersebut (Hanan & Scheele, 1991 dalam Potter & Perry, 2005). Intake makanan yang kurang menyebabkan penderita kehilangan berat badan yang signifikan atau kurus yang pada akhirnya membuat derajat malnutrisi berlanjut sehingga terjadi perlamaan periode rawat inap (dan peningkatan biaya inap) yang memperburuk malnutrisi. Status nutrisi buruk dapat diabaikan jika pasien mempunyai berat badan sama dengan atau lebih dari berat badan ideal. Malnutrisi yang terjadi pada pasien di rumah sakit sebetulnya dapat ditanggulangi bahkan dihindari dengan dukungan nutrisi optimal dan tepat. Hal ini bisa diwujudkan bila pada pasien tersebut sejak awal masuk rumah sakit diberlakukan penilaian status gizi terhadapnya, dan status gizi ini terus dipantau. Beberapa parameter yang amat berguna untuk menilai status gizi mencakup berat dan tinggi badan, tebal lemak bawah kulit trisepts, lingkaran lengan atas, serta hasil laboratorium; hitung limfosit, hematokrit, albumin dan prealbumin serum, transferin, kreatinin, dan balans nitrogen. Hasil penilaian ini bermanfaat untuk mengidentifikasi individu yang secara emergensi memerlukan dukungan zat gizi, mencegah agar seseorang yang status nutrisinya baik tidak menderita permasalahan gizi, serta menghindari komplikasi lebih lanjut jika seseorang telah menderita masalah gizi (Hastuti et al, 2013). Pasien yang mengalami malnutrisi mengalami defisiensi protein dan ketidakseimbangan nitrogen negatif dan tidak adekuat asupan vitamin c (Shekleton & Litwack, 1991 dalam Potter & Perry, 2005).

Untuk mencegah kejadian malnutrisi, diperlukan skrining disfagia. Skrining adalah suatu penerapan uji / test terhadap orang yang tidak

menunjukkan gejala dengan tujuan mengelompokkan mereka ke dalam kelompok yang mungkin menderita penyakit tertentu. Skrining merupakan deteksi dini penyakit, bukan merupakan alat diagnostik. Bila hasil skrining positif, akan diikuti uji diagnostik atau prosedur untuk memastikan adanya penyakit. Tujuan skrining untuk mendapatkan keadaan penyakit dalam keadaan dini untuk memperbaiki prognosis, karena pengobatan dilakukan sebelum penyakit mempunyai manifestasi klinis (Wahyudin, 2008).

Skrining disfagia merupakan skrining sederhana yang digunakan untuk menentukan tingkat keparahan disfagia dengan mengevaluasi nutrisi cairan dan non-cairan. Tujuan skrining untuk mengurangi morbiditas atau mortalitas dari penyakit dengan pengobatan dini terhadap kasus – kasus yang ditemukan (Webb, 2005). Sebagai akibat dari malnutrisi, individu-individu terpapar pada resiko morbiditas dan mortalitas yang meningkat dari perubahan pada fungsi organ akhir (Lyrawati, 2009).

Berdasarkan pengamatan peneliti di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, pasien dengan gangguan sistem persyarafan mengalami penurunan BB pada hari ke 7. Dari 30 pasien gangguan sistem saraf, 5 diantaranya terjadi penurunan pada hari ke 7 dengan penurunan BB sebanyak 5 kg. Hal ini terjadi pada asupan nutrisi yang tidak memadai karena gangguan aktivitas menelan atau yang disebut disfagia. Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mengetahui "Dampak Skrining Disfagia terhadap Status Nutrisi pada pasien dengan Gangguan Sistem Persyarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, studi kasus ini dilakukan pada pasien gangguan sistem persarafan umumnya mengalami disfagia. Kondisi disfagia dapat menyebabkan status nutrisi seseorang buruk yang berdampak pada malnutrisi sehingga mengakibatkan proses rawat inap yang lama. Untuk meningkatkan status nutrisi pada pasien yang mengalami disfagia dengan gangguan sistem persyarafan maka diperlukan skrining

disfagia untuk melihat adanya gangguan menelan supaya segera ditindaklanjuti dengan pemasangan NGT, parenteral sehingga status nutrisinya tetap stabil. Maka dari itu, peneliti berminat untuk meneliti “Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi pada Pasien Gangguan Sistem Persarafan Di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar”.

Dengan demikian dapat dirumuskan pertanyaan penelitian “Apakah Ada Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Persarafan?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui dampak skrining disfagia terhadap status nutrisi pada pasien dengan gangguan sistem persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi perubahan IMT (Indeks Massa Tubuh) sebelum dan sesudah dilakukan skrining disfagia pada kelompok kontrol pada pasien gangguan sistem persarafan
- b. Mengidentifikasi perubahan IMT (Indeks Massa Tubuh) sebelum dan sesudah dilakukan skrining disfagia pada kelompok intervensi pada pasien gangguan sistem persarafan
- c. Menganalisis dampak skrining disfagia terhadap status nutrisi pada kelompok kontrol dan intervensi pada pasien gangguan sistem persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti Sendiri

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan bagi peneliti untuk mengetahui dampak skrining disfagia terhadap status nutrisi pada pasien dengan gangguan sistem persyarafan

2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai institusi yang bergerak dibidang kesehatan, Rs. Labuang Baji bisa menjadikan penelitian ini sebagai bahan masukan bahwa untuk meningkatkan status nutrisi pada pasien yang mengalami disfagia dengan gangguan sistem persyarafan seperti stroke maka diperlukan skrining disfagia untuk melihat adanya gangguan menelan supaya segera ditindak lanjuti dengan pemasangan NGT, parenteral sehingga status nutrisinya tetap stabil.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat digunakan untuk bahan masukan untuk menambah literatur dalam keperawatan, memberikan pengembangan sumber daya manusia keperawatan, baik dalam pendidikan maupun di tempat pelayanan kesehatan dan sebagai pertimbangan dan pengambilan kebijakan terutama dalam proses skrining disfagia terhadap status nutrisi pada sistem persyarafan.

4. Bagi Peneliti Lain

Dapat sebagai bahan masukan, pertimbangan, acuan bagi peneliti lainnya, dapat mengembangkan penelitian ini lebih baik lagi dan digunakan sebagai data awal untuk mengembangkan penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Sistem Saraf

Sistem saraf merupakan serangkaian organ yang kompleks dan bersambungan serta terdiri dari jaringan saraf (Sloane, 2003). Sistem saraf merupakan salah satu sistem yang berfungsi untuk memantau dan merespon perubahan yang terjadi di dalam dan di luar tubuh atau lingkungan. Sistem saraf juga bertanggung jawab sebagai sistem persepsi, perilaku dan daya ingat, serta merangsang pergerakan tubuh (Farley et all, 2014). Kemampuan untuk dapat memahami, mempelajari, dan merespon suatu rangsangan merupakan hasil kerja terintegrasi sistem persyarafan yang mencapai puncaknya dalam bentuk kepribadian dan tingkah laku individu (Batticaca, 2008).

1. Fungsi sistem saraf

Saraf sebagai sistem koordinasi atau pengatur seluruh aktivitas tubuh manusia mempunyai tiga fungsi utama, yaitu sebagai alat komunikasi, pengendali atau pengatur kerja dan pusat pengendali tanggapan.

- a. Saraf sebagai alat komunikasi antara tubuh dan dunia di luar tubuh. Hal ini dilakukan oleh alat indera yang meliputi mata, hidung, telinga, lidah, dan kulit. Karena ada indera, dengan mudah kita dapat mengetahui yang terjadi di luar tubuh kita.
- b. Saraf sebagai pengendali atau pengatur kerja organ tubuh sehingga dapat berkerja sama sesuai dengan fungsi masing – masing. Saraf sebagai pusat pengendali tanggapan atau reaksi tubuh terhadap perubahan keadaan di sekitarnya. Karena saraf sebagai pengendali

kerja alat tubuh maka jaringan saraf terdapat pada seluruh alat tubuh (Syaifuddin, 2011).

2. Klasifikasi

Susunan saraf terdiri dari susunan saraf sentral dan susunan saraf perifer. Susunan saraf sentral terdiri dari otak (otak besar, otak kecil, dan batang otak) dan medulla spinalis. Susunan saraf perifer terdiri dari saraf somatik dan saraf otonom (saraf simpatis dan saraf parasimpatis).

3. Gangguan fungsi saraf

a. Infeksi dan Inflamasi Sistem Saraf Pusat

1). Meningitis

Meningitis adalah radang pada meningen (membran yang mengelilingi otak dan medulla spinalis) dan disebabkan oleh virus, bakteri atau organ – organ jamur. Gejala meningitis diakibatkan dari infeksi dan peningkatan tekanan intracranial, sakit kepala dan demam, perubahan pada tingkat kesadaran, iritasi meningen, kejang, adanya ruam dan infeksi fulminating (Smeltzer & Bare, 2002).

2). Sindrom Guillain Barre

Sindrom Guillain Barre merupakan sindrom klinis yang ditunjukkan oleh onset waktu akut dari gejala – gejala yang mengenai saraf perifer dan kranial. Proses penyakit mencakup demielinasi dan degenerasi selaput myelin dari saraf perifer dan cranial (Batticaca, 2008).

3). Bell's Palsy

Bell's Palsy adalah kelumpuhan fasialis perifer akibat proses non supuratif, non neoplastik, non degeneratif primer namun sangat mungkin akibat edema jinak pada bagian nervus fasialis di foramen stilomastoideus atau sedikit proksimal dari foramen tersebut yang mulainya akut dan dapat sembuh sendiri tanpa pengobatan. Penyebabnya tidak diketahui, meskipun kemungkinan penyebab dapat meliputi iskemia vascular, penyakit virus (herpes simpleks, herpes zoster), penyakit autoimun atau kombinasi semua faktor (Batticaca, 2008).

b. Trauma Sistem Saraf Pusat

1). Cedera kepala

Cedera kepala adalah kerusakan jaringan otak yang diakibatkan oleh adanya trauma (benturan benda atau serpihan tulang) yang menembus atau merobek suatu jaringan otak, oleh pengaruh suatu kekuatan atau energi yang diteruskan ke otak dan akhirnya oleh efek percepatan perlambatan pada otak yang terbatas pada kompartemen yang kaku. Cedera kepala dapat disebabkan oleh kecelakaan di jalan raya, olahraga, menyelam pada air yang dangkal dan luka. (Price & Wilson, 1995).

2). Cedera medulla spinalis

Trauma pada medulla spinalis dapat bervariasi dari trauma ekstensi fiksasi ringan yang terjadi akibat benturan secara mendadak sampai yang menyebabkan transeksi lengkap dari medulla spinalis dengan quadriplegia. Cedera tulang belakang selalu diduga pada kasus dimana setelah cedera klien mengeluh

nyeri serta terbatasnya pergerakan klien dan punggung (Batticaca, 2008).

c. Gangguan Degeneratif Sistem Persyarafan

1). Penyakit Parkinson

Penyakit Parkinson adalah gangguan neurologi progresif yang mengenai pusat otak yang bertanggung jawab untuk mengontrol dan mengatur gerakan. Manifestasi utama penyakit Parkinson adalah gangguan gerakan, kaku otot, tremor menyeluruh, kelemahan otot, dan hilangnya reflex postural. Pasien mempunyai kesukaran dalam memulai, mempertahankan dan membentuk aktivitas motorik dan pengalaman lambat dalam menghasilkan aktivitas normal (Smeltzer & Bare, 2002).

2). Penyakit alzheimer

Penyakit alzheimer atau demensia senile dari tipe alzheimer merupakan penyakit kronik, progresif, dan merupakan gangguan degenerative otak dan diketahui mempengaruhi memori, kognitif, dan kemampuan untuk merawat diri. Penyakit ini merupakan salah satu yang paling ditakutkan pada masa modern karena penyakit ini merupakan bencana besar yang terjadi pada pasien dan keluarga di mana pengalaman pasien yang mengalaminya merupakan akhir yang tak habis – habisnya sampai kematian tiba.

3). Sklerosis multiple

Sklerosis multiple (SM) merupakan keadaan kronis, penyakit sistem saraf pusat degenerative dikarakteristikan oleh adanya bercak kecil demielinasi pada otak medulla spinalis. Tanda dan gejala SM bervariasi dan banyak, gejala primer paling banyak dilaporkan berupa kelelahan, lemah, kebas, kesukaran

koordinasi dan kehilangan keseimbangan. Gangguan penglihatan akibat adanya lesi pada saraf optic atau penghubungnya dapat mencakup penglihatan kabur, diploopia, kebutaan parsial dan kebutaan total (Smeltzer & Bare, 2002).

d. Gangguan Keganasan

1). Tumor otak

Tumor otak merupakan lesi yang terletak pada intracranial yang menempati ruang di dalam tengkorak. Tumor otak menunjukkan manifestasi klinis yang tersebar bila tumor ini menyebabkan peningkatan tekanan intracranial serta tanda dan gejala lokal sebagai akibat dari tumor yang mengganggu bagian spesifik dari otak. Gejala – gejala yang biasanya banyak terjadi akibat tekanan ini adalah sakit kepala, muntah, papiledema, perubahan kepribadian dan adanya variasi penurunan fokal motorik, sensori dan disfungsi saraf cranial (Smeltzer & Bare, 2002).

e. Gangguan Aliran Darah Otak

1). Aneurisma intracranial

Aneurisma intracranial (serebral) adalah dilatasi dinding arteri serebral yang berkembang sebagai hasil dari kelemahan dinding arteri. Pecahnya aneurisma selalu terjadi tiba – tiba, tidak selalu disertai dengan sakit kepala yang berat dan sering kehilangan kesadaran untuk periode yang bervariasi. Mungkin ada nyeri dan kaku leher bagian belakang dan medulla spinalis akibat adanya iritasi meningen (Smeltzer & Bare, 2002).

2). Stroke

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang

menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2008). Disfagia terjadi pada 55% penderita stroke akut, dengan terjadinya aspirasi, sebagaimana telah dibuktikan dengan video fluoroscopic swallow study (VSS), pada penderita tersebut sebanyak 40%. Dengan adanya kejadian aspirasi dapat terjadi peningkatan risiko terjadinya pneumonia aspirasi dan peningkatan lama perawatan di RS. Sebanyak 7% penderita stroke terjadi disfagia 6 bulan setelah onset stroke, dan 19% dari penderita stroke yang disfagia tersebut dilakukan pemasangan gastrostomi tube. Hal ini menunjukkan bahwa disfagia umum terjadi pada penderita setelah mengalami stroke, sehingga hal ini meningkatkan morbiditas dan dapat menetap pada beberapa pasien.

B. Tinjauan Umum Tentang Disfagia

1. Pengertian

Dysphagia didefinisikan sebagai kesulitan menelan. Dysphagia adalah perkataan yang berasal dari bahasa Yunani *dys* yang berarti kesulitan atau gangguan, dan *phagia* berarti makan. Disfagia berhubungan dengan kesulitan makan akibat gangguan dalam proses menelan. Kesulitan menelan dapat terjadi pada semua kelompok usia, akibat dari kelainan kongenital, kerusakan struktur, dan kondisi medis tertentu. Disfagia adalah kesulitan dalam menelan cairan atau makanan yang disebabkan karena adanya gangguan pada proses menelan (Wemer, 2005).

