

TUGAS AKHIR
STUDI KASUS MENDALAM PASIEN CA RECTOSIGMOID DJ STENT
INSITU KIRI + HIDRONEFROSIS KIRI
DI UNIT CENDANA 3
RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA



Disusun
Oleh :

SHEREN CAHYA HAKIKI

FADHILAH

NIM. P07131520022

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN
KESEHATAN YOGYAKARTA
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI
DIETESIEN JURUSAN GIZI

2021

HALAMAN PENGESAHAN

SHEREN CAHYA HAKIKI FADHILAH

NIM. P07131520022

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan


Penguji Pada tanggal :

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Tjarono Sari, SKM, M.Kes.

NIP.196102031985012001

(..........)

Anggota,

Susilo Wirawan, SKM, M.Kes.

NIP. 197001151994031003

(..........)

Anggota,

Nugraheni Tri Lestari, SKM, MPH

NIP.196701141991032001

(..........)

Yogyakarta,2021
Ketua Jurusan Gizi



Dr. Ir. Made Alit Gunawan, M.Si

NIP. 196303241986031001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul “Studi Kasus Mendalam Pada Pasien Ca Rectosigmoid Dj Stent Insitu Kiri + Hidronefrosis Kiri Di Unit Cendana 3”. 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. Tjarono Sari, SKM, M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Utama
6. Susilo Wirawan, SKM, 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

KATA PENGANTAR	4
DAFTAR ISI.....	5
DAFTAR TABEL.....	7
BAB I PENDAHULUAN	8
A. Latar Belakang	8
B. Tujuan	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Definisi.....	11
B. Etiologi.....	12
C. Manifestasi Klinis	13
D. Terapi Diet	13
BAB III METODE PENELITIAN	15
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus	15
B. Subyek Studi Kasus	15
C. Fokus Studi	15
D. Definisi Operasional Fokus Studi	16
E. Instrument Studi Kasus	21
F. Metode Pengumpulan Data	21
G. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	22
H. Analisis Data dan Penyajian Data	22
I. Etika Studi Kasus	22
BAB IV HASIL ASUHAN GIZI.....	24
A. Assesment	34
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	46
A. Antropometri.....	46
B. Biokimia.....	47
C. Fisik/Klinis.....	48
D. Asupan makan.....	48
BAB V PENUTUP.....	50
A. KESIMPULAN	50

B. SARAN	51
DAFTAR PUSTAKA	52
LAMPIRAN	53

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Data Biokimia pada Pasien	18
Tabel 2. Data Fisik Klinis pada Pasien	18
Tabel 3. Rencana Monitoring dan Evaluasi	20
Tabel 4. Rencana Metode Pengumpulan Data	21

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan gizi rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan dan disesuaikan dengan keadaan klinis, status gizi dan status metabolisme tubuh. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi pasien. Sering terjadi kondisi pasien semakin memburuk karena tidak tercukupinya kebutuhan zat gizi untuk perbaikan organ tubuh. Hal tersebut diakibatkan karena tidak tercukupinya kebutuhan zat gizi tubuh untuk perbaikan organ tubuh. Fungsi organ akan lebih memburuk dengan adanya penyakit dan kekurangan gizi (Kemenkes RI, 2013).

Kanker kolorektal adalah kanker urutan ketiga yang banyak yang menyerang pria dengan persentase 10,0% dan yang kedua terbanyak pada wanita dengan persentase 9,2% dari seluruh penderita kanker di seluruh dunia. Hampir 55 % kasus kanker kolorektal terjadi di negara maju dengan budaya barat. Ada variasi geografis dalam insidensi di seluruh dunia dimana insidensi tertinggi diperkirakan berada di Australia dan Selandia Baru dengan Age Standardized Rate (ASR) 44,8 pada pria dan 32,2 pada wanita per 100.000. Hal ini berkaitan karena Australia dan Selandia Baru adalah negara tujuan migrasi, terdapat hubungan peningkatan risiko kanker kolorektal dibandingkan dengan populasi dari negara asal (Rizqhan, 2018).

Kematian pasien kanker kolorektal lebih banyak terjadi di daerah yang kurang berkembang dengan persentase 52% dari jumlah kematian pasien kanker kolorektal di dunia. Tingkat kematian pasien kanker kolorektal tertinggi diperkirakan di Eropa Tengah dan Timur dengan ASR 20,3 per 100.000 untuk laki-laki dan 11,7 per 100.000 untuk perempuan. Tingkat kematian terendah terdapat di Afrika Barat dengan ASR 3,5 per 100.000 untuk laki-laki dan 3,0 per 100.000 untuk perempuan. Di Indonesia kanker kolorektal adalah keganasan yang sering terjadi baik pada pria dan wanita setelah kanker prostat dan kanker payudara dengan persentase 11,5% dari jumlah seluruh pasien kanker di Indonesia. 2

Insidensi kanker kolorektal di Indonesia cukup tinggi, demikian juga angka kematiannya. Insidensi kanker kolorektal pada pria sebanding dengan wanita dan lebih banyak terjadi pada usia produktif. Hal ini berbeda dengan data yang diperoleh di negara berat dimana kanker biasanya terjadi pada pasien usia lanjut. Perbandingan insidensi pada laki-laki dan perempuan adalah 3 berbanding 1 dan kurang dari 50% kanker kolon dan rektum ditemukan di rektosigmoid. Kanker kolorektal banyak dijumpai pada usia produktif. Data kesehatan pada tahun 1996-2000 menunjukkan bahwa puncak insidensi kanker kolorektal di Jakarta terjadi pada usia 40-49 tahun dan 50-69 tahun.

Data lainnya dari Depkes menunjukkan insidensi kanker kolorektal dengan usia kurang dari 45 tahun pada 4 kota besar di Indonesia sebagai berikut, 47,85% di Jakarta, 54,5% di Bandung, 44,3% di Makassar dan 48,2% di Padang. 13 Data pasien kanker kolorektal di RSUP Dr. Kariadi Semarang pada tahun 2009 dan 2010 menunjukkan populasi usia terbanyak berada pada usia 51-60 tahun yaitu sekitar 35% (Rizqhan, 2018).

Terapi gizi atau terapi diet adalah bagian dari perawatan penyakit atau kondisi klinis yang harus diperhatikan agar pemberiannya tidak melebihi kemampuan tubuh untuk melaksanakan fungsi metabolisme (PGRS, 2013). Berdasarkan hal tersebut maka mahasiswa pendidikan profesi dietisien memberikan penatalaksanaan asuhan gizi selama tiga hari monitoring pada pasien ca rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan manajemen asuhan gizi klinik pada pasien ca rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta meliputi pengkajian, perencanaan, penerapan dan evaluasi pada pasien.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu memberikan asuhan gizi dengan metode IDNT pada pasien ca rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- b. Mahasiswa mampu melaksanakan monitoring dan evaluasi perkembangan status gizi, asupan makan, data fisik klinis dan data laboratorium pasien selama dilakukan intervensi gizi pada pasien ca rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- c. Mahasiswa mampu melaksanakan edukasi gizi pda pasien dan keluarga mengenai terapi diit yang akan dijalankan pasien selama dirumah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi

Kanker kolorektal adalah suatu tumor maligna yang muncul dari jaringan epitel dari kolon atau rektum. Kanker kolorektal ditunjukkan pada tumor ganas yang ditemukan di kolon dan rektum. Kolon dan rektum adalah bagian dari usus besar pada sistem pencernaan yang disebut juga traktus gastrointestinal. Lebih jelasnya kolon berada dibagian proksimal usus besar dan rektum di bagian distal sekitar 5-7 cm di atas anus. Kolon dan rektum berfungsi untuk menghasilkan energi bagi tubuh dan membuang zat-zat yang tidak berguna. Kasus awal dapat dimulai sebagai polip bukan nonkanker. Kondisi ini sering tidak memiliki gejala tetapi dapat dideteksi dengan pemindaian. Oleh sebab itu, dokter menyarankan pemindaian untuk orang yang berisiko tinggi atau di atas usia 50 tahun. Gejala berupa kanker kolorektal tergantung pada ukuran dan lokasi kanker. Sebagian gejala umum yang dialami yaitu perubahan pada kebiasaan buang air besar, perubahan konsistensi tinja, adanya darah dalam tinja, dan perut yang terasa tak nyaman (Sayuti, 2019).

