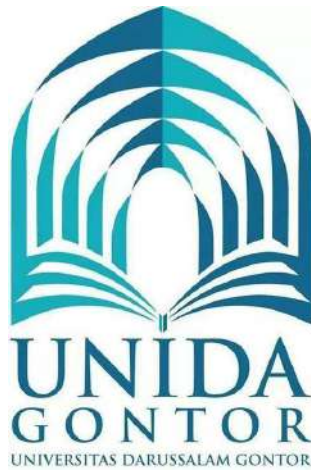


LAPORAN KASUS BESAR
PRAKTEK KERJA LAPANGAN GIZI KLINIK
PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR PADA PASIEN
COLIC ABDOMEN DAN VOMITUS FREQUENT
DI BANGSAL LAVENDER 3 KAMAR 5.3
RUMAH SAKIT Ir.SOEKARNO KABUPATEN SUKOHARJO



Disusun Oleh :

Mulia Lita Kencana

422021728021

PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS DARUSSALAM GONTOR

2024

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN KASUS RAWAT JALAN PKL GIZI KLINIS
RSUD Ir. SOEKARNO KABUPATEN SUKOHARJO
TAHUN 2024

Disusun Oleh:

Mulia Lita Kencana

422021728021

Telah dinyatakan memenuhi syarat untuk diterima pada tanggal 4 September 2024

Menyetujui:

Ka. Sub Instalasi Rawat Jalan


M. Jasin Yusup, S.Gz., SE., RD.
NIP. 19690903 199002 1 001

Dosen Pembimbing


Nur Annisa S.Gz., M.Gz

Mengetahui

Kepala Instalasi Gizi


Farida Ika P. S.Gz., RD
NIP. 19850429 201001 2 037

Ketua Program Studi Ilmu Gizi


Lulu' Luthfiyya, S.Gz., M.P.H
NIDN. 0718019203

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Darussalam Gontor


Amal Luthfiyyah, S.Si., M.Si
NIDN. 07510017002

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbil'alamin', segala puji bagi Allah SWT Tuhan semesta alam. Tiada Tuhan selain Dia, Yang Maha Pengasih, Maha Penyayang, Maha Pemberi Nikmat sehingga sampai saat ini kita masih diberi kenikmatan hidup. Atas ridho-Nya juga kita dapat menyusun dan melaksanakan kegiatan ini. Shalawat serta salam selalu kami curahkan kepada baginda Nabi Muhammad SAW.

Pada kesempatan ini tim penyusun mengucapkan banyak terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Rektor Universitas Darussalam Gontor, Al-Ustadz. Prof. Dr. KH. Hamid Fahmi Zarkasy, M.A.
2. Deputi Wakil Rektor Bidang Kepesantrenan Universitas Darussalam Gontor, Al-Ustadz Dr. KH. Fairuz Subakir Ahmad, M.A.
3. Deputi Wakil Rektor Bidang Administrasi Akademik Kemahasiswaan Universitas Darussalam Gontor Putri Kampus Mantingan, Al-Ustadz Nur Hadi Ihsan MIRKH.
4. apt. Amal Fadholah, M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Darussalam Gontor.
5. Al-Ustadzah Lulu' Luthfiyah, S.Gz., M.P.H, selaku Ketua Program Studi Gizi Universitas Darussalam Gontor.
6. Ibu Farida Ika.P.,S.Gz.RD Selaku Kepala Instalasi Gizi RSUD Ir.Soekarno Kabupaten Sukoharjo serta Pembimbing Lapangan Ahli Gizi RSUD Ir.Soekarno
7. Seluruh Ahli Gizi dan Staff di Instalasi Gizi RSUD Ir.Soekarno selaku pembimbing lapangan yang telah memberikan bimbingan dan mendukung kami dalam pelaksanaan PKL Institusi dan Klinis di RSUD Ir.Sokarno.
8. Al-Ustadzah Nur Amala, S.Gz., M.Gizi, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, ilmu, kesabaran, dukungan, dan pengetahuan kepada kami hingga dapat menyelesaikan kegiatan.
9. Al-Ustadzah Kartika Pibriyanti,S,KM.M.Gizi selaku dosen pembimbing ke 2 yang telah memberikan bimbingan, arahan, ilmu, kesabaran, dukungan, dan pengetahuan kepada kami hingga dapat menyelesaikan kegiatan.

Semoga Allah memberikan balasan yang setimpal berupa kebaikan dan kebahagiaan yang berlipat ganda kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses maupun laporan kegiatan ini. Akhir kata, semoga laporan kegiatan ini dapat bermanfaat bagi penyusun maupun semua pihak yang membutuhkan. Kami menyadari bahwa dalam penulisan laporan kegiatan

individu ini masih terdapat keterbatasan dan kekurangan. Kami mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan laporan kegiatan PKL klinis ini. Kami berharap semoga laporan kegiatan ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Sukoharjo, 27 Agustus 2024

Mulia Lita Kencana

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	2
1.3 Manfaat.....	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Colic Abdomen.....	4
2.2 Etiologi	4
2.3 Gejala Kolik Abdomen	5
2.4 Faktor colic abdomen	5
2.5 Vomitus Frequen.....	6
2.6 Pola Makan.....	6
2.7 Diet Penyakit Lambung	7
BAB 3. GAMBARAN KASUS	8
3.1 Indentitas Pasien dan Gambaran Ringkas Keadaan Pasien.....	8
BAB 4. SKRINING	10
4.1 Pemilihan Metode Skrining	10
4.2 Pengisian Kuesioner Skrining	10
2.5 Kesimpulan Kuesioner.....	11
BAB 5. ASSESMEN.....	12
5.1 Pengkajian Antropometri.....	12
5.2 Pengkajian Data Biokimia	12
5.3 Pengkajian Data fisik dan klinis	13
5.4 Pengkajian Riwayat terkait Gizi/makanan.....	13
5.6 Pengkajian Riwayat Pasien.....	18
5.7 Standar Komparatif.....	18
BAB 6. DIAGNOSIS GIZI.....	19
BAB 7. INTERVENSI GIZI.....	20
7.1 Tujuan Intervensi.....	20
7.2 Perencanaan Diet	20
BAB 8. MONITORING DAN EVALUASI.....	26

BAB 9. PEMBAHASAN KASUS	30
9.1 Skrining	30
9.2 Antropometri	30
9.3 Keluhan Pasien	31
9.4 Bikokimia	32
9.5 Fisik dan Klinis.....	34
9.6 Asupan Makanan Pasien.....	35
9.7 Asupan Energi	36
9.8 Asupan Protein	37
9.9 Asupan Lemak	38
9.10 Asupan Karbohidrat.....	39
BAB 10. PENUTUPAN.....	40
DAFTAR PUSTAKA.....	43
LAMPIRAN.....	46

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Identitas Pasien.....	9
Tabel 2. Assesmen Antropometri	13
Tabel 3. Assesmen Data Biokimia.....	13
Tabel 4. Assesmen Data Fisik/Klinis	14
Tabel 5. Kategori tekanan darah.....	14
Tabel 7. Hasil SQ-FFQ.....	16
Tabel 8. Hasil Recall 24 jam	16
Tabel 9. Gambaran Pola Makan Pasien Saat Masuk Rumah Sakit	16
Tabel 10. Assesmen Data Riwayat Pasien	17
Tabel 11. Diagnosis Gizi	19
Tabel 12. Perencanaan Konseling Gizi	21
Tabel 13. Perencanaan Monitoring & Evaluasi.....	22
Tabel 14. Perbandingan Standar Diet RS dengan Kebutuhan.....	23
Tabel 15. Rekomendasi Diet	23
Tabel 16. Data Antropometri.....	31
Tabel 17. Keluhan Pasien	32
Tabel 18. Hasil Pemeriksaan Biokimia	33
Tabel 19. Asupan Makan Pasien	36
Tabel 20. Tabel Recall 24.....	40

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Hasil Pemeriksaan Tekanan Darah	36
Gambar 2. Asupan Energi	37
Gambar 3. Asupan Protein	38
Gambar 4. Asupan Lemak.....	39
Gambar 5. Asupan Karbohidrat	40

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Leaflet Konseling	48
Lampiran 2. Dokumentasi Makanan Intervensi 1 dan 2	49
Lampiran 3. Menu Intervensi Ke-I	51
Lampiran 3. Analisis Menu intervensi 1	53
Lampiran 4. Menu Intervensi Ke-2.....	55
Lampiran 5. Recall 24 jam	58
Lampiran 5. Hasil SQ-FFQ	57
Lampiran 5. Analisis Nilai Gizi Hasil SQ-FFQ	59

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan gizi di rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan dan disesuaikan dengan keadaan pasien berdasarkan keadaan klinis, status gizi, dan status penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi pasien. Sering terjadi kondisi pasien yang semakin buruk karena tidak tercukupinya kebutuhan zat gizi untuk perbaikan organ tubuh (PGRS, 2013).

Colik abdomen adalah suatu penyakit dimana munculnya rasa nyeri yang bersifat hilang timbul yang berasal dari organ yang terdapat dalam rongga abdomen (Siallagan, 2019). Prevalensi penyakit kolik abdomen berdasarkan kelompok umur 55-64 tahun (1,3%) kelompok umur 65-74 tahun (1,2%) dan umur ≥ 75 tahun (1,1%). Berdasarkan jenis kelamin pada laki-laki (68,4%) lebih tinggi di bandingkan perempuan (31,6%) kasus per 1.000 penduduk (Crooks 2018). Prevalensi kolik abdomen tentu berbeda-beda di setiap negara. Letak geografis suatu negara memiliki peran besar dalam prevalensi penyakit kolik abdomen. Di Amerika Serikat, pada tahun 2018 sekitar 20 juta orang (10-20% populasi orang dewasa) prevalensi colik abdomen di eropa yaitu 5.15%, negara Jepang sekitar 3,2%, China 10,7%, india utara 7,1% dan Taiwan 5,0% sedangkan di indonesia tercatat dialami oleh 800.000 penduduk atau sekitar 40,85%. Berdasarkan hasil pengamatan dan penelitian diperoleh angka penderita kolik abdomen di indonesia cukup tinggi sekita 69,1% (Revina, 2022).

Penyebab colik abdomen beragam yang terdiri dari infeksi, distensi dan obstruksi pada organ di dalam abdomen yang kemudian menimbulkan rasa nyeri yang akut dan disertai mual muntah (Smeltzer & Bare, 2015). Berdasarkan SDKI, nyeri akut adalah sebuah pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan terdapatnya suatu jaringan yang mengalami kerusakan secara aktual atau fungsional, dengan onset yang tiba-tiba yang terjadi dalam waktu kurang dari 3 bulan dengan intensitas yang bervariasi mulai dari ringan hingga berat (PPNI, 2017).

Pada kasus ini penderita colic abdomen hanya boleh dirujuk ke rumah sakit atau ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan jika terdapat *alarm symptoms* seperti

demam, muntah, nyeri pada perut, perdarahan saluran cerna dan ada riwayat lambung (Djojoningrat, 2014). Gizi diperlukan untuk membantu mencapai atau mempertahankan status gizi ideal serta memenuhi kebutuhan nutrisi untuk proses penyembuhan. Oleh karena itu perlu adanya penatalaksanaan diet dengan *Nutrition Care Procces* (NCP) atau proses asuhan gizi (PGRS, 2013).

Kasus yang diambil untuk studi kasus ini adalah penatalaksanaan diet pada *colic abdomen dan vomitus frequent*. Penatalaksanaan asuhan gizi menggunakan *Nutrition Care Process* (NCP) yang dimulai dari assesment, diagnosis gizi, intervensi gizi, monitoring dan evaluasi. Penatalaksanaan asuhan gizi ini diharapkan dapat membantu proses penyembuhan penyakit pada pasien.

1.2 Tujuan

1. Tujuan Umum

Memhami penatalaksanaan asuhan gizi pada pasien di bangsalaventer lantai 3 kamar 5.3 RSUD Ir. Soekarno Kabupaten Sukoharjo.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan skrining menggunakan skrining tools NRS-2002 pada pasien *Colic abdomen dan Vomitus Frequent* di bangsal lavender lantai 3 kamar 5.3 RSUD Ir. Soekarno Kabupaten Sukoharjo.
- b. Melakukan Assesment pada pasien *Colic abdomen dan Vomitus Frequent* di bangsal lavender lantai 3 kamar 5.3 RSUD Ir. Soekarno Kabupaten Sukoharjo.
- c. Melakukan Diagnosis gizi pada pasien *Colic abdomen dan Vomitus Frequent* di bangsal lavender lantai 3 kamar 5.3 RSUD Ir. Soekarno Kabupaten Sukoharjo
- d. Melakukan intervensi gizi pada pasien *Colic abdomen dan Vomitus Frequent* di bangsal lavender lantai 3 kamar 5.3 RSUD Ir. Soekarno Kabupaten Sukoharjo.
- e. Melakukan edukasi dan konseling gizi pada pasien *Colic abdomen dan Vomitus Frequent* di bangsal lavender lantai 3 kamar 5.3 RSUD Ir. Soekarno Kabupaten Sukoharjo.
- f. Melakukan monitoring dan evaluasi pada pasien *Colic abdomen dan Vomitus Frequent* di bangsal lavender lantai 3 kamar 5.3 RSUD Ir. Soekarno Kabupaten Sukoharjo.

1.3 Manfaat

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil dari kegiatan ini diharapkan dapat membantu dalam evaluasi asuhan gizi pada pasien rawat inap di RSUD Ir. Soekarno Kabupaten Sukoharjo.

