



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

- Kampus Utama : Jalan Besar Ijen No. 77 C Malang 65112. Telepon (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746  
- Kampus I : Jalan Srikoyo No. 106 Jember. Telepon (0331) 486613  
- Kampus II : Jalan Ahmad Yani Sumberporong Lawang. Telepon (0341) 427847  
- Kampus III : Jalan Dr. Soetomo No. 46 Blitar. Telepon (0342) 801043  
- Kampus IV : Jalan KH. Wakhid Hasyim No. 64 B Kediri. Telepon (0354) 773095

Website: <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail: [direktorat@poltekkes-malang.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-malang.ac.id)



Nomor : PP.08.02/6.0/ 1723 /2018  
Lampiran : -  
Hal : Surat Ijin Penelitian

Malang, 7 November 2018

Kepada  
Yth. Kepala Bakesbangpol Kota Malang  
Di  
Malang

Sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Semester V Prodi D-III Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang TA. 2018/2019, maka bersama ini kami harapkan Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa atas nama :

Nama : Wahyu Dwi Kartika  
NIM : 1604000002

Untuk melakukan penelitian di RSUD. Kota Malang dengan Topik / Judul:

*Pengembangan Design Formulir Asuhan Gizi Terhadap Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis di RSUD. Kota Malang.*

Pada : 12 November 2018 – 28 Februari 2019.

Adapun data yang akan diambil adalah sebagai berikut :

1. Dokumen rekam medis;
2. Profil RSUD. Kota Malang;
3. Formulir asuhan gizi;
4. Pedoman pengisian formulir;
5. Data-data lain yang dibutuhkan.

Demikian surat ini kami buat. Atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.



Ketua  
Jurusan Kesehatan Terapan

*Diniyah Kholidah, SST, SGz, MPH*  
NIP. 19750921 199703 2 001



**PEMERINTAH KOTA MALANG**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
Jl. A. Yani No. 98 Telp. ( 0341 ) 491180 Fax. 474254  
**MALANG**

Kode Pos 65125

**REKOMENDASI PELAKSANAAN PENELITIAN**  
**NOMOR : 072/85.11.P/35.73.406/2018**

Berdasarkan pemenuhan ketentuan persyaratan sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Walikota Malang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Pelayanan Pemberian Rekomendasi Pelaksanaan Penelitian dan Praktek Kerja Lapangan di Lingkungan Pemerintah Kota Malang Oleh Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Malang serta menunjuk surat Kajur Kesehatan Terapan Poltekkes Kemenkes Malang No. PP.08.02/6.0/1723/2018 tgl. 7 November 2018 perihal : Surat Ijin Penelitian, kepada pihak sebagaimana disebut di bawah ini :

- a. Nama : WAHYU DWI KARTIKA. (peserta : - orang terlampir).
- b. Nomor Identitas : 1604000002.
- c. Judul Penelitian : Pengembangan Desain Formulir Asuhan Gizi di RSUD Kota Malang.

dinyatakan memenuhi persyaratan untuk melaksanakan penelitian skripsi yang berlokasi di:  
- Dinas Kesehatan Kota Malang.

Sepanjang yang bersangkutan memenuhi ketentuan sebagai berikut :

- a. Tidak melakukan penelitian yang tidak sesuai atau tidak ada kaitannya dengan judul, maksud dan tujuan penelitian;
- b. Menjaga perilaku dan mentaati tata tertib yang berlaku pada Lokasi tersebut di atas;
- c. Mentaati ketentuan peraturan perundang-undangan.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, dan masa berlaku rekomendasi ini adalah sejak tanggal *ditetapkan s/d 28 Februari 2019.*

Malang, 8 November 2018

An. KEPALA BAKESBANGPOL  
KOTA MALANG  
Sekretaris,

  
*[Signature]*  
**HERU MULYONO, SIP., MT.**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19720420 199201 1 001

Tembusan :

Yth. Sdr. - Kajur Kesehatan Terapan Poltekkes  
Kemenkes Malang;  
→ Yang bersangkutan.

Lampiran 3 : Penelitian Rumah Sakit



PEMERINTAH KOTA MALANG  
DINAS KESEHATAN  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jl. Rajasa No. 27 Kel. Bumiayu Kec. Kedungkandang Telp : 0341-754338, 0341-754339  
Email: rsudkotamalang@gmail.com website: rsud.malangkota.go.id Kode Pos 65135

Malang, 10 Desember 2018

Nomor : 800 / 2018 / 35.73.302.020 / 2018 Kepada  
Sifat : Biasa Yth. Sdri. Wahyu Dwi Kartika  
Lampiran : - Di  
Perihal : Jawaban Ijin Penelitian Malang

Menindak lanjuti Surat dari Dinas Kesehatan Kota Malang Nomor 072/929/35.73.302/2018 tanggal 22 November 2018 perihal Permohonan Ijin Penelitian atas nama:

