

**TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN GIZI PASIEN GERIATRI DENGAN ANOREXIA GERIATRIC,**  
**ULKUS DEKUBITUS, PARAPARESE VETEBRA LUMBAL 2-3**  
**DI RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO**



Oleh :  
**ENDAH HARMEITA**  
**NIM. P07131520019**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA**  
**JURUSAN GIZI**  
**PRODI PENDIDIKAN PROFESI DIETISIEN**  
**2021**

## HALAMAN PENGESAHAN

### TUGAS AKHIR

Asuhan Gizi Pasien Geriatri dengan Anorexia Geriatric, Ulkus  
Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3  
di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

Endah Harmeita  
NIM. P07131520019

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji pada tanggal:

### SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,  
Almira Sitasari, S.Gz., MPH   
NIP. 198703042015032004 (.....)

Anggota,  
Lastmi Wayansari, S.Gz, MPH   
NIP. 196406211988322002 (.....)

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

Yogyakarta, ..... 2021  
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 “Asuhan Gizi Pasien Geriatri dengan Anorexia Geriatric, Ulkus Dekubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3 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, selaku Ketua Prodi Profesi Dietisien Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
4. Seluruh Tim Bidang Gizi Klinik Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta
5. Almira Sitasari, S.Gz., MPH selaku Dosen Pembimbing Utama
6. Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si selaku Dosen Pembimbing Pendamping
7. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan moral dan material
8. Teman-teman yang selalu memberikan semangatnya untuk menyelesaikan laporan studi kasus ini
9. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu

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

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	i
KATA PENGANTAR .....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	2
C. Manfaat .....	2
BAB II.....	4
TINJAUAN PUSTAKA .....	4
A. Definisi Penyakit.....	4
B. Etiologi.....	4
C. Manajemen terapi gizi.....	6
BAB III .....	7
METODE PENELITIAN.....	7
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus .....	7
B. Subyek Studi Kasus .....	7
C. Fokus Studi .....	7
D. Definisi Operasional Fokus Studi .....	8
E. Instrumen Studi Kasus .....	12
F. Metode Pengumpulan Data .....	13
G. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	13
H. Analisis Data dan Penyajian Data .....	13
I. Etika Studi Kasus .....	13
BAB IV .....	15
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	15
A. Identitas .....	15
B. Hasil Skrining Gizi.....	16
C. Riwayat Makan .....	17
D. Standar Perbandingan.....	20
E. Antropometri .....	21

F. Fisik/Klinis.....	21
G. Biokimia.....	22
H. Terapi Medis dan Fungsi.....	23
I. Diagnosis Gizi.....	24
J. Intervensi Gizi.....	24
K. Kolaborasi.....	27
L. Rencana Monitoring.....	27
M. Monitoring dan Evaluasi.....	28
BAB V.....	34
KESIMPULAN DAN SARAN.....	34
A. Kesimpulan.....	34
B. Saran.....	34
DAFTAR PUSTAKA.....	35
LAMPIRAN.....	36

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Lanjut usia merupakan seseorang yang telah memasuki umur 60 tahun keatas. (Depkes RI, 2015). Lanjut usia didefinisikan sebagai penurunan, kelemahan, meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan perubahan lingkungan, hilangnya mobilitas dan ketangkasan, serta perubahan fisiologis yang terkait dengan usia. Proses penuaan akan berdampak pada berbagai aspek kehidupan, baik social, ekonomi, maupun kesehatan. Ditinjau dari aspek kesehatan, dengan semakin bertambahnya usia maka lansia lebih rentan terhadap bebrbagai keluhan fisik, baik karena faktor ilmiah maupun karena penyakit (Kemenkes, 2014).

Anorexia atau kehilangan nafsu makan, merupakan pradigma penting dari sindrom geriatric. Berapapun usia seseorang, makan masih menjadi hal utama yang harus diperhatikan. Sebab, dari makananlah tubuh bisa mendapatkan energi untuk beraktivitas dan menjalankan semua fungsi tubuh. Begitu pula pada lansia, makan juga memiliki peran yang penting. Tak hanya sebagai sumber energi, makanan yang dikonsumsi lansia juga dibutuhkan tubuh untuk menjaga kesehatannya.

Menurut (Zayed & Garry, 2017) anorexia merupakan salah satu gangguan yang kerap terjadi pada pasien lansia yang kerap terlambat terdeteksi. Gangguan mood, terutama deperesi berat dapat menjadi salah satu faktor terjadinya anorexia. Anorexia merupakan contributor signifikan yang mempengaruhi morbiditas dan mortalitas pada lansia.

Malnutrisi bagi lansia merupakan ancaman serius bagi kesehatan mereka. Orang lanjut usia yang kekurangan gizi lebih rentan terhadap penyakit, kecacatan, dan institusionalisasi. Di antara penyebab gizi buruk ada juga pengurangan asupan makanan untuk mengurangi rasa lapar. Dengan bertambahnya usia, banyak faktor yang mendukung prevalensi rasa kenyang sehubungan dengan keinginan untuk makan (Di Francesco et al., 2018).

Pada kasus ini terdapat pasien G datang kerumah sakit dengan diagnosis anorexia geriatric dengan dehidrasi ringan, pasien mengalami retensi urin dikaitkan dengan paraparese VL 2-3. Pasien memiliki riwayat kelemahan anggota gerak bawah sejak tahun 2015, sehingga ADL memerlukan bantuan. Pasien memiliki riwayat jatuh berulang dikarenakan kelemahan anggota gerak. Riwayat asupan makan pasien menurun sejak beberapa tahun yang lalu, pasien mengalami penurunan berat badan secara signifikan.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melaksanakan terapi diet pada pasien anorexia geriatric, ulkus decubitus, dan paraparese VL 2-3.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mahasiswa mampu melakukan assessment gizi
- b. Mahasiswa mampu memberikan diagnosis gizi yang tepat
- c. Mahasiswa mampu melaksanakan intervensi dan implementasi gizi
- d. Mahasiswa mampu melakukan monitoring dan evaluasi

## **C. Manfaat**

- a. Bagi Mahasiswa
  - 1) Dapat mengetahui proses asuhan gizi rawat jalan maupun rawat inap di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.
  - 2) Menambah wawasan mengenai penyakit anorexia geriatric, ulkus decubitus, dan paraparese VL 2-3 serta penatalaksanaan gizinya terkait dengan perhitungan dan penentuan diet yang akan diberikan.
  - 3) Meningkatkan ketrampilan mahasiswa dalam mengerjakan PAGT.
  - 4) Dapat meningkatkan kemampuan melaksanakan konseling gizi.
- b. Bagi Pasien
  - 1) Meningkatkan pengetahuan mengenai diet untuk anorexia geriatric, ulkus decubitus, dan paraparese VL 2-3.