2. Bagi Mahasiswa

Hasil dari kegiatan ini diharapkan dapat menambah wawasan dalam peningkatan kompetensi asuhan gizi pada pasien rawat inap di RSUD Ir. Soekarno Kabupaten Sukoharjo.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Colic Abdomen

Kolik abdomen adalah rasa nyeri pada perut yang sifatnya hilang timbul dan sumber dari organ yang terdapat dalam abdomen atau perut, yang disebabkan oleh infeksi didalam organ perut. Banyak juga para ahli yang mendefinisikan Kolik abdomen sebagai suatu kondisi yang ditandai dengan kram atau nyeri kolik hebat yang mungkin disertai dengan mual muntah (Windy, 2019).

Penyakit kolik andomen adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan nyeri spasmodik parah pada perut yang disebabkan oleh distensi (menegang), obstruksi (sumbatan) atau peradangan organ tubuh yang memikiki otot polos, misalnya usus, kandung empedu, ginjal, dan lain-lain rasa sakit ini muncul mendadak pada orang dewasa, bisa juga berkembang secara bertahap dan semakin kronis. Penyebabnya cepat diketahui misalnya makan terlalu kenyang, makan yang terlalu banyak asam pedas dan kebanyakan minum yang beralkohol. Nyeri abdomen juga dapat terjadi karena diare atau sembelit (Etty 2020).

2.2 Etiologi

Menurut Pediatri (2012) Adapun yang menjadi penyebab dari colic abdomen yaitu :

a. Secara mekanis :

1. Adhesi (pertumbuhan bersatu bagian-bagian tubuh yang berdekatan karena radang)
2. Karsinoma
3. Volvulus (penyumbatan isi usus karena terbelitnya sebagian usus di dalam usus)
4. Obstipasi (konstipasi yang tidak terobati)
5. Polip (perubahan pada mukosa hidung)

b. Fungsional (non mekanik)

1. Ileus paralitik (Keadaan abdomen akut berupa kembung distensi usus tidak dapat bergerak)
2. Lesi medula spinalis (Suatu kerusakan fungsi neurologis yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas)
3. Enteritis regional
4. Ketidak seimbangan elektrolit

5. Uremia (Kondisi yang terkait dengan penumpukan urea dalam darah karena ginjal tidak bekerja secara efektif).

2.3 Gejala Kolik Abdomen

Gejala kolik abdomen berupa rasa nyeri pada perut yang sifatnya hilang timbul dan bersumber pada organ yang terdapat di dalam abdomen. Nyeri merupakan perasaan yang menyebabkan pasien akan mengalami ketidaknyamanan baik secara sensorik maupun emosional dapat ditandai dengan adanya kerusakan jaringan ataupun tidak (Dova Maryana, 2021).

Kasus kolik abdomen menunjukkan bahwa penyakit ini membutuhkan perhatian serius dalam penanganannya. Hal ini karena pasien yang mengalami kolik abdomen akan menurunkan kualitas hidup akibat ketidaknyamanan. Kolik abdomen salah satunya adalah manajemen nyeri intervensi keperawatan manajemen nyeri yang dianggap cukup efektif dalam mengatasi masalah nyeri karena didalam intervensi tersebut telah mencakup perawatan diri identifikasi lokasi, karakteristik, dan skala nyeri, dengan memberikan teknik non farmakologi memfasilitasi istirahat tidur menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat serta pemberian analgetik (Irdayani, 2022).

2.4 Faktor colic abdomen

Faktor penyebab *Colic abdomen* adalah konstipasi yang tidak dapat terobati dan gejala klinis *Colic abdomen* adalah kram pada abdomen distensi muntah dan nyeri pada abdomen. Akhir-akhir ini peningkatan *Colic abdomen* meningkat sangat pesat. Kejadian penyakit *Colic Abdomen* terjadi karena pola hidup yang tidak sehat sehingga berdampak pada kesehatan tubuh (Bare, 2011). Beberapa faktor resiko yang sering menyebabkan gastritis diantaranya (Barkah et al., 2021) yaitu :

1. Pola Makan

Pola makan yang tidak teratur dapat menyebabkan terjadinya gastritis. Pada saat perut yang harusnya diisi tetapi dibiarkan kosong atau ditunda pengisiannya maka asam lambung akan akan meningkat dan mencerna lapisan mukosa lambung dan menimbulkan rasa nyeri.

2. *Helicobacter pylori*

Helicobacter pylori adalah kuman garam negatif, hasil yang berbentuk kurva dan batang *Helicobacter pylori* adalah suatu bakteri yang menyebabkan peradangan lapisan lambung yang kronis (gastritis) pada manusia. Infeksi *Helicobacter pylori* ini sering diketahui sebagai penyebab utama terjadi ulkus peptikum dan penyebab terserang terjadinya gastritis.

3. Terlambat makan

Secara alamiah lambung akan terus memproduksi asam lambung setiap waktu dalam jumlah yang kecil, setelah 4-6 jam sesudah makan biasanya glukosa darah telah banyak terserap dan terpakai sehingga tubuh akan merasakan lapar dan pada saat itu jumlah asam lambung terstimulasi. Bila seseorang telat makan sampai 2-3 jam maka, asam lambung yang diproduksi semakin banyak dan berlebihan sehingga dapat mengiritasi mukosa lambung sehingga menimbulkan rasa nyeri di sekitar epigastrium.

2.5 Vomitus Frekuensi

Keadaan mual dan muntah ini menyebabkan terjadinya peningkatan suasana asam dalam mulut. Menurut Astuti (2012) adapun cara pencegahan yaitu :

- a) Pada saat mual, hindari menghisap atau mengulum permen terus menerus karena akan mendukung terjadinya kerusakan / karies gigi atau memperparah kerusakan gigi yang sudah ada.
- c) Hindari minuman obat anti muntah, obat dan jamu penghilang rasa sakit tanpa persetujuan dokter, karena ada beberapa obat dapat menyebabkan cacat bawaan.

2.6 Pola Makan

Pola makan adalah suatu cara atau usaha seseorang dalam pengaturan jumlah dan jenis makanan dengan informasi gambaran dengan meliputi mempertahankan kesehatan, status nutrisi, mencegah atau membantu kesembuhan penyakit. Pola kebiasaan makan berkembang dari usia dini (Arafah and Umeda, 2013).

Makan makanan yang mengandung lemak dan protein mempengaruhi motilitas lambung. Makanan yang merangsang peningkatan produksi asam

lambung seperti pedas, kecut akan meninggalkan motilitas lambung melalui peningkatan sekresi. Selain itu, pemakaian obat antiinflamasi seperti aspirin, asam mefenamat, aspilets dalam jumlah besar dapat memicu kenaikan asam lambung yang berlebihan sehingga dapat mengiritasi mukosa lambung karena terjadinya difusi baik ion hydrogen ke epitel lambung, selain itu jenis obat ini dapat mengakibatkan kerusakan langsung pada epitel mukosa karena dapat bersifat iritatif dan sifatnya asam sehingga dapat menambah derajat keasaman pada lambung (Dewantoro, 2019).

2.7 Diet Penyakit Lambung

Intervensi gizi berdasarkan kasus colic abdomen dan *vomitus frequent* adalah mendukung terapi medis, mempertahankan atau meningkatkan status gizi, dan memberikan makanan dan cairan secukupnya yang tidak memberatkan lambung serta mencegah dan menetralkan sekresi asam lambung yang berlebihan. Diberikan penatalaksanaan diet pada pasien *Colic Abdomen* dan *Vomitus Frequent*.

Diet yang diberikan bagi penderita dispesia dan *colic abdomen* adalah Diet Lambung. Pada pasien dispesia dan *colic abdomen* selama masa perawatan dirumah sakit, sering kali mengeluh nyeri dibagian perut, mual, muntah dan lain sebagainya yang menyebabkan pasien perlu asupan makanan sesuai dengan keadaannya (Putri dkk, 2016).

BAB 3. GAMBARAN KASUS

3.1 Identitas Pasien dan Gambaran Ringkas Keadaan Pasien

1. Identitas Pasien

Tabel 1. Identitas Pasien

Nama	: Ny.S
No.RM	:00054299
Usia	: 83 tahun
Jenis Kelamin	:Perempuan
Suku	:Jawa
Agama	:Islam
Pendidikan	:SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Tanggal MRS	: 15 agustus 2024
Bangsai	: Lavender Lantai 3 kamar 5.3
Diagnosa Medis	: <i>Colic abdomen dan Vomitus Frequent</i>

Sumber : Data Primer,2024

2. Gambaran Ringkas Keadaan Pasien

Dihadapkan dengan pasien Ny. S berusia 83 tahun datang ke Rumah Sakit pada tanggal 15 agustus 2024 dengan keluhan nyeri ulu hati, muntah-muntah, lemas dan nafsu makan berkurang. Tidak memiliki riwayat penyakit. Aktifitas fisik pasien sehari-hari yaitu dirumah saja. Pasien di diagnosa *colic abdomen* dan *vomitus Frequent*. Di karnakan pola makan yang tidak teratur dan pasien mengalami mual dan muntah-muntah .

Hasil pemeriksaan antropometri didapatkan hasil LILA 23,5 cm, Panjang Ulna 25 cm, estimasi berat badan 59 kg dan estimasi tinggi badan 177 cm. hasil pemeriksaan biokimia pasien didapatkan hemoglobin 12,0 g/dl, Hematokrit

39,1g/dl, Leukosit $10,5 \cdot 10^3/\text{ul}$, Eritrosit $4,26 \cdot 10^3/\text{ul}$, MCV 91,8 FL ,MCH 28,2 pg, MCHC 30,7 g/dl , Trombosit $206 \cdot 10^3/\text{ul}$, PDW 10,2 fL, Neutrofil 83,4 %, Limfosit 11,7 %, Eosinofil 1.00 %. Hasil pemeriksaan fisik klinis Ny.S yaitu pasien dalam keadaan compos mentis, perut sakit, lemas serta pusing. Dan tekanan darah 136/76 mmHg, respirasi 20x/menit, nadi 89x/menit, dan suhu $36,5^\circ\text{C}$.

Pasien memiliki kebiasaan makan 3 kali sehari, dan kadang tidak suka makan nasi digantikan dengan makan sejenis adonan singkong seperti gethuk. Setiap hari mengonsumsi singkong 1x/sehari. Sedangkan untuk lauk nabati mengonsumsi tempe 3x/minggu, tahu 2x/seminggu. Sayuran yang sering dikonsumsi adalah daun singkong 2x/sehari, Untuk buah pasien suka makan pepaya 2x/minggu. Setiap hari pasien minum teh 1 gls sedang dengan penambahan gula 1 sdt setiap gelasny. Pasien sangat suka olahan makanan dari ubi-ubian.

BAB 4. SKRINING

4.1 Pemilihan Metode Skrining

Sebelum dilakukan pengkajian gizi lebih lanjut, dilakukan skrining gizi pada Tn.R dengan menggunakan metode NRS-2002. Skrining NRS-2002 merupakan alat untuk mengukur/skrining nutrisi pada dewasa. Skrining NRS-2002 adalah alat skrining yang bertujuan untuk mengetahui apakah seseorang malnutrisi atau beresiko malnutrisi.

4.2 Pengisian Kuesioner Skrining

Form Skrining Dewasa NRS-2002

Nama : Ny.S

Jenis Kelamin: Perempuan

Skrining Awal

No	KRITERIA	JAWABAN	
		YA	TIDAK
1.	Apakah IMT < 20,5 ?	√	
2.	Apakah pasien kehilangan BB dalam 3 bulan terakhir ?		√
3.	Apakah asupan makanan menurun seminggu terakhir ?	√	
4.	Apakah pasien dengan penyakit berat ?		√
<i>Jika tidak untuk semua kriteria skrining (Ulang seminggu kemudian)</i>			
<i>Jika ada 1/lebih kriteria dengan jawaban ya (skrining lanjut)</i>			

Skrining lanjut I

RISIKO GIZI	KRITERIA
Absen (Skor=0)	Status gizi normal
Ringan (skor=1)	Kehilangan BB >5% dalam 3 bulan atau asupan 50-75% dari kebutuhan
Sedang (skor=2)	Kehilangan BB >5% dalam 2 bulan atau IMT 18,5-20,5 atau asupan 25-50% dari kebutuhan
Berat (skor=3)	Kehilangan BB >5% dalam 1 bulan (>15% dalam 3 bulan) atau IMT 18,5 atau asupan 0-25% dari kebutuhan

Skrining lanjut II

RISIKO GIZI	KRITERIA
Absen (skor=0)	Kebutuhan gizi normal
Ringan (skor=1)	Fraktur, pasien kronik (sirosis hati, COPD, HD rutin, diabetes, kanker)

<i>Sedang (skor=2)</i>	<i>Bedah mayor, stroke, pneumonia berat, kanker darah</i>
<i>Berat (skor=3)</i>	<i>Cidera kepala, transplantasi sumsum, pasien ICU</i>

KESIMPULAN

	<i>Skrining lanjut I</i>	<i>Skrining lanjut II</i>	<i>Usia >65 tahun</i>	<i>TOTAL SKOR</i>
SKOR	2	-	1	3
<i>RISIKO MALNUTRISI/TIDAK RISIKO</i>				

Keterangan :

