

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Non-ST-segment elevation Myocardial (*NSTEMI*)

a. Pengertian Nstemi

Non-ST-segment Elevation Myocardial Infarction (*NSTEMI*) merupakan oklusi sebagian dari arteri koroner tanpa melibatkan seluruh ketebalan miokardium sehingga tidak ada elevasi segmen ST pada EKG (Sudoyo, 2010 dalam Safitri,ES,2013). *NSTEMI* adalah bagian dari penyakit Sindrom Koroner Akut (SKA) yang terjadi karena faktor keturunan atau faktor resiko (merokok, DM,Dislipidemia, Hipertensi, asam urat, alkohol).

b. Etiologi *NSTEMI*

NSTEMI terjadi karena thrombosis akut atau proses vasokonstriksi koroner, sehingga terjadi eskemia miokard dan dapat menyebabkan nekrosis jaringan miokard dengan derajat lebih kecil, dan biasanya terbatas pada subendokardium. Penyebab paling umum ialah penurunan perfusi miokard yang dihasilkan dari penyempitan ateri koroner disebabkan oleh trhombus nonocclusive yang telah dikembangkan pada plak aterosklerotik terganggu (Hidayati,R,K, 2015).

Faktor penyebab dari *NSTEMI* yaitu faktor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi atau bersifat tetap meliputi usia, jenis kelamin, ras dan riwayat keluarga. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi seperti merokok dislipidemia, hipertensi, merokok, diabetes melitus, obesitas dan inaktivitas fisik, yang mana dapat diperbaiki dengan melakukan perubahan gaya hidup dan/atau dengan terapi farmakologi (Ghani,dkk,2016).

Stratifikasi risiko berdasarkan kelas killip merupakan klasifikasi risiko berdasarkan indikator klinis gagal jantung sebagai komplikasi infark miokard akut dan ditujukan untuk memperkirakan tingkat mortalitas dalam 30 hari. selain itu klasifikasi killip juga digunakan sebagai salah satu variabel dalam klasifikasi *GRACE*.

Tabel 1. Klasifikasi berdasarkan kelas killip

Kelas Killip	Temuan Klinis	Mortalitas 30 Hari tanpa Reperfusi	Mortalitas 30 Hari dengan Reperfusi
I	Tidak terdapat gagal jantung (tidak terdapat ronkhi maupun S3)	6%	2,8%
II	Terdapat gagal jantung ditandai dengan S3 dan ronkhi basah pada setengah lapangan paru	17%	8,8%
III	Terdapat edema paru ditandai oleh ronkhi basah di seluruh lapangan paru	38%	14,4%
IV	Terdapat syok kardiogenik ditandai oleh tekanan darah sistolik <90 mmHg dan tanda hipoperfusi jaringan	67%	-

Sumber: (Kimball JT,1967 dalam Permenkes,2019)

c. Patofisiologi *NSTEMI*

Non Stemi disebabkan karena penurunan asupan oksigen dan atau peningkatan kebutuhan oksigen demand miokard yang diperberat oleh obstruksi koroner. *NSTEMI* terjadi karena adanya thrombosis akut dan proses vasokonstriksi koroner. Trombosis akut diawali dengan rupture plak aterom yang tidak stabil dengan inti lipid besar dan fibrous cap tipis dan konsentration tissue factor tinggi (Satoto, Hendriarto Hari, 2014).

Plak yang tidak stabil ini biasanya memiliki inti lipid yang besar, kepadatan otot polos yang rendah, penutup fibrosa yang tipis, dan konsentrasi faktor jaringan yang tinggi. Inti lemak dengan ester kolesterol konsentrasi tinggi dan asam lemak tak jenuh dalam proporsi tinggi lebih mungkin pecah. Terdapat sel makrofag dan limfosit T pada lokasi ruptur plak, menandakan adanya proses inflamasi. Sel-sel ini akan menghasilkan sitokin proinflamasi seperti TNF dan IL-6. Selanjutnya, IL-6 merangsang pelepasan hsCRP di hati (Hidayati,R,K, 2015).

d. Diet jantung

1) Tujuan Diet

Tujuan diet penyakit jantung adalah memberikan makanan secukupnya dengan tidak memberatkan kerja jantung, menurunkan berat badan bila penderita terlalu gemuk,

mencegah/menghilangkan penimbunan garam/air (suryani, 2018).

