

BAB III

NUTRITION CARE PROCESS

A. Skrinning Gizi

1. Skrining awal menggunakan MST (*Malnutrition Screening Tools*)

Tabel 4.
Lembar MST

No	Parameter	Skor
1	Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang direncanakan / tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir? a. Tidak b. Tidak yakin (ada tanda kelon baju/celana) c. Ya penurunan sebanyak - 1 – 5 kg - 6 – 10 kg - 11 – 15 kg - > 15 kg - Tidak diketahui berapa kg penurunannya	0 2 <u>1</u> 2 3 4 2
2	Apakah asupan makanan pasien berkurang karena penurunan nafsu makan / kesulitan menerima makanan? a. Tidak b. Ya	0 <u>1</u>
Total skor :		2
3	Pasien dengan diagnosis khusus? a. Tidak b. Ya Pasien yang beresiko terjadi gangguan gizi diantaranya mengalami gangguan pernafasan, Dm, komplikasi, stroke, pneumonia berat, patah tulang pinggang, dll	<u>0</u> 1
Catatan jumlah skor: Skor 0 – 1 Resiko malnutrisi rendah Skor 1 – 1 dengan diagnosis khusus resiko malnutrisi sedang Skor 2 – 3 resiko malnutrisi sedang Skor 4 – 5 resiko malnutrisi tinggi Keterangan: Skor MST \geq 2 Proses Asuhan Gizi Terstandar oleh Ahli Gizi/Dietisien		Kategori: (garis bawahilah) resiko malnutrisi rendah <u>sedang</u> tinggi

2. Skrining lanjutan menggunakan MUST (*Malnutrition Universal Screening Tools*)

Tabel 5.
Lembar MUST

Diagnosa Medis	Abdominal Pain + GERD	
BB	: 41,4 kg	
TB	: 151 cm	
IMT	: 18,15 kg/m ²	
LiLA	: 23,8 cm	
Parameter		
1. Skor IMT		Σ Skor (2)
- IMT > 20 (obesitas > 30)	= 0	
- IMT 18,5 – 20	= 1	
- IMT < 18,5	= 2 ✓	
2. Skor kehilangan BB yang tidak direncanakan 3-6 bulan terakhir:		Σ Skor (1)
- BB hilang < 5%	= 0	
- BB hilang 5 – 10%	= 1 ✓	
- BB hilang > 10%	= 2	
3. Skor efek penyakit akut		Σ Skor (0)
- Ada asupan nutrisi > 5 hari	= 0 ✓	
- Tidak ada asupan nutrisi > 5 hari	= 2	
Total Skor keseluruhan: 3		
Hasil :		
0 : Beresiko rendah, ulangi skrining setiap 7 hari		
1-3 : Beresiko menengah, monitor asupan selama 3 hari ✓		
4-5 : Beresiko tinggi, monitor asupan setiap hari. Ulangi skrining setiap 7 hari		

Kesimpulan: Berdasarkan hasil skrining awal menggunakan *Malnutrition Screening Tool* (MST), pasien memperoleh skor 2, yang menunjukkan bahwa pasien berada pada kategori berisiko malnutrisi sedang. Selanjutnya dilakukan skrining lanjutan menggunakan *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST), dan diperoleh skor 3. Dengan skor tersebut, pasien dikategorikan sebagai berisiko mengalami malnutrisi sedang hingga tinggi. Hasil ini menjadi dasar untuk dilakukan penilaian gizi lebih lanjut dan penetapan intervensi yang sesuai.

B. Identitas Pasien

1. *Client History* (CH.1)

Tabel 6.
Client history

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Ny. M
CH.1.1.1	Umur	20 tahun, tgl. Lahir 24 April 2004
CH.1.1.2	Jenis kelamin	Perempuan
CH.1.1.5	Suku/etnik	Jawa
CH.1.1.8	Pendidikan	SMA
CH.1.1.9	Peran dalam keluarga	Istri
CH.1.1.12	Mobilitas	Normal
	Ruang perawatan DPJP	RPD Wanita 2.1
	No. RM	dr. Bobby Veland Ardiansyah, Sp.PD
	Diagnosis medis	927223 Abdominal Pain + GERD

2. Riwayat Medis/Kesehatan terkait gizi dari pasien (CH.2.1)

Tabel 7.
Riwayat medis

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1	Keluhan pasien	Keluhan utama yang dirasakan pasien adalah mual, lemas, nyeri ulu hati dan perut terasa panas sampai ke dada sejak 3 hari SMRS. 1 hari SMRS pasien sempat berobat ke klinik terdekat. Di hari berikutnya pasien berobat ke Puskesmas lalu di rujuk ke RSUD Pringsewu.
CH.2.1	Riwayat penyakit	Pasien memiliki riwayat penyakit kista ovarium dan telah menjalankan operasi pada bulan Juni 2024.