Skor ≥ 3 : Resiko malnutrisi, perlu perencanaan gizi secara dini

Skor ≤ 3 : Tidak beresiko malnutrisi atau bisa dilakukan skrining minggu depan

2.5 Kesimpulan Kuesioner

Skor tersebut diberikan sesuai dengan kriteria pada skrining awal yaitu adanya penurunan nafsu makan 1 minggu terakhir. Kemudian dilanjutkan dengan skrining lanjut II dimana pasien tidak termasuk penyait berat. Dari hasil kesimpulan skrining menggunakan metode NRS-2002 di atas di dapatkan skor Ny.S yaitu 3 yaitu dengan keterangan risiko malnutrisi Berisiko Malnutrisi Skor ≥ 3 yaitu resiko malnutrisi, perlu perencanaan gizi secara dini, Skor ≤ 3 yaitu tidak beresiko malnutrisi atau bisa dilakukan skrining minggu depan

BAB 5. ASSESMEN

5.1 Pengkajian Antropometri

Tabel 2. Assesmen Antropometri

Domain	Data	Interpretasi
TB (Estimasi Ulna = 25 cm)	164 cm	
BB (Estimasi LILA = 23,5 cm)	48 kg	Status Gizi Kurang berdasarkan presentil LILA 67,7%
Ulna	25 cm	
AD.1.1.2 LILA	23,5 cm	
AD.1.1.1 Precentil LILA	120,68%	
Kesimpulan: Berdasarkan perhitungan precentil LILA didapatkan hasil 67% yaitu gizi kurang		

Sumber data : Data Primer Rekam Medik dan Antropometri

- Estimasi tinggi badan berdasarkan panjang Ulna (Evifebriyanti, 2010):
 $= 85,61 + (3,16 \times 29 \text{ cm}) = 85,61 + 91,64 = 164 \text{ Cm}$
- Estimasi BB berdasarkan LILA (Arupah, 2018):
 $= (2.592 \times \text{LILA}) - 12.902 = (2.592 \times 23,5) - 12.902 = 48 \text{ kg}$
- Status Gizi berdasarkan %Lila $= \frac{\text{lila diukur}}{\text{lila standar}} \times 100 = \frac{23,5}{34,7} \times 100 = 67,7\%$ (Gizi

Kurang)

IMT/LILA	Interpretasi
>60%	Buruk
60-90%	Kurang
>90-110%	Normal
>110-120%	Overweight
>120%	Obesitas

Sumber: Handayani & Anggraini, 2015

5.2 Pengkajian Data Biokimia

Tabel 3. Data Biokimia

Data Biokimia	Data	Nilai Rujukan	Satuan	Ket.
Hemoglobin	12,0	11,7-15,5	d/dl	Normal
Leukosit	10,5	3,6-11,0	g/dl	Normal
Trombosit	206	150-450	/ul	Normal
Hematokrit	39,1	35-47	%	Normal
MCV	91,8	80-100	FL	Normal
MCH	28,2	26-34	Pg	Normal
MCHC	30,7	32-37	10 ³ /ul	Rendah
RDW-Cv	13,4	11,5-14,5	%	Normal

PDW	10,2	2,3-56,6	FL	Normal
MPV	9,6	7,2-11,7	FL	Normal
Neutrofil	83,4	53-75	%	Tinggi
Limfosit	11,7	25-40	%	Rendah
Eosinofil	1.00	2.00-4.00	%	Rendah
Rasio N/L	7,1	<3.13	%	Tinggi

Sumber: Data rekam medik pasien

Berdasarkan hasil pemeriksaan biokimia, didapatkan hasil bahwa pasien Ny. S memiliki kadar Rasio N/L dan neutrophil yang tinggi. Kemudian untuk kadar hematokrit, MCHC, Limfosit dan Eosinofil rendah.

5.3 Pengkajian Data fisik dan klinis

Tabel 4. Asessmen Data Fisik/Klinis

No.	Domain	Data	Normal	Interpretasi
1.	PD 1.1.1 Penampilan keseluruhan	Kesadaran compos mentis		
2.	PD 1.1.9 tanda-tanda vital	Tekanan darah: <u>136/76 mmHg</u>	S= <120 D= <80	Normal
		Nadi: 89x/menit	60-100x/menit	Normal
		Respirasi: 20x/menit	20-30x/menit	Normal
		Suhu: 36,5°C	36-37°C	Normal

Sumber : Data Rekam Medik Pasien

Tabel 5. Kategori Tekanan Darah

Kategori	Sistolik	Diastolic
Normal	<120	<80
Pra-hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi tingkat 1	140-159	90-99
Hipertensi tingkat 2	>160	>100
Hipertensi Sistolik Trisolasi	>140	<90

Sumber: Kemenkes, 2018

Ny.S memiliki kesadaran compos mentis atau kesadaran penuh dengan nilai nadi, suhu, dan respirasi normal. Sementara untuk nilai tekanan darah pasien yaitu 136/76 mmHg, dengan demikian pasien dinyatakan normal.

5.4 Pengkajian Riwayat terkait Gizi/makanan

1. Asupan Makan

a) Kebiasaan Makan Saat Sehat

Tabel 6. Data SQ-FFQ

menu	bahan makanan	URT	Berat	Frekuensi
karbohidrat	nasi	1 ctg	100	3x/hari
	Bubur	1 ctg	250	3x/bulan
	Singkong	1 ptg	100	1x/sehari
	Gethuk	1ptg	100	4x/minggu
	Ub	1 tg	200	2x/bulan
P. hewani	Telur	1 bj	75	3x/minggu
	Ayam	1 ptg	50	4x/minggu
P. nabati	Nila	1 tg	25	2x/minggu
	tahu	1 bj	50	2x/minggu
	tempe	1 bj	50	3x/minggu
sayuran	minyak	1 sdm	50	1x/hari
	wortel	1/5 gls	25	3x/hari
	Bayam	1/3 gls	30	7x/minggu
	Sawi putih	½ gls	45	4x/minggu
	kangkung	1/5gls	20	2x/minggu
	Labu siam	½ gls	50	4x/minggu
buah - buahan	Daun singkong	1/5gls	20	2x/sehari
	pisang ambon	1 bj	50	2x/minggu
	jeruk	1 bh	100	1x/bulan
	pepaya	1 bh	100	2x/minggu
	Apel	1bh	200	2x/bulan
	Pisang	1 bh	100	1x/bulan
	Minyak	Minyak	1 sdm	5
Gula	Gula pasir	1 sdm	10	2x/hari
Lain Lain	Teh	1 gls	250	1x/hari
	Kopi	1 gls	250	3x/minggu

Sumber : Data Primer, 2024

Berdasarkan tabel diatas, dapat disimpulkan bahwa pola makan pasien sebelum masuk rumah sakit yaitu makan utama 3x sehari. Makanan. Makanan pokok yang sering dikonsumsi adalah nasi 3x sehari, bubur 3x/bulan, singkong 1x/sehari, gethuk 4x/minggu, ubi 2x/bulan, lauk hewani adalah telur 3x/minggu, daging ayam 4x/minggu. Lauk nabati yang sering dikonsumsi adalah tahu 2x/minggu, tempe 3x/minggu, Sayuran yang sering dikonsumsi adalah bayam 7x/seminggu, wortel

3xsehari, sawi putih 4x/seminggu, kangkung 2x/semingg, labu siam 4x/minggu, daun singkong 2x/hari. Buah yang sering dikonsumsi adalah pisang ambon 2x/bulan, apel 2x/bulan, jeruk 1x/bulan, papaya 2x/minggu. Minyak 5x/hari , gula pasir 2x/hari, teh 1x/hari, kopi 3x/minggu.

Tabel 7 Hasil SQ-FFQ

	Energi (kcal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH
Asupan Oral	1664,2	59,6	51,9	236,9
Kebutuhan	1.592,60	68	50,25	271,35
% Asupan	104%	87%	103%	87%
Keterangan	Baik	Baik	Baik	Baik

Sumber : Data Primer, 2014

Kesimpulan : Kategori kecukupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat yaitu adekuat. Berdasarkan hasil FFQ, persentase kecukupan energi (104%), protein (134%), Lemak (103%) sedangkan karbohidrat (87%).

Tabel 8. Hasil Recall 24 jam

	Energi (kcal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
Asupan Oral	759	26	20	119
Kebutuhan	1.592,60	59,7	44,23	238,8
% Asupan	47%	43%	45%	49%
Keterangan	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang

Sumber : wawancara dengan pasien dan keluarga pasien

Pola makan pasien sebelum masuk rumah sakit yaitu masih tergolong kurang dengan hasil presentase asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat masih <80%. Berdasarkan hasil recall 24 jam, persen asupan dan kategori kurang antara lain energi (47%), protein (43%), lemak (45%) dan kategori (49%).

2. Pengetahuan Terkait Gizi

Pasien beserta keluarganya belum mendapatkan edukasi gizi sebelumnya terkait bahan makanan yang dianjurkan kepada pasien.

3. Aktifitas Fisik

a) Sebelum masuk rumah sakit

Sebelum masuk rumah sakit pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga

b) Saat sakit

Pasien saat ini banyak berbaring di kasur, masih bisa duduk dan masih membutuhkan bantuan ketika ingin ke kamar mandi.

4. Kemampuan Menerima Makanan

Saat ini pasien menerima makanan dengan baik tidak ada gangguan menelan dan mengunyah.

5. Interaksi Obat dan Makanan

Jenis Obat	Fungsi Obat	Interaksi dengan makanan
Inf. RL	Ringer laktat adalah cairan infus yang biasa digunakan pada pasien dewasa dan anak-anak sebagai sumber elektrolit dan air	cairan obat ini diberikan untuk penderita dehidrasi yang mengalami gangguan elektrolit di dalam tubuh. Obat ini hanya diberikan melalui infus (IV)
Antalgin	Antalgin bermanfaat untuk meredakan rasa nyeri serta meredakan demam. Obat ini juga bisa digunakan untuk mengatasi sakit kepala, sakit gigi, dan nyeri menstruasi	Minum obat setelah atau bersamaan saat makan

Omeprazole	Omeprazole menurunkan asam lambung dengan cara menghambat pompa proton yang berperan besar dalam produksi asam lambung. Dengan cara kerjanya tersebut, obat ini dapat mengurangi gejala iritasi dinding lambung, seperti nyeri ulu hati, mual, dan kembung	Untuk mencegah atau meredakan efek samping ini, kami dianjurkan untuk meminum obat tersebut setelah makan dan hindari mengonsumsi makanan pedas atau yang kaya rasa. Muntah atau diare juga menjadi efek samping yang umum akibat konsumsi obat omeprazole
Ondansetron	Ondansetron merupakan salah satu obat yang paling sering digunakan untuk pengobatan empirik mual dan muntah. Ondansetron memiliki kegunaan yang sangat baik sebagai obat antiemetik, dan efektif untuk mengatasi mual dan muntah akibat berbagai etiologi.	Ondansetron dapat dikonsumsi sebelum atau sesudah makan.
Metamizole	Metamizole adalah obat yang digunakan untuk meredakan rasa nyeri sedang hingga berat, seperti sakit kepala, migrain, sakit gigi, nyeri setelah operasi, nyeri akibat kanker, serta nyeri otot dan sendi. Obat ini juga dapat digunakan untuk mengobati demam saat pengobatan lain kurang efektif.	Metamizole sebaiknya dikonsumsi bersama dengan makanan atau saat makan. Minum air putih untuk membantu menelan tablet atau kaplet metamizole.

5.6 Pengkajian Riwayat Pasien

Tabel 10 Assesmen Data Riwayat Pasien

No	Domain	Data	Interpretasi
1	CH.1.1.1 Usia	83 tahun	
2	CH.1.1.2 Jenis Kelamin	Perempuan	
3	CH.1.1.3 Suku	Jawa	
4	CH.1.1.6 Pendidikan	-	
5	CH.1.1.7 Peran dalam keluarga	Nenek	
6	CH.1.1.8 Edukasi	Ny. S dan keluarga belum pernah mendapatkan konseling terkait gizi	Pasien belum mendapatkan konseling gizi
7	CH.2.2.1 Perawatan	Ny.S telah diberi Tindakan berupa pemasangan infus, pengecekan laboratorium	
8	CH.3.1.6 Pekerjaan	Tidak Ada	
9	CH.3.1.7 Agama	Islam	

5.7 Standar Komparatif

Rumus Harris Bennedict

$$\begin{aligned} \text{BMR} &= 665 + (9,6 \times \text{BB}) + (1,8 \times \text{TB}) - (4,7 \times \text{Umur}) \\ &= 665 + (9,6 \times 48) + (1,8 \times 164) - (4,7 \times 83) \\ &= 665 + 460,8 + 295,2 - 390,1 \\ &= 1.020,9 \text{ kkal} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{TEE} &= \text{BMR} \times \text{F. aktifitas} \times \text{F stress} \\ &= 1.020,9 \times 1,2 \times 1,3 \\ &= \mathbf{1.592,60 \text{ kkal}} \end{aligned}$$

$$\text{Protein} = 15\% \times 1.809 : 4 = \mathbf{59,7 \text{ gr}}$$

$$\text{Lemak} = 25\% \times 1.809 : 9 = \mathbf{44,23 \text{ gr}}$$

$$\text{Karbohidrat} = 60\% \times 1.809 : 4 = \mathbf{238,8 \text{ gr}}$$

BAB 6. DIAGNOSIS GIZI

Tabel 11. Diagnosis Gizi

Domain	Problem	Etiologi	Sign and Symptom
NI-2.1	Asupan oral tidak adekuat	Penurunan kemampuan konsumsi asupan makanan karena adanya Nyeri uluh hati ,mual dan muntah	Ditandai dengan % asupan berdasarkan recall 24 jam yaitu Energi (47%), Protein (43%), Lemak (45%), KH (49%).
NB-1.1	Peningkatan kebutuhan energi dan protein	Perkembangan berat badan	Ditandai dengan Status Gizi berdasarkan %Lila = 67,7 % (gizi kurang)

