

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG BIDANG GIZI KLINIK
ASUHAN GIZI PADA PASIEN CKD DAN PROHERNIATOMI
DI RS PHC SURABAYA
PERIODE 7 JANUARI 2019 - 2 FEBRUARI 2019**



DISUSUN OLEH :
MUFIDAH AHMAD
NIM. 101511233037

PROGRAM STUDI S1 GIZI FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
2018

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal Ginjal Kronis atau *Cronic Kidney Disease* (CKD) merupakan penyakit penurunan fungsi ginjal secara progresif dalam jangka waktu beberapa bulan atau tahun (Kemenkes RI, 2017). Hasil systematic review dan metaanalysis yang dilakukan oleh Hill et al, 2016, mendapatkan prevalensi global CKD sebesar 13,4%. Menurut hasil Global Burden of Disease tahun 2010, CKD merupakan penyebab kematian peringkat ke-27 di dunia tahun 1990 dan meningkat menjadi urutan ke-18 pada tahun 2010. Laju perkembangan penyakit CKD ini dapat diperlambat dengan penatalaksanaan gizi atau pemberian makanan sesuai dietnya terutama dengan mengatur jumlah protein yang dikonsumsi dalam rangka meringankan kerja ginjal.

Pelayanan gizi di rumah sakit merupakan hak setiap orang, sehingga memerlukan adanya sebuah pedoman agar diperoleh hasil pelayanan yang bermutu. Pelayanan gizi yang bermutu di rumah sakit akan membantu proses penyembuhan pasien, yang berarti pula memperpendek lama hari rawat sehingga dapat menghemat biaya pengobatan (Depkes, 2006).

Pada tahun 2006, Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI) mulai mengenalkan Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) yang diadopsi dari Nutrition Care Process-American Dietetic Association (NCP-ADA). Proses Asuhan Gizi Terstandar disusun sebagai upaya kualitas pemberian asuhan gizi. Proses tersebut mendukung dan mengarah pada asuhan gizi secara individu. Proses Asuhan Gizi Terstandar terdiri dari 4 langkah mulai dari pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, monitoring dan evaluasi (AsDI & PERSAGI, 2011).

1.2 Identifikasi Masalah

Pasien merupakan pasien yang dirawat di ruang rawat inap Emerald 5 RS. PHC Surabaya. Pasien berusia 47 tahun. Tuan. T masuk rumah sakit dengan diagnosa *Crhonic Kidney Disease* (CKD) dengan Hemodialisa Regular satu minggu sekali dan hendak menjalankan oprasi herniatomy. Keluhan yang

dirasakan oleh pasien saat masuk rumah sakit adalah nyeri pada bagian perut. Kondisi pasien memerlukan terapi gizi untuk membantu mempercepat pemulihan kondisi Pasien. Terapi gizi yang dimaksud adalah dengan melakukan pengaturan makan berdasarkan kondisi penyakit dan pasien. Terapi gizi atau dikenal dengan istilah Nutrition Care Process (NCP) akan disusun mulai dari pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, hingga monitoring dan evaluasi.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana manajemen asuhan gizi pada pasien dengan diagnosis medis *Chronic Kidney Disease(CKD)* dengan Hemodialisa Regular dan Pro Herniatomy?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan manajemen asuhan gizi pada pasien dengan diagnosis medis *Chronic Kidney Disease(CKD)* dengan Hemodialisa Regular dan Pro Herniatomy?

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan *assessment* pada pasien yang terdiri dari pengukuran antropometri, interpretasi pemeriksaan biokimia, penilaian fisik/klinis, riwayat konsumsi, dan riwayat personal pasien.
- 2) Menetapkan doagnosis gizi sesuai hasil *assessment* yang terdiri dari domain intake (asupan), domain *behaviour* (kebiasaan), dan domain *clinic* (klinis).
- 3) Menentukan dan melakukan intervensi yang sesuai dengan masalah yang ditemukan dalam diagnosis gizi berupa intervensi dari segi asupan dan edukasi.
- 4) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap intervensi yang telah dilakukan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 CKD