2) Syarat diet

- a) Energi cukup, untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal.
- b) Protein cukup, yaitu 0,8 -1g/kg BB.
- c) Lemak sedang, yaitu 25-30% dari kebutuhan energi total 10% berasal dari lemak jenuh, dan 10-15% lemak tidak jenuh.
- d) Kolesterol rendah terutama jika disertai dengan dislipidemia.
- e) Vitamin dan mineral cukup. Hindari penggunaan suplemen kalsium, kalium, dan magnesium jika tidak dibutuhkan.
- f) Garam rendah, 2-3 g/hari, jika disertai dengan hipertensi dan edema.
- g) Makanan mudah cerna dan tidak menimbulkan gas.
- h) Serat cukup untuk menghidrasi konstipasi.
- i) Cairan cukup. ± 2 liter/hari sesuai dengan kebutuhan.
- j) Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan penyakit, diberikan dalam porsi kecil.

- 3) Bila kebutuhan gizi tidak dapat dipenuhi melalui makanan enteral, parenteral, atau suplemen gizi. jenis diet dan indikasi pemberian diet.

a) Diet jantung I

Diet jantung 1 diberikan kepada pasien penyakit jantung akut seperti infark miokard atau dekompensasi kordis berat. Diet diberikan berupa 1-1,5 liter cairan/hari selama 1-2 hari pertama bila pasien dapat menerimanya. Diet ini sangat rendah energi dan semua zat gizi sehingga sebaiknya hanya diberikan selama 1-2 hari.

b) Diet jantung II

Diet jantung II diberikan dalam bentuk makanan saring atau lunak. Diet diberikan sebagai perpindahan dari diet jantung I, atau setelah fase akut dapat diatasi. Jika disertai hipertensi dan/atau edema, diberikan sebagai diet jantung II garam rendah. Diet ini rendah energi, protein, kalsium, dan tiamin.

c) Diet jantung III

Diet jantung III diberikan dalam bentuk makanan lunak atau biasa. Diet diberikan sebagai perpindahan dari diet jantung II atau kepada pasien jantung dengan kondisi yang tidak terlalu berat. Jika disertai dengan hipertensi dan/atau edema, diberikan sebagai diet jantung III Garam

rendah. Diet ini rendah energi dan kalsium, tetapi cukup zat gizi lain.

d) Diet jantung IV

Diet jantung IV diberikan dalam bentuk makanan biasa. Diet diberikan sebagai perpindahan dari diet jantung III atau kepada pasien jantung dengan keadaan ringan. Jika disertai dengan hipertensi dan/atau edema, diberikan sebagai diet jantung IV Garam Rendah. Diet ini cukup energi dan zat gizi lain kecuali kalsium.

4) Bahan makanan yang dianjurkan

- a) Sumber karbohidrat : beras ditim atau disaring, roti, mie, kentang, makaroni, biskuit, tepung beras/terigu/sagu, gula pasir, gula merah, madu, sirup.
- b) Sumber protein Hewani : daging sapi, ayam dengan lemak rendah, ikan, telur, susu rendah lemak dalam jumlah yang telah ditentukan.
- c) Sumber protein Nabati: kacang-kacangan kering, seperti kacang kedelai dan hasil olahannya, misalnya tahu dan tempe.
- d) Sayuran: sayuran yang tidak menimbulkan gas, seperti bayam, kangkung, buncis, kacang panjang, labu siam, wortel, tomat, dan tauge.
- e) Buah-buahan: semua buah-buahan segar.

