BAB III

NUTRITION CARE PROCESS

A. Skrining Gizi

Lembar Skrining Malnutrition Screening Tools (MST)

Tabel 5.
Skrining Gizi

	Nama : Ny. N No . RM : 379234 Tgl Lahir : 2 Maret 1972	
No	Parameter	Skor
1.	Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak direncanakan / tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir? Tidak ada penurunan berat badan Tidak yakin/tidak merasa baju longgar Jika iya, ada penurunan sebanyak : - 1-5 kg - 6-10 kg - 11-15 kg - >15 kg - Tidak tahu berapa penurunannya	**0**√ **2** **1** **2** **3** **4** **2**
	Total Skor	0
2.	Apakah asupan makan pasien berkurang karena penurunan nafsu makan/kesulitan menerima makanan? A. Tidak B. Ya	 **0**√ **1**
	Total Skor	0
3.	Pasien dengan diagnosis khusus/pasien yang beresiko terjadinya gangggguan gizi diantaranya dirawat di IC/ICU/HCU, penurunan kesadaran, kegawatan abdomen (pendarahan ileus, peritonitis, asites, tumor, *post op*, gangguan pernafasanberat, keganasan dengan komplikasi gagal jantung, GGK, pasien HD, DM, sirosis, imunitas menurun, geriatric, atau kondisi sakit berat lain.	**Ya (Diabetes dan Hipertensi)**

Kriteria Penilaian MST

Skor 0-1 Tidak beresiko malnutrisi

Skor $\geq$ 2 Beresiko malnutrisi

Interpretasi : Didapatkan hasil skrining 0 – 1 tidak beresiko malnutrisi tetapi pasien dengan diagnosis khusus berupa penyakit diabetes melius tipe 2 dan hipertensi yang berarti pasien memerlukan asuhan gizi lebih lanjut.

B. Gambaran Umum Pasien

Seorang pasien berjenis kelamin perempuan berusia 53 tahun, TB 152,5 cm dan BB 54 kg datang dirawat di rumah Sakit Umum Daerah Jenderal Ahmad Yani Metro di Nuwo Wawai lt 4 ruang 401 pada tanggal 29 April 2025. Pasien mengeluh nyeri pada ulu hati, demam, lemas, pusing, badan terasa sakit semua. Pasien di diagnosis medis menderita Gastropati DM Tipe 2, Hipertensi stage 2. Namun pasien baru mengetahui bahwan ada penyakit Hipertensi saat masuk rumah sakit sebelumnya pasien tidak mempunyai riwayat hipertensi tetapi memang pasien mengatakan bahwa saat lebaran tepatnya pada bulan 4 pasien sering merasakan sakit kepala. Pasien didiagnosa diabetes melitus pada tahun 2021. Pasien mengetahui menderita DM saat dirawat dirumah sakit. Setelah dilalukan skrining, diperoleh total skor sebesar 0 -1 dengan diagnosis khusus berupa penyakit diabetes melius tipe 2 dan hipertensi yang berarti pasien tidak beresiko malnutrisi.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 29 april 2025 didapatkan leukosit 8,68 10^3u/L, eritrosit 4,28 10^3u/L, hemoglobin 10,9 g/dl, GDS 250 mg/dL, trombosit 300 10^3u/L, ureum 24,4 mg/dL, MCV 89%, MCH 29,9 pg, MCHC 33,3 g/dl, kreatinin 0,80 mg/dL sedangkan pemeriksaan fisik/klinis saat masuk tekanan darah 156/94 mmHg, nadi 73 x/menit, RR 20 x/menit dan suhu 36,7 ^oC. Aktivitas fisik yang dilakukan oleh pasien sehari – hari sebelum masuk rumah sakit yaitu ibu rumah tangga pasien hanya mengerjakan pekerjaan rumah seperti memasak, mencuci dan membereskan rumah.

