

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Gizi Buruk

Gizi buruk merupakan salah satu penyebab tidak langsung terjadinya kematian pada balita. Hal ini dikarenakan kurangnya asupan makanan yang dikonsumsi atau adanya penyakit penyerta. Permasalahan gizi buruk akan terus ada seiring dengan adanya perkembangan zaman (Korompis & Hasan, 2023)(Lutfianisa & Azizah, 2024)

Gizi buruk merupakan keadaan gizi balita yang ditandai dengan kondisi sangat kurus, disertai atau tidak edema pada kedua punggung kaki, berat badan menurut panjang badan atau berat badan dibanding tinggi badan kurang dari -3 standar deviasi dan/atau lingkar lengan atas kurang dari 11,5 cm pada Anak usia 6-59 bulan. Gizi buruk menjadi masalah kesehatan masyarakat global yang terkait dengan biaya perawatan kesehatan yang tinggi, dan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Sekitar 45% kematian di antara anak-anak di bawah usia 5 tahun dapat dikaitkan dengan gizi buruk. Gizi buruk dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian serta meningkatkan risiko terjadinya stunting..(Permata et al., 2024)

B. Etiologi Gizi Buruk

Terdapat dua faktor yang menyebabkan gizi buruk pada balita. Faktor langsung dapat disebabkan oleh asupan makanan yang tidak mencukupi dengan kebutuhan gizi yang diperlukan yang dapat meliputi keberagaman, kebutuhan, kebersihan, dan keamanan. Penyakit infeksi juga menjadi faktor langsung yang mengakibatkan gizi buruk. Balita dengan penyakit infeksi mengalami metabolisme tubuh yang meningkat dan absorpsi nutrisi yang terganggu serta nafsu makan yang menurun . Kekurangan energi dan protein (KEP) tingkat berat akibat kurangnya asupan makanan yang bergizi maupun dampak dari penyakit kronis dapat ditandai dengan status gizi anak sangat kurus dan dapat disertai dengan gejala marasmus dan kwashiorkor atau salah satu dari kedua gejala tersebut (Kuddah & Sholehah, 2024)

UNICEF sendiri mengklasifikasikan status gizi menjadi dua yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Ada dua yang menjadi penyebab langsung yaitu jenis makanan yang dikonsumsi dan status anak dengan penyakit infeksi.. Untuk kategori yang tidak langsung antara lain status ekonomi, pendidikan, pengetahuan, tingkat pendapatan, ketahanan pangan, sanitasi lingkungan serta pemanfaatan faskes . Dalam sebuah studi dikatakan pada masyarakat dengan keterbatasan akses ekonomi (miskin) disinyalir berisiko besar memiliki balita dengan gizi buruk . Selain kemiskinan, buruknya sanitasi lingkungan dapat berdampak pada munculnya berbagai penyakit yang sering menyerang balita seperti diare dan pneumonia, hal ini dapat berakibat pada gizi balita, sehingga dapat disimpulkan sanitasi lingkungan berkaitan erat dengan status gizi pada anak . Pada anak dengan defisiensi vitamin A serta tidak diimunisasi dasar lengkap cenderung mudah terinfeksi penyakit, infeksi berulang atau berkepanjangan dapat berakibat pada status gizi anak (Hendraswari, 2023)

Faktor penyebab gizi buruk dapat berupa penyebab tak langsung seperti kurangnya jumlah dan kualitas makanan yang dikonsumsi, menderita penyakit infeksi, cacat bawaan, menderita penyakit kanker dan penyebab langsung yaitu ketersediaan pangan rumah tangga, perilaku dan pelayanan kesehatan. Sedangkan faktor-faktor lain selain faktor kesehatan, tetapi juga merupakan masalah utama gizi buruk adalah kemiskinan, pendidikan rendah, ketersediaan pangan dan kesempatan kerja.(Regina et al., 2020)