- 2) Mengetahui beberapa kebiasaan yang salah berkaitan dengan gizi dan makanan yang dapat memicu adanya pembentukan anorexia geriatric, ulkus decubitus, dan paraparese VL 2-3.

c. Bagi Pembaca

- 1) Menambah wawasan mengenai proses asuhan gizi bagi pasien anorexia geriatric, ulkus decubitus, dan paraparese VL 2-3.
- 2) Sebagai literatur berkaitan dengan diet bagi pasien anorexia geriatric, ulkus decubitus, dan paraparese VL 2-3.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Definisi Penyakit**

##### 1. Anorexia geriatric

Anoreksia atau Kehilangan nafsu makan, merupakan paradigma penting dari sindrom geriatri. Sindrom geriatri merupakan berbagai kondisi klinis yang umum terjadi pada lansia yang disebabkan oleh kelemahan dan penurunan fisiologis. Kondisi klinis tersebut sangat lazim dan hal ini berhubungan dengan penyakit penyerta atau masalah kesehatan yang dapat menimbulkan kecatatan dan rendahnya kualitas hidup. Anoreksia dikaitkan dengan banyak sindrom dan gangguan kesehatan yang terjadi pada sistem tubuh yang mengakibatkan lansia rentan terhadap penyakit (Damanik et al., 2017)

##### 2. Ulkus decubitus

Menurut *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), mendefinisikan ulkus decubitus sebagai kulit yang utuh atau tidak utuh dengan area local berupa perubahan warna yang parsisten, tidak pucat, berwarna merah tua, merah marun, atau ungu atau terpisahnya epidermis yang memperlihatkan dasar luka yang gelap atau blister berisi darah (NPUAP, 2016). Ulku decubitus termasuk kedalam kategori luka kronis yaitu luka yang berlangsung lama atau sering timbu kembali (rekuren) dimana terjadi gangguan pada proses penyembuhan yang biasanya disebabkan oleh masalah multifactor dari penderita (Subrata, 2019).

#### **B. Etiologi**

##### 1. Anorexia

Penurunan fungsi indra terkait penglihatan, penciuman, dan rasa berperan dalam perkembangan anoreksia geriatri. Aspek ini, sering

dianggap sebagai konsekuensi penuaan yang tidak dapat dihindari, bermanifestasi setelah usia 50 tahun dan berkontribusi pada penurunan persepsi tentang kelezatan makanan (Visvanathan, 2015).

Gangguan motilitas lambung, ketidakseimbangan hormon pusat dan gastrointestinal dan dinamika peptida, bersama dengan penurunan sensorik, depresi, faktor sosial dan iatrogenik dapat ditemukan sering di antara orang tua dan menyebabkan anoreksia. Nafsu makan yang berkurang dan rasa kenyang yang berlebihan juga merupakan penyebab penurunan kualitas hidup, akibat penurunan kenikmatan makan dan adanya rasa kenyang dini yang berkepanjangan (Di Francesco et al., 2018).

## 2. Ulkus decubitus

Tekanan akan menimbulkan daerah iskemik dan bila berlanjut terjadi nekrosis jaringan kulit. Percobaan pada binatang didapatkan bahwa sumbatan total pada kapiler masih bersifat reversibel bila kurang dari 2 jam. Seorang yang terpaksa berbaring berminggu-minggu tidak akan mengalami dekubitus selama dapat mengganti posisi beberapa kali perjamnya (Suriadi, 2004).

Selain faktor tekanan, ada beberapa faktor mekanik tambahan yang dapat memudahkan terjadinya decubitus yaitu :

- a) Faktor teregangnya kulit misalnya gerakan meluncur ke bawah pada penderita dengan posisi setengah berbaring
- b) Faktor terlipatnya kulit akibat gesekan badan yang sangat kurus dengan alas tempat tidur, sehingga seakan-akan kulit “tertinggal” dari area tubuh lainnya.
- c) Faktor teregangnya kulit akibat daya luncur antara tubuh dengan alas tempatnya berbaring akan menyebabkan terjadinya iskemia jaringan setempat (Beeckman et al., 2009)

### **C. Manajemen terapi gizi**

Terapi gizi yang diterapkan pada pasien anorexia geriatric, ulkus decubitus, dan paraparese VL 2-3 adalah diet TKTP diberikan secara bertahap, agar tidak terjadi over feeding. Tujuan dari diet TKTP ini adalah:

1. Memenuhi kebutuhan asupan pasien sesuai kemampuan pasien
2. Memberikan diet secara bertahap
3. Mencegah terjadinya penurunan berat badan lebih lanjut
4. Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga

Adapun prinsip dan syarat diet TKTP adalah sebagai berikut:

1. Energi diberikan tinggi
2. Protein diberikan tinggi 1,2gram/kgBB
3. Lemak sedang 25% dari TEE
4. Karbohidrat sisa dari protein dan lemak
5. Cairan 680 cc/24 jam

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus**

Jenis dan rancangan penelitian yang dilakukan dalam penelitian dengan judul Asuhan Gizi Pasien Geriatri dengan Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3 di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subyek penelitian ini adalah pasien Asuhan Gizi Pasien Geriatri dengan Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3 di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

1. Pasien yang terdiagnosis medis Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3
2. Pasien rawat inap yang memerlukan asuhan gizi minimal selama 3 hari
3. Kesadaran baik
4. Dapat berkomunikasi dengan baik
5. Bersedia menjadi responden

#### **C. Fokus Studi**

1. Skrining gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3 yang baru masuk ke rumah sakit disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik serta sesuai kesepakatan dengan rumah sakit.
2. Pengkajian gizi (*Assessment*) pasien rawat inap dengan penyakit Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3 meliputi data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan (*Dietary History*).