2. Etiologi Disfagia

Disfagia berhubungan dengan kesulitan makan akibat gangguan dalam proses menelan. Kesulitan menelan dapat terjadi pada semua kelompok usia, akibat dari kelainan esophagus, kerusakan struktur,

dan/atau kondisi medis tertentu. Masalah dalam menelan merupakan keluhan yang umum didapat di antara orang berusia lanjut, dan insiden disfagia lebih tinggi pada orang berusia lanjut dan pasien stroke. Kurang lebih 51-73% pasien stroke menderita disfagia. Penyebab lain dari disfagia termasuk keganasan kepala-leher, penyakit esophagus progresif seperti penyakit Parkinson, multiple sclerosis, atau amyotrophic lateral sclerosis, scleroderma, achalasia, spasme esofagus difus, lower esophageal (Schatzki) ring, striktur esophagus, dan keganasan esophagus. Disfagia merupakan gejala dari berbagai penyebab yang berbeda, yang biasanya dapat ditegakkan diagnosis dengan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang lainnya, di antaranya pemeriksaan radiologi dengan barium, CT scan, dan MRI (Soetikno, 2007).

3. Klasifikasi disfagia

Disfagia diklasifikasikan dalam dua kelompok besar, yaitu disfagia orofaring (transfer disfagia) dan disfagia esophagus. Disfagia orofaring timbul dari kelainan di rongga mulut, faring, dan esophagus, dapat disebabkan oleh stroke, penyakit Parkinson, kelainan neurologis, oculopharyngeal muscular dystrophy, menurunnya aliran air liur, xerostomia, masalah gigi, kelainan mukosa oral, obstruksi mekanik (keganasan, osteofit, meningkatnya tonus sfingter esophagus bagian atas, radioterapi, infeksi dan obat – obatan (sedative, anti kejang, antihistamin).

Gejala disfagia orofaring yaitu kesulitan menelan, termasuk ketidakmampuan untuk mengenali makanan, kesukaran meletakkan makanan di dalam mulut, ketidakmampuan untuk mengontrol makanan dan air liur di dalam mulut, kesukaran untuk mulai menelan, batuk dan tersedak saat menelan, penurunan berat badan yang tidak jelas

penyebabnya, perubahan kebiasaan makan, pneumonia berulang, perubahan suara (suara basah), regurgitasi nasal. Setelah pemeriksaan dapat dilakukan pengobatan dengan teknik postural, swallowing maneuvers, modifikasi diet, modifikasi lingkungan, oral sensori awareness technique, vitalstim therapy, dan pembedahan. Bila tidak diobati, disfagia dapat menyebabkan pneumonia aspirasi, malnutrisi atau dehidrasi.

Disfagia esophagus timbul dari kelainan di korpus esophagus, sfingter esophagus bagian bawah atau kardia gaster. Biasanya disebabkan oleh striktur esophagus, keganasan esophagus, esophageal rings and webs, akhalasia, scleroderma, kelainan motilitas spastic termasuk spasme esophagus difus dan kelainan motilitas esophagus nonspesifik. Makanan biasa bertahan beberapa saat setelah ditelan, dan akan berada setinggi suprasternal notch atau dibelakang sternum sebagai lokasi obstruksi, regurgitasi oral atau faringeal, perubahan kebiasaan makan, dan pneumonia berulang. Bila terdapat disfagia makanan padat dan cair, kemungkinan besar merupakan suatu masalah motilitas.

Bila pada awalnya pasien mengalami disfagia makanan padat, tetapi selanjutnya disertai disfagia makanan cair, maka kemungkinan besar merupakan suatu obstruksi mekanik. Setelah dapat dibedakan antara masalah motilitas dan obstruksi mekanik, penting untuk memperhatikan apakah disfagiannya sementara atau progresif. Disfagia motilitas sementara dapat disebabkan spasme esophagus difus atau kelainan motilitas esophagus nonspesifik. Disfagia motilitas progresif dapat disebabkan scleroderma atau akhalasia dengan rasa panas di daerah ulu hati yang kronis, regurgitasi, masalah respirasi atau penurunan berat badan.

Disfagia mekanik sementara dapat disebabkan esophageal ring. dan disfagia mekanik progresif dapat disebabkan oleh striktur esophagus atau keganasan esophagus. Jadi sudah dapat disimpulkan bahwa kelainannya adalah disfagia esophagus, maka langkah selanjutnya adalah dilakukan pemeriksaan barium atau endoskopi bagian atas. Pemeriksaan barium harus dilakukan terlebih dahulu sebelum endoskopi untuk menghindari perforasi. Bila dicurigai adanya akhalasia pada pemeriksaan barium, selanjutnya dilakukan manometri untuk menegakkan diagnosa akhalasia. Bila dicurigai adanya striktur esophagus, maka dilakukan endoskopi. Bila tidak dicurigai adanya kelainan – kelainan seperti di atas, maka endoskopi dapat dilakukan terlebih dahulu sebelum pemeriksaan barium. Endoskopi yang normal, harus dilanjutkan dengan manometri; dan bila manometri juga normal, maka diagnosanya adalah disfagia fungsional. Foto thorax merupakan pemeriksaan sederhana untuk pneumonia. CT scan dan MRI memberikan gambaran yang baik mengenai adanya kelainan struktural, terutama bila digunakan untuk mengevaluasi pasien disfagia yang sebabnya dicurigai karena kelainan saraf pusat. Setelah diketahui diagnosanya, biasanya dikirim ke bagian THT, gastrointestinal, paru atau onkologi, tergantung penyebabnya. Konsultasi dengan bagian gizi juga diperlukan, karena kebanyakan pasien memerlukan modifikasi diet. (soetikno, 2007). Proses menelan merupakan suatu sistem kerja neurologi yang sinkron, berurutan, terkoordinasi, simetris, semiotomatis, unik dan spesifik bagi setiap individu (Smithard, 2002).

Proses menelan memerlukan beberapa elemen yang meliputi : input sensori dari saraf tepi, koordinasi saraf pusat, dan respon motorik sebagai umpan balik. Proses menelan sendiri terdiri atas 3 fase yaitu : fase oral, fase farigeal, dan fase esofageal. Pada pasien stroke yang sering mengalami gangguan adalah fase oral, fase faringeal atau

keduanya. Fungsi menelan ini dapat dinilai melalui pemeriksaan digital videofluoroscopy, yang mampu mencatat lewatnya bolus melalui mulut (oral transit time), faring dan sfingter esophagus atas.

4. Anatomi Patologi

– *Fase Oral*

Fase oral meliputi menggigit dan mengunyah makanan sehingga membentuk bolus. Pada fase ini diperlukan koordinasi antara bibir, lidah, dan mandibula. Di mulut, makanan dicerna dengan bantuan saliva yang diproduksi oleh tiga pasang kelenjar saliva. Rasa, suhu dan sensasi proprioseptif dibutuhkan agar terbentuk bolus yang tepat. Bolus makanan bergerak ke atas dan kebelakang menyentuh palatum durum. Ketika bolus mencapai arkus faring anterior pola reflek menelan dimulai secara otomatis.

– *Faringeal*

Fase faringeal pada fase ini proses menelan berlangsung secara reflek. Dimulai dengan tersentuhnya arkus faring anterior oleh bolus, lidah elevasi dan tertarik serta velum juga tertarik, laring elevasi dan menutup untuk melindungi jalan nafas. Selanjutnya bolus terdorong ke arah sphincter krikofaring oleh muskulus konstriktor faring.

– *Esofageal*

Fase esofageal dimulai saat bolus melewati spincter esophagus atas dan relaksasi dan masuk ke dalam lumen esophagus. Setelah melewati esophagus bolus masuk ke lambung melalui sphincter kardial yang relaksasi (Rasyid, 2007; Lumbantobing, 2007).

5. Patofisiologi

Normalnya orang menelan makanan padat atau minum cairan dan menelan saliva atau mukus yang dihasilkan tubuh beratus-ratus kali setiap hari. Proses menelan ini mempunyai empat tahap: tahap pertama persiapan di mulut, di mana makanan atau zat padat digerakkan/dimanipulasi dan dikunyah dalam persiapan untuk ditelan. Selama tahap oral, lidah mendorong makanan atau zat padat ke bagian belakang mulut, dan mulailah respon menelan. Tahap pharyngeal mulai segera setelah makanan atau liquid melewati pharynx (saluran yang menghubungkan mulut dengan esofagus) ke dalam esofagus atau saluran pencernaan. Tahap terakhir adalah tahap esophageal, makanan atau liquid melewati esophagus ke dalam lambung. Meskipun tahap pertama dan kedua mempunyai beberapa kontrol voluntair, tahap tiga dan empat terjadi dengan sendirinya tanpa disadari. Apabila proses menelan terhenti karena berbagai sebab, akan mengakibatkan kesulitan menelan (Goyal, 2001).

6. Penanganan disfagia

Proses menelan merupakan kegiatan yang memerlukan koordinasi sejumlah otot dan saraf kranial. Oleh karenanya meskipun para klinikus berusaha melihat otot apa yang terganggu, namun tetap saja harus dipahami bahwa proses menelan merupakan suatu kegiatan yang membutuhkan kerjasama berbagai otot sehingga dapat berlangsung dengan baik. Sangat mengherankan bahwa meskipun gangguan proses menelan banyak terjadi pada penderita stroke, parkinson dan cerebral palsy, namun penelitian yang memuat bukti klinis yang terkait dengan penatalaksanaan gangguan menelan masih sedikit jumlahnya. Ada sejumlah cara latihan atau manuver yang berguna untuk melatih fungsi motorik otot-otot yang bertugas dalam

proses menelan dan seringkali para klinikus menambahkan juga sejumlah cara-cara kompensasi dalam menangani penderita dengan kasus disfagia. Bahkan sesungguhnya gabungan yang seimbang antara kedua cara tersebut, pelatihan fungsi motorik dan kompensasi, akan meningkatkan fungsi menelan penderita disfagia.

Tabel 2.1 Berbagai macam terapi disfagia

Latihan/terapi otot atau kelompok otot	Terapi gabungan (meliputi latihan dan cara kompensasi)
Latihan motorik oral	Modifikasi diet dan latihan
Manuver masako	Stimulasi suhu + menelan supraglotik
Latihan angkat kepala	Latihan mendorong bolus
Manuver Mendelsohn	Modifikasi diet + latihan + konseling
Manuver menelan paksa	Modifikasi diet + latihan motorik oral + teknik menelan dan penempatan posisi

C. Tinjauan Umum Tentang Status nutrisi

1. Nutrisi

Masalah nutrisi pada hakikatnya adalah masalah kesehatan masyarakat, namun penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Penyebab timbulnya masalah gizi adalah multifaktor, oleh karena itu pendekatan penanggulangan harus melibatkan berbagai sektor yang terkait (Almatsier, 2005).

Status nutrisi adalah suatu keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Dan dibedakan atas status gizi buruk, kurang, baik, dan lebih. Makanan sehari-hari yang dipilih dengan baik akan memberikan semua zat gizi yang dibutuhkan untuk fungsi normal tubuh. Sebaliknya, bila makanan tidak dipilih dengan baik, tubuh akan mengalami kekurangan zat-zat gizi esensial tertentu. Ada 3 fungsi zat gizi dalam tubuh yaitu: memberi energi, pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh, mengatur proses tubuh (Almatsier, 2005). Berikut ini ada beberapa istilah yang berhubungan status gizi, antara lain:

a. Nutrition

Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ serta menghasilkan energi (Supariasa, 2002.)

b. Nutrition Status

Keadaan patologis akibat kekurangan atau kelebihan secara relative maupun absolute satu atau lebih zat gizi. Ada empat bentuk malnutrisi yaitu:

- 1). Under nutrition : kekurangan konsumsi pangan secara relative atau absolute untuk periode tertentu.
- 2). Specific defisiensi: kekurangan zat besi tertentu, misalnya kekurangan vitamin A, yodium Fe, dan lainnya.
- 3). Over nutrition : kelebihan konsumsi pangan untuk periode tertentu
- 4). Imbalance : karena disproporsi zat gizi, misalnya kolestrol terjadi karena tidak seimbang LDL, HDL dan VLDL.

c. Kurang Energi Protein (KEP)

Kurang energi protein (KEP) adalah seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari atau gangguan penyakit tertentu. Pada umumnya KEP berasal dari keluarga yang berpenghasilan rendah (Supariasa, 2002).

2. Penilaian Status Nutrisi Secara Langsung

a. Antropometri

Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh. Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan beberapa parameter seperti ukuran tunggal dari tubuh manusia antara lain : umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul dan tebal lemak dibawah kulit (Supariasa, 2002).

Indeks antropometri yang umum digunakan dalam menilai status gizi adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Penilaian status gizi dengan antropometri banyak digunakan dalam berbagai penelitian atau survey, baik survey secara luas dalam skala nasional maupun survey untuk wilayah terbatas (Supariasa, 2002). Berdasarkan ukuran baku tersebut, penggolongan status nutrisi menurut indeks antropometri adalah seperti tercantum dalam tabel 2.2 berikut ini:

Table 2.2 Penggolongan keadaan gizi menurut indeks antropometri

Status Gizi	Ambang batas baku untuk keadaan gizi berdasarkan indeks				
	BB/U	TB/U	BB/TB	LLA/U	LLA/TB
Gizi baik	80%	85 %	90 %	85 %	85 %
Gizi kurang	61-80 %	71-85 %	81-90 %	71-85 %	76-85 %
Gizi buruk	≤ 60 %	≤ 70 %	≤ 80 %	≤ 70 %	≤ 75 %

- Underweight, jika IMT < 20
- Normal, jika IMT 20-25
- Overweight (> 10% BB Ideal, jika IMT 25,1-30)
- Obesitas (> 20 % BB Ideal, jika IMT > 30)

Sumber : (Supariasa, 2002).

Beberapa indeks antropometri antara lain :

1. Berat badan menurut umur (BB/U)

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan, dan menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Berat badan adalah parameter antropometri yang sangat labil.

2. Tinggi badan menurut umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan bertambahnya umur.

Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relative kurang sensitif terhadap kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relative lama.

3. Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)

Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indeks TB/BB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini, dan merupakan indeks yang independen terhadap umur.

4. Lingkar lengan atas menurut umur (LLA/U)

Lingkar lengan atas memberikan gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. LLA berkorelasi dengan indeks BB/U maupun BB/TB. Lingkar lengan atas merupakan parameter antropometri yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh tenaga yang bukan professional. Lingkar lengan atas banyak digunakan dengan tujuan screening individu, tetapi dapat juga digunakan untuk pengukuran status nutrisi.

5. Tebal lemak dibawah kulit menurut umur.

Pengukuran lemak tubuh melalui pengukuran ketebalan lemak dibawah kulit (skinfold) dilakukan pada beberapa bagian tubuh, misalnya pada bagian lengan atas (trisepe dan bisepe), lengan bawah (forearm), tulang belikat (subcapular), ditengah garis ketiak (midaxilaris), sisi dada (pectord), perut (abdomen), dan pertengahan tungkai bawah (medial calf).

6. Indeks massa tubuh (IMT)

Masalah kekurangan dan kelebihan gizi pada orang dewasa merupakan masalah penting, karena selain mempunyai resiko penyakit-penyakit tertentu, juga dapat mempengaruhi produktivitas kerja. Oleh karena itu, pemantauan keadaan tersebut perlu dilakukan secara berkesinambungan. Salah satu cara adalah dengan mempertahankan berat badan yang ideal atau normal (Supriasa, 2002).