Pola makan pasien sebelum masuk rumah sakit yaitu 3x makanan utama dan 1x selingan. Setiap kali makanan utama mengkonsumsi makanan pokok 3x kali, lauk hewani 3x, lauk nabati 2x, sayuran 3x dan buah hanya sekali. Pasien selalu mengkonsumsi nasi yang telah dingin dan cara pengolahan menu masakan pasien juga lebih banyak diolah dengan cara dibening dan

menghindari olahan yang digoreng, pasien sudah tidak mengkonsumsi santan dalam jenis apapun tetapi Pasien mengatakan ia terkadang mengkonsumsi gorengan berupa bakwan sekali mengkonsumsi bisa menghabiskan 1-2 bakwan itu merupakan kebiasaan pasien dulu namun akhir – akhir ini saat pasien merasakan sakit kepala setelah lebaran pasien sudah tidak mengkonsumsi gorengan lagi. Pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan. Pasien tidak rutin mengkonsumsi obat apapun, pasien mengkonsumsi obat hanya saat pasien dirawat dirumah sakit saja. Pasien selalu mengecek gula darah secara mandiri karena pasien mempunyai alat pemeriksaan pribadi, pasien memeriksakan gula darahnya seminggu 2x gula darah pasien di range 120 – 130mg/dl tiap kali mengecek secara mandiri, namun pasien mengatakan hanya mengecek GDS saja pasien tidak pernah mengecek GDP bahkan pasien baru mengetahui apa itu pemeriksaan GDP. Pasien belum pernah mendapatkan edukasi/konseling gizi dari ahli gizi namun saat dirawat pasien hanya diberi tahu oleh dokter untuk membatasi mengkonsumsi gula, namun ibu N mengaku tidak mengkonsumsi gula murni tetapi mengganti gula tersebut dengan gula (tropicanaslim) saat berpuasa ibu N membuat olahan takjil dengan menggunakan gula tersebut misalnya ibu N membuat olahan bubur kacang hijau ibu N menambahkan gula Tropicana di dalam olahan tersebut hanya ditambahkan gula dan tidak menggunakan santan.

Hasil perhitungan *recall* asupan makan sebelum masuk rumah sakit (SMRS) diperoleh energi 873,92 kkal (62%), protein 35,46 g (67%), lemak 16,88 g (43%) , karbohidrat 142,93 g (67%), serat 4,90 g (16%), natrium 1.659,70 mg (110%), kolestrol 50 mg (25%) , fe 11,41 mg (142%) dan cairan 1.974,65 ml (90%).

C. Identitas Pasien

CH.1. Riwayat Personal

1. CH.1.1 Data Personal

Nama Pasien	: Ny. N
No Rekam Medis	: 379234
Tanggal Lahir	: 2 Maret 1972
Umur	: 53 Tahun
Pendidikan	: SMA

Suku	: Jawa
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Purwo Kencono
Ruangan	: Nuwo Wawai Lt 4 ruang (401)
DPJP	: dr. Yenni, Sp.PD
Tanggal MRS	: 29 April 2025
Tanggal Assasment	: 29 April 2025
Tanggal Intervensi	: 29 April 2025 (16.30) – 2 Mei 2025
Tanggal Keluar RS	: 2 Mei 2025
Diagnosis	: Gastropati, Diabetes Melitus tipe 2, Hipertensi stage 2
Terapi Diet Awal	: MLDMRG (makanan lunak, diabetes melitus, rendah garam)
Terapi Diet Akhir	: MLDMRG (makanan lunak, diabetes melitus, rendah garam)

2. CH.2.1 Riwayat Medis

Diagnosis Medis :

Gastropati, Diabetes Melitus tipe 2 dan Hipertensi Stage 2

Riwayat Penyakit :

Pasien sebelumnya menderita Diabetes Melitus sudah 4 tahun sejak 2021. Pasien mengetahui menderita penyakit tersebut saat pasien sakit dan dirawat dirumah sakit Ahmad Yani, saat masuk rumah sakit pada th 2021 gula darah pasien mencapai 300mg/dl lalu didiagnosa oleh dokter bahwa pasien menderita diabetes melitus. Pasien baru mengetahui didiagnosa hipertensi saat masuk rumah sakit pada saat dirawat april 2025 ini sebelumnya pasien tidak menderita penyakit tersebut namun ibu N merasakan sakit kepala sejak setelah lebaran pada bulan april 2025. Untuk keluarga ibu N tidak ada yang menderita DM hanya ada riwayat hipertensi dari kedua orang tua ibu N.

