

TUGAS AKHIR
ASUHAN GIZI PASIEN TROMBUS TOTAL A FEMORALIS, ACUTE
LIMB ISCHEMIC (ALI), HYPERTENSIVE HEART DISEASE (HHD),
HOSPITALIZED ACQUIRED PNEUMONIA (HAP), HIPOALBUMINEMIA
DI RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO



Di Susun Oleh :
TRI WULANDARI
P07131519004

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
JURUSAN PENDIDIKAN PROFESI DIETESIEN

2020

HALAMAN PENGESAHAN

Tugas Akhir

Asuhan Gizi Pasien dengan Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia* Di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

Tri Wulandari

P07131519004

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji pada tanggal:

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua

Isti Suryani, DCN, M.Kes


NIP. 196406211988032002

(
.....)

Anggota

Dawam Jamil, SKM, M.Kes

NIP. 196501091988031001

(
.....)

Anggota

Setyowati, SKM, M.Kes

NIP. 196406211988032002

(
.....)

Yogyakarta,

2020

Ketua Jurusan Gizi



Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si.

NIP. 196303241986031001

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GAMBAR	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
C. Manfaat	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Definisi dan Prevalensi	5
B. Penatalaksanaan Diet	6
BAB III METODE PENELITIAN	8
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus	8
B. Subyek Studi Kasus.....	8
C. Fokus Studi.....	8
D. Definisi Operasional Fokus Studi	9
E. Instrument Studi Kasus	13
F. Metode Pengumpulan Data	14
G. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	14
H. Analisis Data dan Penyajian Data.....	14
I. Etika Studi Kasus	14
BAB IV HASIL	16
A. Identitas Pasien.....	16
B. Hasil Skrining.....	17
C. Riwayat Makan (FH).....	18
D. Standar Perbandingan (CS)	19

E. Antropometri (AD.1.1).....	20
F. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1).....	20
G. Biokimia (BD).....	20
H. Terapi Medis dan Fungsi.....	21
I. Diagnosis Gizi.....	21
J. Intervensi Gizi.....	21
K. Edukasi Gizi (E.1).....	23
L. Koordinasi Asuhan Gizi (RC).....	23
M. Rencana Monitoring.....	24
N. Monitoring dan Evaluasi.....	24
BAB V PEMBAHASAN.....	26
A. Skrining Gizi.....	26
B. Antopometri.....	26
C. Biokimia.....	26
D. Fisik / Klinis.....	27
E. Dietary History.....	27
F. Edukasi.....	29
BAB III PENUTUP.....	30
A. Kesimpulan.....	30
B. Saran.....	30
DAFTAR PUSTAKA.....	31

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Data Biokimia pada Pasien	11
Tabel 2. Data Klinis-Fisik pada Pasien	11
Tabel 3. Rencana Monitoring dan Evaluasi	13
Tabel 4. Rencana Metode Pengumpulan Data	14
Tabel 5. Data Personal	16
Tabel 6. Riwayat Penyakit dan Klien.....	16
Tabel 7. Hasil Skrining MNA	17
Tabel 8. Riwayat Makan	18
Tabel 9. SQ- FFQ.....	18
Tabel 10. Recall 24 Jam	19
Tabel 11. Standar Pembanding	19
Tabel 12. Antropometri.....	20
Tabel 13. Pemeriksaan Fisik / Klinis	20
Tabel 14. Biokimia.....	20
Tabel 15. Terapi Medis dan Fungsi	21
Tabel 16. Implementasi Diet Rumah Sakit	22
Tabel 17. Rekomendasi Diet.....	22
Tabel 18. Rencana Monitoring.....	24
Tabel 19. Monitoring Antropometri.....	24
Tabel 20. Kategori Indeks Masa Tubuh (IMT) WHO,2000	24
Tabel 21. Monitoring Biokimia	25
Tabel 22. Monitoring Fisik Klinis	25
Tabel 23. Monitoring Asupan Makan	25

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Asupan Makan Pasien.....	28
------------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan gizi di rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan dan disesuaikan dengan keadaan pasien berdasarkan keadaan klinis, status gizi dan status metabolisme tubuh. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi pasien. Terapi gizi atau terapi diet ialah bagian dari perawatan penyakit atau kondisi klinis yang harus diperhatikan agar pemberiannya tidak melebihi kemampuan tubuh untuk melaksanakan fungsi metabolisme (Kemenkes, 2013).