Di Indonesia, kanker kolorektal merupakan jenis kanker ketiga terbanyak. Pada tahun 2008, Indonesia menempati urutan keempat di Negara ASEAN, dengan incidence rate 17,2 per 100.000 penduduk dan angka ini diprediksikan akan terus meningkat dari tahun ke tahun (Kimman *et al*, 2019). Studi epidemiologi sebelumnya menunjukkan bahwa usia pasien kanker kolorektal di Indonesia lebih muda dari pada pasien kanker kolorektal di negara maju. Lebih dari 30% kasus didapat pada pasien yang berumur 40 tahun atau lebih muda, sedangkan di negara maju, pasien yang umurnya kurang dari 50 tahun hanya 2-8 % saja (Abdullah *et al*, 2012).

B. Etiologi

Etiologi kanker kolorektal hingga saat ini masih belum diketahui. Penelitian saat ini menunjukkan bahwa faktor genetik memiliki korelasi terbesar untuk kanker kolorektal. Mutasi dari gen Adenomatous Polyposis Coli (APC) adalah penyebab Familial Adenomatous polyposis (FAP), yang mempengaruhi individu membawa resiko hampir 100% mengembangkan kanker usus besar pada usia 40 tahun (Tomislav, 2019).

Banyak faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker kolorektal, diantaranya adalah :

- a. Diet tinggi lemak, rendah serat. Salah satu faktor risiko meningkatnya angka kejadian karsinoma kolorektal adalah perubahan diet pada masyarakat. Diet rendah serat dan tinggi lemak diduga meningkatkan risiko karsinoma kolorektal. Sejumlah penelitian epidemiologi menunjukkan diet tinggi serat berkorelasi negatif dengan risiko kanker kolorektal. Seseorang dengan asupan rendah serat mempunyai risiko 11 kali lebih besar terkena karsinoma kolorektal dibandingkan dengan tinggi serat. Sedangkan asupan serat harian rata-rata orang Indonesia masih rendah sebesar 10,5 g/hari. Serat memberikan efek protektif dari sel kanker dengan mempercepat waktu kontak antara karsinogen dan usus besar saat penggumpalan feses, sehingga menipiskan dan menonaktifkan karsinogen. Efek protektif juga diperoleh dari antioksidan pada sayur dan buah. Selain itu, asam lemak rantai pendek hasil fermentasi serat meningkatkan diferensiasi sel atau menginduksi apoptosis.
- b. Usia lebih dari 50 tahun.
- c. Riwayat keluarga satu tingkat generasi dengan riwayat kanker kolorektal mempunyai resiko lebih besar 3 kali lipat.
- d. Familial polyposis coli, Gardner syndrome, dan Turcot syndrome. Pada semua pasien ini tanpa dilakukan kolektomi dapat berkembang menjadi kanker rektum.

- e. Resiko sedikit meningkat pada pasien Juvenile polyposis syndrome, Peutz-Jeghers syndrome dan Muir syndrome.
- f. Terjadi pada 50 % pasien kanker kolorektal herediter nonpolyposis.
- g. Inflammatory bowel disease
- h. Kolitis Ulseratif (resiko 30 % setelah berumur 25 tahun).
- i. Crohn disease, berisiko 4 sampai 10 kali lipat

C. Manifestasi Klinis

Gejala umum dari kanker kolorektal ditandai oleh perubahan kebiasaan buang air besar. Gejala tersebut meliputi (Alteriet *et al*, 2011) :

- a. Diare atau sembelit, perut terasa penuh
- b. Ditemukannya darah (baik merah terang atau sangat gelap) di feses.
- c. Feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya.
- d. Sering mengalami sakit perut, kram perut, atau perasaan penuh atau kembung.
- e. Kehilangan berat badan tanpa alasan yang diketahui.
- f. Merasa sangat lelah sepanjang waktu serta mual atau muntah

D. Terapi Diet

Terapi diet diberikan pada penderita kanker yaitu tinggi energi dan tinggi protein, dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan energi dan protein yang meningkat untuk mencegah dan mengurangi kerusakan jaringan tubuh, serta dapat meningkatkan dan mengontrol status gizi. Adapun syarat diet yang diberikan yaitu energi diberikan tinggi yaitu 40-45 kkal/kg BB, protein tinggi yaitu 2-2,5 g/kgBB, lemak diberikan cukup yaitu 10-25% dari kebutuhan energi total, karbohidrat diberikan cukup yaitu sisa dari total energi (protein dan lemak), vitamin dan mineral cukup, sesuai dengan kebutuhan gizi atau angka kecukupan gizi yang dianjurkan, makanan diberikan dalam bentuk mudah cerna, dan untuk kondisi

tertentu diet dapat diberikan secara bertahap sesuai dengan kondisisttaus metabolik.

Menurut Kemenkes 2018, terapi diet yang diberikan setelah pembedahan yaitu diet pasca bedah diberikan dengan maksud untuk mencegah psien tidak jatuh ke dalam komplikasi yang lebih jauh, dengan tujuan diet yaitu mengupayakan status gizi psien dalam keadaan normal dan mempercepat proses pwnywmbuhan dan meningkatkna daya tahan tubuh psaien dengan cara memnuhi kebutuhan dasar (cairan, energi, protein), mengganti kehilangan protein, glikogen, zat besi serta memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit dan cairan.

Bedah dibagi menjadi bedah minor dan mayor, bedah minor yaitu insisi, ekstirpasi, sirkumsisi serta bedah mayor yaitu bedah saluran cerna (lambung, usus halus dan usus besar), dan bedah luar saluran cerna (jantung, ginjal, paru, saluran kemih, tulang dll). Untuk bedah digestive (saluran cerna) diet diberikan seccara bertahap sesuai dengan kondisi paien, mulai dari cair saat 6 jam pertama setelah pembedahan berupa cairan jernih sebagai pemberian energi berupa glukosa dengan segera setelah flatus atau bising usus terdeteksi, saring diberikan kepada pasien pasca bedah perpindahan dari cair kemudian setelah semua bisa diterima pasiaen bedah digestive bisa diberikan makanan lunak dan biasa, sedangkan pada bedah luar saluran cerna seperti bedah tulang, urolagi dll diet diberikan langsung (diet bebas) sesuai dengan kemampuan pasien (Kemenkes, 2018)

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 Ca Rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek penelitian ini adalah pasien Studi Kasus Mendalam pada Pasien Pasien Ca Rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Pasien rawat inap yang memerlukan asuhan gizi minimal selama 3 hari

1. Kesadaran baik
2. Dapat berkomunikasi dengan baik
3. Bersedia menjadi responden

C. Fokus Studi

1. Skrining gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Ca Rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta 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 Pasien Ca Rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. meliputi data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan (*Dietary History*).
3. Analisis diagnosis gizi pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Ca Rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3

RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta ranah klinis dan behaviour menggunakan pendekatan problem, etiology, dan symptom (PES)

4. Analisis intervensi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Ca Rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien.
5. Analisis monitoring dan evaluasi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Ca Rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

D. Definisi Operasional Fokus Studi

1. Pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Ca Rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
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.

2. 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 skrining lansia MNA-SF.