3. Analisis diagnosis gizi pasien rawat inap dengan penyakit Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3 ranah klinis dan behaviour menggunakan pendekatan problem, etiology, dan symptom (PES)
4. Analisis intervensi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3 meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien
5. Analisis monitoring dan evaluasi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3

#### **D. Definisi Operasional Fokus Studi**

1. Pasien rawat inap dengan penyakit Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3 adalah Tn.G
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 MST
4. Pengkajian Gizi (*Assessment*)
 

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

a. Antropometri

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

b. Biokimia

Data biokimia didapat dari hasil laboratorium yang berasal dari hasil rekam medis pasien. Data biokimia yang digunakan adalah hasil laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi pasien dengan penyakit Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3. Adapun nilai normal laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 1. Nilai Normal Data Laboratorium

Kode IDNT	Data Biokimia	Nilai Rujukan
	Leukosit	5,07-11,1
	Trombosit	
	Neotrofil	42,5-71

BD.1.2	Na	132-145
BD.1.2	K	3,5-5
BD.1.2	Cl	95-105
BD.1.2	Ureum	
BD.1.2	Kreatinin	
	AST	0-50
	ALT	0-50
	Asam urat	2-7
BD. 1.7	Kolesterol total	0-200
BD. 1.7	Trigliserida	70-140
BD. 1.7	LDL	0-130
	CKMB	0-24

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. Nilai Normal Data Fisik / Klinis

Kode IDNT	Data Fisik / Klinis	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan keseluruhan	Normal
PD 1.1.9	Vital sign	
	Nadi	60-100x/menit
	Suhu	36,5 – 37,5°C
	Respirasi	12-20x/menit
	Tekanan darah	80/120 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:

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

#### 5. Diagnosis Gizi

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

#### 6. Intervensi Gizi

Intervensi gizi dilakukan untuk mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapan terkait perilaku yang berhubungan dengan penyakit Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3. Intervensi gizi meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien. Maka diperlukan alat bantu dalam menganalisis zat gizi yaitu Tabel Komposisi Pangan Indonesia (TKPI), *nutrisurvey*, dan kalkulator.

Selain itu, intervensi gizi meliputi kolaborasi serta konseling dan edukasi gizi. Kolaborasi merupakan kegiatan dalam mengomunikasikan rencana, proses, dan hasil monitoring evaluasi kegiatan asuhan gizi



dengan tenaga kesehatan/institusi/dietisien lain yang dapat membantu dalam merawat atau mengelola masalah yang berkaitan dengan gizi. Konseling dan edukasi gizi yang meliputi tujuan pemberian, sasaran, strategi penyampaian materi, materi yang diberikan, dan metode pemberian gizi. Konseling dan edukasi gizi dilakukan untuk merubah perilaku gizi dan aspek kesehatan pasien. Dalam hal ini diperlukan alat bantu seperti daftar penukar bahan makanan dan *leaflet*.

#### 7. Monitoring dan Evaluasi Gizi

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

### **E. Instrumen 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 TKTP Rendah Purin
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
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 RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto pada tanggal 23 Maret 2021.

## H. Analisis Data dan Penyajian Data

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

## I. Etika Studi Kasus

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

### 1. Pemberian Persetujuan (*Informed Consent*)

Peneliti memberikan Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP) kepada calon subjek penelitian. PSP terdiri dari: Judul dan nama peneliti, tujuan

penelitian, kriteria pemilihan subjek, manfaat penelitian, prosedur penelitian, partisipasi sukarela, jaminan kerahasiaan, dan kemudahan kontak peneliti. Jika responden bersedia menjadi responden, maka responden dan keluarga/wali responden harus menandatangani surat persetujuan. Jika tidak maka peneliti tidak akan memaksa dan akan menghormati haknya.

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

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

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

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

**BAB IV**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**A. Identitas**

1. Data Personal (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Tn. G
CH.1.1.1	Umur	72 tahun
CH.1.1.2	Jenis Kelamin	Laki-laki
CH.1.1.5	Suku/etnik	-
CH.1.1.9	Peran dalam keluarga	Kepala keluarga
	Diagnosis medis	Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3

2. Riwayat Penyakit (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1	Keluhan utama	Lemas kedua kaki
	Riwayat penyakit sekarang	Kaki lemas sejak 13HSMRS pot jatuh, mual (+), nafsu makan turun, BAB terakhir 3 HSMRS, kedua kaki tidak bisa digerakkan, perut membesar 13HSMRS

Nomor RM : 359319

Ruang Perawatan : 14B/Aster

Tanggal MRS : 21 Maret 2021

Tanggal pengambilan kasus : 23 Maret 2021

3. Riwayat Klien yang Lain

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
-----------	------------	------------

CH.2.1.8	Imun	Tidak ada alergi makanan
CH.3.1.1	Riwayat sosial	Tidak bekerja, keluarga menengah kebawah
CH.3.1.7	Agama	Islam

**Kesimpulan:** Tn. G berusia 72 tahun datang ke rumah sakit dengan keluhan kaki lemas sejak 13HSMRS post jatuh, mual (+), nafsu makan turun, BAB terakhir 3 HSMRS, kedua kaki tidak bisa digerakkan, perut membesar  $\pm$ 3HSMRS. Tn. G di diagnosis medis Anorexia Geriatric, Ulkus Decubitus, Paraparese Vetebra Lumbal 2-3, tidak memiliki riwayat gastrointestinal dan alergi.