- f) Lemak: minyak jagung, minyak kedelai, margarine, mentega dalam jumlah terbatas dan tidak untuk menggoreng tetapi untuk menumis, kelapa atau santan encer dalam jumlah terbatas.
 - g) Minuman: teh encer, coklat, sirop.
 - h) Bumbu: semua bumbu selain bumbu tajam dalam jumlah terbatas.
- 5) Bahan makanan yang tidak dianjurkan
- a) Sumber Karbohidrat: makanan yang mengandung gas atau alkohol, seperti ubi, singkong, tape singkong dan tape ketan.
 - b) Sumber protein hewani: daging sapi dan ayam berlemak, gajih, sosis, ham, hati, limpa, babat, otak, kepiting dan kerang, keju dan susu penuh.
 - c) Sumber protein nabati: kacang-kacangan kering yang mengandung lemak cukup tinggi seperti kacang tanah, kacang mete, kacang bogor.
 - d) Sayuran: semua sayuran mengandung gas, seperti kol, kembang kol, lobak, sawi, dan nagka muda.
 - e) Buah-buahan: buah-buahan segar yang mengandung gas atau alkohol seperti durian dan nangka mantang.
 - f) Lemak: minyak Kelapa dan minyak kelapa sawit, santan kental.

- g) Minuman: teh/kopi kental, minuman yang mengandung soda dan alkohol.
- h) Bumbu: Lobak, cabe rawit, dan bumbu-bumbu lain yang tajam.

2. Hipertensi

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan kronis yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah pada dinding pembuluh darah arteri (Tim Bumi Meida, 2017). Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik dan diastolik diatas batas normal. Hipertensi juga berlaku apabila tekanan darah sistolik tinggi namun diastolik normal. Seseorang dikatakan mengalami hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi jika pemeriksaan tekanan darah menunjukkan hasil di atas 140/90 mmHg atau lebih dalam keadaan istirahat, dengan dua kali pemeriksaan, dan selang waktu lima menit (Tim Bumi Meida, 2017).

Hipertensi merupakan penyakit yang timbul akibat adanya interaksi berbagai faktor risiko yang dimiliki seseorang. Faktor pemicu hipertensi dibedakan menjadi yang tidak dapat dikontrol seperti riwayat keluarga, jenis kelamin, dan umur, serta faktor yang dapat dikontrol seperti gaya hidup meliputi obesitas, aktivitas fisik, merokok, konsumsi alkohol, kebiasaan tidur, dan lain sebagainya. (Hasnawati, 2021). Jumlah penderita hipertensi meningkat dua kali lipat menjadi 1,28 miliar. Hal ini terutama disebabkan oleh pertumbuhan penduduk

dan penuaan. Pada tahun 2019, lebih dari satu miliar penderita hipertensi (82% dari seluruh penderita hipertensi di dunia) tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Hipertensi secara signifikan meningkatkan risiko penyakit jantung, otak dan ginjal, dan merupakan salah satu penyebab utama kematian dan penyakit di seluruh dunia (WHO, 2021).

a. Etiologi Hipertensi

Hipertensi primer dan hipertensi sekunder adalah dua penyebab hipertensi. Hipertensi primer adalah penyebab paling umum dari hipertensi, terhitung sekitar 95% dari semua penyebab. Sedangkan Hipertensi sekunder menyumbang sekitar 5% dari semua hipertensi. Hipertensi primer adalah hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi sekunder disebabkan oleh penyakit lain, seperti penyakit parenkim ginjal atau aldosteronisme primer. Jenis kelamin, usia, genetik, kurang olahraga, stress, obesitas, pola makan, asupan garam, merokok dan kebiasaan minum merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi hipertensi.

