

BAB III

NUTRITION CARE PROCESS

A. Skrining Gizi

Lembar Skrining Gizi *Subjective Global Assessment (SGA)*

Tabel 5.

Subjective Global Assessment (SGA)

Riwayat Medis				
Deskripsi	Jawaban	Skor SGA		
		A	B	C
1.Berat badan /Perubahan BB				
▪ BB biasanya (<i>usual weight</i>) (kg) ▪ BB awal masuk RS (kg)	60 kg 54,4 .kg			
Kehilangan BB biasanya (<i>usual weight</i>)	1. () tidak ada, BB normal 2. () tidak ada, tapi BB dibawah normal 3. (√) ada perubahan, tapi BB belum normal 4. () turun	A	B (B)	C
Persentase Kehilangan : ((BB biasanya – BB awal masuk)/BB biasanya) ×100%	1. (√) <5% 2. () 5-10% 3. () >10%	(A)	B	C
2.Asupan Makanan				
▪ Ada perubahan ? ▪ Perubahan dan jumlah asupan: Lamanya dan derajat perubahan asupan makanan	1. (√) ya 2. () tidak 3. () asupan cukup dan tidak ada perubahan; kalau ada, hanya sedikit dan tau dalam waktu singkat 4. () asupan turun tapi tahap ringan daripada sebelum sakit 5. (√) asupan tidak cukup dan turun tahap beratdarisebelu,nya 6. () <2 minggu, sedikit atau tanpa perubahan 8. () > 2 minggu, perubahan ringan sampai sedang 9. () tak bisa makan, perubahan drastis	(A) A	B (B)	C C

3. Gejala Gastrointestinal		Frekuensi	Lamanya			
1. anoreksia	1. (✓) ya 2. () tidak	1. () tidak pernah 2. (✓) tiap hari	1. (✓) >2 minggu 2. () <2 minggu			
2. mual	1. (✓) ya 2. () tidak	3. () 2-3x/mgg 4. () 1-2 x/mgg	1. (✓) >2 minggu 2. () <2 minggu			
3. muntah	1. (✓) ya 2. () tidak	1. () tidak pernah 2. (✓) tiap hari	1. (✓) >2 minggu 2. () <2 minggu			
4. diare	1. () ya 2. (✓) tidak	3. () 2-3x/mgg 4. () 1-2 x/mgg	1. (✓) >2 minggu 2. () <2 minggu			
Keterangan : ▪ Jika ada beberapa gejala /tidak ada gejala , sebentar- sebentar ▪ Jika ada beberapa gejala <2 minggu ▪ Jika lebih dari satu atau semua gejala setiap hari/teratur >2 minggu				A	(B)	C
4. Kapasitas Fungsional						
▪ Ada perubahan kekuatan/stamina tubuh? ▪ Bila ada perubahan: ▪ Deskripsi keadaan fungsi tubuh:		1. (✓) ya 2. () tidak ada perubahan (tetap) 1. () meningkat 2. (✓) menurun 1. () aktifitas normal, tidak ada kelainan, kekuatan/ stamina tetap 2. () aktifitas ringan, hanya mengalami sedikit penurunan (tahap ringan) 3. (✓) tanpa aktivitas/di tempat tidur, penurunan kekuatan/stamina tetap buruk		A	(B)	C
5. Penyakit dan Hubungannya dengan Kebutuhan Gizi						
▪ Diagnosis utama ▪ Diagnosis lainnya ▪ Secara umum, ada gangguan stress metabolic? ▪ Bila ada, kategorinya (stress metabolic akut)		Gagal ginjal kronik stadium 5 1. (✓) ya 2. () tidak 1. (✓) rendah/sedang (misal: infeksi, penyakit jantung kongestif) 2. () tinggi (misal : <i>ulcerative colitis</i> +diare, kanker)		A	(B)	C
Pemeriksaan Fisik						

