

ANALISIS HUBUNGAN ANTARA ASUPAN ENERGI, PROTEIN DAN STATUS GIZI DENGAN PENYEMBUHAN LUKA PASIEN BEDAH DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT ABUNAWAS KOTA KENDARI TAHUN 2014

Paridah¹

¹ FKM Universitas Haluoleo

Abstrack

Keadaan gizi merupakan faktor penting pada masa bedah. Malnutrisi energi dan protein disebabkan akibat penyakit yang diderita dan akibat diet yang kurang baik sehingga timbul keadaan malnutrisi yang parah. Berdasarkan data yang diperoleh di Rumah Sakit Umum Abunawas Kota Kendari tahun 2013 menunjukkan jumlah pasien bedah adalah 216 orang. Pada bulan Agustus-September 2014 jumlah penderita bedah sebanyak 187 pasien rawat jalan.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan asupan energi, protein dan status gizi dengan penyembuhan luka pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah Rumah Sakit Abunawas Kota Kendari. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional study*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien diruang rawat inap bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari pada periode Agustus-September Tahun 2014 sebanyak 80 orang dan sampel sebanyak 52 orang yang diambil menggunakan *Purposive Sampling*. Data diperoleh menggunakan kuisisioner dan pengukuran antropometri dan di analisis menggunakan uji *Chi-Square*.

Hasil yang diperoleh yakni asupan energi pada pasien pasca bedah sebagian besar kurang yakni (59,6%) dan asupan proteinnya kurang (55,8%), kemudian dari 38 sampel yang asupan proteinnya kurang, sebagian besar yaitu 18 orang (62,15%) kondisi luka pasien dalam keadaan kering, dari 38 sampel yang asupan proteinnya cukup, sebagian besar yaitu 29 orang (76,3%) kondisi luka pasien dalam keadaan kering dan 31 sampel yang status gizinya baik, sebagian besar yaitu 25 orang (80,6%) kondisi luka pasien dalam keadaan kering. Hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara asupan energi dengan penyembuhan luka ($p=0,648$). Tidak ada hubungan antara asupan protein dengan penyembuhan luka ($p=0,786$). Ada hubungan status gizi dengan penyembuhan luka ($p=0,012$) pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah Rumah Sakit Abunawas Kota Kendari.

Penelitian ini menyarankan agar dapat menjadi masukan bagi pemerintah daerah dan instansi terkait dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Kendari dan RSUD. Abunawas Sultra dalam menentukan kebijakan-kebijakan dalam upaya menanggulangi masalah kurangnya asupan zat gizi khususnya energi dan protein pada pasien pasca bedah.

Kata Kunci : Energi, Protein, Status Gizi dan Penyembuhan Luka

PENDAHULUAN

Keadaan gizi merupakan faktor penting pada masa bedah. Malnutrisi energi dan protein disebabkan akibat penyakit yang diderita dan akibat diet yang kurang baik sehingga timbul keadaan malnutrisi yang parah. Malnutrisi energi dan protein akan berdampak pada fungsi fisiologis dan meningkatkan risiko pembedahan atau memperpanjang masa pemulihan (Sabiston, 2009).

Pemenuhan kebutuhan nutrisi bagi tubuh, umumnya diperoleh dari diet sesuai dan memenuhi syarat kesehatan. Kebutuhan nutrisi harian terhadap zat-zat gizi esensial serta kebutuhan sumber-sumber energi bergantung pada sejumlah faktor, yakni : umur, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, aktivitas fisik dan proses metabolisme dalam tubuh.

Penelitian yang dikemukakan oleh Daldiyono dan Thaha (2008) yang mengutip dari beberapa penelitian, memprediksi sebanyak 40-50% pasien yang masuk rumah sakit mengalami malnutrisi atau memiliki risiko malnutrisi, 12% diantaranya merupakan malnutrisi berat. Rata-rata 75% penderita yang dirawat di rumah sakit status gizinya akan menurun dibandingkan dengan status gizinya pada waktu masuk rumah sakit.

Berdasarkan indikator SGA (*Subyek Global Assesment*) status gizi awal baik sebanyak 43,1%, sedang 43,9% dan status gizi buruk 13,0%. Pada saat keluar rumah sakit status gizi berubah menjadi status gizi baik menjadi 58,0%, sedang 21,8% dan buruk 20,2%. Terdapat 28,2% yang mengalami penurunan status gizi selama di rawat inap, 3,8% pada saat masuk rumah sakit berstatus gizi baik mengalami penurunan menjadi status gizi buruk pada saat keluar rumah sakit.