Tabel 2. Klasifikasi Hipertensi menurut JNC-VII 2003

Kategori	TDS (mmHg)		TDD (mmHg)
Normal	<120	Dan	<80
Pra-hipertensi	120 - 139	Atau	80 – 89
Hipertensi tingkat 1	140 – 149	Atau	90 – 99
Hipertensi tingkat 2	> 160	Atau	> 100
Hipertensi Sistolik Terisolasi > 140 dan < 90			

Sumber: (Kemenkes RI. 2018)

Hipertensi diklasifikasikan menjadi normal, pre-hipertensi, hipertensi tingkat 1 dan tingkat 2. Tekanan darah sistolik adalah

tekanan yang diciptakan oleh jantung saat mengedarkan darah ke seluruh tubuh (fase ejeksi). Nilai ini di tulis pada nilai atas. Sedangkan tekanan darah diastolik adalah tekanan darah saat jantung beristirahat (dalam hal ini ventrikel diisi dengan darah dari atrium). Gejala klinis hipertensi dapat bersifat asimtomatik dan simptomatik. Sakit kepala, epistaksis, jantung berdebar, kesulitan bernapas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat, kelelahan, lekas marah, telinga berdenging, pusing, tinitus, dan pingsan merupakan gejala klinis hipertensi. Namun, karena ini bukan gejala spesifik hipertensi, maka gejala yang dialami mungkin dianggap gejala biasa sehingga terjadi keterlambatan pengobatan. Seseorang dengan hipertensi mungkin juga tidak menunjukkan gejala apa pun, menjadikan hipertensi sebagai *Silent Killer* karena diam-diam dapat menyebabkan kerusakan organ yang parah.

b. Patologi Hipertensi

Tekanan darah ditentukan oleh jantung sebagai pompa dan tahanan arteri. Tekanan darah tidak tetap selama 24 jam. Saat tubuh beristirahat, tekanan darah paling rendah, dan meningkat saat latihan atau berolahraga. Terdapat suatu mekanisme yang dapat mengatur tekanan darah, sehingga dapat menyuplai sel-sel darah dan oksigen yang cukup dalam tubuh. Aksi pemompaan jantung (cardiac output/CO) dan dukungan arteri (peripheral resistance/PR)

mengerahkan tekanan yang diperlukan untuk menggerakkan darah melalui sistem peredaran darah. Interaksi berbagai faktor kompleks tersebut mempengaruhi fungsi kerja masing-masing faktor penentu tekanan darah tersebut. Hipertensi merupakan komplikasi dari faktor-faktor tersebut yang ditandai dengan peningkatan curah jantung.

c. Diet Hipertensi

1) Tujuan diet

Tujuan penatalaksanaan diet pasien hipertensi adalah untuk membantu menurunkan tekanan darah dan mempertahankan tekanan darah normal. Selain itu, diet dimaksudkan untuk mengurangi faktor risiko lain seperti berat badan berlebih, kadar kolesterol lemak tinggi, dan asam urat darah, serta penyakit degeneratif lain yang berhubungan dengan tekanan darah tinggi seperti jantung, ginjal, dan diabetes melitus. Sedangkan tujuan dari diet rendah garam yaitu bertujuan untuk menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi dan menghilangkan retensi garam atau air di jaringan tubuh.

2) Syarat diet

- a) Cukup energi, protein, mineral dan vitamin.
- b) Bentuk makanan sesuai dengan bertanya penyakit.

- c) Jumlah natrium disesuaikan dengan beratnya retensi garam atau air atau hipertensi.

3) Jenis diet

Pemberian diet rendah garam pada Pasien dengan edema atau asites dan/atau hipertensi, seperti penyakit dekomposisi jantung, sirosis hati, penyakit ginjal, kondisi tertentu, toksemia dalam kehamilan, dan hipertensi esensial, diberikan diet rendah garam.

- a) Diet Garam Rendah I (200-400 mg Na) diet ini diberikan pada pasien yang mengalami edema, asites dan/atau hipertensi berat. Pengolahan masakan pada diet ini tidak menggunakan garam dapur.
- b) Diet Garam rendah II (600-800 mg Na) diet ini diberikan pada pasien dengan edema, asites dan/atau hipertensi tidak terlalu berat. Pengolahan masakan pada diet ini diperbolehkan menggunakan garam dapur sebanyak $\frac{1}{2}$ sendok teh.
- c) Diet Garam Rendah III (1000-1200 mg Na) diet ini diberikan pada pasien dengan edema, asites dan/atau hipertensi ringan. Pengolahan masakan pada diet ini diperbolehkan menggunakan garam dapur sebanyak 1 sendok teh.