Deskripsi	Jawaban	Skor SGA		
		A	B	C
1.Kehilangan lemak subkutan (trisep, bisep):	1.(✓) tidak ada	A		
2.Kehilangan massa otot (pelipis,tulung selangka, scapula atau tulang belikat, tulang rusuk atau iga, betis, lutut)	2.() beberapa tempat	A	B	C
3. Edema	3.() semua tempat	A	B	C
4.Ascites	1.() tidak ada	A	B	C
	2.(✓) beberapa tempat		B	C
	3.() semua tempat			
	1.(✓) taka da/sedikit			
	2.() sedang			
	3.() berat			
	1.() taka da/sedikit			
	2.(✓) sedang			
	3.() berat			
Keseluruhan Skor SGA		4 7 0		
A = gizi baik/normal (sekor “A” pada 50% kategori atau ada peringatan signifikan)				
B = gizi ringan -sedang (tidak terindikasi jelas pada “A” atau “C”)				
C = gizi buruk (skor “ C” pada > 50% kategori, tanda -tanda fisik signifikan)				

Kesimpulan skrining menunjukan bahwa responden mengalami resiko malnutrisi sedang, hal tersebut didapatkan melalui pertanyaan penurunan berat badan dan juga penurunan nafsu makan, dengan skor nilai A mendapat 4 poin, dan skor nilai B mendapat 7 poin.

B. Gambaran identitas pasien

Seorang pasien berjenis kelamin laki-laki Bernama Tn. E berusia 69 tahun dirawat di ruang perawatan kelas 3 dengan diagnosis medis *chronic kidney disease stage v* (CKD) dan Hipertensi, pasien didiagnosis gagal ginjal kronis sejak tahun 2024. Pasien tidak ada alergi makanan, keluarga pasien mengatakan bahwa 2 bulan yang lalu pasien pernah di rawat di RS dengan diagnosis gagal ginjal kronik dan di sarankan untuk hemodialisis namun pasien tidak mau. Pada tanggal 7 April 2025, ketika datang kerumah sakit pasien mengeluh lemas, mual, muntah perut terasa nyeri sesak nafas. Tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 98, pernafasan 24x/menit dan suhu 36⁰C, kegiatan sehari hari pasien adalah buruh tani tinggal bersama istri.

1. Riwayat Personal *Client History* (CH.1)

Nama : Tn. E

No. rekam medis : 000078
 Tanggal lahir : 03 Juni 1955
 Usia : 69 tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Agama : Islam
 Alamat : Air Bakoaman, Kec Pulau Panggung, Tanggamus
 Pekerjaan : Buruh Tani
 Diagnosa medis : Gagal ginjal kronik *stage V*
 Ruang : Rinjani 2, ruang penyaakit dalam
 DPJP : dr. Bobby Velad Ardiansyah , Sp.PD
 Tanggal masuk RS : 7/4/2025
 Tanggal Asessment : 8/4/2025
 Tanggal intervensi : 9/4/2025
 Tanggal keluar RS : 11/4/2025

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

Tabel .6

Riwayat medis

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1	Keluhan pasien	Pasien mengalami sesak nafas mual, muntah ,tidak nafsu makan sakit pada perut ,asites
CH.2.1	Riwayat penyakit medis	Hipertensi, <i>chronic kidney disease stage v (CKD)</i>

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

Tabel 7.

Riwayat perawatan/terapi/pengobatan

Kode IDNT	Jenis data	Keterangan
CH.2.2	Riwayat pengobatan	Pasien pernah dirawat di RS 2 bulan sebelumnya

b. Riwayat sosial (CH.3.1)

Tabel 8.
Riwayat sosial

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.3.1.2	Situasi rumah	Pasien tinggal bersama istrinya sehari hari
CH.3.1.6	Pekerjaan	Bekerja sebagai buruh tani
CH.3.1.7	Agama	Beragama islam

C. Assessment Gizi

1. AD. Antropometri

Pada saat pengukuran fisik pada pasien penyakit gagal ginjal kronik yaitu pengukuran tinggi badan ,berat badan, pengukuran tinggi badan menggunakan microtois, berat badan menggunakan timbangan digital

Pengukuran Antropometri dilakukan pada tanggal 8 april 2025 yaitu:

Tabel 9.
Pengukuran Antropometri

No.	Indikator Pengukuran	Hasil Pengukuran
1.	Berat Badan sebelum sakit $\pm$ 2 bulan yang lalu	60 kg
2.	Berat Badan estimasi LILA	54,4 kg
3.	Lingkar lengan atas	26 cm
4.	Tinggi Lutut	47 cm
5.	Usia	69 tahun
6.	Tinggi Badan estimasi	156,37 cm
7.	Berat Badan Ideal (BBI)	56,37kg
8.	Indeks Massa Tubuh (IMT)	22,6 kg/m ²
9.	Status Gizi	normal
10.	Penurunan Berat Badan	5,6 kg

Dari hasil tabel 8. Didapatkan pengukuran tinggi badan berdasarkan estimasi tinggi lutut yaitu 156,37 cm, berat badan 54,4 kg. BBI pasien yaitu 56,37 kg dan IMT 22,6 kg/m², normal

2. BD. Data Biokimia

Data biokimia didapati berdasar dari hasil pemeriksaan laboratorium, meliputi:

Tabel 10.
Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Keterangan
Hemoglobin	8,5 g/dl	12,0-16,0	Rendah
Hematokrit	26,0 mm3	40,0- 54,0/%	Rendah
Leukosit	5,100 mcl	4000-1000	Normal
Trombosit	98,000 mm3	150.000-450.000	Rendah
Ureum	361,89 mg/dl	19-49 g/dl	Tinggi
Creatinin	13,20 g/dl	1,20 mg/dl	Tinggi
Eritrosit	3,11mm3	4.0-5,2mm3	rendah
MCV	86,6 qg	80,0-100	Normal
MCH	27,7 g/dl	27,0-34,0	Normal
MCHC	33,1 FL	32,0-36,0	Normal
GDS	79 mg/dl	70-115mg/dl	Normal

Pada tabel 9. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan pada saat pemeriksaan pada tanggal 7 april 2025 yaitu 8,5 g/dl rendah, hematokrit yaitu 26,0 rendah, trombosit 98.000 rendah, ureum 362,89 mg/dl tinggi, creatinine 13,20 tinggi wirtrosit rendah, pada nilai lab yang lain menunjukkan nilai raboratorium normal

3. Fisik/ Klinis

Tabel 11.
Hasil Pemeriksanaan klinis

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Keterangan
Tekanan darah	150/90	90-120	Tinggi
Suhu tubuh	36 ⁰ c	36-37,5 ⁰ c	Normal
Nadi	98x/mnt	60-100x/menit	Normal
Respirasi	24x/mnt	20x/menit	Normal

Pada tabel 10. Didapatkan hasil catatan rekam medis pasien yaitu tekanan darah 150/90 mmHg tinggi , suhu tubuh 36⁰c normal , nadi 98x/menit normal dan nafas 24x/menit normal

Tabel 12.
Hasil Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan	Hasil	Keterangan
Lemas	Ya	Tidak normal
Mual	Ya	Tidak normal
muntah	Ya	Tidak normal
Nyeri perut	Ya	Tidak normal
Nafsu makan	Tidak nafsu makan	Tidak normal
Asites	Asites	Tidak normal

Pada tabel 11. Didapatkan hasil observasi bahwa pasien memiliki keluhan fisik mual, muntah, nyeri perut .

4. FH. *Dietary History*

Riwayat terkait gizi dalam makanan (FH)

a. SQ-FFQ (*Food Frequency Quistionare Semi Quantitative*)

Tabel 13.
SQ-FFQ

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat diet (pola makan)	Sumber KH : nasi 3x/hari (1 ctg= 100g), ubi 1x/hari (1 bh 120 g) LH :Ayam 3-6x/mg (1 ptg =40 g), telur 1x/ bln (1 btr=55g LN :tempe 1-2x/mg (2 ptng=50 g), tahu 1-2x/mg (2 ptg =110g) Sayur : bayam3-6x/mg (100g), kangkong 3-6x/mg (100g) Buah : pisang 1x/hari(1bh 45g),semangka 3-6x/mg (2 ptg =180g) Snack : pisang goreng 3-4x/mgg Kebiasaan makan : pola makan pasien sebelum masuk rs adalah 3 kali makan utama dengan 1 selingan sebanyak 2 ptng pisang goreng dengan jadwal yang tidak teratur, suka minum kopi 1x/hari dengan 1 sdm gula , sering makan ikan asin 3x dalam seminggu, Pasien suka minum minuman kemasan seperti teh sisri dan marimas
FH.2.1.2	Pengalaman diet	Berdasarkan keterangan keluarga pasien, sudah mendapatkan edukasi atau konseling dari ahli gizi, akan tetapi