2.1.1 Gambaran Umum CKD

Gagal Ginjal Kronis atau *Cronic Kidney Disease* (CKD) merupakan penyakit penurunan fungsi ginjal secara progresif dalam jangka waktu beberapa bulan atau tahun (Kemenkes RI, 2017). CKD juga didefinisikan sebagai kerusakan ginjal dan/atau penurunan Glomerular Filtration Rate (GFR) kurang dari 2 60mL/min/1,73 m selama minimal 3 bulan. Hasil systematic review dan metaanalysis yang dilakukan oleh Hill et al, 2016, mendapatkan prevalensi global CKD sebesar 13,4%. Menurut hasil Global Burden of Disease tahun 2010, CKD merupakan penyebab kematian peringkat ke-27 di dunia tahun 1990 dan meningkat menjadi urutan ke-18 pada tahun 2010.

2.1.2 Klasifikasi CKD

Perjalanan penyakit CKD dapat dibagi menjadi tiga stadium, sebagai berikut :

1. Stadium Satu

Penurunan cadangan ginjal ketika serum kreatinin, dan kadar BUN normal dan penderita asimtomatik. Gangguan fungsi ginjal mungkin hanya dapat diketahui dengan memberikan beban kerja yang berat pada ginjal tersebut. Misalnya dengan tes pemekatan kemih yang lama dengan mengadakan tes GFR.

2. Stadium Dua

Insufisiensi ginjal, dimana lebih dari 75% jaringan telah rusak (GFR besarnya 25% dari normal). Pada tahap ini kadar BUN dan kreatinin mulai meningkat. Azotemia ringan kecuali jika stress (infeksi, payah jantung), nokturia dan poliuria karena gagal pemekatan.

3. Stadium Tiga

Uremia dimana 90% massa nefron telah hancur. GFR 10% dari normal, krelin kreatinin < 5-10 ml/menit. BUN dan kreatinin meningkat sangat

menyolok. Urine BD = 1,010, oliguria < 50 ml/24 jam, terjadi perubahan biokimia yang kompleks dan gejalanya.

2.1.3 Faktor Risiko CKD

Faktor Risiko yang menyebabkan terjadinya CKD adalah sebagai berikut :

1. Hipertensi

Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah pada Riskesdas 2013, prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas di Indonesia adalah sebesar 25,8%. Sedangkan yang berdasarkan wawancara telah terdiagnosis hipertensi oleh dokter hanya 9,4%.

2. Diabetes

Menurut hasil Riskesdas 2013, prevalensi penderita diabetes di Indonesia adalah sebesar 5,7%, dan hanya 26,3% yang telah terdiagnosis

3. Obesitas

Obesitas merupakan faktor risiko kuat terjadinya penyakit ginjal. Obesitas meningkatkan risiko dari faktor risiko utama dari CKD seperti hipertensi dan diabetes. Pada obesitas, ginjal juga harus bekerja lebih keras menyaring darah lebih dari normal untuk memenuhi kebutuhan metabolik akibat peningkatan berat badan. Peningkatan fungsi ini dapat merusak ginjal dan meningkatkan risiko terjadinya CKD dalam jangka panjang.

2.1.4 Tanda dan Gejala CKD

Menurut (Brunner dan Suddarth, 2002:1448), tanda dan gejala pada pasien Gagal Ginjal Kronik ini tergantung tingkat keparahannya. Seperti pada Kardiovaskular: hipertensi, gagal jantung kongestif, edema pulmonary, perikarditis. Dermatologi: pruritus, kulit kering, mudah lecet, perubahan pada rambut (mudah patah, tipis, merah). Gastrointestinal: anoreksia, mual, muntah, cegukan, nausea, berat badan menurun, gastritis, diare, ulkus peptikum. Neuromuskuler; perubahan tingkat kesadaran, tingkat kemampuan konsentrasi, kejang, kedutan otot.

2.2 Diet Tinggi Karbohidrat Rendah Protein (TKRP)

2.2.1 Gambaran Umum Diet TKRP

Diet Tinggi Karbohidrat dan Rendah Protein (TKRP) merupakan diet yang diberikan kepada pasien dengan indikasi penurunan fungsi kerja ginjal. Diet ini berfungsi untuk meringankan beban kerja ginjal melalui pengontrolan asupan energi,rotein, cairan elektrolit, kalium, kalsium, dan fosfor. (Almatsier, 2012).