3. 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 Ca Rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri di unit cendana 3 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Adapun nilai normal laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 1. Data Biokimia dan Pasien

Kode IDNT	Data Biokimia	Nilai Rujukan	Hasil 02/05/2021	Ket
BD.1.10	Hematokrit	35 – 49 %	33,2 %	Rendah
BD.1.10	Eritrosit	4.6 – 6 u/L	4,33 u/L	Rendah
BD.1.10	Haemoglobin	12 – 15 g/dl	11,3 g/dl	Rendah
BD. 1.2	BUN	8 – 23 mg/dl	10 mg/dl	Normal
BD. 1.2	Creatini	0,6 – 1 mg/dl	0,97 mg/dl	Normal

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 Klinis Fisik pada Pasien

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	KU : Composmentis, mual, nyeri pinggang, nafsu makan berkurang.
PD.1.1.5	Sistem Pencernaan	-
PD.1.1.6	Kepala dan mata	-
PD.1.1.9	Vital sign Tekanan darah Nadi Suhu SpO ₂	Tekanan darah : 108/71 mmHg Nadi : 88x/menit Suhu : 36,5°C SpO ₂ : 98%

Sumber:

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

4. 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.

5. 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*.

6. 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 1. Rencana Monitoring dan Evaluasi

	Hal yang Diukur	Waktu Pengukuran	Target
Antropometri	BB	Awal skrinning dan akhir monev	BB mendekati status gizi normal
Biokimia	Haemoglobin, Eritrosit, hematokrit, bun, creatinin	Ketika ada hasil lab terbaru (setiap hari melakukan pengeekan)	Kadar haemogloin, eritrosit dan hematorkrit mendekati normal
Klinis/Fisik	KU pasien, TD Nadi, RR, Suhu.	Setiap hari (1x/hr)	KU membaik Tekanan darah mendekati normal (120-130/80-85 mmHg) Nadi (60 – 100 mmHg), suhu (36°C-37°C) dan RR (14-20x/menit)

Asupan Zat Gizi	Asupan Energi, protein, lemak, karbohidrat.	Setiap hari	Asupan makan terpenuhi $\geq 80\%$ dari kebutuhan.
-----------------	---	-------------	--

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/computer

F. Metode Pengumpulan Data

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

Table 1. 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 (<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 ruang rawat inap cendana pada tanggal 10 Maret 2022

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.

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 Ca Rectosigmoid Dj Stent Insitu Kiri + Hidronefrosis Kiri Di Unit Cendana 3 merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek penelitian ini adalah Pasien Ca Rectosigmoid Dj Stent Insitu Kiri + Hidronefrosis Kiri Di Unit Cendana 3 rawat inap yang memerlukan asuhan gizi minimal selama 3 hari

1. Kesadaran baik
2. Dapat berkomunikasi dengan baik
3. Bersedia menjadi responden

C. Fokus Studi

Skrining gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Ca Rectosigmoid Dj Stent Insitu Kiri + Hidronefrosis Kiri Di Unit Cendana 3 yang baru masuk ke rumah sakit disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik serta sesuai kesepakatan dengan rumah sakit

Pengkajian gizi (*Assessment*) pasien rawat inap dengan Pasien Ca Rectosigmoid Dj Stent Insitu Kiri + Hidronefrosis Kiri Di Unit Cendana 3. meliputi data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan (*Dietary History*).

Analisis diagnosis gizi pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Ca Rectosigmoid Dj Stent Insitu Kiri + Hidronefrosis Kiri Di Unit Cendana 3 rnah klinis dan behaviour menggunakan pendekatan problem, etiology, dan symptom (PES)

Analisis intervensi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Ca Rectosigmoid Dj Stent Insitu Kiri + Hidronefrosis Kiri Di Unit Cendana 3. meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien.

Analisis monitoring dan evaluasi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Ca Rectosigmoid Dj Stent Insitu Kiri + Hidronefrosis Kiri Di Unit Cendana 3.

D. Definisi Operasional Fokus Studi

Pasien rawat inap dengan penyakit Pasien Ca Rectosigmoid Dj Stent Insitu Kiri + Hidronefrosis Kiri Di Unit Cendana 3 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.

a. 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 skrining lansia MNA-SF.

b. 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.

e. 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.

f. 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 Ca Rectosigmoid Dj Stent Insitu Kiri + Hidronefrosis Kiri Di Unit Cendana 3 . Adapun nilai normal laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 2. Data Biokimia pada Pasien

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil 21/10/20	Nilai Rujukan
	Albumin		3,5-5,2 g/dl
	APTT	32	26,4 – 37,5 detik
	Basofil	0,4	0,1%
	Batang	3,5	3-5%
	Eosinofil	0,1 ↓	2-4%
	Limfosit	0,5 ↓	25-40%
	Monosit	1,4 ↓	2-8%
	Neutrofil	97,6 ↑	50-70%

	Segmen	94,1 ↑	50-70%
	Eritrosit	3,34 ↓	4,4-5,9 10 ⁶ /uL
	Granulosit	32460	/uL
	Hematokrit	28 ↓	40-52%
	Hemoglobin	10 ↓	13,2-17,3 g/dl
	Leukosit	33240 ↑	3800-10600 /uL
	MCH	29,9	26-36 pg/cel
	MCHC	36,1↑	32-36%
	MCV	82,9	80-100 fL
	MPV	9 ↓	9,4-12,4 fL
	Neutrofil limfosit ratio	216,4	
	RDW	Bahaya 13,1	11,5-14,5%
	Total limfosit count	150	
	Trombosit	446000 ↑	150000 – 440000/uL
	Glukosa sewaktu	104	<140 mg/dl
	Kalium	2,9 ↓↓	3,4-4,5 mEq/L
	Klorida	73↓	96-108 mEq/L
	Kreatinin darah	0,35↓	0,7-1,2 mg/dl
	Natrium	113 ↓	134-146 mEq/L
	PT	11,8	9,9-11,8 detik
	Rapid test covid19		
	Ig G	Non reaktif	Non reaktif
	Ig M	Non reaktif	Non reaktif
	SGOT	58 ↑	<45 U/L
	SGPT	86 ↑	<41U/L

	Ureum darah		19-44 mg/dl
--	-------------	--	-------------

g. 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 3. Data Klinis-Fisik pada Pasien .

Kode IDNT	Data Pemeriksaan	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	Keadaan Umum : lemah GCS : E1M2V1 (Semi koma) Terdapat luka dekubitus dibokong
PD.1.1.3	Cardiovascular-pulmonary	Sesak nafas
PD.1.1.5	Sistem pencernaan	Terpasang NGT, Tidak ada residu.
PD.1.1.6	Kepala dan mata	-
PD.1.1.9	Vital sign Nadi Suhu Respirasi Tekanan darah	112 x/menit 37,8°C 24x/menit 125/66 mmHg
	Pemeriksaan Penunjang	CT-Scan Tanpa Kontras Rontgen Thorak dengan diameter 8 cm, luka lecet dikuping kiri.

Sumber:

h. 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:

- d) Baik : 80-110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.
- e) Kurang : <80% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.
- f) Lebih : >110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit

c. 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.

d. 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*.

e. 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 4. Rencana Monitoring dan Evaluasi

	Hal yang Diukur	Waktu Pengukuran	Evaluasi/Target
Antropometri	-	-	-
Biokimia	Kadar Hb, natrium, kalium klorida, SGOT, SGPT	Setiap ada hasl lab terbaru	Mendekat normal
Klinis/Fisik	KU	Setiap hari	KU dalam keadaan baik
Asupan Zat Gizi	Energi, Protein.lemak dan karbohidrat	Setiap hari	Asupan >80% sesuai kebutuhan

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/computer

F. Metode Pengumpulan Data

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

Table 2. 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 ruang rawat inap Unit Cendana 3 pada tanggal 10 Maret 2022

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.