C. Tanda dan Gejala Gizi Buruk

Anak yang mengalami gizi buruk biasanya menampilkan berbagai tanda klinis yang cukup khas. Umumnya, kondisi ini ditandai dengan pertumbuhan yang terhambat, berat badan jauh di bawah standar usianya, serta berkurangnya massa otot. Pada marasmus, anak tampak sangat kurus, dengan kulit yang mengendur akibat hilangnya lapisan lemak dan otot. Sementara pada kwashiorkor, gejala utama yang dapat dikenali antara lain adanya pembengkakan (edema) pada tungkai maupun wajah, perut membuncit, serta perubahan warna rambut menjadi kemerahan atau pirang (Tan & Novendy, 2025). Anak yang mengalami gizi buruk sering menunjukkan tanda-tanda

tambahan yang mengkhawatirkan. Rambut anak menjadi kering, tipis, dan mudah rontok, menunjukkan kekurangan nutrisi penting. Selain itu, sistem kekebalan tubuh melemah sehingga anak lebih rentan terhadap infeksi. Akibat kekurangan energi dan massa otot, anak juga cepat merasa lelah atau lemah, meskipun hanya melakukan aktivitas ringan. Kombinasi gejala ini jelas menunjukkan bahwa tubuh tidak mendapatkan nutrisi yang cukup untuk mendukung kesehatan dan fungsi optimal (Bhupathiraju & Hu, 2023).(Elementary et al., 2025)

Gejala klinik marasmus yaitu tampak sangat kurus, wajah seperti orang tua, cengeng, kulit keriput, perut cekung, rambut tipis, jarang, dan kusam, tulang iga tampak jelas, serta tekanan darah, detak jantung dan pernafasan berkurang. Gejala klinis kwashiorkor yaitu adanya edema diseluruh tubuh terutama kaki, tangan, atau anggota badan lainnya, wajah membulat dan sembab, pandangan mata sayu, rambut tipis kemerahan, cengeng, rewel, pembesaran hati, otot mengecil, kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas, diare, dan juga anemia. Sedangkan gejala klinik marasmuskwashiorkor merupakan campuran dari beberapa gejala marasmus dan juga kwashiorkor. Selain itu untuk mengidentifikasi masalah gizi buruk dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri, diantaranya BB/U, TB/U, dan BB/TB. BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menyatakan status gizi buruk (Hp, 2022)

D. Dampak

Dampak gizi buruk tidak hanya terbatas pada gangguan fisik seperti stunting, wasting, dan rendahnya imunitas tubuh, tetapi juga berdampak jangka panjang terhadap kualitas sumber daya manusia. Anak dengan riwayat gizi buruk berisiko mengalami hambatan kognitif, rendahnya prestasi akademik, hingga penurunan produktivitas di masa dewasa. Oleh karena itu, penanganan gizi buruk memerlukan pendekatan komprehensif dan multisektoral, melibatkan sektor kesehatan, pendidikan, pertanian, hingga sosial-ekonomi (; UNICEF, 2021)(Elementary et al., 2025)

Banyak dampak merugikan yang diakibatkan oleh gizi buruk, antara lain yaitu menurunnya mutu kehidupan, terganggunya pertumbuhan, gangguan perkembangan mental anak, serta merupakan salah satu penyebab dari angka kematian yang tinggi. Anak yang menderita gizi buruk apabila tidak segera ditangani sangat beresiko tinggi, dan dapat berakhir kepada kematian anak.(Hp, 2022)