Rumusan Diagnosis

1. **NI-2.1** Asupan oral inadekuat berkaitan dengan nyeri pada uluh hati ,mual dan muntah pasien ditandai dengan % asupan berdasarkan recall 24 jam yaitu Energi (47%), Protein (43%), Lemak (45%), KH (49%)..
2. **NI 5.3** Peningkatan kebutuhan energi dan protein berkaitan dengan perkembangan ditandai dengan Status Gizi berdasarkan %Lila = 67,7 % (gizi kurang)

BAB 7. INTERVENSI GIZI

7.1 Tujuan Intervensi

1. Meningkatkan asupan energi protein lemak, karbohidrat menjadi >80% secara bertahap
2. Meningkatkan pengetahuan terkait gizi dan makanan

7.2 Perencanaan

1. Perencanaan Diet

Jenis	: Diet Lambung (DL)
Bentuk makanan	: Lunak
Cara Pemberian	: Oral
Frekuensi	: 3 x makan 2x selingan

a. Preskripsi diet

1. Tujuan Diet

- a. Mencapai dan mempertahankan status gizi normal
- b. Mengurangi faktor yang menyebabkan tekanan yang meningkat di asam lambung
- c. Mengurangi keasaman material saat refluks untuk mencegah iritasi pada esofagus
- d. Memberikan makanan dan cairan secukupnya yang tidak memberatkan lambung serta mencegah dan menetralkan sekresi asam lambung yang berlebihan

b. Syarat diet

- a. Energi diberikan sesuai kebutuhan pasien
- b. Protein diberikan 15% dari kebutuhan energi.
- c. Lemak diberikan 25% dari kebutuhan energi
- d. Karbohidrat diberikan 60% dari kebutuhan energi
- e. Tidak mengandung bahan makanan yang berbumbu tajam
- f. hindari kondisi serta bahan makanan yang merangsang asam lambung seperti merokok, alcohol, cokelat, kopi dan kafein.
- g. Kurangi makanan yang menyebabkan tidak nyaman seperti buah dan jus asam, produk tomat, makanan yang berkarbonasi, makanan dengan bumbu yang terlalu tajam, makanan yang terlalu tinggi lemak.

2. Perencanaan Konseling Gizi

Tabel 12. Perencanaan Konseling Gizi

Masalah gizi	Tujuan	Materi Konseling	Keterangan
1. Asupan oral tidak adekuat	1.Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasien dan keluarga pasien terkait diet yang diberikan (DL)	1.Pengertian Diet Lambung	-Sasaran: Pasien dan Keluarga
2. Kurang Pengetahuan zat gizi	2. Meningkatkan Asupan makan pasien selama di rumah sakit	2.Pola makan sehat “Isi Piringku”	- Waktu: 10 menit

a. Perencanaan Monitoring dan Evaluasi

Tabel 13. Perencanaan Monitoring dan Evaluasi

Parameter	Pengukuran	Metode dan Waktu	Target Pencapaian
Anamnesis	Nyeri pada uluh hati , kepala pusing,mual dan muntah	Wawancara (setiap hari)	Keluhan berkurang
Antropometri	Lila dan Ulna	Pengukuran menggunakan pita lila (awal dan akhir perawatan)	Mempertahankan status gizi baik
Biokimia	Rasio N/L, Neutrophil, Hematocrit, MCHC, Limfosit, dan Eosinofil	Kalaborasi dengan anlisi (setiap pemeriksaan laboratorium)	Nilai normal/mendekati normal
Klinis/Fisik	Tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu	Pemeriksaan klinis dengan perawat (Setiap Hari)	Tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu normal/ mendekati normal
Asupan zat Gizi	Asupan energi, protein, lemak, Karbohidrat	<i>Recall 24 jam</i> dan <i>Comstock</i>	Asupan>80%

1. Implementasi

1) Kajian Terapi Diet

a) Jenis diet/bentuk makanan/cara pemberian

Diet DL 1.592,60 kkal/ biasa/oral/3x makan utama ,2 x selingan

b) Perbandingan Standar Diet RS dengan Kebutuhan

Tabel 14. Perbandingan Standar Diet RS dengan Kebutuhan

	Energi (Kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Standar Diet	1471,6	60	31,94	193,09
Rs Kebutuhan (Planning)	1.592.60	59,7	44,23	238,8
Perbandingan	90%	100%	72%	80%
Keterangan	Baik	Baik	Kurang	Baik

Kesimpulan : Berdasarkan perbandingan antara standar diet RS dengan perhitungan kebutuhan didapatkan hasil yaitu energi (90%) sudah memenuhi, Protein (100%) dan lemak (72%) belum memenuhi dan karbohidrat (80%) sudah memenuhi . Sehingga adanya modifikasi pada rekomendasi standar diet.

2. Rekomendasi Diet

Tabel 14. Rekomendasi Diet

	STANDAR DIIT RS/KLINIK	REKOMENDSI STANDAR DIIT
Makanan pagi		
Makanan Pokok	200	200
Lauk Hewani	50	50
Lauk Nabati	50	50
Sayur	75	75
Selingan Pagi		
Snack		
Buah	100	100
Makanan Siang		
Makanan Pokok	200	200
Lauk Hewani	50	50
Lauk Nabati	50	50
Sayuran	75	75
Selingan Siang		
Snack		
Kacang Hijau	12.5	12,5
Makanan Malam		
Makanan Pokok	200	200
Lauk Hewani	50	50
Lauk Nabati	50	50
Sayuran	75	75
Selingan Malam		

Susu	-	-
Nilai Gizi		
Energi	1471,6	1592,60
Protein	60	59,7
Lemak	31,94	44,23
Karbohidrat	193,09	238,8

Berdasarkan table 14 di atas, terdapat modifikasi standar diet, yaitu pada rekomendasi diberikan teh di pagi hari, dan diberikan snack siang yaitu buah dan sari kacang hijau. Untuk lemak kurang adanya penambahan minyak pada makanan. Untuk pasien diberikan bubur dianjurkan memakanan yang lunak.

3. Konseling dan Edukasi Gizi

- a. Tujuan : memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga terkait diet DL dengan memperhatikan bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, cara pengolahan, dan pengaturan pola makan.
- b. Sasaran : Pasien dan Keluarga
- c. Tempat : Ruang Lavender Lantai 3 kamar 5.3
- d. Waktu : \pm 15 menit
- e. Materi :
 - 1) Tujuan dan prinsip diet yang diberikan yaitu:
 - a) Menu makanan untuk mempercepat proses penyembuhan pasien
 - b) Membatasi makanan yang mengandung gas
 - c) Memperhatikan cara pengolahan makanan agar tidak merusak zat gizi pada bahan makanan yang dikonsumsi
 - 2) Memberikan motivasi kepada pasien untuk mengkonsumsi makanan yang telah disediakan oleh Rumah Sakit sesuai dengan diet yang ditetapkan
 - 3) Memberikan informasi kepada keluarga pasien terkait dukungan dan pemantauan keadaan pasien terutama dalam menjalani diet yang diberikan
- f. Strategi :
 - 1) *Precontemplation*
 - Meningkatkan kesadaran pasien dan keluarga mengenai pola hidup yang lebih baik

2) *Contemplation*

- Menjelaskan tujuan intervensi diet
- Memberikan dukungan terkait perubahan yang dilakukan

3) *Preparation*

- Mendukung pasien untuk melakukan perubahan gizi spesifik
- Memperkuat komitmen pasien terhadap kesepakatan yang telah didiskusikan
- Menghargai segala perubahan baik yang dilakukan pasien

4) *Action*

- Memberikan bantuan yang dibutuhkan pasien apabila ada hambatan

5) *Maintenance*

- Mendiskusikan hambatan yang dirasakan pasien serta alternative pemecahannya dalam menjalankan perubahan pola makan

g. Alat peraga : Leaflet diet lambung (DL)

2. Koordinasi dengan Tim Kesehatan Lain

Koordinasi dengan tenaga kesehatan lain meliputi bekerjasama dengan tenaga medis lain yang terlibat dalam proses perawatan pasien. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain meliputi dokter, perawat, dan ahli gizi ruangnya.

a. Dokter

Koordinasi dengan dokter dilakukan untuk memperoleh informasi mengenai diagnosis medis dan diet yang diberikan untuk pasien melalui catatan medis pasien sehingga intervensi gizi sesuai dengan kondisi klinis pasien

b. Perawat

Koordinasi dengan perawat dilakukan untuk memantau kondisi fisik klinis pasien melalui catatan medis, buku asuhan keperawatan, ataupun koordinasi secara langsung sehingga dapat dilakukan intervensi lebih lanjut sesuai dengan perkembangan pasien.

BAB 8. MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring Assesment Gizi

Hari Ke	Diagnosa	Keluhan	Antropometri/ Estimasi % LILA	Biokimia	Fisik	Asupan	Monitoring Diagnosa Gizi	Evaluasi dan Tindak Lanjut
Hasi ke 1	colic abdomen dan Vomitus Frequent	Nyeri pada uluh hati , kepala pusing , mual dan muntah	Lila : 23,5 cm % Lila : 67,7% (Kurang) Ulna : 164 cm	Hemoglobin :12,0g/dl Hematokrit: 39,1g/dl Leokosit: 10,510 ³ /ul, Eritrosit: 4,26 10 ³ /ul MCV: 91,8 FL MCH: 28,2pg MCHC: 30,7 g/dl Trombosit: 206 10 ³ /ul PDW: 10,2 fL, Neotrofil: 83,4%, Limfosit:	TD : 136/78 mmHg Respirasi: 20x/mnt Nadi : 89x/menit Suhu: 36,5° C SPO2 : 94%	Energi : 1.197,5 kkal Protein : 53,1gram Lemak : 28,9 grm Karbohidrat: 181,9 gram	NI-2.1 Asupan oral inadkuat berkaitan dengan nyeri pada ulu hati ,mual dan muntah pasien ditandai dengan % asupan berdasarkan recall 24 jam yaitu Energi (47%), Protein (43%), Lemak (45%), KH (49%). NI 5.3 Peningkatan kebutuhan energi dan protein berkaitan dengan perkembangan ditandai dengan Status Gizi berdasarkan %Lila = 67,7 % (gizi kurang)	Anamnesis : Nyeri pada uluh hati, kapala pusing ,mual dan muntah berkurang Antropometri :status gizi menjadi normal Biokimia : MCHC ,Limfosit, Eosinofil, Neutrofil, dan Rasio N/L menjadi normal Fisik Klinik: Tekanan darah prehipertensi, nad,

11,7%,
Eosinofil :
1.00 %.

respirasi,suhu
dan spo2 normal.

Monitoring Assesment Gizi								
Hari Ke	Diagnosa	Keluhan	Antropometri/ Estimasi % LILA	Biokimia	Fisik	Asupan	Monitoring Diagnosa Gizi	Evaluasi dan Tindak Lanjut
Hasi ke 2	colic abdomen + Vomitus Frequen	Nyeri pada uluh hati , kepala pusing , mual dan muntah	Lila : 23,5 cm % Lila : 67,7% Ulna : 164 cm	-	TD : 110/62 mmHg Respirasi: 20x/mnt Nadi : 78x/menit Suhu: 36° C SPO2 : 98%	Energi : 2335,7 kkal Protein : 89,6 gram Lemak : 49,1 grm Karbohidrat: 381,9 gram	NI-2.1 Asupan oral inadekuat berkaitan dengan nyeri pada ulu hati ,mual dan muntah pasien ditandai dengan % asupan berdasarkan recall 24 jam yaitu Energi (47%), Protein (43%), Lemak (45%), KH (49%). NI 5.3 Peningkatan kebutuhan energi dan protein berkaitan dengan perkembangan ditandai dengan Status Gizi berdasarkan %Lila = 67,7 % (gizi kurang)	Anamnesis : Nyeri pada uluh hati, kapala pusing ,mual dan muntah berkurang Antropometri :status gizi menjadi normal Biokimia : - Fisik Klinik: Tekanan darah prehipertensi, nad, respirasi,suhu dan spo2 normal. Asupan Makan: Energi, lemak,karbohidrat Berlebih Terapi diet = DL (diet lambung)

Frekuensi =
3x makanan
utama
2x selingan
Konseling Gizi =
Diet Lambung
1.592,60

BAB 9. PEMBAHASAN KASUS

Ny. S berusia 83 tahun masuk rumah sakit dengan keluhan Nyeri pada ulu hati , kepala pusing,,maul dan muntah. Hasil skrining yang telah dilakukan saat hari pertama masuk rumah sakit di dapatkan bahwa hasil skrining mendapatkan skor 3 maka dapat dikatakan pasien mengalami beresiko malnutrisi. Berdasarkan hasil pemeriksaan dokter didapatkan bahwa pasien terdiagnosis *colic abdomen dan Vomitus Frequent*

9.1 Skrining

Pengambilan data skrining dilakukan pada tanggal 16 November 2024 menggunakan alat skrining Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002). NRS-2002 merupakan system skrining dengan cara pemberian skor, Pada kasus ini menunjukkan hasil skrining pasien memiliki total skor 3. Skor tersebut didapatkan dari hasil skrining awal terdapat 1 jawaban “Ya” pada kriteria “ Apakah asupan makanan pasien menurun 1 minggu terakhir?” yang kemudian dilanjutkan pada Skrining lanjut 1 dan Skrining lanjut II.