J. 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

HASIL ASUHAN GIZI

A. Assesment

I. SKRINING GIZI

Skrining gizi	Nama : Ny. M	P No. RM : 01-94-98-50
Tgl Lahir : 31/12/1954		
Tgl : 03 Mei 2021	Alergi:-	Jam : 07.00 WIB

Skrining gizi (berdasarkan Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)). Lingkari skor sesuai dengan jawaban, total skor adalah jumlah skor yang dilingkari.

No	PARAMETER	SKOR
1	IMT	
	IMT > 20 Kg/M ² (OBESITAS > 30 Kg/M ²)	0
	IMT 18,5 – 20 Kg/M ² (%LILA status gizi baik)	1
	IMT < 18,5 Kg/M²	2
2	Kehilangan berat badan yang tidak direncanakan 3-6 bulan terakhir □ (turun 3 kg)	
	BB hilang < 5%	0
	BB hilang 5 – 10 %	1
	BB hilang > 10%	2
3	Efek penyakit akut terhadap penurunan asupan makan >5 hari	
	Tidak Ada	0
	Ada	2
TOTAL SKOR		5

Hasil total skor :

0 : Beresiko Rendah ulangi skrining setiap 7 hari

1 : Beresiko Sedang, rujuk ke Tim Terapi Gizi, monitor asupan makan setiap 3 hari

>2 : Beresiko Tinggi, rujuk ke Tim Terapi Gizi, monitor asupan makan setiap hari

Pasien dengan riwayat penyakit dan kondisi khusus :

(DM, Penyakit Kronik, Ginjal, Jantung, Hipertensi, HD, penurunan imunitas, Sirosis Hati, PPOK, Kanker, Stroke, Pneumonia, Cedera Kepala Berat, Luka Bakar, dll)

Tidak

V

Kesimpulan Hasil Skrining :

Berdasarkan hasil skrinning menggunakan form must diperoleh jumlah skor sebanyak 5 sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien beresiko tinggi malnutrisi dan wajib dirujuk ke tim terapi gizi dan monitor asupan makanan setiap hari.

II. DATA PERSONAL (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Ny. M
CH.1.1.1	Umur	67 tahun
CH.1.1.2	Jenis Kelamin	Perempuan
CH.1.1.6	Suku/etnik	Jawa
CH.1.1.9	Peran dalam Keluarga	Janda
	Diagnosis Medis	Ca Rectisigmoid DJ Stent insitu kiri + Hidronefrosis kiri

Kesimpulan :

Berdasarkan diagnosis medis diketahui bahawa pasien menderita ca rectosigmoid dj stent insitu kiri + hidronefrosis kiri.

III. RIWAYAT PENYAKIT DAN KLIEN (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2	Riwayat Penyakit	RPD : Dm (-), HT (-)

		RPS : Pasien dari poli dengan ca rectosigmoid dengan sedikit nyeri di pinggang
CH.2.1	Keluhan Pasien	Nyeri pinggang bagian kiri
CH.2.1.5	Gastrointestinal	Ada mual
CH.2.1.8	Imun/Alergi makanan	Tidak ada alergi makan
CH.2.2	Perawatan	Tidak ada perawatan sebelumnya
CH.3.1	Riwayat sosial/ekonomi	Petani

Kesimpulan Riwayat klien:

Berdasarkan data pasien di rekan medis diketahui bahwa pasien masuk rumah sakit dengan nyeri pinggang bagian kiri yang merupakan gejala klinis yang muncul akibat ca rectisigmoid.

IV. RIWAYAT MAKAN (FH) :

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat Diet (pola makan)	Pola makan pasien selama dirumah yaitu 2x makan utama dan 2x selingan: MP : Nasi 2x/hr @100g LH : Telur dadar 1x/mgg @50 g, lele goreng 1x/bln @75 g. LN : tempe goreng 1x/hr @25g (1 ptg), tahu goreng 2x/hr @25 g (1 ptg) Sayur : bening bayam 2x/hr @50g, lodeh 1x/mgg @50 g. Buah : Jarang (pepaya 2x/bulan @50 g) Snack : Roti manis 2x/hr @25 g. Minum : air putih 400 mlr/hr, teh manis 2x/hr @500 ml
FH.2.1.1	Pemesanan diet	-
FH.2.1.2	Pengalaman Diet di rumah	-
FH.2.1.3	Lingkungan Makan	Pasien memakan masakan yang dimasak oleh menantu pasien.
FH 4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Pasien belum pernah mendapatkan konseling gizi mengenai diet TKTP

Kesimpulan Riwayat Makan:

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien mengenai pola makan pasien selama dirumah yaitu 2x makan utama dan 2x makan selingan. Pasien jarang makan sayur dan buah dikarenakan tidak begitu menyukai sayuran dan buah, lebih senang mengonsumsi teh manis dan jarang mengonsumsi air putih. Pasien tidak ada alergi dan pantangan makan tertentu. Pasien memakan makanan yang disediakan oleh menantu pasien, kemudian pasien belum pernah melakukan diet khusus dan belum mendapatkan konseling gizi sebelumnya.

V. STANDAR PEMBANDING (CS)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi Kebutuhan Energi	$BMR = 655 + (9,6 \times BB) + (1,8 \times TB) - (4,7 \times Usia)$ $= 655 + (9,6 \times 50) + (1,8 \times 150) - (4,7 \times 67)$ $= 1090,1 \text{ kkal}$ $Energi = 1090,1 \text{ kkal} \times 1,2 \times 1,3$ $= 1700,56 \text{ kkal}$
CS.2.1.1	Estimasi Kebutuhan Lemak	$25\% \times 1700,56 \text{ kkal} = 425,14 \text{ kkal} \sim 47,23 \text{ g}$
CS.2.2.1	Estimasi Kebutuhan Protein	$15\% \text{ g} \times 1700,56 \text{ kkal} = 255,02 \text{ kkal} \sim 63,75 \text{ kkal}$
CS.2.3.1	Estimasi Kebutuhan Karbohidrat	$= \{ TEE - (Protein + Lemak) \} : 4$ $= \{ 1700,56 \text{ kkal} - 680,16 \text{ kkal} \} : 4$ $= 255,1 \text{ g}$
	BBI	$= (TB-100)$ $= 150 - 100 = 50 \text{ Kg}$

VI. SQFFQ (FH 1.2.1)

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Asupan Oral	735,4	30,4	26,1	95,1
Kebutuhan	1700,56	63,75	47,23	255,1

% Asupan	43,2%	47,6%	55,2%	37,2%
----------	-------	-------	-------	-------

Kesimpulan:

Berdasarkan hasil SQFFQ dapat diketahui bahwa pola makan pasien selama di rumah yaitu asupan energi 43,2%, protein 47,6%, lemak 55,2% dan karbohidrat 37,2% (asupan makan kurang dari 80% kebutuhan). Standar asupan makan menurut WNPG (2004) dapat dilihat sebagai berikut:

< 80% = Asupan Kurang

80 – 110 % = Asupan Baik

>110 % = Asupan Lebih

VII. Recall 24 jam (FH.7.2.8)

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Asupan Oral	832,7	33,3	37,2	94,7
Kebutuhan	1700,56	63,75	47,23	255,1
% Asupan	48,9 %	52,2%	78,7 %	37,12 %

Kesimpulan :

Berdasarkan hasil recall 24 jam dapat disimpulkan bahwa asupan pasien selama di rumah sakit yaitu asupan energi 48,9%, protein 52,2%, lemak 78,7% dan karbohidrat 37,12% (Asupan makan pasien < 80%). Standar asupan makan menurut WNPG (2004) dapat dilihat sebagai berikut:

< 80% = Asupan Kurang

80 – 110 % = Asupan Baik

>110 % = Asupan Lebih

VIII. ANTROPOMETRI (AD.1.1)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
	ULNA	23 cm
	LILA	17 cm
AD. 1.1	TB estimasi	$68,77 + (3,536 \times 23 \text{ cm})$ 150 cm
AD. 1.2	Berat Badan	35 Kg
AD. 1.4	Perubahan BB	BB turun 5 Kg dalam 2 bulan
	% LILA	= 56,8 (status gizi buruk)
	BBI	50 Kg

Kesimpulan Status Gizi:

Berdasarkan data di atas dapat diketahui bahwa tinggi badan pasien dihitung dengan rumus estimasi. Hal tersebut karena pasien dalam kondisi tidak bisa diukur diakrenakan bungkuk, sehingga dilakukan pengukuran pada LILA dan ulna, tetapi untuk pengukuran berat badan pasien masih dapat berdiri. Status gizi pasien dihitung menggunakan rumus % percentile LILA dan dapat disimpulkan status gizi pasien termasuk dalam kategori gizi buruk. Kategori status gizi berdasarkan % percentile LLA dapat dilihat sebagai berikut :

Obesitas	>120%
Overweight	110 - 120%
Gizi Baik	85 - 110%
Gizi Kurang	70,1 – 84,9%
Gizi Kurang	<70%

Sumber : Fajar, 2019

IX. PEMERIKSAAN FISIK/KLINIS (PD.1.1)

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	KU : Composmentis, mual, nyeri pinggang, nafsu makan berkurang.
PD.1.1.5	Sistem Pencernaan	-
PD.1.1.6	Kepala dan mata	-
PD.1.1.9	Vital sign Tekanan darah Nadi	Tekanan darah : 108/71 mmHg

Suhu SpO ₂	Nasi : 88x/menit Suhu : 36,5°C
--------------------------	-----------------------------------

Kesimpulan:

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik dapat diketahui bahwa keadaan umum pasien composmentis, mual, nyeri pinggang, nafsu makan berkurang. Hal tersebut diperkuat dengan hasil USG Urologi yaitu terdapat hidronefrosis sinistra. Vital sign pasien dalam keadaan normal.

X. BIODATA (BD)

Kode IDNT	Data Biokimia	Nilai Rujukan	Hasil 02/05/2021	Ket
BD.1.10	Hematokrit	35 – 49 %	33,2 %	Rendah
BD.1.10	Eritrosit	4.6 – 6 u/L	4,33 u/L	Rendah
BD.1.10	Haemoglobin	12 – 15 g/dl	11,3 g/dl	Rendah
BD. 1.2	BUN	8 – 23 mg/dl	10 mg/dl	Normal
BD. 1.2	Creatini	0,6 – 1 mg/dl	0,97 mg/dl	Normal

Sumber : Rekam Medis Ny. M

Kesimpulan :

Berdasarkan hasil laboratorium dapat disimpulkan bahwa kadar haemoglobin, hematokrit dan eritrosit pasien dibawah nilai normal, serta kadar bun dan creatinin pasien normal.

XI. TERAPI MEDIS DAN FUNGSI

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan makanan
FH.3.1	Infus Paracetamol 10mg/mL 100 ml (extra) (intravena)	Membantu mengurangi rasa nyeri yang terjadi	Tidak ada interaksi dengan makanan
FH.3.1	Ceftriaxone (IV) 2x1	Untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri yang ada di dalam tubuh	Nutrisi parenteral total yang mengandung kalsium tinggi tidak dianjurkan diberikan bersamaan dengan Ceftriaxon, harus

			diberikan jarak waktu
FH.3.1	Ondansetron injeksi 4 mg	Untuk mengobati keluhan mual dan muntah yang diakibatkan oleh kemoterapi dan operasi	Tidak ada interaksi dengan makanan

Kesimpulan :

Berdasarkan data terapi di atas dapat diketahui bahwa injeksi paracetamol diberikan kepada pasien untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien, sehingga dengan berkurangnya rasa nyeri dapat memperbaiki kondisi pasien. Penggunaan obat pereda nyeri sebaiknya dikonsumsi setelah makan, sebaiknya penggunaan obat pereda nyeri tidak lebih dari 7 hari dalam satu waktu karena dapat menyebabkan tukak lambung (Parhan dkk, 2018).

DIAGNOSIS GIZI DOMAIN INTAKE (NI)

NI. 1.2 Asupan oral inadekuat berkaitan dengan kondisi pasien yang mual dan nafsu makannya berkurang sehingga pasien mengonsumsi makanan dalam jumlah kurang ditandai dengan berat badan pasien turun 5 kg dalam 2 bulan dan persentase asupan makan

<80% (energi 43,2%, protein 47,6%, lemak 55,2% dan karbohidrat 37,2%).

NI. 5.1 Peningkatan kebutuhan energi dan protein berkaitan dengan kondisi pasien (hipermetabolisme) ditandai dengan diagnosis pasien yaitu ca rektosigmoid dan kadar Hb pasien rendah

(11,3gr/dl), hematokrit (33,2%), eritrosit (4,3 mg/dl).

INTERVENSI GIZI

NP 1.1 Preskripsi Diet

Tujuan:

- a. Meningkatkan asupan nutrisi terpenuhi $\geq 80\%$ dari kebutuhan
- b. Meningkatkan kadar haemoglobin pasien agar mendekati

normal. Rekomendasi modifikasi diet:

ND 1. Makanan dan Snack
ND1.2 Modifikasi komposisi makanan dan snack (Jenis Diet): diet TKTP
ND 1.2.1 Modifikasi Tekstur: Bubur saring
ND 1.2.2 Modifikasi Energi: 1700,56
ND 1.2.3 Modifikasi Protein: 63,75 g
ND 1.2.4 Modifikasi KH: 255,09 g
ND 1.2.5 Modifikasi Lemak: 47,23 g
ND 1.2. Modifikasi jadwal makan : 3x makan utama, 2x makan selingan

Implementasi Diet Rumah Sakit (standar diet Bubur Saring)

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
Standar Diet RS	1363,6	42,93	38,82	235,84
Infus	-	-	-	-
Kebutuhan/Planing	1700,56	63,75 g	47,23 g	255,09 g
% standar/kebutuhan	80,2%	67,34%	82,2%	92,4

Kesimpulan:

Berdasarkan perhitungan di atas dapat disimpulkan bahwa standar diet bubur saring dari RS sudah memenuhi kebutuhan energi 80,2%, lemak

82,2% dan 92,4%, namun pada persentase protein masih kurang dari 80% yaitu 67,34%, oleh karena itu diberikan penambahan susu skim 2x/hari dan lauk nabati 2x/hari, sehingga diharapkan dapat mencukupi kebutuhan protein pasien.

Rekomendari Diet :

	Standar Diet RS	Rekomendasi
Makan Pagi	BBS 300 g LH saring 50 g Juruh 50 ml Teh manis 200 ml	BBS 300 g LH saring 50 g Juruh 50 ml Susu 200 ml
Selangan Pagi	Bubur kacang ijo 1 ps	Snack 1 ps
Makan Siang	BBS 300 g LH saring 50 g Sayur blender 100 g Juruh 50 ml Buah (pisang) 50 g	BBS 300 g LH saring 50 g LN cincang 25 g Juruh 50 ml Buah (pisang) 50 g
Selangan Siang	Susu 200 ml Snak 1 ps	Susu 200 ml Snack 1 ps
Makan Malam	BBS 300 g LH saring 50g Juruh 50 ml Buah (pisang) 50 g	BBS 300 g LH saring 50 g LN cincang 25 g Juruh 50 ml Buah (pisang) 50 g
Nilai Gizi	Energi = 1363,6 kkal Protein = 42,93 g Lemak = 38,82 g KH = 235,84 g	Energi = 1739,1 kkal Protein = 71,6 g Lemak = 49,2 g KH = 259,6 g

Nilai Gizi Rekomendasi (Diet Bubur Saring) :

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Rekomendasi Diet	1739,1	69,6	49,2	259,6
Kebutuhan	1700,56	63,75	47,23	255,09
% pemenuhan	102,3%	109,1%	104,2%	101,7%

Kesimpulan :

Pemberian diet pada pasien disesuaikan dengan standar diet bubur saring rumah sakit dengan menambahkan pemberian susu dan lauk nabati sehingga persentase pemenuhan energi 102,3%, protein 109,1%, lemak 104,2% dan karbohidrat 101,7% (terpenuhi).