E. Patofisiologi

Patofisiologi dari gizi buruk disebabkan oleh kekurangan energi dan protein yang bernilai biologis tinggi akibat kebutuhan tubuh akan energi dan protein yang tidak terpenuhi dari makanan dalam waktu yang lama sehingga menimbulkan keadaan patologik. Patofisiologi gizi buruk pada anaka adalah anak sulit untuk makan atau anoreksia bisa terjadi karena penyakit akibat defisiensi gizi, seperti suasana makan, pengaturan makanan dan lingkungan, rambut mudah rontok dikarenakan kekurangan protein, vitamin A. turgor atau elastisitas kulit jelek, karena sel mengalami dehidrasi. Refleks patell negatif terjadi kekurangan toksin myosin pada tendon, patella dan degenerasi saraf motoric akibat dari kekurangan protein. Pertumbuhan yang kurang atau terhenti disertai atrofi otot dan menghilangkan lemak di bawah kulit. Pada mulanya kelainan demikian merupakan proses fisiologis

F. Penatalaksanaan

Penanganan gizi buruk pasien umumnya dilakukan dengan 10 langkah tatalaksana, yaitu mencegah dan mengatasi hipoglikemia, mencegah dan mengatasi hipotermia, mencegah dan mengatasi dehidrasi, memperbaiki gangguan elektrolit, mengobati infeksi, memperbaiki kekurangan zat gizi mikro, memberikan makanan untuk stabilisasi, memberikan makanan untuk transisi dan rehabilitasi, stimulasi sensorik dan dukungan emosional pada anak, dan tindak lanjut di rumah(Hp, 2022)

Tata laksana anak gizi buruk, terdiri dari 4 fase perawatan dan pengobatan. Namun, tidak semua balita gizi buruk akan menjalani 4 fase tersebut. Empat fase perawatan dan pengobatan gizi buruk pada balita yaitu:

1. Fase Stabilisasi Fase stabilisasi merupakan fase awal perawatan yang umumnya berlangsung 1-2 hari, tetapi dapat berlanjut sampai satu minggu sesuai kondisi klinis anak. Pemantauan pada fase stabilisasi dilakukan dengan mencatat tanda-tanda vital (denyut nadi, frekuensi pernafasan, suhu badan), tandatanda bahaya, derajat edema, asupan formula, frekuensi defekasi, konsistensi feces, volume urine dan berat badan.

2. Fase Transisi

Fase transisi adalah masa peralihan dari fase stabilisasi ke fase rehabilitasi dengan tujuan memberi kesempatan tubuh untuk beradaptasi terhadap pemberian energi dan protein yang semakin meningkat. Pemantauan pada fase transisi sama seperti pada fase stabilisasi.

3. Fase Rehabilitasi Fase ini dapat diberikan di layanan rawat jalan maupun rawat inap. Fase ini adalah fase pemberian makanan untuk tumbuh kejar. Pemberian energi sebesar 150-220 kkal/kgBB/hari dalam bentuk F100 atau RUTF, bertahap ditambah makanan yang sesuai berat badan. Umumnya berlangsung selama 2-4 minggu. Kemajuan terapi dinilai dari kenaikan berat badan setelah fase transisi dan mendapat F100 atau RUTF. Pemantauan pada fase rehabilitasi dilakukan dengan mencatat asupan formula dan kenaikan berat badan

4. Fase Tindak lanjut Pada fase ini merupakan lanjutan pemberian makanan untuk tumbuh kejar dengan pemberian makanan keluarga dan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT- P).(Kesehatan, 2020)

G. Klasifikasi

Gizi buruk berat dapat dibedakan tipe kwashiorkor, tipe marasmus dan tipe marasmik-kwashiorkor. Tipe kwashiorkor ditandai dengan gejala tampak sangat kurus dan atau edema pada kedua punggung kaki sampai seluruh tubuh, perubahan status mental, rambut tipis kemerahan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok, wajah

membulat dan sembab, pandangan mata sayu, pembesaran hati, kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman dan terkelupas, cengeng dan rewel. Tipe marasmus ditandai dengan gejala tampak sangat kurus, wajah seperti orang tua, cengeng, rewel, kulit keriput, perut cekung, rambut tipis, jarang dan kusam, tulang iga tampak jelas, pantat kendur dan keriput. Tipe marasmik-kwashiorkor merupakan gabungan beberapa gejala klinik kwashiorkor – marasmus. (Regina et al., 2020)