Nama : Wahyu Dwi Kartika

NIM : 1604000002

Universitas : Poltekkes Kemenkes Malang

dengan ini diberitahukan bahwa RSUD Kota Malang memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian dengan Judul "Pengembangan Desain Formulir Asuhan Gizi Terhadap Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Di RSUD Kota Malang" yang akan dilaksanakan sampai dengan 28 Februari 2019. Mahasiswa yang telah selesai melaksanakan penelitian wajib untuk melaporkan hasilnya kepada Direktur RSUD Kota Malang.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Plt Direktur RSUD Kota Malang,



dr. H. Husnul Muarif

Pemimpin

NIP. 19690706 200003 1 009

Lampiran 5 : Pedoman Observasi Ceklist

Lampiran 6 : Rekapitulasi analisis keakuratan formulir asuhan gizi rawat inap

Lampiran 7 :Foto formulir formulir asuhan gizi sebelum dilakukan pengembangan desain

RM 10.01a



### ASUHAN GIZI RAWAT INAP

Diisi oleh Ahli Gizi

Nama Lengkap Pasien : ..... L/P NO. RM : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tanggal Lahir : ..... Umur : ..... Thn/Bln/Hr

#### ASESSMEN GIZI

##### A. Antropometri

Antropometri Dewasa

BB : Kg	TB : Cm	BBI : Kg	IMT : Kg/m <sup>2</sup>
TL : Cm	TB est : Cm	LLA : Cm	% LLA : %

Kesimpulan Status Gizi :  Buruk  Kurang  Normal  Lebih  Obesitas

Antropometri Anak

BB : Kg	TB/PB : Cm	LLA : Cm	BBI : Kg	% BBI : %
BB/U :	TB/U :	BB/TB :	LLA/U :	

Kesimpulan Status Gizi :  Buruk  Kurang  Normal  Lebih  Obesitas

##### B. Biokimia

<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> Asamurat $\geq$ 7 mg/dl	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Albumin $\leq$ 2,9 mg/dl	<input type="checkbox"/> Kreatinin $>$ 1,5 mg/dl	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Hb $\leq$ 10 g/dl	<input type="checkbox"/> BUN $>$ 23 mg/dl	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Kolesterol $\geq$ 200 mg/dl	<input type="checkbox"/> Kalium $>$ 5,1 mmol	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> GDA $\geq$ 200 mg/dl	<input type="checkbox"/> Kalium $<$ 3,5 mmol	<input type="checkbox"/> .....

##### C. Fisik - Klinis

<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> Kesulitan mengunyah	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Mual	<input type="checkbox"/> Kesulitan menelan	<input type="checkbox"/> Moon face / old man face *
<input type="checkbox"/> Muntah	<input type="checkbox"/> Odema	<input type="checkbox"/> Iga gambang
<input type="checkbox"/> Diare	<input type="checkbox"/> Asites	<input type="checkbox"/> Baggy pant
<input type="checkbox"/> Gigi goyang / tidak lengkap *	<input type="checkbox"/> Hipertensi	<input type="checkbox"/> Lemak sub kutan sedikit
<input type="checkbox"/> Penurunan nafsu makan	<input type="checkbox"/> Sembelit	<input type="checkbox"/> .....

##### D. Riwayat Gizi

1. Riwayat Alergi Makanan / Pantangan	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Ada,.....
2. Pola Makan	<input type="checkbox"/> Teratur	<input type="checkbox"/> Tidak teratur
3. Susunan menu dalam sehari-hari	<input type="checkbox"/> Seimbang	<input type="checkbox"/> Tidak Seimbang
4. Suplemen Gizi	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Ada,.....
5. Diberikan ASI (khusus anak)	<input type="checkbox"/> Iya	<input type="checkbox"/> Tidak

6. Mendapat terapi diet RS sebelumnya :

Dalam bentuk :  Oral  Enteral  Panenteral  Lain-lain

Pola Makan Pasien dan Anamnesa Makanan Sehari Sebelum MRS					
Bahan Makanan	Frekuensi				Ket.
	≥ 1x /hr	1-3 x/mg	< 1 x/mg	Tidak Pernah	
1. KH (Karbohidrat) :					
2. LH (Lauk Hewani) :					
3. LN (Lauk Nabati) :					
4. Sayuran :					
5. Buah :					
6. Minuman :					
7. Lain-lain :					
<b>E. Riwayat Personal</b>					
1. Pendidikan terakhir :	<input type="checkbox"/> Tidak Sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA/SMK <input type="checkbox"/> DIII/S1/S2/S3				
2. Riwayat Penyakit Dahulu :	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Lainnya...				
3. Riwayat Penyakit Keluarga :	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Lainnya...				
4. Riwayat Penyakit Sekarang :					

DIAGNOSIS GIZI

INTERVENSI GIZI
Kebutuhan Gizi Sehari : Energi = ..... Kkal   Protein = ..... gr
Diberikan Standar Diet RS : Energi = ..... Kkal   Protein = ..... gr
Materi Edukasi dan Konseling :



MONITORING DAN EVALUASI					
	Tanggal				
Antropometri					
Laboratorium					
Fisik / Klinis					
Diet	<input type="checkbox"/> Tetap	<input type="checkbox"/> Tetap	<input type="checkbox"/> Tetap	<input type="checkbox"/> Tetap	<input type="checkbox"/> Tetap
	<input type="checkbox"/> Berubah :	<input type="checkbox"/> Berubah :	<input type="checkbox"/> Berubah :	<input type="checkbox"/> Berubah :	<input type="checkbox"/> Berubah :
Evaluasi asupan :					
Energi	Protein				
3000	150				
2500	125				
2000	100				
1500	75				
1000	50				
500	25				
Lain-lain					

Nama dan Tanda Tangan  
Ahli Gizi

.....