2.2.2 Tujuan Diet TKRP

Tujuan pemberian diet TKRP antarlain adalah sebagai berikut :

- 1) Memberikan makanan secukupnya tanpa memberatkan fungsi ginjal.
- 2) Menurunkan kadar ureum darah.
- 3) Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit.
- 4) Memperbaiki dan mempertahankan status gizi optimal dan mempercepat penyembuhan.

(Almatsier, 2012)

2.2.3 Syarat Diet TKRP

Syarat-syarat diet TKRP adalah :

- 1) Energi cukup untuk katabolisme, yaitu 25-35 Kkal/Kg BB.
- 2) Protein disesuaikan dengan katabolisme protein yaitu 0,6-1,5 g/Kg BB.
- 3) Lemak sedang, yaitu 20-30% dari kebutuhan energi total.
- 4) Karbohidrat sebanyak sisa kebutuhan energi setelah dikurangi jumlah energi yang diperoleh dari protein dan lemak.
- 5) Natrium dan kalium dibatasi bila terdapat anuria.
- 6) Cairan sebagai pengganti cairan yang keluar melalui muntah, diare dan urin yaitu ± 500 ml.
- 7) Bila kemampuan untuk makan rendah, maka dapat diberikan dalam bentuk enteral atau parenteral.

(Almatsier, 2012)

2.2.4 Bahan Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan Pada Diet TKRP

Bahan Makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan pada diet KV disajikan pada tabel 2.1. Terdapat bahan makanan yang dianjurkan untuk mempercepat pemulihan dan kesembuhan penyakit *stroke* dan bahan makanan yang tidak dianjurkan untuk mencegah komplikasi penyakit yang lebih lanjut. (Almatsier, 2012)

Tabel 2.1 Bahan Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan Pada Diet TKRP

Bahan Makanan	Dianjurkan	Tidak Dianjurkan/ Dibatasi
Karbohidrat	Nasi, bihun, jagung, kentang, makaroni, mie, singkong, ubi, madu.	
Protein	Telur, daging, ikan, ayam, susu.	Kacang-kacangan dan hasil olahannya, seperti tempe dan tahu.
Lemak	Minyak jagung, minyak kacang tanah, minyak kelapa sawit, minyak kedelai, margarin, dan mentega rendah garam.	Kelapa, santan, minyak kelapa, margarin, mentega biasa dan lemak hewan.
Vitamin dan Mineral	Semua sayuran yang mengandung kalium dan cairan rendah.	Semua sayuran dan buah yang mengandung tinggi kalium.

Sumber : Peuntun Diet Asosiasi Dietetion Indonesia, 2012.

BAB III PEMBAHASAN

3.1 Identitas Pasien

Nama : Tuan T.
TTL/Usia : 17 Januari 1972/ 47 tahun.
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pendidikan : S2
Pekerjaan : PNS
Tanggal MRS : 9 Januari 2019
Tanggal Pengamatan : 10 Januari 2019
No. Rekam Medis : 220xxx
Ruang : Emerald 5
Diagnosis : CKD dengan HD regular + ProHerniatomi

3.2 Patofisiologi Penyakit

Terlampir

3.3 Nutrition Care Process

Perencanaan asuhan gizi pada pasien menggunakan metode NCP (*Nutrition Care Process*) dengan tahapan pengkajian gizi sebagai berikut :

1.3.1 Assessment

1.3.1.1 Antropometri

Data antropometri pasien pada 10 Januari 2019 adalah sebagai berikut :

- a. Berat Badan : 107 Kg
- b. Tinggi Badan : 165 cm
- c. IMT (Indeks Masa Tubuh)

IMT digunakan untuk menentukan status gizi pasien. Berikut adalah rumus perhitungan IMT yang dilakukan pada TN. T :

$$\text{IMT} = \text{BB}(\text{kg}) / \text{TB}^2(\text{m}^2)$$

$$\text{IMT} = 107 / (1.65)^2$$

$$\text{IMT} = 39,3 \text{ kg/m}^2$$

Berdasarkan hasil perhitungan IMT, Tuan.T termasuk dalam kategori status gizi obesitas.