Fibrilasi atrium (FA) adalah aritmia yang paling sering ditemukan dalam praktik klinis (Chugh, 2014). Di Indonesia terjadi peningkatan persentase jumlah populasi usia lanjut secara signifikan yaitu 7,74% (pada tahun 2000-2005) menjadi 28,68% yaitu estimasi WHO tahun 2045-2050, maka angka kejadian FA juga akan meningkat secara signifikan (Yuniadi, 2014).

Atrial fibrilasi terjadi karena meningkatnya kecepatan dan tidak terorganisirnya sinyal-sinyal listrik di atrium, sehingga menyebabkan kontraksi yang sangat cepat dan tidak teratur (fibrilasi). Sebagai akibatnya, darah terkumpul di atrium dan tidak benar-benar dipompa ke ventrikel. Ini ditandai dengan heart rate yang sangat cepat sehingga gelombang P di dalam EKG tidak dapat dilihat. Ketika ini terjadi, atrium dan ventrikel tidak bekerja sama sebagaimana mestinya (Thompson, 2015).

Kejadian fibrilasi atrium sering dikaitkan dengan berbagai penyakit lainnya seperti gagal jantung. Gagal jantung (HF) adalah suatu sindroma klinis kompleks, yang didasari oleh ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah keseluruh jaringan tubuh secara adekuat, akibat adanya gangguan struktural dan fungsional dari jantung (Manurung dkk, 2014).

Penyebab gagal jantung yang paling sering terjadi adalah disfungsi miokard ventrikel kiri. Disfungsi miokard ventrikel kiri menyebabkan kemampuan ventrikel kiri dalam hal pengisian dan pompa darah terganggu, oleh karenanya gagal jantung dideskripsikan dengan menggunakan pengukuran fraksi ejeksi (EF) ventrikel kiri (LV) (EF adalah volume akhir diastolik dikurangi dengan volume akhir sistolik, dibagi volume akhir diastolik). Gagal jantung dengan penurunan fraksi ejeksi (HFrEF) ditandai dengan adanya sindroma klinis gagal jantung disertai LVEF $\leq 40\%$ atau disebut juga dengan gagal jantung sistolik karena adanya penurunan kontraktilitas jantung; sementara gagal jantung dengan fraksi ejeksi yang masih terpelihara (preserved EF) (HFpEF) didefinisikan sebagai adanya sindroma klinis gagal jantung disertai dengan LVEF $\geq 50\%$, dan sering disebut dengan gagal jantung diastolic (Cagli et al, 2015). Diagnosis dibuat dengan pemeriksaan doppler-ekokardiografi aliran darah mitral dan aliran vena pulmonalis (Pangabeau, 2014).

Pengelolaan penyakit memerlukan peran serta dokter, perawat, ahli gizi, dan tenaga kesehatan lain. Pasien dan keluarga juga mempunyai peran yang penting, sehingga perlu mendapatkan edukasi untuk memberikan pemahaman mengenai perjalanan penyakit, pencegahan, penyulit, dan penatalaksanaannya. Pemahaman yang baik akan sangat membantu meningkatkan keikutsertaan keluarga dalam upaya penatalaksanaan penyakit guna mencapai hasil yang lebih baik (Soelistijo dkk, 2015). Pengobatan penyakit sangat spesifik dan individual untuk masing-masing pasien. Oleh karena itu, perlu manajemen asuhan gizi klinik pada pasien Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan gizi klinik pada pasien Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia* di RSUD Prof Dr Margono Soekardji.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan skrining gizi pada pasien dengan diagnosis pasien Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*.
- b. Mampu melakukan assessment gizi pada pasien Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*.
- c. Mampu menentukan diagnosis gizi pada pasien Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*.
- d. Mampu menyusun dan melaksanakan intervensi gizi pada pasien Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*.
- e. Mampu melakukan monitoring dan evaluasi pada pasien Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*.
- f. Mampu mendokumentasikan proses asuhan gizi pada pasien Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*.

C. Manfaat

1. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Sebagai sarana untuk memberikan pengetahuan kepada pasien dan keluarga pasien mengenai pemberian diit yang sesuai dengan kondisi pasien.

2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan untuk meningkatkan kualitas dalam kegiatan pelayanan gizi di rumah sakit.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Memberi informasi bagi institusi pendidikan mengenai penatalaksanaan diet dan terapi pada pasien Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*.