Pada kriteria Skrining lanjut 1 didapatkan Skor 3 karena pasien mengalami Kehilangan BB >5% dalam 2 bulan atau IMT 18,5-20,5 atau asupan 25-50% dari kebutuhan. Sedangkan pada Skrining Lanjut II didapatkan skor 0 kebutuhan gizi normal. Dan pada usia pasien lebih dari 65 sehingga skor 1 umur. Sehingga total skor skrining NRS-2002 yaitu 3 yang berarti tidak berisiko malnutrisi atau bisa dilakukan skrining seminggu kemudian.

9.2 Antropometri

Tabel 16. Data Antropometri

Pengukuran	Hari Ke-1	Hari Ke-2
Lila	23,5	23,5
%Lila	67,7%	67,7%
Status Gizi	Kurang	Kurang
Rentang Lengan	164	164

Sumber: Data Primer,2023

Pengukuran dilakukan sebanyak 2x yaitu pada awal dan akhir perawatan di rumah sakit. Kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk berdiri, sehingga pengukuran berat badan dan tinggi badan menggunakan estimasi

Dengan pengukuran rentang lengan dan LiLA. Berdasarkan data hasil pengukuran serta analisis terhadap hasil pengukuran, didapatkan status gizi menurut %LiLA pada hari ke-1 yaitu gizi kurang (87%). Kemudian pengukuran pada hari ke-2 didapatkan hasil yang sama yaitu %LiLA menunjukkan status gizi kurang (87%). Lingkaran lengan atas (LiLA) merupakan gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. LiLA juga dapat mengukur risiko kekurangan energi dan protein (Rizal, 2023). Masalah gizi yang terjadi pada lansia berkaitan dengan menurunnya aktivitas fisiologis tubuh. Konsumsi makanan yang tidak seimbang, penyakit yang meningkatkan kebutuhan gizi, peningkatan pembuangan gizi, kurangnya kemampuan tubuh menyerap zat gizi memperburuk masalah gizi yang diderita lansia (Sartika, Zulfitri and Novayelinda, 2011).

Pengukuran LiLA telah digunakan untuk memprediksi mortalitas pada lansia dengan menggunakan cut off point nilai LiLA yang rendah < 23,5 cm untuk laki-laki dan ≤ 22 cm untuk perempuan. Nilai normal dianggap di atas *cut off point* tersebut. LiLA dapat digunakan untuk mengukur berat badan estimasi pada dewasa dan lansia (Refina et al.2023).

9.3 Keluhan Pasien

Tabel 17 Keluhan Pasien

	Hari Ke-1	Hari Ke-2
Nyeri Uluh Hati	Nyeri berkurang	Nyeri menghilang
Kepala Pusing	Pusing berkurang	Pusing menghilang
Mual	Mual berkurang	Mual menghilang
Muntah	Muntah Menghilang	Muntah Menghilang

Sumber : Data Primer, 2024

Berdasarkan hasil pengamatan selama 2 hari diketahui keluhan pasien saat pertama kali masuk rumah sakit yaitu Nyri uluh hati, kepala pusing ,muntah dan mual. Pada hari ke-1 pasien masih mengalami nyeri ,pusing ,mual dan muntah yang lumayan berkurang. Pasien juga masih merasakan pusing, namun sudah tidak merasa lemas dan mual. Pada hari ke-2 keluhan sudah mulai menghilang.

Faktor resiko yang sering menyebabkan gastritis yaitu pola makan yang tidak teratur dapat menyebabkan terjadinya gastritis. Pada saat perut yang harusnya diisi tetapi dibiarkan kosong atau ditunda pengisiannya maka asam lambung akan akan meningkat dan mencerna lapisan mukosa lambung dan menimbulkan rasa nyeri. (Barkah et al., 2021)

Terlambat makan Secara alamia lambung akan terus memproduksi asam lambung setiap waktu dalam jumlah yang kecil, setelah 4-6 jam sesudah makan biasanya glukosa darah telah banyak terserap dan terpakai sehingga tubuh akan merasakan lapar dan pada saat itu jumlah asam lambung terstimulasi. Bila seseorang telat makan sampai 2-3 jam maka, asam lambung yang diproduksi semakin banyak dan berlebihan sehingga dapat mengiritasi mukosa lambung sehingga menimbulkan rasa nyeri di sekitar epigastrium (Barkah et al., 2021) .

9.4 Biokimia

Tabel 18 Hasil Pemeriksaan Biokimia 15 agustus 2024

Data Biokimia	Data	Nilai Rujukan	Satuan	Ket.
Hemoglobin	12,0	11,7-15,5	d/dl	Normal
Leukosit	10,5	3,6-11,0	g/dl	Normal
Trombosit	206	150-450	/ul	Normal
Hematokrit	39,1	35-47	%	Normal
MCV	91,8	80-100	FL	Normal
MCH	28,2	26-34	Pg	Normal
MCHC	30,7	32-37	10 ³ /ul	Rendah
RDW-Cv	13,4	11,5-14,5	%	Normal
PDW	10,2	2,3-56,6	FL	Normal
MPV	9,6	7,2-11,7	FL	Normal
Neutrofil	83,4	53-75	%	Tinggi
Limfosit	11,7	25-40	%	Rendah
Eosinofil	1.00	2.00-4.00	%	Rendah
Rasio N/L	7,1	<3.13	%	Tinggi

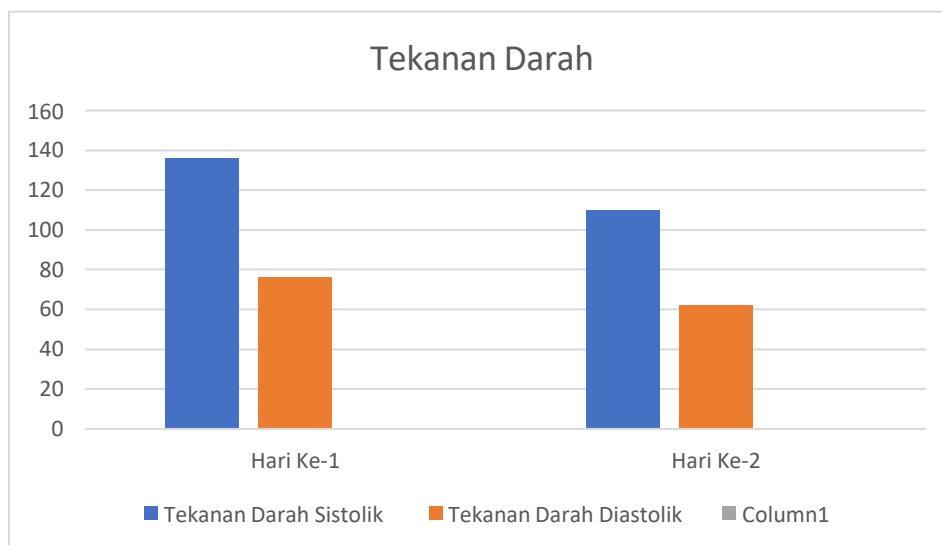
Pemeriksaan laboratorium dilakukan hanya 1 kali yaitu pada tanggal 16 Agustus 2024 tidak ada cek ulang lab. Berdasarkan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan didapatkan hasil pada tanggal 16 Agustus kadar neutrophil tinggi (83,4ribu/uL), Rasio N/L tinggi (7,1%), MCHC rendah (22,6 pg), Limfosit rendah (11,7 %) dan Eosinofil tinggi (1.00%).

MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration) adalah ukuran konsentrasi hemoglobin di dalam sel darah merah. MCHC rendah dapat mengindikasikan beberapa kondisi atau masalah kesehatan, terutama yang berkaitan dengan anemia. Penyebab neutrofil tinggi yaitu infeksi bakteri dimana Infeksi bakteri akut adalah salah satu penyebab paling umum dari peningkatan neutrofil. Tubuh merespons infeksi dengan memproduksi lebih banyak neutrofil untuk melawan bakteri yang menyerang.. Peradangan kondisi peradangan, seperti rheumatoid arthritis, penyakit radang usus (misalnya, Crohn's disease atau kolitis ulseratif), dan lainnya, dapat menyebabkan peningkatan neutrofi.

Berserta sumber Limfosit adalah jenis sel darah putih yang berperan penting dalam sistem kekebalan tubuh, terutama dalam melawan infeksi virus dan menjaga pertahanan tubuh terhadap penyakit. Kadar limfosit yang tinggi dalam darah, dikenal sebagai limfositosis, dapat mengindikasikan berbagai kondisi atau penyakit.

9.5 Fisik dan Klinis

Hasil Pemeriksaan fisik/klinis tekanan darah pada hari pertama hingga hari ke-2 intervensi dapat dilihat pada gambar dibawah ini



Gambar 9.1 Hasil Pemeriksaa Tekanan Darah

Pemeriksaan fisik klinis pasien tekanan darah dilakukan selama 2 hari berturut-turut. Berdasarkan JNC 7 hasil pemeriksaan tekanan darah pasien pada hari ke-1 termasuk dalam kategori prehipertensi. Untuk hari ke-2 tekanan darah termasuk normal.

Hipertensi mengacu pada peningkatan kronis tekanan darah. Hipertensi ditandai dengan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg. Hipertensi dapat diklasifikasikan menjadi hipertensi primer dan sekunder. Hipertensi disebabkan karena faktor gaya hidup termasuk pola makan (natrium berlebih, asupan kalium rendah, dan konsumsi alkohol), kurang olahraga, merokok, stress, dan obesitas. Hipertensi sekunder merupakan akibat dari masalah utama lainnya seperti penyakit ginjal, penyakit kardiovaskular, gangguan endokrin, atau gangguan neurologik.

Pasien yang berusia 60–80 tahun dan dalam kondisi kesehatan yang baik telah memperoleh manfaat dari penurunan tekanan darah mereka hingga di bawah 150/90 mmHg. Jika ditoleransi dengan baik, target tekanan darah dapat diturunkan lebih lanjut hingga di bawah 140/90mmHg. Pedoman American Society of Hypertension/International Society of Hypertension tahun 2014 menyarankan bahwa, untuk pasien

yang berusia lebih dari 80 tahun, ambang batas untuk memulai pengobatan adalah pada kadar $\geq 150/90$ mmHg dan target pengobatan adalah $<150/90$ mmHg (Weber, 2014).

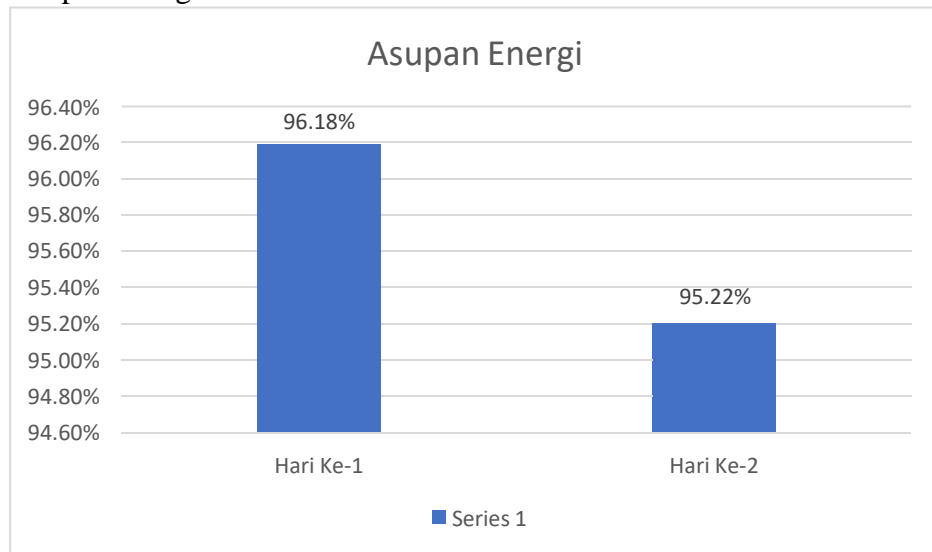
9.6 Asupan Makanan Pasien

Tabel 19 Asupan Makanan Pasien

Keterangan	Energi Kkal	Protein gram	Lemak gram	KH gram
Hari Ke-1				
Kebutuhan	1592.60	59,7	44,23	238,8
Perencanaan	1572	66,5	38,5	242,9
Asupan Luar Rs	0	0	0	0
Asupan RS	1531,9	67,7	41,6	248,3
Total Asupan	1531,9	67,7	41,6	248,3
%Asupan	96,18%	112,2%	94%	103,97%
Kategori	Baik	Berlebih	Baik	Baik
Hari Ke-2				
Kebutuhan	1592,60	59,7	44,23	238,8
Perencanaan	1487,3	60,3	40,8	225,7
Asupan Luar Rs	116,6	10	8,5	0,6
Asupan RS	1500	54	22,23	212,2
Total Asupan	1516,6	64	30,73	212,8
% Asupan	95,22%	110,14%	145%	104,37%
Kategori	Baik	Baik	Baik	Baik
Rata-Rata Asupan	1.524,25	61,85	37,48	240,05
Kebutuhan	1.592,60	59,7	44,23	238,8
%Asupan	105,23%	102%	84,28%	100,52%
Keteranagn	Baik	Baik	Baik	Baik

Asupan makan pasien selama intervensi di rumah sakit berdasarkan hasil recall 24 dan food weighing yang dilakukan selama 2 hari di dapatkan hasil rata-rata asupan energi sebesar 105,23% (Baik), protein 102% (Baik), Lemak 84,28 % (baik), KH 100,52% (baikt), serta nafsu makan meningkat. Pada monitoring hari -2 dilakukan konseling mengenai ajuran untuk tidak mengonsumsi makanan dari luar rumah sakit.

9.7 Asupan Energi

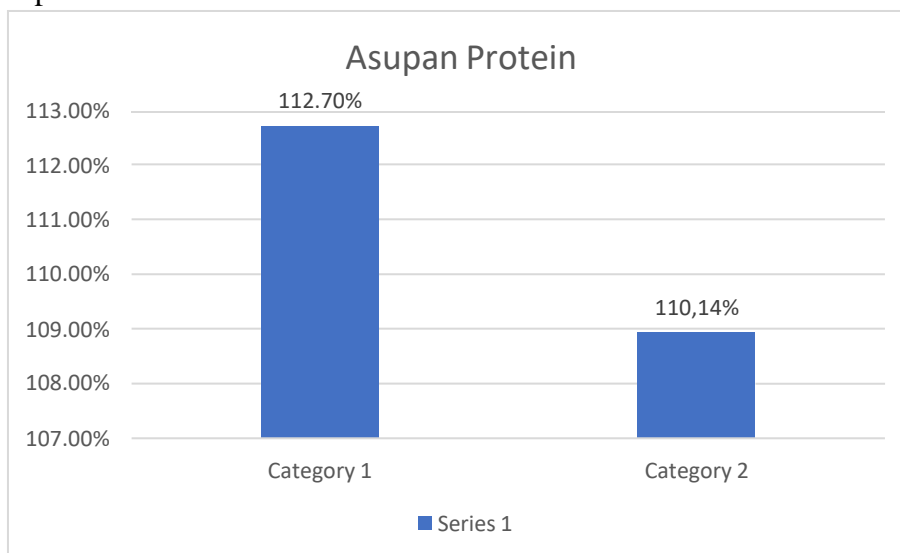


Gambar 9.7 Hasil Asupan Energi

Berdasarkan diagram di atas, diperoleh hasil bahwa persentase asupan energi pada hari ke-1 intervensi yaitu 96,18% (baik). Hal ini dikarenakan keluhan mual, pusing, lemas, dan nyeri ulu hati lebih membaik daripada saat masuk rumah sakit. Pada hari ke-2 intervensi asupan turun menjadi 95.22%. Hal ini dikarenakan pada hari ke-2 intervensi dilakukan konseling gizi terkait diet yang dijalani dan motivasi untuk menghabiskan makanan rumah sakit dan tidak mengonsumsi makanan luar rumah sakit.

Energi merupakan salah satu hasil metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak. Energi berfungsi sebagai zat tenaga untuk metabolisme, pertumbuhan, pengaturan suhu dan kegiatan fisik. Kelebihan energi disimpan dalam bentuk glikogen sebagai cadangan jangka pendek dan dalam bentuk lemak sebagai cadangan jangka panjang (Hardiansyah, Hadi Riyadi, dan Victor Napitupulu, 2013).

9.8 Asupan Protein



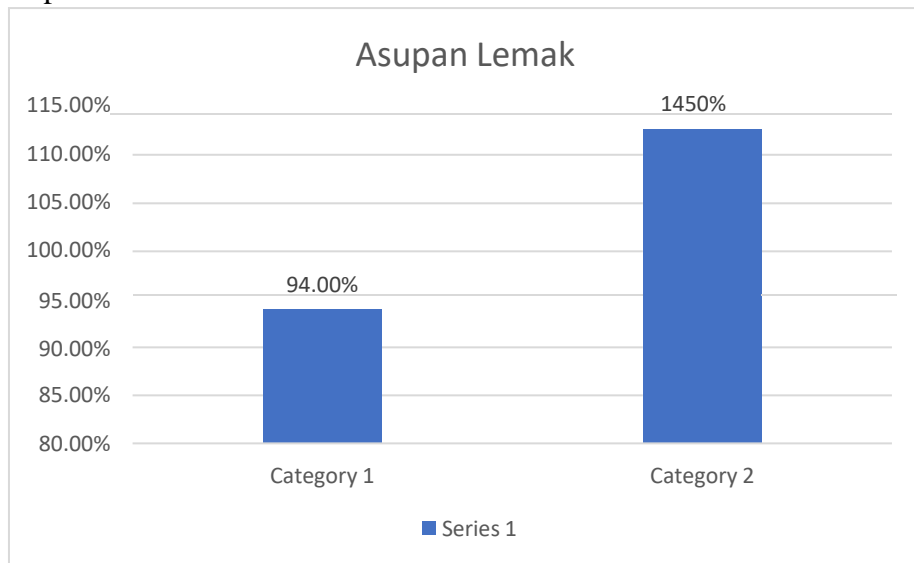
Gambar 9.1 Hasil Asupan Protein

Berdasarkan diagram di atas, diperoleh hasil bahwa persentase asupan protein pada hari ke-1 intervensi yaitu 112,7% (berlebih), kemudian menurun sebesar pada hari Ke-2 110,14% (baik). Asupan protein yang dimakan pada hari ke-2 pasien mendapatkan menu makanan yang protein seperti olahan ikan tuna dan jenis makanan lainnya.

Protein merupakan salah satu zat gizi yang berperan penting dalam tubuh, utamanya sebagai zat pembangun tubuh. Protein sangat penting untuk pertumbuhan, perbaikan sel dan jaringan tubuh yang rusak. Selain itu protein juga berperan dalam membentuk antibodi untuk melawan infeksi. Asupan protein yang cukup dapat meningkatkan sintesis protein untuk menggantikan hilangnya imunoprotein dan mempercepat eliminasi virus oleh sistem kekebalan (Yue et al., 2020).

Protein berperan dalam pembentukan sel darah merah yaitu sebagai alat angkut zat besi. Zat besi akan bergabung dengan protein membentuk transferin yang kemudian membawa zat besi ke sumsum tulang untuk membentuk hemoglobin (Eniwati et al., 2019). Oleh karena itu kekurangan protein dapat menghambat transportasi zat besi yang mengakibatkan defisiensi besi yang menyebabkan anemia.

9.9 Asupan Lemak

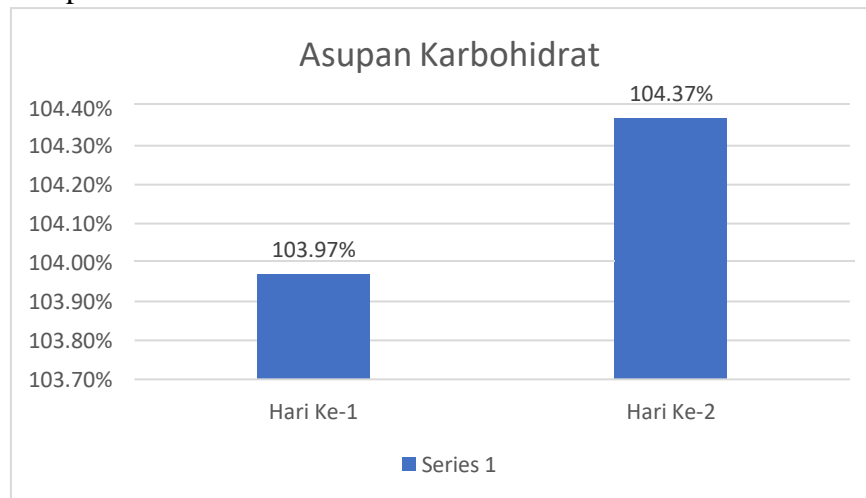


Gambar 9.9 Hasil Asupan Lemak

Berdasarkan diagram di atas, diperoleh hasil bahwa persentase asupan lemak pada hari ke-1 intervensi yaitu 94% (baik) dan kemudian pada hari ke-2 meningkat yaitu 145% (berlebih). Peningkatan lemak dikarenakan ada penambahan minyak pada makanan dan olahan pada makanan banyak mengandung minyak.

Peningkatan asupan lemak terjadi karena pada hari ke-1 dan ke-2 pasien mengonsumsi makanan yang lemaknya tinggi. Konsumsi ikan dan minyak ikan yang kaya asam lemak omega-3 dapat meningkatkan kadar trigliserida dan dapat mencegah fibrilasi atrium. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemberian makanan tinggi lemak jenuh pada gagal jantung ringan hingga sedang mempertahankan fungsi kontraktile dan mencegah peralihan metabolisme asam lemak ke glukosa sehingga berperan sebagai kardioprotektif (Nelms, Sucher and Lacey, 2017).

9.10 Asupan Karbohidrat



Gambar 9.10 Hasil Asupan Karbohidrat

Asupan karbohidrat pada hari ke-1 intervensi memiliki persentase 103,97% (Baik) dan meningkat menjadi 104,37% pada hari ke-2 menjadi 104,37% (Baik). Adanya peningkatan karbohidrat pasien harus membutuhkan banyak makanan yang tinggi karbohidrat dikarenakan status gizi pada pasien termasuk gizi kurang. Hal ini menyebabkan peningkatan asupan karbohidrat yang sangat tinggi.

Rekomendasi asupan karbohidrat sangat beragam. Food and Nutrition Board merekomendasikan asupan karbohidrat 45-65% total asupan kalori, sedangkan Pedoman Gizi Seimbang untuk masyarakat Indonesia merekomendasikan asupan karbohidrat tidak >60% asupan kalori per hari. Asupan karbohidrat untuk pasien PJK menurut American Heart Association (AHA) dalam *Therapeutic Lifestyle Changes* (TLC) sebesar 50-60% dari kalori total, tetapi pasien PJK seringkali meningkatkan asupan karbohidrat melebihi jumlah tersebut sebagai kompensasi dari penurunan asupan lipid sehingga mengakibatkan terjadinya hipertrigliseridemia (Wilkins LW.2020).

BAB 10. PENUTUP

10.1 Kesimpulan

1. Hasil skrining pasien menggunakan form NRS-2002 mendapatkan skor 3 yang berarti tidak berisiko.
2. Hasil assessment gizi sebagai berikut:
 - a. Diagnosis medis pasien yaitu colic abdomen dan Vomitus Frequen
 - b. Keluhan berupa nyeri ulu hati,kepala pusing, mual dan muntah-muntah, nafsu makan berkurang.
 - c. Keluhan berupa sesak napas, mual, pusing, lemas, dan nyeri ulu hati. Status gizi pasien berdasarkan %LILA (67,7%) dalam kategori gizi kurang.
 - d. Hasil pemeriksaan biokimia kadar neutrophil tinggi (83,4ribu/uL), Rasio N/L MCHC rendah (22,6 pg), Limfosit rendah (11,7 %) dan tinggi (7,1%),Eosinofil tinggi (1.00%).
 - e. Fisik klinis pasien didapatkan tekanan darah:respirasi:20x/mnt, nadi :78x/menit, suhu:36° C, SPO2 :98%.110/62 mmHg
 - f. Kategori kecukupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat yaitu adekuat. Berdasarkan hasil FFQ, persentase kecukupan energi (104%), protein (134%), Lemak (103%) sedangkan karbohidrat (87%).
 - g. Hasil Recall 24 jam diperoleh hasil % asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat masih <80%. Berdasarkan hasil recall 24 jam, persen asupan dan kategori kurang antara lain energi (47%), protein (43%), lemak (45%) dan kategori (49%).
 - h. Pasien memiliki kebiasaan makan 3 kali sehari, dan kadang tidak suka makan nasi digantikan dengan makan sejenis adonan singkong seperti gethuk. Setiap hari mengonsumsi singkong 1x/sehari. Sedangkan untuk lauk nabati mengonsumsi tempe 3x/minggu, tahu 2x/seminggu. Sayuran yang sering dikonsumsi adalah daun singkong 2x/sehari, Untuk buah pasien suka makan papaya 2x/minggu. Setiap hari pasien minum teh 1 gls sedang dengan penambahan gula 1 sdt setiap gelasnya. Pasien sangat suka olahan makanan dari ubi-ubian.

3. Diagnosis Gizi

1. NI-2.1 Asupan oral inadekuat berkaitan dengan nyeri pada uluh hati ,mual dan muntah pasien ditandai oleh hasil recall pasien kurang dari 80%.

2. NB-1.1 Kurangnya pengetahuan terkait makanan dan gizi berkaitan dengan pengetahuan ditandai dengan memverifikasi informasi yang tidak akurat atau tidak lengkap yaitu pasien dengan pola makan yang tidak baik yaitu tidak mengonsumsi nasi di gantikan oleh makanan olahan singkong untuk pengganti nasi dan jarang sarapan pagi

4. Intervensi Gizi

Pemberian diet lambung 1.592,60 kkal. Bentuk makanan biasa melalui oral dengan frekuensi pemberian yaitu 3x makan utama dan 2x selingan.

5. Monitoring dan Evaluasi

1. Keluhan pasien pada hari akhir intervensi sudah membaik
2. Pasien memiliki status gizi kurang berdasarkan %Lila pada pengukuran antropometri awal dan akhir.
3. Biokimia pasien dilakukan 1 kali pada tanggal 15 agustus 2024
4. Fisik klinis pasien dari awal assesment hingga akhri intervensi menunjukkan sudah mendekati normal.
5. Asupan makan pasien selama 3 hari intervensi melebihi dari target asupan 80%. Rata rata asupan pasien yaitu energi (105,23%), Protein (102%), Lemak (84,28%), KH (100,52%).

6. Konseling

1. Kegiatan konseling dilakukan di bangsal lavender 3 no 5.3
2. RSUD Ir. Soekarno pada tanggal 15 agustus 2024 dengan materi diet diet lambung 1.592,60 kkal serta memberi motivasi kepada pasien agar memiliki perubahan merubah yang sehat.
 1. Keluarga pasien diharapkan memberikan dukungan kepada pasien untuk kepulihan pasien dengan menjaga asupan makan pasien supaya gizi seimbang dan menghindari makanan yang tidak di perbolehkan.
 2. Bagi pasien setelah pulang dari rumah sakit diharapkan pasien mampu menerapkan pola makan dan diit yang dianjurkan.

10.2 Saran

1. Keluarga pasien diharapkan memberikan dukungan kepada pasien untuk kepulihan pasien dengan menjaga asupan makan pasien supaya gizi seimbang dan menghindari makanan yang tidak di perbolehkan.
2. Bagi pasien setelah pulang dari rumah sakit diharapkan pasien mampu menerapkan pola makan dan diit yang dianjurkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti (2012). Buku Ajaran Asuhan Kebidanan Ibu 1 (Kehamilan). Yogyakarta: Rahima Press.
- Barkah, A., Agustiyani, I., & Abdi. (2021). Pengaruh Pola Makan Dengan Kejadian Gastritis di Puskesmas Setu I. *Stikes Abdi Nusantara Jakarta*, 4(1), 52-58.
- Arafah and Umrda. 2013. Gambaran Klinis dan Endoskopi Saluran Cerna Bagian Atas Pasien Dispepsia di Bagian RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, No.5 (2).
- Barkah, A., & Agustiyani, I. (2021). Pengaruh Pola Makan Dengan Kejadian Gastritis di Puskesmas Setu I. *Jurnal Antara Keperawatan*, 4(1).
- Bare, S. S. (2011). Buku Ajar Keperawat Medikal Bedah. Jakarta: EGC. HAL: 45-47.
- Djojoningrat D. 2014. Dispepsia Fungsional. In: Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Simadibrata M, Setyohadi B, Syam AF. Buku ajar: ilmu penyakit dalam Jilid II. Edisi ke 6. Jakarta: Balai penerbit FK UI.
- Dova Maryanal, A. C. N. A. (2021). Asuhan Keperawatan Pasien Abdominal Pain Dengan Kolik Abdomen Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman. *Jurnal Keperawatan*, 47(4), 124-134.
- Djojoningrat D (2014). Dispepsia Fungsional. Dalam: Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Simadibrata M, Setyohadi B, editors. Buku ajar ilmu penyakit dalam Jilid II. Edisi ke 6. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, pp:1805- 1810.
- Etty, K. (2020). *Hasanuddin Journal of Public Health*. 1(2), 172–182.
- Eniwati, S. Musyabiq, N.Karima dan R. Graharti.(2019). Hubungan Aupan Protein Nabati dengan Kadar Hemoglobin Pada Wanita Usia Vegan. *Medula Volume 9 Nomor 1*
- Irdayani. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Tn R Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Dengan Diagnosa Medis Kolik Abdomen Di RS Aliyah 1 Kota Kendari. Karya Tulis Ilmiah. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Poltekes Kemenkes Kendari Jurusan D-III Keperawatan Tahun 2022.
- Nelms M, Sucher KP, Lacey K, Roth SL. *Nutrition therapy & pathophysiology*. 2nd ed. USA: Brooks/Cole Cengage Learning; 2011.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PGRS. (2013). *Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan 2013*.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Pediatri, S. 2012. Manifestasi dan Komplikasi Gastrointestinal pada Purpura Henoch Schonlein. Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita Jakarta. Vol. 13, No. 5, Februari 2012.
- Putri Y.A, Arnelis., Asterina. 2016. Gambaran Klinis dan Endoskopi Saluran Cerna Bagian Atas Pasien Dispepsia di Bagian RSUP Dr. M. Djamil Padang. Jurnal Kesehatan Andalas, No.5 (2).
- Maiti, & Bidinger. (2012). Konsep Pola Makan. Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699.
- Uwa, F. L., Milwati, S., & Sulasmini. (2019). Hubungan Antara Stres Dan Pola Makan Dengan Kejadian Gastritis Yang Terjadi Di Pukesmas Dinoyo. Nursing News, 4(1), 237–247
- Wahyuni, S. D., Rumpiati, & LestaRiningsih, R. E. M. (2017). Hubungan Pola Makan Dengan Kejadian Gastritis Pada Remaja. Global Health Science 2(2), 149–154. <http://jurnal.csdforum.com/index.php/ghs>
- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Kementrian Kesehatan RI. 2018. Pedoman Gizi Seimbang. Jakarta: Kemenkes RI.
- Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, dkk. (2014) Pedoman praktik klinis untuk penanganan hipertensi di masyarakat, pernyataan dari American Society of Hypertension dan International Society of Hypertension. *J Hypertens.* 2014; 32 :3–15. doi: 10.1097/HJH.000000000000065.imana
- Kementrian Kesehatan RI. 2014. Pedoman Gizi Seimbang. Jakarta: Kemenkes RI.
- Rifana Alam Purba, Tri Kusumadewi, AnikInayati. 2022. Penerapan Terapi MurotalQur' An Terhadap Nyeri Pada PasienKolik Abdomen dan Dispensia di RSUSJENDA. AHMAD YANI. JurnalCendekia Muda. Volume 2, Nomor 4,Desember 2022. ISSN: 2807-3469.
- Windy, C. S., & Sabir, M. (2016). Perbandingan Antara Suhu Tubuh, Kadar Leukosit, Dan Platelet Distribution Width (Pdw) Pada Apendisitis Akut Dan Apendisitis

Perforasi Di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu Tahun 2014. *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)*, 2(2), 24-32.

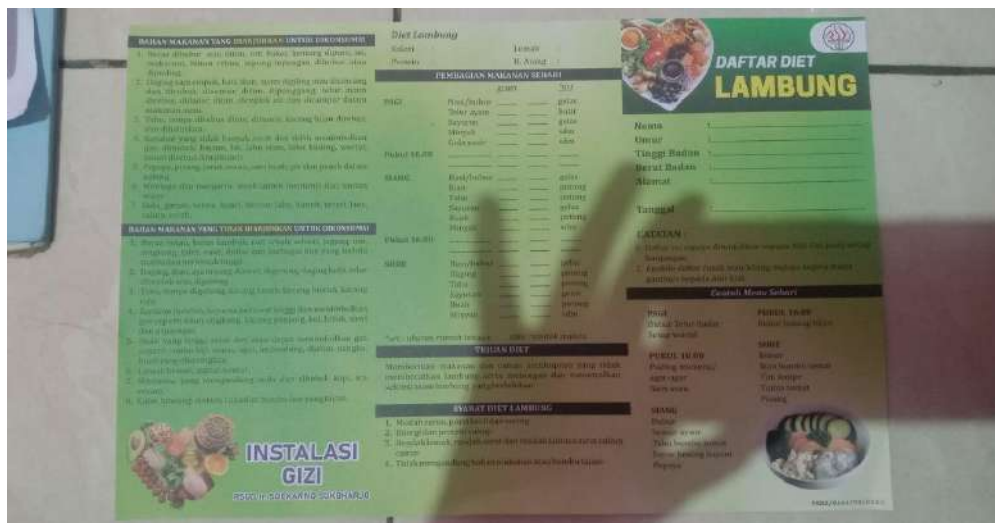
WHO. 2019. Menurut World Health Statistk Organization

Wilkins LW. (2020). Ilmu gizi menjadi sangat mudah (nutrition made incredibly easy). Edisi kedua. Dwijayanti L, Nugroho AW, Santoso N, editors. Jakarta: EGC; 56-

69. Windy Octaviana. (2020). Gambaran Karakteristik Pasien Colik Abdomen di Rumah Sakt Umum Daerah Labuhanbatu Selatan tahun 2019. Skripsi. Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan 2020.
- Arupah (2018). Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients. *Patient Educ Couns.* 98 (5).
- Dewantoro (2019). Hubungan Pola Makan Dengan Kejadian Gastritis Pada Remaja Di Wilayah Kerja Puskesmas Balowerti Kota Kediri. *Journal of Nursing Care & Biomolecular*, 5(1), 19–24.
<http://www.stikesmaharani.ac.id/ojs2.4.3/index.php/JNC/article/view/148/162>
- Revina, N. et al. (2023) 'Pemeriksaan Status Gizi dan 558-564.doi:Diabetes Melitus terhadap Lansia di Wilayah Putukrejo, Desa Peniwen, Kabupaten pp. 5(November), 10.36565/jak.v5i3.581.Malang',
- Riskesdas (2018) 'Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf', Lembaga PenerbitBalitbangkes.
- Rizal, T. (2023) 'Penelitian Status Gizi Pada Lanjut Usia', *Protein: Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*.
- Sari, E. F., Rumende, C. M. and Harimurti, K. (2017) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Diagnosis Pneumonia pada Pasien Usia Lanjut', *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 3(4), p. 183. doi: 10.7454/jpdi.v3i4.51.
- Sartika, N., Zulfitri, R. AndNovayelinda, R. (2011) 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Lansia', *Jurnal Ners Indonesia*, 2(1), pp. 39-
- Handayani & Anggarini (2020) 'Nutritional Support and Clinical Outcome of Severe and Critical Patients With COVID-19 Pneumonia', *Frontiers in Nutrition*,7(November), pp. 1-7. doi: 10.3389/fnut.2020.581679

LAMPIRAN

Lampiran 1. Leaflet Konseling



Lampiran 2. Dokumentasi Makanan Permosian

<p>Menu hari Ke-1</p> 		
<p>Menu sore</p> 	<p>Menu pagi</p> 	<p>Menu Siang</p> 
<p>Intervensi 2</p>		
		
<p>Makan Sore</p>	<p>Makan Pagi</p>	<p>Makan Siang</p>



Lampiran 3. Menu Intervensi 1

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Berat (gram)	E	P	L	KH
Makan Sore	Bubur	Beras	50	180,4	3,3	0,3	39,8
	Pepes bandeng	Ikan Bandeng	30	25,2	4,4	0,7	0,0
		Tepung tapioka	10	15,5	1,3	1,1	0,0
		Telur ayam	10	36,4	1,0	0,1	0,3
	Tahu bacem	Tahu	50	38,0	4,1	2,4	0,9
		Gula Aren	6	22,1	0,0	0,0	5,7
		Kecap	5	3,0	0,5	0,5	0,3
	Sayur Asem	Minyak	3	25,9	0,0	0,0	0,0
		Kacang Panjang	25	8,7	0,5	0,1	2,0
		Jipang	25	5,0	0,2	0,1	1,1
		Jagung	25	27,0	0,8	0,3	6,3
		Daun So	5	1,9	0,3	0,0	0,4
Makan Pagi	Bubur	Beras	50	180,4	3,3	0,3	39,8
	Otak bandeng tongseng	Ikan bandeng	35	29,4	5,2	0,8	00,0
		Tepung Tapioka	10	38,1	0,0	0,0	9,1
		Telur ayam	5	7,8	0,6	0,5	0,1
		Gula pasir	5	19,3	0,0	0,0	5,0
		Minyak	2	17,2	0,0	2,0	0,0
	Tempe bb tongseng	Tempe	50	99,5	9,5	3,8	8,5
		Gula pasir	5	19,3	0,0	0,0	5,0
		Minyak	3	25	0,0	3,0	0,0
	Tumis	Brokoli	15	3,5	0,5	0,0	0,3
		Sawi	25	3,8	0,6	0,1	0,5

		Wortel	25	6,5	0,2	0,1	1,2
		Tahu	10	7,6	0,8	0,5	0,2
		Minyak	5	43,1	0,0	5,0	0,0
	Teh	Teh	1	0,5	0,0	0,1	0,1
		Gula Pasir	15	38,7	0,0	0,0	10,0
Makan Siang	Bubur	Beras	50	180,4	3,3	0,3	39,8
	Galantin kotak bb terik	Daging ayam	30	85,5	8,1	5,7	0,0
		Tepung terigu	10	36,4	1,0	0,1	7,6
		Telur ayam	5	7,8	0,6	0,5	0,1
		Kecap	2	1,2	0,2	0,0	0,1
		Gula pasir	2	7,7	0,0	0,0	2,0
		Minyak	1	8,6	0,0	1,0	0,0
	Tempe bb terik	Tempe	50	99,5	9,5	3,8	8,5
		Kecap	2	1,2	0,2	0,0	0,1
		Gula pasir	2	7,7	0,0	0,0	2,0
	Timlo	Wortel	30	7,7	0,3	1,4	1,1
		Mie soun	30	114,3	0,1	17,4	0,3
		Jamur	15	4,1	0,3	0,8	0,3
		Minyak	2	17,2	0,0	0,0	0,0
	Buah	Pepaya	100	39,0	0,6	0,1	9,8
	Sari Kacang hijau	Kacang hijau	12,5	14,5	1,0	0,0	2,6
		Gula pasir	5	7,7	0,0	0,0	2,0
Asupan				1572,0	66,9	38,5	242,9
Kebutuhan				1.592,6 0	59,7	44,23	238,8
%Asupan				101%	105%	108%	97%