3. CH.3 Riwayat Pengobatan

Pasien tidak mengkonsumsi obat apapun termasuk obat diabetes, pasien hanya mengkonsumsi obat disaat dirawat saja, setelah obat dari

rumah sakit habis pasien berhenti mengkonsumsi obat, pasien mengatakan lebih baik pasien memperbaiki pola makan dari pada mengkonsumsi obat rutin. Saat periksa mandiri dirumah gula darah ibu N selalu normal diangka 120 – 130 mg/dl. Ibu N tidak melakukan pemeriksaan rutin di fasilitas kesehatan, ibu N hanya memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan hanya saat merasakan sakit saja, alasan ibu N tidak memeriksakan kesehatan secara rutin karena ibu N mempunyai alat cek gula darah (glucometer) dan alat tensi digital pribadi.

4. CH.3 Riwayat Sosial

Pasien sehari – hari menjadi ibu rumah tangga dan tinggal di purwo kencono. Pasien jarang melakukan aktivitas fisik hanya sebatas mengerjakan pekerjaan rumah saja seperti membersihkan rumah dan memasak, pasien tinggal bersama 2 anak dan suaminya, suami ibu N bekerja sebagai petani, status ekonomi pasien termasuk menengah kebawah.

D. Asessment Gizi

1. AD Antropometri

Melakukan pengukuran secara langsung pada pasien penyakit Diabetes Melitus yakni dengan mengukur TB dan BB. Pengukuran TB digunakan microtoice dan BB digunakan timbangan digital (speed).

Tabel 6.

Pengukuran Antropometri

Kode	Indikator Pengukuran	Hasil Pengukuran
AD.1.1.1	Tinggi Badan	152,5 cm
AD.1.1.2	Berat Badan	54 kg
AD.1.1	Berat Badan Ideal	46,8 kg
AD.1.1.3	Indeks Massa Tubuh (IMT)	23,3 kg/m^2
AD.1.1.5	Status Gizi	Normal

Interpretasi : Pengukuran antropometri di ukur langsung menggunakan timbangan digital (speeds) dan *microtoice* hasilnya diperoleh TB pasien

152,5 cm, BB 54 kg, BBI 46,8 kg, IMT 23,3 kg/m^2 (normal, (Kemenkes 2014).

2. BD. Data Biokimia

Pengukuran biokimia dilakukan untuk menilai kondisi kesehatan pasien melalui pemeriksaan laboratorium yang meliputi pemeriksaaan leukosit, eritrosit, trombosit, hemoglobin, gula darah sewaktu, MCV, MCH, MCHC, ureum, kreatinin, Hba1c.

Berikut tabel hasil pemeriksaan *laboratorium* Ny.N

Tabel 7.
Hasil Pemeriksaan *Laboratorium*

Kode	Pemeriksaan	Hasil	Keterangan	Rujukan
	Leukosit	8,68 10^3u/L	Tinggi	4,60 – 6,00
	Eritrosit	4,6 10^3u/L	Normal	4,5 – 11,5
	Trombosit	300 10^3u/L	Normal	150 – 450
BD.1.10.1	Hemoglobin	10,9 g/dL	Rendah	12,0 – 15,0
BD.1.5.2	GDS	250,0 mg/dL	Tinggi	<140
BD.1.10.3	MCV	89,7%	Normal	80,0 – 94,0
	MCH	29,9 pg	Normal	26 - 32
	MCHC	33,3 g/dL	Normal	32,0 – 36,0
	Ureum	24,2 mg/dL	Normal	19 – 44
BD.1.2.2	Kreatinin	0,80 mg/dL	Normal	0,9 – 1,3
	HbA1c	7,5%	Tinggi	<5,7%

Sumber : Rekam Medis RSUD Jend. Ahmad Yani Metro

Interpretasi : Hasil pemeriksaan *laboratorium* Ny.N kadar leukosit tinggi, hemoglobin rendah, GDS pasien tinggi.