## B. Hasil Skrining Gizi

### Metode skrining yang dipakai: MST

<b>SKRINING GIZI PASIE DEWASA</b>	No. RM : 359319 Nama : Tn. G <b>L/P</b> Tgl. Lahir: 30-06-1950
Tanggal Masuk : 21 Maret 2021 Tanggal Skrining : 23 Maret 2021	Diagnosis Masuk: Retensi urin, ISK, paraparese Ruang/Kamar : Aster 11A
<b><u>PENGUKURAN BERAT BADAN</u></b>	
Tinggi Badan/ULNA :158 cm	Berat Badan/LILA :32 kg
- <b>Tidak dapat diukur</b>	- <b>Tidak dapat diukur</b>
<b><u>RESIKO MALNUTRISI</u></b>	
a. Apakah pasien mengalami penurunan berat badan (BB) yang tidak diinginkan dalam waktu 6 bulan terakhir?	
<b>Jawaban :</b>	<b>Skor</b>
• Tidak ada	0
Tidak yakin	2
• Ya ada penurunan berat badan (BB) sebanyak	
a. 1-5 kg	1
b. 6-10 kg	2
c. 11-15 kg	3
d. > 15 kg	4

e. Tidak yakin	2
b. Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan?	
• Tidak	0
• Ya	1
Total Skor	3
<b><u>PASIEEN DENGAN DIAGNOSA KUSUS</u></b>	
- Penurunan imunitas	- Gangguan metabollsme lemak
- Geriatri	- Pneumonia berat
- Luka bakar	- PPOK
- Penurunan fs ginjal berat (dg/tp dialysis)	- Bedah digestif
- Sirosis hati	- Patah tulang pinggul
- Stroke	- Diabetes melitus
- Kanker(dg/tp kemo)	- Penyakit jantung
- Cedera kepala berat	- Anemia gravis
<b><u>KESIMPULAN</u></b>	
- Perlu pengkajian lanjut oleh ahli gizi, jika skor resiko malnutrisi $\geq 2$ atau pasien dengan diagnosa khusus dalam waktu 2x24 jam	
- Tidak perlu pengkajian lanjut oleh ahli gizi, skrinig ulang setelah 7 hari	

**Kesimpulan:** Berdasarkan hasil skrining menggunakan metode MST, pasien mengalami penurunan nafsu makan serta penurunan berat badan. Pasien merupakan pasien dengan diagnosis khusus geriatric sehingga memerlukan pengkajian lanjut oleh ahli gizi selama 2x24 jam.

### C. Riwayat Makan

#### 1. SFFQ

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat Diet	<b>Pola makan : 2x/hari</b>

	(pola makan)	<p><b>Makanan pokok</b> : nasi @ 1/2 ctg 2x/hari</p> <p><b>Lauk Hewani</b> : ayam @ 1ptg 1x/2mgg, ikan tawar @ 1ekr 1x/2mgg, telur ayam @ 1btr 1x/2mgg.</p> <p><b>Lauk Nabati</b> : tahu @ 1ptg 3x/mgg, tempe @ 2x/mgg.</p> <p><b>Sayur</b> : bayam @ 1mgk 2x/mgg, sop @ 1mgk 2x/mgg, kacang panjang @ 1sdk syr 1x/mgg, labu siam @ 1sdk syr 1x/mgg, lodeh @ 1mgk 1x/mgg, oseng-oseng @ 1sdk dyr 1x/mgg.</p> <p><b>Buah</b> : pisang @ 1bh 2x/bln, papaya @ 1bh 2x/bln</p> <p><b>Minuman</b> : teh manis @ 1gls 1x/hr, air putih sering</p> <p><b>Selingan</b> : ubi, singkong</p>
FH.2.1.1	Pengalaman diet	Belum pernah melakukan diet tertentu
FH.2.1.3	Lingkungan makan	Makan buatan rumah
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Belum pernah mendapatkan konseling gizi

**Kesimpulan:** Hasil wawancara SQFFQ diketahui bahwa Tn. G memiliki asupan makan pasien kurang baik, berkaitan dengan asupan makan pasien selama dirumah inadekuat, pasien kurang konsumsi makanan sumber protein.

SQFFQ :

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan oral	414,3	11,2	11	68,5
Kebutuhan	1226,2	38,4	34	191,5
% Asupan	33,8	29,2	32,3	35,7
Kategori	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang

**Kesimpulan :** Berdasarkan perhitungan SQFFQ asupan pasien selama dirumah masuk kedalam kategori kurang. Penggolongan kategori asupan makanan berdasarkan WNPG (2004). Sebagai berikut:

- >110% : Lebih
- 80 – 110% : Baik
- <80% : Kurang

## 2. Recall 24 jam (FH.7.2.8)

Tanggal: 23 Maret 2021

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan oral	712,2	19,1	12,5	130,9
Kebutuhan	1226,2	38,4	34	191,5
% Asupan	58	49,7	45,9	67,8
Kategori	Deficit berat	Deficit berat	Deficit berat	Deficit sedang

**Kesimpulan:** Berdasarkan hasil recall 24 jam pasien selama sakit didapatkan hasil asupan pasien energi, protein, lemak deficit karena kurang dari 80% total kebutuhan sehari. Penggolongan kategori asupan makanan berdasarkan WNPG (2004). Sebagai berikut:

- >110% : Lebih
- 80 – 110% : Baik
- <80% : Kurang



**D. Standar Pemanding**

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi Kebutuhan Energi	Mifflin $(10 \times 32) + (6,25 \times 158) - (5 \times 71) + 5$ $320 + 987,5 - 355 + 5$ 857,5 kkal $TEE = BMR \times FA \times FS$ $857,5 \times 1,1 \times 1,3$ 1226,2 kkal
CS.2.1.1	Estimasi Kebutuhan Protein	1 gram/kgBB $1 \times 32$ 32 gram 38,4
CS.2.2.1	Estimasi Kebutuhan Lemak	$= 25\% \times 1226,2 \text{ kkal} / 9$ $= 34 \text{ gram}$
CS.2.3.1	Estimasi Kebutuhan Karbohidrat	$= (1226,2 - 128 - 306,5) / 4$ $= 197,9 \text{ gram}$ 191,5
	Kebutuhan Cairan	Cm : 1500 Ck : 1200 IWL : 480 BC : + 680cc/24 jam
CS.5.1.1	Rekomendasi BB / IMT / pertumbuhan	BBI $= TB - 100$ $= 158 - 100$ $= 58 \text{ kg}$

### E. Antropometri

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD.1.1.1	Tinggi badan	158 cm
AD 1.1.2	Berat badan	32 kg
AD.1.1.4	Perubahan berat badan	-
AD.1.1.5	LILA	16 cm
	ULNA	23 cm
	Status Gizi	52% (gizi buruk)

**Kesimpulan:** Berdasarkan penilaian antropometri, status gizi pasien berdasarkan %LLA status gizi pasien masuk dalam kategori gizi buruk. Penggolongan kategori status gizi berdasarkan %LLA menurut jelliffe and jelliffe (1989). Sebagai berikut

Obesitas	>120%
Overweight	110-120%
Normal	90-110%
Kurang	60-90%
Buruk	<60%

### F. Fisik/Klinis

Kode IDNT	Data Fisik / Klinis	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan keseluruhan	Lemah, pasien hanya bisa menggerakkan tangannya
	Kesadaran	Composmentis
PD.1.1.6	Kepala dan mata	-
PD 1.1.21	Vital sign	
	Nadi	66x /menit (Normal)
	Suhu	36,6°C (Normal)
	Respirasi	20x/menit (Normal)
	Tekanan darah	98/74 (Rendah)

**Pemeriksaan penunjang:**

Ro Vert Lumbosocral

- Hipolordotic lumbalis
- Spondylosis dengan axial kompres ringan lorus VL 2-3

**Kesimpulan:** Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik klinis keadaan pasien komplementis lemah, pasien hanya bisa menggerakkan tangannya. Hasil rontgen vert lumbosocral menunjukkan adanya hipolordotic lumbalis dan terdapat spondylosis dengan axial kompres ringan lorus VL 2-3.

**G. Biokimia**

Kode IDNT	Data Biokimia	Awal Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Keterangan
	Leukosit	16,12	5,07-11,1	Tinggi
	Trombosit	165		Rendah
	Neotrofil	49,6	42,5-71	
BD.1.2	Na	141	132-145	
BD.1.2	K	3,3	3,5-5	Rendah
BD.1.2	Cl	107	95-105	Tinggi
BD.1.2	Ureum	242		Tinggi
BD.1.2	Kreatinin	3,05		Tinggi
	AST	53	0-50	Tinggi
	ALT	32	0-50	
	Asam urat		2-7	Tinggi
BD. 1.7	Kolesterol total		0-200	
BD. 1.7	Trigliserida		70-140	Tinggi
BD. 1.7	LDL		0-130	
	CKMB		0-24	Tinggi

**Kesimpulan :** Pasien mengalami infeksi dibuktikan dengan nilai leukosit tinggi, pasien mengalami anorexia akut berkaitan berkaitan dengan ureum

kreatinin tinggi, kalium rendah, pasien mengalami asam urat dibuktikan dengan nilai asam urat yang tinggi serta dislipidemia dibuktikan dengan kadar trigliserida.

#### H. Terapi Medis dan Fungsi

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan makanan
FH.3.1	Inj cefriaxon	Antibiotic	
	Uruter	Mengatasi saluran kemih	
	Prorenal	Terapi insufiensi ginjal kronik	
	Inj ondancetron	Mencegah mual dan muntah	
	Inj pantoprazole	Penghambat pompa proton yang digunakan untuk pengobatan tukak lambung	Memnghambat sekresi asam dan absorpsi vitamin B12 dsn zat besi
	Paracetamol	Analagesik antipireti	
	Inj neurosanbe	Menjaga Kesehatan syaraf Mengatasi kekurangan vitamin B	
	Meloxicam	Antinfalamasi non steroid mengobatai nyeri dan perdangan pada rematik dan osteoarthritis	
	Mecobalamin	Mengatasi kekurangan vitamin b12	
	Ducolax supp	Obat pencahar	
	Piracetam	Mengatasi penurunan fungsi kognitif	
	Fenofibrate	Mengatasi kadar lipid darah yang abnormal	

## **I. Diagnosis Gizi**

### 1. Domain Intake

NI.2.1 inadekuat oral intake berkaitan dengan penurunan nafsu makan dibuktikan dengan recall 24 jam <80%

NI.5.2 peningkatan kebutuhan energi dan cairan berkaitan dengan anorexia kronis dan dehidrasi dibuktikan dengan hasil lab menunjukkan kadar ureum dan kreatinin pasien tinggi, terdapat luka decubitus pada punggung pasien

NI.5.4 Pembatasan asupan purin berkaitan dengan asam urat dibuktikan dengan hasil lab menunjukkan kadar asam urat pasien tinggi

### 2. Domain Behavior

NB. 2.3 ketidak mampuan mengatur diri sendiri berkaitan dengan kurangnya dukungan keluarga dibuktikan dengan hasil SQFFQ asupan pasien inadekuat

NB 3.4 terbatasnya akses terhadap makanan berkaitan dengan kurangnya sumber finansial untuk sejumlah makanan yang cukup sehat dan bervariasi ditandai dengan dehidrasi, lemas serta asupan makanan minimum <60% dari total kebutuhan

## **J. Intervensi Gizi**

### 1. Tujuan

- a. Memenuhi kebutuhan asupan pasien sesuai kemampuan pasien
- b. Memberikan diet secara bertahap
- c. Mencegah terjadinya penurunan berat badan lebih lanjut
- d. Membantu mengontrol leukosit, ureum, kreatinin