4) Bahan makanan yang dianjurkan

- a) Sumber karbohidrat: Beras, kentang, singkong, terigu, tapioka, hunkwee, gula, makanan yang diolah dari bahan makanan tersebut diolah tanpa garam dapur dan soda seperti makaroni, mie, bihun, roti, biskuit, kue kering.
- b) Sumber protein hewani: Telur maksimal 1 butir sehari, daging dan ikan maksimal 100 gr sehari.
- c) Sumber protein nabati: Semua kacang-kacangan dan hasilnya yang diolah dan dimasak tanpa dapur
- d) Sayuran : Semua sayuran segar, sayuran yang diawet tanpa garam dapur dan natirum benzoat.
- e) Buah-buahan : Semua buah-buahan segar, buah yang diawetkan tanpa garam dapur dan natirum benzoat.
- f) Lemak: Minyak goreng, margarin dan mentega tanpa garam.
- g) Minuman: Teh, kopi.
- h) Bumbu: Semua bumbu-bumbu kering yang tidak mengandung garam dapur dan lain ikatan natirum. Garam dapur diberikan sesuai dengan diet rendah garam II dan III.

5) Bahan makanan yang tidak dianjurkan

- a) Sumber karbohidrat: Roti, biskuit dan kue-kue yang dimasak dengan garam dapur dan/atau baking powder dan soda.

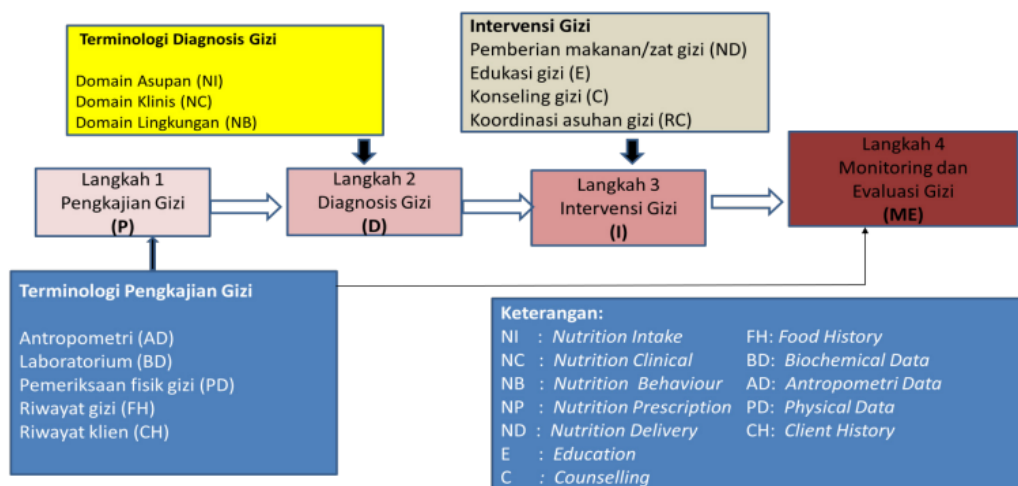
- b) Sumber protein hewani: Otak, ginjal, lidah, sardine, daging, ikan, susu dan telur yang diawetkan dengan garam dapur seperti daging asap, ham, bacon, dendeng, abon, keju, ikan asin, ikan kaleng, kornet, ebi, udang kering, telur asin, telur pindang.
- c) Sumber protein nabati: Keju, kacang tanah dan semua kacang-kacangan dan hasilnya yang dimasak dengan garam dapur dan ikatan natirum lain.
- d) Sayuran: Sayuran yang dimasak dan diawetkan dengan garam dapur dan ikatan natirum lain, seperti sayuran kaleng, sawi asin, asinan dan acar.
- e) Buah-buahan: Buah-buahan yang diawetkan dengan garam dapur dan lain ikatan natirum, seperti buah dalam kaleng.
- f) Lemak: Margarin dan mentega biasa.
- g) Minuman: Minuman ringan.
- h) Bumbu: Garam dapur untuk diet garam rendah I, baking Powder, soda kue, vetsin dan bumbu-bumbu yang mengandung garam dapur seperti : kecap, terasi, maggi, tomato kecap, petis dan taoco.