4. Bagi Mahasiswa

Sebagai bahan pembelajaran dalam penatalaksanaan diit pada pasien Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi dan Prevalensi

Istilah penyakit tromboembolik menunjukkan hubungan dengan trombosis yaitu proses pembentukan bekuan darah (trombus) dan resiko emboli. Trombosis Vena Dalam (TVD) adalah kondisi dimana terbentuk bekuan dalam vena sekunder / vena dalam oleh karena inflamasi /trauma dinding vena atau karena obstruksi vena sebagian. Trombosis Vena Dalam (TVD) menyerang pembuluh-pembuluh darah sistem vena dalam. Serangan awalnya disebut trombosis vena dalam akut. TVD dapat bersifat parsial atau total. Kebanyakan trombosis vena dalam berasal dari ekstremitas bawah. Penyakit ini dapat menyerang satu vena bahkan lebih. Vena-vena di betis adalah vena-vena yang paling sering terserang. Trombosis pada vena poplitea, femoralis superfisialis, dan segmen segmen vena ileofemoralis juga sering terjadi.^{1,2}

Akut Limb Iskemik merupakan suatu kondisi dimana terjadi penurunan perfusi ke ekstremitas secara tiba-tiba yang menyebabkan gangguan pada kemampuan pergerakan, rasa nyeri atau tanda-tanda iskemik berat dalam jangka waktu dua minggu (Vaskuler Disease A Handbook).

Hypertensive heart disease (HHD) adalah istilah yang diterapkan untuk menyebutkan penyakit jantung secara keseluruhan, mulai dari *left ventricle hypertrophy* (LVH), aritmia jantung, penyakit jantung koroner, dan penyakit jantung kronis, yang disebabkan kerana peningkatan tekanan darah, baik secara langsung maupun tidak langsung (theHeart.org, 2014).

HAP (*Hospitalized Acquired Pneumonia*) atau pneumonia nosocomial merupakan suatu peradangan pada parenkim paru yang disebabkan oleh mikroorganisme penyebab infeksi yang berkembang setelah 48 jam setelah masuk rumah sakit dan tidak terinkubasi saat

pertama kali klien masuk rumah sakit. Peluang terjadinya HAP sekitar 4 sampai 7 kejadian dari 1000 pasien rawat inap (Brunner & Sudart.2012).

Hipoalbuminemia merupakan salah satu penanda status nutrisi yang dikaitkan dengan perburukan status fungsional, hasil terapi yang buruk dan peningkatan angka mortalitas. Terdapat hubungan yang signifikan antara hipoalbuminemia dan peningkatan risiko komplikasi, infeksi, lama rawatan, dan mortalitas. Albumin plasma dalam dosis tinggi dapat menjadi neuroprotektor yang menjanjikan terhadap stroke iskemik dengan mengurangi dua- pertiga dari total volume infark dan mengurangi tiga-perempat edema otak, memperbaiki edema otak, meningkatkan aliran darah ke daerah otak yang mengalami krisis perfusi, meningkatkan perfusi mikrovaskuler, mengurangi adhesi elemen darah pasca iskemik dan membantu mengangkut asam lemak bebas yang penting setelah iskemia berakhir.

B. Penatalaksanaan Diet

Makanan enteral adalah makanan berkonsistensi cair yang diberikan melalui alat pencernaan pasien, baik secara oral maupun dengan bantuan tabung (*tube*). Makanan enteral diperuntukkan bagi pasien yang kesadarannya menurun dan pasien yang mengalami kesulitan menelan. Makanan enteral juga menjadi salah satu solusi untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien yang mengalami penurunan nafsu makan. Pemberian makanan enteral terbukti aman bagi tubuh dan ekonomis (Dietitians Association of Australia, 2015).

Jalur pemberian makanan enteral dengan bantuan tabung (*tube*) dapat diberikan melalui jalur gastric (lambung) yaitu NGT (*Naso Gasti Tube*), jalur duodenum yaitu NDT (*Naso Duodenal Tube*) dan juga jalur jejunum yaitu NJT (*Naso Jejunal Tube*) (Dietitians Association of Australia, 2015).

NGT diberikan kepada pasien yang tidak memiliki gangguan pada lambung dan usus. Keuntungan penggunaan NGT diantaranya lebih ekonomis, jalur termudah untuk memasukkan tabung ke dalam alat pencernaan, dan juga menjaga kenormalan fungsi usus, sedangkan kerugian penggunaan NGT adalah meningkatkan resiko aspirasi paru-paru (Dietitians Association of Australia, 2015).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus

Jenis dan rancangan penelitian yang dilakukan dalam penelitian dengan judul Asuhan Gizi Pasien dengan pasien Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*. di RSUD Prif Dr Margono merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek penelitian ini adalah pasien dengan pasien Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*. di RSUD Prif Dr Margono merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

1. Pasien yang terdiagnosis medis dengan Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*.
2. Pasien rawat inap yang memerlukan asuhan gizi minimal selama 3 hari
3. Kesadaran baik
4. Dapat berkomunikasi dengan baik
5. Bersedia menjadi responden

C. Fokus Studi

1. Skrining gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*. yang baru masuk ke rumah sakit disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik serta sesuai kesepakatan dengan rumah sakit.
2. engkajian gizi (*Assessment*) pasien rawat inap dengan penyakit Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart*

Disease (HHD), Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP), Hipoalbuminemia. meliputi data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan (*Dietary History*).

