

**TUGAS AKHIR**

**LAPORAN STUDI KASUS MENDALAM PENYAKIT GERIATRI PADA  
PASIEN CA. RECTI dan ANEMIA DI BANGSAL DAHLIA  
RSUD PROF Dr. MARGONO SOEKARJO  
PURWOKERTO**



**DISUSUN OLEH :**

**AKRIMA SABILA (P07131520010)**

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

## HALAMAN PENGESAHAN

Tugas Akhir

Laporan Studi Kasus Mendalam Pada Pasien Pasien Ca. Recti dan Anemia Di  
Bangsal Mawar RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

Akrima Sabila

P07131520010

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji pada tanggal :

### SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua

Weni Kurdanti S.Si.T, M.Kes

NIP. 197302061997032001

(.....)

Anggota

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

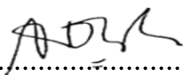
NIP. 196303241986031001

(.....)

Anggota

Nugraheni Tri Lestari, SKM, MPH

NIP.196701141991032001

(.....)

Yogyakarta, Februari 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 “Studi Kasus Mendalam Pada Pasien Pasien Ca. Recti dan Anemia Di Bangsal Mawar 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 sekaligus dosen pembimbing utama.
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. Nugraheni Tri Lestari, SKM, MPH. selaku Dosen Pembimbing Pendamping.
6. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan moral dan material.
7. Teman-teman rotasi yang selalu memberikan semangatnya untuk menyelesaikan laporan studi kasus ini.
8. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

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

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR .....	viii
BAB I PENDAHULUAN .....	9
A. Latar Belakang .....	9
B. Tujuan.....	9
1. Tujuan Umum.....	9
2. Tujuan Khusus .....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. <i>Cancer Recti</i> .....	11
B. Anemia .....	13
C. Penatalaksanaan Gizi Ca Recti dan Anemia .....	15
BAB III METODE.....	21
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus .....	21
B. Subyek Studi Kasus.....	21
C. Fokus Studi.....	21
D. Definisi Oprasional Fokus Studi .....	22
E. Instrument Studi Kasus .....	27
F. Metode Pengumpulan Data .....	27
G. Tempat dan Waktu Studi Kasus .....	28
H. Analisis Data dan Penyajian Data .....	28
I. Etika Studi Kasus .....	28
BAB IV HASIL .....	30
A. Identitas Pasien.....	30
B. Skrinning .....	31
C. Riwayat Makan (FH).....	33
D. Standar Pembanding (CS) .....	35
E. Antropometri (AD.1.1).....	36
F. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1).....	36
G. Biokimia (BD).....	36
H. Terapi Medis dan Fungsi .....	38
I. Diagnosis Gizi .....	39
J. Intervensi Gizi .....	40
K. Kolaborasi (RC) .....	43
L. Rencana Monitoring .....	44
BAB IV PEMBAHASAN.....	46
A. Skrining Gizi .....	46
B. Antropometri .....	46

C. Monitoring dan Evaluasi Data Biokimia.....	47
D. Fisik Klinis .....	48
E. Perkembangan Asupan Makan.....	48
F. Terapi Edukasi.....	50
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	52
A. Kesimpulan.....	52
B. Saran.....	53
Daftar Pustaka .....	54
LAMPIRAN.....	57

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Data Biokimia pada Pasien .....	23
Tabel 2. Data Fisik Klinis pada Pasien .....	24
Tabel 3. Rencana Monitoring Evaluasi .....	26
Tabel 4. Rencana Metode Pengumpulan Data .....	27
Tabel 5. Data Personal .....	30
Tabel 6. Data Riwayat Penyakit .....	30
Tabel 7. Data Riwayat Pasien yang Lain .....	31
Tabel 8. Skrinning MNA-SF .....	31
Tabel 9. Riwayat Makan .....	33
Tabel 10. SQFFQ .....	34
Tabel 11. Recall 24 Jam .....	35
Tabel 12. Standar Pembanding .....	35
Tabel 13. Data Antropometri Pasien .....	36
Tabel 14. Data Fisik Klinis .....	36
Tabel 15. Data Biokimia .....	37
Tabel 16. Terapi Medis dan Fungsi .....	38
Tabel 17. Implementasi Diet RS .....	41
Tabel 18. Rekomendasi Diet .....	42
Tabel 19. Kolaborasi .....	43
Tabel 20. Rencana Monitoring .....	44
Tabel 21. Monitoring Evaluasi Data Biokimia .....	47
Tabel 22. Monitoring Evaluasi Data Fisik Klinis .....	48
Tabel 23. Monitoring Evaluasi Dietary History .....	50

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1. Grafik Perkembangan Aupan Zat Gizi Makro .....	50
--	----

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Karsinoma rekti merupakan tumor ganas terbanyak di antara tumor ganas saluran cerna, lebih 60% tumor kolorektal berasal dari rektum. Salah satu pemicu kanker rektal adalah masalah nutrisi dan kurang berolah raga. Kanker rektal merupakan salah satu jenis kanker yang tercatat sebagai penyakit yang paling mematikan di dunia. Kanker rektal adalah kanker yang menyerang kolon dan rektum. Namun, penyakit ini bukannya tidak dapat disembuhkan. Jika penderita telah terdeteksi secara dini, maka kemungkinan untuk sembuh bisa mencapai 50 persen (Anonim,2006).

Berdasarkan latar belakang tersebut diperlukan asuhan gizi untuk pasien Ca Recti dan Anemia maka peneliti melakukan penelitian tentang Proses Asuhan Gizi (IDNT) pasien dewasa dengan diagnosis Ca Recti dan Anemia di RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

### **B. Tujuan**

#### 1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan pemberian asuhan gizi pada penatalaksanaan gizi pasien dengan *Ca Recti dan Anemia*.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu menginterpretasikan data subjektif dan objektif pada pasien Ca Recti dan Anemia.
- b. Mahasiswa mampu mengidentifikasi masalah gizi, patofisiologi penyakit, metabolisme penyakit dan interaksi obat makanan pada pasien dengan Ca Recti dan Anemia.
- c. Mahasiswa mampu menentukan dan menegakkan diagnosis gizi pada pasien Ca Recti dan Anemia.



- d. Mahasiswa mampu melakukan intervensi gizi mulai dari perencanaan kebutuhan gizi dan implementasi diet yang sesuai pada pasien Ca Recti dan Anemia.
- e. Mahasiswa mampu memonitoring dan mengevaluasi diet yang telah diberikan dengan melihat perkembangan pemeriksaan antropometri, fisik, klinis, dan laboratorium serta hasil assesment dari dokter spesialis dan perawat pada pasien Ca Recti dan Anemia.
- f. Mahasiswa mampu melakukan edukasi terkait dengan masalah gizi pada pasien Ca Recti dan Anemia.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. *Cancer Recti***

##### **1. Definisi**

Ca Rekti adalah kanker yang terjadi pada rektum. Rektum terletak di anterior sakrum and coccyx panjangnya kira kira 15 cm. rectosigmoid junction terletak pada bagian akhir mesocolon sigmoid. Bagian sepertiga atasnyahampir seluruhnya dibungkus oleh peritoneum. Di setengah bagian bawah rektum keseluruhannya adalah ektraperitoneral. Vaskularisasi rektum berasal dari cabang arteri mesenterika inferior dan cabang dari arteri iliaka interna. Vena hemoroidalis superior berasal dari pleksus hemorriodalis internus dan berjalan ke kranial ke vena mesenterika inferior dan seterusnya melalui vena lienalis ke vena porta (Elizabet, 2005)

Ca Recti dapat menyebar sebagai embulus vena kedalam hati. Pembuluh limfe dari rektum diatas garis anorektum berjalan seiring vena hemorriodalis superior dan melanjut ke kelenjar limfa mesenterika inferior dan aorta. Operasi radikal untuk eradikasi karsinoma rektum dan anus didasarkanpada anatomi saluran limfaini Dinding rektum terdiri dari 5 lapisan, yaitu mukosa yang tersusun oleh epitel kolumnner, mukosa muskularis, submukosa, muscularis propria dan serosa (Elizabet, 2005).

##### **2. Etiologi**

Banyak faktor dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker rektal, diantaranya adalah : (Mansjoer Arif, 2000)

- a. Diet tinggi lemak, rendah serat
- b. Usia lebih dari 50 tahun
- c. Riwayat pribadi mengidap adenoma atau adenokarsinoma kolorektal mempunyai resiko lebih besar 3 kali lipat.

- d. Riwayat keluarga satu tingkat generasi dengan riwayat kanker kolorektal mempunyai resiko lebih besar 3 kali lipat.
- e. Familial polyposis coli, Gardner syndrome, dan Turcot syndrome, pada semua pasien ini tanpa dilakukan kolektomi dapat berkembang menjadi kanker rektal.
- f. Resiko sedikit meningkat pada pasien Juvenile polyposis syndrome, PeutzJeghers syndrome, dan Muir syndrome.
- g. Terjadi pada 50 % pasien Kanker kolorektal Herediter nonpolyposis
- h. Inflammatory bowel disease
- i. Kolitis Ulseratif (resiko 30 % setelah berumur 25 tahun)
- j. Crohn disease, berisiko 4 sampai 10 kali lipat.

### **3. Gejala**

Tanda dan gejala yang mungkin muncul pada kanker rektal antara lain ialah (Cagir B, 2005)

- a. Perubahan pada kebiasaan BAB atau adanya darah pada feses, baik itu darah segar maupun yang berwarna hitam.
- b. Diare, konstipasi atau merasa bahwa isi perut tidak benar benar kosong saat BAB
- c. Feses yang lebih kecil dari biasanya
- d. Keluhan tidak nyama pada perut seperti sering flatus, kembung, rasa penuh pada perut atau nyeri
- e. Penurunan berat badan yang tidak diketahui sebabnya
- f. Mual dan muntah,
- g. Rasa letih dan lesu
- h. Pada tahap lanjut dapat muncul gejala pada traktus urinarius dan nyeri pada daerah gluteus..

## **B. Anemia**

### **1. Definisi**

Anemia merupakan keadaan di mana masa eritrosit dan masa hemoglobin yang beredar tidak memenuhi fungsinya untuk menyediakan oksigen bagi jaringan tubuh. Secara laboratoris, anemia dijabarkan sebagai penurunan kadar hemoglobin serta hitung eritrosit dan hematokrit di bawah normal. Anemia gravis adalah jenis anemia yang berat. Kondisi ini ditandai dengan kadar hemoglobin yang sangat rendah, yaitu kurang dari 8 g/dL, sehingga penderitanya biasanya membutuhkan transfusi darah. Pada anemia gravis, sel-sel dalam tubuh tidak mendapatkan cukup oksigen untuk menjalankan fungsinya secara normal.

### **2. Klasifikasi**

Berdasarkan gambaran morfologik, anemia diklasifikasikan menjadi tiga jenis anemia:

#### **a. Anemia normositik Normokrom**

Anemia normositik normokrom disebabkan oleh karena perdarahan akut, hemolisis, dan penyakit-penyakit infiltrative metastatik pada sum-sum tulang. Terjadi penurunan jumlah eritrosit tidak disertai dengan perubahan konsentrasi hemoglobin, bentuk dan ukuran eritrosit.

#### **b. Anemia makrositik hiperkrom**

Anemia dengan ukuran eritrosit yang lebih besar dari normal dan hiperkrom karena konsentrasi hemoglobinnya lebih dari normal. Ditemukan pada anemia megaloblastik (defisiensi vitamin B12, asam folat), serta anemia makrositik non-megaloblastik (penyakit hati, dan myelodisplasia).

#### **c. Anemia mikrositik hipokrom**

Anemia dengan ukuran eritrosit yang lebih kecil dari normal dan mengandung konsentrasi hemoglobin yang kurang dari normal. Penyebab anemia mikrositik hipokrom yaitu berkurangnya zat besi: anemia defisiensi besi, berkurangnya sintesis globin: thalasemia dan hemoglobinopati dan berkurangnya sintesis heme: anemia sideroblastik.

### **3. Etiologi**

Anemia dapat disebabkan oleh beberapa hal, antara lain:

- a. Gangguan pembentukan eritrosit. Gangguan pembentukan eritrosit terjadi apabila terdapat defisiensi substansi tertentu seperti mineral (besi, tembaga), vitamin (B12, asam folat), asam amino, serta gangguan pada sumsum tulang.
- b. Perdarahan. Perdarahan baik akut maupun kronis mengakibatkan penurunan total sel darah merah dalam sirkulasi.
- c. Hemolisis. Hemolisis adalah proses penghancuran eritrosit.

### **4. Patofisiologi**

Timbulnya anemia mencerminkan adanya kegagalan sumsum tulang atau kehilangan sel darah merah berlebihan atau keduanya. Kegagalan sumsum tulang dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor, atau akibat penyebab yang tidak diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau hemolisis. Lisis sel darah merah terjadi dalam sel fagositik atau dalam sistem retikulo endotelial, terutama dalam hati dan limpa. Sebagai hasil sampingan dari proses tersebut, bilirubin yang terbentuk dalam fagosit akan memasuki aliran darah. Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi, hemoglobin akan muncul dalam plasma. Apabila konsentrasi plasmanya melebihi kapasitas hemoglobin plasma, hemoglobin akan berdifusi dalam glomerulus ginjal dan ke dalam urin. Pada dasarnya gejala anemia timbul karena dua hal berikut:

- 1) Anoksia organ target karena berkurangnya jumlah oksigen yang dapat dibawa oleh darah ke jaringan
- 2) Mekanisme kompensasi tubuh terhadap anemia. Kombinasi kedua penyebab ini akan menimbulkan gejala yang disebut sindrom anemia (Hoffbrand dkk, 2005).

### **C. Penatalaksanaan Gizi Ca Recti dan Anemia**

#### **1. Skrining Gizi MNA (*Mini Nutritional Assessment*)**

Skrining atau penapisan adalah penggunaan tes atau metode diagnosis lain untuk mengetahui apakah seseorang memiliki penyakit atau kondisi tertentu sebelum menyebabkan gejala apapun. Skrining gizi merupakan proses yang sederhana dan cepat yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mendeteksi pasien yang berisiko malnutrisi (Barendregt dkk, 2008 dan susetyowati, 2014). Skrining mempunyai dua peran, peran pertama adalah untuk mengidentifikasi atau memprediksi risiko dari berkembangnya suatu kondisi bersifat untuk mencegah atau mengatasi kondisi atau komplikasi yang terjadi.

Peran skrining yang kedua adalah dapat mengidentifikasi individu yang mungkin atau tidak mungkin memperoleh manfaat dari pengobatan tersebut (Elia dan Stratton, 2012 dan Susetyowati, 2014). Pengembangan alat skrining gizi di rumah sakit mulai banyak dikembangkan (Susetyowati, 2014).

Pengembangan alat skrining yang dilakukan didasarkan pada penggunaan dan golongan usia klien. Sejak awal tahun 1980 diketahui bahwa prevalensi malnutrisi akut dan kronis pada anak saat masuk RS masih tinggi dan bergantung pada kriteria alat skrining yang digunakan. Salah satu metode skrining gizi untuk lansia yang digunakan dirumah sakit adalah MNA atau Mini Nutritional Assessment.

Alat skrining MNA merupakan alat skrining pada lansia yang digunakan oleh RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo, Purwokerto.

Gerasimidis (2010). MNA merupakan alat skrining yang cukup sederhana, lengkap serta menilai factor-faktor yang berperan terhadap status gizi dan validitasnya telah banyak diuji pada berbagai studi di berbagai Negara. Setelah MNA di validasi pada tahun 1994, MNA telah diteliti memiliki nilai sensitivitas, spesifisitas, dan realibilitas yang baik untuk mengidentifikasi kejadian malnutrisi pada lansia.

Menurut Bauer (2003), MNA disebut sebagai alat skrining gizi untuk lansia yang paling terpercaya akurasinya berdasarkan nilai sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi. MNA adalah metode yang terdiri dari dua bagian, yaitu skrining gizi dan asesmen gizi. Formulir MNA terdiri atas 18 item pertanyaan dalam 4 kelompok yaitu : pengukuran antropometri, pengukuran kondisi secara umum, penilaian asupan diet, penilaian subjektif.

## **2. Manajemen Terapi Nutrisi Pasien *Ca. Recti dan Anemia***

### **a. Penilaian Status Gizi**

Penilaian status gizi merupakan suatu kegiatan perhitungan yang menghasilkan gambaran keadaan keseimbangan zat gizi. Penilaian status gizi dibedakan menjadi dua yaitu penilaian status gizi langsung yang terdiri dari pengukuran antropometri, klinis dan biokimia sedangkan penilaian status gizi tidak langsung terdiri dari survei konsumsi makanan (Supariasa, 2013). Penilaian status gizi dengan metode antropometri bertujuan untuk mengetahui gambaran ukuran luasan tubuh. Penilaian antropometri meliputi berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas dan tebal lemak (Supariasa, 2013).

Penurunan asupan makan yang mempunyai resiko untuk mengalami penurunan berat badan menjadi perhatian utama dalam proses pemberian asuhan gizi secara cepat dan tepat (Krause, 2017).

### **b. Intervensi Diet TKTP + Putel**

Pemberian intervensi gizi untuk pasien Ca. Recti dan Anemia. tujuan utama dari manajemen terapi nutrisi untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan cara mengatur keluhan yang dirasakan pasien seperti nyeri pada perut dan rasa penuh sehingga asupan makan pasien dapat meningkat secara bertahap (Krause, 2017). Prinsip dan syarat pemberian makanan diet TKTP sebagai berikut:

- 1) energy tinggi, yaitu 4-45 kkal/kg BB.
- 2) protein tinggi yaitu 2,0-2,5 g/kg BB.
- 3) lemak cukup, yaitu 10-25% dari kebutuhan energy total.
- 4) karbohidrat cukup, yaitu sisa dari kebutuhan energy total.
- 5) vitamin dan mineral cukup, sesuai kebutuhan normal.
- 6) Makanan yang diberikan dalam bentuk mudah dicerna.

**c. Penilaian Konsumsi Dan Asupan Makan**

Penilaian konsumsi makan bertujuan untuk mengetahui kebiasaan makan dan gambaran tingkatan kecukupan bahan makanan dan zat gizi pada tingkat individu. Metode pengukuran penilaian konsumsi makan tingkat individu dibedakan menjadi kuantitatif dan kualitatif (Supariasa, 2014). Berikut ini metode penilaian konsumsi makan:

- 1) Metode Recall 24 Jam
  - a) Pengertian Metode Recall 24 Jam

Prinsip dari metode food recall 24 jam, dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu. Survei konsumsi gizi individu lebih disarankan menggunakan recall 24 jam konsumsi gizi dikarenakan dari sisi kepraktisan dan kevalidan data masih dapat diperoleh dengan baik selama yang melakukan terlatih. Metode ini cukup akurat, cepat pelaksanaannya, murah, mudah, dan tidak memerlukan peralatan yang mahal dan



rumit. Ketepatan menyampaikan ukuran rumah tangga (URT) dari pangan yang telah dikonsumsi oleh responden, serta ketepatan pewawancara untuk menggali semua makanan dan minuman yang dikonsumsi responden beserta ukuran rumah tangga (URT) (Supriasa, 2014).

b) Tahapan Melakukan Recall 24 Jam

Recall konsumsi gizi memiliki unit analisis terkecil selama 24 jam atau sehari. Jangka waktu minimal yang dibutuhkan untuk recall 24 jam konsumsi gizi adalah satu hari (dalam kondisi variasi konsumsi pangan dari hari ke hari tidak beragam) dan maksimal 7 hari. Namun paling ideal dilakukan dalam satu minggu atau 7 hari. Pengulangan recall dapat dilakukan untuk meningkatkan ketepatan data zat gizi yang diperoleh. Pengulangan dapat dilakukan pada musim berbeda, misal recall 24 jam konsumsi pangan yang pertama selama 7 hari dilakukan saat musim kemarau, pengulangan recall 24 jam 6 konsumsi pangan (recall 24 jam konsumsi pangan tahap kedua) dilakukan selama 7 hari pada musim penghujan.

c) Metode SQ-FFQ (*Semi Quantitatif Food Frequency Quosionairre*)

Food Frequency Questionnaire (SQFFQ) adalah metode untuk memperoleh data tentang frekuensi konsumsi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu seperti hari, minggu, bulan atau tahun. Dengan food frequency dapat diperoleh gambaran pola konsumsi bahan makanan secara kualitatif, tapi karena periode pengamatan lebih lama dan dapat membedakan individu berdasarkan rangking tingkat konsumsi zat gizi, maka cara ini paling sering digunakan dalam penelitian

epidemiologi gizi. Asupan gizi secara relatif atau mutlak, kebanyakan FFQ sering dilengkapi dengan ukuran khas setiap porsi dan jenis makanan, karena itu FFQ tidak jarang ditulis sebagai riwayat pangan semi kuantitatif (*semiquantitative food history*). Asupan zat gizi secara keseluruhan diperoleh dengan jalan menjumlahkan kandungan zat gizi masing-masing pangan. Sebagian FFQ justru memasukkan pertanyaan tentang bagaimana makanan biasanya diolah, penggunaan makanan suplemen, serta makanan bermerek lain.

d) Penilaian Sisa Makanan Metode Comstock

Sisa Makanan merupakan suatu indikator yang menggambarkan belum optimalnya kualitas penyelenggaraan makanan di rumah sakit. Hal ini disebabkan sisa makanan pasien dapat menjadi suatu indikator dari keberhasilan penyelenggaraan makanan di rumah sakit. Sisa makanan merupakan suatu dampak dari sistem pelayanan gizi di rumah sakit. Hal ini merupakan suatu implementasi dari pelayanan gizi dan aspek perilaku pasien. Banyaknya sisa makanan dalam piring pasien mengakibatkan masukan gizi kurang selama pasien dirawat. Kebutuhan gizi merupakan salah satu faktor yang harus diperhatikan atau dipertimbangkan dalam menyusun menu pasien. Penyelenggaraan makanan yang baik ketika pemberian makanan sehat yang terdiri dari makanan pokok, lauk, sayur-sayuran dan buah dalam jumlah yang cukup, dan dapat dihabiskan oleh pasien. Sisa makanan dibedakan menjadi dua yaitu :

1. Waste yaitu makanan yang hilang karena tidak dapat diperoleh atau diolah atau makanan hilang karena tercecer.

2. Plate waste yaitu makanan yang terbuang karena setelah dihidangkan tidak habis dikonsumsi.

Sisa makanan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan, kelompok umur, cita rasa makanan, kelas perawatan, lama perawatan dan penyakit mempengaruhi sisa makanan pasien. Jika faktor-faktor ini baik, maka persepsi pasien terhadap makanan yang disajikan akan baik sehingga makanan yang disajikan dikonsumsi habis. Jika persepsi pasien terhadap makanan yang disajikan kurang, maka makanan yang disajikan tidak dikonsumsi habis dan akan meninggalkan sisa (Supriasa, 2014).

## **BAB III**

### **METODE**

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

Jenis dan rancangan penelitian yang dilakukan dalam penelitian dengan judul “Laporan Studi Kasus Mendalam Pada Pasien Pasien Ca. Recti dan Anemia di Bangsal Mawar RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto” merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

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

Subjek penelitian ini adalah pasien *Ca. Recti dan Anemia* di Bangsal Mawar RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Pasien yang terdiagnosis medis *Ca. Recti dan Anemia* merupakan pasien rawat inap yang memerlukan asuhan gizi minimal selama 3 hari, kesadaran composmentis, lemah, dapat berkomunikasi dengan baik, dan bersedia menjadi responden.

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

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

#### **D. Definisi Oprasional Fokus Studi**

1. Pasien rawat inap dengan penyakit Ca. Recti dan Anemia.

2. Identitas Pasien

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

3. Skrining Gizi

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

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 besdrest 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. Recti dan Anemia. Adapun nilai normal laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 1. Data Biokimia pada Pasien

Data Biokimia	Hasil	Nilai Normal
Albumin	2,09	3,50-5,20 gr/dl
Bilirubin direk	0.17	0,00-0,20 mg/dl
Bilirubin indirek	0.20	0,00-1,00 mg/dl
Bilirubin total	0.37	0,10-1,20 mg/dl
Basofil		0 – 1%
Batang	0,2	3 – 5%
Eosinophil	0,5	2 – 4%
Monosit	6.2	2 – 8%
Neutrophil	85.4	50 – 70%
Segmen	84.9	50 – 70%
Eritrosit	1,66	3,8-5,2 $10^6/uL$
Hematokrit	35	34-45 %
Hemoglobin	5,6	11,7-15,5 g/dl
Leukosit	6460	3600 - 11000/mm <sup>3</sup>
MCH	33,7	26 – 34 pg/cell
MCHC	32.0	32 – 36 %
MCV	105.4	80 – 100 fL
MPV	9.9	9,4-12,3 fL
Neutrophil/Limfosit Ratio	11,7	
RDW	17,2	11,5-14,5 %
Trombosit	149000	150000-440000/uL
Globulin	3,93	2,70-3,20 gr/dl
GDS	103	70-139 mg/dl
Kreatinin darah	0,84	0,50-1,00 mg/dl
SGOT	17	<31 U/L

<b>Data Biokimia</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai Normal</b>
Total Protein	6,02	6,60-8,80 gr/dl
Ureum darah	21,29	15,00-40,00 mg/dl
Rapid Test igM	Non Reaktif	Non Reaktif
Rapid Test IgG	Non Reaktif	Non Reaktif

*Sumber:Rekam Medis Pasien*

c. Fisik/klinis

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

Tabel 2. Data Fisik Klinis pada Pasien

<b>Data Fisik / Klinis</b>	<b>Hasil</b>
Penampilan Keseluruhan	Composmentis, Baik
Sistem Pencernaan	Tidak ada gangguan gastrointestinal
<b>Vital sign</b>	
Nadi	60-90x/menit
RR	20-24x/menit
Suhu	36,5-37,5 <sup>0</sup> C
Tekanan darah	60/90 – 130/80 mmHg

d. Riwayat Makan (Dietary History)

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

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

3) Lebih : >110% pasien atau standar diet RS.

e. Diagnosis Gizi

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

f. Intervensi Gizi

Intervensi gizi dilakukan untuk mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapan terkait perilaku yang berhubungan dengan penyakit Ca. Recti dan Anemia. Intervensi gizi meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien. Maka diperlukan alat bantu dalam menganalisis zat gizi yaitu Tabel Komposisi Pangan Indonesia (TKPI), nutrisurvey, dan kalkulator.

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

g. Monitoring dan Evaluasi Gizi



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

Tabel 3. Rencana Monitoring Evaluasi

<b>Anamnesis</b>	<b>Hal Yang diukur</b>	<b>Waktu Pengukuran</b>	<b>Evaluasi/T arget</b>	<b>Instrumen</b>
Antropometri	BB	Akhir kasus	Normal	Timbangan injak digital
Biokimia	Batang, Eosinofil, Neutrofil, Segmen, Eritrosit, Hemoglobin, RDW, Albumin, dan MCH, globulin, total protein.	Setiap Hari	Mencapai batas normal	Data Rekam Medis
Klinis/fisik	Keadaan Umum, Tanda vital (Tekanan darah, nadi, respirasi, suhu), dan hilangnya lemak subkutan	Setiap hari	Lemah berkurang, Vital sign normal, lemak subkutan tidak berkurang	Form wawancara dan observasi
Dietary	Asupan makanan dan daya terima energi, protein, lemak, karbohidrat, cairan	Setiap hari	Asupan dan daya terima mencapai >80%	Form comstock dan recall 24 jam

## E. Instrument Studi Kasus

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

1. Alat tulis
2. Formulir persetujuan responden
3. Formulir PAGT
4. Formulir skrining gizi
5. Formulir recall 24 jam
6. Formulir SQFFQ
7. Formulir Comstock
8. TKPI dan Daftar Penukar Bahan Makanan
9. Leaflet Diet TKTP
10. Microtoise
11. Timbangan injak digital
12. Pita LILA/metlin
13. Laptop/komputer

## F. Metode Pengumpulan Data

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

Tabel 4. Rencana Metode Pengumpulan Data

<b>Fokus Studi</b>	<b>Metode Pengumpulan</b>	<b>Jenis Data</b>
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 22 – 25 Februari 2021 di bangsal Dahlia RSUD Prof. Margono Soekarjo, Purwokerto.

## **H. Analisis Data dan Penyajian Data**

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

## **I. Etika Studi Kasus**

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

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

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

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

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

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

Peneliti hendaknya memberikan manfaat yang maksimal untuk subjek penelitian dan berusaha meminimalisir dampak yang merugikan bagi subjek penelitian. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitian harus dapat

mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, maupun stress pada subjek penelitian.

## BAB IV

### HASIL

#### A. Identitas Pasien

##### 1. Data Personal

Tabel 5. Data Personal

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Ny. S
CH.1.1.1	Umur	69 tahun
CH.1.1.2	Jenis Kelamin	Perempuan
CH.1.1.5	Suku/etnik	Jawa
CH.1.1.9	Peran dalam keluarga	Istri dan ibu rumah tangga
CH.1.1.8	Edukasi	Pasien belum pernah mendapat edukasi dan konseling terkait dengan kebutuhan gizi dan diet tinggi energy tinggi protein. dan belum mengerti pengaturan diet yang tepat terkait dengan penyakit yang dialami.
	Diagnosis medis	<i>Ca. Recti dan Anemia</i>

Sumber: Hasil wawancara dengan Ny. S

##### 2. Riwayat Penyakit (CH)

Tabel 6. Data Riwayat Penyakit

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1	Keluhan utama	Pasien datang dengan keluhan lemas, pusing nafsu makan menurun mual, muntah, pegal bagian punggung, sakit pada bagian anus dan BAB keras
	Riwayat penyakit sekarang dan	-
	Riwayat	-

#### **Kesimpulan:**

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa pasien MRS dengan keluhan lemas, pusing nafsu makan menurun mual, muntah, pegal bagian punggung, sakit pada bagian anus dan BAB keras

Nomor RM : 02114\*\*\*

Ruang Perawatan : Bangsal Dahlia / kamar 1

Tanggal MRS : 20/02/2021

Tanggal pengambilan kasus : 21/02/2021

##### 3. Riwayat Klien yang Lain

Tabel 7. Data Riwayat Pasien yang Lain

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1.5	Gastrointestinal	Mengalami penurunan nafsu makan, mual,
CH.2.1.8	Imun	Tidak ada alergi
CH.2.2.1	Perawatan	-
CH.3.1.1	Riwayat sosial	Seorang ibu rumah tangga
CH.3.1.7	Agama	Islam

**Kesimpulan :**

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa Ny. S mengalami penurunan nafsu makan, mual, muntah, dan BAB keras.

**B. Skrinning**

Metode Skrining yang dipakai: MNA-SF

**Mini Nutritional Assesment Short Form (MNA-SF)**

Tabel 8. Skrinning MNA-SF

Nama: Tn. K	Sex: Laki-laki	Tanggal: 21 Februari 2021
Umur: 60 tahun	Berat badan: 60 Kg	Tinggi badan: 171cm
		No.
<b>SKRINING</b>		
A. Apakah asupan makanan menurun selama 3 bulan terakhir karena hilangnya nafsu makan, masalah pencernaan, mengunyah atau kesulitan menelan? 0 = kehilangan nafsu makan tingkat berat 1 = kehilangan nafsu makan tingkat sedang 2 = tidak kehilangan nafsu makan/nafsu makan baik		
		<input type="text" value="1"/>
B. Apakah dalam 1 bulan terakhir mengalami penurunan berat badan? 0 = penurunan berat badan lebih dari 3 kg 1 = tidak diketahui 2 = penurunan berat badan antara 1 dan 3 kg 3 = tidak ada penurunan berat badan/BB tetap		
		<input type="text" value="1"/>
C. Aktivitas 0 = bedrest 1 = bisa bangun dari tempat tidur/kursi tetapi tidak beraktivitas di luar tempat tidur 2 = aktivitas normal		
		<input type="text" value="0"/>

D. Apakah menderita stres psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir 0 = ya 2 = tidak	2
E. Masalah neuropsikologi 0 = demensia berat atau depresi 1 = demensia ringan 2 = tidak ada masalah psikologis	2
F1. Indeks Massa Tubuh (IMT) (berat badan dalam kg) / (tinggi badan dalam meter) 0 = IMT < 19 1 = IMT 19 sampai < 21 2 = IMT 21 sampai < 23 3 = IMT ≥ 23	0
<b>BILA DATA IMT TIDAK ADA, GANTI PERTANYAAN F1 DENGAN PERTANYAAN F2. ABAIKAN PERTANYAAN F2 BILA PERTANYAAN F1 SUDAH DAPAT DIISI</b>	
F2. Lingkar betis (cm) 0=lingkar betis kurang dari 31 (lingkar betis < 31) 3=lingkar betis sama dengan atau lebih besar daripada 31 (lingkar betis ≥31)	
Skor skrining (subtotal maksimal 14 points) 12-14 poin = Normal – tidak beresiko Tidak perlu dilakukan assessment lanjut 8-11 poin = Kemungkinan malnutrisi – memerlukan assessment lanjut 0-7 poin = Status gizi kurang	6

**Kesimpulan:**

Berdasarkan hasil *skrining* gizi yang dilakukan pada Senin, 21 Februari 2021, diperoleh hasil bahwa pasien **malnutrisi** dengan skor hasil *skrining* 6.

### C. Riwayat Makan (FH)

Tabel 9. Riwayat Makan

<b>Kode IDNT</b>	<b>Jenis Data</b>	<b>Keterangan</b>
FH.2.1	Riwayat Diet (pola makan)	<p><b>MP</b> : Nasi 3x/hari @½ ctg = 50 gr</p> <p><b>LH</b> : jarang mengonsumsi lauk hewani, paling sering telur ayam 4x/mg @1btr = 60 gr, ikan 3x/bln @2ptg = 65 gr, ayam 1x/bln @1 ptg = 60 gr</p> <p><b>LN</b> : tempe goreng 2x/hr @1 ptg = 35 gr dan tahu goreng 1x/hr @1 ptg = 40 gr</p> <p><b>Sayuran</b> : pasien gemar mengonsumsi sayur bening bayam 1x/hr @1sdc syr = 40gr, oseng daun pepaya 2x/mgg @1sdc syr= 50gr</p> <p><b>Buah</b> : buah yang paling sering dikonsumsi pasien adalah (jus) mangga 1x/mgg @1 buah = 80 gr, dan (jus) guava 3x/bln @1 buah = 80 gr</p> <p><b>Minuman dan snack</b>: mengonsumsi teh 2x/hr @200 ml serta gemar jajan makanan luar seperti keripik tempe 1x/hr @6 ptg = 30 gr, biscuit kelapa 3x/mgg @30 gr, dan bubur kacang ijo 3x/mg = 40gr</p>
FH.2.1.1	Pemesanan Diet	SMRS pasien mengonsumsi makanan dalam bentuk biasa, pada saat MRS pasien diberikan makanan lunak
FH.2.1.2	Pengalaman diet di rumah	Belum pernah menjalankan diet di rumah
FH.2.1.3	Lingkungan makan	Makanan pasien disediakan oleh pasien setiap hari, pasien dapat makan sendiri dengan porsi sedikit tetapi jika disuapi oleh anak akan makan lebih banyak
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Pasien belum pernah mendapatkan edukasi dan konseling mengenai bagaimana pengaturan makan, pemilihan makanan, cara pengolahan bahan makanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien (gizi seimbang)

**Kesimpulan :**



Berdasarkan hasil wawancara dengan keluarga pasien dapat diketahui bahwa pasien mempunyai pola makan yang kurang tepat, dan pemilihan bahan makanan kurang sesuai untuk pemenuhan kebutuhan zat gizi pasien, pasien belum pernah mendapatkan edukasi. Berdasarkan panduan dari WHO (2013) pasien direkomendasikan untuk diberikan assesment status gizi dan konseling terkait dengan hasil assesment status gizi, asupan makan dan pemilihan bahan makanan.

#### 1. SQFFQ

Tabel 10. SQFFQ

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH
Asupan Oral	1042,4	42,1	23,6	166,6
Kebutuhan	1.260	61,2	27,4	185
% Asupan	82,73	68,79	86,1	90
Interpretasi	Cukup	Kurang	Cukup	Cukup

#### **Kesimpulan :**

Berdasarkan hasil wawancara asupan makan dan minum pasien diperoleh hasil bahwa riwayat asupan makan pasien 80% dari kebutuhan (WNPG, 2004). Pemilihan bahan makanan yang kurang tepat berpengaruh pada asupan zat gizi pasien. Asupan zat gizi makro energi, protein, karbohidrat dan lemak yang kurang dapat berdampak pada kejadian malnutrisi atau beresiko malnutrisi berdampak pada penurunan imunitas tubuh (Krause, 2017).

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

Tanggal : 21 Februari 2021

Makanan dari RS : TB TKTP + putel

Makanan dari luar RS : Pasien mengkonsumsi 8 potong keripik tempe dan 12 potong biscuit kelapa dari luar rumah sakit.

Tabel 11. Recall 24 Jam

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan oral	960,6	50,4	22,7	144,8
Kebutuhan	1.260	61,2	27,4	185
% asupan	76,2	82,3	82,8	78,2
Kategori	Kurang	Cukup	Cukup	Kurang

**Kesimpulan :**

Berdasarkan hasil analisis presentase asupan makan pasien (recall 24 jam) 1 hari MRS diketahui bahwa asupan makan pasien  $\leq 80\%$  dari kebutuhan atau tergolong dalam kategori kurang (WNPG, 2004). Penurunan asupan makan pasien disebabkan karena adanya kesulitan mengunyah dan mual.

**D. Standar Pemanding (CS)**

Tabel 12. Standar Pemanding

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi Kebutuhan Energi	$E = 35 \times BB = 1.260 \text{ kkal}$
CS.2.1.1	Estimasi Kebutuhan Protein	$P = 1,7 \times BB = 61,2 \text{ gr}$
CS.2.2.1	Estimasi Kebutuhan Lemak	$L = 20\% \times E / 9 = 27,4 \text{ gr}$
CS.2.3.1	Estimasi Kebutuhan Karbohidrat	$KH = 60\% \times E / 4 = 185 \text{ gr}$
	Estimasi Kebutuhan Albumin	$\text{Albumin} = (x-y) \times BB \times 3,2 = 36,59 \text{ gr}$
CS.5.1.1	Rekomendasi BB/IMT/ pertumbuhan	$IMT = 16 \text{ kg/m}^2$ $LLA = 22 \text{ cm}$

**Kesimpulan :**

Berdasarkan hasil analisis asupan makanan berdasarkan metode SQ-FFQ dan recall 24 jam dapat diketahui bahwa asupan makan pasien tergolong kurang ( $\leq 60\%$ ) oleh karena itu diperlukan asuhan gizi dengan memperhitungkan kebutuhan asupan zat gizi pasien baik zat gizi makro dan mikro. Kebutuhan energi pada pasien Ny. S diperoleh hasil (1.260 kkal), Protein (61,2 gram), lemak (27,4 gram), karbohidrat (185 gram) dan albumin (36,59gr).

### E. Antropometri (AD.1.1)

Tabel 13. Data Antropometri Pasien

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD.1.1.1	Tinggi Badan	150 cm
AD.1.1.2	Berat Badan	36 kg
AD.1.1.4	Perubahan berat badan	Tidak diketahui
AD.1.1.5	IMT	16kg/m <sup>2</sup>
	LILA	22 cm

#### Kesimpulan :

Berdasarkan data penilaian status gizi pasien dengan menggunakan indikator IMT dapat diketahui bahwa status gizi pasien kurang (Gizi kurang berdasarkan IMT).

### F. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)

Tabel 14. Data Fisik Klinis

Kode IDNT	Data Fisik / Klinis	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	Composmentis, lemah
PD.1.1.5	Sistem Pencernaan	Mual, muntah, nafsu makan berkurang
PD.1.1.9	Vital sign	
	Nadi	80x/menit (N) (60-90x/menit)
	RR	20x/menit (N) (20-24x/menit)
	Suhu	36 <sup>0</sup> C (N) (36,5-37,5 <sup>0</sup> C)
	Tekanan darah	111/79 mmHg (N) (60/90 – 130/80 mmHg)

#### Pemeriksaan Penunjang :

Pemeriksaan laboratorium rutin, Sarcov, CT Scan abdomen

#### Kesimpulan :

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa keadaan pasien lemas, nafsu makan berkurang dan terjadi penurunan berat badan.

### G. Biokimia (BD)

Tanggal: 21 Februari 2021

Tabel 15. Data Biokimia

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Normal	Keterangan
	Albumin	2,09	3,50-5,20 gr/dl	Rendah
	Bilirubin direk	0,17	0,00-0,20 mg/dl	Normal
	Bilirubin indirek	0,20	0,00-1,00 mg/dl	Normal
	Bilirubin total	0,37	0,10-1,20 mg/dl	Normal
	Basofil		0 – 1%	
	Batang	0,2	3 – 5%	Rendah
	Eosinophil	0,5	2 – 4%	Rendah
	Monosit	6,2	2 – 8%	Normal
	Neutrophil	85,4	50 – 70%	Tinggi
	Segmen	84,9	50 – 70%	Tinggi
	Eritrosit	1,66	3,8-5,2 10 <sup>6</sup> /uL	Rendah
	Hematokrit	35	34-45 %	Normal
	Hemoglobin	5,6	11,7-15,5 g/dl	Rendah
	Leukosit	6460	3600 - 11000/mm <sup>3</sup>	Normal
	MCH	33,7	26 – 34 pg/cell	Normal
	MCHC	32,0	32 – 36 %	Normal
	MCV	105,4	80 – 100 fL	Tinggi
	MPV	9,9	9,4-12,3 fL	Normal
	Neutrophil/Limfosit Ratio	11,7		
	RDW	17,2	11,5-14,5 %	Tinggi
	Trombosit	149000	150000-440000/uL	Rendah
	Globulin	3,93	2,70-3,20 gr/dl	Tinggi
	GDS	103	70-139 mg/dl	Normal
	Kreatinin darah	0,84	0,50-1,00 mg/dl	Normal
	SGOT	17	<31 U/L	Normal
	Total Protein	6,02	6,60-8,80 gr/dl	Rendah
	Ureum darah	21,29	15,00-40,00 mg/dl	Normal
	Rapid Test igM	Non Reaktif	Non Reaktif	Normal
	Rapid Test IgG	Non Reaktif	Non Reaktif	Normal

### Kesimpulan :

Berdasarkan hasil nilai laboratorium dapat diketahui nilai Batang (L), Eosinofil (L), Neutrofil (L), Segmen (L), Eritrosit (L), Hemoglobin (LL), RDW (H), Albumin (L), dan MCV(H), globulin (H), total protein (L). Menunjukkan bahwa pasien mengalami infeksi ditandai dengan kadar batang, Eosinofil, limfosit yang rendah. Mengalami anemia gravis ditandai dengan kadar Eritrosit dan Hemoglobin yang sangat rendah serta kurangnya asupan makanan sumber zat besi (Kemenkes, 2011).

## H. Terapi Medis dan Fungsi

Tabel 16. Terapi Medis dan Fungsi

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis Medis	Fungsi	Interaksi obat/efek samping
FH.3.1	Inf. NS 20 tpm		
	OMZ 1x40 mg	Untuk mengatasi penyakit yang disebabkan oleh asam lambung, seperti masalah perut dan kerongkongan, sindrom Zollinger- Ellison (masalah pencernaan langka yang disebabkan kemunculan tumor pada pancreas atau pada duodenum)	Ruam pada kulit, urtikaria (kulit melepuh), mengantuk dan kelelahan, batuk, pusing, demam, nyeri sendi dan otot, depresi, halusinasi dan insomnia
	Clonex 2x250 mg	Terapi jangka pendek untuk mengatasi pendarahan, mengatasi menoragia, edema angioneurotik herediter, pendarahan abnormal pasca operasi	Diare, mual, muntah, sakit kepala, eksantema, anoreksia
	Kurkumex 1x1	Membantu meningkatkan nafsu makan dan menjaga fungsi hati Transfuse darah untuk	Hipersensitif atau alergi (kontraindikasi) Demam, reaksi alergi,
	Transfuse prc 2 kolf	membantu meningkatkan kadar Hemoglobin yang rendah (anemia)	reaksi anafilaksis, kelebihan zat gizi, cedera paru-paru, infeksi
	Premedikasi Deladryl 1 cc	Mengobati batuk berdahak yang disebabkan oleh alergi, flu, sesak nafas dan asma	Mengantuk, retensi urine, mulut kering, gangguan pencernaan, reaksi alergi pada kulit, sedasi
	Ceftriaxone 2x1 gr	Untuk membantu mengobati infeksi pada saluran nafas bagian bawah, system saluran kemih dan saluran kelamin, infeksi alat kelamin, infeksi saluran cerna, infeksi tulang dan sendi, infeksi system saraf, serta infeksi sel darah	Gastrointestinal(mual, muntah, diare, stomatitis, dan glositis) Kulit : pruritus (gatal di seluruh tubuh), urtikaria (kelainan kulit akibat alergi), dermatitis alergi, edema, eksantem, eritema multiforma

MST 2x10 mg Plasbumin 20% 100 cc	Terapi darurat untuk Syokhipovolemik (jantung tidak mampu memasok darah yang cukup ke seluruh tubuh akibat volume darah yang kurang), terapi pemberian cairan pengganti untuk pendarahan, trauma, luka bakar, bakterimia terdapat bakteri didalam aliran darah), gagal ginjal	Urtikaria, demam menggigil, denyut nadi dan takikardia (ritme jantung lebih cepat dari normal)
Albuforce 2x1	Terapi hipoalbumin, Mempercepat proses penyembuhan penyakit	-

### **Kesimpulan:**

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa pasien mengkonsumsi obat ceftriaxone untuk mengobati infeksi saluran cerna yang mempunyai efek samping menimbulkan mual, muntah dan diare sehingga perlu dilakukan manajemen pemberian bentuk makanan.

## **I. Diagnosis Gizi**

### **1. Domain Intake**

**NI. 2.1** Asupan makanan melalui oral tidak adekuat berkaitan dengan adanya penurunan nafsu makan dikarenakan adanya mual, muntah ditandai dengan asupan energi hasil recall 24 jam untuk kategori pasien Ny. S diperoleh hasil 76,2% (960,6kkal), Protein 82,3% (50,4gram), lemak 82,8% (22,7 gram) dan karbohidrat 78,2% (144,8gram).

**NI. 5.1** Peningkatan kebutuhan zat gizi khusus (Fe dan albumin) berkaitan dengan anemia gravis yang dialami pasien ditandai dengan kadar hemoglobin 5.6 g/dL (LL), eritrosit  $1.66 \times 10^6/uL$  (L), MCV 105 fL (H) dan albumin 2.09 g/dL (L).

### **2. Domain Behaviour**

**NB. 1.1** Kurangnya informasi pasien terkait makanan dan zat gizi berkaitan dengan pasien belum pernah mendapatkan edukasi dan koseling

terkait dengan pengaturan makanan dan ditandai dengan tidak tercukupi dan/atau pemilihan jenis bahan makanan kurang bervariasi pemilihan bahan makanan untuk sayur dan lauk hewani.

## **J. Intervensi Gizi**

### 1. Tujuan

- a. Meningkatkan asupan makan pasien berdasarkan kebutuhan energi (Espen, 2019 dan WHO, 2013) untuk mencegah terjadinya penurunan berat badan, pembongkaran jaringan, penurunan respon imun dan mencegah terjadinya underfeeding yang berdampak peningkatan resiko timbulnya penyakit penyerta.
- b. Mempertahakan status gizi pasien dalam keadaan status gizi baik atau normal menurut IMT (WHO, 2013)
- c. Memberikan makanan dengan bentuk lunak sesuai dengan kebutuhan pasien (WHO, 2013) untuk mengurangi keluhan mual, dan anoreksia.
- d. Meningkatkan pengetahuan keluarga pasien mengenai pemilihan bahan makanan atau makanan, cara pengolahan bahan makanan dan pengaturan makanan terkait kecukupan kebutuhan pasien.

### 2. Syarat dan Prinsip Diet :

- a. Kebutuhan energi 1.260 kkal dari kg berat badan, yang dihitung menggunakan rumus ESPEN, 2009, untuk perbaikan dan pemeliharaan jaringan yang rusak.
- b. Protein : 1,7 gr dari kg berat badan. Pemberian protein untuk pasien bertujuan untuk mencegah terjadinya malnutrisi yang disebabkan karena pembongkaran jaringan otot (Krause, 2017).
- c. Lemak diberikan 20% dari kebutuhan total energi. Pembatasan lemak jenuh sebesar sebesar <10%.
- d. Karbohidrat diberikan 60% dari kebutuhan total energy.
- e. Albumin diberikan sebanyak 36,59 gr.

- f. Cairan diberikan sebesar 1200cc bertujuan untuk mencegah terjadinya dehidrasi.
3. Preskripsi Diet
- ND.1.2.1 : Bentuk Makanan : lunak
  - ND.1.2.4 : Jenis DIIT : Diit TB TKTP+Putel
  - ND.1.5 : Route : oral
  - ND.1.3 jadwal/Frekuensi Pemberian : 3x makanan utama, 1x makanan selingan, 1x ekstra
  - Energi : 1.260 kkal
  - Protein : 61,2 gram
  - Lemak : 27,4 gram
  - Karbohidrat : 185 gram
  - Albumin : 36,59 gr
4. Implementasi Diet Rumah Sakit
- Standar diet : TB TKTP + Ekstra Putel

Tabel 17. Implementasi Diet RS

	Energi (kcal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Standar Diet Tim RSMS	1.561,7	66	38,2	248,2
Extra (putel)	54,9	12	0,0	0,9
Total	1616,6	78,0	38,2	249,1
Kebutuhan (Planning)	1.260	61,2	27,4	185
% Standar /Kebutuhan	128,3	127,4	139,4	134,6

**Kesimpulan :**

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa pemberian asupan makan dari standar rumah sakit berlebih (energi: 128,3%), sehingga perlu dilakukan pemorsian untuk mengurangi sisa makan dengan kebutuhan tercukupi. Pemberian target sebanyak 100% bertujuan untuk memenuhi kebutuhan energi dasar atau BMR pasien (Krause, 2017 dan Espen, 2019) dikarenakan pasien hanya mampu mengkonsumsi asupan makan



sebesar 70% hasil recall 24 jam dan hasil analisis intervensi pemberian makanan I.

#### 5. Rekomendasi Diet

Tabel 18. Rekomendasi Diet

<b>Waktu Makan</b>	<b>Golongan Bahan Makanan</b>	<b>Standar Diet RS (gr)</b>	<b>Rekomendasi (gr)</b>
Makan malam	Makanan pokok	60	45
	Lauk hewani	45	40
	Lauk nabati	35	30
	Sayur	60	60
	Buah	125	80
Makan Pagi	Makanan pokok	60	45
	Lauk hewani	50	40
	Lauk nabati	40	30
	Sayur	60	60
Selingan pagi	Kacang ijo	20	15
	Gula	1	1
	+	50	50
	Putel	36,6	36,6
	Susu	20	20
Makan Siang	Makanan pokok	60	45
	Lauk hewani	50	50
	Lauk nabati	35	35
	Sayur	50	50
	Buah	125	100
Nilai Gizi		Energi : 1.616 kkal Protein : 78 gram Lemak : 38,2 gram KH : 249,1 gram	Energi : 1300,9 kkal Protein : 64,5 gram Lemak : 31,4 gram KH : 196,6 gram

## 6. Domain Konseling (C)

### a. Tujuan

Meningkatkan pengetahuan keluarga pasien mengenai pengaturan pemberian makanan gizi seimbang meliputi: jumlah yang diberikan, pemilihan bahan, cara pengolahan, dan bentuk makanan sesuai dengan kebutuhan pasien.

### b. Preskripsi

- 1) Sasaran : Pasien dan Keluarga
- 2) Tempat : Bangsal Dahlia
- 3) Waktu : 10 menit
- 4) Permasalahan gizi : Tidak tercukupinya kebutuhan gizi pasien dan pemilihan bahan makanan, makanan dan minuman yang kurang sesuai dengan kebutuhan pasien
- 5) Metode : Konseling gizi dan tanya jawab
- 6) Media : leaflet diet TKTP
- 7) Materi : Pengaturan makanan TKTP+putel dan Pemilihan bahan makanan, minuman sesuai dengan kebutuhan pasien
- 8) SAP : *Terlampir*

## 7. Domain Edukasi Gizi (E.1)

### E.1.1. Tujuan Edukasi

- a. Meningkatkan pengetahuan pasien terkait dengan pemilihan bahan makanan dan pengaturan diet TKTP
- b. Meningkatkan motivasi pasien untuk meningkatkan asupan makanan

### E. 1.2. Prioritas Modifikasi

Memberikan bentuk makanan lunak sesuai dengan kemampuan pasien dan berkolaborasi dengan keluarga pasien berkaitan pemilihan bahan makanan, makanan, minuman sesuai dengan kebutuhan pasien.

## K. Kolaborasi (RC)

Tabel 19. Kolaborasi

No	Tenaga Kesehatan	Koordinasi
1	Ahli gizi	

2	Dokter	Merencanakan asuhan gizi dan Bertanggung jawab terhadap terapi yang diberikan kepada pasien dan Mengenai patofisiologi penyakit pasien
3	Perawat ruangan	Membantu dalam pemeriksaan fisik/klinis pasien, memonitoring dan mengevaluasi keadaan pasien (Vital sign seperti denyut nadi, suhu tubuh yang kemudian dikoordinasikan kepada ahli gizi terkait dengan pemberian makan
4	Analisis	Data Biokimia
5	Apoteker	Mengenai obat dan interaksi
6	Pasien dan keluarga pasien	Mengedukasi keluarga pasien
7	Tenaga pengolahan	Menyiapkan makanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien yaitu bentuk tim dengan jumlah dan menu sesuai dengan diet yang dianjurkan oleh ahli gizi
8	tenaga Pramusaji	Menyampaikan makanan ke pasien (tepat waktu dan tepat diet)

#### L. Rencana Monitoring

Tabel 20. Rencana Monitoring

Anamnesis	Hal Yang diukur	Waktu Pengukuran	Evaluasi/Target
Antropometri	BB	Akhir kasus	Normal
Biokimia	Batang, Eosinofil, Neutrofil, Segmen, Eritrosit, Hemoglobin, RDW, Albumin, dan MCH, globulin, total protein.	Setiap Hari	Mencapai batas normal
Klinis/fisik	Keadaan Umum, Tanda vital (Tekanan darah, nadi, respirasi, suhu), dan hilangnya	Setiap hari	Lemah berkurang, Vital sign normal, lemak subkutan tidak berkurang

---

	lemak subkutan		
Dietary	Asupan makanan dan daya terima energi, protein, lemak, karbohidrat, cairan	Setiap hari	Asupan dan daya terima mencapai >80%  Sisa makanan pasien ≤ 20%  Bentuk makanan dapat diterima pasien

---

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Skrining Gizi**

Pasien merupakan pasien penyakit dalam yang datang ke RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto pada tanggal 20 Februari 2021 melalui IGD pukul 07.49 WIB dengan diagnosis Ca. Recti dan anemia. MRS pasien dilakukan skrining gizi. Skrining gizi dilakukan pada tanggal 21 Februari 2021 dengan menggunakan MNA (Mini Nutritional Assessment). Hasil skrining didapatkan pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak diharapkan dan adanya penurunan nafsu makan dalam 1 minggu kedepan. Berdasarkan hasil skrining dengan skor 6 didapatkan kesimpulan bahwa pasien malnutrisi, sehingga perlu dilakukan asuhan gizi terhadap pasien secara cepat.

Alasan digunakan form skrining MNA karena skrining ini digunakan untuk pasien lansia dan tingkat validitas, sensitifitas serta spesifisitasnya lebih baik. Selain itu, MUST merupakan metode skrining gizi yang sederhana, cepat, valid dan sehingga dari alasan tersebut, pada studi kasus ini menggunakan form MNA (Susetyowati, 2015). reliable untuk mengidentifikasi pasien yang mempunyai resiko malnutrisi.

#### **B. Antropometri**

Pengukuran berat badan dan tinggi badan Ny. S pada tanggal 21 Februari 2021 diperoleh hasil 36 kg dan 150 cm. IMT 16 kg/m<sup>2</sup> yang bermakna status gizi pasien kurang sehingga perlu dilakukan asuhan gizi secara tepat.

### C. Monitoring dan Evaluasi Data Biokimia

Tabel 21. Monitoring Evaluasi Data Biokimia

Kc 04 April Tgl 2021 20	Albumin	2.09	3.50 – 5.20	g/dL	L
	Basofil	0.2	0 – 1	%	N
	Batang	0.4	3 – 5	%	L
	Eosinophil	1.2	2 – 4	%	L
	Limfosit	7.5	25 – 40	%	L
	Neutrophil	85.5	50,0 - 70,0	%	H
	Segmen	85.1	50 – 70	%	H
	Granulosit	4460,0		/uL	N
	Hematocrit	29	35 – 47	%	LL
	Hemoglobin	9.9	11,7 - 15,5	g/dL	LL
MCH	31.9	26 – 34	pg/cell	N	
MCHC	34.3	32 – 36	%	N	
MCV	93.2	80 – 100	fL	N	
MPV	9.5	9,4 - 12,3	fL	N	
Neutrophil Limfosit Ratio	11.44			N	
Total Limfosit Count	390			N	
Tgl 06 April 2021	Albumin	2.42	3.50 – 5.20	g/dL	L
Rapid Test igM	Non Reaktif				N
Rapid Test IgG	Non Reaktif				N
RDW	17.2	11.5 – 14.5	%	H	
Total Limfosit Count	410			N	
Trombosit	149000	150000 - 440000	u/L	N	
Globulin	3.93	2.70 – 3.20	g/dL	H	
Glukosa Sewaktu	103	< 140	mg/dL	N	
Kreatinin Darah	0.84	0.50 – 1.00	mg/dL	N	
SGOT	17	< 31	U/L	N	
Total protein	6.02	6.60 – 8.80	g/dL	L	
Ureum darah	21.29	15.00 – 40.00	mg/dL	N	
Tgl 02 April 2021	Basofil	0.0	0 – 1	%	N
Batang	0.6	3 – 5	%	L	
Eosinophil	1.1	2 – 4	%	L	
Limfosit	8.1	25 – 40	%	L	
Monosit	5.1	2 – 8	%	N	
Neutrophil	85.7	50,0 - 70,0	%	H	
Segmen	85.1	50 – 70	%	H	
Eritrosit	2.48	3,80 - 5,20	10 <sup>6</sup> /uL	L	
Granulosit	4550,0		/uL	N	
Hematocrit	24	35 – 47	%	LL	
Hemoglobin	8.0	11,7 - 15,5	g/dL	LL	
Leukosit	8310	3600 - 11000	/uL	N	
MCH	32.3	26 – 34	pg/cell	N	
MCHC	32.9	32 – 36	%	N	
MCV	98.0	80 – 100	fL	N	
MPV	9.7	9,4 - 12,3	fL	N	
Neutrophil Limfosit Ratio	10.58			N	
Total Limfosit Count	430			N	
Trombosit	174000	150000 - 440000	u/L	N	

Berdasarkan hasil monitoring pemeriksaan laboratorium dapat diketahui bahwa tes laboratorium dilakukan empat kali selama MRS yaitu pada tanggal 21 Februari 2021, 22 Februari 2021, 23 Februari 2021 dan 24 Februari 2021.

Berdasarkan hasil interpretasi data diperoleh menunjukkan bahwa pasien masih mengalami infeksi dilihat dari kadar nilai Batang (L), Eosinophil (L), Limfosit (L), monosit (H), Neutrophil (L), Segmen (L), eritrosit (L). Pasien masih mengalami anemia ditandai dengan kadar nilai hematocrit (LL), hemoglobin (LL), eritrosit (L), RDW (H) dan kurangnya asupan makanan sumber zat besi (Kemenkes, 2011). Serta kadar albumin masih rendah.

Kurang energi dan protein dapat menurunkan sistem kekebalan tubuh sehingga rentan terhadap infeksi yang akan meningkatkan sitokin proinflamasi yang menyebabkan anemia gravis (Schaible and Kaufmann, 2007; Bianchi, 2016).

#### D. Fisik Klinis

Tabel 22. Monitoring Evaluasi Data Fisik Klinis

Jenis pemeriksaan	22/02/2021	23/02/2021	24/02/2021
Kesadaran	Compos Mentis	Compos Mentis	Compos Mentis
Keadaan umum	Lemah	Sedang	Sedang
System pencernaan	Nafsu makan berkurang (+), mual (+), BAB (-), BAK sedikit (+), Muntah (+), makan sedikit (< 50%)	Nafsu makan berkurang (+), mual (+), BAB (+), BAK (+), makan sedikit (< 50%)	Nafsu makan membaik (+), mual (-), BAB (-), BAK (+), makan sedikit (< 75%)
GCS	15	15	15
Tekanan Darah	111/79 mmHg	99/64 mmHg	100/68 mmHg
Nadi	80 x/menit	70 x/menit	88 x/menit
Respirasi	20 x/menit	20 x/menit	20 x/menit
Suhu	36,00 C	36,60 C	36,00 C

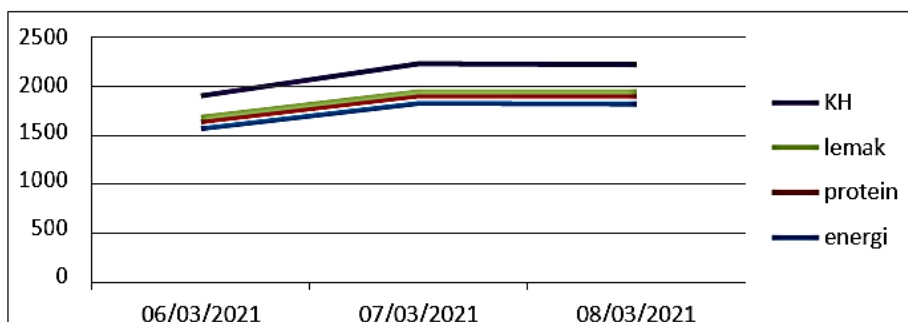
#### E. Perkembangan Asupan Makan

Perkembangan asupan makan pasien diperoleh melalui food recall 24 jam dan Comstock. Zat gizi yang dievaluasi adalah energi, protein, lemak, karbohidrat. Ny. S diberikan diet TB TKTP+putel dengan bentuk makanan saring dimulai dengan pemberian 100% dari kebutuhan energi total. Pemilihan diet TKTP+putel dengan kandungan energy tinggi, protein tinggi, lemak cukup dan karbohidrat cukup

bertujuan memenuhi kebutuhan pasien untuk perbaikan jaringan yang rusak dan mengurangi keluhan mual sehingga asupan makan pasien mengalami peningkatan (Krause, 2017).

Pemberian makanan dimulai dari 70% dari kebutuhan energi total dengan peningkatan pemenuhan kebutuhan secara bertahap hal tersebut didasarkan pada, hasil perhitungan pemberian energi 70% dari kebutuhan total sudah memenuhi kebutuhan minimal BMR (Krause, 2017). Berdasarkan hasil recall 24 jam makan pasien dapat diketahui bahwa asupan makan pasien  $\leq 60\%$  dikarenakan pasien mengalami penurunan nafsu makan (makan sedikit).





Gambar 1. Grafik Perkembangan Asupan Zat Gizi Makro

Berdasarkan perhitungan pemberian makanan mulai dari 70%. Hasil monev hari 1 pasien diberikan diet TKTP+putel dengan bentuk makanan lunak (bubur saring) pada menu makan malam, berdasarkan hasil evaluasi malam pagi responden mengatakan bahwa pasien tidak bisa mengkonsumsi makanan dalam bentuk nasi dikarenakan Ny. S merasakan mual. Presentase asupan makan Ny. S belum mencapai target  $\leq 70\%$  dari kebutuhan energi total hal tersebut disebabkan karena Ny. S masih mengalami mual (+) menyebabkan asupan makan pasien rendah. Oleh karena itu, untuk meningkatkan asupan makan pasien bentuk makanan pasien diubah kedalam bentuk nasi tim untuk makan pagi, berdasarkan hasil monev makan siang diperoleh sisa makan pasien  $\leq 70\%$  dari kebutuhan energi total hal tersebut dikarenakan keluhan mual (+) tapi sudah berkurang. Pemberian makan dalam bentuk lunak bertujuan untuk mengurangi keluhan pasien mual sehingga asupan makan pasien dapat meningkat. Pasien diberikan ekstra susu bertujuan untuk meningkatkan asupan energi. Pada monev hari 2 pasien mengkonsumsi makanan dalam bentuk nasi biasa dengan diet TKTP+putel diperoleh hasil asupan makan pasien  $\geq 70\%$  dari total kebutuhan energi namun berdasarkan hasil evaluasi proporsi sisa makanan golongan sayur dan nasi masih banyak meninggalkan sisa. Pada monev hari 3 asupan energi, protein, lemak, karbohidrat sudah lebih dari  $>70\%$  dari total kebutuhan energi sehingga pada hari ke 4 pasien diberikan makan dengan jumlah asupan sebanyak 100% dari kebutuhan energi total.

## F. Terapi Edukasi

Terapi edukasi merupakan bagian dari terapi gizi yang dilaksanakan dalam kegiatan memberikan edukasi atau konseling kepada keluarga pasien atau penunggu pasien (Susetyowati,2014). Pemberian edukasi pada studi kasus ini terkait dengan

pemilihan bahan makanan, tujuan pemberian makanan, syarat pemberian makan dan cara pengolahan bahan makanan atau makanan. Diharapkan dengan adanya terapi edukasi ini pasien lebih jelas dan dapat menaati diet yang disarankan.

Pada studi kasus kali ini telah dilakukan terapi gizi dengan diet TKTP+putel dengan energi (1.260,7 kkal, protein 61,2 gr). Bentuk makanan yang diberikan dalam bentuk lunak (Tim). Terapi edukasi dilakukan dengan menjelaskan kembali tujuan, prinsip dan syarat diet pasien dan juga edukasi tentang pemilihan bahan makanan dan cara pengolahan makanan kepada keluarga pasien serta memberikan motivasi kepada pasien untuk menghabiskan makanan.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

1. Assesmen
  - a. Pasien didiagnosa Ca. Recti dan Anemia.
  - b. Hasil skrining pasien menggunakan MNA (Mini Nutritional Assessment) diperoleh skor 3 yang berarti beresiko malnutrisi dan diperlukan asuhan gizi.
  - c. Status gizi pasien berdasarkan IMT adalah gizi baik.
  - d. Pasien mengalami penurunan nafsu makan, mual, BAB, BAK.
  - e. Presentase asupan makan sebelum pengamatan (hasil recall 24 jam) MRS belum sesuai dengan target energi 57,96%, protein 69.8%, lemak 103,51%, karbohidrat 51,94%.
2. Intervensi
  - a. Terapi diet RG RL+putel diberikan dalam bentuk makanan lunak (nasi tim) dengan pemberian 3x makan utama 1 kali snack dengan tambahan ekstra putih telur.
  - b. Pemberian makan kepada pasien 100% dari kebutuhan total.
  - c. Kebutuhan energi 1.260,7 kkal, protein 61,2 gr, lemak 27,4 gram, karbohidrat 185 gram.
  - d. Edukasi diet diberikan kepada keluarga pasien mengenai diet TKTP+putel dengan bentuk makanan lunak (tim) sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan pasien. Rencana pemberian diet setelah pasien sembuh meliputi: pemilihan bahan makanan, bentuk makanan dan cara pengolahan makanan dan bentuk diet RGRL+putel sesuai dengan kebutuhan pasien.
3. Re Assesmen
  - a. Status gizi pasien dengan perhitungan IMT adalah (16 kg/m<sup>2</sup>) gizi kurang selama dirumah sakit pasien tidak mengalami penurunan berat badan.
  - b. Kadar hemoglobin, eritrosit, dan albumin pasien rendah sedangkan pemeriksaan BTA belum dilakukan.

- c. Pasien masih mengalami penurunan nafsu makan bertambah sedikit (+), mual (-), BAB (-), BAK sedikit (+).
  - d. Rata-Rata presentase asupan makan pasien sudah sesuai target 70%
  - e. Edukasi kepada keluarga pasien berjalan lancar. Pasien kooperatif dalam menerima informasi.
4. Rencana Tindak Lanjut
- Peningkatan pemenuhan kebutuhan pasien menjadi 80% dari total kebutuhan energi dengan diet TKTP+putel

## **B. Saran**

Sebaiknya diperlukan manajemen pengaturan asupan cairan parenteral dan enteral yang seimbang sehingga nutrisi pasien dapat tercukupi hingga  $\geq 80\%$  dan memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan asupan makanan yang diberikan oleh rumah sakit.

## Daftar Pustaka

- Zahari, A. Deteksi dini, diagnosa dan penatalaksanaan kanker kolon dan rektum. Padang: Fakultas Kedokteran Universitas Andalas; 2011.
- Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014. Jakarta: Depkes; 2014.
- Kementerian Kesehatan RI. Buletin Kanker. Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI 2015. Jakarta: Kemenkes RI; 2015.
- Siegel R, Jemal A. Colorectal Cancer. American Cancer Society. 2013:5-10.
- Jacques F et, al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008. Internat J Cancer. 2010;127(12):2893-917.
- Robbins K, Kumar. Buku Ajar Patologi. Edisi 7. Jakarta EGC; 2012.
- Haggar, FA and Boushey RP. Colorectal Cancer Epidemiology: Incidence, Mortality, Survival and Risk Factors. Thieme Medical Publishers. 2009;22:191-97.
- Yee YK TY, Chan P, Hung IF, Pang R, Wong BC. Epidemiology of Colorectal Cancer in Asia. Journal of Gastroenterologi and Hepatology. 2009;24:1810-6.
- Kimman M et, al. The Burden of Cancer in Member Countries of the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN). APJCP. 2012;13:416.
- WHO IAFRIC. Globocan 2012 Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. 2013
- Breast Cancer Facts and Figures 2011-2012 [Internet]. 2011 [cited 3 Maret 2017]. Available from: [www.cancer.org](http://www.cancer.org).
- Wahidin M. Population-Based Cancer Registration in Indonesia. APJCP. 2012;13:1710.
- Sjamsuhidajat. Pengelolaan Karsinoma Kolorektal (Suatu Panduan Klinis Nasional). Jakarta: Kelompok Kerja Adenokarsinoma Kolorektal Indonesia; 2004.

- Khosama Y. Faktor Risiko Kanker Kolorektal. CDK-234. 2015;42(11).
- Haggar, Fatima A. Colorectal Cancer Epidemiology: Incidence, Mortality, Survival, and Risk Factors. Clinics in Colon and Rectal Surgency. 2009;22(4).
- Sobari A. Hubungan Pola Hidup Dengan 3 Years Survival Rate Penderita Karsinoma Kolorektal Di Rsup. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2010 – 2013. Padang: Universitas andalas 2014.
- Dagfi, A. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. BMJ. 2011;343.
- Seung Eun Lee ea. Risk Factors for Colorectal Neoplasms in Young Adults in a Screening. World Journal of Gastroenterology. 2016;22(10).
- Izzaty AH. Hubungan antara Faktor Usia dengan Kejadian Kanker Kolorektal di RSUD Moewardi Surakarta Tahun 2010-2013. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2015.
- Kurahmawati A. Hubungan Karakteristik (Usia dan Jenis Kelamin) dan Kadar Trigliserida Serum dengan Kejadian Kanker Kolorektal di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Semarang: Universitas Diponegoro; 2012.
- Hermann Brenner, Lutz Altenhofen, Michael Hoffmeister. A Cohort Analysis Sex, Age, and Birth Cohort Effects in Colorectal Neoplasms. Ann Intern Med. Annals of Internal
- Bare S. Buku ajar keperawatan medical bedah Jakarta: EGC; 2002.
- Hararap IA. Perawatan Pasien dengan Kolostomi pada Penderita Cancer Kolorektal. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2004.
- Ikhsanuddin, Ahmad Hararap. Buku Ajar Ilmu Bedah. In: Riwanto Ignatius, Hamami AH, Pieter John, Tjambolang Tadjuddin Ahmadsyah Ibrahim. Usus Halus, Appendiks, Kolon, dan Anorektum. Jakarta: EGC; 2013.

Welton ML, al e. Colon, Rectum and Anus, in: Surgency Basic Science and Clinicall Evidance. Editor: Norton JA etc. Springer Verlag. New York2000.

Snell, Richard S. Anatomi Klinik ed. 6. EGC : Jakarta. 2004

## LAMPIRAN

### Analisis SQFFQ

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi	Protein	LEMAK	H A	Ca	Fe	Vit. A	Vit. B1	Vit. C	Na	K	Coles	Serat	AIR
		Beras giling	150	540,0	10,2	1,1	118,4	9,0	1,2	0,0	0,2	0,0	7,5	150,0	0,0	3,0	19,5
		Telur ayam	34	55,1	4,4	3,9	0,2	18,4	0,9	306,0	0,0	0,0	53,7	60,5	187,0	0,0	25,2
		Ikan segar	6,5	7,3	1,1	0,3	0,0	1,3	0,1	9,8	0,0	0,0	6,5	19,5	0,0	0,0	4,9
		Tempe kedele murni	85	126,7	15,6	3,4	10,8	109,7	8,5	42,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0	54,4
		Tahu	40	27,2	3,1	1,8	0,6	49,6	0,3	0,0	0,0	0,0	4,8	60,4	0,0	0,2	33,9
		Bayam	40	14,4	1,4	0,2	2,6	106,8	1,6	2436,0	0,0	32,0	1,6	166,4	0,0	1,4	34,8
		Daun pepaya	14,3	11,3	1,1	0,3	1,7	50,5	0,1	2609,8	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,8
		Mangga harumanis	11,4	5,2	0,0	0,0	1,4	1,7	0,0	136,8	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,2	9,9
		Kacang ijo	17,1	59,0	3,8	0,2	10,8	21,4	1,1	26,8	0,1	1,0	0,0	0,0	0,0	6,4	1,7
		Gula pasir	10	36,4	0,0	0,0	9,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,5
		Minyak kelapa sawit	10	90,2	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	6000,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		Tomat masak	5	1,0	0,1	0,0	0,2	0,3	0,0	75,0	0,0	2,0	0,2	11,8	0,0	0,4	4,7
		Ayam	2	6,0	0,4	0,5	0,0	0,3	0,0	16,2	0,0	0,0	2,0	7,0	1,2	0,0	1,1
		Jambu biji	8	3,9	0,1	0,0	1,0	1,1	0,1	2,0	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	1,8	6,9
		Biscuit	12,8	58,6	0,9	1,8	9,6	7,9	0,3	0,0	0,0	0,0	64,0	25,6	0,0	0,3	0,3
Total				1042,4	42,1	23,6	166,6	378,4	14,3	11660,8	0,6	62,7	140,4	501,2	188,2	19,6	208,6





**Analisis Recall 24 Jam**

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi	Protein	LEMAK	H A	Ca	Fe	Vit. A	Vit. B1	Vit. C	Na	K	Coles	Serat	AIR
	nasi tim	Beras giling	20	72,0	1,4	0,1	15,8	1,2	0,2	0,0	0,0	0,0	1,0	20,0	0,0	0,4	2,6
	ayam kuluyuk	Ayam	20	60,4	3,6	5,0	0,0	2,8	0,3	162,0	0,0	0,0	20,0	70,0	12,0	0,0	11,2
	tempe bb semur	Tempe	15	22,4	2,7	0,6	1,9	19,4	1,5	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	9,6
	sup pokcoy jamur tiram	Sawi	20	4,4	0,5	0,1	0,8	44,0	0,6	1292,0	0,0	20,4	2,3	73,5	0,0	0,8	18,4
		Wortel	15	6,3	0,2	0,0	1,4	5,9	0,1	1800,0	0,0	0,9	10,5	36,8	0,0	0,8	13,2
		Jamur	5	0,8	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	4,7
		Jagung	13	46,9	1,1	0,6	9,4	1,2	0,6	45,5	0,0	0,0	0,7	33,8	0,0	0,0	1,7
		Seledri	0,25	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,2	0,8	0,0	0,0
	putel	Telur ayam putih	36,6	18,3	4,0	0,0	0,3	2,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	32,1
	buah	Melon	80	6,9	0,5	0,3	5,8	6,4	0,2	29,6	0,1	8,0	1,6	92,8	0,0	0,4	0,0
tambahan	telur darsi	Telur ayam	35	56,7	4,5	4,0	0,2	18,9	0,9	315,0	0,0	0,0	55,3	62,3	192,5	0,0	25,9
	nasi tim	Beras giling	40	144,0	2,7	0,3	31,6	2,4	0,3	0,0	0,0	0,0	2,0	40,0	0,0	0,8	5,2
	telur bb bistik	Telur ayam	35	56,7	4,5	4,0	0,2	18,9	0,9	315,0	0,0	0,0	55,3	62,3	192,5	0,0	25,9
	perkedel tahu kukus	Tahu	30	20,4	2,3	1,4	0,5	37,2	0,2	0,0	0,0	0,0	3,6	45,3	0,0	0,2	25,4
		Tepung terigu	5	18,3	0,4	0,1	3,9	0,8	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	20,0	0,0	0,1	0,6

	capcay kuah	Wortel	35	14,7	0,4	0,1	3,3	13,7	0,3	4200,0	0,0	2,1	24,5	85,8	0,0	1,8	30,9
		Kol kembang	11	2,8	0,3	0,0	0,5	2,4	0,1	9,9	0,0	7,6	3,3	38,4	0,0	0,7	10,1
		Sawi	15	3,3	0,0	0,3	0,0	0,6	0,4	969,0	0,0	15,3	1,8	55,1	0,0	0,6	13,8
		Jagung	15	54,2	0,0	1,3	0,7	10,9	0,7	52,5	0,0	0,0	0,8	39,0	0,0	0,0	2,0
	buah	Pisang ambon	50	49,5	0,0	0,6	0,1	12,9	0,3	73,0	0,0	1,5	9,0	217,0	0,0	1,5	36,0
	putel	Telur ayam putih	36,6	18,3	4,0	4,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	32,1
	nasi tim	Beras giling	30	108,0	2,0	0,2	23,7	1,8	0,2	0,0	0,0	0,0	1,5	30,0	0,0	0,6	3,9
		rolade	Telur ayam	15	24,3	1,9	1,7	0,1	8,1	0,4	135,0	0,0	0,0	23,7	26,7	82,5	0,0
	daging gulung telur	Daging sapi	10	20,7	1,8	1,4	0,0	1,1	0,3	3,0	0,0	0,0	9,3	48,9	7,0	0,0	6,6
	tempe bb opor	Tempe	30	44,7	5,5	1,2	3,8	38,7	3,0	15,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	19,2
	ca buncis wortel jagung	Buncis	15	5,3	0,4	0,0	1,2	9,8	0,2	94,5	0,0	2,9	5,3	11,7	0,0	1,4	13,3
		Wortel	15	6,3	0,2	0,0	1,4	5,9	0,1	1800,0	0,0	0,9	10,5	36,8	0,0	0,8	13,2
		Jagung giling kuning	10	36,1	0,9	0,5	7,2	0,9	0,5	35,0	0,0	0,0	0,5	26,0	0,0	0,0	1,3
	susu	peptisol															
	bubur kacang ijo	Kacang ijo	10	34,5	2,2	0,1	6,3	12,5	0,7	15,7	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	3,8	1,0
		Gula pasir	1	3,6	0,0	0,0	0,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Total				960,6	50,4	22,7	144,8	296,8	13,3	11369,5	0,7	60,4	242,7	1172,8	486,5	17,8	371,5

a. Hari I (Diet TKTP Extra Putel)  
02 April 2021

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi	Protein	LEMAK	H A	Ca	Fe	Vit. A	Vit. B1	Vit. C	Na	K	Coles	Serat	AIR	
Siang	nasi tim	Beras giling	45	162,0	3,1	0,3	35,5	2,7	0,4	0,0	0,1	0,0	2,3	45,0	0,0	0,9	5,9	
	ayam kuluyuk	Ayam	40	120,8	7,3	10,0	0,0	5,6	0,6	324,0	0,0	0,0	40,0	140,0	24,0	0,0	22,4	
	tempe bb semur	Tempe kedele murni	30	44,7	5,5	1,2	3,8	38,7	3,0	15,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	19,2
	sup pokcoy jamur tiram	Sawi	25	5,5	0,6	0,1	1,0	55,0	0,7	1615,0	0,0	25,5	2,9	91,9	0,0	1,0	23,1	
		Wortel	20	8,4	0,2	0,1	1,9	7,8	0,2	2400,0	0,0	1,2	14,0	49,0	0,0	1,0	17,6	
		Jamur	10	1,5	0,4	0,1	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	9,4
		Jagung	13	46,9	1,1	0,6	9,4	1,2	0,6	45,5	0,0	0,0	0,7	33,8	0,0	0,0	1,7	
		Seledri	0,25	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,2	0,8	0,0	0,0	0,2	
	putel	Telur ayam bagian putih	36,6	18,3	4,0	0,0	0,3	2,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	32,1
	buah	Melon	80	6,9	0,5	0,3	5,8	6,4	0,2	29,6	0,1	8,0	1,6	92,8	0,0	0,4	0,0	
telur darsi	Telur ayam	40	64,8	5,1	4,6	0,3	21,6	1,1	360,0	0,0	0,0	63,2	71,2	220,0	0,0	29,6		
Malam	nasi tim	Beras giling	45	162,0	3,1	0,3	35,5	2,7	0,4	0,0	0,1	0,0	2,3	45,0	0,0	0,9	5,9	
	telur bb bistik	Telur ayam	40	64,8	5,1	4,6	0,3	21,6	1,1	360,0	0,0	0,0	63,2	71,2	220,0	0,0	29,6	
	perkedel tahu kukus	Tahu	30	20,4	2,3	1,4	0,5	37,2	0,2	0,0	0,0	0,0	3,6	45,3	0,0	0,2	25,4	
		Tepung terigu	5	18,3	0,4	0,1	3,9	0,8	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	20,0	0,0	0,1	0,6	
	capcay kuah	Wortel	35	14,7	0,4	0,1	3,3	13,7	0,3	4200,0	0,0	2,1	24,5	85,8	0,0	1,8	30,9	
		Kol	11	2,8	0,3	0,0	0,5	2,4	0,1	9,9	0,0	7,6	3,3	38,4	0,0	0,7	10,1	

		kembang															
		Sawi	15	3,3	0,3	0,0	0,6	33,0	0,4	969,0	0,0	15,3	1,8	55,1	0,0	0,6	13,8
		Jagung	15	54,2	1,3	0,7	10,9	1,4	0,7	52,5	0,0	0,0	0,8	39,0	0,0	0,0	2,0
	buah	Pisang ambon	100	99,0	1,2	0,2	25,8	8,0	0,5	146,0	0,1	3,0	18,0	434,0	0,0	3,0	72,0
	putel	Telur ayam bagian putih	36,6	18,3	4,0	0,0	0,3	2,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	32,1
Pagi	nasi tim	Beras giling	45	162,0	3,1	0,3	35,5	2,7	0,4	0,0	0,1	0,0	2,3	45,0	0,0	0,9	5,9
	rolade daging gulung telur	Telur ayam	20	32,4	2,6	2,3	0,1	10,8	0,5	180,0	0,0	0,0	31,6	35,6	110,0	0,0	14,8
		Daging sapi	15	31,1	2,7	2,1	0,0	1,7	0,4	4,5	0,0	0,0	14,0	73,4	10,5	0,0	9,9
	tempe bb opor	Tempe kedele murni	35	52,2	6,4	1,4	4,4	45,2	3,5	17,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	22,4
	ca buncis wortel jagung	Buncis	15	5,3	0,4	0,0	1,2	9,8	0,2	94,5	0,0	2,9	5,3	11,7	0,0	1,4	13,3
		Wortel	15	6,3	0,2	0,0	1,4	5,9	0,1	1800,0	0,0	0,9	10,5	36,8	0,0	0,8	13,2
		Jagung	10	36,1	0,9	0,5	7,2	0,9	0,5	35,0	0,0	0,0	0,5	26,0	0,0	0,0	1,3
	susu	peptisol	20														
	bubur kacang ijo	Kacang ijo	10	34,5	2,2	0,1	6,3	12,5	0,7	15,7	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	3,8	1,0
		Gula pasir	1	3,6	0,0	0,0	0,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total				1300,9	64,5	31,4	196,6	353,9	17,0	12674	0,9	67,6	306,4	1586,6	584,5	22,3	465,4

b. Hari II (Nama: Ny. S, Diet : TB TKTP+putel)

Tanggal : 22 Februari 2021

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi	Protein	LEMAK	H A	Ca	Fe	Vit. A	Vit. B1	Vit. C	Na	K	Coles	Serat	AIR
	nasi tim	Beras giling	50	180,0	3,4	0,4	39,5	3,0	0,4	0,0	0,1	0,0	2,5	50,0	0,0	1,0	6,5
	telur semur	Telur ayam	50	81,0	6,4	5,8	0,4	27,0	1,4	450,0	0,1	0,0	79,0	89,0	275,0	0,0	37,0
	tahu bb tomat	Tahu	40	27,2	3,1	1,8	0,6	49,6	0,3	0,0	0,0	0,0	4,8	60,4	0,0	0,2	33,9
	soto kuning	Kol merah/putih	19	4,6	0,3	0,0	1,0	8,7	0,1	15,2	0,0	9,5	1,9	45,2	0,0	0,9	17,6
		Tauge kacang ijo	10	2,3	0,3	0,0	0,4	2,9	0,1	1,0	0,0	1,5	1,4	0,7	0,0	0,6	9,2
		Tomat masak	5	1,0	0,1	0,0	0,2	0,3	0,0	75,0	0,0	2,0	0,2	11,8	0,0	0,4	4,7
		Mie Soun	5	19,0	0,0	0,0	4,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	0,0
tambahan	loaf daging sapi	Daging sapi	50	103,5	9,0	7,0	0,0	5,5	1,4	15,0	0,0	0,0	46,5	244,5	35,0	0,0	33,0
	buah	Pepaya	125	57,5	0,6	0,0	15,3	28,8	2,1	456,3	0,1	97,5	5,0	276,3	0,0	3,1	108,4
	nasi tim	Beras giling	45	162,0	3,1	0,3	35,5	2,7	0,4	0,0	0,1	0,0	2,3	45,0	0,0	0,9	5,9
	Ayam jamur	Ayam	45	135,9	8,2	11,3	0,0	6,3	0,7	364,5	0,0	0,0	45,0	157,5	27,0	0,0	25,2
		Wortel	5	2,1	0,1	0,0	0,5	2,0	0,0	600,0	0,0	0,3	3,5	12,3	0,0	0,3	4,4
	wortel	Jamur	5	0,8	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	4,7
	tempe bb semur	Tempe	35	52,2	6,4	1,4	4,4	45,2	3,5	17,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	22,4
	opor	Kangkung	43	12,5	1,3	0,1	2,3	31,4	1,1	2709,0	0,0	1,3	28,0	33,5	0,0	0,5	38,6

	kangkung	Labu siam	15	3,9	0,1	0,0	1,0	2,1	0,1	3,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,5	13,8
	buah	Semangka	125	35,0													
	nasi tim	Beras giling	48	172,8	0,6	0,3	8,6	8,8	0,3	737,5	0,1	7,5	5,0	75,9	0,0	1,3	115,1
	telur bb tomat	Telur ayam	50	81,0	3,3	0,3	37,9	2,9	0,4	0,0	0,1	0,0	2,4	48,0	0,0	1,0	6,2
	rolade tahu	Tahu	40	27,2	6,4	5,8	0,4	27,0	1,4	450,0	0,1	0,0	79,0	89,0	275,0	0,0	37,0
	sayur campur sari	Kol	9	2,2	3,1	1,8	0,6	49,6	0,3	0,0	0,0	0,0	4,8	60,4	0,0	0,2	33,9
		Wortel	22	9,2	0,1	0,0	0,5	4,1	0,0	7,2	0,0	4,5	0,9	21,4	0,0	0,4	8,3
		Kc. merah	14	47,0	0,3	0,1	2,0	8,6	0,2	2640,0	0,0	1,3	15,4	53,9	0,0	1,1	19,4
		Jagung	9	32,5	3,2	0,2	8,3	11,2	0,7	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	1,7
	susu	peptisol			0,8	0,4	6,5	0,8	0,4	31,5	0,0	0,0	0,5	23,4	0,0	0,0	1,2
snack	jus mangga	Mangga	75	34,5	0,3	0,2	8,9	11,3	0,2	900,0	0,1	4,5	0,0	0,0	0,0	1,5	65,0
		Gula pasir	5	18,2	0,0	0,0	4,7	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Total				1305,0	60,6	37,2	184,2	340,0	15,4	9472,7	0,8	132,9	327,9	1398,6	612,2	19,1	653,3

c. Hari III (Nama: Ny. . S, Diet : TB TKTP+putel)

Tanggal : 23 Februari 2021

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi	Protein	LEMAK	H A	Ca	Fe	Vit. A	Vit. B1	Vit. C	Na	K	Coles	Serat	AIR
	nasi tim	Beras giling	55	198,0	3,7	0,4	43,4	3,3	0,4	0,0	0,1	0,0	2,8	55,0	0,0	1,1	7,2
	Ayam bb lapis	Ayam	45	135,9	8,2	11,3	0,0	6,3	0,7	364,5	0,0	0,0	45,0	157,5	27,0	0,0	25,2
	tempe asam	Tempe kedele	35	52,2	6,4	1,4	4,4	45,2	3,5	17,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	22,4
	sayur bening	Bayam	40	14,4	1,4	0,2	2,6	106,8	1,6	2436,0	0,0	32,0	1,6	166,4	0,0	1,4	34,8
	telur dadar isi	Telur ayam	50	81,0	6,4	5,8	0,4	27,0	1,4	450,0	0,1	0,0	79,0	89,0	275,0	0,0	37,0
	buah	Semangka	125	35,0	0,6	0,3	8,6	8,8	0,3	737,5	0,1	7,5	5,0	75,9	0,0	1,3	115,1
	nasi tim	Beras giling	45	162,0	3,1	0,3	35,5	2,7	0,4	0,0	0,1	0,0	2,3	45,0	0,0	0,9	5,9
	bandeng bb acar	Ikan segar	55	62,2	9,4	2,5	0,0	11,0	0,6	82,5	0,0	0,0	55,3	165,0	0,0	0,0	41,8
	tahu bb opor	Tahu	45	30,6	3,5	2,1	0,7	55,8	0,4	0,0	0,0	0,0	5,4	68,0	0,0	0,2	38,2
	capcay sayuran	Jamur	15	2,3	0,6	0,1	0,1	0,5	0,3	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,8	14,1
		Sawi	15	3,3	0,3	0,0	0,6	33,0	0,4	969,0	0,0	15,3	1,8	55,1	0,0	0,6	13,8
		Wortel	25	10,5	0,3	0,1	2,3	9,8	0,2	3000,0	0,0	1,5	17,5	61,3	0,0	1,3	22,1
		Jagung muda	14	4,6	0,3	0,0	1,0	1,0	0,1	28,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,6	12,5
		Ayam	5	15,1	0,9	1,3	0,0	0,7	0,1	40,5	0,0	0,0	5,0	17,5	3,0	0,0	2,8
		Kol	15	3,8	0,4	0,0	0,7	3,3	0,2	13,5	0,0	10,4	4,5	52,4	0,0	1,0	13,8
	buah	Pisang ambon	125	123,8	1,5	0,3	32,3	10,0	0,6	182,5	0,1	3,8	22,5	542,5	0,0	3,8	90,0



	nasi tim	Beras giling	45	162,0	3,1	0,3	35,5	2,7	0,4	0,0	0,1	0,0	2,3	45,0	0,0	0,9	5,9
	bola daging bb bistik	Daging sapi	45	93,2	8,1	6,3	0,0	5,0	1,3	13,5	0,0	0,0	41,9	220,1	31,5	0,0	29,7
	tempe bb bistik	Tempe kedele murni	35	52,2	6,4	1,4	4,4	45,2	3,5	17,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	22,4
	ca sawi sendok	Sawi	20	4,4	0,5	0,1	0,8	44,0	0,6	1292,0	0,0	20,4	2,3	73,5	0,0	0,8	18,4
		Wortel	30	12,6	0,4	0,1	2,8	11,7	0,2	3600,0	0,0	1,8	21,0	73,5	0,0	1,5	26,5
		Jagung giling kuning	25	90,3	2,2	1,1	18,1	2,3	1,2	87,5	0,1	0,0	1,3	65,0	0,0	0,0	3,3
	susu	peptisol															
	bubur kacang ijo	Kacang ijo	15	51,8	3,3	0,2	9,4	18,8	1,0	23,6	0,1	0,9	0,0	0,0	0,0	5,6	1,5
		Gula pasir	1	3,6	0,0	0,0	0,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Total				1404,4	70,9	35,3	204,7	454,5	19,0	13355,6	0,9	95,4	316,2	2027,5	336,5	26,5	604,1

## **SATUAN PENYULUHAN (SATPEN) Pengaturan Makan DIET TKTP**

A. JUDUL/TOPIK : Pengaturan Makan Diet TKTP+putel

B. SUB TOPIK :

1. Pengertian Diet TKTP+putel
2. Tujuan Diet TKTP +putel
3. Syarat dan Prinsip Diet TKTP +putel
4. Pemilihan Bahan Makanan (Tinggi Kalori Tinggi Protein dan ekstra putih telur)

C. SASARAN : Pasien dan Keluarga Pasien

D. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukannya penyuluhan ini diharapkan keluarga pasien dapat memahami dan menerapkan prinsip, syarat dan tujuan pengaturan makan diet TKTP +putel.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan pengetahuan mengenai diet TKTP +putel
- b. Memahami prinsip dan syarat diet TKTP +putel
- c. Meningkatkan manfaat penerapan diet TKTP +putel
- d. Mampu memilih bahan makanan dan makanan yang sesuai dengan diet TKTP +putel
- e. Meningkatkan pengetahuan keluarga pasien dalam kaitan pengolahan makanan sesuai dengan diet TKTP +putel
- f. Masalah gizi pada dewasa

E. HARI/TANGGAL : 24 Februari 2021

F. TEMPAT PELAKSANAAN : ruang rawat pasien (Bangsal Dahlia)

G. PELAKSANA : Akrima Sabila

H. METODE PENYULUHAN : Tanya jawab

I. JADWAL PELAKSANAAN :

<b>Proses</b>	<b>Kegiatan</b>		<b>Waktu</b>
	Penyuluh	Keluarga Pasien	
Pendahuluan	1. Salam Pembuka 2. Perkenalan	Memperhatikan	5 menit

Penyajian	Penyampaian materi :	Memperhatikan
	Syarat dan Prinsip Diet TKTP, Pemilihan bahan makanan, makanan dan Cara pengolahan bahan	
Penutup	Salam penutup	Memperhatikan

J. MATERI :

1. Pengertian Diet RGRL+putel

Diet RGRL+putel merupakan pengaturan makanan yang memperhitungkan asupan karbohidrat. Diet RGRL+putel merupakan diet yang mengandung total karbohidrat sebesar 55% dari kebutuhan energi total pasien (Krause, 2017)

2. Tujuan Diet TKTP +putel

- a. Meningkatkan asupan makan pasien secara bertahap mulai dari 60% total kebutuhan energy
- b. Mempertahankan status gizi optimal dengan memperhitungkan kemampuan fungsi ginjal dan hati
- c. Memberikan makanan dengan bentuk lunak sesuai dengan kebutuhan pasien
- d. Mengurangi dan mencegah kerusakan jaringan tubuh

3. Syarat dan Prinsip Diet TKTP +putel

- a. Energi yang diberikan sebesar 40-45 kkal/kg BB (Krause, 2017) atau dapat dihitung dengan menggunakan rumus dari Harris Benedict =  $655,096 + 9,563 (BB) + 1,85 (TB) - 6,755 (U)$  dengan mempertimbangkan faktor aktivitas dan faktor stress, hal tersebut bertujuan untuk memperbaiki dan mempertahankan berat badan dan status gizi.
- b. Protein diberikan sebesar 15% dari kebutuhan total energi atau 2 – 2.5 gr/kg BB. Pemberian protein untuk pasien bertujuan untuk mencegah kerusakan jaringan tubuh.
- c. Lemak diberikan 20% dari total energi. Pembatasan lemak jenuh sebesar <10%.

- d. Karbohidrat diberikan sebesar 60% dari kebutuhan total dengan tujuan untuk mengurangi rasa mual pada pasien.

Bahan Makanan	Dianjurkan	Dibatasi
Sumber Karbohidrat	Nasi, jagung, Kentang, Makaroni, Ubi, Talas (dengan jumlah sesuai kebutuhan)	Gula, Selai, Sirup, Madu, Permen, Minuman manis, dan berenergi tinggi
Sumber Protein Hewani	Telur ayam, ikan tawar, daging ayam, daging sapi	Ikan asin, daging kambing, jeroan
Sumber Protein Nabati	Tempe, Tahu	-
Sayuran	Semua sayur	-
Buah	Semua Buah	Buah yang mempunyai rasa masam

### 5. Self Assesmen (Setelah Rotasi Klinik)

Nama Mahasiswa	:	AKRIMA SABILA
NIP	:	P07131520010
Tanggal	:	25 Februari 2021
Rotasi	:	Asuhan Gizi Geriatri (Kasus Mendalam)

Jawablah pertanyaan dibawah ini, sebelum saudara melakukan praktek rotasi.

1. Tujuan utama saya mengikuti rotasi Gizi Klinik ini adalah mampu mengetahui, melaksanakan, menganalisis kegiatan pemberian asuhan gizi pada pasien secara keseluruhan sehingga mampu meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan gizi secara professional
2. Kekuatan dan kelemahan yang saya miliki untuk melaksanakan rotasi. Berilah tanda (v) pada kolom self assessment, sesuai kemampuan yang saudara miliki.
  - a. (1) = tidak mampu
  - b. (2) = kurang mampu
  - c. (3) = mampu
  - d. (4) = sangat mampu

No.	Capaian Pembelajaran	Self Assessment			
		1	2	3	4
1.	Mampu mengembangkan dan mengukur pengaruh dari pelayanan dan praktek kegizian			V	
2.	Mampu melakukan asuhan gizi (NCP) dengan menggunakan bahasa gizi terstandar untuk individu dengan usia dan status kesehatan bervariasi dalam kasus komplikasi maupun non komplikasi k. Merencanakan dan mengelola penapisan gizi untuk individu l. Merencanakan dan mengelola penilaian status gizi antropometri klien dengan kondisi kesehatan umum m. Merencanakan dan mengelola penilaian status gizi biokimia klien dengan kondisi kesehatan umum n. Merencanakan dan mengelola penilaian status gizi fisik/klinis klien dengan kondisi kesehatan umum o. Merencanakan dan mengelola penilaian status gizi dietary history klien dengan kondisi kesehatan umum p. Menilai status gizi individu dengan kondisi kesehatan kompleks			V	

q. Melakukan penegakan diagnose gizi

	r. Merancang dan menerapkan rencana intervensi gizi sesuai dengan masalah kesehatan klien s. Mampu mengelola pemantauan asupan makanan dan status gizi klien t. Mampu merencanakan dan menerapkan rencana pemberian makanan peralihan				
3.	Mampu mengembangkan dan menerapkan rencana pemberian makanan peralihan			V	
4.	Mampu melakukan monitoring dan evaluasi asupan zat gizi parenteral sesuai dengan kebutuhan gizi klien			V	
5.	Mampu mengkoordinasikan kegiatan pelayanan gizi diantara pemberi pelayanan			V	
6.	Mampu melakukan komponen pelayanan gizi dalam forum diskusi tim medis untuk tindakan dan rencana rawat jalan pasien dalam pelayanan konseling, edukasi gizi, dan dietetic (edukasi kolaborasi/rujukan)			V	
7.	Mampu melakukan praktek kegizian sesuai dengan nilai-nilai dan Kode Etik Profesi Gizi			V	
8.	Mampu berkomunikasi efektif dalam pelayanan konseling, edukasi gizi, dan dietetik untuk penanganan masalah gizi individu untuk membantu perubahan perilaku			V	
9.	Mampu melakukan pengkajian diri dan			V	



	profesi serta pendidikan terkait gizi berpartisipasi dalam pengembangan sepanjang hayat				
10.	Mampu menginterpretasikan dan memadukan pengetahuan ilmiah terbaru dalam praktek kegizian (evidence based practice)			V	
11.	Mampu mengakses data, sumber pustaka, bahan pendidikan untuk pasien, data konsumen dan informasi lainnya dari sumber yang kredible			V	
12.	Mampu melakukan riset bidang gizi untuk meningkatkan profesionalisme dan mendukung proses pengambilan keputusan			V	

3. Pengetahuan dan keterampilan yang saya butuhkan untuk mencapai tujuan rotasi ini adalah penatalaksanaan asuhan gizi dengan IDNT, Metabolisme zat gizi terkait dengan penyakit, patofisiologi penyakit, penentuan dan penegakan diagnosis gizi, interaksi obat dan makanan, perhitungan kebutuhan gizi pasien sesuai dengan penyakit dan kebutuhan zat gizi, interpretasi hasil laboratorium, membaca data dan keadaan pasien melalui e- rekam medis.