Di Indonesia khususnya, cara pemantauan dan batasan berat badan normal orang dewasa belum jelas mengacu pada patokan tertentu (Supriasa, 2002). Di Indonesia diartikan sebagai indeks massa tubuh (IMT). IMT merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa.

Rumus perhitungan IMT adalah sebagai berikut :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{tinggi badan (m)}}$$

Tabel 2.3 kategori Ambang Batas IMT

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

Sumber (Supriasa, 2002).

b. Klinis

Survey ini dirancang untuk mendeteksi secara tepat tanda - tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (sign), dan gejala (symptom) atau riwayat penyakit (Supariasa, 2002).

Pemeriksaan klinis (assesement klinik) secara umum terdiri dari dua bagian, yaitu medical history, yaitu catatan mengenai perkembangan penyakit dan pemeriksaan fisik, yaitu melihat dan mengamati gejala gangguan gizi baik sign (gejala yang dapat diamati) maupun symptom (Supariasa, 2002).

Pada pemeriksaan fisik, kita melakukan pengamatan terhadap perubahan fisik, yaitu semua perubahan yang ada kaitannya dengan kekurangan gizi. Perubahan - perubahan tersebut dapat dilihat dari :

- a) Rambut. Berhubungan dengan kurang gizi dapat dijumpai dengan kondisi rambut yang kurang bercahaya, kusam, kering, tipis dan jarang, rambut kurang kuat / mudah putus.
- b) Wajah. Pada wajah dapat dijumpai adanya penurunan pigmentasi yang tersebar secara berlebihan apabila disertai anemia, wajah seperti bulan, pengeringan selaput mata.
- c) Mata. Dijumpai selaput mata pucat, keratomalasia keadaan permukaan halus / lembut dari keseluruhan bagian tebal atau keseluruhan kornea, pengeringan kornea.
- d) Bibir. Pada bibir dapat dijumpai adanya angular stomatitis (celahan pada sudut mulut) dan depigmentasi kronis pada bibir bawah.
- e) Lidah. Terjadi edema pada lidah, atrofi papilla serta papilla berwarna merah atau merah muda, atau bergranula, serta ditemukan keadaan pecah - pecah pada permukaan lidah. Serta kadang ditemukan adanya pigmented tongue.

- f) Gigi. Pada gigi keadaan yang mungkin dijumpai berhubungan dengan kekurangan gizi adalah adanya mottled enamel, (bintik putih dan kecoklatan dengan atau tanpa erosi pada enamel), pengikisan dapat terjadi pada tepi gigi seri dan taring akibat dari mengkonsumsi makanan yang keras yang membutuhkan pengunyahan relative lama.
- g) Gusi. Kekurangan gizi dapat dilihat dari dengan ditemukannya spongy, bleeding gums (bunga karang keunguan atau merah yang membengkak pada tepi gusi yang mudah berdarah), dan dapat ditemui infeksi tepi gusi serta adanya kerusakan dan atrofi gusi yang menampakkan akar - akar gigi.
- h) Kelenjar. Pada keadaan kurang gizi dapat dijumpai adanya pembesaran tiroid dapat dilihat adanya perabaan.
- i) Kulit. Xerosis (keadaan kulit yang mengaami kekeringan tanpa mengandung air), Ptechiae (bintik haemorrhagic kecil pada kulit atau membran berlendir yang sulit dilihat pada kulit gelap), dermatosis (lesi kulit yang khas, dimana kulit menjadi merah, bengkak, gatal dan rasa terbakar).
- j) Kuku. Dapat dijumpai adanya koilonychias yaitu suatu keadaan kuku berbentuk sendok pada kuku orang dewasa atau karena kurang zat besi.
- k) Jaringan bawah kulit. Keadaan yang berhubungan dengan kekurangan gizi dapat ditemukan bilateral edema (pada kaki, wajah dan tangan). (Supariasa, 2002).

c. Metode Biokimia

Metode ini digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia

dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang lebih spesifik. Ada beberapa indikator laboratorium untuk menentukan status besi yaitu : hemoglobin, hematokrit, besi serum, feritin serum (Sf), transferin saturation (TS), free erythrocytes prothophoyrin (FEP) (Supariasa, 2002).

Didalam darah ada 3 faktor praksi protein, yaitu : albumin, globulin, fibrinogen. Pemeriksaan biokimia terhadap status protein dibagi dalam 2 bagian yaitu : somatic protein (terdapat di otot skeletal) dan visceral protein (terdapat didalam organ tubuh seperti hati, ginjal, pancreas, jantung, dll) (Supariasa, 2002).

d. Biofisik

Penilaian status gizi dengan biofisik termasuk penilaian status gizi secara langsung, penilaian ini adalah melihat dari kemampuan fungsi jaringan dan perubahan struktur. Test kemampuan fungsi jaringan meliputi kemampuan kerja dan energi expenditure serta adaptasi sikap. Penilaian secara biofisik dapat dilakukan melalui 3 cara yaitu uji radiologis, test fungsi fisik, dan sitologi (Supariasa, 2002).

3. Penilaian Status Nutrisi Secara Tidak Langsung

a. Survey konsumsi makanan

Survey penilaian konsumsi makanan adalah salah satu metode yang digunakan dalam penentuan status gizi perorangan atau kelompok. Banyak metode yang digunakan untuk melakukan pengukuran konsumsi makanan berdasarkan jenis data yang diperoleh antara lain : metode kuantitatif, metode kualitatif, tingkat rumah tangga, tingkat nasional, tingkat individu atau perorangan (Supariasa, 2002).

b. Statistik vital

Salah satu cara untuk mengetahui gambaran keadaan gizi suatu wilayah adalah dengan cara menganalisis statistik kesehatan. Beberapa statistik vital yang berhubungan dengan keadaan kesehatan gizi antara lain angka kesakitan, angka kematian, pelayanan kesehatan dan penyakit infeksi yang berhubungan dengan gizi (Supariasa, 2002).

c. Faktor Ekologi

Malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil yang saling mempengaruhi (multiple overlapping) dan interaksi beberapa faktor fisik, biologi, dan lingkungan budaya. Jadi jumlah makanan dan zat - zat gizi yang tersedia bergantung pada keadaan lingkungan seperti iklim, tanah irigasi, penyimpanan, transportasi, dan tingkat ekonomi penduduk (Supariasa, 2002).

Secara rasional, program yang bersifat preventif sebaiknya diarahkan pada semua faktor yang terlibat dalam kesehatan masyarakat disuatu daerah tertentu. Faktor ekologi yang berhubungan dengan penyebab malnutrisi dibagi dalam enam kelompok yaitu keadaan infeksi, konsumsi makanan, pengaruh budaya, sosial ekonomi, produksi pangan serta kesehatan dan pendidikan (Supariasa, 2002).

4. Pengertian Malnutrisi

Malnutrisi adalah suatu keadaan tidak terpenuhinya energi, protein atau keduanya dari asupan makanan. Malnutrisi pada pasien bisa terjadi karena dua hal yaitu 1) proses penyakit yang dideritanya yang bisa mempengaruhi asupan makanan, meningkatkan kebutuhan, merubah metabolisme dan bisa terjadi malabsorpsi; 2) tidak adekuatnya asupan kalori makanan yang dikonsumsi oleh pasien. Umumnya kedua hal ini secara bersama-sama menyebabkan malnutrisi pada pasien

selama dirawat di Rumah Sakit. Malnutrisi merupakan masalah yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di Rumah Sakit serta menjadi suatu masalah kesehatan karena angka prevalensinya cukup tinggi tidak hanya di negara berkembang tetapi juga negara maju.

5. Penelitian yang dilakukan untuk mengetahui prevalensi dari malnutrisi.

Penelitian yang dilakukan di Belanda menunjukkan prevalensi malnutrisi mencapai 40%, Swedia 17%-47%, Denmark 28% dan Amerika 40%-50%. Penelitian di Amerika tahun 2006 didapatkan 69% dari pasien rawat inap di Rumah Sakit mengalami malnutrisi sejak 10 hari setelah dirawat. Penelitian di Jakarta menunjukkan sekitar 20%-60% pasien rawat inap di Rumah Sakit umum dalam kondisi malnutrisi saat masuk perawatan dan 69% cenderung menurun status gizinya selama rawat inap di rumah sakit. Penelitian di Rumah Sakit Ciptomangunkusumo Jakarta tahun 2009 mencatat prevalensi malnutrisi sebesar 45,9% pasien di bagian bedah digestif menderita malnutrisi, di bagian penyakit dalam RSPAD Gatot Subroto Jakarta tahun 2001 sebanyak 47,76% pasien yang dirawat menderita gizi kurang sedangkan di bagian penyakit dalam RSHS Bandung menunjukkan pasien malnutrisi sebanyak 71,8% dan malnutrisi berat 28,9%.

Malnutrisi yang terjadi pada pasien di Rumah Sakit adalah hal yang dapat diatasi dengan pemberian dukungan terapi gizi optimal dan tepat bagi pasien. Pada pasien tersebut sejak awal masuk Rumah Sakit hendaknya dilakukan penilaian dan pemantauan status gizi selama perawatan. Hal ini ditujukan untuk mengidentifikasi individu-individu yang membutuhkan terapi gizi segera, mencegah agar seseorang yang masih sehat tidak menderita masalah gizi, serta menghindari komplikasi lebih lanjut jika seseorang telah menderita masalah gizi. Penilaian status gizi ini jarang sekali dilakukan di Rumah Sakit. Studi di Canada

(Singh H dkk, 2006) bahwa hanya sebagian kecil staf Rumah Sakit yang dapat mengidentifikasi keadaan malnutrisi pada pasien yang dirawat. Hal ini disebabkan kurangnya komunikasi antara tenaga medis (dokter, perawat dan ahli gizi), ketidakmampuan dalam mengetahui manifestasi malnutrisi, ketidakjelasan tanggung jawab perawatan, kesimpangsiuran waktu pemeriksaan medis yang menyebabkan kelalaian jadwal makan pasien serta ketidaktersediaan alat uji laboratoris untuk menilai status gizi. Malnutrisi pada pasien terjadi selama periode rawat inap serta berkaitan dengan penyakit yang mendasari yang mencetuskan anoreksia, disfagia, gangguan pencernaan dan hiperkatabolik (Nurparida, 2012).

D. Tinjauan Umum Tentang Skrining disfagia

1. Pengertian

Skrining untuk pengendalian penyakit adalah pemeriksaan orang – orang asimtomatik untuk mengklasifikasikan mereka ke dalam kategori yang diperkirakan mengidap atau diperkirakan tidak mengidap penyakit yang menjadi objek skrining.

Contoh uji skrining antara lain yaitu pemeriksaan rontgen, pemeriksaan sitologi, dan pemeriksaan tekanan darah. Uji skrining tidaklah diagnostik. Orang – orang dengan temuan positif atau mencurigakan harus dirujuk ke dokter untuk diagnosis dan pengobatannya.

2. Tujuan Skrining

Tujuan skrining untuk mengurangi morbiditas atau mortalitas dari penyakit dengan pengobatan dini terhadap kasus – kasus yang ditemukan. Program diagnosis dan pengobatan dini hampir selalu diarahkan kepada penyakit tidak menular, seperti kanker, diabetes mellitus, glaucoma dan lain – lain. Semua skrining dengan sasaran pengobatan dini ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi orang – orang

asimtomatik yang beresiko mengidap gangguan kesehatan serius. Dalam konteks ini, penyakit adalah setiap karakteristik anatomi (misalnya kanker atau aterosklerosis), fisiologi (misalnya hipertensi atau hiperlipidemia), ataupun perilaku (misalnya kebiasaan merokok) yang berkaitan dengan gangguan kesehatan yang serius ataupun kematian.

3. Cara Melakukan Skrining

Sebelum melakukan skrining, terlebih dahulu harus ditentukan penyakit atau kondisi medis apa yang akan dicari pada skrining. Kriteria untuk menentukan kondisi medis yang akan di cari adalah :

- 1) Efektivitas pengobatan yang akan diberikan apabila hasil skrining positif
- 2) Beban penderitaan yang ditimbulkan oleh kondisi tersebut
- 3) Akurasi uji skrining

Adapun cara untuk melakukan skrining disfagia untuk pasien gangguan sistem saraf yaitu dengan pemeriksaan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*. *GUSS* merupakan skrining sederhana yang dapat menentukan tingkat keparahan disfagia dengan mengevaluasi nutrisi cairan dan noncairan, dimulai dari tekstur noncairan, suatu metode cepat dan reliabel untuk mengidentifikasi pasien stroke dengan disfagia dan risiko aspirasi. Tujuan: Mengurangi risiko aspirasi seminimal mungkin, Mengakses tingkatan keparahan disfagia dan risiko aspirasi, Merekomendasikan diet yang sesuai.

Prosedur Pemeriksaan Pasien hendaknya duduk di bed setengah duduk minimal 60° dan dalam kondisi sadar setidaknya 15 menit. Pemeriksaan *GUSS* dibagi 2 bagian: asesmen preliminary (bagian 1, test menelan tidak langsung) dan test menelan langsung (bagian 2), yang terdiri dari 3 subtest. Keempat subtest harus dikerjakan secara

runtun. Pasien harus dapat menyelesaikan seluruh subtes untuk meraih 5 poin di setiap subtest. Jika nilai subtest < 5 poin, pemeriksaan dihentikan dan dilanjutkan rekomendasi diet yang sesuai atau pemeriksaan penunjang berikutnya yaitu videofluoroscopy atau fiberoptic endoscopy. kemampuan menelan normal tanpa risiko aspirasi. Nilai tertinggi: 20. Untuk mengetahui lebih jelas tentang *GUSS* kita dapat melihat pada format *GUSS* berikut ini.