Sedangkan pasien yang mengalami penurunan status gizi baik menjadi sedang dan sedang menjadi buruk masing-masing sebanyak 12,2% (Budiningsari dan Hadi, 2003).

Kasus malnutrisi banyak ditemukan pada pasien rawat inap di bangsal bedah, anak, geriatri, luka bakar dan penyakit dalam (Kurdanti, 2004).

Streat *et al*, dalam Widjanarko dan Toar (2003) melaporkan terjadinya kehilangan berat badan $-5,3 \pm 0,9$ kg dalam 14 hari pasca bedah mayor elektif. Perubahan komposisi tubuh terdiri dari kehilangan air $-3,8 \pm 1,3$ kg protein $-0,6 \pm 0,35$ kg dan lemak $-0,7 \pm 1,2$ kg, Hill (1981) menulis terdapat penurunan albumin 0,4-0,5 mg/dl setelah minggu pertama pasca bedah.

Penderita bedah yang malnutrisi mempunyai risiko lebih tinggi mendapat komplikasi pada pasca bedah berupa penyembuhan luka yang terganggu, terbentuknya fistulasi dan sepsis yang akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Wijanarko dan Toar, 2003).

Menurut Cerra (1984) dalam Rijanti (2002) pada pembedahan terjadi peningkatan stres metabolisme yang ditunjukkan dengan peningkatan kebutuhan energi dan protein, fase respons metabolik pada stress dibagi menjadi fase *ebb* dan fase *flow*. Pada fase *ebb*, cadangan hidrat arang dipecah, sehingga tidak cukup untuk memenuhi keadaan basal tubuh akhirnya dapat menyebabkan malnutrisi. Sedangkan pada fase *flow* terjadi peningkatan laju metabolisme disertai dengan katabolisme, fase ini akan berlangsung lebih lama jika tidak diimbangi dengan masukan energi dan protein yang adekuat.

Terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan malnutrisi menurut penelitian yang dilakukan oleh Sarmila

di tiga rumah sakit, menunjukkan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan malnutrisi pada pasien dewasa diruang rawat inap adalah asupan energi dan protein yang tidak adekuat. Protein dengan asam-asam amino akan dimetabolisme sebagai sumber energi, sehingga tidak tersedia asam amino yang cukup untuk membantu sintesis protein dan menyediakan protein struktural dan fungsional untuk pasien bedah. Jika kebutuhan minimal energi tidak dapat dipenuhi dalam waktu yang lama maka akan timbul gejala kurang gizi. Kurang gizi dapat dilihat dari penurunan berat badan (Rijanti, 2002).

Penilaian status gizi yang digunakan untuk mengetahui prevalensi malnutrisi di rumah sakit pada umumnya adalah dengan cara antropometri dan pemeriksaan biokimia (Kurdanti, 2004).

Berat badan merupakan salah satu parameter yang digunakan untuk menilai status gizi secara antropometri., mudah terlihat perubahan dalam waktu singkat karena perubahan-perubahan konsumsi makanan. Asupan zat gizi yang adekuat bagi pasien yang dirawat inap di rumah sakit sangat diperlukan dalam upaya mencegah penurunan status gizi yang terjadi selama masa perawatan. Gizi merupakan bagian integral dengan pengobatan atau proses penyembuhan serta memperpendek lama rawat inap (Kusumayanti, dkk, 2004).

Berdasarkan data yang diperoleh di RSUD. Abunawas Kota Kendari, menunjukkan bahwa jumlah pasien bedah di Rumah Sakit Abunawas Kota Kendari tahun 2013 adalah 216 orang dari 9742 pasien dan pada bulan Januari-Juli 2014 jumlah penderita bedah sebanyak 87 pasien rawat inap, tetapi belum ada data tentang keadaan

gizi atau belum pernah ada penelitian untuk melihat keadaan status gizi pada pasien bedah (catatan rekam medis). Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD. Abunawas menunjukkan bahwa pasien pra bedah akan menjalani perawatan Rawat Inap selama 1 minggu, yang terdiri dari minimal 3 hari sebelum dilakukan operasi dan minimal 4 hari setelah operasi.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk menganalisis hubungan antara asupan energi, protein dan status gizi dengan penyembuhan luka pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari.

Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis hubungan asupan energi, protein dan status gizi dengan penyembuhan luka pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari

2. Tujuan Khusus

2.1 Untuk mengetahui asupan energi pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari.

2.2 Untuk mengetahui asupan protein pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari.

2.3 Untuk mengetahui status gizi pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari.

2.4 Untuk mengetahui penyembuhan luka pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari.

2.5 Untuk menganalisis hubungan antara asupan energi dengan penyembuhan luka pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap

Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari.