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
		pasien acuh terhadap edukasi, masih suka makan yang manis dan asin dan minuman kemasan
FH.2.1.3	Lingkungan makan	SMRS pasien mengkonsumsi makanana utama dengan menu yang sama dengan anggota keluarga pasien yang lain
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Pengetahuan pasien tentang diet rendah protein masih kurang ditandai dengan skor kuisioner sebelum intervensi 65%
FH.5.2	Perilaku menghindari	Pasien tidak memiliki pantangan dan alergi pada makanan tertentu
FH.5.4	Perilaku makan	pasien mempunyai kebiasaan mengkonsumsi makanan yang asin dan minuman kemasan, pasien tidak suka mengkonsumsi ikan, 5 hari sebelum masuk rs pasien tidak nafsu makan dan measa mual dan muntah

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien dan keluarga pasien, dapat diketahui bahwa pola makan pasien SMRS 3x makan utama dengan satu kali selingan dengan jadwal yang tidak teratur. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki alergi dan pantangan terhadap makanan tertentu, sejak 5 hari pasien tidak nafsu makan karena merasa mual dan muntah

b. *Recall* 24 jam SMRS (FH.2.7.8)

Hasil *recall* 1x 24 jam SMRS yaitu:

Pagi : Nasi 50 gram
 Tahu bumbu kuning 55 gram
 Bening labu siam 50 gram
 Siang : Nasi 50 gram
 Tahu bumbu kuning 55 gram
 Bening buncis 25 gram
 Sore : Nasi 50 gram
 Tempe bacem 50 gram
 Sayur bayam 50 gram

Tabel 14.
Recall 24 jam

Zat gizi	Hasil	Kebutuhan	Presentase
Energi	748,92 kkal	1904 kkal	38,60 %
Protein	31,84 g	40,8 g	78 %
Lemak	11 g	53,8g	21%
Karbohidrat	132,76 g	37	39%
Natrium	58,67 mg	1500	4%
kalsium	839 mg	1200 mg	70%
Kalium	619,36 mg	2262 mg	27%
Vit C	32,25	75 mg	43%

Kebiasaan makan pasien SMRS yaitu mengonsumsi makanan utama 3x sehari dengan 1 selingan akan tetapi tidak sesuai dengan porsi kecukupan gizi yang dibutuhkan. Asupan yang dikonsumsi SMRS adalah energi 748,92 kkal (38,60%), protein 31,84 g (78%), lemak 11g (21%), karbohidrat 132,76 g (31%), natrium 58,67 mg (5%), kalsium 839 mg (41%), kalium 619,36 mg (29%), vit c 32,25 (43%) asupan yang rendah ini dikarenakan adanya penurunan nafsu makan dan mual muntah.

c. Terapi medis dan fungsi (FH.3.1)

Riwayat terapi medis pasien bahwa 2 bulan yang lalu pasien pernah di rawat di rumah sakit dan menjalani terapi dialisis satu kali dan tidak pernah dilanjutkan.