GUSS

(GUGGING SWALLOWING SCREEN)

Pasien	Tanggal :	
	Waktu :	
	Peneliti :	
1. Preliminary Investigation / Indirect Swallowing Test (Test Menelan Tidak Langsung)		
	Ya	Tidak
Vigilance (Kewaspadaan) <i>(Pasien Sadar Minimal 15 menit)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Batuk dan atau Berdehem <i>(batuk yang disengaja atau pasien berdehem dua kali)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Menelan Air Ludah		
• Menelan dengan baik	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Ngiler	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Perubahan suara (serak, lemah)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL	5	

2. Direct Swallowing Test (Test Menelan Langsung) (material: Aqua, sendok teh, pengental makanan, roti kering)			
In the following order (dalam urutan sebagai berikut):	1 →	2 →	3 →
	Semisolid (Setengah Padat) *	Liquid (Cair) **	Solid (Padat) ***
Deglutition (Proses Menelan):			
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak dapat menelan • Menelan tertunda (> 2 detik, bahan padat > 10 detik) • Menelan dengan baik 	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Batuk (tidak disengaja): (sebelum, selama, setelah sampai 3			

<p>menit kemudian).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak 	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>
<p>Drooling (Ngiler):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak 	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>
<p>Perubahan Suara (suara diperhatikan sebelum dan sesudah menelan, kata “oh”):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak 	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>
<p>TOTAL</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>5</p>

Petunjuk Test Menelan Langsung	
*	Pertama berikan $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ sendok teh air aqua dicampur dengan pengental makanan (konsistensi menjadi seperti pudding). Bila tidak ada gejala dilanjutkan 3-5 sendok teh. Assesment dibuat setelah 5 sendok teh penuh
**	Subtest menelan cairan diawali dengan 3 ml aqua, jika menelan berhasil dilanjutkan dengan peningkatan volume 5, 10 dan 20 ml aqua sampai 50 ml. (Daniels et al, 2000; Gottlieb et al, 1996). Dibuat asesment dan pemeriksaan dihentikan jika ditemukan salah satu kriteria pada subtest.
***	Klinis : roti kering; FEES: roti kering yang dilarutkan pada cairan berwarna. Pemeriksaan penunjang fungsional seperti Videofluoroscopic Evaluation Of Swallowing (VFES), Fiberoptic Endoscopic Evaluation Of Swallowing (FEES).
Kesimpulan dan Interpretasi	
Sum / total test menelan tidak langsung	(5)
Sum / total test menelan langsung	(15)
Total	(20)

Jumlah		Kriteria keparahan disfagia	Rekomendasi
20	Semipadat / cair dan tekstur padat ditelan dengan baik	Tidak ada disfagia / disfagia ringan resiko aspirasi minimal	<ul style="list-style-type: none"> • Diet normal • Cairan reguler • Pertama kali dibawah supervisi terapis dan perawat stroke yang ahli.
15-19	Tekstur padat dan cair ditelan dengan baik dan tekstur padat gagal	Disfagia ringan dengan resiko rendah terjadi aspirasi	<ul style="list-style-type: none"> • Diet disfagia (pure / makanan lunak) • Tekstur cairan diberikan dengan pelan, sesekali waktu • Perlu pemeriksaan lebih lanjut: FEES, VFES • Rujuk ke terapis bahasa dan bicara
10-14	Tekstur semipadat ditelan dengan baik dan tekstur cair gagal	Disfagia moderat dengan resiko aspirasi	<p>Diet disfagia dimulai dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekstur semipadat

			<p>seperti makanan bayi dan tambahan nutrisi parenteral</p> <ul style="list-style-type: none">• Semua tekstur cairan harus disempadatkan• Obat tablet harus dihaluskan dan dicampur dengan cairan kental• Tanpa medikasi cairan per os• Pemeriksaan lebih lanjut untuk asesment menelan (FEES, VFES)• Rujuk ke terapis bahasa dan bicara <p><i>(Suplementasi dengan selang nasogastrik / NGT atau Parenteral)</i></p>
--	--	--	---

0-9	Test bagian pertama gagal atau tekstur semipadat gagal	Disfagia berat dengan resiko tinggi aspirasi	<ul style="list-style-type: none"> • NPO (Non Per Os/ tidak ada nutrisi melalui mulut) • Pemeriksaan lebih lanjut (FEES, VFES) • Rujuk ke terapis bahasa dan bicara <p><i>(suplementasi dengan selang nasogastrik / NGT atau Parenteral)</i></p>
------------	--	--	---

4. Manfaat Skrining

- a. Diharapkan angka mortalitas (kematian) menjadi lebih rendah
- b. Penurunan angka morbiditas (kesakitan) dan biaya kesehatan yang lebih rendah.
- c. Meningkatnya harapan hidup sehat dan kualitas hidup, berkurangnya rasa nyeri, kecemasan dan ketidakmampuan.

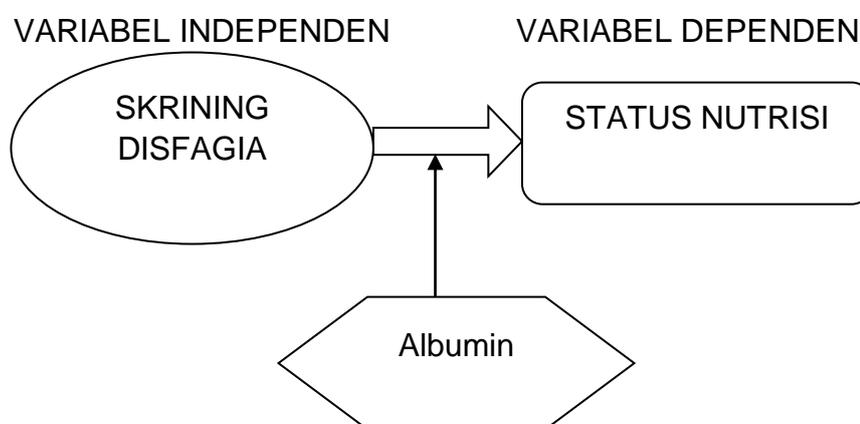
BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Status nutrisi merupakan keadaan gizi seseorang yang dilihat pada IMT/BMI, di mana pada pasien dengan gangguan sistem persarafan IMT/BMI-nya dapat diukur dari BB & TB. IMT/BMI dapat digunakan untuk melihat dan memantau tingkat defisiensi energi yang menandakan bahwa status nutrisi pasien tersebut mengalami penurunan yang drastis. Kondisi ini dinamakan Malnutrisi. Malnutrisi dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti kurangnya nafsu makan (Anoreksia), gangguan pencernaan, hiperkatabolik dan Disfagia (gangguan menelan). Untuk mengetahui seseorang mengalami disfagia maka perlu dilakukan skrining disfagia, untuk mendeteksi gangguan menelan secara dini, sehingga masalah nutrisi cepat diatasi. Konsep pada penelitian ini, peneliti menyajikan kerangka konsep untuk mempermudah memahami permasalahan yang sedang diteliti.

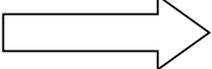
Kerangka konsep penelitian digambarkan dalam skema berikut:



Keterangan:

 : Variabel Independen

 : Variabel Dependen

 : Penghubung Variabel

 : Variabel Moderator

B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang diterima pada penelitian ini adalah ada perbedaan IMT (Indeks Massa Tubuh) pasien pada kelompok intervensi dan kontrol yang dilakukan skrining disfagia.

C. Defenisi Operasional

1. Variabel Independen: Skrining Disfagia

Tabel 3.1 Variabel Independen

Defenisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
Skrining sederhana yang digunakan untuk melihat gangguan menelan dengan menggunakan Gugging Swallowing Screen (GUSS)	Gugging Swallowing Screen (GUSS)			<p>Kelompok Intervensi: kelompok yang dilakukan skrining disfagia</p> <p>Kelompok Kontrol: dilakukan terapi menelan sesuai kebiasaan rumah sakit</p>

2. Variabel Dependen: Status Nutrisi

Tabel 3.2 Variabel Dependen

Defenisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
Keadaan gizi seseorang yang dilihat pada IMT/ BMI	BB, TB	Antropometri Gizi	Numerik (rasio)	<ul style="list-style-type: none"> • Underweight, jika $IMT < 18,5$ • Normal jika $IMT 18,5-25$ • Overweight ($> 10\%$ BB Ideal), jika $IMT 25,1-27$ • Obesitas ($> 20\%$ BB Ideal), jika $IMT > 27$

BAB IV

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran ilmu pengetahuan atau pemecahan suatu masalah yang pada dasarnya menggunakan metode ilmiah. Pada bagian metode penelitian difokuskan pada bagaimana penelitian dilaksanakan agar tujuan atau masalah dapat dijawab.

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah Quasi eksperimental design dengan menggunakan pendekatan Nonequivalent Control Group Design (*pretest-posttest control group design*) di mana dalam desain ini terdapat dua kelompok yang tidak dipilih secara random kemudian diberi pretest-posttest untuk mengetahui perbedaan BB antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah dilakukan skrining disfagia, yang bertujuan untuk mengetahui adanya dampak skrining disfagia terhadap status nutrisi pasien gangguan sistem persarafan. Variabel independen dalam penelitian ini adalah Dampak skrining disfagia sedangkan variabel dependennya adalah Status nutrisi pada pasien gangguan sistem persarafan

Tabel 4.1 Kerangka Penelitian

Subjek	Pre	Perlakuan	Post
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B

Keterangan:

K= Kelompok Subjek	I = Intervensi
K-A = Kelompok Perlakuan	O1-A = Observasi akhir kelompok perlakuan
K-B = Kelompok Tanpa Perlakuan	O1-B = Observasi akhir kelompok tanpa perlakuan
O = Observasi	

B. Tempat Dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan februari 2016 sampai selesai.

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian yang akan diteliti. Oleh karena itu, dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah semua pasien gangguan sistem saraf yang di rawat Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah semua pasien gangguan sistem persarafan yang akan dilakukan skrining disfagia yang ada di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar menggunakan teknik non *probability sampling* dengan pendekatan *convenience sampling/ accidental sampling* yaitu tehnik pengambilan sampel secara kebetulan yaitu siapa saja yang secara kebetulan/insidental bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data (Sugiyono, 2013). Penelitian ini menggunakan kriteria inklusi.

a. Kriteria Inklusi

- 1) Pasien dengan diagnosa mengalami gangguan persarafan
- 2) Pasien dengan GCS 13-15
- 3) Dirawat pada hari pertama dan kedua di Rs. Labuang Baji Makassar
- 4) Bersedia menjadi responden

D. Instrumen Penelitian

Alat ukur penelitian ini adalah test/ uji skrining disfagia menggunakan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)* dan penilaian antropometri gizi yang dilihat dari IMT melalui pengukuran dengan menggunakan timbangan untuk mengukur Berat Badan (BB) Dan meteran untuk mengukur Tinggi Badan (TB) dan Lingkar Lengan Atas (LLA). Dalam penelitian ini diberikan perlakuan skrining disfagia mulai hari pertama perawatan hingga hari ke-6 dan dilakukan pengukuran sebelum dilakukan intervensi maupun setelah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, kemudian dinilai untuk memperoleh data atau informasi mengenai pasien gangguan sistem persarafan yang mengalami resiko malnutrisi dan malnutrisi di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

E. Pengumpulan Data

Peneliti ingin menyampaikan langkah kerja penelitian dengan judul “Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pasien Gangguan Sistem Persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar”. Adapun tahap-tahap dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Setelah dilakukan penyusunan proposal dan dipertanggung jawabkan didepan penguji tanggal 01 Februari 2016 dinyatakan siap untuk melanjutkan judul tersebut ketahap penelitian dan penyusunan skripsi. Setelah dipertanggung jawabkan didepan penguji , peneliti melakukan revisi pada tanggal 05-08 Februari 2016 dan disetujui oleh penguji dan pembimbing untuk lanjut ketahap berikutnya yaitu melakukan penelitian.

2. Setelah surat ijin penelitian disetujui oleh Direktur Rumah Sakit Labuang Baji Makassar tanggal 21 Februari 2016, peneliti mulai melakukan penelitian dari tanggal 22 Februari 2016 di beberapa ruangan perawatan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar yaitu ICU, Baji Pamai 1, Baji Pamai 2, Baji Dakka dan Instalasi Gizi.
3. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan penelitian terlebih dahulu pada 15 responden pasien gangguan persarafan dengan GCS > 13 di ruangan ICU yang telah diskruining dan diberikan intervensi oleh ahli gizi sesuai dengan keadaan dan kebutuhan pasien kemudian setelah 15 responden kelompok intervensi telah memenuhi kriteria sampel maka dilakukan penelitian pada 15 responden pada kelompok kontrol.
4. Dalam proses penelitian, sebelum dilakukan penelitian pada pasien gangguan sistem persarafan yang masuk hari pertama dan kedua perawatan dengan GCS > 13, peneliti memberikan informed consent kepada keluarga pasien sebagai tanda persetujuan melakukan penelitian pada pasien tersebut. Peneliti memberikan penjelasan tentang jalannya penelitian dan tujuan penelitian kepada keluarga pasien.
5. Setelah disetujui oleh keluarga pasien untuk melakukan penelitian pada pasien, peneliti melakukan pengukuran IMT sebelum dilakukan skrining disfagia pada pasien dengan menggunakan penilaian antropometri gizi dan formulir *GUSS (Gugging Swallowing Screen)* kemudian mengelompokkan pasien mana yang mengalami disfagia, underweight / malnutrisi, normal / nutrisi baik dan overweight / kelebihan nutrisi.
6. Setelah dilakukan skrining disfagia dan pengelompokan pasien, peneliti membawa hasil skrining disfagia pasien gangguan sistem persarafan untuk kelompok intervensi ke instalasi gizi dan ahli gizi memberikan intervensi yang sesuai dengan hasil skrining pasien. Pasien laki-laki dengan status malnutrisi dan resiko malnutrisi diberikan nutrisi parenteral / enteral sebesar 2000-2500 kkal per hari atau dalam waktu 24 jam sedangkan pasien perempuan diberikan nutrisi parenteral / enteral sebesar 1600-1900 kkal. Cara ini akan memasukkan nutrisi dengan

kecepatan yang lebih lambat sehingga mengurangi komplikasi seperti mual dan diare dan diberikan dalam selang waktu (2-3 jam). Nutrisi parenteral / enteral yang diberikan mengandung sejumlah kalori dari unsur protein, lemak dan hidrat arang dalam bentuk tepung susu, minyak nabati serta glukosa disamping mengandung vitamin dan mineral. Pasien yang mengalami malnutrisi dengan komplikasi infeksi diberikan suplemen dengan kandungan tinggi protein untuk mengatasi proses pemecahan protein jaringan dan selama 6 hari perawatan, peneliti ikut dalam pemberian makanan dan memperhatikan proses pemberian makanan pasien. Setelah 6 hari perawatan, peneliti melakukan post test pada pasien gangguan persarafan.

7. Setelah kelompok intervensi telah memenuhi jumlah sampel yang telah ditentukan, peneliti melakukan penelitian pada responden kelompok kontrol dimana dilakukan skrining gizi dengan menggunakan *Formulir Gugging Swallowing Screen* pada pasien baru masuk dan hasil pengelompokan pasien tidak dibawa ke instalasi gizi dan diberikan intervensi sesuai kebiasaan Rumah Sakit dan setelah 6 hari dirawat, peneliti melakukan post test dengan menggunakan formulir penilaian antropometri gizi untuk mengukur IMT pasien.
8. Setelah jumlah responden memenuhi jumlah sampel yang telah ditentukan yaitu 30 sampel, 15 sampel kelompok intervensi dan 15 sampel kelompok kontrol maka penelitian berakhir pada tanggal 22 Maret 2016 di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.
9. Setelah data-data terkumpul dan dilakukan pengecekan ulang, maka peneliti membuat master tabel.

Dalam penelitian ini, dipandang perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris Makassar atas pihak lain dan mengajukan permohonan izin kepada institusi tempat penelitian dalam hal ini Rumah Sakit Labuang Baji Makassar. Setelah mendapat persetujuan barulah dilakukan penelitian dengan etika sebagai berikut:

a. Etika Penelitian

1) Informed Consent

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai jadwal penelitian dan manfaat penelitian. Bila subyek menolak, maka peneliti tidak akan memasukkan dan menghormati hak-hak responden.

2) Anomity (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar observasi atau alat ukur lainnya dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan di sajikan.

3) Confidentiality

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah di kumpulkan di simpan dalam disk dan hanya bisa di akses oleh peneliti dan pembimbing.

b. Data-data yang dikumpulkan

1) Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari responden yang berasal dari lembar pengkajian pasien gangguan persarafan (*Gugging Swallowing Screen*) dan penilaian antropometri gizi untuk mengetahui resiko malnutrisi dan malnutrisi pada pasien yang akan menjadi sampel penelitian.

2) Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari data rekam medik pasien yang ada di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

Setelah data tersebut diperoleh, dimasukkan kedalam pengujian statistic untuk memperoleh kejelasan tentang gambaran hubungan variabel independen dan variabel dependen.

F. Pengolahan Dan Penyajian Data

Setelah data dikumpulkan, data tersebut kemudian diolah dengan prosedur pengolahan data yaitu:

1. Editing Data

Editing dilakukan untuk memeriksa ulang jumlah dan meneliti kelengkapan data diantaranya kelengkapan ketentuan identitas pengisi dan kelengkapan lembar observasi sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi dengan segera oleh peneliti.

2. Koding

Koding dilakukan untuk memudahkan pengolahan data dengan cara memberikan simbol-simbol tertentu setiap kali dilakukan pengamatan atau observasi.

3. Tabulasi

Dilakukan dengan mengelompokkan data disesuaikan dengan variabel yang diteliti yaitu skrining disfagia (variabel independent) dan status nutrisi (variabel dependent). Setelah data terkumpul dan tersusun, selanjutnya data dikelompokkan dalam suatu tabel menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.

G. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan frekuensi dan persentase dari masing-masing kelompok yang diukur yaitu kelompok intervensi dan kontrol.

2. Analisis Bivariat

a. Uji Wilcoxon

Analisa bivariat pada penelitian ini menggunakan bantuan perhitungan SPSS versi 20 (Statistical Program for Social Science), untuk membandingkan pengukuran sebelum diberikan intervensi (Skrining Disfagia) dan setelah diberikan intervensi baik pada kelompok

intervensi maupun pada kelompok kontrol, nilai permaknaan $\alpha = 0,05$, dengan interpretasi hasil:

- 1) Jika $p < \alpha$, H_a diterima dan H_0 ditolak artinya ada perbedaan IMT (Indeks Massa Tubuh) yang bermakna sebelum dan setelah dilakukan skrining disfagia
- 2) Jika $p \geq \alpha$, H_0 diterima dan H_a ditolak artinya tidak ada perbedaan IMT (Indeks Massa Tubuh) yang bermakna sebelum dan sesudah dilakukan skrining disfagia.

b. Uji Mann-whitney

Uji ini digunakan untuk mengetest signifikansi perbedaan antara dua populasi khusus untuk dua sampel yang independent.

Pada uji ini kita melihat perbedaan antara kelompok intervensi (Skrining Disfagia) dan kelompok kontrol (terapi menelan sesuai kebiasaan rumah sakit), nilai permaknaan $\alpha = 0,05$, dengan interpretasi hasil:

- 1) Jika $p < \alpha$, H_a diterima dan H_0 ditolak artinya ada dampak skrining disfagia terhadap status nutrisi pada pasien gangguan sistem persarafan.
- 2) Jika $p \geq \alpha$, H_0 diterima dan H_a ditolak artinya tidak ada dampak skrining disfagia terhadap status nutrisi pada pasien gangguan sistem persarafan.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang “Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pada Pasien Gangguan Sistem Persarafan Di RS. Labuang Baji Makassar” yang telah dilaksanakan pada tanggal 22 Februari sampai 22 Maret 2016. Pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *non probability sampling* dengan pendekatan *convenience sampling/accidental sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden yang terdiri dari 15 kelompok intervensi dan 15 kelompok kontrol, yang memenuhi kriteria inklusi.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian *Quasi-experiment design* dengan rancangan penelitian *pre-test and post-test non equivalent control group*. Penelitian ini dilakukan dengan cara dilakukan observasi dan pengukuran sebelum dan sesudah diberikan skrining disfagia pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Sumber data penelitian adalah data primer dan sekunder. Data primer adalah data yang berkaitan dengan variabel penelitian yang diperoleh langsung dari responden sedangkan data sekunder adalah data pendukung penelitian yang dari catatan rekam medik Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

Instrument pengumpulan data yang digunakan adalah formulir *The Gugging Swallowing Screen* (GUSS) dan pengolahan data menggunakan *computer program SPSS for windows versi 20*. Kemudian selanjutnya data dianalisis dengan menggunakan uji *Wicolxon* dan *Man-Withney*.

2. Gambaran Umum Tentang Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Labuang Baji terletak di bagian selatan Kecamatan Mamajang Kota Makassar tepatnya di Jalan Dr. Ratulangi No. 81 Makassar. Adapun batas - batas geografis RSUD Labuang Baji adalah sebagai berikut :

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Jalan Landak Lama
- b. Sebelah timur berbatasan dengan Jalan Tupai
- c. Sebelah selatan berbatasan dengan Perumahan Pendeta Ekss
- d. Sebelah barat berbatasan dengan Jalan Dr. Ratulangi

Tugas pokok dari RSUD Labuang Baji adalah pelayanan kesehatan dan penyembuhan penderita serta pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa sesuai dengan peraturan perundang- undangan yang berlaku. Rumah Sakit Labuang Baji tidak hanya memberikan kegiatan pelayanan akan tetapi lebih memetingkan kesehatan jasmani maupun rohani dari setiap orang, oleh karena itu RS. Labuang Baji berusaha untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada masyarakat baik yang bersifat penyembuhan, pemulihan, pencegahan maupun peningkatan serta ditunjang oleh kualitas sumber daya manusia serta dijadikan sebagai pusat pengembangan ilmu pengetahuan.

Adapun visi dan misi dari RS. Labuang Baji Makassar tersebut adalah:

a. Visi

Rumah Sakit unggulan Sulawesi Selatan

b. Misi

- 1) Mewujudkan profesionalisme sumber daya manusia
- 2) Meningkatkan sarana dan prasarana rumah sakit
- 3) Memberikan pelayanan prima
- 4) Efisiensi biaya rumah sakit
- 5) Meningkatkan kesejahteraan karyawan

3. Penyajian Karakteristik Data Umum

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Pasien Gangguan Sistem Persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar

Usia	Frekuensi (f)	Persentase (%)
< 48	3	10.0
< 56	4	13.3
< 64	8	26.7
< 72	9	30.0
< 87	6	20.0
Total	30	100.0

Sumber: data primer, 2016

Berdasarkan tabel 5.1 di atas dapat diketahui distribusi frekuensi responden berdasarkan usia pasien gangguan sistem persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, dari 30 pasien diperoleh data jumlah responden terbanyak berada pada kelompok umur yang berusia < 72 yaitu usia 64-71 sebanyak 9 (30%) responden, dan jumlah responden terkecil berada pada kelompok umur yang berusia < 48 yaitu usia 40-47 sebanyak 3 (10%) responden.

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Gangguan Sistem Persarafan Di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Perempuan	20	66.7
Laki-laki	10	33.3
Total	30	100.0

Sumber : Data primer, 2016

Berdasarkan tabel 5.2 diatas dapat diketahui distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin pasien gangguan sistem persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, dari 30 responden diperoleh data jumlah responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 20 (66.7%) responden dan jumlah responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 10 (33.3%) responden.

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Diagnosa Penyakit

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Diagnosa Penyakit Pasien Gangguan Sistem Persarafan Di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar

Diagnosa Penyakit	Frekuensi (f)	Persentase (%)
NHS	13	43.3
HS	10	33.3
Trauma Kepala	7	23.3
Total	30	100.0

Sumber : Data primer, 2016

Berdasarkan tabel 5.3 diatas dapat diketahui distribusi frekuensi responden berdasarkan diagnosa penyakit pasien gangguan sistem persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, dari 30 responden diperoleh data jumlah responden yang paling banyak yaitu pasien dengan diagnosa NHS (Non Hemoragic Stroke) sebanyak 13 (43.3%) responden, HS (Hemoragic Stroke) sebanyak 10 (33.3%) responden dan Trauma Kepala sebanyak 7 (23.3%) responden.

d. Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Responden Di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar

Kelompok	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Intervensi	15	50.0
Kontrol	15	50.0
Total	30	100.0

Sumber : Data primer, 2016

Berdasarkan tabel 5.4 diatas, dapat diketahui distribusi frekuensi responden berdasarkan kelompok responden di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, dari 30 responden diperoleh data kelompok intervensi sebanyak 15 (50.0%) responden dan kelompok kontrol sebanyak 15 (50.0%) responden.

4. Hasil analisis Variabel yang diteliti

Setelah data terkumpul dilakukan pemeriksaan kelengkapan dan kemudian data diolah, dengan menyajikan analisa data univariat terhadap setiap variabel dengan menghasilkan distribusi frekuensi dan

persentase serta analisa bivariat untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan dependen.

a. Analisa Univariat

- 1) Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum pada kelompok intervensi sebelum diberikan skrining disfagia.

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Berdasarkan IMT Sebelum Responden Pada Kelompok Intervensi Sebelum Diberikan Intervensi Skrining Disfagia

IMT Pre	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Underweight	13	86.7
Normal	2	13.3
Total	15	100.0

Sumber: Data primer, 2016

Berdasarkan tabel 5.5 diatas, dapat diketahui distribusi frekuensi berdasarkan IMT (Indeks Massa Tubuh) sebelum responden pada kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi skrining disfagia pada pasien gangguan persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, dari 15 responden yang termasuk dalam kelompok intervensi diperoleh distribusi data berdasarkan hasil IMT Sebelum responden diberikan intervensi skrining disfagia yaitu responden dengan underweight sebanyak 13 (86,7%) responden dan responden dengan IMT normal sebanyak 2 (13,3%) responden.

2) Indeks Massa Tubuh (IMT) Sesudah pada Kelompok Intervensi
Sesudah Dilakukan Skrining Disfagia

Tabel 5.6

Distribusi Frekuensi Berdasarkan IMT Sesudah Responden Pada
Kelompok Intervensi Sesudah Diberikan Intervensi Skrining
Disfagia

IMT Post	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Underweight	4	26.7
Normal	11	73.3
Total	15	100.0

Sumber: Data primer, 2016

Berdasarkan tabel 5.6 diatas, dapat diketahui distribusi frekuensi berdasarkan IMT Sesudah responden pada kelompok intervensi sesudah diberikan intervensi skrining disfagia pada pasien gangguan persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, dari 15 responden yang termasuk dalam kelompok intervensi diperoleh distribusi data berdasarkan hasil IMT Sesudah responden sesudah diberikan intervensi skrining disfagia yaitu yang mengalami Underweight sebanyak 4 (26,7%) responden dan yang normal sebanyak 11 (73,3%) responden.

3) Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum pada kelompok kontrol sebelum dilakukan skrining disfagia

Tabel 5.7

Distribusi Frekuensi Berdasarkan IMT Sebelum Responden Pada Kelompok Kontrol Sebelum Dilakukan Skrining Disfagia

IMT Pre	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Underweight	12	80.0
Normal	2	13.3
Overweight	1	6.7
Total	15	100.0

Sumber: Data primer, 2016

Berdasarkan tabel 5.7 diatas, dapat diketahui distribusi frekuensi berdasarkan IMT Sebelum responden pada kelompok kontrol sebelum diberikan intervensi skrining disfagia pada pasien gangguan persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, dari 15 responden yang termasuk dalam kelompok kontrol diperoleh distribusi data berdasarkan hasil IMT Sebelum responden, sebelum diberikan intervensi skrining disfagia yaitu responden dengan underweight sebanyak 12 (80%) responden, responden dengan IMT normal sebanyak 2 (13,3%) dan responden dengan overweight sebanyak 1(6,7%).

4) Indeks Massa Tubuh (IMT) Sesudah pada Kelompok Kontrol
Sesudah Dilakukan Skrining Disfagia

Tabel 5.8

Distribusi Frekuensi IMT Sesudah Responden Pada Kelompok
Kontrol Sesudah Dilakukan Skrining Disfagia

IMT Post	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Underweight	11	73.3
Normal	3	20.0
Overweight	1	6.7
Total	15	100.0

Sumber: Data primer, 2016

Berdasarkan tabel 5.8 diatas, dapat diketahui distribusi frekuensi berdasarkan IMT Sesudah responden pada kelompok kontrol sesudah diberikan intervensi skrining disfagia pada pasien gangguan persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, dari 15 responden yang termasuk dalam kelompok kontrol diperoleh distribusi data berdasarkan hasil IMT Sesudah responden, sesudah diberikan intervensi skrining disfagia yaitu responden dengan underweight sebanyak 11 (73,3%) responden, responden dengan IMT normal sebanyak 3 (20%) dan responden dengan overweight sebanyak 1(6,7%).

b. Analisa Bivariat

Dalam penelitian ini, analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui adanya Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pada Pasien Gangguan Sistem Persarafan Di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

1) Analisis Perbedaan IMT Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Skrining Disfagia Pada Kelompok Intervensi

Tabel 5.9

Analisis Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pada Kelompok Intervensi Pasien Gangguan Sistem Persarafan Di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar

IMT	n	%	Z	P
IMT Post < IMT Pre	0	0.0	- 3,0	0,003
IMT Post > IMT Pre	9	60		
IMT Post = IMT Pre	6	40		
Total	15	100		

Sumber : Data primer, 2016

Berdasarkan tabel 5.9 diatas, dapat diketahui hasil analisa dengan menggunakan uji statistic Wilcoxon pada kelompok intervensi, diperoleh nilai $p = 0.003$ dengan nilai $\alpha = 0.05$. Hal ini berarti bahwa nilai $p < \alpha$, dengan demikian hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis alternative (H_a) diterima, hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan IMT (Indeks Massa Tubuh) yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan skrining disfagia pada pasien gangguan persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

2) Analisis Perbedaan IMT Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Skrining Disfagia Pada Kelompok Kontrol

Tabel 5.10
Analisis Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pada Kelompok Kontrol Pasien Gangguan Sistem Persarafan Di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar

IMT	n	%	Z	P
IMT Post < IMT Pre	1	6.7	- 0,577	0,564
IMT Post > IMT Pre	2	13.3		
IMT Post = IMT Pre	12	80.0		
Total	15	100		

Sumber: Data primer 2016

Berdasarkan tabel 5.10 diatas, dapat diketahui hasil analisa dengan menggunakan uji statistic wicolxon pada kelompok kontrol, diperoleh nilai $p = 0.564$ dengan nilai $\alpha = 0.05$. Hal ini berarti bahwa nilai $p > \alpha$, dengan demikian hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan IMT (Indeks Massa Tubuh) yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan skrining disfagia pasien gangguan persarafan pada kelompok kontrol di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

3) Analisis perbedaan rerata IMT responden pada kelompok intervensi dan kontrol

Tabel 5.11

Analisis Perbedaan Rerata IMT Responden Sesudah Intervensi Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar

Kelompok	n	Mean	P Value
Intervensi	15	18,63	0,027
Kontrol	15	12,37	
Total	30		

Sumber: Data primer 2016

Berdasarkan tabel 5.11 diatas, diketahui rerata IMT sesudah intervensi gizi pada kelompok intervensi adalah 18,63 sementara rerata IMT sesudah intervensi pada kelompok kontrol 12,37. Berdasarkan hasil uji *Mann-Whitney* yang dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, setelah diberikan intervensi skrining disfagia pada kelompok intervensi dan intervensi skrining disfagia sesuai kebiasaan Rumah Sakit pada kelompok kontrol didapat nilai $p = 0.027$ dengan nilai $\alpha = 0.05$, yang artinya $p < \alpha$. Dengan demikian hal ini menunjukkan ada perbedaan rerata IMT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah pemberian intervensi skrining disfagia pada pasien gangguan persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

B. Pembahasan

1. Indeks Massa Tubuh (IMT) Pasien Gangguan Persarafan Sebelum dan Sesudah Dilakukan Skrining Disfagia Pada Kelompok Kontrol.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 15 orang pasien gangguan persarafan yang telah dilakukan skrining disfagia dan dirawat hari pertama dan kedua perawatan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, diperoleh data hasil skrining disfagia responden sebelum diberikan intervensi pada kelompok kontrol yaitu yang mengalami underweight (gizi kurang) sebanyak 12 (80%) responden, normal sebanyak 2 (13,3%) responden dan yang mengalami overweight sebanyak 1 (6,7%), sedangkan hasil skrining disfagia responden sesudah diberikan intervensi selama 6 hari perawatan sesuai kebiasaan rumah sakit pada kelompok kontrol, yang mengalami underweight/ malnutrisi sebanyak 11 (73,3%) responden, yang mengalami overweight atau kelebihan gizi sebanyak 1 (6,7%) responden dan yang normal sebanyak 3 (20%). Hasil uji *Wicolxon* di dapatkan p value 0.564 dengan nilai $\alpha = 0.05$ ($p < \alpha$), hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan IMT yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan skrining disfagia pasien gangguan sistem persarafan pada kelompok kontrol selama 6 hari perawatan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

Berdasarkan teori yang diungkapkan Nurparida, (2009) dalam jurnalnya bahwa faktor yang mempengaruhi terjadinya malnutrisi di Rumah Sakit adalah koordinasi yang kurang antar tim dan tenaga kesehatan, dimana monitoring, pencatatan berat badan dan tinggi badan yang tidak dilaksanakan, penyimpangan tanggung jawab petugas gizi dalam tata laksana gizi, penggunaan parenteral nutrisi yang terlalu lama dan kegagalan petugas dalam menangani asupan makanan.