3. Riwayat perawatan/terapi/pengobatan (CH.2.2)

Tabel 8.
Riwayat perawatan/terapi/pengobatan

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.2	Riwayat pengobatan	Pasien memiliki riwayat penyakit kista ovarium dan sudah menjalankan operasi pada bulan Juni 2024.

4. Riwayat sosial (CH.3.1)

Tabel 9.
Riwayat sosial

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.3.1.2	Situasi rumah	Tinggal bersama suami
CH.3.1.6	Pekerjaan	Ibu rumah tangga
CH.3.1.7	Agama	Islam
	Penghasilan	Tidak ada

C. Assesmen

(Berisi data antropometri, biokimia, fisik/klinis, dietary assesmen (riwayat gisi dahulu, riwayat gizi sekarang, obat, sosial ekonomi, riwayat personal).

1. Antropometri (AD.1.1)

Tabel 10.
Antropometri

Kode IDNT	Jenis Data	Nilai	Standar	Keterangan
AD.1.1.1	Tinggi badan	151 cm		-
AD.1.1.2	Berat badan	41,4 kg		-
	BBI	45,9 kg		-
	IMT	18,15	18,5-25,0	Berat badan kurang
AD.1.1.4	LiLA	22,8 cm	> 23,5 cm	KEK

Kesimpulan: Berdasarkan hasil pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT), pasien dikategorikan mengalami berat badan kurang. Selain itu, jika dilihat dari hasil pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA), pasien menunjukkan adanya kondisi Kekurangan Energi Kronis (KEK). Kedua indikator

antropometri ini mengindikasikan bahwa pasien berada dalam status gizi yang tidak optimal dan memerlukan intervensi gizi yang tepat untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

2. Pemeriksaan biokimia (BD)

Tabel 11.
Pemeriksaan biokimia

Kode IDNT	Jenis Data	Nilai	Standar	Keterangan
BD.1.10.1	Hemoglobin	12,6 g/dL	12,0-16,0 g/dL	Normal
BD.1.10.2	Hematokrit	37,3 %	40-54%	Normal
BD.1.10.4	Eritrosit	4,52 10 ⁶ /mm ³	4,0-5,5 10 ⁶ /mm ³	Normal
	Leukosit	5,34 10 ³ /mm ³	4,0-10,0 10 ³ /mm ³	Normal
BD.1.10.3	MCV	82,5 fL	80,0-100 fL	Normal
	Trombosit	216 10 ³ /μL	150-450 10 ³ /μL	Normal
	MCH	27,9 pg	27,0-34,0 pg	Normal
	MCHC	33,8 g/dL	32,0-36,0 g/dL	Normal
	Basofil	1,0%	0,0-1,0 %	Normal
	Eosinofil	2,0%	0,5-5,0 %	Normal
	Neutrofil	40,0%	50,0-70,0 %	Rendah
	Limfosit	51,0%	20,0-40,0 %	Tinggi
	Monosit	6,0%	3,0-12,0 %	Normal
BD.1.5.2	GDS	82 mg/dL	70-130 mg/dL	Normal

Kesimpulan: Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil yang signifikan dari beberapa pemeriksaan berada dalam batas normal. Adapun hasil pemeriksaan menunjukkan kadar neutrofil yang rendah dan limfosit yang tinggi. Dengan nilai limfosit dan neutrofil yang abnormal memungkinkan pasien sedang mengalami infeksi atau inflamasi (Yuntoharjo et al., 2018).