Tabel 15.
Daftar obat yang diberikan beserta fungsi dan efek samping

Jenis obat	Fungsi	Interaksi dengan zat gizi dan Efek samping
Furosemid	Adalah obat diuretik yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi, mencegah stroke, serangan jantung dan gangguan ginjal	Dapat menyebabkan kehilangan lebih banyak kalium dari tubuh Mungkin terjadi dalam penggunaan obat ini adalah sakit kepala, mengantuk, kram otot, mulut kering , haus, lemas, lesu, gangguan saluran cerna
Omeprazole	Menurunkan asam lambung dengan cara menghambat pompa	Penggunaan obat jangka panjang dapat mempengaruhi vitamin B1

Jenis obat	Fungsi	Interaksi dengan zat gizi dan Efek samping
	proton yang berperan besar dalam produksi asam lambung	Adalah sakit kepala, sakit perut atau perut kembung , mual atau muntah
Na Bicarbonat	Adalah obat yang digunakan untuk mengatasi asedosis metabolik, yaitu suatu kondisi dimana ada banyak asam dalam cairan tubuh	Dapat menurunkan kadar kalium dalam darahMeningkatkan risiko komplikasi seperti sindrom susu al kali (produksi susu terlalu besar /banyak
Asam folat	Untuk mengobati anemia megaloblastik yang disebabkan oleh kekurangan vitamin B dan untuk mencegah anemia hemolitik	Konsumsi asam folat tidak boleh berbarengan dengan minum teh karena interaksi zat tanin yang dapat menyebabkan gangguan penyerapan dari asam folat dan Bisa menimbulkan gangguan pencernaan,seperti perut kembung, mual, dan tidak nafsu makan
RL	Untuk resistansi cairan dan terapi cairan rumatan, misalnya pada pasien syok atau gangguan keseimbangan elektrolit	Ringer laktat mengandung kalium sehingga dapat meningkatkan risiko hiperkalemi dalam resusitasi cairan antara lain mengekskansi volume intravaskular sehingga akan menaikkan <i>preload</i> (tekanan pengisian jantung pada akhir diastol) dan memperbaiki perfusi

Tabel 16.

Jadwal dan Dosis Pemberian Obat

No	Jenis obat	Dosis	Waktu Pemberian								
			Tgl 8			Tgl 9			Tgl 10		
			P	S	M	P	S	M	P	S	M
1	Na Bicarbonat	500 tab	√			√			√		
2	Asam folat	1mg	√	√	√	√	√	√	√	√	√
3	RL	2,0 BTL									
4	Furosemid	1,0 Amp	√			√			√		
5	omeprazole	1,0 VIA	√			√			√		

D. Diagnosis Gizi

1. Domain Intake

NI.2.1. Asupan oral tidak adekuat berkaitan dengan mual muntah dan tidak nafsu makan ditandai dengan asupan energi 38,60%, protein 78%, lemak 21%, karbohidrat 41%.

2. Domain klinis

NC.2.2 Perubahan nilai lab terkait gizi berkaitan dengan fungsi ginjal ditandai dengan hemoglobin 8,6 g/dl, ureum 361,80 mg/dl, creatinine 13,20 mg/dl.

f. Domain Perilaku

NB.1.1 Kurangnya pengetahuan terkait makanan dan zat gizi berkaitan dengan jarang/hampir tidak pernah mengonsumsi air putih setiap hari ditandai dengan Gagal ginjal kronik

NB.1.3 Tidak siap untuk diet/merubah perilaku berkaitan dengan belum menghindari makanan yang tidak dianjurkan ditandai dengan memburuknya fungsi ginjal dengan nilai LFG 4,33 mg/dl

E. Perhitungan *Laju Filter Glomerulus* (LFG)

Perhitungan *Laju Filter Glomerulus* (LFG)

$$\begin{aligned}
 \text{LFG (ml/menit/1,73 m}^2\text{)} &= \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{berat}}{72 \text{ kreatinin plasma (mg/dl)}} \\
 &= \frac{(140 - 69) \times 58}{72 \times 13,20 \text{ (mg/dl)}} \\
 &= \frac{4118}{950,4} \\
 &= 4,33 \text{ mg/dl (CKD stage v)}
 \end{aligned}$$