Lampiran 8 : Foto formulir formulir asuhan gizi sesudah dilakukan pengembangan desain

RM 10.01a									
	<b>RSUD KOTA MALANG</b> Jl. Rajasa No. 27 Kel. Bumiayu Kec. Kedung Kandang, Kota Malang 65135 Telp. (0341) 754338								
Tgl. Pengisian : .....	NO. RM <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
Jam Pengisian : .....	Nama Pasien : ..... L/P Tanggal Lahir : ..... Umur : ..... Thn/Bln/Hr								
<b>ASUHAN GIZI RAWAT INAP</b>									
<b>A. Antropometri</b>									
<input type="checkbox"/> Antropometri Dewasa									
BB : Kg	TB : Cm								
TL : Cm	TB est : Cm								
BBI : Kg	IMT : Kg/m <sup>2</sup>								
LLA : Kg	% LLA : %								
Status Gizi : <input type="checkbox"/> Buruk <input type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lebih <input type="checkbox"/> Obesitas									
<input type="checkbox"/> Antropometri Anak									
BB : Kg	TB/PB : Cm								
LLA : Cm	BBI : Kg								
% BBI : %	BB/U :								
TB/U :	BB/TB :								
LLA/U :									
Status Gizi : <input type="checkbox"/> Buruk <input type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lebih <input type="checkbox"/> Obesitas									
<b>B. Biokimia</b>									
<input type="checkbox"/> NORMAL									
<input type="checkbox"/> Bermasalah .....									
<b>C. Fisik Klinis</b>									
<input type="checkbox"/> NORMAL									
<input type="checkbox"/> Bermasalah .....									
<b>D. Riwayat Gizi</b>									
<input type="checkbox"/> Tidak ada alergi makanan	<input type="checkbox"/> Ada alergi makanan .....								
<input type="checkbox"/> Pola makan teratur	<input type="checkbox"/> Pola makan teratur .....								
<input type="checkbox"/> Susunan menu seimbang	<input type="checkbox"/> Susunan menu tidak seimbang .....								
<input type="checkbox"/> Diberikan ASI	<input type="checkbox"/> Tidak diberikan ASI .....								
<input type="checkbox"/> Lain-lain .....									
- Diet : <input type="checkbox"/> Parental berupa : .....									
<input type="checkbox"/> Enteral :	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> NGT <input type="checkbox"/> Lain-lain								
berupa : .....									
Pola Makan Pasien dan Anamnesa Makanan Sehari Sebelum MRS									
Pagi(.../.../...) gr	URT	Siang(.../.../...) gr	URT	Malam(.../.../...) gr	URT	Ket.			
Energi : .....Kkal	Protein: .....gr	Lemak: .....gr	KH: .....Gr						

<b>E. Riwayat Personal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendidikan Terakhir : <input type="checkbox"/>Tidak Sekolah <input type="checkbox"/>SD<input type="checkbox"/>SMP <input type="checkbox"/>SMA/SMK <input type="checkbox"/>DIII/S1/S2/S3</li> <li>- Riwayat Penyakit Dahulu : <input type="checkbox"/>DM <input type="checkbox"/>Hipertensi <input type="checkbox"/>Jantung <input type="checkbox"/>Sroke <input type="checkbox"/>Lainnya.....</li> <li>- Riwayat Penyakit Keluarga : <input type="checkbox"/>DM <input type="checkbox"/>Hipertensi <input type="checkbox"/>Jantung <input type="checkbox"/>Sroke <input type="checkbox"/>Lainnya....</li> <li>- Riwayat Penyakit Sekarang : .....</li> </ul>
<b>F. Diagnosa Gizi</b>
<b>G. Intervensi Gizi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebutuhan Gizi Sehari : Energi =.....Kkal</li> <li>- Diberikan Standar Diet RS : Energi = .....Kkal Protein = .....gr</li> </ul>
<b>H. Materi Edukasi dan Konseling</b>

MONITORING DAN EVALUASI				
Tanggal				
Antropometri				
Laboratorium				
Fisik/ Klinis				
Diet	<input type="checkbox"/> Tetap <input type="checkbox"/> Berubah	<input type="checkbox"/> Tetap <input type="checkbox"/> Berubah	<input type="checkbox"/> Tetap <input type="checkbox"/> Berubah	<input type="checkbox"/> Tetap <input type="checkbox"/> Berubah
Lain-lain				

Nama dan Tanda Tangan  
Ahli Gizi

(.....)