3. Fisik/Klinis (PD.1.1)

Tabel 12.
Fisik/klinis

Kode IDNT	Fisik/klinis	Hasil	Nilai normal	Keterangan
PD.1.1.1	Kondisi umum	Compos mentis	Compos mentis	
PD.1.1.5	Sisitem pencernaan	Mual, muntah, lemas, nyeri ulu hati, perut terasa panas sampai ke dada	Negative	
PD.1.1.19	Tenggorokan dan menelan	Tidak ada gangguan menelan	Tidak ada gangguan menelan	
PD.1.1.21	Tanda tanda vital			
	Suhu	36,2 °C	35,5-37,5 °C	Normal
	Tekanan darah	100/60 mmHg	90/60 - 120/80 mmHg	Normal
	Respirasi	20x/menit	12-20x/menit	Normal
	Nadi	84x/menit	60-100x/m	Normal

Kesimpulan: Berdasarkan hasil pemeriksaan klinis, tekanan darah, suhu tubuh, frekuensi respirasi, dan denyut nadi pasien berada dalam batas normal. Namun demikian, pasien mengeluhkan adanya nyeri pada ulu hati serta sensasi panas pada perut yang menjalar hingga ke dada, yang merupakan gejala khas dari *Gastroesophageal Reflux Disease* (GERD). Selain itu, pasien juga mengalami muntah setelah makan, yang semakin memperkuat indikasi adanya gangguan pada saluran cerna bagian atas.

4. Riwayat terkait gizi dalam makanan (FH)

a. FFQ (*Food Frequency Quistionare*)Tabel 13.
FFQ

Kode IDNT	Jenis data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat diet (pola makan)	Sumber KH: Beras ketan 1x/bln. Jagung tidak pernah. Ubi 1x/bln. Talas tidak pernah. Singkong 1-2x/mgg. Beras merah tidak pernah. LH: Ikan asin 2-3x/bln. Kornet tidak pernah. Telur asin tidak pernah.

Kode IDNT	Jenis data	Keterangan
		<p>LN: Tahu 3-4x/mgg. Tempe 2-4x/mgg.</p> <p>Sayuran: Kemangi mentah 3-4x/mgg. Mentimun tidak pernah. Kol mentah 3-4x/mgg.</p> <p>Buah: Pisang 3-4x/mgg. Jeruk manis 1-2x/mgg. Alpukat 1x/bln. Pepaya 3-4x/mgg.</p> <p>Lemak: Kacang tidak pernah. Santan 1-2x/mgg.</p> <p>Snack: Rempeyek 3-4x/mgg. Kelanting 3-4x/mgg. Kerupuk 1-3x/hr. Keripik 1-3x/hr.</p> <p>Kebiasaan makan: Pola makan pasien SMRS adalah 3x makan utama dan sesekali mengkonsumsi makanan selingan dengan jadwal yang tidak teratur.</p>
FH.2.1.2	Pengalaman diet	Pasien belum pernah mendapatkan diet atau edukasi terkait penyakit saat ini.
FH.2.1.3	Lingkungan makan	Pasien mengkonsumsi makanan dengan menu yang sama dengan keluarga dirumah.
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan zat gizi	Pengetahuan pasien terkait diet lambung masing belum baik, hal tersebut dilihat berdasarkan hasil perolehan skor pada <i>pretest</i> yaitu 66.
FH.5.2	Perilaku menghindari	Pasien tidak memiliki pantangan dan alergi pada makanan tertentu.
FH.5.4	Perilaku makan	Pasien mempunyai kebiasaan suka mengkonsumsi makan yang pedas dan di goreng, pasien sangat menyukai sambal. Sejak 3 hari SMRS pasien merasa mual dan tidak nafsu makan. Pasien juga sering mengkonsumsi makanan di malam hari kemudian langsung berbaring.

Kesimpulan: Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien dan keluarga, diketahui bahwa pola makan pasien selama masa rawat di rumah sakit (SMRS) adalah tiga kali makan utama dengan konsumsi makanan selingan yang dilakukan secara tidak teratur. Keluarga pasien juga menyatakan bahwa pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan tertentu dan tidak selektif atau memilih-milih dalam hal konsumsi makanan. Sejak 3 hari SMRS pasien sudah mengalami mual dan muntah yang mengakibatkan pasien tidak nafsu makan, sebelum

sakit pasien suka sekali mengkonsumsi sambal dalam setiap kali makan dan juga menyukai makanan yang diolah dengan cara digoreng. Pasien juga seringkali langsung berbaring setelah makan pada malam hari. Hasil *pretest* pasien memperoleh skor 66, hal tersebut menandakan bahwa pengetahuan pasien terkait diet lambung masi belum baik.

b. *Recall* 1x24 jam (FH.2.7.8)

Hasil recall 1 hari SMRS yaitu;