### 2. Preskripsi Diet

Pemberian Makanan dan Selingan (ND.1)

- a. ND.1.1 : Jenis DIIT: TKTP Rendah Purin
- b. ND.1.2.1 : Bentuk Makanan: Bubur
- c. ND.1.5 Route: Oral

- d. ND.1.3 Jadwal / Frekuensi Pemberian: 3x makan utama
- e. Energi : 1226,2 kkal
- f. Protein : 38,4 gram
- g. Lemak : 34 gram
- h. Karbohidrat: 191,5 gram

3. Implementasi Diet Rumah Sakit (Standar diet : bubur)

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Standar Diet RS	1580,4	63,3	44,3	231,7
Kebutuhan (Planning)	1226,2	38,4	34	191,5
% Standar/Kebutuhan	128,8	164,8	130,3	120,9

**Kesimpulan :** rekomendasi diet yang diberikan rumah sakit melebihi planning kebutuhan asupan sehari menurut kemenkes 1999, asupan cukup sebesar 80-120% dari *Total Energy Expenditure*. Oleh karena itu perlu dilakukan modifikasi untuk memenuhi planning kebutuhan yang telah ditentukan

4. Rekomendasi Diet (Gizi seimbang bentuk bubur)

Waktu Makan	Golongan Bahan Makanan	Standar Diet RS	Rekomendasi
Makan Pagi	Makanan pokok	1p	½ p
	Lauk hewani	1p	½ p
	Lauk nabati	1p	-
	Sayur	1p	1p
	Minyak	1p	1p
	Teh manis	1p	1p
	Makan Siang	Makanan pokok	1p
Lauk hewani		1p	1p
Lauk nabati		1p	-
Sayur		1p	1p
Buah		1p	1p
Minyak		1½ p	1p
15.00		Teh manis	1p

Makan Sore	Makanan pokok Lauk hewani Lauk nabati Sayur Minyak	1p 1p 1p 1p 1½ p	3/4 p 1p - 1p 1p
Nilai Gizi		Energi : 1580,4 kkal Protein : 63,3 gram Lemak : 44,3 gram Karbohidrat : 231,7 gram	Energi : 1198 kkal Protein :46,1 gram Lemak :36 gram Karbohidrat: 182 gram

**Kesimpulan:** pemberian makan pasien disesuaikan dengan diet bubur dengan modifikasi jumlah porsi.

## 5. Domain Konseling (C)

### a. Tujuan

- 1) Memberikan penjelasan terkait dengan pemberian diet TKTP rendah purin kepada pasien dan keluarga pasien untuk membantu mempercepat proses penyembuhan luka, dan memenuhi kebutuhan pasien.
- 2) Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai makanan apa saja yang dianjurkan dan dibatasi

### b. Preskripsi

- 1) Sasaran: Pasien dan keluarga
- 2) Tempat: Bangsal Aster
- 3) Waktu: 15 menit
- 4) Metode: Konseling
- 5) Media: Leaflet Diet TKTP dan bahan makanan penukar
- 6) Materi:
  - Diet TKTP Rendah Purin
  - Menjelaskan makanan yang dianjurkan, dibatasi dan dihindari
  - Prinsip tepat 3 J (jumlah, Jenis, Jadwal)

## 6. Domain Edukasi (E.1)

### E.1.1 Tujuan edukasi

- a. Meningkatkan kepatuhan dit kepada pasien dan keluarga pasien melalui peningkatan pengetahuan dan pemahaman.
- b. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien untuk dapat menyuapi pasien secara telaten.

#### E.1.2 Prioritas modifikasi

- a. Memberikan penjelasan tentang tujuan diet TKTP dan rendah purin
- b. Menjelaskan prinsip atau syarat diet TKTP dan rendah purin

### K. Kolaborasi

No	Tenaga Kesehatan	Koordinasi
1	Ahli gizi	Berdiskusi terkait asupan makan pasien yang kurang dan edukasi terkait pengaturan makan, berdiskusi terkait penyesuaian jumlah kalori dalam diit pasien.
2	Perawat ruangan	Berkoordinasi terkait pemeriksaan fisik klinis pasien seperti perkembangan vital sign dan keluhan

### L. Rencana Monitoring

Anamnesis	Hal Yang Diukur	Waktu Pengukuran	Evaluasi / Target
Antropometri	-	-	
Biokimia	Leukosit, trombosit, K, Cl, Ureum, Kreatinin, asam urat, trigliserid	Pada saat pemeriksaan ulang	Membaik
Fisik / klinis	Penurunan nafsu makan	Setiap hari	Membaik



Dietary	Asupan makan (Energi, protein, lemak, karbohidrat)	Setiap hari	Asupan $\pm 70\%$ terpenuhi selama 3 hari monitoring
---------	--	-------------	--

## M. Monitoring dan Evaluasi

Hasil asesmen akan dibahas pada hasil skrining pasien, data antropometri dan hasil pemeriksaan biokimia, juga pembahasan mengenai hasil monitoring pasien selama 3 hari perawatan meliputi fisik/klinis dan dietary history. Monitoring dan evaluasi yang dilakukan kepada Tn. G pada tanggal 23-25 Maret 2021. Berikut hasil asesmen, monitoring dan evaluasi yang dilakukan.

### 1. Skrining

Pasien berjenis kelamin laki-laki usia 70 tahun dengan jenis kelamin laki-laki datang ke RSUD Muntilan pada tanggal 21 Maret 2022 dengan keluhan keluhan kaki lemas sejak 13 HSMRS post jatuh, mual (+), nafsu makan turun, BAB terakhir 3 HSMRS, kedua kaki tidak bisa digerakkan, perut membesar 13HSMRS. Dilakukan skrining gizi menggunakan form skrining gizi pasien dewasa yang telah disediakan di RS pada tanggal 23 Maret 2022 dan didapatkan hasil skor 3 dikarenakan pasien mengalami penurunan berat badan dan penurunan nafsu makan sehingga pasien berisiko mengalami malnutrisi. Selain itu, pasien merupakan pasien dengan diagnosis khusus yaitu geriatric. Sehingga, perlu dilakukan pengkajian lanjut oleh ahli gizi dalam waktu 2x42 jam.