Menurut Hafsteindo, dkk (2009) dalam penelitiannya dijelaskan bahwa terjadinya perburukan status nutrisi pasien neurologis dalam 6-10 hari perawatan disebabkan karena kurangnya pengetahuan perawat terhadap

status nutrisi pasien dan tidak adanya pemantauan secara khusus terhadap status nutrisi pasien gangguan persarafan serta kurangnya kerja sama antara perawat, ahli gizi dan dokter.

Menurut asumsi peneliti, terjadinya kejadian malnutrisi selama hari perawatan pasien gangguan sistem persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar disebabkan karena kordinasi yang kurang antar tim kesehatan, dimana monitoring gizi, pengukuran berat badan, tinggi badan pasien baru masuk dan yang sudah lama dirawat, jarang atau bahkan tidak pernah dilakukan skrining disfagia sehingga banyak pasien yang masuk Rumah Sakit dengan status nutrisi baik atau IMT normal dan beberapa hari perawatan jatuh kekejadian malnutrisi atau mengalami penurunan IMT yang berarti proses penyembuhan lama sehingga memperpanjang rawat inap dan biaya rumah sakit meningkat dan berdampak pada komplikasi lain.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang dikemukakan para ahli. Peneliti menyimpulkan bahwa skrining disfagia, penilaian antropometri gizi dan dukungan nutrisi sangat penting dilakukan pada pasien gangguan persarafan untuk meningkatkan kualitas hidup, menurunkan angka kematian dan mempercepat penyembuhan yang berarti mengurangi biaya Rumah Sakit secara bermakna pasien gangguan persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar dan yang ideal, pemberian nutrisi kepada pasien di Rumah Sakit baik secara enteral maupun parenteral seharusnya disupervisi oleh suatu tim gizi, kerja sama antara tim gizi dan tenaga kesehatan sangatlah penting dengan tujuan untuk memudahkan pelaksanaan nutrisi klinik bagi para staf dibangsal perawatan. Dengan menggunakan pendekatan multi-disipliner ini, keadaan pasien dapat terus dimonitor dan dibahas diantara para anggota tim yang dapat menggunakan keahlian masing-masing untuk memberikan dukungan nutrisi yang optimal kepada pasien.

2. Indeks Massa Tubuh Pasien Gangguan Persarafan Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi Skrining Disfagia Pada Kelompok Intervensi

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada 15 orang pasien gangguan sistem persarafan yang telah dilakukan skrining disfagia dengan lama perawatan selama 6 hari di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, diperoleh data hasil IMT responden sebelum diberikan intervensi skrining disfagia selama 6 hari perawatan pada kelompok intervensi yaitu yang mengalami Underweight sebanyak 13 (86,7%) responden dan yang normal sebanyak 2 (13,3%) responden sedangkan hasil skrining disfagia responden sesudah diberikan intervensi pada kelompok intervensi, yang mengalami Underweight 4 (26,7%) responden dan yang normal 11 (73,3%) responden. Hasil uji *Wicolxon* didapatkan p value 0.003 dengan nilai $\alpha = 0.05$ ($p < \alpha$), hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan resiko kejadian malnutrisi yang bermakna sebelum diberikan intervensi skrining disfagia dan sesudah diberikan intervensi skrining disfagia selama 6 hari perawatan pasien gangguan persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

Perubahan status nutrisi pasien gangguan sistem persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, dari 15 responden yang dijelaskan diatas ada 11 responden yang berhasil melakukan intervensi skrining disfagia dengan baik, dimana ada 9 responden yang saat masuk Rumah Sakit mengalami status nutrisi buruk atau malnutrisi dan setelah 6 hari perawatan terjadi perubahan status nutrisi baik atau IMT-nya normal dan 2 responden lain yang masuk dengan status nutrisi baik atau IMT-nya normal dan setelah 6 hari perawatan tetap mengalami status nutrisi baik atau IMT-nya normal tapi ada perubahan skoring pada formulir penilaian antropometri gizi.

Menurut Emanuel (2014), dalam teorinya mengatakan bahwa semua pasien harus diskruining saat masuk ke rumah sakit. Tujuannya adalah untuk mengelompokkan pasien dalam kelompok-kelompok yang memiliki resiko nutrisi dan kemudian menentukan pasien mana yang harus dirujuk untuk

dilakukan penilaian dan dukungan nutrisi lebih lanjut, yang dapat ditangani dengan menggunakan rencana nutrisi sebagai bagian dari perawatan biasa atau perawatan rumah yang rutin, dan yang tidak memiliki resiko malnutrisi, namun mungkin memerlukan skrining ulang pada interval waktu yang sedikit. Resiko malnutrisi dan malnutrisi tidak akan terjadi jika nutrisi adekuat diperoleh oleh pasien selama dalam masa perawatan (Julius, dkk. 2013).

Nutrisi adalah substansi organik yang dibutuhkan organisme untuk fungsi normal dari sistem tubuh, pertumbuhan dan pemeliharaan kesehatan. Nutrisi didapatkan dari makanan dan cairan yang selanjutnya diasimilasi oleh tubuh. Bukti-bukti medis menunjukkan bahwa akar dari banyak penyakit kronis adalah stres oksidatif yang disebabkan oleh berlebihnya radikal bebas didalam tubuh. Penggunaan nutrisi dalam level yang optimal, dikenal dengan *Optimal Daily Allowance (ODA)*, terbukti dapat mencegah dan menangani stress oksidatif sehingga membantu pencegahan penyakit kronis. Level optimal ini dapat dicapai bila jumlah dan komposisi nutrisi yang digunakan tepat. Dalam penanganan penyakit, penggunaan nutrisi sebagai pengobatan komplementer dapat membantu efektifitas dari pengobatan dan pada saat yang bersamaan mengatasi efek samping dari pengobatan. Karena itu, nutrisi/gizi sangat erat kaitannya dengan kesehatan yang optimal dan peningkatan kualitas hidup, tapi ketika nutrisi/gizi kurang dari kebutuhan tubuh atau malnutrisi maka akan menyebabkan terjadinya masalah kesehatan (Krisnansari, 2010).

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Chamimah (2011), di Rumah Sakit Tugurejo Semarang mengenai gambaran perubahan berat badan pasien rawat inap, dimana dari 57 pasien yang berpartisipasi dalam penelitian ini, pasien laki2 sebanyak 27 (47,4%) pasien dan pasien perempuan sebanyak 30 (52,6%) pasien dan rata-rata pasien dengan kategori diagnosis penyakit infeksi. Diperoleh data berat badan sampel saat awal masuk Rumah Sakit berada pada range 33-49 kg (36,8%) pasien, dan

setelah 6 hari perawatan terjadi perubahan berat badan berada pada range 48-63 kg (38,6%) pasien. Perubahan berat badan pasien di Rumah Sakit Tugurejo Semarang disebabkan karena adanya kerja sama antara tim gizi dan tenaga kesehatan lainnya, dimana dilakukan pengukuran awal saat pasien masuk Rumah Sakit dan perawat selalu memonitoring keadaan gizi pasien saat dirawat.

Menurut asumsi peneliti, terjadi perubahan status nutrisi pada pasien gangguan sistem persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar seperti yang dijelaskan diatas, karena dilakukannya skrining disfagia dan penilaian nutrisi pada pasien gangguan sistem persarafan dimana dilakukan pengukuran awal saat pasien masuk rumah sakit menggunakan *GUSS (Gugging Swallowing Screen)* dan penilaian antropometri gizi, kemudian diberi intervensi skrining disfagia berupa pemberian makanan lewat NGT atau diet disfagia (pure atau makanan lunak) yang sudah ditetapkan oleh dokter gizi dan ahli gizi lainnya sesuai dengan kebutuhan dan keadaan pasien kemudian diukur kembali menggunakan penilaian antropometri gizi setelah 6 hari perawatan. Dari 11 pasien yang mengalami perubahan status nutrisi, ada 9 pasien/ responden yang saat masuk Rumah Sakit memiliki status malnutrisi/ gizi buruk yang berakibat pada *underweight* atau IMT menurun dan setelah 6 hari perawatan, status nutrisinya baik atau IMT-nya normal, dan 2 responden lainnya lainnya masuk dengan status nutrisi baik atau IMT-nya normal dan setelah 6 hari perawatan status nutrisinya tetap stabil tetapi terdapat perubahan pada skoring/ penilaian antropometri gizi dimana mengalami peningkatan dari sebelumnya. Menurut asumsi peneliti, status nutrisi kurang / malnutrisi akan berubah menjadi status nutrisi yang baik jika pemberian intervensi gizi terus diberikan kepada pasien gangguan persarafan selama pasien di rawat di Rumah Sakit sehingga proses penyembuhan cepat dan biaya rawat inap di rumah sakit berkurang.

Menurut Yuwono (2013), resiko malnutrisi hingga kejadian malnutrisi dapat dicegah jika perawat melakukan asuhan keperawatan secara holistik. Salah satu tindakan keperawatan yang dapat mencegah kejadian malnutrisi adalah melakukan pengkajian gizi/skrining malnutrisi sehingga menghasilkan ketetapan dalam intervensi gizi pada pasien selama di rawat di Rumah Sakit. Hal ini juga diungkapkan oleh Hafsteinsdo, dkk (2009) dalam jurnalnya mengatakan bahwa komunikasi antar disiplin ilmu sangat diperlukan untuk memberikan asuhan yang terbaik bagi pasien. Sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan, dietisien harus berkolaborasi dengan dokter, perawat, farmasi dan tenaga kesehatan lainnya yang terkait dalam memberikan pelayanan asuhan gizi. Oleh karena itu perlu mengetahui peranan masing-masing tenaga kesehatan tersebut dalam memberikan pelayanan. Menurut teori yang dijelaskan Yuwono (2013), ada beberapa peranan yang dilakukan masing-masing tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan:

a. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Bertanggung jawab dalam aspek gizi yang terkait dengan keadaan klinis pasien

- 1) Menentukan preskripsi diet awal (order diet awal)
- 2) Bersama dietisien menetapkan preskripsi diet definitive
- 3) Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai peranan terapi gizi
- 4) Merujuk klien/pasien yang membutuhkan asuhan gizi atau konseling gizi
- 5) Melakukan pemantauan dan evaluasi terkait masalah gizi secara berkala bersama dietisien, perawat dan tenaga kesehatan lain selama klien/pasien dalam masa perawatan.

b. Perawat

- 1) Melakukan skrining gizi pasien pada assesment awal perawatan
- 2) Merujuk pasien yang berisiko maupun sudah terjadi malnutrisi atau kondisi khusus ke dietisien.

- 3) Melakukan pengukuran antropometri yaitu penimbangan berat badan, tinggi badan/panjang badan secara berkala.
- 4) Melakukan pemantauan, mencatat asupan makanan dan respon klinis klien/pasien terhadap diet yang diberikan dan menyampaikan informasi kepada dietisien bila terjadi perubahan kondisi pasien.
- 5) Memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga terkait pemberian makanan melalui oral/enteral dan parenteral.

c. Dietisien

- 1) Mengkaji hasil skrining gizi perawat dan order diet awal dari dokter
- 2) Melakukan assessment/pengkajian gizi lanjut pada pasien yang berisiko malnutrisi atau kondisi khusus meliputi pengumpulan, analisa dan interpretasi data riwayat gizi, riwayat personal, pengukuran antropometri, hasil laboratorium dan hasil pemeriksaan fisik terkait gizi.
- 3) Mengidentifikasi masalah/diagnosa gizi berdasarkan hasil assessment dan menetapkan prioritas diagnosis gizi.
- 4) Merancang intervensi gizi dengan menetapkan tujuan dan preskripsi diet yang lebih terperinci untuk penetapan diet definitive serta merencanakan edukasi/konseling.
- 5) Koordinasi dengan dokter, perawat, farmasi dan tenaga lain dalam pelaksanaan intervensi gizi.
- 6) Melakukan monitoring respon pasien terhadap intervensi gizi
- 7) Melakukan evaluasi proses maupun dampak asuhan gizi
- 8) Memberikan penyuluhan, motivasi dan konseling gizi pada klien dan keluarga
- 9) Mencatat dan melaporkan hasil asuhan gizi kepada dokter
- 10) Melakukan assessment gizi ulang (reassessment) apabila tujuan belum tercapai

d. Farmasi

- 1) Mempersiapkan obat dan zat gizi terkait seperti vitamin, mineral, elektrolit dan nutrisi parenteral
- 2) Menentukan komabilitas zat gizi yang diberikan kepada pasien
- 3) Membantu mengawasi dan mengevaluasi penggunaan obat dan cairan parenteral oleh klien/pasien bersama perawat.
- 4) Berkolaborasi dengan dietisien dalam pemantauan interaksi obat dan makanan.
- 5) Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai interaksi obat dan makanan.

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar dan teori yang dijelaskan para ahli diatas, peneliti menyimpulkan bahwa pelayanan asuhan gizi pada pasien gangguan neurologis sangat penting dilakukan dengan dilakukannya skrining disfagia pada pasien baru masuk dengan menggunakan instrument *GUSS (Gugging Swallowing Screen)* dan penilaian antropometri gizi sehingga menghasilkan ketetapan dalam intervensi gizi dan mencegah terjadinya malnutrisi di Rumah Sakit. Peneliti juga menyimpulkan bahwa peran tenaga kesehatan sangat penting dalam meningkatkan status gizi pasien gangguan persarafan dan tenaga kesehatan khususnya perawat harus mampu berkolaborasi dengan dokter atau tim gizi karena yang bertanggung jawab dalam pengukuran awal pasien baru masuk adalah perawat, dimana terwujud dalam pengkajian nutrisi sebagai bagian dari pengkajian yang holistik yang digunakan di Rumah Sakit sebagai langkah awal dalam melakukan asuhan keperawatan.

3. Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Berdasarkan hasil uji Mann-Whitney yang dilakukan terhadap kedua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan nilai $p = 0.027$ ($p < 0,05$), hal ini menunjukkan ada perbedaan rerata IMT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah pemberian intervensi skrining disfagia pasien gangguan persarafan di Rumah sakit Labuang Baji Makassar.

Menurut Indrawaty, dkk (2006) Resiko kejadian malnutrisi hingga kejadian malnutrisi tidak tergantung pada keadaan waktu masuk rumah sakit. Malnutrisi yang terjadi pada pasien di Rumah Sakit adalah hal yang dapat dihindari dan ditanggulangi dengan pemberian dukungan nutrisi optimal dan tepat bagi pasien. Keadaan gizi pasien yang dirawat inap merupakan faktor penting dalam penatalaksanaan pengobatan di Rumah Sakit dan pemenuhan kebutuhan zat gizi yang baik mempunyai peranan penting dalam proses penyembuhan dan memperpendek masa rawat inap pasien di Rumah Sakit (Krisnansari, 2010).

Menurut Yuwono (2013), resiko malnutrisi hingga kejadian malnutrisi dapat dicegah jika perawat melakukan asuhan keperawatan secara holistik. Salah satu tindakan keperawatan yang dapat mencegah kejadian malnutrisi adalah melakukan pengkajian gangguan menelan/ skrining disfagia. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Chamimah (2011) di Rumah Sakit Tugerejo Semarang, dimana ada perbedaan rerata berat badan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah 6 hari perawatan, dengan nilai $p = 0.021$.

Menurut asumsi peneliti, terjadinya perbedaan rerata IMT pasien gangguan sistem persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol disebabkan karena pada kelompok intervensi diberikan intervensi gizi oleh tim gizi sesuai dengan hasil skrining

disfagia dan penilaian antropometri yang dilakukan oleh perawat sehingga pada hari pertama perawatan segera dilakukan pemasangan NGT atau memberikan diet disfagia pure atau makanan lunak sedangkan pada kelompok kontrol hasil skrining disfagia tidak dibawa keinstalasi gizi dan pemberian intervensi gizi tetap sesuai dengan kebiasaan Rumah Sakit.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang dikemukakan para ahli diatas, peneliti menyimpulkan bahwa skrining disfagia menggunakan GUSS (*Gugging Swallowing Screen*) sangat penting dilakukan pada pasien baru masuk atau yang sudah dirawat 1-2 hari di Rumah Sakit khususnya pasien gangguan persarafan untuk mengkaji atau mendeteksi gangguan menelan secara dini pada fase oral atau bagi mereka yang memiliki retensi faringial untuk mengunyah makanan padat serta menentukan tingkat keparahan disfagia dengan mengevaluasi nutrisi cairan dan non cairan dimulai dari tekstur noncairan; suatu metode cepat dan reliabel untuk mengidentifikasi pasien stroke dengan disfagia dan risiko aspirasi dengan tujuan mengurangi risiko aspirasi seminimal mungkin, mengakses tingkatan keparahan disfagia dan risiko aspirasi, merekomendasikan diet yang sesuai sehingga cepat diatasi masalah nutrisinya entah melalui pemberian nutrisi melalui NGT atau diet disfagia (pure atau makanan lunak) agar pemberian nutrisi yang optimal dan tepat diterima oleh pasien karena pemenuhan kebutuhan zat gizi yang baik mempunyai peranan penting dalam proses penyembuhan, mencegah komplikasi dan memperpendek masa rawat inap pasien di Rumah Sakit dan kerja sama antar tim gizi dan tenaga kesehatan yang lainnya sangat penting untuk memberikan dukungan nutrisi yang optimal kepada pasien.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada 30 responden pada tanggal 22 Februari 2016 sampai tanggal 22 Maret 2016 di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Tidak ada perbedaan IMT yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan skrining disfagia pasien gangguan sistem persarafan pada kelompok kontrol di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar dengan nilai $p = 0.564$.
2. Ada perbedaan IMT yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan skrining disfagia pasien gangguan sistem persarafan pada kelompok intervensi di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar dengan nilai $p = 0.003$.
3. Ada perbedaan rerata IMT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah pemberian intervensi skrining disfagia yang dibuktikan dengan nilai p pada uji Mann-Whitney yaitu $= 0.027$.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian diatas, maka peneliti dapat memberikan saran-saran sebagai berikut:

1. Bagi Keluarga Pasien

Diharapkan kepada keluarga pasien gangguan sistem persarafan yang mempunyai pasien dengan riwayat stroke yang dirawat dirumah untuk memperhatikan status nutrisi pasien karena nutrisi sangat penting untuk pemulihan kesehatan pasien dan meningkatkan kualitas hidup pasien, terutama saat pasien pulang dari Rumah Sakit

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan bagi perawat, tim/ahli gizi dan tenaga kesehatan lain untuk bekerjasama dalam memonitoring status gizi pasien gangguan

sistem persarafan, baik pasien baru masuk maupun pasien yang sudah lama dirawat dan perawat harus mampu melakukan skrining disfagia dan penilaian antropometri gizi pasien yang baru masuk untuk mengidentifikasi pasien yang mempunyai resiko masalah gizi dan diulang secara periodik untuk menghasilkan ketetapan dalam pemasangan NGT atau asupan nutrisi per oral agar kebutuhan nutrisinya terpenuhi sehingga dapat mencegah malnutrisi di Rumah Sakit dan mempercepat proses penyembuhan.

3. Bagi Pihak Rumah Sakit

Diharapkan bagi pihak Rumah Sakit untuk meningkatkan kualitas dan kinerja perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam hal pemenuhan nutrisi bagi pasien gangguan persarafan dengan melakukan skrining disfagia di mana Skrining disfagia sangat penting dilakukan pada pasien gangguan persarafan yang baru masuk rumah sakit dengan menggunakan *GUSS (Gugging Swallowing Screen)* dan penilaian antropometri gizi untuk mengelompokkan pasien dalam kelompok-kelompok yang memiliki resiko nutrisi dan kemudian menentukan pasien mana yang harus dirujuk untuk dilakukan penilaian dan dukungan nutrisi lebih lanjut, yang dapat ditangani dengan menggunakan rencana nutrisi sebagai bagian dari perawatan biasa atau perawatan rumah yang rutin, dan yang tidak memiliki resiko malnutrisi, namun mungkin memerlukan skrining ulang pada interval waktu yang sedikit dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, menurunkan angka kematian, mempercepat penyembuhan, memperpendek lama hari rawat inap dan mencegah komplikasi pasien gangguan sistem persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar dan kerja sama antar tim gizi dan tenaga kesehatan lainnya sangatlah penting agar keadaan pasien dapat terus dimonitor dan pemberian nutrisi yang optimal kepada pasien dapat terlaksana dengan baik.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya menjadikan skripsi ini sebagai acuan untuk penelitian kedepannya terutama mengenai skrining disfagia dengan menggunakan parameter *GUSS (Gugging Swallowing Screen)* dan penilaian antropometri gizi terhadap pencegahan resiko malnutrisi dan malnutrisi pada pasien gangguan persarafan di Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Barker L., Gout B.S., Crowe T.C. (2011). *Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System*. International Journal of Environmental Research and Public Health ; diunduh dari <http://www.mdpi.com/journal/ijerph>.
- Blackwell, Z., P, Littlejohns. *A Review of the Management of Dysphagia: A South African Perspective*. International journal; vol.42, No. 2, April (2010)
- Braunwald, E; Fauci, AS; Kasper, DL; Hauser, SL; Longo, DL; Jameson, JL. (2002). *Dysphagia*. Dalam *Harrison's Manual of Medicine 15th Edition*. India: McGraw-Hill International.
- Chamimah, N. (2011). *Description of Changes in Weight Inpatients in Wards In Hospital Tugurejo Semarang (Thesis)* <http://digilib.unimus.ac.id> Diakses tanggal 2 oktober 2014.
- Cichero, J., Wiley, J., Sons. (2006). *Dysphagia: foundation, theory, and practice*. England.
- Crary, MA, Mann, GD, Miller, L., Antonius, N., Silliman, S. (2006). *Disfagia dan Status Gizi pada saat Rumah Sakit Penerimaan untuk Stroke iskemik*. Jurnal Stroke dan Penyakit serebrovaskular Vol 15, No.4, p.164 – 171
- Dahlan,S.M. (2011). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- G, Norton J. (2012). *Difficulty Swallowing: Merck Manual Home Health Handbook*. <Http://www.klikdokter.com/medisaz> (diakses 13 september 2011)
- Ginsberg, L. (2007). *Lecture Notes: Neurology*. Edisi ke delapan. Jakarta: Erlangga

- Goyal, RK. (2001). *Alteration in Gastrointestinal Function : Dysphagia*. Dalam *Harrison's Principles of Internal Medicine 15th Edition*. Editor: Braunwald, E; Fauci, AS; Kasper, DL; Hauser, SL; Longo, DL; Jameson, JL. USA: McGraw-Hill International.
- Hafsteinsdottir, T.B. M.M. (2010). *Malnutrition In Hospitalised Neurological Patients Approximately doubles in 10 days of hospitalization*
- Kamal, R.M, Ward,E., Cornwel, P. (2010). *Dysphagia Management Practices Among Speech-Language Pathologists in Malaysia*. International journal of Environmental Research and Public Health ; diunduh dari <http://www.uq282492-OA.com/journal/ijerph>. 2015
- Kemenkes RI, (2010). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1995/Menkes/SK/XII/2010 Tentang *Standar Antropometri Penilaian Status Gisi*. [Http: //www. Hariyadi.blogspot.co.id](http://www.Hariyadi.blogspot.co.id) (diakses 11 Januari 2013)
- Lipoeto, N.I., N.Megasari, dan A.E.Putra. (2006). *Malnutrisi dan Asupan Kalori Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit*. Majalah Kedokteran Indonesia, vol. 56 No.11, hal: 3.
- Nurparida,S.I.,D,Marhaeni.,N,Arisanti. (2011). *Peran Tim Terapi Gizi (Ttg) Dalam Mengatasi Malnutrisi Pasien Selama Dirawat Di Rumah Sakit : Suatu Kajian Literatur*; diunduh dari [http: //www.jurnal malnutrisi.com](http://www.jurnal malnutrisi.com). 2015
- Paik NJ. *Dysphagia*. [article on the internet]. Emedicine, (2008). [updated 2008 june 25]. Available from <http://emedicine.medscape.com/article/324096-overview>
- Santosa, I.Y., dkk. (2010). *Gambaran Fiberoptic Endoscopic Examination Of Swallowing (Fees) Pada Penderita Dengan Disfagia Orofaringeal*. Diunduh dari, [http: //www.jurnal kedokteran.com](http://www.jurnal kedokteran.com)
- Sauer, A. *Hospital Malnutrition: Assessment and Intervention Methods*, (online),<http://anhi.org/abbottnutritionrd/pdfs/hospital%20malnutrition.pdf>; (diakses 7 agustus 2010).
- Sugiyono, (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Supariasa, I.D., Bakri, B., Fajar, I. (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta:EGC

Syah, E. (2012). *Perawatan kesulitan menelan (disfagia)*. (Article on the internet). Emedicine, 2012. (updated 2012 may 23). Available from <http://emedicine.medscape.com/article/230512-overview>

Wijayanti, A., P, Dahlan, H, Astuti. (2011). *The Effect Of Disphagia To Nutritional Status Of Stroke Patient In Ward Room Dr. Cipto Mangunkusumo Hospital Jakarta*. (Publication Script)

Yuwono, S.R. (2013). *Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit*. Jakarta: Bina Husada.

Lampiran 1

JADWAL KEGIATAN

No	Kegiatan	November					Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2				
1	Pengajuan judul		■																													
2	ACC judul			■																												
3	Menyusun proposal				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																		
4	Ujian proposal														■																	
5	Perbaikan proposal														■	■																
6	Pelaksanaan penelitian																■	■	■	■												
7	Pengelolaan dan analisa data																		■													
8	Menyusun laporan hasil penelitian																				■	■	■	■								
9	Ujian hasil																										■					
10	Perbaikan skripsi																												■			
11	Pengumpulan																													■		

Lampiran 5

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Saudara (i) Calon Responden

Di

Tempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Brigita Febriany

Fransiska Yulia Riandi

Alamat : Makassar

Adalah mahasiswi STIK Stella Maris Makassar bermaksud akan mengadakan penelitian mengenai “Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pasien Gangguan Sistem Persarafan Di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar”. Penelitian ini merupakan salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Studi S1 Keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

Untuk keperluan tersebut, kami meminta kesediaan saudara (i) untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Identitas pribadi dan semua informasi yang saudara (i) berikan akan dirahasiakan dan ini akan digunakan untuk keperluan penelitian. Apabila saudara (i) setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, maka kami mohon kesediaan saudara (i) untuk menandatangani lembaran pernyataan sebagai responden dalam penelitian ini. (Lembar terlampir)

Atas perhatian dan kesediaan saudari, kami ucapkan terima kasih.

Makassar, Februari 2016

Peneliti

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul penelitian: Dampak Skrining Disfagia terhadap Status Nutrisi Pasien Gangguan Sistem Persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

Nama peneliti: Brigita Febriany (C. 12 14201 066)
Fransiska Yulia Riandi (C. 12 14201 074)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari penelitian, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pasien Gangguan Sistem Persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar”, yang dilaksanakan oleh Brigita Febriany dan Fransiska Yulia Riandi mahasiswa S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya serta berguna untuk pengembangan ilmu keperawatan.