1) Pagi : Nasi 3 sdm

Pindang patin ½ ptg

Biskuit roma sari gandum 3 keping

2) Siang : Nasi 3 sdm

Pindang patin 1 ptg

Pepaya 1 ptg kecil

3) Sore : Nasi 3 sdm

Telur ceplok 1 butir

Bening oyong 2 ptg

Tabel 14.
Recall 1x24 jam

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan oral	530,7	22,2	13,8	64,9
Total Kebutuhan	1853,5	62,1	32,82	331,76
% asupan	29	36	45	20
Kategori	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang

Kesimpulan: Berdasarkan hasil *recall* pasien 1 hari SMRS didapatkan hasil energi 29%, protein 36%, lemak 45%, dan karbohidrat 20% termasuk dalam kategori asupan kurang. Hal tersebut mengacu pada kondisi pasien yang mengalami mual, muntah, serta penurunan nafsu makan.

c. Terapi medis dan fungsi (FH.3.1)

Tabel 15.
Terapi medis dan fungsi

Kode IDNT	Jenis terapi medis	Fungsi	Interaksi dengan makanan
FH.3.1	Ringer Laktat Infus 500ml	Larutan elektrolit, menggantikan cairan tubuh yang hilang.	Penggunaan pada pasien tertentu diperlukan pembatasan bahan makanan tertentu yang mengandung banyak natrium, kalium, kalsium, klorida guna mencegah komplikasi akibat kelebihan asupan
	Omeprazole Injeksi	Menghambat produksi asam lambung yang berlebihan.	Efektif diminum 30-60 menit sebelum makan, apabila dikonsumsi terlalu dekat dengan waktu makan maka akan menurunkan efektivitas obat dan juga mengganggu penyerapan kalsium dan magnesium serta mengganggu pelepasan vitamin B12 dari karena adanya penurunan asam lambung.
	Ondansetron Injeksi	Mengurangi gejala mual dan muntah.	Obat tersebut dapat dikonsumsi sebelum, saat, maupun sesudah makan. Efek samping yang mungkin timbul adalah mual, oleh karena itu konsumsi obat bersama makanan ringan dianjurkan untuk mengurangi rasa tidak nyaman di lambung.
	Cavicur	Anti-inflamasi mengurangi peradangan dan nyeri.	Disarankan dikonsumsi bersama makanan untuk menghindari adanya gangguan pada lambung dan meningkatkan penyerapan zat aktif.
	Sukralfat Syrup	Mengobati kerusakan pada ulkus lambung dan duodenum.	Makanan dapat menyebabkan penurunan efektivitas

Kode IDNT	Jenis terapi medis	Fungsi	Interaksi dengan makanan
			obat apabila dikonsumsi dalam waktu yang berdekatan
	Ranitidin injeksi	Menghambat produksi asam lambung	Efektif diminum 30-60 menit sebelum makan, hindari konsumsi bersama makanan pedas, asam dan berlemak guna mencegah nyeri pada lambung
	Domperidon	Mengurangi mual dan muntah	Penurunan efektivitas apabila dikonsumsi setelah mengkonsumsi makanan
	Klordiazepoksida + Clidium Bromida	Mengatasi gejala kecemasan, stress dan gangguan pencernaan	Diminum 30-60 menit sebelum makanan, guna mencegah gejala seperti nyeri, kram, atau diare setelah makan.

Keimpulan: Obat yang diberikan kepada pasien yaitu melalui infus dan oral. Untuk obat yang diberikan melalui infus tidak terdapat interaksi atau berpengaruh terhadap makanan. Pada obat yang diberikan secara oral seperti sukralfat sirup dan domperidon memiliki dampak apabila dikonsumsi bersama makanan maka dapat menurunkan efektivitas obat.

D. Diagnosis Gizi

Tabel 16.
Diagnosis gizi

Kode IDNT	Diagnosis gizi
NI.2.1.	Asupan oral tidak adekuat berkaitan dengan disfungsi gastrointestinal (nyeri abdominal dan GERD) ditandai dengan hasil recall 1 hari SMRS yaitu asupan energi 29%, protein 36%, lemak 45%, karbohidrat 20%, penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan sebesar 10% sejak sebelum sakit.
NC.3.1.	Berat badan yang rendah (<i>underweight</i>) disebabkan oleh asupan energi yang tidak mencukupi akibat pasien mengalami mual dan muntah, yang ditunjukkan dengan nilai IMT sebesar 18,15 dan asupan energi hanya 29%.
NB.1.1.	Kurangnya pemahaman mengenai makanan dan nutrisi terkait dengan pemilihan makanan yang kurang tepat, ditandai

	oleh pasien yang belum menerima edukasi mengenai kondisi penyakitnya saat ini serta hasil skor pretest yang rendah (66).
--	--