F. Intervensi Gizi

1. Perhitungan Kebutuhan Zat gizi

- a. Estimasi tinggi badan berdasarkan tinggi lutut (laki-laki)

$$= (2,02 \times TL) - (0,04 \times U) + 64,19$$

$$= (2,02 \times 47\text{cm}) - 9 = (0,04 \times 69) + 64,19$$

$$= 94,94 - 2,76 + 64,19 = 156,37 \text{ cm}$$
- b. Estimasi berat badan berdasarkan lingkaran lengan atas rumus estimasi bb dengan lila (Formula Gibson 2005)

$$\text{laki-laki} = (2,592 \times LILA) - 12,902$$

$$= (2,592 \times 26) - 12,902$$

$$= 54,4 \text{ kg}$$
- c. $IMT = BB/TB^2$

$$= 54,4 / (1,56 \times 1,56)$$

$$= 22 \text{ (Normal)}$$
- g. $BBI = 54,4 \text{ kg}$
- h. Kebutuhan energi

$$= 35 \text{ kkal} \times BB / \text{kg}$$

$$= 35 \text{ kkal} \times 54,4 \text{ kg}$$

$$= 1904 \text{ kkal}$$
- i. Kebutuhan Protein

$$= 0,75 \times BB / \text{kg}$$

$$= 0,75 \times 54,4 \text{ kg} = 40,8 \text{ g}$$

$$= 40,8 \times 4 = 163,2 \text{ kkal}$$

$$= 163,2 / 1904 \times 100\% = (8,57 \%)$$
- j. Kebutuhan Lemak

$$= 25\% \times \text{total energi} : 9$$

$$= 25\% \times 1940$$

$$= 485 \text{ kkal} : 9 = 53,8 \text{ gram}$$
- k. Kebutuhan KH

$$= 100\% - (8,57 + 25\%)$$

$$= 66,43 \% \times 1940$$

$$= 1288 : 4 = 322 \text{ gram (66,43\%)}$$
- l. Perhitungan Kalium

$$= 39 \text{ mg/kg} \times BB$$

$$= 39 \times 54,4 = 2.121 \text{ mg}$$
- m. Cairan infus selama 3 hari

$$\begin{aligned}\text{Infus RL} &= \text{Ringer laktat} \\ &= 10 \times 60 \text{ menit} \times 24 \text{ jam} \\ &= 14.400 : 20 = 720 \text{ ml}\end{aligned}$$

n. Kebutuhan Cairan

$$\begin{aligned}\text{IWL} &= 10 \times \text{BB} \\ &= 10 \times 54,4 = 544 \text{ ml} \\ \text{Cairan total} &= \text{IWL} + \text{jumlah urine yang keluar} \\ &= 544 + 150 = 694 \text{ ml}\end{aligned}$$

o. Zat Gizi Mikro

Ringer laktat mengandung 131 mEq/l

p. Kandungan zat gizi dalam infus 500 ml

$$\text{Natrium} : 131 \text{ mEq/l} = 1.495 \text{ mg} \times 2 = 2.990 / 24 \text{ jam}$$

$$\text{Kalium} : 4 \text{ mEq/l} = 78 \text{ mg} \times 2 = 156 \text{ mg} / 24 \text{ jam}$$

$$\text{Ca} : 2,7 \text{ mEq/l} = 27 \text{ mg} \times 2 = 54 \text{ mg} / 24 \text{ jam}$$

- 1) Natrium : < 2000 mg
- 2) Kalsium : 1200 mg / hari
- 3) Kalium : 1800 mg
- 4) Besi : 9 mg
- 5) Fosfor : 800 - 1000 mg / hari

2. ND. Rencana Diet

- a. Jenis Diet : Diet rendah protein 40,8 gr rendah garam III
- b. Bentuk Makanan : nasi tim
- c. Rute Makanan : Oral
- d. Frekuensi Makanan : 3 x makan utama 1x selingan
- e. Tujuan Diet :
 - 1) Mempertahankan status gizi optimal
 - 2) Memenuhi asupan gizi sesuai kebutuhan
 - 3) Membantu mencapai kadar nilai lab normal
 - 4) Mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit
 - 5) Mencegah katabolisme protein
 - 6) Menurunkan tekanan darah mencapai nilai normal