3. Analisis diagnosis gizi pasien rawat inap dengan penyakit Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI), Hypertensive Heart Disease (HHD), Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP), Hipoalbuminemia.* ranah klinis dan behaviour menggunakan pendekatan problem, etiology, dan symptom (PES)
4. Analisis intervensi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI), Hypertensive Heart Disease (HHD), Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP), Hipoalbuminemia.* meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien.
5. Analisis monitoring dan evaluasi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI), Hypertensive Heart Disease (HHD), Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP), Hipoalbuminemia.*

D. Definisi Operasional Fokus Studi

1. Pasien rawat inap dengan penyakit Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI), Hypertensive Heart Disease (HHD), Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP), Hipoalbuminemia.*

2. Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, jenis kelamin, usia, riwayat penyakit, diagnosis medis, dan lain-lain. Nama pasien biasanya disamarkan sedangkan jenis kelamin, usia, riwayat penyakit, dan diagnosis medis dinyatakan dengan jelas. Metode pengambilan data identitas pasien dilakukan dengan cara melihat rekam medis pasien.

3. Skrining Gizi

Skrining gizi merupakan tahap awal yang dilakukan untuk mengetahui risiko terjadinya malnutrisi atau tidak pada pasien yang baru masuk ke

rumah sakit. Formulir skrining gizi awal yang digunakan pada penelitian ini yaitu *Mini Nutritional Assessment* (MNA).

4. Pengkajian Gizi (*Assessment*)

Pengkajian gizi dilakukan untuk menggali informasi pasien agar dapat diidentifikasi masalah gizi pasien. Pengkajian gizi (*Assessment*) terdiri dari pengambilan data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan.

a. Antropometri

Data antropometri adalah data yang dapat diukur dengan alat ukur. Data antropometri terdiri dari berat badan dan tinggi badan. Keduanya dapat diukur dengan bermacam-macam alat sesuai dengan kondisi pasien. Apabila pasien dengan kesadaran baik, dapat berdiri dan berjalan pengukuran berat badan dapat menggunakan timbangan injak dan tinggi badan menggunakan microtoice sehingga didapatkan data antropometri yang aktual. Sedangkan, untuk pasien yang tidak dapat berdiri atau dalam keadaan *bedrest* pengukuran menggunakan estimasi yaitu untuk berat badan menggunakan estimasi LILA dan tinggi badan menggunakan Panjang ULNA. Pengukuran LILA maupun panjang ULNA dapat menggunakan satu alat ukur yaitu metlin. Data antropometri dapat digunakan untuk mengetahui status gizi pasien melalui perhitungan IMT dan apabila tidak memungkinkan menggunakan IMT dapat menggunakan persentil LILA. Selain itu, data antropometri digunakan untuk menghitung kebutuhan gizi pasien.

b. Biokimia

Data biokimia didapat dari hasil laboratorium yang berasal dari hasil rekam medis pasien. Data biokimia yang digunakan adalah hasil laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi pasien dengan penyakit Trombus Total A Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hypertensive Heart Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, *Hipoalbuminemia*.. Adapun nilai normal laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 1. Data Biokimia pada Pasien

Data Biokimia	Nilai Normal
Haemoglobin	12,0-15,0
Albumin	3,97-4,94
Hematokrit	40 - 54

c. Fisik/klinis

Pemeriksaan fisik seperti mual/muntah dan oedema/ascites didapatkan dari observasi dan rekam medis pasien dari awal proses asuhan gizi. Sedangkan, pemeriksaan klinis seperti tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu didapatkan dari data rekam medis pasien. Adapun nilai normal dari data fisik/klinis dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 2. Data Klinis-Fisik pada Pasien

Pemeriksaan	Nilai Normal
Keadaan Umum	Composmenis
Tekanan darah	<120/<80 mmHg
Nadi	60 – 100 x/menit
Respirasi	20 – 30 x/menit
Suhu	36 - 37°C

d. Riwayat Makan (*Dietary History*)

Data riwayat makan (*dietary history*) adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien meliputi data riwayat makan pasien terdahulu (kebiasaan makan) menggunakan metode SQFFQ, data riwayat makan sehari sebelum masuk rumah sakit menggunakan metode *food recall* 24 jam. Setelah data riwayat makan pasien didapatkan, kemudian data tersebut dibandingkan dengan kebutuhan/standar rumah sakit yang ada dan disimpulkan berdasarkan WNPG (2014) baik asupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat:

- a) Baik : 80-110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.
- b) Kurang : <80% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.