3. Proses Asuhan Gizi Terstandar

Proses asuhan gizi merupakan metode standar dalam memecahkan masalah gizi, meningkatkan mutu dan keberhasilan asuhan gizi, memerlukan pemikiran kritis dan menggunakan

terminologi internasional. Pada hakekatnya pelayanan asuhan gizi ini mengembalikan pasien pada status gizi yang baik dengan mengintervensi berbagai faktor yang menentukan keberhasilan tersebut. oleh keberhasilan intervensi gizi yang disampaikan melalui pendidikan dan konseling gizi yang efektif, pemberian makanan bergizi, dan kolaborasi dengan profesi lain.

Gambar 1. Proses Asuhan Gizi (PAGT) dan Bahasa Terstandar



Sumber : (Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas, Kemenkes 2018)

Terstandar yang dimaksud adalah memberikan asuhan gizi dengan proses terstandar yang menggunakan struktur dan kerangka kerja yang konsisten sehingga setiap pasien yang mempunyai masalah gizi mendapat asuhan gizi melalui proses 4 langkah yaitu pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, dan monitoring dan evaluasi gizi (Nuraini, 2017).

a. Skrining

Skrining gizi merupakan proses yang cepat, sederhana, efisien, mampu dilakukan, murah, tidak beresiko kepada individu yang diskriminasi, valid dan reliabel serta dapat dilaksanakan petugas kesehatan. Alat skrining yang digunakan di rumah sakit antara lain : NRS 2002 (Nutritional Risk Screening) untuk pasien dewasa dan MNA (Mini Nutritional Assessment) untuk usia lanjut. Skrining gizi bertujuan untuk mengidentifikasi pasien yang beresiko malnutrisi, tidak beresiko malnutrisi atau kondisi khusus. Kondisi khusus yang dimaksud adalah pasien dengan kelainan metabolik, hemodialisa anak, geriatrik, dengan kemoterapi atau radiasi, luka bakar, pasien dengan imunitas, sakit kritis. (Herawati, 2014).

b. Asesmen / Pengkajian gizi

Pengkajian gizi/asesmen merupakan langkah awal dalam proses PAGT menurut Kemenkes, (2014: 13) tujuan asesmen gizi yaitu mengidentifikasi problem gizi dan faktor penyebabnya melalui pengumpulan, Verifikasi dan interpretasi data secara sistematis. Dalam asesmen data yang dikumpulkan meliputi Riwayat gizi dengan kode Fh (*Food History*), Antropometri dengan kode AD (*Anthropometry Data*), Laboratorium dengan kode BD (*Biochemical Data*), Pemeriksaan fisik gizi dengan kode PD (*physical Data*), Riwayat Klien dengan kode CH (*Client History*) (kemenkes, 2014).

1) Riwayat Gizi

Data riwayat gizi dikumpulkan dengan cara melakukan interview, termasuk interview khusus seperti recall makanan 24 jam, *food frequency questioner (FFQ)* atau dengan metode lainya.

2) Antropometri (AD)

Pengukuran Antropometri meliputi tinggi badan, berat badan, perubahan berat badan, indeks masa tubuh, pertumbuhan dan komposisi tubuh,LLA, dll.