3. Syarat dan prinsip Diet :

- a. Energi diberikan sesuai kebutuhan yakni 1904 kkal
- b. Protein diberikan yakni 40,8 gram
- c. Lemak diberikan yakni 53,8 gram
- d. Karbohidrat diberikan 322 gram
- e. Vitamin dan mineral cukup
- f. Kalsium diberikan 1200 mg / hari
- g. Natrium diberikan < 2000
- h. Kalium diberikan sebanyak 1800
- i. Cairan diberikan dibatasi yaitu sejumlah 694 ml/hari

4. RE.1 Rencana Edukasi/Konseling Gizi

- a. Materi : Diet Rendah Protein 40 gram RG III
- b. Media : Leaflet
- c. Sasaran : Pasien dan keluarga pasien
- d. Metode : Konseling
- e. Waktu : Dilakukan setelah intervensi dihari ke 3 dengan waktu 20 menit
- f. Tempat : Ruang rinjani 2 penyakit dalam
- g. Tujuan : Agar pasien mengetahui makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan serta pasien dapat merubah pola hidup menjadi lebih baik
- h. Isi Materi :
 - 1) Menjelaskan pengaturan makanan yang baik dan benar
 - 2) Menjelaskan pengolahan menu yang baik
 - 3) Untuk pasien, menjelaskan sumber makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, memberikan contoh menu sehari
 - 4) Menjelaskan diet yang diberikan pada pasien

G. Implementasi Asuhan Gizi

- 1. Pemberian Makanan/Diet
 - a. Jenis diet yang diberikan : Diet Rendah Protein RG III
 - b. Bentuk makanan : Nasi tim
 - c. Cara pemberian : Oral

d. Frekuensi pemberian : 3 kali makanan utama, 1 x selingan

2. Edukasi/Konseling Gizi

- a. Waktu pemberian : tanggal 9 april 2025 di ruang rinjani 2 penyakit dalam
- b. Metode : Konseling
- c. Tempat : Ruang penyakit dalam RSUD Pringsewu
- d. Materi : Diet rendah protein

3. Kolaborasi

Rencana kolaborasi

Tabel 17.
Rencana kolaborasi

No	Tujuan	Target	Bentuk kolaborasi
1	Memperoleh perkembangan penyakit pasien secara klinis	DPJP	Menginformasikan pada semua tenaga kesehatan yang terkait dalam penanganan pasien
2	Berkoordinasi terkait pemberian diet	Sp.PD	Berkolaborasi dan memenuhi kebutuhan gizi pasien
3	Memperoleh data pasien terupdate	Perawat ruangan	Meminta izin untuk melihat rekam medik pasien atas nama Tn.E menanyakan perkembangan pasien
4	Memenuhi kebutuhan diet pasien	Ahli gizi ruangan	Berkolaborasi dan memenuhi kebutuhan gizi pasien
5	Edukasi Gizi	Keluarga pasien	Memberikan konseling, dan edukasi terkait gizi yang diberikan dan pasca perawatan
6	Pemberian diet	Ahli Gizi	Melakukan koordinasi terkait diet yang diberikan untuk pasien

H. Monitoring dan Evaluasi Gizi

Tabel 18.
Rencana Monitoring dan Intervensi Gizi

No	Parameter	Indikator	Metode	Target	Rencana
1.	Antropometri	Berat badan	Pengukuran	IMT 22	Awal dan akhir intervensi
2.	Biokimia	Ureum Hemoglobin Hematokrit Eritrosit MCH MCHC MCV	Pemeriksaan lab	10-50 mg/dl 12-16 g/dl 37-43% 4,0-5,5 mm ³ 26-34 qg 31-37 g/dl 778-100FL	Selama intervensi
3.	Fisik/klinis	TD Nadi Respirasi Suhu Nafsu - makan Lemas Mual Muntah Sesak	Pengecekan RM Observasi	120/80 mmHg 87x/mnt 20x/mnt 36-37 ⁰ c	Selama intervensi
4.	Asupan Makan	Energi, protein, lemak, karbo Natrium Kalium Fe cairan	Food weighing	Asupan mencapai > 80% dari kebutuhan < 2000 mg 3.121 mg 8 g iwl + urie	Selama intervensi
5.	Edukasi	Skor pengetahuan	Wawancara	76-100%	Awal dan akhir intervensi