H. Proses asuhan gizi

Konsep dasar Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) yaitu suatu proses terstandar sebagai suatu metode pemecahan masalah yang sistematis dalam menangani problem gizi sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi. Terstandar yang dimaksud adalah memberikan asuhan gizi dengan proses terstandar yang menggunakan struktur dan kerangka kerja yang konsisten sehingga setiap pasien yang mempunyai masalah gizi mendapat asuhan gizi melalui proses 4 (empat) langkah yaitu pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, monitoring dan evaluasi gizi (ADIME).((Rafly Marchellino, 2024)

1. Assesment/Pengkajian Gizi

Pengkajian memerlukan cara berpikir kritis seperti :

- a. Menentukan data spesifik apa yang akan dikumpulkan
- b. Menentukan kebutuhan akan informasi tambahan
- c. Memilih alat dan prosedur pengkajian gizi sesuai situasi: alat pengukuran/pengumpulan data ; prosedur pengumpulan data; dan comparatives standard (standar pembandingan)
- d. Validasi data
- e. Pengetahuan terkait masalah gizi; patofisiologi,metabolisme zat gizi, epidemiologi

Pengkajian gizi terdiri dari 4 kategori, antara lain:

1. Antropometri

Pengukuran antropometri terdiri dari tinggi bada, berat badan dan indeks massa tubuh (IMT)

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangat kurang (<i>severely underweight</i>)	<-3 SD
	Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	- 3 SD s.d. <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD s.d. +1 SD
	Risiko Berat badan lebih ⁴	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	<-3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	- 3 SD s.d. <- 2 SD
	Normal	-2 SD s.d. +3 SD
	Tinggi ²	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	- 3 SD s.d. <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD s.d. +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD s.d. + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD s.d. + 3 SD
	Obesitas (obese)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>) ³	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>) ³	- 3 SD s.d. <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD s.d. +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD s.d. + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD s.d. + 3 SD
	Obesitas (obese)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 5 - 18 tahun	Gizi buruk (<i>severely thinnes</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>thinnes</i>)	- 3 SD s.d. <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD s.d. +1 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 1 SD s.d. + 2 SD
	Obesitas (obese)	> + 2 SD

Gambar 1 Kategori Status gizi

2. Fisik/Clininc

Penampilan fisik, massa otot dan lemak, fungsi menelan, nafsu makan, dan pengaruhnya terhadap status gizi, tumbuh kembang, masalah saat menyusui (kemampuan mengisap dan menelan, koordinasi bayi), pertumbuhan gigi, kemampuan berkomunikasi, kemampuan menelan. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

Untuk fisik/clininc gizi buruk :

- BB/TB kategori Gizi Buruk (< -3 SD)
- IMT/U kategori Gizi Buruk (< -3 SD)
- Lila $< 11,5$ cm
- Tampak sangat kurus / Tulang menonjol
- Tanda klinis berdasarkan tipe gizi buruk
 - a. Marasmus
 - 1. Wajah seperti orang tua (old man face)
 - 2. Tulang iga jelas terlihat
 - 3. Kulit keriput, kendur
 - 4. Lemak subkutan hilang
 - 5. Sangat kurus, lemas
 - b. Kwashiorkor
 - 1. Edema bilateral (kaki, wajah, perut)
 - 2. Wajah sembab (moon face)
 - 3. Rambut kemerahan/kusam/mudah rontok
 - 4. Kulit pecah-pecah
 - 5. Perut buncit
 - 6. Mudah rewel
 - c. Marasmik -kwashiorkor
 - 1. Sangat kurus + ada edema
 - 2. Kondisi paling berat
 - 3. Resiko komplikasi tinggi

3. Riwayat Gizi

Terdiri dari pemberian makanan dan gizi, penggunaan obat/herbal suplemen, pengetahuan/ kepercayaan, ketersediaan makanan, serta aktivitas fisik. Untuk di tingkat masyarakat: ketersediaan makanan/ air yang aman; partisipasi program; fasilitas menyusui; akses terhadap aktivitas fisik; data populasi Riwayat medis/kesehatan/keluarga, perawatan dan penggunaan pengobatan komplementer/alternatif, riwayat sosial, riwayat ibu dan kehamilan, riwayat ibu menyusui, keaksaraan, status sosial ekonomi, situasi tempat tinggal/perumahan, dukungan sosial, lokasi geografis, dan akses terhadap layanan kesehatan dan gizi, program gizi dan kesehatan serta potensi sumber daya yang dimiliki (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

2. Diagnosa Gizi

Tujuan :

- a. Untuk mengidentifikasi dan menggambarkan masalah gizi spesifik yang dapat diatasi atau diperbaiki melalui intervensi gizi oleh seseorang tenaga gizi
- b. Diagnose gizi (missal : asupan karbohidrat yang tidak konsisten) berbeda dengan diagnosis medis (missal : diabetes)

Ada 3 kategori diagnosis gizi :

- a. Domain asupan : Asupan makan atau gizi yang terlalu banyak atau terlalu sedikit dibandingkan dengan kebutuhan aktual atau perkiraan.

Contoh masalah gizi pada proses asupan gizi:

- Asupan energi tidak adekuat atau berlebihan terkait kurangnya pengetahuan terhadap makanan dan gizi atau perilaku dan kepercayaan tidak mendukung
- Memperkirakan asupan energi yang tidak adekuat atau berlebihan terkait dengan gaya hidup yang buruk atau status sosial ekonomi.

- b. Domain klinis : masalah gizi yang berhubungan dengan kondisi medis atau fisik.

Contoh masalah gizi pada proses asuhan gizi :

- Dampak Kesehatan mulut yang buruk atau ketidakmampuan perkembangan atau ketidakmampuan fisik untuk memberi makan sendiri
- Kesulitan menyusui
- Kurus, berat badan lebih

- c. Domain perilaku dan lingkungan : sikap, kepercayaan, lingkungan fisik, akses terhadap makanan atau keamanan pangan

Contoh masalah gizi pada komunitas/Masyarakat :

- Kurangnya pengetahuan terkait makanan dan gizi, keyakinan keluarga/pengasuh atau sikap yang akan mempengaruhi perawatan yang diterima individu
- Tidak siap untuk diet / perubahan gaya hidup
- Pilihan makanan yang tidak diinginkan
- Kurang aktivitas fisik
- Terbatas akses terhadap makanan/waktu

3. Intervensi gizi

Intervensi gizi adalah Tindakan yang direncanakan untuk mengubah perilaku nutrisi, kondisi lingkungan, atau factor-faktor yang mempengaruhi Kesehatan seseorang

Tujuan intervensi gizi :

Memperbaiki atau meningkatkan kondisi gizi berdasarkan rencana dan penerapan intervensi gizi yang tepat sesuai kebutuhan. Tujuan intervensi mengarah pada problem (P) berdasarkan etiologi (E) dengan target memperbaiki sign/symptom (S) yang harus terukur dan waktu tertentu

1. Tujuan diet

Tujuan terapi gizi pada anak gizi buruk adalah memberikan asupan energi zat gizi, guna :

1. Meningkatkan status gizi
2. Memulihkan kondisi Kesehatan
3. Mencegah dan mengatasi hipoglikemia, dehidrasi, kekurangan zat gizi mikro, vitamin dan elektrolit (K,Mg,Cl,Zn,Cu)

2. Syarat Diet Balita Gizi Buruk

1. Fase Stabilisasi

- a. Energi 80-100 kkal/kg berat badan perhari
- b. Protein 1-1,5 gram/ kg berat badan perhari
- c. Cairan diberikan 130 ml/ kg perhari
- d. Makanan formula F -75 tiap 2 jam (12 kali) atau 3 jam (8 kali) dalam 24 jam

2. Fase Transisi

- a. Energi 100-150 kkal/kg berat badan perhari
- b. Protein 2-3 gram / kg berat badan per hari
- c. Cairan diberikan 150 ml/kg berat badan per hari
- d. Pemberian makanan F-100 dengan frekuensi sering dan porsi kecil, diberikan setiap 4 jam sekali

3. Fase Rehabilitas

- a. Energi 150-200 kkal/kg berat badan perhari
- b. Protein 4-6 gram/kg berat badan perhari
- c. Cairan 150-200 ml/ berat badan perhari atau lebih sesuai kebutuhan energi
- d. Berikan formula F-100

Tabel 2 bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan

Bahan makanan	Makanan dianjurkan	Makanan tidak dianjurkan
Karbohidrat	Nasi, tim/bubur, kentang,ubi, roti tawar Karbohidrat sederhana gula pasir	Mie, makanan manis, tepungan
Sumber protein hewani	Telur, ikan, daging ayam, daging sapi	Daging olahan: sosis, nugget, makanan kalengan berbahan ikan atau daging
Sumber protein nabati	Semua jenis kacang- kacangan seperti tahu/tempe	Dimasak dengan banyak minyak atau kelapa/santan kental
Sayuran	Semua jenis sayuran terutama jenis B seperti bayam, kacang Panjang labu siam dan wortel	Dimasak dengan banyak minyak atau kelapa/santan kental
Buah – buahan	Semua jenis buah segar	Manisan buah, buah kaleng dalam sirup
Lemak dan minyak	Minyak goreng, mentega, margarin	Santan kental
Bumbu	Bumbu tidak tajam seperti bawang merah, bawang putih	Bumbu yang tajam seperti cabe dan merica

4. Monitoring dan Evaluasi Gizi

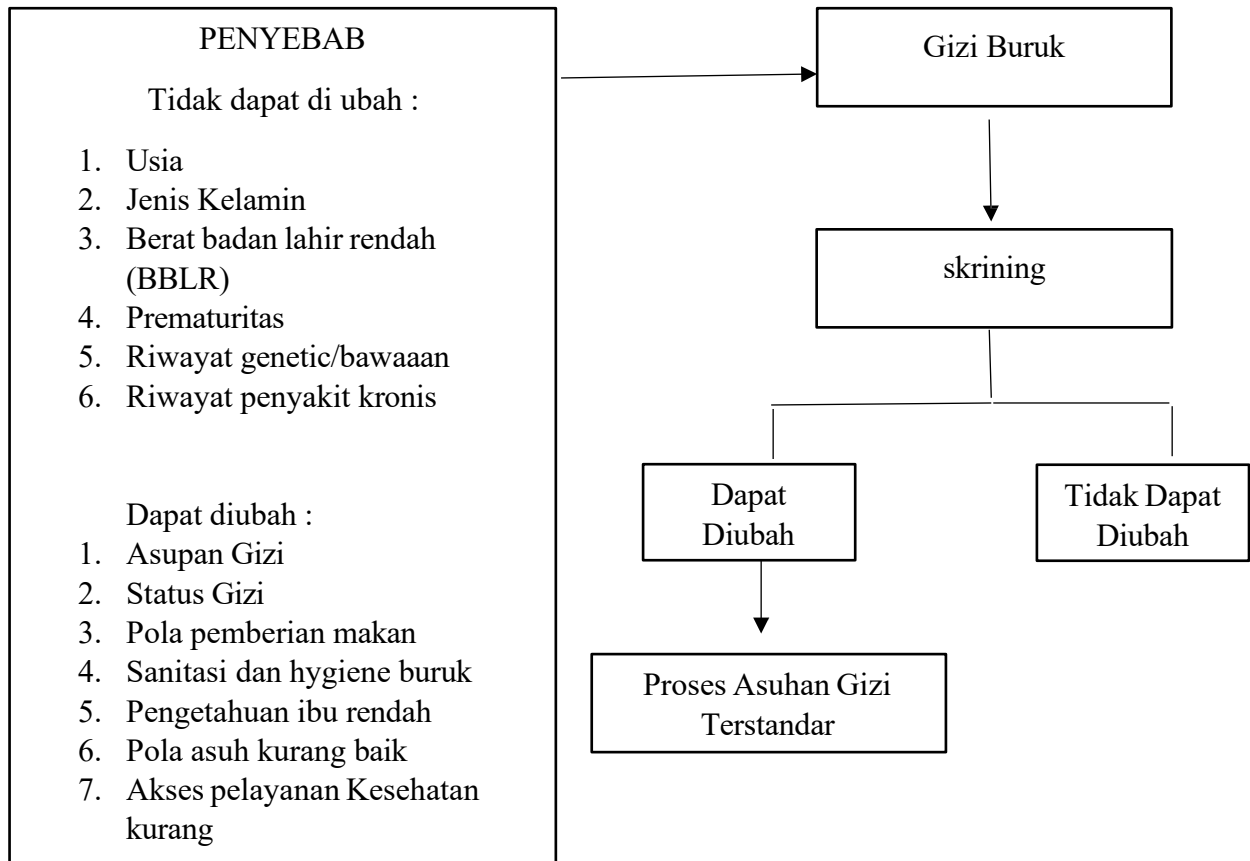
Tujuan monitoring dan evaluasi gizi

Untuk melihat perkembangan dan pencapaian tujuan yang diharapkan.

Monitoring dan evaluasi gizi mengidentifikasi indikator dan outcome asuhan gizi yang berhubungan dengan diagnosis dan tujuan intervensi

gizi yang direncanakan. Indikator asuhan gizi adalah penanda (marker) yang dapat diukur dan dievaluasi untuk menentukan efektivitas asuhan gizi.

I. Kerangka teori

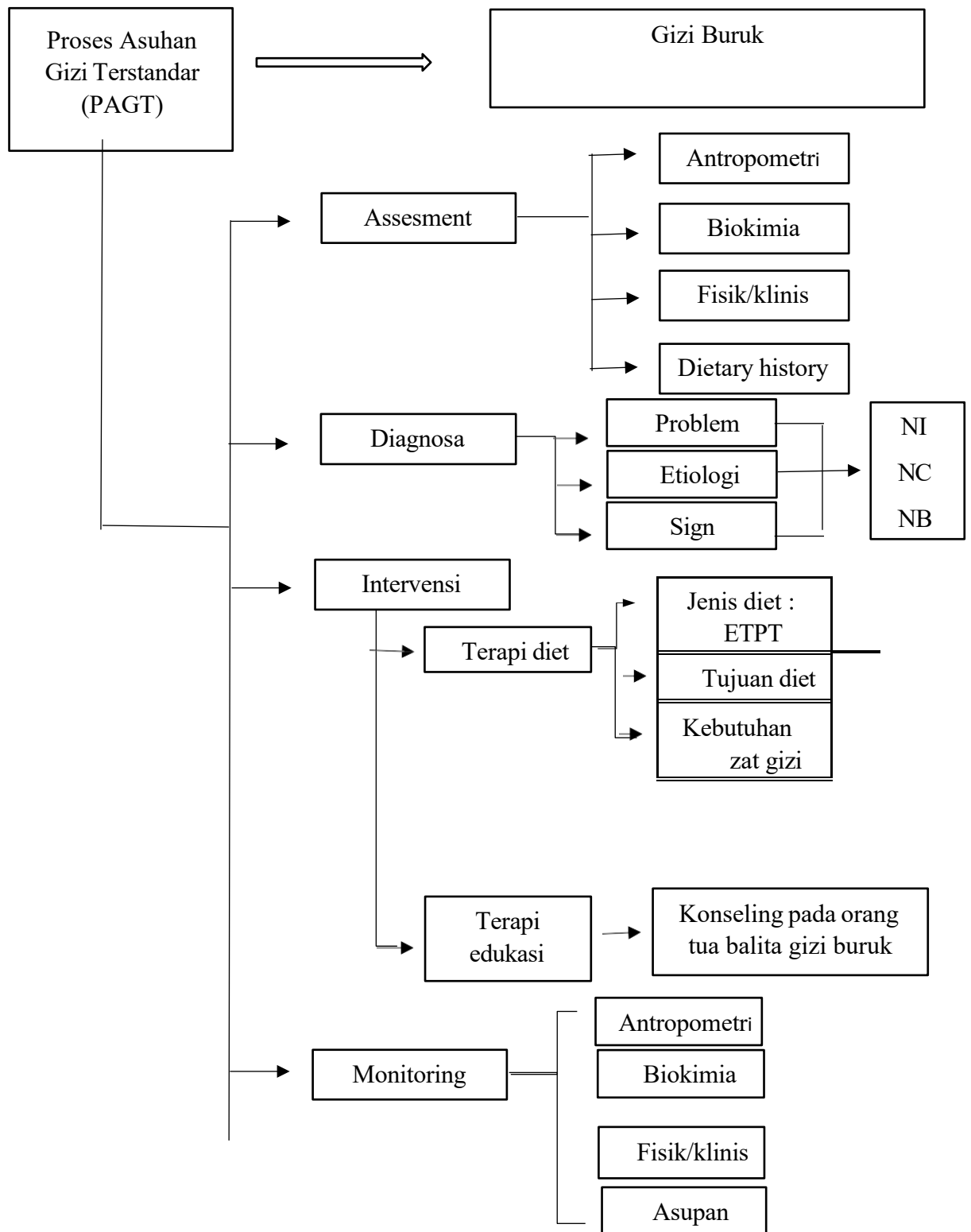


Gambar 2 Kerangka Teori

Sumber : kemenkes 2014

Secara teori penyebab gizi buruk dibedakan menjadi dua yaitu, yang dapat diubah dan tidak dapat diubah. Faktor-faktor yang tidak dapat diubah meliputi Usia Jenis Kelamin Berat badan lahir rendah (BBLR) Prematuritas Riwayat genetic/bawaaan Riwayat penyakit kronis Riwayat kehamilan ibu sedangkan faktor yang dapat dirubah seperti Asupan Gizi Status Gizi Pola pemberian makan Sanitasi dan hygiene buru Pengetahuan ibu rendah Pola asuh kurang baik, Akses pelayanan Kesehatan kurang

J. Kerangka konsep



Gambar 3 Kerangka Konsep

sumber: kemenkes 2014

Kerangka konsep dalam penelitian ini menggambarkan alur pelaksanaan proses asuhan gizi terstandar pada pasien kanker payudara dengan anemia. Pasien kanker payudara dengan anemia menjadi fokus utama penelitian yang kemudian dilakukan pengkajian gizi (assessment) meliputi data antropometri, biokimia, fisik/klinis, serta riwayat asupan makan. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, ditetapkan diagnosis gizi yang mencakup domain asupan (NI), domain klinis (NC), dan domain perilaku/lingkungan (NB).

Selanjutnya, dilakukan intervensi gizi yang disesuaikan dengan kondisi pasien, berupa terapi diet dengan jenis diet energi tinggi protein tinggi (ETPT) serta terapi edukasi atau konseling gizi. Setelah intervensi diberikan, dilakukan monitoring dan evaluasi yang meliputi pemantauan asupan makanan, perubahan nilai biokimia, kondisi fisik/klinis, dan status gizi pasien. Hasil monitoring dan evaluasi digunakan untuk menilai efektivitas asuhan gizi terstandar serta sebagai dasar perbaikan intervensi gizi selanjutnya.