E. Rencana Intervensi

1. Rencana Intervensi

a. Tujuan intervensi :

- 1) Membantu meningkatkan asupan oral secara bertahap dimulai dari 80% kebutuhan sesuai dengan kemampuan pasien
- 2) Memberikan makanan yang tidak memberatkan kerja lambung
- 3) Membantu meningkatkan berat badan
- 4) Meningkatkan kemampuan dalam pemilihan makanan

b. Preskripsi diet (ND)

Jenis diet : Diet Lambung 1500 kal

Bentuk makanan : Lunak

Route diet : Oral

Frekuensi : 3x makanan utama, 1x makan selingan

c. Prinsip diet :

- 1) Makanan lunak tidak mengandung bumbu yang berbau tajam dan merangsang
- 2) Makan secara perlahan porsi kecil dengan frekuensi sering

d. Syarat diet :

- 1) Kebutuhan energi diberikan sesuai dengan perhitungan menggunakan rumus Mifflin khusus untuk wanita, dengan mempertimbangkan faktor aktivitas dan faktor stres, sehingga didapatkan total kebutuhan energi sebesar 1853,5 kkal.
- 2) Protein diberikan dalam jumlah tinggi untuk pasien dengan berat badan kurang, yaitu sebesar 1,5 gram per kilogram berat badan aktual, sehingga kebutuhan protein pasien adalah sekitar 62,1 gram.
- 3) Lemak diberikan 15% dari kebutuhan total, yaitu 30,89 gr.
- 4) Karbohidrat diberikan berdasarkan sisa energi dari kebutuhan protein dan lemak, yakni 331,76 gr.
- 5) Vitamin dan mineral cukup berdasarkan AKG

6) Perhitungan kebutuhan gizi:

Rumus Mifflin

$$\begin{aligned} \text{RMR} &= 10(\text{BB}) + 6,25(\text{TB}) - 5(\text{U}) - 161 \\ &= 10(41,4) + 6,25(151) - 5(20) - 161 \\ &= 1096,75 \text{ kkal} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{TEE} &= \text{RMR} \times \text{FA} \times \text{FS} \\ &= 1096,75 \times 1,3 \times 1,3 \\ &= 1853,5 \text{ kkal} \end{aligned}$$

$$\text{Energi 80\%} = 80\% \times 1853,5 = 1482,8 \text{ kkal}$$

$$\begin{aligned} \text{Protein} &= 1,5 \times \text{BB Aktual} \\ &= 1,5 \times 41,4 \\ &= 62,1 \text{ gr} \times 4 = 248,4 \text{ kkal (13,4\%)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Protein 80\%} &= 80\% \times 62,1 \text{ gr} \\ &= 49,68 \text{ gr} \times 4 = 198,72 \text{ kkal} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Lemak} &= 15\% \times \text{TEE} \\ &= 15\% \times 1853,5 \text{ kkal} \\ &= 278,02 \text{ kkal} / 9 = 30,89 \text{ gr} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Lemak 80\%} &= 80\% \times 30,89 \text{ gr} \\ &= 24,72 \text{ gr} \times 9 = 222,41 \text{ kkal} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Karbohidrat} &= \text{Energi} - (\text{protein} + \text{lemak}) \\ &= 1853,5 - (248,4 + 278,02) \\ &= 1327,07 \text{ kkal} / 4 = 331,76 \text{ gr (71,59\%)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{KH 80\%} &= 80\% \times 331,76 \text{ gr} \\ &= 265,41 \text{ gr} \times 4 = 1061,63 \text{ kkal} \end{aligned}$$

Kebutuhan zat gizi mikro:

$$\text{Kalsium (Ca)} = 1000 \text{ mg}$$

$$\text{Besi (Fe)} = 18 \text{ mg}$$

$$\text{Retinol (A)} = 600 \text{ RE}$$

$$\text{Thiamin (B1)} = 1,1 \text{ mg}$$

$$\text{Vitamin C} = 75 \text{ mg}$$

2. Intervensi Edukasi (E) / Konseling Gizi (C)

a. Rencana konseling gizi

Tabel 17.
Rencana konseling gizi

Tujuan	Setelah diberikan edukasi mengenai diet yang sedang dijalankan oleh pasien, yaitu diet lambung dengan pemilihan makanan dengan tekstur yang lunak, tidak berbumbu tajam dan tidak merangsang, keluarga pasien diharapkan dapat mengerti dan memahami dengan pasti diet yang diberikan saat ini dan setelah pulang nanti.
Sasaran	Pasien dan keluarga pasien
Tempat	RPD wanita 2.1
Waktu	Edukasi dilakukan pada hari Kamis, 10 April 2025
Materi	Menjelaskan tentang diet lambung dengan bentuk makanan lunak. Menginformasikan bahan makanan yang harus dibatasi, seperti pembatasan konsumsi bahan makanan tinggi kafein seperti kopi dan teh, dan bahan makanan yang pedas berbumbu tajam. Menginformasikan bahan makanan yang dianjurkan seperti nasi/tim/bubur, kentang rebus, ikan, ayam tanpa kulit, telur, susu, tahu, tempe, labu siam, wortel, labu kuning, pepaya, pisang, yang tentunya diolah dengan cara ditim, dikukus, dipepes, direbus dan dipanggang.
Metode	Ceramah, diskusi dan tanya jawab
Media	Leaflet diet lambung dan daftar bahan makanan penerkar

F. Implementasi Asuhan Gizi

1. Pemberian Makanan/Diet (ND)

- a. Jenis diet yang diberikan : Diet Lambung 1500 kal
- b. Bentuk makanan : Makanan lunak
- c. Cara pemberian : Oral
- d. Frekuensi pemberian : 3 kali makanan utama, 1 kali selingan
- e. Porsi pemberian : 80% dari kebutuhan (diberikan bertahap)

2. Edukasi/Konseling Gizi (C)

- a. Waktu pemberian : Kamis, 10 April 2025
- b. Metode : Ceramah, diskusi dan tanya jawab.
- c. Tempat : Ruang penyakit dalam wanita
- d. Materi : Diet lambung

3. Kolaborasi (RC)

Tabel 18.
Rencana kolaborasi

No	Tujuan	Target	Bentuk kolaborasi
1.	Memperoleh perkembangan penyakit pasien secara klinis	DPJP	Menginformasikan kepada semua tenaga kesehatan yang terlibat terkait diagnosa medis pasien.
2.	Memperoleh data pasien terupdate	Perawat ruangan	Meminta izin untuk melakukan assesmen pasien atas nama Ny. M, menanyakan kamar serta nomor bed, serta mendapatkan data rekam medik pasien.
3.	Memenuhi kebutuhan gizi pasien	Ahli gizi ruangan	Berkolaborasi dalam penentuan diet dan pemenuhan kebutuhan gizi pasien.
4.	Edukasi gizi	Keluarga pasien	Memberikan konseling dan edukasi
5.	Pemberian diet	Pramusaji	Koordinasi terkait pergantian diet dan pengantaran menu.

G. Monitoring dan Evaluasi

a. Rencana monitoring dan evaluasi

Tabel 19.
Rencana monitoring dan evaluasi

No	Parameter	Indikator	Metode	Target	Rencana
1	Antropometri	Berat badan IMT LiLA	Pengukuran	45,9 kg 18,5-25,0 >23,5 cm	Setiap 3 hari
2	Biokimia	Hemoglobin Hematokrit Leukosit Eritrosit MCV Trombosit MCH	Pengecekan rekam medis	12,0-16,0 g/dL 40-54% 4,0-10,0 $10^3/\text{mm}^3$ 4,0-5,5 $10^6/\text{mm}^3$ 80,0-100 fL 150-450 $10^3/\mu\text{L}$ 27,0-34,0 pg	Setiap ada pemeriksaan

No	Parameter	Indikator	Metode	Target	Rencana
		MCHC Basofil Eusinofil Neutrofil Limfosit Monosit GDS		32,0-36,0 g/dL 0,0-1,0 % 0,5-5,0 % 50,0-70,0 % 20,0-40,0 % 3,0-12,0 % 70-130 mg/dL	
3	Klinis/fisik	Tekanan Darah Nadi Respirasi Suhu Tubuh Mual Muntah Lemas Nyeri ulu hati Perut terasa panas sampai ke dada	Pengecekan rekam medis	90-60-120/80 mmHg 60-100x/m 12-20x/menit 35,5-37,5 °C Negative Negative Negative Negative Negative	Setiap hari
4	Asupan makan	Energi Protein Lemak Karbohidrat	Recall 1x24 jam	90-110% 90-110% 90-110% 90-110%	Setiap hari
5	Edukasi	Skor pengetahuan	Kuesioner dan wawancara	Skor >80	Awal dan akhir intervensi