Makassar, Februari 2016

Tanda Tangan Responden

Lampiran 7

GUSS

(GUGGING SWALLOWING SCREEN)

Pasien	Tanggal :	
	Waktu :	
	Peneliti :	
1. Preliminary Investigation / Indirect Swallowing Test (Test Menelan Tidak Langsung)		
	Ya	Tidak
Vigilance (Kewaspadaan) <i>(Pasien Sadar Minimal 15 menit)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Batuk dan atau Berdehem <i>(batuk yang disengaja atau pasien berdehem dua kali)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Menelan Air Ludah		
• Menelan dengan baik	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Ngiler	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Perubahan suara (serak, lemah)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL	5	

Lampiran 7

2. Direct Swallowing Test (Test Menelan Langsung) (material: Aqua, sendok teh, pengental makanan, roti kering)			
In the following order (dalam urutan sebagai berikut):	1 →	2 →	3 →
	Semisolid (Setengah Padat) *	Liquid (Cair) **	Solid (Padat) ***
Deglutition (Proses Menelan): <ul style="list-style-type: none"> • Tidak dapat menelan • Menelan tertunda (> 2 detik, bahan padat > 10 detik) • Menelan dengan baik 	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Batuk (tidak disengaja): (sebelum, selama, setelah sampai 3 menit kemudian). <ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak 	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

Lampiran 7

Drooling (Ngiler): <ul style="list-style-type: none">• Ya• Tidak	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Perubahan Suara (suara diperhatikan sebelum dan sesudah menelan, kata "oh"): <ul style="list-style-type: none">• Ya• Tidak	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
TOTAL	5	5	5

GUSS

(Gugging Swallowing Screen)

Petunjuk Test Menelan Langsung	
*	Pertama berikan $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ sendok teh air aqua dicampur dengan pengental makanan (konsistensi menjadi seperti pudding). Bila tidak ada gejala dilanjutkan 3-5 sendok teh. Assesment dibuat setelah 5 sendok teh penuh
**	Subtest menelan cairan diawali dengan 3 ml aqua, jika menelan berhasil dilanjutkan dengan peningkatan volume 5, 10 dan 20 ml aqua sampai 50 ml. (Daniels et al, 2000; Gottlieb et al, 1996). Dibuat asesment dan pemeriksaan dihentikan jika ditemukan salah satu kriteria pada subtest.
***	Klinis : roti kering; FEES: roti kering yang dilarutkan pada cairan berwarna. Pemeriksaan penunjang fungsional seperti Videofluoroscopic Evaluation Of Swallowing (VFES), Fiberoptic Endoscopic Evaluation Of Swallowing (FEES).
Kesimpulan dan Interpretasi	
Sum / total test menelan tidak langsung	(5)
Sum / total test menelan langsung	(15)
Total	(20)

Lampiran 7

Jumlah		Kriteria keparahan disfagia	Rekomendasi
20	Semipadat / cair dan tekstur padat ditelan dengan baik	Tidak ada disfagia / disfagia ringan resiko aspirasi minimal	<ul style="list-style-type: none"> • Diet normal • Cairan reguler • Pertama kali dibawah supervisi terapis dan perawat stroke yang ahli.
15-19	Tekstur padat dan cair ditelan dengan baik dan tekstur padat gagal	Disfagia ringan dengan resiko rendah terjadi aspirasi	<ul style="list-style-type: none"> • Diet disfagia (pure / makanan lunak) • Tekstur cairan diberikan dengan pelan, sesekali waktu • Perlu pemeriksaan lebih lanjut: FEES, VFES • Rujuk ke terapis bahasa dan bicara
10-14	Tekstur semipadat ditelan dengan baik dan tekstur cair gagal	Disfagia moderat dengan resiko aspirasi	Diet disfagia dimulai dengan: <ul style="list-style-type: none"> • Tekstur semipadat seperti makanan bayi

Lampiran 7

			<p>dan tambahan nutrisi parenteral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semua tekstur cairan harus disempadatkan • Obat tablet harus dihaluskan dan dicampur dengan cairan kental • Tanpa medikasi cairan per os • Pemeriksaan lebih lanjut untuk asesment menelan (FEES, VFES) • Rujuk ke terapis bahasa dan bicara <p><i>(Suplementasi dengan selang nasogastrik / NGT atau Parenteral)</i></p>
0-9	Test bagian pertama gagal atau tekstur semipadat gagal	Disfagia berat dengan resiko tinggi aspirasi	<ul style="list-style-type: none"> • NPO (Non Per Os/ tidak ada nutrisi melalui mulut) • Pemeriksaan

Lampiran 7

			<p>lebih lanjut (FEES, VFES)</p> <ul style="list-style-type: none">• Rujuk ke terapis bahasa dan bicara <p><i>(suplementasi dengan selang nasogastrik / NGT atau Parenteral)</i></p>
--	--	--	--

MASTER TABEL

NO	KELOMPOK	KODE	INITIAL	UMUR	KODE	JK	KODE	DIAGNOSA	KODE	SKRINING DISFAGIA									
										BB	TB	IMT PRE	KRITERIA	KODE	BB	TB	IMT POST	KRITERIA	KODE
1	INTERVENSI	1	Ny. E	57	3	P	1	NHS	1	38	152	16.4	UNDERWEIGHT	1	42	152	18.2	UNDERWEIGHT	1
2	INTERVENSI	1	Ny. S	53	2	P	1	TRAUMA KEPALA	3	40	154	17	UNDERWEIGHT	1	44	154	18.6	NORMAL	2
3	INTERVENSI	1	Tn. H	70	4	L	2	HS	2	40	154	16.9	UNDERWEIGHT	1	42	154	17.7	UNDERWEIGHT	1
4	INTERVENSI	1	Ny. E	66	4	P	1	NHS	1	40	150	17.8	UNDERWEIGHT	1	43	150	19.1	NORMAL	2
5	INTERVENSI	1	Ny. N	53	2	P	1	NHS	1	42	155	17.5	UNDERWEIGHT	1	45	155	18.7	NORMAL	2
6	INTERVENSI	1	Ny. S	64	4	P	1	NHS	1	39	149	17.6	UNDERWEIGHT	1	42	149	18.9	NORMAL	2
7	INTERVENSI	1	Ny. A	73	5	P	1	NHS	1	41	149	18.5	NORMAL	2	43	149	19.4	NORMAL	2
8	INTERVENSI	1	Tn. D	68	4	L	2	NHS	1	44	160	17.2	UNDERWEIGHT	1	49	160	19.1	NORMAL	2
9	INTERVENSI	1	Tn. A	62	3	L	2	NHS	1	42	158	17	UNDERWEIGHT	1	46	158	18.5	NORMAL	2
10	INTERVENSI	1	Ny. N	57	3	P	1	TRAUMA KEPALA	3	44	153	19	NORMAL	2	46	153	19.6	NORMAL	2
11	INTERVENSI	1	Ny. R	79	5	P	1	HS	2	40	155	16.7	UNDERWEIGHT	1	45	155	18.7	NORMAL	2
12	INTERVENSI	1	Ny. I	74	5	P	1	HS	2	41	156	16.9	UNDERWEIGHT	1	45	156	18.5	NORMAL	2
13	INTERVENSI	1	Ny. T	69	4	P	1	TRAUMA KEPALA	3	42	156	17.3	UNDERWEIGHT	1	46	156	19	NORMAL	2
14	INTERVENSI	1	Tn. J	71	4	L	2	HS	2	46	162	17.5	UNDERWEIGHT	1	48	162	18.3	UNDERWEIGHT	1
15	INTERVENSI	1	Ny. M	80	5	P	1	TRAUMA KEPALA	3	41	154	17.3	UNDERWEIGHT	1	43	154	18.1	UNDERWEIGHT	1
16	KONTROL	2	Ny. N	40	1	P	1	NHS	1	40	151	17.5	UNDERWEIGHT	1	42	151	18.4	UNDERWEIGHT	1
17	KONTROL	2	Ny. C	72	5	P	1	NHS	1	39	151	17.1	UNDERWEIGHT	1	41	151	17.5	UNDERWEIGHT	1
18	KONTROL	2	Tn. B	72	5	L	2	NHS	1	48	160	18.7	NORMAL	2	46	160	18	UNDERWEIGHT	1
19	KONTROL	2	Tn. R	63	3	L	2	HS	2	46	161	17.8	UNDERWEIGHT	1	47	161	18.1	UNDERWEIGHT	1
20	KONTROL	2	Ny. R	57	3	P	1	HS	2	42	150	18.7	NORMAL	2	44	150	19.5	NORMAL	2
21	KONTROL	2	Tn. I	40	1	L	2	HS	2	50	165	18.4	UNDERWEIGHT	1	48	165	17.6	UNDERWEIGHT	1
22	KONTROL	2	Ny. N	52	2	P	1	NHS	1	40	151	17.5	UNDERWEIGHT	1	43	151	18.8	NORMAL	2
23	KONTROL	2	Tn. F	70	4	L	2	TRAUMA KEPALA	3	50	170	17.3	UNDERWEIGHT	1	52	170	18	UNDERWEIGHT	1
24	KONTROL	2	Ny. S	62	3	P	1	HS	2	60	150	26.7	OVERWEIGHT	3	58	150	25.8	OVERWEIGHT	3
25	KONTROL	2	Ny. H	46	1	P	1	HS	2	42	157	17.1	UNDERWEIGHT	1	44	157	17.9	UNDERWEIGHT	1
26	KONTROL	2	Ny. I	48	2	P	1	TRAUMA KEPALA	3	41	155	17.1	UNDERWEIGHT	1	45	155	18.7	NORMAL	2
27	KONTROL	2	Ny. D	57	3	P	1	HS	2	40	152	17.3	UNDERWEIGHT	1	42	152	18.2	UNDERWEIGHT	1
28	KONTROL	2	Ny. K	60	3	P	1	TRAUMA KEPALA	3	42	156	17.3	UNDERWEIGHT	1	44	156	18.1	UNDERWEIGHT	1
29	KONTROL	2	Tn. K	66	4	L	2	NHS	1	45	164	16.8	UNDERWEIGHT	1	48	164	18	UNDERWEIGHT	1
30	KONTROL	2	Tn. S	68	4	L	2	NHS	1	50	170	17.3	UNDERWEIGHT	1	53	170	18.3	UNDERWEIGHT	1

Lampiran 9

Frequencies

Statistics

Statistics					
		UMUR	JK	DIAGNOSA	KELOMPOK
N	Valid	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0

Frequencies Table

UMUR KELOMPOK RESPONDEN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 48	3	10,0	10,0	10,0
	< 56	4	13,3	13,3	23,3
	< 64	8	26,7	26,7	50,0
	< 72	9	30,0	30,0	80,0
	< 87	6	20,0	20,0	100,0
	Total		30	100,0	100,0

JENIS KELAMIN RESPONDEN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PEREMPUAN	20	66,7	66,7	66,7
	LAKI-LAKI	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

DIAGNOSA PENYAKIT RESPONDEN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NHS	13	43,3	43,3	43,3
	HS	10	33,3	33,3	76,7
	TRAUMA KEPALA	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

KELOMPOK

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
INTERVENSI	15	50.0	50.0	50.0
Valid KONTROL	15	50.0	50.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Frequencies**Statistics**

	Preklpkinterven si	Postklpkinterve nsi
N Valid	15	15
Missing	0	0

Frequency Table**IMT PRE RESPONDEN KELOMPOK INTERVENSI**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
UNDERWEIGHT	13	86,7	86,7	86,7
Valid NORMAL	2	13,3	13,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

IMT POST KELOMPOK INTERVENSI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
UNDERWEIGHT	4	26,7	26,7	26,7
Valid NORMAL	11	73,3	73,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Frequencies**Statistics**

	Preklpkkontrol	Postklpkkontrol
N Valid	15	15
Missing	0	0

Frequency Table

IMT PRE KELOMPOK KONTROL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid UNDERWEIGHT	12	80,0	80,0	80,0
NORMAL	2	13,3	13,3	93,3
OVERWEIGHT	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

IMT POST KELOMPOK KONTROL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid UNDERWEIGHT	11	73,3	73,3	73,3
NORMAL	3	20,0	20,0	93,3
OVERWEIGHT	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
IMT POST KELOMPOK INTERVENSI - IMT PRE KELOMPOK INTERVENSI	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	9 ^b	5,00	45,00
	Ties	6 ^c		
	Total	15		

- a. IMT POST KELOMPOK INTERVENSI < IMT PRE KELOMPOK INTERVENSI
 b. IMT POST KELOMPOK INTERVENSI > IMT PRE KELOMPOK INTERVENSI
 c. IMT POST KELOMPOK INTERVENSI = IMT PRE KELOMPOK INTERVENSI

Test Statistics^a

	IMT POST KELOMPOK INTERVENSI - IMT PRE KELOMPOK INTERVENSI
Z	-3,000 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
 b. Based on negative ranks.

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
IMT POST KELOMPOK KONTROL - IMT PRE KELOMPOK KONTROL	Negative Ranks	1 ^a	2,00	2,00
	Positive Ranks	2 ^b	2,00	4,00
Ties		12 ^c		
Total		15		

a. IMT POST KELOMPOK KONTROL < IMT PRE KELOMPOK KONTROL

b. IMT POST KELOMPOK KONTROL > IMT PRE KELOMPOK KONTROL

c. IMT POST KELOMPOK KONTROL = IMT PRE KELOMPOK KONTROL

Test Statistics^a

	IMT POST KELOMPOK KONTROL - IMT PRE KELOMPOK KONTROL
Z	-,577 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,564

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Mann-Whitney Test

		Ranks		
KELOMPOK PENGUKURAN		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PERUBAHAN IMT	KELOMPOK INTERVENSI	15	18,63	279,50
	KELOMPOK KONTROL	15	12,37	185,50
Total		30		

Test Statistics^a

	PERUBAHAN IMT
Mann-Whitney U	65,500
Wilcoxon W	185,500
Z	-2,216
Asymp. Sig. (2-tailed)	,027
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,050 ^b

a. Grouping Variable: KELOMPOK

PENGUKURAN

b. Not corrected for ties.

Lampiran 10

LEMBAR KONSUL

Nama : Brigita Febriany (C 12 14201 066)
Fransiska Yulia Riandi (C 12 14201 074)

Program : Sarjana Keperawatan dan Ners

Judul Skripsi : Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pasien Gangguan Sistem Persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar

Pembimbing : Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB

NO	HARI / TANGGAL	MATERI KONSUL	KETERANGAN	PARAF
1	Rabu / 18 November 2015	Konsul Judul: Dampak Skrining Disfagia Terhadap Status Nutrisi Pasien Gangguan Sistem Persarafan di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar	ACC	
2	Rabu / 25 November 2015	Konsul BAB I	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki tanda penulisan dan titik koma• Perbaiki latar belakang dan tujuan penelitian	
3	Rabu / 02 Desember 2015	Konsul revisi BAB I	<ul style="list-style-type: none">• Lengkapi sumber buku• Lanjut BAB II	
4	Selasa / 08 Desember 2015	Konsul revisi BAB I & II	<ul style="list-style-type: none">• Lengkapi materi tentang malnutrisi• Lanjut BAB III	

Lampiran 10

5	Selasa / 15 Desember 2015	Konsul revisi BAB I, II, III	<ul style="list-style-type: none">• Lanjut BAB IV	
6	Jum'at / 08 Januari 2016	<ul style="list-style-type: none">• Konsul revisi BAB I, II & III.• Konsul Bab IV• Lengkapi Bab I, III & IV	BAB II ACC	
7	Senin / 11 Januari 2016	Konsul revisi Bab I, III & IV	ACC	
8	Rabu / 13 Januari 2016	Konsul keseluruhan: <ul style="list-style-type: none">• Cover, daftar isi, lembar persetujuan, daftar pustaka	ACC	
9	Senin / 04 April 2016	Konsul Master Tabel	ACC	
10	Rabu / 06 April 2016	Konsul Bab V	Revisi	
11	Jum'at / 08 April 2016	Konsul revisi Bab V	Revisi Bab V (Pembahasan), Lanjut Bab VI	
12	Senin / 11 April 2016	Konsul revisi Bab V & Konsul Bab VI	ACC Bab V & revisi Bab VI (saran)	
13	Rabu / 13 April 2016	Konsul Bab IV, revisi Bab VI & Abstrak	Revisi Bab IV, VI & Abstrak	
14	Jum'at / 15 April 2016	Konsul revisi Bab IV, VI & abstrak	ACC Bab IV	
15	Senin / 18 April 2016	Konsul Bab VI & Abstrak		
16	Selasa / 19 April 2016	Konsul pengajuan skripsi utuh		