Kesimpulan : Tn. T memiliki status gizi obesitas.

1.3.1.2 Biokimia

Data biokimia didapatkan dari rekam medik pasien yang dapat dilihat pada table 3.1

Tabel 3.1 Data Hasil Laboratorium Tn.T

Data Laboratorium	Hasil pemeriksaan	Nilai Normal	Interpretasi
HB	9,9	13,2 - 17,3 g/dL	Rendah
BUN	64,25	6.00 - 20.00 mg/dL	Tinggi
Serum Creatinin	14,14	0,67 - 1,17 mg/dL	Tinggi
SGOT	1,2	≤50	Normal
SGPT	1,6	≤50	Normal
Na	140,5	136 – 144 mmol/L	Normal
Kalium	4,5	3,6 – 5 mmol/L	Normal
Chlorida	106,1	94 – 111 mmol/L	Normal

Sumber : Catatan Rekam Medis, RS. PHC Surabaya, 2019.

Kesimpulan : Pasien mengalami anemia ditandai dengan Hb rendah, dan gangguan fungsi ginjal ditandai dengan nilai BUN dan SC tinggi.

1.3.1.3 Fisik/Klinis

Hasil pemeriksaan fisik / klinis dijelaskan pada tabel 3.2. Pengamatan fisik klinis pasien pada tanggal 10 Januari 2019 adalah sebagai berikut :

- Nyeri perut
- Pasien merasa cemas dan khawatir akan menjalani oprasi hernia.
- Tidak ada perubahan nafsu makan
- Tidak ada perubahan Berat badan dalam 2 bulan terakhir.

Tabel 3.2 Hasil Pengamatan Fisik Pada Tuan.T

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
Keadaan Umum	Tidak lemas	Baik	Pasien dapat melakukan aktivitas dengan baik
Kesadaran GCS (<i>Glasgow Coma Scale</i>)	Compos Mentis	Compos Mentis	Pasien dalam keadaan sadar penuh.
Tekanan Darah	91/60 mmHg	<120/<80 mmHg	Tekanan darah pasien normal
HR	89/menit	70-100x/menit	Denyut jantung normal
RR	20x/menit	18-20x/menit	Frekuensi pernafasan normal
Suhu	36 ⁰ C	36.6 – 37,2 ⁰ C	Suhu tubuh di bawah normal
GIT (Gastrointestinal Tract)	Diare (-) Mual (-) Muntah (-) Susah menelan (-) Susah mengunyah (-)	Diare (-) Mual (-) Muntah (-) Susah menelan (-) Susah mengunyah (-)	Pasien tidak ada gangguan GIT

Kesimpulan : Pasien Tn.T mengalami nyeri perut, tetapi tidak ada gangguan pada GIT.

1.3.1.4 Riwayat Gizi

Riwayat gizi pasien sebelum masuk rumah sakit didapatkan dari wawancara melalui metode *24 hour food recall*. Berikut merupakan hasil dari wawancara terhadap riwayat gizi pada pasien :

- 1) Kebiasaan makan teratur 3x sehari.
- 2) Sehari-hari mayoritas konsumsi nasi dan lauk hewani saja, jarang konsumsi sayur dan kuah terkadang 1x sehari. Lauk yang sering dikonsumsi ayam dan telur ayam kampung.
- 3) Menyukai dan sering mengkonsumsi makanan yang diolah dengan cara digoreng.
- 4) Pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan, tetapi konsumsi sayur dan buah dibatasi oleh dokter terkait riwayat sakit ginjal.
- 5) Konsumsi air dibatasi ±600 mL/hari.

Hasil recall 24 jam sebelum masuk RS Pada Tuan T disajikan pada tabel 3.4

Tabel 3.4 Hasil Recall 24 jam Pada Tuan T.