2.6 Untuk menganalisis hubungan antara asupan protein dengan penyembuhan luka pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari.

2.7 Untuk menganalisis hubungan antara status gizi dengan penyembuhan luka pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari.

Manfaat Penelitian

1. Bagi pasien

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan pasien tentang hubungan antara makanan yang dikonsumsi dengan kesembuhan luka setelah melakukan operasi.

2. Bagi Rumah Sakit Umum Abunawas Kota Kendari

Sebagai informasi dan bahan pertimbangan dalam meningkatkan pelayanan dirumah sakit dan memberikan informasi yang tepat didalam pemberian terapi sehingga dapat digunakan oleh pasien dalam pengelolaan penyakit untuk mempercepat proses penyembuhan.

3. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan cakrawala berpikir serta merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III jurusan Gizi.

METODE PENELITIAN

Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis Penelitian adalah penelitian observasional dengan pendekatan *observasional* dengan

rancangan cross sectional study yakni digunakan untuk mengetahui hubungan antara asupan energi, protein dan status gizi dengan kesembuhan luka pasien.

Waktu dan Tempat

Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 2 Agustus- 5 September 2014 di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari.

Populasi dan Sampel

Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien diruang rawat inap bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari pada periode Agustus-September Tahun 2014 sebanyak 80 orang.

Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 52 orang. Teknik pengambilan sampel penelitian adalah menggunakan *Purposive Sampling*, yaitu pengambilan sampel dilakukan dengan pertimbangan peneliti, dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Berusia \geq 18 tahun
- b. Kesadaran *Compos mentis* dan *kooperatif*
- c. Makan melalui oral atau enteral
- d. Hari rawat inap pasien pasca bedah minimal 3 hari
- e. Bersedia ikut dalam penelitian.

Jenis dan Cara Pengumpulan Data

1. Data Primer

- a. Data Identitas pasien meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan diperoleh melalui wawancara kusioner.
- b. Data asupan energi, protein diperoleh melalui wawancara menggunakan formulir recall 2x24 jam.
- c. Data status gizi diperoleh menggunakan timbangan berat badan (*bath room scale*) dengan

kapasitas 120 Kg, ketelitian 0,5 Kg dan alat pengukur tinggi badan dengan menggunakan *mikrotoice*, kapasitas maksimal 200 cm, ketelitian 0,1 cm. Pengukuran berat badan diukur maksimal 3 hari setelah pasien di operasi dan apabila berat badan dan tinggi badan pasien tidak dapat diukur maka, peneliti melakukan pengukuran Tinggi Lutut.

- d. Data penyembuhan luka diperoleh dari hasil pengamatan terhadap luka pasien.

2. Data sekunder

Yaitu gambaran umum lokasi penelitian meliputi data demografi, monografi diperoleh melalui laporan dan Profil RSUD. Abunawas Sulawesi Tenggara beserta data jumlah yang menjalani bedah.

Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

- a. Data identitas sampel diolah berdasarkan jawaban responden kemudian disesuaikan dengan kriteria objektif.
- b. Data tingkat konsumsi energi, protein diolah berdasarkan hasil *recall 2x24* jam menggunakan nutri survey dan kemudian di bandingkan dengan kriteria objektif
- c. Data status gizi diolah berdasarkan hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan menggunakan indeks massa tubuh(IMT)

2. Analisis Data

Untuk melihat hubungan asupan energi, protein dengan status gizi pra dan pasca bedah dengan kesembuhan luka digunakan uji “Chi-Square”.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Sampel

Umur

Distribusi sampel berdasarkan umur sebagian besar pada kategori umur 30-49 tahun, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1. Distribusi Sampel Menurut Umur

Umur (Tahun)	n	%
18-29	8	15,4
30-49	31	59,6
50-64	13	25,0
Jumlah	52	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 52 sampel, sebagian besar yaitu 31 orang (59,6 %) pada kategori umur 30-49 tahun, 13 orang (25,0%) pada kategori umur 50-64 tahun dan 8 orang (15,4%) pada kategori umur 18-29 tahun.

Jenis Kelamin

Distribusi sampel berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 2. Distribusi Sampel Menurut Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	n	%
Laki-Laki	20	38,5
Perempuan	32	61,5
Jumlah	52	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 52 sampel, sebagian besar yaitu 32 orang (61,5 %) berjenis kelamin perempuan dan 20 orang (38,5%) berjenis kelamin laki-laki.