3) Laboratorium (BD)

Data laboratorium berbasis populasi dari sistem surveilans kesehatan dan analisis data rekam kesehatan elektronik. (Kemenkes, 2018)

4) Pemeriksaan Fisik terkait Gizi (PD)

Evaluasi sistme tubuh, wasting otot dan lemak subkutan, kesehatan mulut, kemampuan menghisap, menelan dan bernafas serta nafsu makan.

5) Riwayat Klien (CH)

Informasi saat ini dan masa lalu mengenai riwayat personal, medis, keluarga dan sosial. Namun Data riwayat Klien tidak dapat dijadikan tanda dan gejala (*signs/symptoms*) dalam problem gizi, karena merupakan kondisi yang tidak berubah dengan adanya intervensi gizi.

c. Diagnosis gizi

Diagnosis gizi merupakan kegiatan untuk mengidentifikasi dan memberi nama masalah gizi, diagnosis gizi ditulis dengan kalimat terstruktur sesuai dengan komponennya yaitu *Prombel* (p), *Etiology* (E), dan *Sign and symptoms* (S) dan disingkat menjadi P-E-S. (Kusumaningrum, 2019). Pada penulisan diagnosis Gizi untuk komponen problem dan etiology dihubungkan dengan kata “berkaitan dengan” dan untuk etiology dan sign and symptoms dihubungkan dengan kata “ditandai dengan”.

Menurut Kemenkes RI(2014:18) Dalam diagnosis gizi terdapat 3 domain yaitu :

1) Domain Asupan

Berkaitan dengan asupan energi, zat Gizi, cairan, atau zat bioaktif, melalui diet oral atau dukungan gizi (gizi enteral dan parenteral). Masalah yang terjadi dalam domain ini mencakup kekurangan (*inadequate*), kelebihan (*excessive*) atau tidak sesuai (*inappropriate*).

2) Domain klinis

Dalam domain klinis problem gizi yang terkait dengan kondisi medis atau fisik, meliputi problem fungsional, problem biokimia, problem berat badan.

3) Domain perilaku – lingkungan

Problem gizi ini terkait dengan pengetahuan, sikap/keyakinan, lingkungan fisik, akses ke makanan, air minum, atau persediaan makanan, dan keamanan makanan.

d. Intervensi gizi

intervensi gizi adalah suatu tindakan yang terencana yang ditujukan untuk merubah perilaku gizi, kondisi lingkungan, atau aspek status kesehatan individu (Kemenkes RI, 2018) Dalam intervensi gizi terdapat 4 kategori meliputi :

- 1) Pemberian makanan /diet (Kode internasional – ND – Nutrition Delivery)
- 2) Edukasi (kode Internasional – E – Education)
- 3) Konseling (C)
- 4) Koordinasi asuhan gizi

e. Monitoring dan evaluasi

Kegiatan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat kemajuan pasien dan memastikan apakah tujuan atau hasil yang diharapkan telah tercapai. Dalam melakukan monitoring terdapat tiga cara meliputi :

- 1) Monitoring perkembangan

Melakukan monitoring perkembangan dapat dilakukan dengan mengecek pemahaman dan kepatuhan pasien/klien terhadap intervensi gizi.

2) Mengukur hasil

Pilih indikator asuhan gizi untuk mengukur hasil yang diinginkan, kemudian gunakan indikator asuhan yang terstandar untuk meningkatkan validitas dan reliabilitas pengukuran perubahan.

3) Evaluasi hasil

Bandingkan data yang di monitoring dengan tujuan preskripsi gizi atau standar rujukan untuk mengkaji perkembangan dan menentukan tindakan selanjutnya

B. Landasan Teori

Non-ST-segment Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) merupakan bagian dari penyakit *Sindrom Koroner Akut (SKA)*. *NSTEMI* merupakan oklusi sebagian dari arteri koroner tanpa melibatkan seluruh ketebalan miokardium sehingga tidak ada elevasi segmen ST pada *EKG* (Sudoyo, 2010).