3. PD. Klinis/fisik

Pemeriksaan klinis/fisik dilakukan untuk menilai kondisi fisik pasien dan membantu mendiagnosis penyakit. Hasil pemeriksaan klinis/fisik pasien sebagai berikut**.**

PD.1.1 Pemeriksaan Fisik Terkait Gizi

Tabel 8.
Hasil Pemeriksaan Klinis

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Keterangan
Suhu	36,7^{o}C	36-37 ^{o}C	Normal
RR	20x/mnt	12-20x/mnt	Normal
Nadi	73x/mnt	60-100x/mnt	Normal
Tekanan darah	156/94 mmHg	120/80mmHg	Tinggi

Interpretasi : Hasil pemeriksaan klinis pasien tekanan darah pasien tidak normal/tinggi yaitu 156/94 mmHg.

Tabel 9.
Hasil Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan	Hasil	Keterangan
Pucat	Ya	Tidak Normal
Lemas	Ya	Tidak Normal
Sakit kepala	Ya	Tidak Normal
Badan nyeri	Ya	Tidak Normal
Demam	Tidak	Tidak Normal
Nyeri ulu hati	Ya	Tidak Normal
Penurunan nafsu makan	Tidak	Normal
Tidak bisa BAB	Ya	Tidak Normal
Riwayat perdarahan pada saluran cerna	Tidak	Normal

Sumber : Rekam Medis RSUD Jend. Ahmad Yani Metro

Interpretasi : Hasil pemeriksaan fisik Ny.N keluhan yang dirasakan adalah lemas, badan nyeri, sakit kepala, dan nyeri ulu hati dan tidak bisa BAB selama ± 1 minggu.

4. FH. Dietary History

Kebiasaan makan pasien sebelum masuk rumah sakit yaitu makan utama 3x sehari meliputi makanan pokok 3x, lauk hewani 2-3x, lauk nabati 2x dan buah 1x, pasien, setiap kali makan pasien selalu mengkonsumsi nasi yang telah dingin, pasien terkadang mengkonsumsi gorengan berupa bakwan saat mengkonsumsi bakwan pasien bisa menghabiskan 1-2 bakwan, namun olahan makanan sehari – hari yang dikonsumsi pasien lebih banyak olahan bening/rebusan, selama menderita diabetes pasien tidak pernah lagi mengkonsumsi makanan yang dimasak menggunakan santan, penggunaan garam saat memasak pasien tidak tahu berapa karena pasien selalu masak dalam jumlah yang lumayan banyak, tetapi ibu N mengatakan bahwa ibu N tidak terlalu menyukai makanan yang terlalu asin. Untuk penggunaan gula putih pasien sudah tidak mengkonsumsi gula putih pasien menggantinya dengan gula

(Tropicanaslim), sehari bisa menghabiskan 1 sachet pasien mengatakan gula tersebut ditambahkan ke masakan namun tidak setiap hari hanya masakan tertentu saja yang ditambahkan gula. Ibu N tidak memiliki alergi makanan dan juga obat.

Berikut hasil wawancara FFQ pada ibu N

- Bahan makanan bersumber karbohidrat : Nasi >1x sehari, jagung 1-2x sebulan, kentang 1-2x sebulan, roti 1-2x seminggu, singkong 1-2x seminggu, ubi jalar 1-2x sebulan, talas 1-2x sebulan.

  Bahan makanan sumber karbohidrat yang sudah tidak pernah pasien konsumsi adalah mie, bihun, ketan dan biscuit.
- Bahan makanan bersumber protein hewani : Daging sapi 1-2x sebulan, seafood 1-2x sebulan, daging ayam 3-6x seminggu, telur 1-2x seminggu dan ikan 3-6x seminggu, ikan laut 1-2x sebulan.

  Bahan makanan sumber protein hewani yang sudah tidak pernah pasien konsumsi adalah jeroan dan ikan asin
- Bahan makanan bersumber protein nabati : tahu dan tempe 3-6x seminggu, kacang hijau 1-2x sebulan, oncom 1-2x seminggu.
- Bahan makanan bersumber dari sayur – sayuran: Bayam 3-6x seminggu, toge 1-2x seminggu, kangkung 3-6x seminggu, caisin 1-2x seminggu, wortel 3-6x seminggu, kol 1-2x seminggu, labu siam 3-6x seminggu, daun labu <1x seminggu dan pakis 1-2x seminggu.
- Buah buahan : Apel <1x seminggu, jeruk 1-2x seminggu, salak 1-2x sebulan, pir 1-2x sebulan, manga <1x seminggu, anggur 1-2x sebulan semangka <1x seminggu, pisang 3-6x seminggu dan papaya 3-6x seminggu.
- Lain lain : kecap manis <1x seminggu, manisan buah <1x seminggu, minyak 3-6x seminggu, garam >1x sehari.

  Bahan makanan yang tidak pernah lagi dikonsumsi oleh pasien adalah saus tiram, gula putih, sirup, susu kental manis, cokelat.

Hasil *recall* asupan sebelum masuk rumah sakit (SMRS) asupan ibu N sebelum masuk rumah sakit :

- Pagi : Nasi 1 ctg, sayur ikan nila 1/ 2 ptg, tempe bacem 2 ptg, tumis labu siam 5 sdm
- Siang : Nasi 1 ctg, sayur bayam 2 ctg
- Sore : Nasi 1 ctg, sayur ikan nila ½ ptg,

Tabel 10.
Hasil *Recall* Asupan Makanan SMRS

Zat Gizi	Total Asupan	Kebutuhan	%	Keterangan
Energi (kkal)	873,92 kkal	1.404 kkal	62%	Kurang
Protein (gr)	35,46 gr	52,65 gr	67%	Kurang
Lemak (gr)	16,88 gr	39 gr	43%	Kurang
Karbohidrat (gr)	142,93 gr	210,6 gr	67%	Kurang
Serat (gr)	4,90 gr	30 gr	16%	Kurang
Natrium	1.659,70 mg	<1.500mg	110%	Baik
Kolestrol	50 mg	<200mg	25%	Kurang
Fe	11,41 mg	8	142%	Berlebih
Cairan	1.974,65	2.180	90%	Baik

a. FH.1 Asupan Makanan dan Zat Gizi

Berdasarkan hasil *recall* asupan SMRS didapati hasil energi 62% (kurang), protein 67% (kurang), lemak 43% (kurang), karbohidrat 67% (kurang), serat 16% (kurang), natrium 110% (baik), kolestrol 25% (kurang), fe 142% (berlebih) dan cairan 90% (baik).

b. FH.2 Pemberian Makanan dan Zat Gizi

FH.2.1 Riwayat Diet

Pasien sudah menerapkan diet DM tetapi hanya membatasi gula saja.

FH.2.1.2 Pengalaman Diet

Pasien dan keluarga pasien belum pernah mendapatkan edukasi maupun konseling gizi oleh ahli gizi terkait penyakit yang diderita namun pasien hanya diberitahu dokter untuk membatasi gula saat dirawat dirumah sakit pada tahun 2021.

FH.3 Penggunaan Obat-obatan

1) Daftar Penggunaan Obat

Tabel 11.
Daftar Penggunaan Obat

Nama Obat	Fungsi	Efek samping	Interaksi Obat dengan makanan
Omeprazole	- Mengatasi ketidaknyamanan pada perut bagian atas akibat asam lambung atau dispepsia	- Sakit kepala - Mual dan muntah - Sulit tidur - Kembung dan juga Diare - Kesemutan - Ngantuk	- Tidak disarankan untuk mengonsumsi makanan tinggi lemak - Sebaiknya jauhi makanan yang memiliki rasa pedas dan asam - Konsumsi minuman beralkohol perlu dihindari
Sucralfat	- Mengobati tukak lambung membantu membentuk penghalang di atas tukak, yang melindungi dari asam lambung dan memungkinkannya untuk sembuh	- Sembelit atau malah diare - Mulut kering - Mual dan muntah - Gatal – gtal dan ruam - Insomnia - Nyeri kepala dan sakit punggung - Perut kembung	- Hindari mengkonsumsi makanan asam, berlemak dan pedas - Hindari merokok dan mengkonsumsi minuman beralkohol - Hindari mengkonsumsi kafein
Amlodipin	- Untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi.	- Kantuk - Pusing - Mual - Sakit perut - Lelah	- Hindari mengkonsumsi the dan kopi - Hindari konsumsi produk susu terutama susu full cream - Hindari makanan yang diawetkan dan dipermentasi - Sebaiknya tidak memakan makanan yang ada kandungan

Nama Obat	Fungsi	Efek samping	Interaksi Obat dengan makanan
			lemak jenuh tinggi, seperti daging merah dan makanan siap saji - Makanan tinggi garam
Glimepirid	Mengurangi kadar glukosa darah dengan merangsang pankreas menghasilkan insulin serta membantu tubuh meningkatkan efektivitas fungsi insulin	- Pusing - Sakit kepala - Lemas - Mual atau muntah - Sakit perut	- Hindari mengkonsumsi alkohol - Hindari makanan berlemak dan gula tinggi - Hindari mengkonsumsi jeruk bali
Candesartan	Mendukung turunnya tekanan darah pada individu hipertensi, obat ini bekerja dengan menghalangi angiotensin II guna tidak melekat di reseptor AT1 di jaringan tubuh.	- Sakit kepala - Nyeri punggung - Pusing dan batuk - Hidung tersumbat - Ruam kulit - Nyeri punggung	- Hindari mengkonsumsi alkohol - Hindari mengkonsum pengganti garam yang tinggi kalium
Ringer Lactat	RL : Sumber elektrolit untuk memenuhi kebutuhan cairan elektrolit pasien.	- Nyeri dada - Penurunan tekanan darah - Detak jantung abnormal	- Tidak ada interaksi dengan makanan

c. FH.4 Perilaku Menghindari /menolak

Pasien tidak mempunyai pantangan/alergi makanan tertentu.

E. Diagnosis Gizi

a. NI.2.1. Asupan oral inadekuat berkaitan dengan nyeri ulu hati yang dirasakan pasien ditandai dengan asupan energi 62%, protein 67%, lemak 43%, karbohidrat 67% dan serat 16%.

b. NI.5.10.2.7 Kelebihan asupan natrium berkaitan dengan kurang pengetahuan terkait makanan dan zat gizi ditandai dengan tekanan darah 156/94 mmHg.

c. NC.2.2. Perubahan nilai lab terkait gizi berkaitan dengan resistensi insulin dan berkaitan dengan gastropati ditandai dengan nilai GDS 250 mg/dL dan Leukosit 8,68 10^3u/L dan Hb 10,9 g/dlL.

F. Intervensi Gizi

1. Tujuan Diet

a) Memberikan asupan makanan yang tidak memberatkan fungsi gastrointestinal
b) Pemberian cukup energi guna menjaganya berat badan normal
c) Memenuhi kebutuhan protein guna mencegah dan mengurangi rusaknya jaringan tubuh.
d) Membantu menormalkan kadar gula darah
e) Membantu menurunkan tekanan darah
f) Menaikkan kadar Hemoglobin dalam darah
g) Memberikan edukasi tentang penyakit diabetes melitus dan hipertensi
h) Mencegah terjadinya efek samping akut pada pasien pengguna insulin, seperti penurunan gula darah secara tiba-tiba (hipoglikemia), serta menghindari komplikasi baik dalam waktu dekat maupun jangka panjang, termasuk risiko yang mungkin timbul akibat aktivitas fisik.

2. Syarat Diet dan Prinsip Diet

Prinsip Diet :

a. Memberikan makanan sesuai kebutuhan energi dan zat gizi pasien
b. Pembatasan makanan yang tinggi natrium
c. Memberikan makanan yang tinggi serat
d. Diberikannya makanan dengan porsi kecil tetapi sering
e. Tidak memberikan makanan yang bergas dan merangsang
f. Memberikan makanan yang tinggi zat besi

Syarat Diet :

a. Energi diberikan 25 kkal/kgBBI, yaitu 1.404 kkal
b. Protein diberikan sesuai kebutuhan 52,65 g

c. Lemak diberikan sesuai kebutuhan 39 g
d. Karbohidrat diberikan sesuai kebutuhan 210,6 g
e. Pemberian natrium <1.500mg/hari
f. Kebutuhan serat 30 gr
g. Kebutuhan cairan 2.180 ml
h. Fe 8 mg (AKG)
i. Kolestrol <200 mg

3. Preskripsi Diet

Jenis Diet : MLDMRG (makanan lunak, diabetes melitus, rendah garam)
Bentuk : Lunak (Nasi Tim)
Route Diet : Oral
Frekuensi Makan : 3x makan utama 2x selingan

Perhitungan Kebutuhan Zat Gizi

- BB : 54 kg
- TB : 152,5 cm
- Usia : 53 tahun

IMT = BB/(TB(m))^2
= 54/(1,52)^2
= 23,3 kg/m^2

BBI = (TB-100) – 10% (TB-100)
= (152-100) - 10% (152-100)
= 52 – 5,2
= 46,8 kg

Kebutuhan Energi (Rumus Perkeni)

BMR = 25 kkal x kgBBI
= 25 x 46,8
= 1.170 kkal

Koreksi Usia = - 5% x kal basal
= - 5% x 1.170
= 58,5 kkal

Aktifitas Fisik = +10% x kal basal
= +10% x 1.170
= 117 kkal

Faktor Stres = 15% x kal basal
= 15% x 1.170
= 175,5 kkal

Total Kebutuhan = Kal basal – Koreksi Umur + FA + FS
= 1.170 - 58,5 + 117 + 175,5
= 1.404 kkal

Perhitungan Kebutuhan Makro

Protein = **15%** x 1.404 kkal
= 210,6 kkal : 4
= 52,65 g

Lemak **= 25%** x 1.404 kkal
= 351 kkal : 9
= 39 g

Karbohidrat **= 60%** x 1.404 kkal
= 842,4 : 4
= 210,6 g

Perhitungan keb cairan **=** 10 x 100ml = 1.000ml
= 10 x 50ml = 500ml
= 34 x 20ml = 680ml
= 2.180 ml (keb cairan)

Perhitungan keb mikro

- Serat = 30gr
- Natrium = <1.500 mg/hari
- Fe = 8 mg (AKG)
- Kolestrol = <200 mg

G. Rencana Intervensi

Tabel 12.

Rencana Intervensi

Penukar					
		energi	**protein**	**lemak**	**KH**
Makanan pokok	4,5	810	18	0	180
Lauk hewani RL	2	100	14	4	0
Lauk Hewani LS	1	75	7	5	0
Lauk nabati	2,5	187,5	12,5	7,5	17,5
Sayuran	4	100	4	0	20
Buah	6	300	0	0	60
Minyak	1	50	0	5	50
	Total	1622,5	55,5	21,5	327,5
	kebutuhan individu	1.404	52,65	39	210,6
	presentase kebutuhan gizi	115,56	105,41	55,13	155,51

H. Rencana Edukasi Gizi

Materi : Diet Diabetes Melitus dan Hipertensi

Media : Leaflet dan Daftar Bahan Makanan Penukar

Sasaran : Pasien dan Keluarga Pasien

Metode : Konseling Individu

Waktu :15 Menit dan Selama Intervensi Gizi

Tempat : Ruang 401

Tujuan : Memberi informasi dan meningkatkan pengetahuan pasien mengenai bahan makanan yang dibolehkan dan tidak dibolehkan terkait penyakit diabetes melitus dan hipertensi serta memberikan pengetahuan mengenai pola hidup yang sehat dan memberikan penjelasaan tentang diet diabetes melitus dan hipertensi agar tidak memperburuk kondisi pasien.

Isi materi : Bahan makanan yang dibolehkan dan tidak dibolehkan

E.1.1. Tujuan Edukasi Gizi

E.1.3. Informasi Dasar

E.1.4. Kaitan Gizi dengan Kesehatan/Penyakit

I. Rencana Koordinasi Asuhan Gizi

Tabel 13.

Koordinasi Asuhan Gizi

NO	Tenaga Kesehatan	Koordinasi
1.	Dokter DPJP	Meminta informasi lengkap tentang kondisi pasien, diagnosis dan rekomendasi diet yang spesifik.
2.	Perawat Ruangan	Memohon persetujuan untuk mengakses rekam medis milik Ny. N serta menanyakan kondisi dan kemajuan pasien secara rutin setiap hari.
3.	Tenaga Laboratorium Medis	Meminta data lengkap mengenai pemeriksaan laboratorium pasien untuk dapat menentukan langkah intervensi yang tepat untuk pasien.
4.	Tenaga Farmasi	Meminta informasi lengkap mengenai jenis obat-obatan yang dikonsumsi pasien.
5.	Ahli Gizi Ruangan	Berkolaborasi dalam menentukan dan memenuhi kebutuhan gizi pasien.
6.	Pasien dan Keluarga Pasien	Memohon izin kepada keluarga pasien menjalankan tindakan intervensi terkait kebiasaan makan dan asupan nutrisi diselama perawatan di rumah sakit, memantau perkembangan keadaan pasien tiap harinya, serta diberikan edukasi dan konseling kepada pasien dan keluarganya.
7.	Pramusaji	Meminta agar setiap perubahan dalam diet pasien segera diinformasikan kepada pramusaji agar dapat menyesuaikan penyajian makanan terhadap pasien.

J. Rencana Monitoring dan Evaluasi Gizi

Tabel 14.

Rencana Monitoring dan Evaluasi gizi

No	Parameter	Indikator	Target	Pelaksanaan
1.	Antropometri	- Berat Badan - IMT	 18,5 – 25,0	Awal dan akhir intervensi
2.	Biokimia	- Leukosit - GDS - Hemoglobin	4,60 – 6,00/ul <140 12,0 – 15,0g/dL	Selama intervensi berlangsung
3.	Fisik	- Lemas - Pusing - Nyeri ulu hati - Badan terasa sakit semua	Negatif Negatif Negatif Negatif Negatif	Setiap hari selama intervensi berlangsung

No	Parameter	Indikator	Target	Pelaksanaan
4.	Klinis	- Tekanan darah - Suhu - Nadi - RR	120/80 mmHg 36,5-37^{o} C 60 – 100x/menit 12 – 20x/menit	Setiap hari selama intervensi
5.	Riwayat Gizi	- Energi - Protein - Lemak - Karbohidrat - Serat - Natrium - Fe - Kolestrol	Meningkatkan asupan makanan >90%	Selama intervensi
6.	Pengetahuan	Kuisioner Pre-test dan Post-test	100%	Awal dan akhir intervensi