Diagnosa Penyakit/Jenis Bedah

Distribusi sampel berdasarkan diagnosa penyakit dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 3. Distribusi Sampel Menurut Diagnosa Penyakit

Diagnosa Penyakit/Jenis Bedah	n	%
Amandel	5	9,6
Appenditis	12	23,1
Ca mammae	6	11,5
Gondok	8	15,4
Kista	4	7,7
Oesofagogastrektomi	3	5,8
Sectio Cesarae	9	17,3
Usus Turun	5	9,6
Jumlah	52	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa dari 52 sampel, sebagian besar yaitu 12 orang (23,1 %) mengalami Appenditis, dan sebagian kecil yakni 4 orang (7,7%) mengalami Kista.

Analisis Univariat

Asupan Energi

Tabel 4. Distribusi Sampel Menurut Asupan Energi

Asupan Energi	n	%
Cukup	21	40,4
Kurang	31	59,6
Jumlah	52	100

Tabel 4 menunjukkan bahwa dari 52 sampel sebagian besar yaitu 31 orang (59,6%) asupan energinya

Asupan Protein

Tabel 5. Distribusi Sampel Menurut Asupan Protein

Asupan Protein	n	%
Cukup	23	44,2
Kurang	29	55,8
Jumlah	52	100

Tabel 5 menunjukkan bahwa dari 52 sampel sebagian besar yaitu 29 orang (55,8%) asupan proteinnya kurang dan selebihnya yakni 23 orang (44,2%) asupan proteinnya cukup.

Status Gizi

Tabel 6. Distribusi Sampel Menurut Status Gizi

Status Gizi	n	%
Baik	31	59,6
Kurang	21	40,4
Jumlah	52	100

Tabel 6 menunjukkan bahwa dari 52 sampel sebagian besar yaitu 31 orang (59,6%) status gizinya baik dan selebihnya yakni 21 orang (40,4%) status gizinya kurang.

Penyembuhan Luka

Tabel 7. Distribusi Sampel Menurut Penyembuhan Luka

Penyembuhan Luka	n	%
Basah	18	34,6
Kering	34	65,4
Jumlah	52	100

Tabel 7 menunjukkan bahwa dari 52 sampel sebagian besar yaitu 34 orang (65,4%) luka pasien pasca bedah dalam kategori kering dan selebihnya yakni 18 orang (34,6%) luka pasien pasca bedah dalam kategori basah.

Analisis Bivariat

Hubungan Asupan Energi dengan Kesembuhan Luka

Tabel 8. Hubungan Asupan Energi dengan Penyembuhan Luka

Asupan Energi	Penyembuhan Luka				Total	p
	Basah		Kering			
	n	%	n	%		
Cukup	6	28,6	15	71,4	21	100
Kurang	12	38,7	19	61,3	31	100
Total	18	34,6	34	65,4	52	100

Tabel 8 menunjukkan bahwa dari 21 sampel dengan asupan energi cukup, sebagian besar 71,4% lukanya kering dan dari 31 sampel dengan asupan energi kurang, sebagian besar 61,3% lukanya kering..

Berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p = 0,648$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara asupan energi dengan penyembuhan luka pasien.

Hubungan Asupan Protein dengan Kesembuhan Luka

Tabel 9. Hubungan Asupan Protein dengan Penyembuhan Luka

Asupan Protein	Penyembuhan Luka				Total	p
	Basah		Kering			
	n	%	n	%		
Cukup	7	30,4	16	69,6	23	100
Kurang	11	37,9	18	62,1	29	100
Total	18	34,6	34	65,4	52	100

Tabel 9 menunjukkan bahwa dari 23 sampel dengan asupan protein cukup, sebagian besar 69,6% lukanya kering dan dari 29 sampel dengan asupan protein kurang, sebagian besar 62,1% lukanya kering..

Berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p = 0,786$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara asupan protein dengan penyembuhan luka pasien.

Hubungan Status Gizi dengan Kesembuhan Luka

Hubungan status gizi dengan kesembuhan luka dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 10. Hubungan Status Gizi dengan Penyembuhan Luka

Status Gizi	Penyembuhan Luka				Total	P
	Basah		Kering			
	n	%	n	%		
Cukup	6	19,4	25	80,6	31	100
Kurang	12	57,1	9	42,9	21	100
Total	18	34,6	34	65,4	52	100

Tabel 10 menunjukkan bahwa menunjukkan bahwa dari 31 sampel dengan status gizi baik, sebagian besar 80,6% lukanya kering dan dari 21 sampel dengan status gizi kurang, sebagian besar 57,1% lukanya basah.

Berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p = 0,012$, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan status gizi dengan penyembuhan luka pasien.

PEMBAHASAN

1. Asupan Energi

Kebutuhan energi seseorang adalah konsumsi energi dari makanan yang diperlukan untuk menutupi pengeluaran energi seseorang bila mempunyai ukuran dan komposisi tubuh dengan tingkat aktivitas yang sesuai dengan kesehatan jangka panjang, dan yang memungkinkan pemeliharaan aktifitas fisik yang dibutuhkan secara sosial dan ekonomi (Almatsier, 2001).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar sampel mempunyai asupan energi kurang disebabkan karena kurangnya mengkonsumsi makanan sumber karbohidrat, lemak dan protein, dimana frekuensi makan pasien sangat tidak teratur dan jumlahnya

sangat sedikit sehingga tidak sesuai dengan kebutuhannya, keadaan ini disebabkan karena kurangnya nafsu makan pasien setelah menjalani operasi. Pada saat penelitian sampel pasca bedah tidak memiliki nafsu makan dan merasa mual serta muntah, keadaan ini disebabkan karena terjadi reaksi metabolisme dalam tubuh dan membutuhkan waktu untuk dapat beradaptasi terhadap makanan.

Makanan sumber energi yang dikonsumsi setelah 3 hari pasca bedah berupa makanan yang tinggi protein seperti ikan dan telur, dan juga terdapat makanan sumber karbohidrat seperti nasi dan pisang sedangkan sayur-sayuran tidak dikonsumsi karena kurangnya nafsu makan pasien.

Konsumsi energi yang sangat kurang mengkhawatirkan, karena dengan konsumsi energi yang kurang dan terjadi dalam waktu yang lama dapat menyebabkan kekurangan gizi. Kekurangan zat gizi khususnya energi pada tahap awal akan menimbulkan rasa lapar dan dalam jangka waktu yang lama akan menyebabkan berat badan menurun disertai dengan penurunan aktivitas yang dilakukan. Kandungan energi yang paling tinggi diperoleh dari bahan makanan yang mengandung karbohidrat. Karbohidrat ini merupakan sumber energi yang utama bagi hampir seluruh penduduk dunia, khususnya bagi penduduk negara yang sedang berkembang. Walaupun jumlah kalori yang dihasilkan oleh satu gram karbohidrat hanya empat kalori, karbohidrat merupakan sumber energi yang murah (Ambarwati, 2012).

2. Asupan Protein

Protein adalah bagian dari semua sel hidup dan merupakan bagian terbesar tubuh sesudah air. Seperlima bagian tubuh adalah protein. Protein mempunyai fungsi khas yang tidak dapat digantikan oleh zat gizi lain, yaitu membangun serta memelihara sel-sel dan jaringan tubuh (Proverawati dan Kusumawati, 2010).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar sampel mempunyai asupan protein kurang. Hal ini disebabkan karena berdasarkan hasil penelitian masih terdapat sampel yang kurang mengkonsumsi bahan pangan protein yang dikonsumsi baik lauk hewani maupun nabati seperti ikan, ayam, telur, tahu dan tempe. Hal ini sangat mengkhawatirkan, karena protein mempunyai fungsi yang sangat baik dalam masa pembentukan jaringan yang rusak. Hal ini juga disebabkan oleh frekuensi makan yang hanya 2 kali sehari sehingga asupan protein yang dikonsumsi tidak sesuai dengan kebutuhannya.

Setelah menjalani operasi, pasien tidak mengkonsumsi makanan dalam jumlah yang banyak, karena rasa mual dan muntah akibat reaksi metabolisme akibat pembedahan, namun perlahan-lahan konsumsi makan pasien semakin membaik, karena berdasarkan hasil recall rata-rata asupan makan pasien khususnya makanan sumber protein semakin meningkat pada hari pertama asupan protein mencapai 34 gr kemudian hari ke dua sebanyak 38 gram dan semakin meningkat pada hari ke tiga, rata-rata asupan pasien mencapai 45 gr. Makanan sumber protein yang dikonsumsi oleh pasien

pasca bedah umumnya adalah makanan sumber protein hewani berupa ikan dan telur, namun dikonsumsi dalam jumlah yang sedikit sehingga tidak sesuai dengan kebutuhannya.

Asupan protein yang kurang bukan merupakan faktor risiko terjadinya malnutrisi, bahwa asupan protein tidak berhubungan dengan status gizi. Status gizi pasien dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain terjadinya gangguan gastro intestinal (mual, tidak nafsu makan, kembung), berat ringannya penyakit, status gizi awal masuk rumah sakit, komplikasi penyakit, diet yang diberikan rumah sakit dan persepsi pasien terhadap cita rasa.