Tanggal	Waktu	Menu	URT	Berat (g)
10-01-2019	Makan Pagi (06.30)	Nasi	1 centong	70
		Telur dadar (telur ayam kampung)	1 butir	60
09-01-2019	Snack Malam (22.00)	Kulit kebab	1 lembar	30
		Daging asap	2 lembar	30
		Selada	2 lembar	30
	Makan Malam (20.00)	Nasi	1 centong	70
		Ayam goreng (bagian dada)	1 potong	50
		Putih telur dadar	1 potong	30
	Pepaya	3 potong kecil	40	
09-01-2019	Makan Siang (13.00)	Nasi	1 centong	70
		Ayam geprek	1 potong	60
		Jambu air	1 buah	20
		Tempe	1 sdm	10
		Tahu	1 sdm	10
		Kacang panjang	1 sdm	10

Berikut merupakan hasil analisis asupan Tuan, T menggunakan *software*

Nutrisurvey :

Tabel 3.5 Hasil Nutrisurvey 24- Food Recall

Zat Gizi	Hasil <i>Recall</i>	Kebutuhan	Tingkat Asupan	Kategori
Energi (Kkal)	1418,2	2000	70,9 %	Defisit
Protein (g)	85,8	56,4	152,1 %	Berlebih
Lemak (g)	65,2	55,5	112,6%	Berlebih
KH (g)	165,7	315	52,6%	Defisit
Na (g)	1418,5	<1500	94,5%	Cukup

1.3.1.5 Riwayat Personal

1. Riwayat Penyakit Dahulu :

Hipertensi, ESRD, gagal ginjal

2. Riwayat Penyakit Keluarga :

Tidak ada

3. Riwayat Penyakit Sekarang :

Pro-Herniatomi

4. Sosial Ekonomi :

Pasien sehari-hari bekerja sebagai dosen PNS, pendidikan terakhir S2, memiliki 2 orang anak. Kondisi sosial ekonomi tergolong menengah ke atas.

1.3.2 Diagnosis Gizi

Berdasarkan data assessment di atas, maka penetapan diagnosis pasien dapat dilihat pada tabel 3.4

Tabel 3.4 Diagnosis Gizi Tuan T.

Kode	Diagnosis Gizi
NI-5.4	Penurunan Kebutuhan Protein berkaitan dengan penurunan fungsi ginjal ditandai dengan hasil Lab (BUN =64,25 dan SC =14,14)
NB 1.3	Kurangnya kemampuan memonitor diri sendiri berkaitan dengan ketidakmampuan merubah diet ditandai dengan kebiasaan konsumsi sumber protein berlebih dengan metode pengolahan yang tidak dianjurkan (digoreng).

1.3.3 Intervensi

1. Terapi Diet

a. Tujuan Diet

Tujuan pemberian diet pada pasien adalah sebagai berikut :

- 1) Memberi asupan makanan yang adekuat sesuai dengan kondisi penyakit gagal ginjal dan pasca oprasi herniatomi.
- 2) Meringankan beban kerja ginjal melalui diet rendah protein.
- 3) Mencegah terjadinya kerusakan ginjal lebih lanjut.

b. Jenis Diet

Diet yang diberikan kepada pasien adalah Diet TKRP 2000 Kkal.

c. Bentuk – Jalur Makanan

Bentuk makanan yang diberikan kepada pasien adalah makanan Lunak dan melalui jalur oral.

d. Prinsip Diet

Prinsip diet yang diberikan kepada pasien adalah sebagai berikut :

- 1) Energi 2000 Kkal
- 2) Protein sebanyak 0,8 g per Kg BB (BB estimasi)
- 3) Lemak sebanyak 25% dari total energi
- 4) Karbohidrat sebanyak 63% dari energi total

e. Syarat Diet

Syarat diet yang diberikan kepada pasien adalah sebagai berikut :

- 1) Energi 1800 Kkal.
- 2) Protein 56,4 g
- 3) Lemak 55,5 g
- 4) Karbohidrat 315 g

f. Perhitungan Kebutuhan Zat Gizi Pasien

Berikut adalah perhitungan kebutuhan zat gizi makro pasien :

1) Energi

Pasien mengalami obesitas sehingga kebutuhan energi menggunakan berat badan estimasi.

$$\begin{aligned} \text{BB Ideal} &= (\text{TB}-100) \times 90\% \\ &= (165-100) \times 90\% \\ &= 58,5 \text{ Kg} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{BB Estimasi} &= [(\text{BB Aktual}- \text{BB Ideal}) \times 0,25] + \text{BB Ideal} \\ &= [(107- 58,5) \times 0,25] + 58,5 \\ &= 70,6 \text{ Kg.} \end{aligned}$$

Setelah diketahui BB estimasi, selanjutnya dilakukan perhitungan *Basal energy expenditure* menggunakan rumus Harris-Benedict.

$$\begin{aligned} \text{BEE} &= 66 + 13,7 (\text{W}) + 5 (\text{H}) - 6,8 (\text{A}) \\ \text{BEE} &= 66 + 13,7(70,6) + 5 (165) - 6,8 (47) \\ \text{BEE} &= 66 + 967,2 + 825 - 319,6 \\ \text{BEE} &= 1538,3 \text{ Kkal} \end{aligned}$$

Keterangan :

W = *Weight* (Kg)

H = *Height* (Cm)

A = Age (Tahun)

Setelah didapatkan BEE, selanjutnya dilakukan perhitungan total estimasi energi yang dibutuhkan dalam sehari (*Total Energy Expenditure*).

TEE = BEE x Faktor aktifitas x Faktor Injury (post oprasi)

TEE = BEE x 1,2 x 1,1

TEE = 1538,3 x 1,2 x 1,1

TEE = 2030 Kkal dibulatkan menjadi 2000 Kkal

2) Protein

Protein = 0,8 x BB estimasi

Protein = 0,8 x 70,6 = 56,4 g

3) Lemak

Lemak = 25% x Energi total

Lemak = 25% x 2000 = 500 g

4) Karbohidrat

Karbohidrat = 63% x energi total

Karbohidrat = 63% x 2000 = 1260 g

g. Rincian Pemorsian Makanan Diet

Terlampir

2. Terapi Konseling

a. Materi Konseling

Materi konseling yang diberikan selama intervensi 3 hari pada pasien adalah sebagai berikut :

1. Penjelasan tentang diet TKRP dan kebutuhan pasca oprasi
2. Diskusi dalam menentukan bahan makanan, jumlah yang dapat dikonsumsi serta cara pengolahan yang tepat.

b. Sasaran

Sasaran konseling adalah Pasien dan keluarga pasien

c. Tujuan

Tujuan pemberian konseling pada pasien adalah sebagai berikut :

1. Pasien memahami prinsip dan bentuk pelaksanaan diet.

2. Pasien menerapkan bentuk dan jumlah makanan sesuai dengan rekomendasi diet yang disarankan.
 3. Pasien tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan dietnya.
- d. Tempat
- Tempat pelaksanaan konseling pada pasien pada Ruang rawat Inap Emerald 5.
- e. Durasi
- Durasi waktu pemberian konseling adalah sekitar 15-20 Menit
- f. Metode
- Metode yang digunakan untuk konseling adalah ceramah dan tanya jawab.
- g. Media
- Media yang digunakan untuk konseling pada pasien adalah leaflet dan buku foto makanan.

3. Terapi Obat/ Suplemen

Pasien diberikan injeksi Iron sucrose 100 mg untuk memperbaiki kondisi anemia pada pasien,

1.3.4 Rencana Monitoring dan Evaluasi

Rencana monitoring dan evaluasi gizi pada pasien Tuan T dijelaskan pada tabel 3.5.