Faktor risiko *NSTEMI* dibagi menjadi dua golongan, Yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah. Faktor risiko yang tidak dapat diubah antara lain Umur, jenis kelamin, keturunan/ras, faktor risiko yang dapat diubah antara lain, merokok, dislipidemia, hipertensi, diabetes melitus, kurang aktifitas fisik, berat badan lebih dan obesitas, diet yang tidak sehat, stres, konsumsi alkohol berlebih (Kemenkes RI, 2021). Hipertensi menjadi salah satu faktor terjadinya *NSTEMI* Tekanan darah yang tinggi secara terus menerus menyebabkan

kerusakan sistem pembuluh darah arteri dengan perlahan-lahan. Gejala klinis yang timbul dapat menyebabkan malnutrisi oleh karena itu diperlukan adanya Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT).

Proses asuhan gizi merupakan metode standar dalam memecahkan masalah gizi, meningkatkan mutu dan keberhasilan asuhan gizi, memerlukan pemikiran kritis dan menggunakan terminologi internasional. Pada hakekatnya pelayanan asuhan gizi ini mengembalikan pasien pada status gizi yang baik dengan mengintervensi berbagai faktor yang menentukan keberhasilan tersebut. oleh keberhasilan intervensi gizi yang disampaikan melalui pendidikan dan konseling gizi yang efektif, pemberian makanan bergizi, dan kolaborasi dengan profesi lain.

Langkah-langkah pada penatalaksanaan gizi pada pasien *NSTEMI* dengan Hipertensi. Skrining gizi yang merupakan tahap awal sebelum melakukan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) menggunakan formulir dewasa NRS-2002 hal ini bertujuan untuk mengidentifikasi permasalahan gizi pasien. Pengkajian gizi terdapat pengkajian antropometri: berat badan, tinggi badan, Pengukuran panjang ULNA dan LLA, penentuan status gizi pasien menggunakan %percentile LLA atau IMT jika terdapat data tinggi badan dan berat badan. Pencatatan data biokimia dari rekam medis pasien. fisik/klinis dapat dilakukan dengan pengamatan secara langsung mengenai kondisi pasien, wawancara langsung kepada pasien terkait keluhan dan pencatatan tanda vital pasien serta pemeriksaan penunjang sesuai kondisi pasien seperti *EKG*.

Riwayat makan didapat melalui wawancara langsung kepada pasien atau keluarga pasien meliputi kebiasaan makan menggunakan formulir *SQFFQ* dan asupan zat gizi menggunakan *recall* 24 jam. Riwayat personal dan lain-lain terkait penyakit keluarga pasien, status sosial, serta ekonomi pasien didapat melalui wawancara langsung. Diagnosis dibuat sesuai dengan pengkajian gizi yang sudah digali.

Intervensi yang dilakukan mencakup perencanaan intervensi yang berisi : tujuan diet, jenis diet yang diberikan jantung dan rendah garam sesuai keadaan pasien, perhitungan kebutuhan gizi, menu, dan pemberian edukasi gizi terkait keadaan pasien.

Monitoring perkembangan pasien *NSTEMI* dengan Hipertensi dilakukan terkait pemberian asuhan gizi selama minimal 3 hari meliputi pengukuran hasil asuhan gizi : pemantauan perubahan nilai laboratorium dari rekam medik , pemantauan fisik/klinis pasien, memantau tingkat konsumsi pasien menggunakan metode *visual comstock* serta recall makanan dari luar RS.

C. Pertanyaan penelitian

1. Bagaimana faktor resiko malnutrisi pasien Nstemi dengan Hipertensi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro berdasarkan hasil skrining pelaksanaan skrining Gizi?
2. Bagaimana kondisi gizi pasien Nstemi dengan Hipertensi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro?

3. Bagaimana diagnosis gizi pasien Nstemi dengan Hipertensi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro?
4. Bagaimana preskripsi diet yang diberikan dalam intervensi gizi pada pasien Nstemi dengan Hipertensi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro?
5. Bagaimana keberhasilan berdasarkan monitoring dan evaluasi gizi pada pasien Nstemi dengan Hipertensi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro