

**STUDI KASUS MENDALAM PADA PASIEN
CHRONIC LEUKEMIA MYELOSITIK DI BANGSAL BG3/5
RSUP DS. SARDJITO YOGYAKARTA**



Di Susun Oleh :

RIFKA KHOSIMATUL WAHIDAH

P07131519001

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
JURUSAN PENDIDIKAN PROFESI DIETESIEN**

2020

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

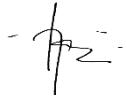
Studi Kasus Mendalam Pada Pasien Chronic Leukemia Myelositik
di Bangsal Bg3/5 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

Rifka Khosimatul Wahidah
P07131519001


Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji pada tanggal :

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,
Tjaronosari, SKM, M.Kes
NIP 196102031985012001


(.....)

Anggota,
M. Dawam Jamil, SKM, M.Kes
NIP. 196501091988031001


(.....)

Anggota,
Weni Kurdanti S.Si.T, M.Kes
NIP. 197302061997032001


(.....)

Yogyakarta, 2020
Ketua Jurusan Gizi



Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si.
NIP. 196303241986031001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul “Studi Kasus Mendalam Pada Pasien Chronic Leukemia Myelositik Di Bangsal Bg3/5 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta”. Penulis menyadari dalam proses penulisan tugas akhir ini tidak lepas dari bimbingan, pengarahan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si selaku Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
3. Setyowati, SKM, M.Kes, RD selaku Ketua Prodi Profesi Dietisien Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
4. Seluruh Tim Bidang Gizi Klinik Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta
5. Tjaronosari, SKM, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Utama
6. Weni Kurdanti S.SiT, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Pendamping
7. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan moral dan material
8. Teman-teman rotasi yang selalu memberikan semangatnya untuk menyelesaikan laporan studi kasus ini
9. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa penulisan tugas akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak untuk perbaikan dan kelengkapan tugas akhir ini. Semoga dapat bermanfaat bagi penulis, institusi dan perkembangan ilmu pengetahuan.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
PENDAHULUAN	7
BAB I.....	7
A. Latar Belakang	7
B. Tujuan	8
BAB II.....	10
TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Definisi Dan Prevalensi.....	10
B. Penatalaksanaan Gizi	11
BAB III	14
METODE PENELITIAN.....	14
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus	14
B. Subyek Studi Kasus	14
C. Fokus Studi	14
D. Definisi Oprasional Fokus Studi	15
E. Instrument Studi Kasus	21
F. Metode Pengumpulan Data	22
G. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	22
H. Analisis Data dan Penyajian Data	22
I. Etika Studi Kasus	22
BAB IV	24
SKRINING DAN ASUHAN GIZI	24
A. Data Personal (Ch).....	24
B. Riwayat Penyakit Dan Klien (Ch).....	24
C. Riwayat Makan (Fh)	25
D. Standar Perbandingan (Cs).....	26

E. Antropometri (Ad.1.1)	26
F. Pemeriksaan Fisik/Klinis (Pd.1.1).....	27
G. Biokimia (Bd)	27
H. Terapi Medis Dan Fungsi.....	28
I. Diagnosis Gizi.....	28
J. Intervensi Gizi.....	29
K. Edukasi Gizi (E.1).....	30
L. Koordinasi Asuhan Gizi (RC).....	31
M. Rencana Monitoring	31
N. Monitoring Dan Evaluasi	31
O. Rencana Tindak Lanjut	33
BAB V.....	34
PEMBAHASAN	34
A. Skrining Gizi	34
B. Antopometri	34
C. Biokimia.....	35
D. Fisik / Klinis.....	35
E. Dietary History.....	36
F. Terapi Edukasi	37
BAB III	39
KESIMPULAN DAN SARAN.....	39
A. Kesimpulan	39
B. Saran.....	39
DAFTAR PUSTAKA	40

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Data Nilai Normal Biokimia	17
Tabel 2. Data Nilai Normal Fisik/Klinis	17
Tabel 3. Rencana Monitoring dan Evaluasi	20
Tabel 4. Rencana Metode Pengumpulan Data	22
Tabel 5. Data Personal	24
Tabel 6. Riwayat penyakit Klien.....	24
Tabel 7. Riwayat Makan	25
Tabel 8. Perbandingan Pola Makan dengan Kebutuhan	25
Tabel 9. Recall 24 Jam	26
Tabel 10. Standar Pembanding	26
Tabel 11. Antropometri.....	26
Tabel 12. Pemeriksaan Fisik / Klinis	27
Tabel 13. Biokimia.....	27
Tabel 14. Terapi Medis dan Fungsi	28
Tabel 15. Implementasi Diet Rumah Sakit	29
Tabel 16. Rekomendasi Diet.....	29
Tabel 17. Koordinasi Asuhan Gizi.....	31
Tabel 18. Rencana Monitoring.....	31
Tabel 19. Monitoring Antropometri.....	31
Tabel 20. Monitoring Biokimia	32
Tabel 21. Monitoring Fisik Klinis.....	32
Tabel 22. Asupan Makan	32
Tabel 23. Kriteria Tingkat konsumsi widya karya pangan gizi 2003	36

PENDAHULUAN

BAB I

A. Latar Belakang

Leukemia mieloid kronik adalah keganasan yang dijumpai pada sel-sel dalam sumsum tulang yang membentuk sel darah merah, sebagian sel darah putih, dan trombosit yang perjalanannya lambat. (Lily & Catur, 2016).

Myelogenous leukemia kronis biasanya mempengaruhi orang dewasa yang lebih tua. Ini disebabkan oleh mutasi kromosom yang terjadi secara spontan. Dokter tidak yakin apa yang menyebabkan mutasi. Banyak orang tidak mengalami gejala sampai tahap akhir dan diagnosis hanya dibuat melalui kerja darah rutin. Ketika gejala memang terjadi, gejalanya termasuk perdarahan dengan mudah, merasa letih atau lelah, penurunan berat badan, kulit pucat, dan berkeringat di malam hari.

Myelogenous leukemia kronis biasanya mempengaruhi orang dewasa yang lebih tua. Ini disebabkan oleh mutasi kromosom yang terjadi secara spontan. Dokter tidak yakin apa yang menyebabkan mutasi. Banyak orang tidak mengalami gejala sampai tahap akhir dan diagnosis hanya dibuat melalui kerja darah rutin. Ketika gejala memang terjadi, gejalanya termasuk perdarahan dengan mudah, merasa letih atau lelah, penurunan berat badan, kulit pucat, dan berkeringat di malam hari.

Gangguan sensoris dan motorik mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot, penurunan fleksibilitas jaringan lunak, serta gangguan kontrol motorik dan sensorik.

Pasien yang mengalami kelemahan pada satu sisi anggota tubuh disebabkan oleh karena penurunan tonus otot, sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya. Immobilisasi yang tidak mendapatkan penanganan yang tepat, akan menimbulkan komplikasi berupa abnormalitas tonus, orthostatic hypotension, deep vein thrombosis dan kontraktur (Garrison, 2003).

Malnutrisi pada penderita kanker secara negatif berpengaruh terhadap respon terapi, komplikasi, kualitas hidup dan survival penderita. Intervensi nutrisi yang optimal, monitoring serta edukasi gizi menunjukkan perbaikan status gizi serta perbaikan status metabolik. Di RSUD telah melaksanakan penyelenggaraan makan bagi pasien sesuai dengan keadaan penyakit. Oleh karena itu, penulis ingin melakukan study kasus dalam pelaksanaan asuhan gizi pasien dengan diagnosa Chronic Leukemia Myelositik.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuahn gizi terstandar pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Leukemia Myelositik.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan skrining gizi pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Leukemia Myelositik.
- b. Mahasiswa mampu melakukan assessment gizi pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Leukemia Myelositik
- c. Menentukan diagnosa gizi pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Leukemia Myelositik
- d. Menyusun dan melaksanakan intervensi gizi pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Leukemia Myelositik
- e. Melakukan monitoring dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Leukemia Myelositik
- f. Mampu mendokumentasikan proses asuhan gizi pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Leukemia Myelositik

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi Dan Prevalensi

Myelogenous leukemia kronis (CML) suatu jenis kanker yang disebabkan oleh gangguan pada hematopoietic stem cell. CML adalah bentuk leukemia yang ditandai dengan peningkatan dan pertumbuhan yang tak terkendali dari sel myeloid pada sumsum tulang (Sawyers CL,2004)

Seiring dengan data peningkatan prevalensi penyakit kanker di dunia, telah banyak bukti ilmiah menunjukkan hubungan antara kanker dan penurunan berat badan, menurut Bozzeti et al. (ESPEN,2009) terdapat lebih dari 80 % pasien kanker mengalami penurunan BB sebesar 30 %, dan 15 % di antaranya penurunan BB lebih dari 10 % dalam 6 bulan. Hal ini mengindikasikan permasalahan penyakit pasien kanker berkaitan dengan status gizi, dan pada akhirnya akan mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker. Menurut Cohen dalam Nelms et al.(2007) dalam upaya pemenuhan kebutuhan gizi pasien, seorang dietisien perlu memperhatikan kondisi klinis dan asupan zat gizi setiap pasien sebelum atau setelah menjalani terapi/prosedur medis dan terapi gizi.(Wijayanti, 2014)

Ada beberapa hal yang mempengaruhi kondisi pasien kanker hingga mengalami penurunan berat badan, selain dari efek perubahan metabolik, pasien kanker juga melalui berbagai prosedur medis yang dapat

turut menyebabkan penurunan nafsu makan akibat tindakan diagnostic, pembedahan, kemoterapi dan atau radiasi. (Wijayanti, 2014)

Pasien kanker dalam keadaan tertentu mengalami hiperkatabolik, atau mengalami mekanisme proses metabolisme sebagaimana dijelaskan dalam siklus Cori, peningkatan katabolic menunjukkan peningkatan penggunaan energy tubuh sebagai efek dari inflamasi yang terjadi pada tubuh saat perkembangan sel kanker. (Wijayanti, 2014)

B. Penatalaksanaan Gizi

1. Skrining Gizi

Sesuai dengan Arends (2016) setiap pasien kanker perlu dilakukan skrining gizi, dengan tujuan untuk menapis pasien berdasarkan resiko malnutrisi. Metode skrining gizi harus bersifat interdisiplin, dilakukan diawal rawat, dievaluasi ulang, dan dimonitor selama masa perawatan dan pemulihan.

Kondrup dkk (2003) mengembangkan metode skrining Nutrition Risk Screening 2002 (NRS – 2002) dengan asumsi indikasi pemberian dukungan gizi dengan melihat tingkat keparahan malnutrisi dan peningkatan kebutuhan gizi yang merupakan dampak dari penyakit yang diderita. Alat skrining ini juga akan dapat mencakup pasien yang tidak malnutrisi pada saat tertentu, tetapi beresiko untuk menjadi malnutrisi dikarenakan penyakit yang diderita dan atau karena terapi yang diberikan seperti trauma mayor, pembedahan, atau

kemoterapi yang mempengaruhi asupan makan dan meningkatkan stress metabolisme.

2. Nutrition Care Process (NCP)

a. Asesmen Gizi

Setelah didapatkan hasil kajian skrining gizi, jika didapatkan pasien termasuk dalam risiko malnutrisi sedang perlu pengkajian gizi lanjut. Berdasarkan hasil skoring dapat mengarahkan jenis intervensi atau tindakan yang diperlukan. Menurut AND (2013) pengkajian gizi secara mendalam diperlukan untuk mendapatkan informasi yang lebih lengkap dan mengidentifikasi masalah gizi, pengkajian tersebut antara lain data antropometri, data laboratorium terkait gizi, pemeriksaan fisik atau klinis, data terkait gizi dan makanan, data standar pembandingan.

b. Diagnosis Gizi

Diagnosa gizi adalah mengidentifikasi masalah gizi yang dapat diselesaikan dan atau ditingkatkan dengan intervensi gizi (AND,2012). Diagnose gizi yang sering muncul pada pasien dengan kanker setelah kemoterapi adalah tidak adekuatnya asupan makanan berkaitan dengan tidak nafsu makan, mual, muntah yang ditandai dengan asupan energy, protein kurang dari kebutuhan , diagnose gizi lain adalah malnutrisi berkaitan dengan asupan makan yang kurang ditandai dengan berat badan yang menurun, indeks massa tubuh dibawah standar normal dan terlihat

kehilangan massa otot diseluruh tubuh. Kehilangan berat badan pada pasien kanker merupakan prognosis yang tidak baik.

c. Intervensi Gizi

Menurut AND (2012) ada 2 fungsi intervensi :

1. Perencanaan

Tujuan yang jelas , target spesifik, terukur, memungkinkan untuk mengontrol symptoms, atau efek samping terapi medis terhadap status gizi pasien. Pemberian edukasi perencanaan makan yang benar secara individu terhadap pasien dan keluarga dapat mengurangi dampak perkembangan kanker yang dapat timbul terkait gizi.

2. Implementasi

Preskripsi diet (modifikasi komposisi zat gizi, bentuk, frekuensi dan jalur pemberian makan)

d. Monitoring dan Evaluasi

Menurut Grant dan Hamilton (2012), professional di bidang dietetic perlu memperhatikan dan mengukur target asuhan gizi pasien dengan cara melakukan monitoring dan evaluasi yaitu menentukan dan menetapkan target outcome maupu perubahan untuk dimonitor, diukur dan dievaluasi dan mendokumentasikan data tersebut. Selain target outcome terkait asupan makanan, juga diperlukan aktifitas fisik yang cukup bagi pasien kanker.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus

Jenis dan rancangan penelitian yang dilakukan dalam penelitian dengan judul Studi Kasus Mendalam Pada Pasien Chronic Leukemia Myelositik Di Bangsal Bg3/5 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek penelitian ini adalah Pasien Chronic Leukemia Myelositik Di Bangsal Bg3/5 RSUP Dr. Sardjito Pasien yang terdiagnosis medis Chronic Leukemia Myelositik

1. Pasien rawat inap yang memerlukan asuhan gizi minimal selama 3 hari
2. Kesadaran baik
3. Dapat berkomunikasi dengan baik
4. Bersedia menjadi responden

C. Fokus Studi

1. Skrining gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Chronic Leukemia Myelositik yang baru masuk ke rumah sakit disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik serta sesuai kesepakatan dengan rumah sakit.
2. Pengkajian gizi (Assessment) pasien rawat inap dengan penyakit Chronic Leukemia Myelositik meliputi data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan (Dietary History).

3. Analisis diagnosis gizi pasien rawat inap dengan penyakit Chronic Leukemia Myelositik ranah klinis dan behaviour menggunakan pendekatan problem, etiology, dan symptom (PES)
4. Analisis intervensi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Chronic Leukemia Myelositik meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien.
5. Analisis monitoring dan evaluasi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Chronic Leukemia Myelositik

D. Definisi Oprasional Fokus Studi

1. Pasien rawat inap dengan penyakit Chronic Leukemia Myelositik
2. Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, jenis kelamin, usia, riwayat penyakit, diagnosis medis, dan lain-lain. Nama pasien biasanya disamarkan sedangkan jenis kelamin, usia, riwayat penyakit, dan diagnosis medis dinyatakan dengan jelas. Metode pengambilan data identitas pasien dilakukan dengan cara melihat rekam medis pasien.

3. Skrining Gizi

Skrining gizi merupakan tahap awal yang dilakukan untuk mengetahui risiko terjadinya malnutrisi atau tidak pada pasien yang baru masuk ke rumah sakit. Formulir skrining gizi awal yang digunakan pada penelitian ini yaitu MNA-SF

4. Pengkajian Gizi (Assessment)

Pengkajian gizi dilakukan untuk menggali informasi pasien agar dapat diidentifikasi masalah gizi pasien. Pengkajian gizi (Assessment) terdiri dari pengambilan data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan.

a. Antropometri

Data antropometri adalah data yang dapat diukur dengan alat ukur. Data antropometri terdiri dari berat badan dan tinggi badan. Keduanya dapat diukur dengan bermacam-macam alat sesuai dengan kondisi pasien. Apabila pasien dengan kesadaran baik, dapat berdiri dan berjalan pengukuran berat badan dapat menggunakan timbangan injak dan tinggi badan menggunakan microtoice sehingga didapatkan data antropometri yang aktual. Sedangkan, untuk pasien yang tidak dapat berdiri atau dalam keadaan bedrest pengukuran menggunakan estimasi yaitu untuk berat badan menggunakan estimasi LILA dan tinggi badan menggunakan Panjang ULNA. Pengukuran LILA maupun panjang ULNA dapat menggunakan satu alat ukur yaitu metlin. Data antropometri dapat digunakan untuk mengetahui status gizi pasien melalui perhitungan IMT dan apabila tidak memungkinkan menggunakan IMT dapat menggunakan persentil LILA. Selain itu, data antropometri digunakan untuk menghitung kebutuhan gizi pasien.

b. Biokimia

Data biokimia didapat dari hasil laboratorium yang berasal dari hasil rekam medis pasien. Data biokimia yang digunakan adalah hasil

laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi pasien dengan penyakit Chronic Leukemia Myelositik . Adapun nilai normal laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 1. Data Nilai Normal Biokimia

Kode IDNT	Data Biokimia	Nilai Rujukan
BD-1.10.1	Hemoglobin	12,0-15,0
BD-1.11.1	Albumin	3,97-4,94
	Leukosit	4.50 – 11.50
	Eritrosit	4.60 – 6.00
BD.1.10.2	Hematokrit	40 - 54
BD.1.10.3	MCV	80 - 90
	MCH	26 - 32
	MCHC	32-36
	Trombosit	150 – 450
BD.1.4.6	Billirubin Total	< 1.10
	Billirubin Direct	0.00 – 0.20

c. Fisik/klinis

Pemeriksaan fisik seperti mual/muntah dan oedema/ascites didapatkan dari observasi dan rekam medis pasien dari awal proses asuhan gizi. Sedangkan, pemeriksaan klinis seperti tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu didapatkan dari data rekam medis pasien. Adapun nilai normal dari data fisik/klinis dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 2. Data Nilai Normal Fisik/Klinis

KODE IDNT	Jenis Data	Awal Masuk RS
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	composmentis
PD.1.1.2	Bahasa tubuh	Baik
PD.1.1.9	Vital Sign	
	Nadi	S : 36.5 – 37,5°C
	Suhu	N : 60 - 100 x/menit

Respirasi	RR : 12 - 20 x/menit
Tekanan darah	TD : 100-120/ 70-90 mmHg

Pemeriksaan Penunjang :

-

d. Riwayat Makan (Dietary History)

Data riwayat makan (dietary history) adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien meliputi data riwayat makan pasien terdahulu (kebiasaan makan) menggunakan metode SQFFQ, data riwayat makan sehari sebelum masuk rumah sakit menggunakan metode food recall 24 jam. Setelah data riwayat makan pasien didapatkan, kemudian data tersebut dibandingkan dengan kebutuhan/standar rumah sakit yang ada dan disimpulkan berdasarkan WNPG (2014) baik asupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat:

- a) Baik : 80-110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.
- b) Kurang : <80% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.
- c) Lebih : >110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.

5. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi adalah kegiatan mengidentifikasi dan memberi nama masalah gizi. Pembuatan diagnosis gizi berdasarkan pada hasil asesmen gizi yang dilakukan oleh nutrisionis. Komponen asesmen gizi meliputi: antropometri, biokimia, fisik-klinis, riwayat gizi, riwayat personal. Disamping itu, dalam membuat diagnosis gizi, juga perlu melihat faktor penyebab timbulnya masalah (etiologi). Diagnosis gizi dibedakan menjadi tiga domain, meliputi domain intake (NI), domain klinis (NC), dan domain behavior (NB).

Domain intake yang umum terjadi pada pasien gagal ginjal kronis antara lain: (a) NI-1.2 Asupan makanan dan minuman peroral tidak adekuat; (b) NI-3.2 Asupan cairan berlebih; dan (c) NI.5.4 Penurunan kebutuhan zat gizi tertentu. Domain klinis yang biasa terjadi pada pasien gagal ginjal kronik antara lain: (a) NC-2.2 Perubahan nilai laboratorium terkait gizi; dan (b) NC-3.4 Peningkatan berat badan yang tidak diinginkan. Domain behavior yang biasa terjadi pada pasien gagal ginjal kronik antara lain: (a) NB-1.4 Ketidakmampuan memonitor diri sendiri, dan (b) NB-1.7 Pemilihan makanan yang tidak diinginkan.

6. Intervensi Gizi

Intervensi gizi dilakukan untuk mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapan terkait perilaku yang berhubungan dengan penyakit gagal ginjal kronik. Intervensi gizi meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi

pasien. Maka diperlukan alat bantu dalam menganalisis zat gizi yaitu Tabel Komposisi Pangan Indonesia (TKPI), nutrisurvey, dan kalkulator.

Selain itu, intervensi gizi meliputi kolaborasi serta konseling dan edukasi gizi. Kolaborasi merupakan kegiatan dalam mengomunikasikan rencana, proses, dan hasil monitoring evaluasi kegiatan asuhan gizi dengan tenaga kesehatan/institusi/dietisien lain yang dapat membantu dalam merawat atau mengelola masalah yang berkaitan dengan gizi. Konseling dan edukasi gizi yang meliputi tujuan pemberian, sasaran, strategi penyampaian materi, materi yang diberikan, dan metode pemberian gizi. Konseling dan edukasi gizi dilakukan untuk merubah perilaku gizi dan aspek kesehatan pasien. Dalam hal ini diperlukan alat bantu seperti daftar penukar bahan makanan dan leaflet.

7. Monitoring dan Evaluasi Gizi

Monitoring dan evaluasi meliputi: antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan asupan makan yang diperoleh dengan cara melihat rekam medis pasien, observasi, dan wawancara langsung. Metode yang digunakan dalam memonitoring asupan makan pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit yaitu menggunakan metode visual Comstock dan metode food recall 24 jam untuk mengetahui asupan makan dari luar rumah sakit dalam sehari.

Tabel 3. Rencana Monitoring dan Evaluasi

Parameter	Waktu	Target
Status Gizi (LLA/U)	Diawal dan diakhir pemantauan	Status gizi meningkat

Nilai lab		
<ul style="list-style-type: none"> • Eosinofil • Batang • Limfosit • Kolesterol • HDL • LDL • Trigliserida 	Setiap hari Setiap hari Setiap hari Setiap hari Setiap hari Setiap hari Setiap hari	Eosinofil, batang, limfosit, kolesterol, LDL, HDL dan trigliserida mendekati normal
Fisik/Klinis :		
<ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah 	Setiap hari	Tekanan darah mendekati normal
Dietary History :		
<ul style="list-style-type: none"> • Asupan energi • Asupan protein • Asupan lemak • Asupan KH 	Setiap hari Setiap hari Setiap hari Setiap hari	Asupan energy, protein, lemak dan karbohidrat $\geq 50\%$
Preskripsi Diet	Setiap hari	Diet yang diberikan sesuai dengan preskripsi
Kepatuhan diet	Setiap hari	Diet dipatuhi dengan baik

E. Instrument Studi Kasus

Dalam penelitian ini alat dan bahan yang digunakan adalah:

1. Alat tulis
2. Formulir persetujuan responden
3. Formulir PAGT
4. Formulir skrining gizi
5. Formulir recall 24 jam
6. Formulir SQFFQ
7. Formulir Comstock
8. TKPI dan Daftar Penukar Bahan Makanan
9. Leaflet Diet Gagal Ginjal Kronik

10. Microtoise
11. Timbangan injak digital
12. Pita LILA/metlin
13. Laptop/komputer

F. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4. Rencana Metode Pengumpulan Data

Fokus Studi	Metode Pengumpulan	Jenis Data
Identitas pasien	Rekam medis	Data sekunder
Skrining Gizi	Wawancara	Data primer
Antropometri	Pengukuran langsung	Data primer
Biokimia	Rekam medis	Data sekunder
Fisik	Observasi, rekam medis	Data primer, sekunder
Klinis	Rekam medis	Data sekunder
Riwayat makan untuk pengkajian (assessment)	Wawancara	Data primer
Riwayat makan untuk monitoring evaluasi	Observasi, wawancara	Data primer, sekunder

G. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Prof Margono Soekardjo.

H. Analisis Data dan Penyajian Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan secara deskriptif. Penyajian data pada penelitian ini yaitu dalam bentuk narasi/tekstular dan tabel.

I. Etika Studi Kasus

Peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada prinsip etik yang meliputi:

1. Pemberian Persetujuan (Informed Consent)

Peneliti memberikan Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP) kepada calon subjek penelitian. PSP terdiri dari: Judul dan nama peneliti, tujuan penelitian, kriteria pemilihan subjek, manfaat penelitian, prosedur penelitian, partisipasi sukarela, jaminan kerahasiaan, dan kemudahan kontak peneliti. Jika responden bersedia menjadi responden, maka responden dan keluarga/wali responden harus menandatangani surat persetujuan. Jika tidak maka peneliti tidak akan memaksa dan akan menghormati haknya.

2. Menghormati Privasi (Respect for Privacy) dan Kerahasiaan (Confidentiality)

Penelitian yang dilakukan harus menjunjung tinggi martabat subjek dan menghargai has asasi subjek. Peneliti menjamin kerahasiaan segala informasi responden termasuk identitas pasien dan data yang didapat hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

3. Manfaat/berbuat baik (Beneficien) dan Tidak merugikan (Non-Maleficence)

Peneliti hendaknya memberikan manfaat yang maksimal untuk subjek penelitian dan berusaha meminimalisir dampak yang merugikan bagi subjek penelitian. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, maupun stress pada subjek penelitian.

BAB IV
SKRINING DAN ASUHAN GIZI

A. Data Personal (Ch)

Tabel 5. Data Personal

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Tn. S
CH.1.1.1	Umur	62 tahun
CH.1.1.2	Jenis kelamin	Laki – laki
CH.1.1.6	Suku/etnik	-
CH.1.1.9	Peran dalam keluarga	Kepala Keluarga
CH.2.7	Diagnosis medis	Cronic Leukemia Mielositik (CML)

Kesimpulan : Pasien laki – laki usia 62 tahun dengan diagnosis medis Chronic Leukemia Mielositik (CML)

B. Riwayat Penyakit Dan Klien (Ch)

Tabel 6. Riwayat penyakit Klien

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2	Riwayat penyakit	RPD : CML tahun 2017 RPS : 6 jam sebelum MRS pasien merasa kedinginan, tetapi badan terasa panas, disangkal adanya keluhan tanda – tanda perdarahan, nyeri kepala
CH.2.1	Keluhan pasien	Nyeri perut
CH.2.1.5	Gastrointestinal	Mual, Muntah
CH.2.1.8	Imun/Alergi makanan	Tidak ada
CH.2.2	Perawatan	Tranfusi PRC
CH.3.1	Riwayat sosial/ekonomi	Menengah

Kesimpulan : Pasien mengalami gangguan Gastrointestinal mual muntah dan nyeri perut dan mendapat transfusi PRC (Packed Red Cell)

C. Riwayat Makan (Fh)

Tabel 7. Riwayat Makan

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat diet (pola makan)	Makanan Pokok : nasi putih 2 kali/hari @ 1 ctg, Lauk hewani : Ayam 2x/mmg Telur 3x/mmg Lauk nabati : tahu 2-3x/hr @ 1ptg sdg (goring/tumis), tempe 2-3x/hr @ 1ptg sdg (goring/tumis) Sayur dan Buah : bayam 3x/mmg @ 1gls, (bening) sawi 3x/mmg @ 1gls (tumis/sop) wortel 1x/hr @ 1gls (rebus), Pepaya 3-4x/mmg @ 1ptng sdg, Anggur 3-4x/mmg @ 1 bh
FH.2.1.1	Pemesanan diet	Tim TKTP
FH.2.1.2	Pengalaman diet di rumah	Nafsu makan menurun karena mual, muntah
FH.2.1.3	Lingkungan makan	Rumah Pasien
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Pasien belum pernah mendapatkan konseling tentang gizi

SFFQ (FH.1.2.1)

Tabel 8. Perbandingan Pola Makan dengan Kebutuhan

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Asupan Oral	1207.25	70.25	45	123.74
Kebutuhan	1920	72	42.6	288
% Asupan	62.88	97.57	105.63	42.97

Kesimpulan : Sebelum sakit pola makan teratur 3 kali makan utama dan 2 kali selingan, sehari sebelum masuk Rumah sakit nafsu makan pasien menurun disebabkan mual dan muntah.

RECALL 24 JAM (FH.7.2.8)

Tabel 9. Recall 24 Jam

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Asupan Oral	1200	43.2	30.7	201.2
Kebutuhan	1920	72	42.6	288
% Asupan	63	60	72	70

Kesimpulan : Berdasarkan hasil recall 24 jam dapat disimpulkan bahwa asupan pasien < 80% kebutuhan (defisit)

D. Standar Pembeding (Cs)

Tabel 10. Standar Pembeding

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi kebutuhan energi	40 kalori x BB = 40 x 48 = 1920 kkal
CS.2.1.1	Estimasi kebutuhan lemak	20% x 1920 = 384 kkal = 42,6 g
CS.2.2.1	Estimasi kebutuhan protein	1,5 g x 48 = 72 g = 288 kkal
CS.2.3.1	Estimasi kebutuhan karbohidrat	$\frac{1920 - (384 + 288)}{4} = 312$ g
CS.5.1.1	Rekomendasi BB/IMT/pertumbuhan	$\frac{BB (kg)}{TB (m)^2} = \frac{48}{1,65^2} = 17,64 \text{ kg/m}^2$

Kesimpulan: Rekomendasi kebutuhan gizi pasien adalah Energi 1920 kkal, Lemak 42,6 gram, protein 72 gram dan karbohidrat 312 gram.

E. Antropometri (Ad.1.1)

Tabel 11. Antropometri

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD.1.1	TB/panjang badan	165 cm
AD.1.2	Berat badan	48 kg
AD.1.4	Perubahan berat badan	Terjadi penurunan BB sebanyak 2 kg selama 3-6 bulan terakhir (4%)
CS.5.1.2	IMT	17,64 kg/m ²
CS.5.1.1	BBI	TB - 100 = 165 - 100 = 65 kg

Kesimpulan status gizi : Status gizi pasien termasuk dalam kategori gizi kurang

F. Pemeriksaan Fisik/Klinis (Pd.1.1)

Tabel 12. Pemeriksaan Fisik / Klinis

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
PD.1.1.1	Penampilan keseluruhan	KU : CM, lemah, sesak (+), nafsu makan menurun, hepatomegaly, mual
PD.1.1.5	Sistem pencernaan	nyeri perut
PD.1.1.6	Kepala dan mata	Tidak ada kelainan
PD.1.1.9	Vital sign	TD : 110/95 mmHg
	Nadi	100 x/mnt
	Suhu	36,8 °C
	Respirasi	22 x.mnt

Kesimpulan : Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik klinis dapat disimpulkan bahwa pasien mual, dan perut terasa tidak enak

G. Biokimia (Bd)

Tabel 13. Biokimia

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Keterangan
BD-1.10.1	Haemoglobin	3,7	12,0-15,0	Rendah
BD-1.11.1	Albumin	2,86	3,97-4,94	Rendah
	Leukosit	32.12	4.50 – 11.50	Tinggi
	Eritrosit	1.37	4.60 – 6.00	Rendah
BD.1.10.2	Hematokrit	13.4	40 - 54	Rendah /Nilai Kritis
BD.1.10.3	MCV	97.8	80 - 90	Tinggi
	MCH	27	26 - 32	Normal
	MCHC	27.6	32-36	Rendah
	Trombosit	8	150 – 450	Rendah/Trombositopenia
BD.1.4.6	Billirubin Total	1.08	< 1.10	Normal
	Billirubin Direct	0.58	0.00 – 0.20	Tinggi

Kesimpulan : Berdasarkan hasil laboratorium dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami Anemia, Trombositopenia dan Hipoalbuminemia.

H. Terapi Medis Dan Fungsi

Tabel 14. Terapi Medis dan Fungsi

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan Makanan
CH-2.2.1	Tranfusi PRC (Packed Red Cell)	Meningkatkan Kadar Hb	-
CH-2.2.1	Transfusi Albumin	Meningkatkan Protein darah (albumin)	-

Kesimpulan : Tindakan Tranfusi darah dan Albumin berfungsi untuk meningkatkan kadar Hb dan protein darah, tidak ada interaksi terhadap makanan tetapi tranfusi albumin bisa menyebabkan mual dan muntah.

I. Diagnosis Gizi

1. Domain Intake (NI)

NI.5.1 Peningkatan kebutuhan energi dan protein berkaitan dengan hipermetabolisme ditandai dengan nilai Hb dan Albumin rendah.

	Diagnosis Gizi	Intervensi
P	NI 5.1 Peningkatan kebutuhan energi dan protein	1. Membantu memberikan makan sesuai dengan kebutuhan. 2. Membantu proses penyembuhan.
E	Hipermetabolisme	ND1.2. (Pemberian makanan dan snack) yakni modifikasi energy dan protein.
S	Hb dan Albumin rendah	Membantu meningkatkan kadar Hb dan Albumin mendekati nilai normal

2. Domain Clinic (NC)

NC.3.2 Penurunan berat badan yang tidak diharapkan berkaitan dengan hipermetabolisme ditandai dengan $IMT < 18,5 \text{ kg/m}^2$.

Diagnosis Gizi	Intervensi
----------------	------------

P	Penurunan berat badan yang tidak diharapkan	Meningkatkan berat badan
E	Hipermetabolisme	ND1.2. (Pemberian makanan dan snack) yakni modifikasi energy dan protein
S	Status gizi pasien dan kebiasaan makan pasien	Pola hidup sehat dan gizi seimbang

J. Intervensi Gizi

Np 1.1 Preskripsi Diet

Tujuan : Memenuhi asupan \geq 80% kebutuhan, membantu meningkatkan kadar Hb dan Albumin

ND.1. Makanan dan Snack

ND.1.2. Modifikasi komposisi makanan dan snack (Jenis diet) : diet TKTP

ND.1.2.1 Modifikasi tekstur : Lunak

ND.1.2.2 Modifikasi energi : 1920 kkal

ND.1.2.3 Modifikasi protein : 72 g

ND.1.2.4 Modifikasi KH : 312 g

ND.1.2.5 Modifikasi lemak : 42,6 g

Implementasi Diet Rumah Sakit (Standar Diet TIM TETP)

Tabel 15. Implementasi Diet Rumah Sakit

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Standar diet RS	2289,78	82,41	72,50	342,70
Kebutuhan	1920	72	42,6	312
%standar/kebutuhan	119.26	114.46	170.19	109.84

Kesimpulan : Berdasarkan perhitungan di atas dapat disimpulkan bahwa standar diet TIM TETP dari RS sudah memenuhi kebutuhan energi, protein dan karbohidrat. Akan tetapi, nilai gizi lemak melebihi kebutuhan pasien.

Tabel 16. Rekomendasi Diet

Standar Diet RS	Rekomendasi
------------------------	--------------------

Makan Pagi	TIM 300 g LH 50 g LN 25 g Sayur 100 g Teh manis 200 cc Minyak 10 g	TIM 300 g LH 50 g LN 25 g Sayur 100 g Teh manis 200 cc Minyak 5 g
Selingan Pagi	Bb kc. Ijo 200 cc	Bb kc. Ijo 200 cc
Makan Siang	TIM 300 g LH 50 g LN 25 g Putih Telur 50 g Sayur 100 g Pisang 100 g Minyak 15 g	TIM 300 g LH 50 g LN 25 g Putih Telur 50 g Sayur 100 g Pisang 50 g Minyak 10 g
Selingan Sore	Susu 200 cc Snack 1 ps	Susu 200 cc Snack 1 ps
Makan Malam	TIM 300 g LH 50 g LN 25 g Putih Telur 50 g Sayur 100 g Pisang 50 g Minyak 10 g	TIM 300 g LH 50 g LN 25 g Putih Telur 50 g Sayur 100 g Pisang 50 g Minyak 5 g
Nilai Gizi	Energi : 2289,78 kkal Protein : 82,41 g Lemak : 72,50 g KH : 342,70 g	Energi : 1920 kkal Protein : 72 g Lemak : 42,6 g KH : 312 g

K. Edukasi Gizi (E.1)

1. Topik : Diet TKTP
2. Sasaran peserta : Pasien dan keluarga pasien
3. Hari, tanggal : Sabtu, 14 September 2019
4. Jam : 13.30 WIB – selesai
5. Tempat : Bougenville 3
6. Metode : Konseling dan tanya jawab
7. Media Penyuluhan : Leaflet
8. Tujuan :

Setelah dilakukan konseling atau pendidikan gizi diharapkan pasien dan keluarga bisa mengetahui dan memahami tentang diet TKTP mengenai pengertian, prinsip, cara mengatur, tujuan dan syarat diet, serta memahami menu pasien diet TKTP.

9. Materi :
 - Diet TKTP

- Motivasi untuk meningkatkan asupan makan
- Menjelaskan bahan makanan yang diperbolehkan dan yang dihindari

L. Koordinasi Asuhan Gizi (RC)

Tabel 17. Koordinasi Asuhan Gizi

No.	Tenaga Kesehatan	Koordinasi
1	Ahli gizi	Diskusi mengenai pasien untuk diambil menjadi studi kasus dan rencana asuhan gizi
2	Pasien dan keluarga pasien	Meminta persetujuan keluarga pasien untuk melakukan intervensi terhadap pola makan dan asupan pasien selama dirawat di Rumah Sakit, menanyakan kondisi pasien setiap hari, memberikan konseling dan edukasi terkait gizi.
3	Perawat ruangan	Meminta izin untuk melihat rekam medis atas nama Tn. S (nama pasien) dan menanyakan perkembangan pasien.
4	Pramusaji	Koordinasi tentang diet pasien yang akan diberikan

M. Rencana Monitoring

Tabel 18. Rencana Monitoring

	Hal yang diukur	Waktu Pengukuran	Target
Antropometri	Berat Badan	3 hari sekali	BB naik
Biokimia	Hb, Albumin	Menyesuaikan	Mencapai nilai normal
Fisik/klinis	KU	Setiap hari	KU membaik
Asupan zat gizi	E, P, L, KH	Setiap hari	Terpenuhi minimal 80% kebutuhan

N. Monitoring Dan Evaluasi

a. Antropometri

Tabel 19. Monitoring Antropometri

Tanggal	10/9/2019	14/9/2019
---------	-----------	-----------

Berat Badan (kg)	48	48
LLA (cm)	23	23
TB (cm)	165	165

b. Biokimia

Tabel 20. Monitoring Biokimia

Kode IDNT	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
9/9/2019					
BD-1.10.1	Haemoglobin	3,7	g/l	12,0-15,0	Rendah
BD-1.11.1	Albumin	2,86	g/dl	3,97-4,94	Rendah
BD.1.10.2	Hematokrit	13.4	%	40 - 54	Rendah /Nilai Kritis
10/9/2019					
BD.1.4.6	Billirubin Total	1.08	mg/dl	< 1.10	Normal

c. Fisik Klinis

Tabel 21. Monitoring Fisik Klinis

Tanggal	11/9/2019	12/9/2019	13/9/2019	14/9/2019
Nafsu Makan	kurang	baik	kurang	Kurang
Mual	Ada mual	Tidak ada mual	Ada mual	Ada Mual

d. Asupan Makan (Comstock)

Tabel 22. Asupan Makan

Zat Gizi	Asupan	Kebutuhan	%Asupan/kebutuhan
11/9/2019			
Energi	1200	1920	62,5
Protein	43,2	72	60
Lemak	30,7	42,6	72,06
Karbohidrat	201,2	312	64,48
12/9/2019			
Energi	1352	1920	70.42
Protein	48	72	66.67
Lemak	39,69	42,6	93.17
Karbohidrat	208,3	312	66.76
13/9/2019			
Energi	1590	1920	82,81

Protein	57.2	72	79,44
Lemak	50.3	42,6	118,08
Karbohidrat	237.98	312	76,28
127.6314/9/2019			
Energi	1717,33	1920	89.44
Protein	61,8	72	85.83
Lemak	54,37	42,6	127.63
Karbohidrat	257,025	312	82.38

O. Rencana Tindak Lanjut

Memberikan motivasi kepada pasien untuk selalu mengkonsumsi makanan yang diberikan dari rumah sakit dan makanan apa saja yang bisa dikonsumsi oleh pasien setelah pasien pulang kerumah, dan melanjutkan diet tinggi kalori dan tinggi protein sesuai dengan kebutuhan gizi pasien

BAB V

PEMBAHASAN

A. Skrining Gizi

Pasien yang diskriming adalah pasien berjenis kelamin laki – laki berusia 62 tahun yang datang ke RSUP dr. Sardjito Yogyakarta pada tanggal 9 September 2019 dengan keluhan nyeri perut, kedinginan tetapi badan terasa panas. Dilakukan screening menggunakan form NRS - 2002. Status gizi pasien berdasarkan IMT yaitu $17,64 \text{ kg/m}^2$ termasuk dalam kategori Gizi Kurang.

Beberapa metode skrining gizi yang digunakan untuk usia lanjut adalah Nutritional Risk Index (NRI), Geriatric Nutrition Risk Index (GNRI), Mini Nutrition Assessment (MNA), dan Nutrition Screening Iniatif (NSI). MNA merupakan pilihan utama pada pasien usia lanjut. Bila MNA tidak dapat dilaksanakan, dianjurkan menggunakan NRS-2002.

Pasien diskriming dengan menggunakan metode skrining Nutrition Risk Screening 2002 (NRS – 2002) dengan asumsi indikasi pemberian dukungan gizi dengan melihat tingkat keparahan malnutrisi dan peningkatan kebutuhan gizi yang merupakan dampak dari penyakit yang diderita (Setyowati,2017)

B. Antopometri

Untuk pengukuran antropometri dilakukan di awal pengamatan dan diakhir pengamatan yaitu dengan menimbang berat badan pasien didapati 48 kg. Sedangkan untuk pengukuran tinggi badan dilakukan diawal pengamatan yaitu 165 cm, untuk status gizi pasien kurang dilihat dari $\text{IMT} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ yaitu $17,64 \text{ kg/m}^2$.

IMT adalah suatu cara sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa. Berat badan kurang lebih beresiko terserang penyakit infeksi. Berat badan berlebih beresiko terserang penyakit degenerative. (Iswanto, 2007).

C. Biokimia

Pemeriksaan laboratorium / biokimia yang dilakukan terhadap pasien pada tanggal 9 September 2019 menunjukkan bahwa Hb pasien rendah yaitu 3,7 yang mengindikasikan adanya anemia defisiensi zat besi. Zat besi berperan penting dalam perkembangan kanker. Dari laman National Cancer Society (2019) menyebutkan salah satu jenis kanker darah, yakni leukemia bisa mengakibatkan seseorang mengalami anemia, ini terjadi karena sel – sel darah leukemia berkembang dengan cepat sehingga sedikit ruang yang tersisa untuk sel – sel darah merah normal berkembang. Jika sel darah merah turun terlalu rendah, anemia dapat terjadi. Hipoalbuminemia adalah kondisi yang terjadi pada seseorang yang mengalami penyakit berat dalam jangka waktu yang lama (kronis) dan bisa disebabkan karena adanya hepatomegaly .

Menurut dicatio dkk 2010 Anemia, dapat dikategorikan anemia ringan (Hb 10 g/dl – normal), anemia sedang (Hb 8-10g/dl) dan anemia berat 6,5-8 g/dl). Hemodinamika darah dapat terganggu oleh kehadiran eritrosit yang terlalu banyak didalam darah. Untuk menyediakan transportasi oksigen adekuat yaitu molekul hemoglobin yang cukup dalam jumlah sel darah merah kompatibel dengan viskositas yang dapat ditoleransi. Konsentrasi ini dekat dengan batasan kelarutan hemoglobin dalam larutan fisiologi.

Berdasarkan jurnal pengaruh anemia pada kanker terhadap kualitas hidup dan hasil pengobatan yaitu menyatakan Anemia adalah penyakit yang cukup sering terjadi pada keganasan, dapat didiagnosis pertama sekali setelah ada keganasan.

D. Fisik / Klinis

Keadaan Umum dari hasil pengamatan selama studi kasus, terlihat bahwa keadaan umum pasien tergolong tidak stabil kadang – kadang nafsu makan baik, kadang tidak ada nafsu makan sehingga intake makanan masih kurang dari kebutuhan, kesadaran pasien secara umum termasuk dalam kategori Compos Mentis, artinya kesadaran pasien tersebut sama seperti

kesadaran orang normal biasa atau dengan kata lain orang tersebut dalam kondisi kesadaran penuh.

E. Dietary History

5.1 Asupan Makan / Diet

Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan mual dan muntah, kebiasaan makan pasien sebelum masuk rumah sakit pada dasarnya baik dengan pola makan 3 kali sehari terdiri dari nasi sebanyak @ 1 centong, lauk hewani ayam @ 1 potong dan telur @ 1 butir serta lauk nabati tempe dan tahu @ 1 potong. Nafsu makan menurun saat pasien merasa nyeri perut, mual dan muntah.

5.2 Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi

Konsumsi energi dan zat gizi adalah asupan zat gizi pasien selama dirawat inap di rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pasien yang telah dihitung pada saat pasien dirawat di RSUP dr. Sardjito dengan menggunakan rumus :

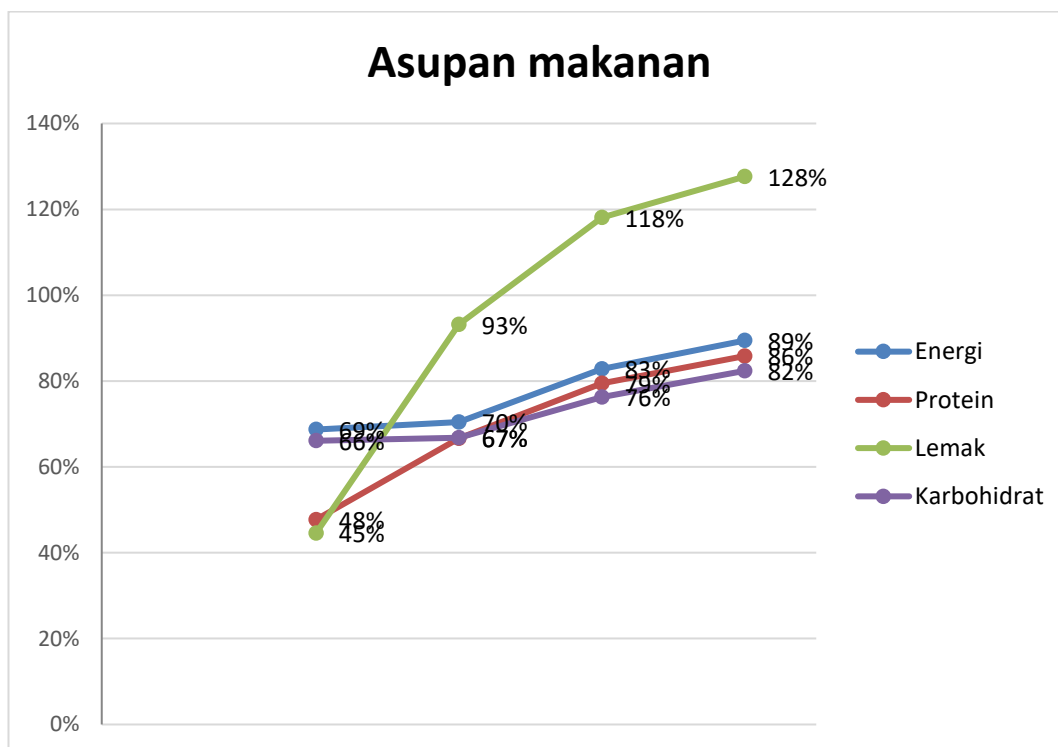
$$\text{Tingkat Konsumsi} = \frac{\text{Asupan/ Intake}}{\text{Kebutuhan}} \times 100$$

Tabel 23. Kriteria Tingkat konsumsi widya karya pangan gizi 2003

No	Kategori	Range
1	Lebih	>80 – 100 %
2	Baik	80 – 100 %
3	Kurang	<80 %

Perkembangan asupan makan pasien diperoleh melalui food recall 24 jam. Zat gizi yang dievaluasi adalah energi, protein, lemak, dan karbohidrat. Peningkatan kepatuhan pasien terhadap diet, dilakukan perubahan secara bertahap dan harus disesuaikan dengan kemampuan pasien dalam menerima makan. Hasil dari monitoring dan evaluasi makan pasien selama studi kasus dapat dilihat pada grafik berikut :

Grafik 1. Asupan Makanan Pasien Selama dirawat



Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui bahwa secara keseluruhan asupan makan pasien selama pengamatan mengalami peningkatan

F. Terapi Edukasi

Pemberian edukasi dilakukan di ruangan bersama pasien dan keluarga. Metode yang digunakan yaitu diskusi bersama. Edukasi diberikan pada hari terakhir pengamatan tanggal 14 September 2019, diharapkan pasien pulang untuk menerapkan diet yang diberikan dari rumah sakit.

Pemberian terapi edukasi dan pemahaman mengenai diet dilaksanakan pada awal kasus dan akhir kasus dengan tujuan untuk merubah perilaku atau kebiasaan makan pasien dan meningkatkan pengetahuan pasien mengenai diet TKTP.

Terapi edukasi bertujuan untuk mendukung terlaksananya terapi diet yang akan di jalani. Dalam edukasi ini disampaikan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan diet yang akan dijalan seperti tujuan diet, syarat atau prinsip diet. Di harapkan adanya terapi edukasi ini pasien lebih memahami dan dapat menaati diet yang disarankan.

Pada studi kasus kali ini telah dilakukan terapi diet yang berkaitan dengan diet TKTP dan gizi seimbang pada pasien. Terapi edukasi dilakukan dengan menjelaskan kembali tujuan, prinsip dan syarat diet pasien dan juga edukasi tentang peningkatan asupan setiap hari dengan menerapkan menu gizi seimbang dan makanan yang boleh dikonsumsi dan tidak boleh dikonsumsi

BAB III

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil asuhan gizi dan pemantauan selama 4 hari diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Berdasarkan hasil skrining NRS-2002 diperoleh skor 0 artinya pasien beresiko malnutrisi dan membutuhkan asuhan gizi.
2. Dari hasil assesment menunjukkan bahwa pasien diagnosis medis Myelogenous leukemia kronis (CML)
3. Data antropometri yang diperoleh yaitu BB 48 kg dan TB 165 cm dengan Status gizi pasien berdasarkan IMT adalah 17.64 % yaitu Gizi Kurang
4. Problem yang terkait gizi adalah Peningkatan kebutuhan energi dan protein.
5. Berdasarkan hasil monitoring yang dilakukan selama 3 hari pasien dalam kondisi membaik dengan hasil kadar hemoglobin pasien mendekati normal.
6. Berdasarkan hasil monitoring asupan makan pasien secara keseluruhan meningkat setiap harinya sesuai dengan keadaan dan kondisi pasien.

B. Saran

1. Untuk pasien agar menerapkan konseling yang diberikan terkait dengan diet TKTP .
2. Untuk pasien agar lebih memperhatikan pola makan dan asupan selama dirumah.

DAFTAR PUSTAKA

1. Asosiasi Institusi Pendidikan Tinggi Gizi Indonesia (AIPGI) dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI).2017. Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. EGC, Jakarta.
2. Dicato M, Plawny M, Diederich M. Anemia in cancer, *annals of Oncology* .2010;21(supplement 7): VII 67-72
3. Susetyowati, 2017. Penerapan Skrining Gizi di Rumah Sakit.Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
4. Yohannes Benny,Teguh Aryandono,Susetyowati, 2013 .Hipoalbuminemia praoperasi pasien kanker kolorektal terhadap resiko komplikasi pascaoperasi dan lama rawat inap. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia* Vo.9, No.4 April 2013: 170-178

Sayur	Caisim	25	1	0	5
	minyak	50		5	
	Sawi Putih	25	1	0	5
	minyak	50		5	
	buncis	25	1	0	5
	minyak	50		5	
	bayam	50	3	0	10
	kacang panjang	25	1	0	5
	pepaya	50	0	0	12
	Pear	50	0	0	12
Apel	50	0	0	12	

Lampiran 2. Recall 24 jam

Menu	Hidangan Rumah Sakit	Asupan		NILAI GIZI			
				Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat
1	Makan Pagi	URT	Satuan	Berat	Nilai Gizi		
	Tim	½	P	150			
	Telur ayam bb kari	½	P	25			
	Siomay saus asam manis	½	P	12.5			

Tumis Kc. Panjang	½	P	50
Teh Manis	1	P	200
Bubur Kc Ijo	1/2	P	200
Makan Siang			
Tim	½	P	150
Ayam bb Kalasan	1	P	50
Tempe Rica – Rica	-	P	-
Putel bb Bacem	½	P	25
Sayur Bobor	½	P	50
Buah	½	P	50
Makan Malam			
Tim	1/2	P	150
Ikan Cabut duri pepes	½	P	25
Tahu bb Balado	½	P	12.5
Ayam cc Serani	½	P	25
Sayur Asem Jakarta	½	P	50
Pisang Ambon	1	P	100

Total nilai gizi sehari

Standar RS

Persentase pemenuhan kebutuhan

%

%

%

%

Lampiran 3. Recall 24 jam

Menu	Hidangan Rumah Sakit	Asupan	NILAI GIZI
------	----------------------	--------	------------

		Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat
2	Makan Pagi				
			P		
			P		
			P		
			P		
	Makan Siang				
		1	P		
		1	P		
		1	P		
		1	P		
		1	P		
	Makan Malam				
		1	P		
		1	P		
		1	P		
		1	P		
Total nilai gizi sehari					
Standar RS					
Persentase pemenuhan kebutuhan					

Lampiran 4. Recall 31/08/2019

Recall	Hidangan Rumah Sakit	Asupan	NILAI GIZI
--------	----------------------	--------	------------

