

TUGAS AKHIR

**ASUHAN GIZI PADA PASIEN CA MAMMAE , ASCITES PERMAGNA,
HIPOALBUMINEMIA DI RSUD PROF DR. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO**



DISUSUN OLEH :

GHEA CHIKARRANI ZAZQIA FAUZI

P07131519008

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA POLITEKNIK

KEMENKES YOGYAKARTA

JURUSAN GIZI

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI DIETISIEN

2020

HALAMAN PENGESAHAN

Tugas Akhir

Ca Mammae, Ascites Per magna, Hipoalbuminemia di RSUD Prof Dr. Margono
Soekarjo Purwokerto

Disusun oleh:
Ghea Chikarrani Zazqia Fauzi
P07131519008


Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji pada tanggal:

.....

SUSUNAN DEWAN PENGUJI


Ketua

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


(.....)

Anggota

Setyowati, SKM, M.Kes
NIP. 196406211988032002


(.....)

Anggota

Isti Suryani, DCN, M.Kes.
NIP. 196406211988032002


(.....)

Yogyakarta, November 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 “*Ca Mammae, Ascites Per magna, Hipoalbuminemia* di RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto”. 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 sekaligus sebagai dosen pembimbing utama.
4. Isti Suryani, DCN, M.Kes. selaku Dosen Pembimbing pendamping.
5. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan moral dan material.
6. M. Dawam Jamil, SKM, M.Kes selaku dosen penguji.
7. Teman-teman yang selalu memberikan semangatnya untuk menyelesaikan laporan studi kasus ini.
8. 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	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	9
A. Latar Belakang	9
B. Tujuan.....	10
1. Tujuan Umum.....	10
2. Tujuan Khusus	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Definisi dan Prevalensi Penyakit.....	11
B. Penatalaksanaan Gizi.....	13
BAB III METODE.....	16
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus	16
B. Subyek Studi Kasus.....	16
C. Fokus Studi.....	16
D. Definisi Oprasional Fokus Studi	17
E. Instrument Studi Kasus	20
F. Metode Pengumpulan Data	21
G. Tempat dan Waktu Studi Kasus	21
H. Analisis Data dan Penyajian Data	21
I. Etika Studi Kasus	21
BAB IV HASIL	23
A. Identitas Pasien.....	23
B. Skrinning	24
C. Riwayat Makan (FH).....	25
D. Standar Pembanding (CS)	26
E. Antropometri (AD.1.1).....	27
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	28
K. Kolaborasi (RC)	31
L. Rencana Monitoring	31
BAB IV PEMBAHASAN.....	32
A. Skrining Gizi	32
E. Antropometri	32

F. Biokimia	34
G. Fisik Klinis	35
H. Monitoring dan Evaluasi Dietary	35
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	38
A. Kesimpulan.....	38
B. Saran	39
Daftar Pustaka	40

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Data Fisik Klinis pada Pasien	18
Tabel 2. Rencana Monitoring Evaluasi	20
Tabel 3. Rencana Metode Pengumpulan Data	21
Tabel 4. Data Personal	23
Tabel 5. Data Riwayat Penyakit	23
Tabel 6. Data Riwayat Pasien yang Lain	23
Tabel 7. Riwayat Makan	25
Tabel 8. SQFFQ	25
Tabel 9. Recall 24 Jam	26
Tabel 10. Standar Pembanding	26
Tabel 11. Data Antropometri Pasien	27
Tabel 12. Data Fisik Klinis	27
Tabel 13. Biokimia	27
Tabel 14. Terapi Medis dan Fungsi	28
Tabel 15. Diagnosis Gizi	28
Tabel 16. Implementasi Diet RS	29
Tabel 17. Rekomendasi Diet	29
Tabel 18. Kolaborasi	31
Tabel 19. Rencana Monitoring	31
Tabel 20. Monitoring Antropometri	32
Tabel 21. Monitoring Biokimia	34
Tabel 22. Monitoring Fisik Klinis	35
Tabel 23. Kriteria Tingkat konsumsi widya karya pangan gizi 2003	36
Tabel 24. Monitoring Asupan Makan	36

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Grafik Asupan Makanan Pasien Selama dirawat	37
---	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker payudara merupakan tumor yang berasal dari kelenjar payudara. Keseimbangan antara proliferasi, diferensiasi dan kematian sel-sel kelenjar payudara berperan penting dalam proses perkembangan sel payudara. Gangguan dalam keseimbangan ini akan dapat mengakibatkan terjadinya kanker (Kumar, et al., 2000).

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).

Lebih dari 20% pasien kanker meninggal disebabkan oleh kaheksia dan malnutrisi. Banyaknya kasus malnutrisi pada penderita kanker mencapai 50% - 80% (Prevost,2014) Penilaian malnutrisi pada pasien kanker dapat dilakukan dengan skrining dan pemeriksaan gizi mencakup riwayat medis, antropometri, penilaian fungsi dan kekuatan otot, asupan makanan, pemeriksaan laboratorium seperti albumin, prealbumin, dan transferin, biomarker imun dan inflamasi, serta penilaian kualitas hidup. Albumin merupakan salah satu dari total protein plasma yang sering digunakan dalam skrining status nutrisi karena bersifat objektif dan kuantitatif (Kumar,2012).

Pemberian terapi diet bagi pasien kanker bertujuan untuk memberikan makanan untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien yang tinggi karena efek hiperkatabolisme sehingga dapat mencegah terjadinya malnutrisi pada pasien. RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto telah melaksanakan penyelenggaraan makan bagi pasien sesuai dengan keadaan penyakit. Oleh karena itu, penulis ingin melakukan study kasus dalam pelaksanaan asuhan gizi *Ca Mammae, Ascites Permagna, Hipoalbuminemia*.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan gizi terstandar pada pasien dengan diagnosa medis Ca Mammae, Ascites Permagna, Hipoalbuminemia.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan skrining gizi pada pasien dengan diagnosa medis Ca Mammae, Ascites Permagna, Hipoalbuminemia.
- b. Mahasiswa mampu melakukan assessment gizi pada pasien dengan diagnosa medis Ca Mammae, Ascites Permagna, Hipoalbuminemia.
- c. Menentukan diagnosa gizi pada pasien dengan diagnosa medis Ca Mammae, Ascites Permagna, Hipoalbuminemia.
- d. Menyusun dan melaksanakan intervensi gizi pada pasien dengan diagnosa medis Ca Mammae, Ascites Permagna, Hipoalbuminemia.
- e. Melakukan monitoring dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis Ca Mammae, Ascites Permagna, Hipoalbuminemia.
- f. Mampu mendokumentasikan proses asuhan gizi pada pasien dengan diagnosa medis Ca Mammae, Ascites Permagna, Hipoalbuminemia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi dan Prevalensi Penyakit

Kanker payudara adalah tumor yang berasal dari kelenjar payudara. Termasuk saluran kelenjar air susu dan jaringan penunjangnya. Keseimbangan antara proliferasi, diferensiasi dan kematian sel-sel kelenjar payudara berperan penting dalam proses perkembangan sel payudara. Gangguan dalam keseimbangan ini akan dapat mengakibatkan terjadinya kanker (Kumar, et al., 2000). Kanker payudara dapat terjadi karena adanya beberapa faktor genetik yang diturunkan dari orang tua kepada anaknya.

Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Love et al., didapatkan persentase pasien yang mengalami efek samping dari kemoterapi yang dijalannya yaitu kerontokan rambut sebanyak 89%, mual 87%, lelah 86%, muntah 54%, gangguan tidur 46%, peningkatan berat badan 45%, sariawan 44%, kesemutan 42%, gangguan pada mata 38%, diare 37%, konstipasi 19 %, kemerahan pada kulit 18% dan penurunan berat badan 13%.

Efek samping stomatitis langsung dapat terjadi 7 sampai 10 hari setelah pemberian kemoterapi. Stomatitis sekunder dapat terjadi dalam beberapa fase. Fase epitelial terjadi 4 sampai 5 hari setelah pemberian kemoterapi. Pada fase ini mulai terjadi kerusakan epitel dan peningkatan vaskularisasi yang mengakibatkan eritema pada mukosa mulut. Namun tidak semua pasien merasakan keluhan pada fase ini. Fase berikutnya yaitu fase ulseratif yang terjadi kurang lebih 1 minggu setelah pemberian kemoterapi. Fase ini merupakan fase puncak dari stomatitis. Pada fase ini terjadi pembentukan pseudomembran dan ulkus. Hal ini dikarenakan setelah 1 minggu mulai terjadi fase ulseratif yang dapat menyebabkan keluhan yang lebih hebat dibandingkan dengan fase epitelial.

Penyakit asites dapat juga bermanifestasi sebagai akibat dari kanker, yang disebut asites malignant. Jenis asites ini biasanya manifestasi dari kanker

stadium lanjut dari organ-organ di dalam rongga perut, seperti, kanker usus besar, kanker pankreas, kanker lambung, kanker payudara, limfoma, kanker paru-paru, atau kanker ovarium.

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)

Lebih dari 20% pasien kanker meninggal disebabkan oleh kaheksia dan malnutrisi. Banyaknya kasus malnutrisi pada penderita kanker mencapai 50% - 80% (Prevost,2014) Penilaian malnutrisi pada pasien kanker dapat dilakukan dengan skrining dan pemeriksaan gizi mencakup riwayat medis, antropometri, penilaian fungsi dan kekuatan otot, asupan makanan, pemeriksaan laboratorium seperti albumin, prealbumin, dan transferin, biomarker imun dan inflamasi,

serta penilaian kualitas hidup. Albumin merupakan salah satu dari total protein plasma yang sering digunakan dalam skrining status nutrisi karena bersifat objektif dan kuantitatif. (Kumar,2012).

Malnutrisi dan inflamasi dapat menekan sintesis albumin. Proses ini menyebabkan peningkatan kebutuhan asam amino. Apabila jumlahnya terbatas dari asupan makanan, maka akan didapatkan dari pemecahan protein otot rangka. Dengan dipecahnya asam amino, menyebabkan perubahan pada berat badan dan massa otot. Kehilangan massa otot dapat menyebabkan penurunan kekuatan otot yang berakibat besar pada hilangnya fungsionalitas dan massa otot skeletal itu sendiri (Skirven, 2012). Hal ini dapat menyebabkan disfungsi otot secara progresif pada pasien kanker. Disfungsi otot akibat kanker adalah adanya kelainan pada kekuatan otot atau komposisi otot yang terjadi pada pasien kanker.

B. Penatalaksanaan Gizi

B.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.

B.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 evauasi yaitu menentukan dan menetapkan target *outcome* maupun 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

A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus

Jenis dan rancangan penelitian yang dilakukan dalam penelitian dengan judul “Laporan Studi Kasus Mendalam dengan Diagnosis Ca Mammae, Ascites Permagna, Hipoalbuminemia di RSUD Prof. Dr Margono Soekarjo Purwokerto” merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek penelitian ini adalah pasien Diagnosis Ca Mammae, Ascites Permagna, Hipoalbuminemia di RSUD Prof. Dr Margono Soekarjo Purwokerto. Pasien yang terdiagnosis medis Ca Mammae, Ascites Permagna, Hipoalbuminemia merupakan pasien rawat inap yang memerlukan asuhan gizi minimal selama 5 hari, kesadaran composmentis, cukup, dapat berkomunikasi dengan baik, dan bersedia menjadi responden.

C. Fokus Studi

Skrining gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Ca Mammae, Ascites Permagna, dan Hipoalbuminemia yang baru masuk ke rumah sakit disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik serta sesuai kesepakatan dengan rumah sakit. Pengkajian gizi (*Assessment*) pasien rawat inap dengan penyakit Ca Mammae, Ascites Permagna, dan Hipoalbuminemia meliputi data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan (*Dietary History*). Analisis diagnosis gizi pasien rawat inap dengan penyakit Ca Mammae, Ascites Permagna, dan Hipoalbuminemia ranah klinis dan behaviour menggunakan pendekatan problem, etiology, dan symptom (PES). Analisis intervensi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Ca Mammae, Ascites Permagna, dan Hipoalbuminemia meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan

perhitungan kebutuhan gizi pasien. Analisis monitoring dan evaluasi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Ca Mammae, Ascites Per magna, dan Hipoalbuminemia.

D. Definisi Oprasional Fokus Studi

1. Pasien rawat inap dengan penyakit Ca Mammae, Ascites Per magna, dan Hipoalbuminemia.

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 NRS-2002.

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 : -

c. Fisik/klinis

Pemeriksaan fisik 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 1. Data Fisik Klinis pada Pasien

Data Fisik / Klinis	Hasil
Penampilan Keseluruhan	Composmentis, cukup, tidak terlihat kurus
Gastrointestinal	Tidak ada gangguan mual dan muntah, nafsu makan baik
Mulut	Tidak kesulitan mengunyah
Vital sign	
Nadi	60-100x/menit
RR	20-24x/menit
Suhu	36,5-37,5 ⁰ C
Tekanan darah	60/90 – 130/80 mmHg

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:

- 1) Baik : 80-110% kebutuhan gizi pasien atau standar diet RS.
- 2) Kurang : <80% kebutuhan gizi pasien atau standar diet RS.
- 3) Lebih : >110% pasien atau standar diet RS.

e. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi merupakan kegiatan mengidentifikasi dan memberi nama masalah gizi. Diagnosis gizi dibuat 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).

f. Intervensi Gizi

Intervensi gizi dilakukan untuk mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapan terkait perilaku yang berhubungan dengan penyakit Ca Mammae, Ascites Per magna, dan Hipoalbuminemia. 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.

g. 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 2. Rencana Monitoring Evaluasi

Parameter	Waktu	Target
LILA	Diawal dan diakhir pemantauan	Tetap
Biokimia • Hb • Albumin	Sesuai jadwal pemeriksaan	Naik/Mendekati nilai normal
Fisik/Klinis : • KU • Kesulitan mengunyah	Setiap hari	KU membaik Kesulitan mengunyah sembuh/berkurang (-)
Dietary History : • Asupan energi • Asupan protein • Asupan lemak • Asupan KH	Setiap hari Setiap hari Setiap hari Setiap hari	Asupan energy, protein, lemak dan karbohidrat minimal 80%

E. Instrument Studi Kasus

Alat dan media yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

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 TETP
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 3. 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
Fisik	Observasi, rekam medis	Data primer, sekunder
Klinis	Rekam medis	Data sekunder
Riwayat makan untuk pengkajian (<i>assessment</i>)	Wawancara	Data primer
Riwayat makan untuk monitoring evaluasi	Observasi, wawancara	Data primer, sekunder

G. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di 2– 6 November 2020 di RSUP Dr. Sardjito.

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 (*Beneficent*) 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 HASIL

A. Identitas Pasien

1. Data Personal

Tabel 4. Data Personal

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Ny. NR
CH.1.1.1	Umur	43 tahun
CH.1.1.2	Jenis Kelamin	Perempuan
CH.1.1.5	Suku/etnik	Jawa
CH.1.1.9	Peran dalam keluarga	Ibu Rumah Tangga
	Diagnosis medis	Ca Mammae, Ascites Permagna, dan Hipoalbuminemia

Kesimpulan : Berdasarkan diagnosis medis diketahui pasien menderita Ca Mammae, Ascites Permagna, Hipoalbuminemia. Direncanakan oleh dokter untuk perbaikan kondisi, transfusi albumin.

2. Riwayat Penyakit (CH)

Tabel 5. Data Riwayat Penyakit

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1	Keluhan utama	Nyeri perut, Sariawan dan sulit mengunyah
	Riwayat penyakit dahulu	Kanker payudara
	Riwayat penyakit sekarang	Ca Mammae, Ascites Permagna, dan Hipoalbuminemia

Nomor RM : -
 Ruang Perawatan : -
 Tanggal MRS : 1 Oktober 2020
 Tanggal pengambilan kasus : 2 November 2020

3. Riwayat Klien yang Lain

Tabel 6. Data Riwayat Pasien yang Lain

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1.5	Gastrointestinal	Tidak ada mual muntah
CH.2.1.8	Imun	Tidak ada alergi makanan
CH.2.2.2	Perawatan	Perbaikan KU, Tranfusi PRC, Tranfusi Albumin
CH.3.1.1	Agama	Islam

Kesimpulan : Berdasarkan data pasien di rekam medis diketahui bahwa pasien masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri perut, sariawan dan sulit mengunyah.

B. Skrining

Metode Skrining yang dipakai: NRS-2002

Formulir Skrining NRS-2002

1. Skrining Awal

No	KRITERIA	JAWABAN	
		YA	TIDAK
1.	Apakah IMT < 20,5 ?	V	
2.	Apakah pasien kehilangan BB dalam 3 bulan terakhir ?	V	
3.	Apakah asupan makanan menurun seminggu terakhir ?	V	
4.	Apakah pasien dengan penyakit berat ?	V	
	Jika tidak untuk semua kriteria skrining (Ulang seminggu kemudian)		
	Jika ada 1/lebih kriteria dengan jawaban ya (skrining lanjut)		

2. Skrining lanjut I

RISIKO GIZI	KRITERIA
Absen (Skor=0)	Status gizi normal
Ringan (skor=1)	Kehilangan BB >5% dalam 3 bulan atau asupan 50-75% dari kebutuhan
Sedang (skor=2)	Kehilangan BB >5% dalam 2 bulan atau IMT 18,5-20,5 atau asupan 25-50% dari kebutuhan
Berat (skor=3)	Kehilangan BB >5% dalam 1 bulan (>15% dalam 3 bulan) atau IMT 18,5 atau asupan 0-25% dari kebutuhan

3. Skrining lanjut II

RISIKO GIZI	KRITERIA
Absen (skor=0)	Kebutuhan gizi normal
Ringan (skor=1)	Fraktur, pasien kronik (sirosis hati, COPD, HD rutin, diabetes, kanker)
Sedang (skor=2)	Bedah mayor, stroke, pneumonia berat, kanker darah
Berat (skor=3)	Cidera kepala, transplantasi sumsum, pasien ICU

KESIMPULAN

	Skrining lanjut I	Skrining lanjut II	Usia >65 tahun	TOTAL SKOR
SKOR	3	2		5

RISIKO/TIDAK RISIKO

Berdasarkan skrining dengan menggunakan metode NRS – 2002 diketahui bahwa pasien Ny. NR beresiko Malnutrisi, sehingga perlu dilakukan Asuhan Gizi Terstandar (NCP).

C. Riwayat Makan (FH)

Tabel 7. Riwayat Makan

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat Diet (pola makan)	Dalam seminggu terakhir, pola makan pasien adalah : Makanan Pokok Bubur 2 -3 kali / hari @ 1 mangkok Lauk Hewani dan Nabati : 2-3 kali /hari di cincang @ 2 -3 sdm Tidak makan sayur, buah di jus
FH.2.1.1	Pemesanan diet	Bubur Nasi Lauk Cincang
FH.2.1.1	Pengalaman diet di rumah	Belum pernah menjalankan diet di rumah
FH.2.1.3	Lingkungan makan	Disiapkan oleh ibu dan anak laki -laki pasien
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Belum pernah mendapatkan edukasi gizi

Kesimpulan :

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien mengenai pola makan selama di rumah dapat diketahui bahwa pola makan pasien berubah sejak mengalami sariawan. Kondisi tersebut membuat pasien sulit untuk mengunyah sehingga asupan dan nafsu makan pasien menjadi turun..

1. SQFFQ

Tabel 8. SQFFQ

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan Oral	562,5	19	8	84
Kebutuhan	1487,9	51,3	41,3	227,7
% Asupan	37,8	37,07	19,37	36,89

Interpretasi Kurang Kurang Kurang Kurang

Kesimpulan :

Asupan E, P, L dan KH pasien kurang (<80%) (WNPG, 1996).

2. Recall 24 jam (FH.7.2.8)

Tanggal : 2 November 2020

Makanan dari RS :

Makanan dari luar RS : -

Tabel 9. Recall 24 Jam

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan oral	412,5	10,5	4	46
Kebutuhan	1487,9	51,3	41,3	227,7
% asupan	27,72	20,46	9,6	20,2
Kategori	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang

Kesimpulan :

Berdasarkan hasil recall 24 jam, asupan E, P, L dan KH pasien kurang (<80%) (WNPG, 1996).

D. Standar Pemanding (CS)

Tabel 10. Standar Pemanding

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi kebutuhan energi	$BEE=655+(9,6 \times 31)+(1,85 \times 157)-(4,7 \times 43)$ $=655+297,6+290,045-202,1=1040,5$ $TEE= 1040,5 \times 1,1 \times 1,3 = 1487,9 \text{ kkal}$
CS.2.1.1	Estimasi kebutuhan lemak	$25\% \times 1487,9= 371,9/9 \text{ kkal} = 41,3 \text{ g}$
CS.2.2.1	Estimasi kebutuhan protein	$1 \text{ g /kg BBI} = 1 \text{ g} \times 51,3 \text{ kg} = 51,3 \text{ g}$
CS.2.3.1	Estimasi kebutuhan karbohidrat	$\frac{1487,9 - (371,9 + 205,2)}{4}$ $= 227,7 \text{ g}$
CS.5.1.1	Rekomendasi BB/IMT/pertumbuhan	$\frac{BB (kg)}{TB (m)^2} = \frac{BB(kg)}{1,57^2}$ $= 20,85 \text{ kg/m}^2$ $BBI (kg) = 157 - 100 - (10\%)$ $= 51,3 \text{ kg}$

E. Antropometri (AD.1.1)

Tabel 11. Data Antropometri Pasien

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD.1.1	TB/panjang badan	157 cm
AD.1.2	Berat badan Estimasi	$\frac{LILA}{29} \times (TB - 100)$ $\frac{16}{29} \times (157 - 100) = 31 \text{ kg}$
AD.1.4	Perubahan berat badan	Terjadi penurunan BB sebanyak 14 kg selama 3 bulan terakhir (25,9%)
CS.5.1.2	IMT	16,26 kg/m ²
CS.5.1.1	BBI	51,3 kg

Kesimpulan : Status gizi pasien termasuk dalam kategori gizi buruk.

F. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)

Tabel 12. Data Fisik Klinis

Data Fisik / Klinis	Hasil
Penampilan Keseluruhan	KU : CM, lemah, terlihat kurus
Sistem pencernaan	Mual, muntah Sulit mengunyah
Kepala dan mata	-
Vital sign	
Nadi	112x/menit (N) (60-100x/menit)
RR	20x/menit (N) (20-24x/menit)
Suhu	36,5°C (N) (36,5-37,5°C)
Tekanan darah	117/75mmHg (N) (60/90 – 130/80 mmHg)
Pemeriksaan Penunjang :	-

G. Biokimia (BD) :

Tanggal: -

Tabel 13. Biokimia

Kode IDNT	Data Biokimia	Satuan	Hasil	Nilai Rujukan	Keterangan
BD-1.10.1	Haemoglobin	g/dL	11,7	12,0-15,0	Rendah
BD-1.11.1	Albumin	g/dL	2,17	3,97-4,94	Rendah
BD.1.2.1	BUN	mg/dL	30,5	15-40	Tinggi
BD.1.2.2	Kreatinin	mg/dL	0,66	0,5-1,2	Tinggi

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

H. Terapi Medis dan Fungsi

Tabel 14. Terapi Medis dan Fungsi

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan Makanan
	Omeprazole	Penghambat pompa proton; terkait obat saluran cerna	Dapat menghambat sekresi asam lambung dan absorpsi vitamin B12 dan zat besi. Penggunaan obat ini juga dapat berdampak disgeusia pada pasien. Pemberian sebelum makan dapat meningkatkan absorpsi dan memaksimalkan efek klinisnya.
	Ketorolac Furosemid	Anti nyeri Diuretik yang dapat mengeluarkan air, natrium, dan klorida dari dalam tubuh.	Ketidak seimbangan cairan dan elektrolit dengan tanda oliguria, gangguan pencernaan.

I. Diagnosis Gizi

Tabel 15. Diagnosis Gizi

Domain	Deskripsi
NI.2.1	Asupan oral tidak adekuat berkaitan dengan penurunan kemampuan untuk mengkonsumsi energi yang cukup , stomatitis ditandai dengan asupan makan pasien hasil recall 24 jam Energi 27,72%, Protein 20,46 % , Lemak 9,6 % , dan Karbohidrat 20,2 %.
NC.3.2	Penurunan berat badan yang tidak diharapkan berkaitan dengan penurunan kemampuan untuk mengkonsumsi energi yang cukup ditandai dengan kehilangan berat badan selama 3 bulan terakhir (25,9%)

J. Intervensi Gizi

1. Terapi Diet

a. Tujuan Diet

- 1) Memberikan asupan yang adekuat mencapai 80 % kebutuhan
- 2) Meningkatkan berat badan / status gizi mendekati normal

b. Preskripsi Diet

ND.1. Makanan dan Snack

- 1) ND.1.2. Modifikasi komposisi makanan dan snack (Jenis diet) :
diet BBN
- 2) ND.1.2.1 Modifikasi tekstur : Lunak
- 3) ND.1.2.2 Modifikasi energi : 1487,9 kkal
- 4) ND.1.2.3 Modifikasi protein : 51,3 g
- 5) ND.1.2.4 Modifikasi KH : 227,7 g
- 6) ND.1.2.5 Modifikasi lemak : 41,3 g
- 7) ND.1.2.6 Modifikasi Snack Susu

2. Implementasi Diet Rumah Sakit

Standar diet : Diet BBN Snack Susu

Tabel 16. Implementasi Diet RS

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Standar diet RS Tim	1659,46	60,65	61,19	231,48
Kebutuhan	1487,9	51,3	41,3	227,7
% standar/kebutuhan	111,5	118,2	148,15	101,66

Kesimpulan: Pemberian diet BBN masih melebihi kebutuhan pasien berkaitan dengan kondisi pasien yang mengalami penurunan kemampuan mengkonsumsi energi yang cukup oleh karena itu direkomendasikan diet Sonde Tak Susu extra BBS.

3. Rekomendasi Diet

Tabel 17. Rekomendasi Diet

	Standar Diet RS		Rekomendasi	
Makan Pagi	BBN	300	Sonde Tak Susu	200
	Lauk Hewani	50	Extra BBS	150
	Lauk Nabati	25		
	Sayur	100		
	Teh Manis	1 ps		
Selingan Pagi	Kacang Ijo	1 ps	Sonde Tak Susu	200
Makan Siang	BBN	300	Sonde Tak Susu	200
	Lauk Hewani	50	Extra BBS	
	Lauk Nabati	25		
	Sayur	100		

	Buah Pisang	50		
Selingan Sore	Teh Manis	200	Formula Tak	200
	Snack	1 ps	Susu Komersial	
Makan Malam	BBN	300	Sonde Tak Susu	200
	Lauk Hewani	50	Extra BBS	150
	Lauk Nabati	25		
	Sayur	100		
	Buah Pisang	50		
Selingan Malam	-		Formula Tak	200
			Susu Komersial	
Nilai Gizi	Energi :		Energi :	1390 kkal
	1659,46 kkal		Protein :	37.5 g
	Protein : 60,65		Lemak :	32,47 g
	g		KH :	236,64 g
	Lemak : 61,19 g			
	KH : 231,48 g			

Kesimpulan :

Berdasarkan perhitungan di atas dapat disimpulkan bahwa standar diet Zonde Tak Susu dan extra BBS dari RS masih belum memenuhi kebutuhan energi, dan protein karena pasien masih mengalami kesulitan mengunyah sehingga terjadi penurunan kemampuan dalam mengkonsumsi energi. Disarankan oleh dokter untuk pemasangan NGT, akan tetapi pasien menolak.

4. Domain Konseling (C)

a. Tujuan

Memberikan penjelasan tentang pentingnya meningkatkan asupan makan.

b. Preskripsi

- 1) Sasaran : Pasien dan Keluarga
- 2) Tempat : Ruang rawat inap pasien
- 3) Waktu : 10 menit
- 4) Permasalahan gizi : Diet TETP
- 5) Metode : Konseling gizi dan tanya jawab
- 6) Media : leaflet diet tetp, daftar bahan penukar
- 7) Materi : Makanan yang boleh, dibatasi dan tidak diperbolehkan,
Cara pengolahan makanan yang dianjurkan

5. Domain Edukasi Gizi (E.1)

E.1.1 Tujuan Edukasi Gizi :

Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman keluarga mengenai diet yang diberikan.

E.1.2. Prioritas Modifikasi :

Memberikan motivasi untuk meningkatkan asupan

K. Kolaborasi (RC)

Tabel 18. Kolaborasi

No	Tenaga Kesehatan	Koordinasi
1	Ahli gizi	Diskusi mengenai tatalaksana gizi yang akan dilakukan pada pasien
2	Pasien dan keluarga pasien	Meminta persetujuan keluarga untuk melakukan intervensi terhadap pola makan dan asupan pasien selama di Rumah Sakit dan memberikan edukasi dan konseling terkait gizi
3	Dokter	Menanyakan mengenai perkembangan kondisi pasien .
4	Perawat ruangan	Bertanya mengenai perkembangan keadaan pasien
5	Tenaga pengolahan	Berkoordinasi terkait menu yang diberikan

L. Rencana Monitoring

Tabel 19. Rencana Monitoring

Parameter	Waktu	Target
LILA	Diawal dan diakhir pemantauan	Tetap
Biokimia • Hb • Albumin	Sesuai jadwal pemeriksaan	Naik/Mendekati nilai normal
Fisik/Klinis : • KU • Kesulitan mengunyah	Setiap hari	KU membaik Kesulitan mengunyah sembuh/berkurang (-)
Dietary History : • Asupan energi • Asupan protein	Setiap hari Setiap hari Setiap hari	Asupan energy, protein, lemak dan karbohidrat minimal 80%

Parameter	Waktu	Target
<ul style="list-style-type: none"> Asupan lemak Asupan KH 	Setiap hari	

BAB IV PEMBAHASAN

A. Skrining Gizi

- B.** 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 (Susetyowati,2017)
- C.** Pasien yang diskriming adalah pasien berjenis kelamin perempuan berusia 43 tahun yang datang ke RSUP dr. Sardjito Yogyakarta pada dengan keluhan nyeri perut, sariawan, mual dan muntah.
- D.** Berdasarkan hasil skrining awal dan skrining lanjutan diperoleh hasil bahwa pasien beresiko malnutrisi dimana terjadi penurunan berat sebanyak 25,9 % dari berat badan sebelum dinyatakan sakit yaitu 54 kg turun menjadi 40 kg , IMT $16,26 \text{ kg/m}^2$ pasien dikategorikan termasuk dalam kategori Gizi buruk dan menderita penyakit berat (kanker).

E. Antropometri

Tabel 20. Monitoring Antropometri

Tanggal	2/11/2020	5/11/2020	6/11/2020
Berat Badan (kg)	40	-	-
LLA (cm)	16	16	16
TB (cm)	157	157	157

Pengukuran Lila diperlukan karena pasien menderita edema permagna dan bengkak di kaki. Sedangkan untuk pengukuran berat badan dan tinggi berdasarkan data Rekam Medis yaitu Berat badan : 40 kg Tinggi Badan 157 cm, untuk status gizi pasien berdasarkan berat badan diperoleh IMT $16,26 \text{ kg/m}^2$ kategori buruk, sedangkan berdasarkan LILA 16 cm status gizi pasien dikategorikan gizi buruk 56 %.

F. Biokimia

Tabel 21. Monitoring Biokimia

Kode IDNT	Pemeriksaan	Hasil				Satuan	Nilai Rujukan
		3/11/2020	4/11/2020	5/11/2020	6/11/2020		
BD-1.10.1	Haemoglobin	9,9	-	-	-	g/l	12,0-15,0
BD-1.11.1	Albumin	2,8	-	2,61	2,26	g/dl	3,97-4,94
BD.1.10.2	Hematokrit	28,1	-	-	-	%	40 – 54

Berdasarkan pemeriksaan albumin diketahui bahwa kadar albumin pasien kurang dari nilai normal, hal ini membuktikan bahwa pasien mengalami malnutrisi dan inflamasi. Dimana kondisi malnutrisi dan inflamasi dapat menekan sintesis albumin yang menyebabkan peningkatan kebutuhan asam amino. (Gupta 2010).

Dengan dipecahnya asam amino, menyebabkan perubahan pada berat badan dan massa otot. Kehilangan massa otot dapat menyebabkan penurunan kekuatan otot yang berakibat besar pada hilangnya fungsionalitas dan massa otot skeletal itu sendiri. (Skirven,2011)

Keadaan hipoalbuminemia juga dapat menyebabkan edema saat tekanan hidrostatik meningkat, dan menurunnya ikatan dengan ikatan molekul tinggi protein lainnya. Selain itu saluran cerna merupakan organ yang mempunyai fungsi menelan dan penyerapan nutrien yang dibutuhkan. Fungsi lain adalah sebagai pertahanan utama yang melindungi tubuh dari berbagai mikroorganisme patogen di intralumen. Pada pasien sepsis terjadi perubahan integritas saluran cerna yang memegang peranan penting perubahan sepsis menjadi multiple organ dysfunction. (Filho, 2010; Khalil et a.l,2015).

G. Fisik Klinis

Tabel 22. Monitoring Fisik Klinis

Tanggal	3/11/2020	4/11/2020	5/11/2020	6/11/2020
Fisik / Klinis	Sariawan + CM,Lemah Sesak +	Sariawan + CM,Lemah Sesak +	Sariawan + CM , Lemah Sesak berkurang	Sariawan + CM,Lemah Sesak +
TD (mmHg)	117/75	80/60	90/60	80/60
Nadi(x/menit)	112	112	88	102
Respirasi(x/menit)	20	23	23	23
Suhu(⁰ C)	36, 5	36,7	36	37

Keadaan umum dari hasil pengamatan selama studi kasus, terlihat bahwa keadaan umum pasien 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..

H. Monitoring dan Evaluasi Dietary

Kebiasaan makan pasien sebelum masuk rumah sakit kurang yaitu dengan pola makan 2-3 kali sehari terdiri dari bubur nasi sebanyak @ ½ porsi, lauk hewani dan lauk nabati @ 1 porsi di cincang, kondisi ini disebabkan oleh menurunnya kemampuan pasien mengkonsumsi makanan karena pasien merasa nyeri perut, mual dan muntah dan sariawan.

Pada pasien kanker selain karena efek perubahan metabolic, pasien kanker juga melalui berbagai prosedur medis seperti tindakan diagnostic, pembedahan, kemoterapi dan atau radiasi yang dapat menurunkan nafsu makan (Wijayanti, 2014).

- a. 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 :

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

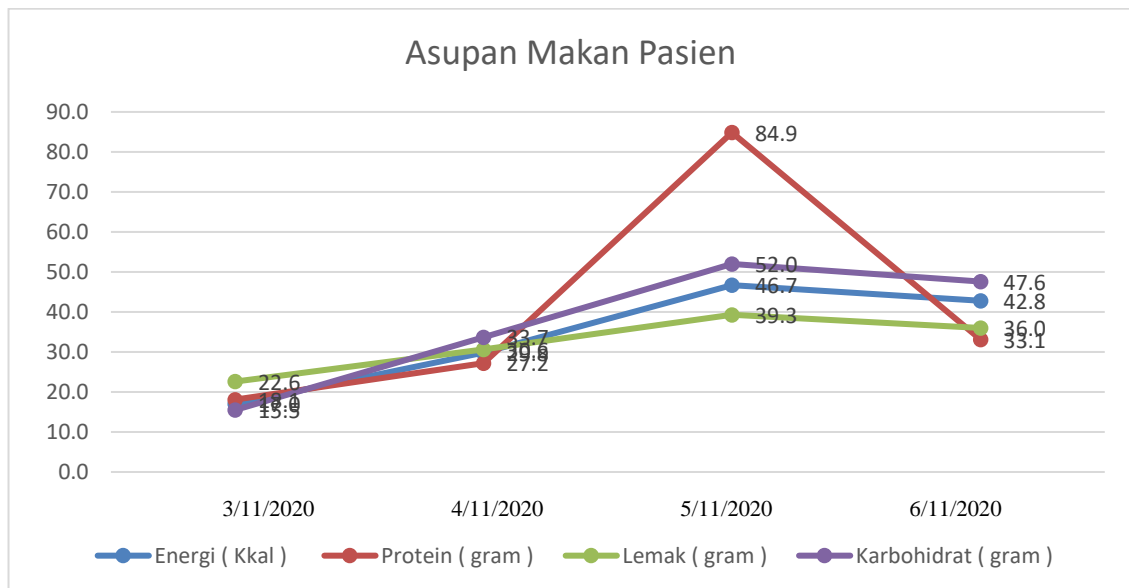
Tabel 23. Kriteria Tingkat konsumsi widya karya pangan gizi 2003

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

- b. 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 table dan grafik berikut :

Tabel 24. Monitoring Asupan Makan

Tanggal	Diet		Energi (kcal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
3/11/2020	BBN	Asupan	253	9.27	9.35	35.37
		Kebutuhan	1487.9	51.3	41.3	227.7
		% Asupan /Kebutuhan	17	18.1	22.6	15.5
4/11/2020	BBS	Asupan	443.19	13.95	12.62	76.65
		Kebutuhan	1487.9	51.3	41.3	227.7
		% Asupan /Kebutuhan	29.8	27.2	30.6	33.7
5/11/2020	Sonde Tak Susu Extra	Asupan	695.10	18.53	16.24	118.32
		Plasbumin 25	-	25	-	-
	BBS	Kebutuhan	1487.9	51.3	41.3	227.7
		% Asupan /Kebutuhan	46.7	84.85	39.3	52
6/11/2020	Sonde Tak Susu Extra	Asupan	637.18	16.98	14.88	108.46
		Kebutuhan	1487.9	51.3	41.3	227.7
	BBS	% Asupan /Kebutuhan	42.8	33.1	36	47.6
		Rata-rata		34.075	40.8125	32.125



Gambar 1. Grafik Asupan Makanan Pasien Selama dirawat

Berdasarkan tabel dan grafik diatas diketahui bahwa secara keseluruhan asupan makan pasien selama pengamatan mengalami peningkatan meskipun masih belum mencapai 80 %, peningkatan ini setelah diet diganti dengan Diet Cair Extra BBS. Pada tanggal 5 November 2020 asupan meningkat setelah dilakukan tindakan fungsi ascites, pasien merasa lebih nyaman dan tidak merasa sesak sehingga mampu mengkonsumsi diet yang diberikan lebih banyak.

Pada tanggal 5 November 2020 selain dilakukan tindakan fungsi ascites juga dilakukan transfusi albumin 25 % sebanyak 100 cc yang mengandung 25 gram albumin yang bertujuan untuk meningkatkan kadar albumin dalam darah .

Rata - rata asupan pasien selama pengamatan masih kurang dari target yang ditentukan yaitu < 80 % kebutuhan dimana energi 34,075%, Protein 40,41 %, Lemak 32,125 % dan karbohidrat 37,2 %.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Asesment

- a. Diagnosa pasien adalah Ca Mammae , Ascites Per magna, Hipoalbuminemia
- b. Hasil skrining pasien menggunakan NRS-2002 dengan skor 5 yang berarti berisiko malnutrisi dan perlu dilakukan asuhan gizi
- c. Status gizi pasien berdasarkan LILA/U adalah buruk (56 %), mengalami penurunan berat badan sebanyak 14 kg selama 3 bulan terakhir (25,9%)
- d. Pasien mengalami anemia dan hipoalbuminemia
- e. Pasien mengalami kesulitan mengunyah dan sariawan
- f. Persentase asupan makan sebelum pengamatan adalah energi 27,72%, protein 20,46%, lemak 9,6 %, karbohidrat 20,2%.
- g. Diagnosis gizi :
NI.2.1 Asupan oral tidak adekuat berkaitan dengan penurunan kemampuan untuk mengkonsumsi energi yang cukup , stomatitis ditandai dengan asupan makan pasien hasil recall 24 jam Energi 27,72%, Protein 20,46 %, Lemak 9,6 %, dan Karbohidrat 20,2 %.
NC-3.2 Penurunan berat badan yang tidak diharapkan berkaitan dengan penurunan kemampuan untuk mengonsumsi energi yang cukup ditandai dengan berat badan turun 25,9% (14 kg) dalam 3 bulan.
- h. Tujuan intervensi adalah memberikan asupan yang adekuat mencapai 80 % kebutuhan meningkatkan berat badan / status gizi mendekati normal .
- i. Terapi diet TKTP diberikan dalam bentuk lunak melalui melalui oral sebanyak 3 kali makan utama 2 kali snack (snack susu).
- j. Kebutuhan energi 1487,9 kkal, protein 51,3 g, lemak 41,3 g, karbohidrat 227,7 g.

- k. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman keluarga mengenai diet yang diberikan dan memberikan motivasi untuk meningkatkan asupan .

2. Re-Asesment setelah pengamatan

- a. Status gizi pasien masih dalam kategori buruk berdasarkan LILA/U
- b. Kemampuan mengunyah pasien membaik meskipun masih mengalami sariawan.
- c. Kadar albumin pasien masih rendah di akhir pengamatan yaitu 2,26 g/dl meskipun sudah diberikan terapi plasbumin 1 x 25% 100 ml (1 kolf)
- d. Persentase asupan makan pasien adalah energi 34,075%, protein 40,81%, lemak 32,12%, karbohidrat 37,2%.
- e. Edukasi kepada pasien dan keluarga berjalan dengan lancar, pasien dan keluarga dapat memahami materi yang disampaikan.

B. Saran

Diharapkan pasien dapat menjalankan diet yang diberikan, dan keluarga dapat memberikan motivasi untuk menjalankan diet tersebut.

Daftar Pustaka

Asosiasi Institusi Pendidikan Tinggi Gizi Indonesia (AIPGI) dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI).2017. Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. EGC, Jakarta.

Dicato M, Plawny M, Diederich M. Anemia in cancer, *annals of Oncology* 2010;21(suplemment 7): VII 67

Gupta D, Lis CG. Pretreatment serum albumin as a predictor of cancer survival: a systematic review of the epidemiological literature. *Nutrition journal*. 2010;9(1):1.

James JPG, George; Silk, David. Artificial Nutrition and Support in Clinical Practice 2nd ed. In: Cuthbertson DJR, Rennie MJ, editors. Protein and amino acid aetabolism in the whole body and in the tissue. United Kingdom: Cambridge University Press; 2012. p.25-49

Kumar NB. Assessment of Malnutrition and Nutritional Therapy Approaches in Cancer Patients. *Nutritional Management of Cancer Treatment Effects*: Springer; 2012. p. 7-41.

Prevost V, Joubert C, Heutte N, Babin E. Assessment of nutritional status and quality of life in patients treated for head and neck cancer. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases*. 722014;131(2):113-20.

Skirven TMO, A. Lee; Fedorckzy, Jane; Amadio, Peter C. Rehabilitation of The Hand and Upper Extremity 6th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby. 2011. p. 170.

Susetyowati, 2017. Penerapan Skrining Gizi di Rumah Sakit. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.