3. Status Gizi

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makan dan pangan zat-zat gizi. Status gizi dibedakan antara status gizi buruk, kurang, lebih, dan normal (Almatsier, 2001).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar sampel mempunyai status gizi baik, disebabkan karena berdasarkan hasil pengukuran BB dan TB pasien memiliki Indeks Massa Tubuh dalam batas normal yakni 18,5 -25. Pada saat penelitian sampel menggunakan IMT, dimana seluruh pasien bersedia untuk dilakukan pengukuran terhadap berat badan dan tinggi badannya, dimana pengukuran antropometri pada pasien yang menjalani operasi sesar dilakukan saat pasien menjalani masa perawatan pasca operasi 6-9 hari, pada hari tersebut pasien sudah mampu berdiri dan bersedia untuk dilakukan pengukuran berat dan tinggi badan. Status gizi pasien

pasca bedah menggambarkan keadaan tubuh seseorang dalam jangka waktu yang lama sehingga meskipun dilakukan pembedahan status gizi pasien dalam keadaan normal.

Berat badan pasca bedah merupakan suatu respon normal terhadap pembedahan. Menurut Hill (2009) perubahan komposisi tubuh setelah bedah berupa penurunan berat badan yang terjadi sampai hari ke-14. Kehilangan lemak sebagian besar terjadi pada beberapa hari pertama pasca bedah dan katabolisme protein yang terjadi sepanjang 2 minggu pertama pasca bedah. Perubahan berat badan hari-hari awal pasca bedah sangat dipengaruhi oleh perubahan *total body water*. Widjanarko dan Toar (2008) dalam suatu studi kinetik melaporkan kehilangan *total body protein* pada periode awal pasca bedah disebabkan peningkatan kecepatan pemecahan protein daripada pengurangan kecepatan sintesis protein.

4. Penyembuhan Luka

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar sampel memiliki luka kering, Hal ini karena berdasarkan hasil penelitian tidak terdapat PUS pada luka, penyembuhan luka pasien ini didukung oleh perawatan medis yang diberikan seperti obat-obatan baik melalui oral maupun intravena yang dapat mempercepat penyembuhan luka.

Moore (2007) mengemukakan bahwa periode awal dari penyembuhan luka sekitar 5-15 hari untuk operasi kecil dan lebih dari sebulan untuk operasi besar atau luka bakar. Selama masa ini

luka mempunyai prioritas utama akan kebutuhan kalori, asam amino, dan zat gizi lainnya yang diperlukan untuk penyembuhan. Kekurangan nilai gizi akan mengganggu penyembuhan luka. Operasi adalah stres fisiologik akibat hipermetabolisme,

Pada pasien pembedahan, katekolamin dan glukagon yang meningkat mengakibatkan glikogen hati dan otot pecah, sehingga lepas dan masuk dalam sirkulasi. Pada fase starvasi atau permulaan yang berkepanjangan, tubuh melakukan penghematan protein otot. Bilamana komplikasi mayor berkembang pada masa pasca bedah, pasti bahwa malnutrisi protein energi akan terjadi sebagai akibat langsung. Defisit protein dan energi berkembang tidak hanya karena asupan oral tertunda, melainkan juga karena pengeluaran energi dan katabolisme protein tubuh meningkat (Hill, 2009).

5. Hubungan Asupan Energi dengan Penyembuhan Luka pasien Pasca Bedah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara asupan energi dengan penyembuhan luka pasien. Hal ini karena berdasarkan hasil penelitian ditemukan sampel yang asupan energi dalam kategori cukup ataupun kurang memiliki luka dalam keadaan kering, keadaan ini menggambarkan asupan energi tidak memberi pengaruh dalam penyembuhan luka dan tidak sesuai dengan harapan bahwa dengan adanya asupan energi yang cukup dapat mempercepat penyembuhan luka serta semakin kurang asupan energi, penyembuhan lukanya akan

semakin lambat. Penyembuhan luka pasien di dukung oleh terapi obat-obatan yang diberikan sehingga dapat mempercepat rasa nyeri dan menyembuhkan luka pasien. Asupan energi sangat dibutuhkan oleh pasien pasca bedah untuk mengembalikan energi akibat dari proses metabolisme akibat pembedahan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wirasmita (2009) di RSUDD. Probolinggo yang menemukan bahwa tidak terdapat hubungan antara asupan energi dengan penyembuhan luka pasien bedah. Hal ini juga disebabkan karena penyembuhan luka pasien membutuhkan waktu yang lama \pm 2 minggu agar bisa kering.