Lampiran 4. Analysis Menu intervensi 1

Analysis of the food record

Food	Amount	energy	carbohydr.
beras putih giling	50 g	180.4 kcal	39.8 g
ikan bandeng	50 g	49.0 kcal	0.0 g
kecap	1 g	0.6 kcal	0.1 g
minyak kelapa sawit	1 g	8.6 kcal	0.0 g
tempe kedele murni	50 g	99.5 kcal	8.5 g
kecap	2 g	1.2 kcal	0.1 g
minyak kelapa sawit	1 g	8.6 kcal	0.0 g
jagung kuning segar	10 g	10.8 kcal	2.5 g
kembang kool mentah	25 g	6.3 kcal	1.4 g
buncis mentah	25 g	8.7 kcal	2.0 g
Carrot fresh	15 g	3.9 kcal	0.7 g
minyak kelapa sawit	3 g	25.9 kcal	0.0 g
beras putih giling	50 g	180.4 kcal	39.8 g
daging ayam	30 g	85.5 kcal	0.0 g
kecap	2 g	1.2 kcal	0.1 g
gula pasir	1 g	3.9 kcal	1.0 g
tepung terigu	10 g	36.4 kcal	7.6 g
mie soun	5 g	19.0 kcal	4.6 g
tahu	50 g	38.0 kcal	0.9 g
kecap	3 g	1.8 kcal	0.2 g
gula pasir	2 g	7.7 kcal	2.0 g
minyak kelapa sawit	2 g	17.2 kcal	0.0 g
labu siam mentah	25 g	5.0 kcal	1.1 g
terong putih mentah	25 g	7.0 kcal	1.6 g
Carrot fresh	25 g	6.5 kcal	1.2 g
minyak kelapa sawit	3 g	25.9 kcal	0.0 g
pisang ambon	100 g	92.0 kcal	23.4 g
teh	1 g	0.5 kcal	0.1 g
gula pasir	10 g	38.7 kcal	10.0 g
beras putih giling	50 g	180.4 kcal	39.8 g
daging ayam	30 g	85.5 kcal	0.0 g
tepung terigu	10 g	36.4 kcal	7.6 g
telur ayam	5 g	7.8 kcal	0.1 g
kecap	2 g	1.2 kcal	0.1 g
gula pasir	2 g	7.7 kcal	2.0 g
minyak kelapa sawit	1 g	8.6 kcal	0.0 g
tempe kedele murni	50 g	99.5 kcal	8.5 g
kecap	2 g	1.2 kcal	0.1 g
gula pasir	2 g	7.7 kcal	2.0 g

Carrot fresh	30 g	7.7 kcal	1.4 g
mie soun	30 g	114.3 kcal	27.4 g
jamur kuping segar	15 g	4.1 kcal	0.8 g
minyak kelapa sawit	2 g	17.2 kcal	0.0 g
kacang hijau	12,5 g	14.5 kcal	2.6 g
gula pasir	2 g	7.7 kcal	2.0 g

Meal analysis: energy 1572.0 kcal (100 %), carbohydrate 242.9 g (100 %)

Result

Nutrient content	analysed value	recommended value/day	percentage fulfillment
energy	1572.0 kcal	2036.3 kcal	77 %
water	62.5 g	2700.0 g	2 %
protein	66.9 g(17%)	60.1 g(12 %)	111 %
fat	38.5 g(21%)	69.1 g(< 30 %)	56 %
carbohydr.	242.9 g(62%)	290.7 g(> 55 %)	84 %
dietary fiber	12.9 g	30.0 g	43 %
alcohol	0.0 g	-	-
PUFA	9.7 g	10.0 g	97 %
cholesterol	91.1 mg	-	-
Vit. A	1838.0 µg	800.0 µg	230 %
carotene	5.5 mg	-	-
Vit. E (eq.)	2.4 mg	12.0 mg	20 %
Vit. B1	0.6 mg	1.0 mg	62 %
Vit. B2	0.7 mg	1.2 mg	59 %
Vit. B6	1.6 mg	1.2 mg	132 %
tot. fol.acid	172.7 µg	400.0 µg	43 %
Vit. C	27.4 mg	100.0 mg	27 %
sodium	810.8 mg	2000.0 mg	41 %
potassium	1880.1 mg	3500.0 mg	54 %
calcium	260.2 mg	1000.0 mg	26 %
magnesium	298.7 mg	310.0 mg	96 %
phosphorus	805.2 mg	700.0 mg	115 %
iron	10.9 mg	15.0 mg	73 %
zinc	6.7 mg	7.0 mg	96 %

Lampiran 4. Menu Intervensi II

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Berat (gram)	E	P	L	KH
Makan Sore	Bubur	Beras	50	180,4	3,3	0,3	39,8
	Filet Ikan bb tiram	Ikan nila	50	49,0	91	1,2	0,0
		Kecap	1	0,6	0,1	0,0	0,1
		Minyak	1	8,6	0,0	1,0	0,0
	Tempe bb tiram	Tempe	50	99,5	9,5	3,8	8,5
		Kecap	2	1,2	0,2	1,0	0,1
		Minyak	1	8,6	0,0	0,1	0,0
	Orak arik	Jagung	10	10,8	0,3	0,1	2,5
		Kol	25	6,5	0,3	0,1	1,4
		Buncis	25	8,7	0,5	0,0	2,0
		Wortel	15	3,9	0,1	3,0	0,7
		Minyak	3	25,9	0,0	0,3	0,0
Makan Pagi	Bubur	Beras	50	180,4	3,3	0,3	39,8
	Rambutan bb terik	Daging ayam	30	85,5	8,1	5,7	0,0
		Kecap	2	1,2	0,2	0,0	0,1
		Tepung terigu	10	3,9	0,0	0,1	1,0
		Mie Soun	5	36,4	1,0	0,0	7,6
		Minyak	2	19,0	0,0	0,1	4,6
	Tahu bb semur	Tahu	50	38,0	4,1	2,4	0,9
		Kecap	3	1,8	0,3	0,0	0,2
		Gula pasir	2	7,7	0,0	0,0	2,0
		Minyak	2	17,2	0,0	2,0	0,0
	Oseng	Jipang	25	5,0	0,2	0,1	1,1

		Terong	25	7,0	0,2	0,1	1,6
		Wortel	25	6,5	0,2	0,1	1,2
		Minyak	3	25,9	0,0	3,0	0,0
	Teh	The	1	0,5	1,0	0,0	0,1
		Gula Pasir	15	38,7	0,0	0,0	10,0
Makan Siang	Bubur	Beras	50	180,4	3,3	0,3	39,8
	Daging kukus	Daging ayam	30	85,5	8,1	5,7	0,0
		Telur ayam	20	31,0	2,5	2,1	0,2
	Tahu bb sate	Tahu	50	38,0	4,1	2,4	0,9
		Kecap	5	3,0	0,5	0,0	0,3
		Gula pasir	5	19,3	0,0	0,0	5,0
		Minyak	5	43,1	0,0	5,0	0,0
	Bening	Bayam	25	9,3	0,9	0,1	1,0
		Toge	10	12,2	1,3	0,7	1,0
		Gambas	25	5,0	0,2	0,1	1,1
		Jagung	15	16,2	0,5	0,2	3,8
		Gula pasir	1	3,9	0,0	0,0	1,0
	Buah	Pisang	100		0,3	0,8	0,3
	Sari kacang hijau	Kacang hijau	12,5	14,5	1,0	0,1	2,6
		Gula pasir	10	19,3	0,0	0,0	5,0
		Gula aren	12,5	18,5	0,0	0,0	4,7
Asupan				1487,3	60,3	40,8	225,7
Kebutuhan				1.592,6 0	59,7	44,23	238,8
%Asupan				93%	101%	92%	94%

Lampiran 5. Hasil Recall 24 jam

Waktu	Menu	Berat (gr)	URT	E	P	L	KH
Pagi	Bubur	100	1 ctg	72,9	1,3	0,1	16
	Tahu bacem	50	1 buah	118,5	5,4	7,5	8,8
	Pisang	50	1 buah	46	0,5	0,3	11,7
Siang	Bubur	100	1 ctg	72,9	1,3	0,1	16
	Sayur bening	75	$\frac{3}{4}$ gls	9	1,1	0,2	1,4
	Ayam suwir	50	1 ptg	142,2	13,4	9,4	1
Malam	Bubur	100	1 ctg	72,9	1,3	0,1	16
	Sayur bening	75	$\frac{3}{4}$ gls	9	1,1	0,2	1,4
	Telur rebus	25	$\frac{1}{2}$ butir	38,8	3,2	2,7	0,3
	Roti sisir	50	1 ptg	91,5	2,5	1,0	18
TOTAL ASUPAN				759	26	20	119
TOTAL KEBUTUHAN				1.592,60	59,7	44,23	238,8
PRESENTASE				47%	43%	45%	49%

Lampiran 1. Hasil SQ-FFQ

Food Item	Frekuensi				
	Hari	Minggu	Bulan	Tahun	Tidak Pernah
Makanan Pokok					
Bubur saring			√		
nasi tim					√
bubur beras					√
nasi	3				
Cerelac					√
Milna/sun/promina /.....) *					√
Marie regal					√
Mie Telur					
Bihun					√
Kentang					√
Singkong	1				
Ubi			2		
Roti tawar					√
Jagung					√
Makaroni					√
Tepung terigu					
Tepung beras					√
Mie instan *					√
Biskuit..... *					√
Wafer *					√
Roti Manis..... *					√
Protein Hewani					√
Telur ayam		3			
Telur itik					√
Telur puyuh					√
Daging ayam		4		58	
Daging sapi					√
Bakso					√
Sosis sapi					√
Sosis ayam					√
Nuget					√
Hati ayam					√
Udang					√
Ikan lele					√
Ikan kakap					√
Ikan mujaer					√
Ikan Nila		2			

Ikan bandeng					✓
Ikan tengiri					✓
Abon					✓
Protein Nabati					✓
Kacang hijau					
Kacang kedelai					✓
Kacang merah					✓
Tahu		2			
Tempe		3			
Kacang tanah					✓
Sayuran					✓
Bayam		7			
Buncis					✓
Sawi		4			
Bunga kol					
Kubis					✓
Kacang panjang					
Kangkung		5			
Labu siam		4			
Taoge					✓
Tomat merah					✓
Wortel	3				
Brokoli					✓
Gambas		1			
Daun singkong	2				
Buah					✓
Jeruk manis			1		
Pepaya		2			
Alpukat					✓
Semangka					
Mangga				59	✓
Apel			2		✓
Pisang mas					✓
Pisang ambon		2			✓
Pisang kepok					✓
Pisang raja					✓
Salak					✓
Lainnya					
Teh	1				
Kopi		3			
Gorengan			2		

Lampiran 2. Analisis Nilai Gizi Hasil SQ-FFQ

Analysis of the food record

Food	Amount	energy
	carbohydr.	
Makanan pokok		
Nasi Putih 180,0 g	450 g	790,5 kcal
mie kering 8,0 g	14,2 g	46,2 kcal
singkong putih 2,3 g	7,1 g	9,3 kcal

Meal analysis: energy 902,9 kcal (41 %), carbohydrate 201,6 g (54 %)

Lauk hewani		
telur ayam 0,6 g	50 g	77,6 kcal
daging ayam 0,0 g	21,4 g	61,0 kcal
minyak kelapa 0,0 g	5 g	43,1 kcal

Meal analysis: energy 181,6 kcal (8 %), carbohydrate 0,6 g (0 %)

lauk nabati		
tahu 1,9 g	100 g	76,0 kcal
tempe kedele murni 8,5 g	50 g	99,5 kcal

Meal analysis: energy 260,6 kcal (12 %), carbohydrate 20,8 g (6 %)

Sayur		
kangkung 0,6 g	28,5 g	4,3 kcal
Sawi 0,2 g	23,1 g	4,2 kcal

Carrot fresh	21,4 g	5,5 kcal
1,0 g		

Meal analysis: energy 17,3 kcal (1 %), carbohydrate 3,3 g (1 %)

buah

jeruk manis	7,1 g	3,3 kcal
0,8 g		
pepaya	14,2 g	5,5 kcal
1,4 g		
pisang ambon	50 g	46,0 kcal
11,7 g		

Meal analysis: energy 57,2 kcal (3 %), carbohydrate 14,4 g (4 %)

Lainnya

teh	30 g	15,0 kcal
3,0 g		
gula pasir	20 g	77,4 kcal
20,0 g		
kopi (powder)	30 g	116,2 kcal
23,2 g		
gula pasir	40 g	154,8 kcal
40,0 g		
tahu	30 g	22,8 kcal
0,6 g		
bakso daging sapi	10 g	37,0 kcal
0,0 g		
minyak kelapa	5 g	43,1 kcal
0,0 g		
kecap	5 g	3,0 kcal
0,3 g		
Carrot fresh	15 g	3,9 kcal
0,7 g		
kembang kool mentah	15 g	3,8 kcal
0,8 g		
minyak kelapa	5 g ¹	43,1 kcal
0,0 g		
tempe kedele murni	30 g	59,7 kcal
5,1 g		

Meal analysis: energy 779,9 kcal (35 %), carbohydrate 135,6 g (36 %)

Result

Nutrient content	analysed value	recommended value/day	percentage fulfillment
energy	1664,2kcal	1678,09 kcal	109 %
protein	59,6g	62,8 g	109 %
fat	51,9 g	44,5 g	103 %
carbohydr.	271,35 g	337,9 g	108 %
cholesterol	219,0mg	≤200 mg	Baik
sodium	567,90mg	≤1200 mg	Baik