Tabel 3.5 Rencana Monitoring dan Evaluasi Gizi

Indikator	Metode	Waktu	Capaian
Antropometri			
Berat badan	Penimbangan	1 minggu sekali	Tidak ada penurunan berat badan
Biokimia			
HB 9,9 g/dL	Rekam Medis	Sesuai saran dokter	Mencapai nilai normal 13,2-17,3 g/dL
BUN 64,25 mg.dL			Mencapai nilai normal 6-20 mg/dL
Serum Creatinin 14,14 mg/dL			Mencapai nilai normal 0,67-1,17 g/dL
Fisik / Klinis			
Tekanan darah 91/60 mmHg	Rekam medis	Sesuai saran dokter	Tekanan darah mencapai normal <120/<80 mmHg
Dietary			
Asupan Energi	<i>Recall</i> 24 jam dan pengamatan <i>food waste</i>	Setiap hari	Peningkatan asupan energi mencapai 200 Kkal
Asupan Protein	<i>Recall</i> 24 jam dan pengamatan <i>food waste</i>	Setiap hari	Penurunan asupan protein mencapai 56,4 g
Asupan Lemak	<i>Recall</i> 24 jam dan pengamatan <i>food waste</i>	Setiap hari	Penurunan asupan lemak mencapai 55,5 g
Asupan Karbohidrat	<i>Recall</i> 24 jam dan pengamatan <i>food waste</i>	Setiap hari	Peningkatan asupan karbohidrat mencapai 315 g
Edukasi/ Konseling			
Pengetahuan terkait pola makan sesuai diet yang dianjurkan	Wawancara dan diskusi terbuka	Setiap hari selama di rumah sakit	Adanya peningkatan pengetahuan terkait pola makan yang sesuai dengan diet yang diberikan
Kepatuhan terhadap jenis makanan dan jumlah yang dianjurkan			Pasien tidak mengalami kesulitan dalam menjalankan dietnya.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Pasien masuk rumah sakit dengan diagnosis CKD menjalani Hemodialisa Regular dan hendak oprasi herniatomy. Pasien memiliki status gizi obesitas stage 2. Hasil pengkajian gizi menunjukkan kelebihan asupan protein. Pasien diberikan terapi diet TKRP 2000 Kkal. Rencana monitoring dan Evaluasi pada data hasil Lab dan juga sisa makan.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Rumah Sakit

Membuat perhitungan kandungan zat gizi pada menu standard sehingga dapat mengetahui informasi nilai gizi pada menu standard RS. PHC untuk dijadikan sebagai pedoman dalam pemberian makanan pada pasien sesuai dengan kebutuhannya.

4.2.2 Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Keluarga lebih memperhatikan makanan pasien terutama membatasi makanan kesukaannya yang cenderung mengandung protein tinggi.

4.2.2 Bagi Penulis

Melakukan penggalian data yang lebih teliti dan spesifik pada saat wawancara *24-hour food recall* sehingga menghindari kesalahan dalam pelaksanaan pemberian tindakan intervensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan, R. I. (2013). Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013. *Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.*
- Kamaluddin, R., & Rahayu, E. (2009). Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisis di RSUD prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 4(1).
- Brunner, Suddarth, 2001. Keperawatan Medikal Bedah. Volume 2, ECG : Jakarta.
- Doengs, Moorhouse, Gessler, 2000. Rencana Asuhan Keperawatan. ECH : Jakarta.

LAMPIRAN
PERENCANAAN MENU

Menu 10	Berat	E	P	L	Kh	Serat	Chol	Na	K
Makan Pagi									
Nasi	125	222.5	2.65	0.1	50.7	0.9	0	0	136.2
Daging	50	103.5	9.4	7	0	0	0	68	261.6
Perkedel kentang	40	72	0.9	4.5	6.6	1.5	0	2.8	448.4
Stup labu air	35	29.5	0.4	0.8	3.8	5.3	0	0.5	36.6
Makan Siang									
Nasi	130	231.4	2.7	0.1	52.7	0.9	0	0	137.7
Ayam Pop	50	25	9.1	12.5	0	0	13.2	18.6	258.5
Tahu	30	90.6	2.3	1.3	0.5	1.5	0	1.8	2110.1
Gulai Kacang Panjang	30	44.6	0.3	0.1	2.4	6.4	0	0.6	33.2
Snack									
Pepaya	75	34.5	0.3	0	9.1	3	0	0.8	316.8
Makan Malam									
Nasi	130	231.4	2.7	0.1	52.7	0.9	0	0	137.7
Pepes Ikan (kakap)	30	166.1	10	13.7	0	0	43.4	40.1	100.1
Tempe Bacem	25	62.2	1.3	5.3	10.2	2.6	0	5.2	80
Krai	30	5.1	0.1	0.1	1.1	2.1	0	1.5	128.5
Snack									
Pisang Ambon	100	190	10.3	6.3	23.1	3	0	1.5	148.5
Total Asupan		1365	52	29	205	21.3	120	867	4487.9
Total Kebutuhan		1400	52.5	31.1	227.5	25	<200	<1200	<4700
Kecukupan (%)		97.5	99	93	90.3	85			

LAMPIRAN
 PATOFISIOLOGI PENYAKIT