XII. EDUKASI

GIZI (E.1)

E.1.1 Tujuan Edukasi

Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasien dan keluarga mengenai diet yang diberikan yaitu diet TETP (Tinggi Energi dan tinggi Protein), meningkatkan kepatuhan pasien terhadap diet yang diberikan.

E . 1.2 Prioritas Modifikasi

Jenis diet yang diberikan pada pasien adalah diet tinggi energi dan tinggi protein dengan bentuk makanan nasi, serta memberikan edukasi kepada pasien mengenai porsi yang tepat dengan contoh pengaplikasian yang mudah diterapkan di rumah.

XIII. KOORDINASI ASUHAN GIZI (RC):

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 asupan pasien setiap hari, memberikan konseling dan edukasi terkait gizi.
3	Dokter Residen	Diskusi mengenai perkembangan pasien dan patofisiologis penyakit pasien.
4	Perawat ruangan	Meminta izin untuk melihat rekam medis atas nama Tn. M dan menanyakan perkembangan pasien,
5	Pramusaji	Bekerjasama dengan pramusaji untuk mengubah diet pasien di billing dan buku les makan, dan meminta izin untuk melakukan pemorsian makana pasien

XIV. RENCANA MONITORING

	Hal yang Diukur	Waktu Pengukuran	Target
Antropometri	BB	Awal skrinning dan akhir monev	BB mendekati status gizi normal
Biokimia	Haemoglobin, Eritrosit, hematokrit, bun, creatinin	Ketika ada hasil lab terbaru (setiap hari melakukan pengeekan)	Kadar haemogloin, eritrosit dan hematorkrit mendekati normal
Klinis/Fisik	KU pasien, TD Nadi, RR, Suhu.	Setiap hari (1x/hr)	KU membaik Tekanan darah mendekati normal (120-130/80-85 mmHg) Nadi (60 – 100 mmHg), suhu (36°C-37°C) dan RR (14-20x/menit)
Asupan Zat Gizi	Asupan Energi, protein, lemak, karbohidrat.	Setiap hari	Asupan makan terpenuhi $\geq 80\%$ dari kebutuhan.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

Monitoring dan evaluasi dilakukan pada tanggal 04-06 Mei 2021. Aspek yang dilakukan monitoring dan evaluasi meliputi antropometri, biokimia, fisik klinis dan asupan makan pasien yang dilakukan pemantauan setiap hari, hasil monitoring dan evaluasi sebagai berikut :

B. Antropometri

Data Ny.M yang terdapat direkam medis adalah data berat badan dan tinggi badan, data tersebut diukur ketika pasien masuk ke rumah sakit, kemudian praktikan melakukan pengukuran ulang terhadap berat badan dan melakukan pengukuran panjang ULNA untuk mengetahui tinggi badan pasien, dikarenakan pasien merupakan geriatri dan bungkuk sehingga dilakukan pengukuran menggunakan panjang ulna. Pentingnya penilaian status gizi dalam pengambilan keputusan klinis menyebabkan pengukuran berat badan dan tinggi badan harus dilakukan secara tepat. Pasien dengan kondisi tidak memungkinkan untuk berdiri tegak memerlukan alternatif pengukuran untuk dapat menilai status gizi (Mulyasari, *et. Al*, 2018). Menurut Lee, *et. al.*(2015) pengukuran LILA dan panjang ulna merupakan alternatif yang digunakan untuk mendapatkan data antropometri pada pasien yang sulit berdiri.

Hasil pengukuran Ulna dan berat badan Ny.M yang diukur pada saat awal melakukan sriming tanggal 03 Mei 2021 tetap sama sampai akhir monev tanggal 06 Mei 2021. Status gizi pasien berdasarkan IMT termasuk kedalam kategori kurus. Berikut adalah tabel 1 hasil pengukuran antropometri:

Tanggal Pengukuran	Ulna	BB	LILA	% LILA
03/05/2021	23 cm	35 Kg	17 cm	56,8 (status gizi buruk)
04/05/2021	23 cm	35 Kg	17 cm	= 56,8 (status gizi buruk)
05/05/2021	23 cm	35,3 Kg	17 cm	= 56,8 (status gizi buruk)
06/05/2021	23 cm	35,4 Kg	17 cm	= 56,8 (status gizi buruk)

Pada hasil pengamatan selama 3 hari menunjukkan tidak ditemukannya adanya perubahan status gizi. Tidak adanya perubahan status gizi dikarenakan status gizi tidak dapat dilihat dalam jangka waktu singkat. Kebiasaan makan dan pola makan dalam jangka waktu yang tertentu mempengaruhi status gizi pasien dimasa mendatang. Perubahan yang terlihat hanya dapat diketahui melalui berat badan (Fajar, 2016).

C. Biokimia

Data biokimia didapatkan ketika dilakukan pemeriksaan laboratorium pada Ny.M, pemeriksaan tersebut tidak dilakukan setiap hari, pemeriksaan dilakukan hanya pada jenis data lab yang dibutuhkan saja, kadar haemoglobin, hemtokrit dan eritrosit pasien tidak dilakukan pengukuran kembali. Kadar natrium, kalium dan klorida pasien normal. Perkembangan data biokimia dapat dilihat pada tabel :

Data Biokimia	Nilai Rujukan	Hasil 02/05/2021	Hasil 04/05/2021	Ket
Hematokrit	35 – 49 %	33,2 %	-	Rendah
Eritrosit	4.6 – 6 u/L	4,33 u/L	-	Rendah
Haemoglobin	12 – 15 g/dl	11,3 g/dl	-	Rendah
Natrium	136 – 145 mmol/L	-	138 mmol/L	Normal
Kalium	3,50 – 5,10 mmol/L	-	4,11 mmol/L	Normal
Klorida	98 – 107 mmol/L	-	103 mmol/L	Normal
BUN	8 – 23 mg/dl	10 mg/dl	13,6 mg/dl	Normal
Creatinin	0,6 – 1 mg/dl	0,97 mg/dl	0,79 mg/dl	Normal

Berdasarkan data biokimia pasien diketahui bahwa kadar haemoglobin, eritrosit dan hematokrit pasien dibawah normal dan tidak dilakukan pemeriksaan ulang, sedangkan untuk pemeriksaan yang dilakukan ulang adalah kadar bun dan

creatinin pasien yaitu tetap normal pada saat awal dan monitoring. Dilakukan pengecekan kadar natrium, kalium dan klorida pada pasien dan menunjukkan hasil normal.

D. Fisik/Klinis

Pemeriksaan fisik klinis pada Ny.M dilakukan setiap hari. Hasil pemeriksaan fisik klinis dapat dilihat pada tabel 3, sebagai berikut :

Tabel 3. Perkembangan Fisik Klinis

Parameter	Waktu Pengukuran			
	03/05/2021	04/05/2021	05/05/2021	06/05/2021
Keadaan Umum	Sedang, composmentis	Sedang, composmentis	Baik, Composmentis	Baik, Composmentis
Tekanan darah	108/71 mmHg	111/79 mmHg	103/62 mmHg	120/78 mmHg
Suhu	36,5°C	36,3°C	36,5 °C	37,1 °C
Nadi	86x/menit	86x/menit	86x/menit	81x/menit
SpO2	98%	100%	99%	99%

Sumber : Rekam medis Tn.M

Berdasarkan hasil monitoring fisik dan klinis Ny.M diketahui bahwa tekanan darah, nadi, dan SpO2 dalam keadaan normal, untuk keadaan umum Ny.M baik dan composmentis, setelah dilakukan operasi, keluhan yang dirasakan Ny.m sudah tidak dirasakan kembali, sehingga dengan kondisi fisik yang semakin membaik dapat membantu meningkatkan asupan makan Ny.M.

E. Asupan makan

Implementasi diet yang diberikan pada Ny.M adalah diet TKTP dengan bentuk makanan bubur saring. Kebutuhan kalori perhari Ny.M sebesar 1.700,556 kkal, protein sebesar 63,75 g, lemak sebesar 47,23 g dan Karbohidrat sebesar 255,09 g. Monitoring dan evaluasi asupan makan dilakukan mulai tanggal 04 – 06 Mei 2021 selama dirawat di RSUP. Dr. Sardjito .

Hasil monitoring asupan pasien selama tiga hari intervensi tanggal 04 – 06 Mei 2021 dapat dilihat bahwa asupan pada hari pertama intervensi pasien kurang dari 80% (energi 46,72%, protein 56,4%, lemak 59,7% dan karbohidrat 40,1%) dikarenakan pasien dijadwalkan operasi Ureterolysis kiri, ureterotomi interna kiri dan URS kiri pada pukul 08.00 – 10.00 WIB sehingga pasien dipuaskan 6 jam sebelum operasi. Setelah dilakukan operasi pasien baru diperbolehkan makan

setelah flatus, sehingga pasien baru bisa mengonsumsi makanan rumah sakit ketika makan siang. Kemudian untuk hari ke 2 dan 3 asupan makan pasien lebih dari 80% (hari ke- 2 energi 91,62%, protein 103,37%, lemak 107,13%, karbohidrat 82,4%, asupan ke-3 energi 95%, protein 95,5%, lemak 88,9% dan karbohidrat 99,7%), jika dilihat dari diagram trend tersebut maka asupan makan pasien meningkat untuk asupan energi dan karbohidrat, sedangkan untuk asupan lemak dan protein sedikit turun dikarenakan tergantung dengan jenis bahan makann yang digunakan dan cara pengolahannya. Asupan makan pasien sudah baik dikarenakan adanya motivasi dari dalam diri pasien dan keluarga yang mendukung untuk psien cepat sembuh dan segera kembali ke rumah, sehingga pasien dapat patuh terhadap diet yang diberikan dan tidak mengonsumsi makanan dari luar rumah sakit.

E. Pemberian Edukasi

Edukasi pada pasien diberikan pada awal pemberian intervensi tanggal 03 Mei 2021 dan hari terakhir monev tanggal 06 Mei 2021. Edukasi yang diberikan pada pasien dan keluarga mengenai tujuan pemberian diet tinggi energi dan tinggi protein, prinsip dan syarat diet serta memberikan motivasi kepada pasien untuk menerapkan dalam kehidupan sehari-hari selama di rumah.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Pasien masuk RS dengan diagnosis Pasien Ca Rectosigmoid Dj Stent Insitu Kiri + Hidronefrosis Kiri Di Unit Cendana 3
2. Hasil skrinning menggunakan MUST skor yang dihasilkan yaitu 5 disimpulkan bahwa pasien beresiko tinggi malnutrisi dan wajib dirujuk ke tim terapi gizi dan monitor asupan makan setiap hari.
3. Status gizi pasien pada saat awal masuk sampai dengan monitoring selama 3 hari berdasarkan % LILA pasien yaitu 56,8% sehingga status gizi pasien yaitu gizi buruk.
4. Pemeriksaan awal kadar haemoglobin, hematokrit dan eritrosit pasien rendah dan tidak dilakukan pemeriksaan ulang, hanya dilakukan pemeriksaan pada kadar Bun dan creatinin pasien tetap normal.
5. Keadaan umum fisik klinis pasien selama intervensi stabil yaitu keadaan sadar penuh (komposmentis), tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi normal.
6. Asupan makan pasien berdasarkan kebiasaan makan pasien kurang dari 80% yaitu energi 43,2%, protein 47,6 %, lemak 55,2% dan karbohidrat 37,2%.
7. Intervensi yang diberikan yaitu diet tinggi energi tinggi protein, dengan bentuk makanan bubur saring karna pasien mengalami mual, rute pemberian peroral dengan frekuensi 3x makan utama 2x selingan
8. Kebutuhan zat gizi pasien yaitu energi 1700,55 kkal, protein 63,75 g, lemak 47,23 g, karbohidrat 255,09 g.

9. Berdasarkan hasil monitoring selama 3 hari maka rata-rata asupan energi 1.322,2 kkal (77,7%), protein 54,2 g (85%), lemak 40,3 g (85,2%), karbohidrat 189 g (74%).
10. Edukasi gizi yang diberikan kepada pasien yaitu diet tinggi energi tinggi protein. Edukasi diberikan kepada pasien dan keluarga agar dapat dipraktekkan dalam kehidupan sehari-hari.

B. SARAN

1. Bagi Pasien

Setelah dilakukannya edukasi gizi terkait diet tinggi energi tinggi protein diharapkan ketika pulang dari rumah sakit, pasien dapat menjalankan diet sesuai dengan prinsip dan syarat diet.

2. Bagi Keluarga Pasien

Keluarga pasien dapat membantu dan memberikan motivasi kepada pasien dalam menerapkan diet yang diberikan.

3. Bagi Institusi

Sebaiknya setiap standar diet perlu dicantumkan jumlah zat gizi lain

DAFTAR PUSTAKA

Abdullah et al, 2012. Molecular Profile of Colorectal Cancer in Indonesia: Is there another pathway. RIGLD. 5:71-2

Alteriet al, 2011. Colorectal Cancer Facts & Figure 2011-2013. Atlanta: American Cancer Society

American Cancer Society, 2008. Colorectal Cancer Facts and Figures 2008-2010. Atlanta: American Cancer Society

American Cancer Society, 2011. Colorectal Cancer Facts & Figures 2011-2013. Atlanta: American Cancer Society

Casciato DA, 2004. Manual of Clinical Oncology 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins: 201 6

Ferlay J et al, 2010. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No.10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer

Ford, 2006. Radiation Therapy. Available from:
<http://www.henryfordwyandotte.com> [Accessed 29 January 2019].

Harahap, 2004. Perawatan Pasien Dengan Kolostomi Pada Penderita Kanker Kolorektal [online], cited 20 Mwi 2021, available from: <http://www.digilib-usu.com>

Jong D, 2013. Buku Ajar Ilmu Bedah. In: Riwanto Ignatius, Hamami AH, Pieter John, Tjambolang Tadjuddin Ahmadsyah Ibrahim. Usus Halus, Appendiks, Kolon, dan Anorektum. Jakarta: EGC. 731-98.

Kimman et al, 2012. The Burden of Cancer in Member Countries of the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN). APJCP.13:416

Tomislav, 2009. Colon cancer, adenocarcinoma. (online), <http://emedicine.medscape.com>, diakses pada 20 Mei 2021.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Asupan makan berdasarkan Kebiasaan Makan Pasien (SQFFQ)

Menu	Berat (g)	Energi(kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Nasi Putih	200	260	4,8	0,4	57,2
Telur dadar	50	93,5	5,8	7,3	0,6
Ikan lele goreng	50	41,9	7,4	1,1	0
Tahu Goreng	25	51,5	1,8	5,1	0,4
Tempe goreng	25	84,2	4,8	5,9	4,3
Bening Bayam	100	7,9	1	0,1	1,3
Sayur Lodeh	50	142,4	4	1,4	28,4
Roti Manis	50	28	0,9	1,7	3
Total		735,4	30,4	26,1	95,1
Kebutuhan		1700,56	63,75	47,23	255,1
%Asupan		43,2%	47,6%	55,2%	37,2%

Lampiran 2. Hasil Recall Asupan Makan Pasien di Rumah Sakit (02 Mei 2021)

Waktu Makan	Menu	Bahan Makanan	Berat (g)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
Makan Pagi (07.00 WIB)	Bubur saring	Tepung Beras	5	18	0,3	0	4
		Santan Cair	10	10,6	0,1	1	0,5
	Ayam cc bb teriyaki	Ayam	20	57	5,4	3,8	0
		Kecap	5	3	0,5	0	0,3
		Minyak	5	43,1	0	5	0
	Juruh	Gula merah	10	19,9	1,9	0,8	1,7
Air		50	0	0	0	0	
Selingan Pagi 10.00 WIB	Kue Mangkok	Kue Mangkok	50	94	1,1	2,1	17,8
Makan Siang (12.30 WIB)	Bubur saring	Tepung Beras	10	36,1	0,7	0,1	7,9
		Santan Cair	20	21,2	0,2	2	0,9
	Daging cc bb lapis	Daging sapi	30	80,7	7,5	5,4	0
		Kecap	5	3	0,5	0	0,3
	Tahu bb kuning	Tahu	30	22,8	2,4	1,4	0,6
		Santan	10	10,6	0,1	1	0,5
	Jus Jambu Biji	Jambu biji	50	25,5	0,4	0,3	5,9
		Gula pasir	10	38,7	0	0	10
Selingan siang 15.00 WIB	Kue bolu	Kue bolu	50	103,5	2,2	1	21,5

Makan Malam	Bubur saring	Tepung Beras	10	36,1	0,7	0,1	7,9
		Santan Cair	20	21,2	0,2	2	0,9

Lampiran 3. Recall asupan makan Ny.M intervensi 1 (04 Mei 2021)

Waktu Makan	Menu	Bahan Makanan	Berat (g)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Makan Pagi 07.00 WIB	Puasa						
Selingan Pagi 10.00 WIB	Puasa						
Makan Siang 12.30 WIB	Bubur sum-sum	Bubur sumsum	200	69,8	0,6	1,8	13,4
	Telur dadar	Telur ayam	30	46,5	3,8	3,2	0,3
		Minyak	2,5	21,6	0	2,5	0
	Tahu bacem	Tahu bacem	25	34,2	3,4	1,1	2,7
	Jus pepaya	Pepaya	70	35,6	0,1	0	9,1
Gula Pasir		10	38,7	0	0	10	
Selingan Siang 14.30 WIB	Susu	Susu	20	73,6	7,1	0,4	10,3
	Kue sous	Kue Sous	60	124,1	2,6	1,2	25,7
Makan Malam 18.00 WIB	Bubur sum-sum	Bubur sumsum	200	69,8	0,6	1,8	13,4
	ayam bb rica cincang	daging ayam	50	142,4	13,4	9,4	0
		minyak	2,5	21,6	0	2,5	0
	tempe cincang	tempe cincang	20	39,8	3,8	1,5	3,4
		Minyak	2,5	21,6	0	2,5	0
Pisang raja	Pisang raja	60	55,2	0,6	0,3	14	
TOTAL				794,5	36	28,2	102,3
KEBUTUHAN				1700,56	63,75	47,23	255,09
% ASUPAN				46,72	56,47	59,71	40,10

Lampiran 4. Recall asupan makan Ny.M intervensi 2 (05 Mei 2021)

Waktu Makan	Menu	Bahan Makanan	Berat (g)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Makan Pagi 07.00 WIB	Bubur Sumsum	Bubur Sumsum	250	87,2	0,8	2,3	16,8
	Telur bb bali	telur ayam	50	77,6	6,3	5,3	0,6
		santan	5	5,3	0,1	0,5	0,2
		minyak	2,5	21,6	0	2,5	0
	juruh	gula merah	20	75,2	0	0	19,5
susu	susu	20	73,6	7,1	0,4	10,3	
Selingan 10.00 WIB	Sawut keju	Singkong	60	78,6	0,7	0,2	19,1
		Keju	10	40,5	2,5	3,4	0
Makan Siang 12.30 WIB	Bubur Sumsum	Bubur Sumsum	250	87,2	0,8	2,3	16,8
	daging sapi kreni	daging sapi	50	134,4	12,4	9	0
		santan	2,5	21,6	0	2,5	0
		minyak	5	5,3	0,1	0,5	0,2
	tempe gadong tak santan	tempe	20	39,8	3,8	1,5	3,4
		minyak	2,5	21,6	0	2,5	0
	juruh	gula merah	20	75,2	0	0	19,5
semangka	semangka	100	32	0,6	0,4	7,2	
Selingan Siang 14.30 WIB	Susu Skim	Susu Skim	20	73,6	7,1	0,4	10,3
	Roti Kelapa	Roti Kelapa	60	170,9	4,7	1,6	34

	Bubur Sumsum	Bubur Sumsum	250	87,2	0,8	2,3	16,8
	daging cc bb gadon	daging sapi	50	134,4	12,4	9	0

Waktu Makan	Menu	Bahan Makanan	Berat (g)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Makan Malam 18.00 WIB		minyak	2,5	21,6	0	2,5	0
	tempe bb balado	tempe	25	49,8	4,8	1,9	4,3
		minyak	2,5	21,6	0	2,5	0
	jujuh	gula merah	20	75,2	0	0	19,5
	jeruk manis	jeruk manis	100	47,1	0,9	0,1	11,8
TOTAL				1558,1	65,9	50,6	210,3
KEBUTUHAN				1700,56	63,75	47,23	255,09
% ASUPAN				91,62	103,37	107,49	82,44

Lampiran 5. Recall asupan makan Ny.M intervensi 3 (06 Mei 2021)

Waktu Makan	Menu	Bahan Makanan	Berat (g)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)	
Makan Pagi 07.00 WIB	Bubur Sumsum	Bubur sumsum	250	87,2	0,8	2,3	16,8	
	ayam cc bb rujak	ayam	50	142,4	13,4	9,4	0	
		minyak	2,5	21,6	0	2,5	0	
		juruh	gula merah	20	75,2	0	0	19,5
		susu skim	susu skim	20	73,6	7,1	0,4	10,3
selingan pagi 10.00 wib	Lapis sagu	Lapis sagu	80	165,6	3,5	1,6	34,3	
Makan siang 12.30 WIB	Bubur Sumsum	Bubur sumsum	300	104,7	0,9	2,7	20,1	
	Telur opor	Telur ayam	50	77,6	6,3	5,3	0,6	
		santan	10	10,6	0,1	1	0,5	
		minyak	2,5	21,6	0	2,5	0	
	Semur tahu	Semur tahu	50	68,5	6,8	2,3	5,3	
	Juruh	Gula merah	20	75,2	0	0	19,5	
	jus pepaya	Pepaya	100	50,9	0,2	0	13	
		Gula pasir	10	38,7	0	0	10	
Selingan siang 14.30 WIB	Susu skim	susu skim	20	73,6	7,1	0,4	10,3	
	Kue Mutiara	Kue Mutiara	70	244,3	1,6	0,1	59,3	
	Bubur Sumsum	Bubur sumsum	300	104,7	0,9	2,7	20,1	

Makan Malam 18.00 WIB	Ikan bandeng pepes	Ikan bandeng pepes	50	41,9	7,4	1,1	0
	Tahu bb tumis	tahu	50	38	4,1	2,4	0,9
		minyak	5	43,1	0	5	0
	pisang susu	Pisang susu	60	55,2	0,6	0,3	14
TOTAL				1614,2	60,8	42	254,5
KEBUTUHAN				1700,56	63,75	47,23	255,09
% ASUPAN				94,92	95,37	88,93	99,77