Pada pembedahan terjadi peningkatan stres metabolisme yang ditunjukkan dengan peningkatan kebutuhan energi dan protein. Respon metabolik terhadap trauma (*injury*) dibedakan menjadi *ebb phase* dan *flow phase* dimana pasien mengalami kehilangan protein dalam kecepatan berlebihan. Durasi fase flow tergantung pada keparahan utama dan secara berangsur angsur fase flow ini digantikan oleh suatu fase anabolik konvalensi. Pada fase anabolik ini cadangan energi dan protein yang hilang pada periode ini pasca trauma diisi kembali (Hill, 2009).

6. Hubungan Asupan Protein dengan Penyembuhan Luka pasien Pasca Bedah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara asupan protein dengan penyembuhan luka pasien hal ini karena pasien dengan asupan protein yang cukup, luka pasien

masih tetap basah, penyembuhan luka pasien disebabkan oleh terapi obat-obatan yang diberikan yang dapat menghilangkan nyeri dan mempercepat penyembuhan luka, protein yang dikonsumsi sampel digunakan untuk mengganti energi yang hilang saat menjalani pembedahan.

Disamping itu, tidak adanya hubungan protein dengan penyembuhan luka pasien disebabkan karena banyak faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka pada pasien bedah, faktor lain yakni adanya terapi obat-obatan yang diberikan oleh tim medis di Rumah Sakit Umum Abunawas Kota Kendari, selain itu juga disebabkan karena setelah menjalani operasi asupan makan pasien mengalami penurunan karena kurang nafsu makan, sehingga asupan protein tidak menjadi faktor penentu penyembuhan luka pasien.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wirasmita (2009) yang menemukan bahwa tidak ada hubungan antara asupan protein dengan penyembuhan luka pasien dengan nilai $p=0,021$. Tingkat kesembuhan luka pasien dipengaruhi oleh faktor lain seperti obat-obatan yang diberikan oleh dokter yang dapat menyembuhkan luka pasien dan menghilangkan rasa nyeri.

Hal tersebut di atas sesuai dengan pendapat French dan Crane (1963) dalam Hill (2009) bahwa pasien yang menjalani pasca operasi saluran pencernaan hampir 50% akan mengalami malnutrisi protein karena asupan makanan yang kurang yang berdampak pada kehilangan berat badan. Dijelaskan

lagi sebab-sebab utama dari malnutrisi energi dan protein serius setelah pasca operasi adalah : (1) tidak bisa makan, (2) tidak nafsu makan, (3) reservoir lambung kecil, (4) malabsorpsi.

7. Hubungan Status Gizi dengan Penyembuhan Luka pasien Pasca Bedah

Keadaan gizi merupakan faktor penting pada masa bedah. Malnutrisi energi dan protein kemungkinan disebabkan akibat penyakit yang diderita dan akibat diet yang kurang baik sehingga timbul keadaan malnutrisi yang parah. Malnutrisi energi dan protein akan berdampak pada fungsi fisiologis dan meningkatkan risiko pembedahan atau memperpanjang masa pemulihan (Widjanarko & Toar, 2008).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan status gizi dengan penyembuhan luka pasien, hal ini karena sampel yang status gizinya baik, lukanya dalam keadaan kering, dimana pasien dengan status gizi baik memiliki cadangan zat gizi yang banyak, sehingga meskipun terjadi proses pembedahan, tubuh masih memiliki cadangan energi yang dibutuhkan untuk mengembalikan zat-zat gizi yang hilang dan mampu mempercepat penyembuhan luka dan hasil penelitian juga menunjukkan sampel yang status gizinya kurang, lukanya dalam keadaan basah, keadaan ini menunjukkan bahwa status gizi dapat menghambat proses penyembuhan luka.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Budiningsari dan Hadi (2008) yang

menunjukkan bahwa dari 66 orang pasien bedah dewasa, pada pasien yang menderita malnutrisi ringan sembuh dengan cepat secara signifikan lebih lambat daripada mereka yang gizinya baik. Demikian juga hasil penelitian Kay, et al, 1987 pada 41 orang pasien pasien bedah ortopedi, 94% pasien dengan parameter gizi normal sembuh tanpa penyulit, sementara 44% pasien dengan status gizi kurang mengalami kelambatan yang signifikan dalam proses penyembuhannya.