### 2. Biokimia

Monitoring dan data evaluasi biokimia hanya dapat dilakukan saat ada pemeriksaan laboratorium. Selama itu pasien menjalani tiga kali pemeriksaan laboratorium yaitu pada tanggal 21, 24 dan 25 Maret 2021.

Kode IDNT	Data Biokimia	Awal Pemeriksaan	Tgl 24	Tgl 25	Nilai Rujukan	Keterangan
-----------	---------------	------------------	--------	--------	---------------	------------

	Leukosit	16,12		10,6	5,07-11,1	Tinggi
	Trombosit	165		122	185-398	Rendah
	Neotrofil	49,6		40,9	42,5-71	
BD.1.2	Na	141			132-145	
BD.1.2	K	3,3			3,5-5	Rendah
BD.1.2	Cl	107			95-105	Tinggi
BD.1.2	Ureum	242				Tinggi
BD.1.2	Kreatinin	3,05				Tinggi
	AST	53			0-50	Tinggi
	ALT	32			0-50	
	Asam urat		12,7		2-7	Tinggi
BD. 1.7	Kolesterol total		118		0-200	
BD. 1.7	Trigliserida		159		70-140	Tinggi
BD. 1.7	LDL		69		0-130	

**Kesimpulan:** Pasien mengalami infeksi dibuktikan dengan nilai leukosit tinggi, pasien mengalami anorexia akut berkaitan berkaitan dengan ureum kreatinin tinggi, kalium rendah.apabila asupan protein yang tidak cukup maka tubuh cenderung akan menggunakan simpanan protein dalam otot sehingga akan terjadi katabolisme protein. Pemecahan protein darah yang berlebihan akan menyebabkan peningkatan kadar ureum dan kadar kreatinin dalam darah (Baron, 2001). pasien mengalami asam urat dibuktikan dengan nilai asam urat yang tinggi serta dislipidemia dibuktikan dengan kadar trigliserida. Pasien mengalami anemia dibuktikan dengan Hb pasien rendah.

### 3. Fisik / klinis

Monitoring dan evaluasi data fisik/klinis dilakukan setiap hari sebanyak 3 kali dalam sehari yaitu pada saat malam, pagi dan sore. Kesadaran pasien dari awal hingga akhir yaitu composmentis. Adapun monitoring fisik/klinis pasien sebagai berikut :

Keterangan	Waktu	Vital Sign				Keluhan
		TD	Suhu	Nadi	Respirasi	
Awal masuk	IGD					Keluhan kaki lemas sejak 13 HSMRS post jatuh, mual (+), nafsu makan turun, BAB terakhir 3 HSMRS, kedua kaki tidak bisa digerakkan, perut membesar 13HSMRS
Pengambilan kasus	Sore	98/74	36,6	66	20	Lemas, kaki tidak bisa digerakkan, tengkuk pegel
Monev 1	Sore	87/56	36,8	89	20	Luka agak bau, kaki lemas, pusing, tengkuk pegel
	Malam	131/79	36,2	65	20	
	Siang	113/71	36,6	64	20	
Monev 2	Sore	106/73	36,8	71	20	Tungkak pegel, kaki lemas tidak bisa digerakkan, pasien mengatakan sudah enakan
	Malam	110/68	36,4	77	20	
	Siang	116/72	36,6	66	20	
Monev 3	Sore	143/71	37,9	78	20	Pasien mengatakan sudah enakan, pusing (-), mual(-)
	Malam	99/60	37,3	78	22	
	Siang	107/64	36,8	74	20	

Berdasarkan pemeriksaan fisik/klinis tekanan darah, suhu tubuh, nadi dan respirasi pasien mengalami perubahan dari waktu ke waktu akan tetapi perubahan tersebut masih masuk dalam batas normal. Selain itu keluhan pasien dari awal kasus hingga akhir monev berangsur-angsur membaik.

#### 4. Rencana dan Implementasi Diet

Rencana dan implementasi diet yang dilakukan yaitu secara bertahap jumlah pemberiannya. Berikut adalah tabel perjalanan diet pasien selama dirawat di rumah sakit :

Waktu	Monev 1		Monev 2		Monev 3	
	Menu	Berat	Menu	Berat	Menu	Berat
Sore	Bubur	250	Bubur	250	Bubur	250
	Galantin ayam	50	Telur bb semur	50	Bandeng presto	45
	Sop jagung manis wortel	100	Sop macaroni wortel	100	Sayur asem jipang, kacang panjang, daun so	100
	Teh manis	200	Teh manis	200	Teh manis	200
Pagi	Bubur	150	Bubur	150	Bubur	150
	Telur bb balado	50	Ayam bumbu rujak	50	Telur bb kuning	50
	Ca gambas toge wortel	100	Ca janggal buncis wortel	100	Lodeh terong, k.panjang, d.so	100
	Teh manis	200	Teh manis	200	Teh manis	200
Siang	Bubur	250	Bubur	250	Bubur	250
	Ayam giling bb opor	50	Perkedel daging sapi kentang	50	Nila bb semur	50
	Sop brokoli jamur wortel	100	Soto	100	Lodeh d.singkong, k.panjang	100
	Papaya	80	Pisang	100	Pisang	100
Nilai Gizi	Energi : 1168,3 Protein :45,7		Energi : 1258 Protein :44		Energi : 1139,2 Protein :39,2	

	Lemak : 31,2 KH : 174,3	Lemak : 30 KH : 198,8	Lemak : 27 KH : 188,6
--	----------------------------	--------------------------	--------------------------

### ASUPAN MAKAN (COMSTOCK)

Tanggal Uraian		Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)	Diet	Keterangan
Monev 1	Asupan oral	798	26,7	21,6	122	Bubur	Target asupan belum terpenuhi, diet dilanjutkan
	Kebutuhan	1226,2	38,4	34	191,5		
	% asupan	65	69	63	63		
	Kategori	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang		
Monev 2	Asupan oral	1037,4	34	26,2	164	Bubur	Target asupan terpenuhi yaitu 70% dari TEE
	Kebutuhan	1226,2	38,4	34	191,5		
	% asupan	84,6	88,5	77	85,6		
	Kategori	Baik	Baik	Kurang	Baik		
Monev 3	Asupan oral	1049,4	28,7	23	185	Bubur	Target asupan terpenuhi yaitu 70% dari TEE
	Kebutuhan	1226,2	38,4	34	191,5		
	% asupan	85,6	74,7	67,6	96,6		
	Kategori	Baik	Kurang	Kurang	Baik		

Pasien pertama kali datang diberikan jenis diet bubur, setelah dilakukan recall asupan pasien deficit dikarenakan pasien mengeluh tidak nafsu makan, lemas, dan pusing, sehingga diet diteruskan dalam bentuk bubur dengan target asupan pasien meningkat  $\pm 70\%$  dari TEE selama 3 hari pemberian diet.

Setelah dilakukan monitoring asupan pasien dari monev 1 hingga monev 3 mengalami peningkatan dan didapatkan hasil asupan pasien meningkat sesuai dengan target, dimana target awal yaitu asupan makanan pasien selama 3 hari meningkat sebesar 70% dari TEE.

## 5. Terapi Edukasi dan Konseling Gizi

Edukasi dilakukan untuk mendukung tatalaksananya terapi diet. Dalam edukasi ini disampaikan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan diet yang diberikan kepada pasien seperti tujuan diet, prinsip dan syarat diet hingga pentingnya mematuhi diet. Diharapkan dengan adanya terapi edukasi ini pasien dapat dengan mudah memahami apa saja yang perlu dilakukan dan dibatasi untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien.

Konseling dilakukan pada tanggal 28 Maret 2022 hari ke 3 monitoring pasien, konseling dilakukan di kamar pasien 14B ruang Aster dengan sasaran kepada pasien dan keluarga pasien. Media yang digunakan pada saat konseling adalah leaflet. Konseling dilakukan dengan cara memberikan edukasi mengenai diet pasien, dan apa saja yang perlu dilakukan pasien saat dirumah, kemudian dilanjutkan tanya jawab dan *recall* untuk memastikan pemahaman pasien akan konseling yang telah diberikan.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil asuhan gizi dan pemantauan selama 3 hari dapat disimpulkan bahwa :

1. Berdasarkan hasil skrining pasien beresiko mengalami malnutrisi sehingga diperlukan kajian lanjut oleh ahli gizi selama 2x24jam
2. Berdasarkan pemeriksaan biokimia pasien mengalami infeksi dibuktikan dengan nilai leukosit tinggi, pasien mengalami anorexia kronis dibuktikan dengan nilai ureum kreatinin tinggi, pasien mengalami hiperpuricemia dibuktikan dengan kadar asam urat pasien tinggi.
3. Berdasarkan pemeriksaan fiik/klinis tekanan darah, suhu dan nadi pasien stabil selama masa monitoring di rumah sakit.
4. Asupan makan pasien baik, pasien mengalami peningkatan asupan makan.

#### **B. Saran**

1. Keluarga pasien agar menerapkan konseling yang diberikan terkait dengan diet TKTP Rendah Purin
2. Keluarga pasien agar memperhatikan asupan makan selama di rumah.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Damanik, C., Sinaga, S., & Alexander, M. (2017). Prevalensi Kejadian Anoreksia Pada Lansia. *Jurnal Medika*, 2(2), 1–4.
- Di Francesco, V., Pellizzari, L., Corrà, L., & Fontana, G. (2018). The anorexia of aging: impact on health and quality of life. *Geriatric Care*, 4(2). <https://doi.org/10.4081/gc.2018.7324>
- Visvanathan, R. (2015). Anorexia of Aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31(3), 417–427. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.04.012>
- Zayed, M., & Garry, J. P. (2017). Geriatric anorexia nervosa. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 30(5), 666–669. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.05.170182>



# LAMPIRAN

Lampiran

**COMSTOCK**

Hasil Monev ke- 1

WAKTU MAKAN	JENIS MAKANAN	SKALA PENGUKURAN					
		0%	25%	50%	75%	95%	100%
Sore	NASI			V			
	LAUK HEWANI			V			
	LAUK NABATI						
	SAYUR						
Pagi	NASI		V				
	LAUK HEWANI			V			
	LAUK NABATI						
	SAYUR				V		
Siang	NASI	V					
	LAUK HEWANI			V			
	LAUK NABATI						
	SAYUR			V			
	BUAH	V					

Hasil Monev ke- 2

WAKTU MAKAN	JENIS MAKANAN	SKALA PENGUKURAN					
		0%	25%	50%	75%	95%	100%
Sore	NASI	V					
	LAUK HEWANI			V			
	LAUK NABATI						
	SAYUR			V			
Pagi	NASI	V					
	LAUK HEWANI	V					
	LAUK NABATI						
	SAYUR			V			
Siang	NASI	V					
	LAUK HEWANI			V			
	LAUK NABATI						
	SAYUR				V		
	BUAH						

Hasil Monev ke- 3

WAKTU MAKAN	JENIS MAKANAN	SKALA PENGUKURAN					
		0%	25%	50%	75%	95%	100%
Sore	NASI	V					
	LAUK HEWANI			V			
	LAUK NABATI						

	SAYUR		V				
Pagi	NASI	V					
	LAUK HEWANI		V				
	LAUK NABATI						
	SAYUR		V				
Siang	NASI	V					
	LAUK HEWANI			V			
	LAUK NABATI						
	SAYUR	V					
	BUAH	V					