Keadaan gizi pasien merupakan faktor pertimbangan penting pra bedah. Adapun nutrisi yang cukup dan seimbang akan menentukan status gizi pasien. Status gizi pra bedah sangat dipengaruhi oleh sistem tubuh termasuk penyembuhan luka yang terjadi setelah operasi. Kebutuhan nitrogen dan bahan bakar sel tubuh secara memadai agar tetap terjaga dapat dilakukan dengan pemeliharaan nutrisi yang baik (Ambarwati, 2012).

Jenis bedah berhubungan dengan status gizi seperti yang dijelaskan Widjanarko (2003) bahwa terjadinya kehilangan berat badan $-5,3 \pm 0,9$ kg dalam 14 hari pasca bedah mayor elektif. Perubahan komposisi tubuh terdiri dari kehilangan air $-3,8 \pm 1,3$ kg protein $-0,6 \pm 0,35$ kg dan lemak $-0,7 \pm 1,2$ kg. Lalisang (2008), meneliti secara *prospectif cross sectional* pada 60 responden bedah mayor elektif dan hasilnya menunjukkan pada 76% pasien kehilangan berat badan dengan rata-rata 4% pada bulan Januari sampai Desember 2000. Penelitian oleh Widjanarko & Toar (2008)

mendapatkan hasil pada pra bedah sedang dan besar 15,2% dan 10,8% orang berstatus gizi buruk sedangkan pada pasien bedah sedang dan besar terdapat kenaikan sebesar 4,3% sampai 5,6% setelah pembedahan. Hal ini berarti pada pasca bedah sedang dan besar perlu mendapat perhatian yang khusus untuk mengembalikan fungsi tubuh seperti semula.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Asupan energi pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari sebagian besar kurang (59,6%).
2. Asupan protein pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari sebagian besar kurang (55,8%).
3. Status gizi pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari sebagian besar baik (59,6%).
4. Penyembuhan luka pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari sebagian besar lukanya kering (65,4%).
5. Tidak ada hubungan antara asupan energi dengan penyembuhan luka pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari.
6. Tidak ada hubungan antara asupan protein dengan penyembuhan luka pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari.
7. Ada hubungan status gizi dengan penyembuhan luka pada pasien pasca bedah di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD. Abunawas Kota Kendari.

Saran

1. Hasil penelitian ini kiranya dapat menjadi masukan bagi pemerintah daerah dan instansi terkait dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Kendari dan RSUD. Abunawas dalam menentukan kebijakan-kebijakan dalam upaya menanggulangi masalah kurangnya asupan zat gizi khususnya energi dan protein pada pasien pasca bedah.
2. Bagi petugas kesehatan agar memberikan diet pada pasien pasca bedah sesuai syarat/prinsip diet, jenis diet, indikasi dan cara pemberian supaya terpenuhi sesuai dengan kebutuhan gizinya.
3. Bagi peneliti lain, hendaknya menganalisis faktor-faktor lain yang berhubungan dengan penyembuhan luka pasien.

- Proverawati dan Kusumawati, 2010. *Ilmu Gizi untuk Keperawatan dan Gizi Kesehatan*. Nuha Medika, Yogyakarta.
- Sjamsuhidajat, 2007. *Status Gizi Pasien Bedah*, Majalah Kedokteran Indonesia RSCM, Jakarta.
- Supariasa, I Dewa Nyoman. Bakri, Bachyar, Fajar, Ibnu, 2002. *Penilaian Status Gizi*. EGC, Jakarta.
- Susetyowati, 2007. *Penatalaksanaan Gizi Pada Pasien Bedah Digestif*. Makalah Pertemuan Ilmiah Ke III Tahun 2007.
- Waryana, 2010. *Gizi Reproduksi*. Pustaka Rihamma, Yogyakarta.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, Gramedia, Jakarta.
- Ambarwati Fitri Respati, 2012. *Gizi dan Kesehatan Reproduksi*. Cakrawala Ilmu, Yogyakarta.
- Daldiyono dan Thaha, 2008. *Kapita Selekta Nutrisi Klinik, Perhimpunan Nutrisi Enteral dan Parenteral Indonesia*, Jakarta.
- Hartono, Andry, 2006. *Terapi Gizi dan Diet Edisi 2*. EGC, Jakarta.
- Hill, Graham, 2000. *Buku Ajar Nutrisi Bedah*. Farmedia, Jakarta.
- Khomsan, A. 2003. *Pangan dan Gizi Untuk Kesehatan*. PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Moore, M. 2007. *Pedoman Terapi Diet dan Nutrisi*. Penerbit Hipokrates, Jakarta.
- Nirwana, 2011. *Psikologi Ibu, Bayi dan Anak*. Nuha Medika, Yogyakarta.