- c) Lebih : >110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.

5. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi adalah kegiatan mengidentifikasi dan memberi nama masalah gizi. Pembuatan diagnosis gizi berdasarkan pada hasil asesmen gizi yang dilakukan oleh nutrisionis. Komponen asesmen gizi meliputi: antropometri, biokimia, fisik-klinis, riwayat gizi, riwayat personal. Disamping itu, dalam membuat diagnosis gizi, juga perlu melihat faktor penyebab timbulnya masalah (etiologi). Diagnosis gizi dibedakan menjadi tiga domain, meliputi domain intake (NI), domain klinis (NC), dan domain behavior (NB).

Domain intake yang umum terjadi pada pasien gagal ginjal kronis antara lain: (a) NI-1.2 Asupan makanan dan minuman peroral tidak adekuat; (b) NI-3.2 Asupan cairan berlebih; dan (c) NI.5.4 Penurunan kebutuhan zat gizi tertentu. Domain klinis yang biasa terjadi pada pasien gagal ginjal kronik antara lain: (a) NC-2.2 Perubahan nilai laboratorium terkait gizi; dan (b) NC-3.4 Peningkatan berat badan yang tidak diinginkan. Domain behavior yang biasa terjadi pada pasien gagal ginjal kronik antara lain: (a) NB-1.4 Ketidakmampuan memonitor diri sendiri, dan (b) NB-1.7 Pemilihan makanan yang tidak diinginkan.

6. Intervensi Gizi

Intervensi gizi dilakukan untuk mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapan terkait perilaku yang berhubungan dengan penyakit gagal ginjal kronik. Intervensi gizi meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien. Maka diperlukan alat bantu dalam menganalisis zat gizi yaitu Tabel Komposisi Pangan Indonesia (TKPI), *nutrisurvey*, dan kalkulator.

Selain itu, intervensi gizi meliputi kolaborasi serta konseling dan edukasi gizi. Kolaborasi merupakan kegiatan dalam mengomunikasikan rencana, proses, dan hasil monitoring evaluasi kegiatan asuhan gizi dengan tenaga kesehatan/institusi/dietisien lain yang dapat membantu dalam

merawat atau mengelola masalah yang berkaitan dengan gizi. Konseling dan edukasi gizi yang meliputi tujuan pemberian, sasaran, strategi penyampaian materi, materi yang diberikan, dan metode pemberian gizi. Konseling dan edukasi gizi dilakukan untuk merubah perilaku gizi dan aspek kesehatan pasien. Dalam hal ini diperlukan alat bantu seperti daftar penukar bahan makanan dan *leaflet*.

7. Monitoring dan Evaluasi Gizi

Monitoring dan evaluasi meliputi: antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan asupan makan yang diperoleh dengan cara melihat rekam medis pasien, observasi, dan wawancara langsung. Metode yang digunakan dalam memonitoring asupan makan pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit yaitu menggunakan metode *visual Comstock* dan metode *food recall* 24 jam untuk mengetahui asupan makan dari luar rumah sakit dalam sehari.

Tabel 3. Rencana Monitoring dan Evaluasi

Anamnesis	Yang diukur	Pengukuran	Evaluasi/Target
Antropometri	-	-	-
Biokimia	-	-	-
Klinis/fisik	Keadaan umum Vital sign: Tekanan darah	Setiap hari	Mencapai normal (sesuai rujukan) (N = 120/80 mmHg)
Dietary	Asupan makanan Daya terima	Setiap hari	Asupan makan pasien hingga mencapai >80%

E. Instrument Studi Kasus

Dalam penelitian ini alat dan bahan yang digunakan adalah:

1. Alat tulis
2. Formulir persetujuan responden
3. Formulir PAGT
4. Formulir skrining gizi
5. Formulir *recall* 24 jam
6. Formulir SQFFQ

7. Formulir *Comstock*
8. TKPI dan Daftar Penukar Bahan Makanan
9. *Leaflet* Diet Gagal Ginjal Kronik
10. Microtoise
11. Timbangan injak digital
12. Pita LILA/metlin
13. Laptop/komputer

F. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4. Rencana Metode Pengumpulan Data

Fokus Studi	Metode Pengumpulan	Jenis Data
Identitas pasien	Rekam medis	Data sekunder
Skrining Gizi	Wawancara	Data primer
Antropometri	Pengukuran langsung	Data primer
Biokimia	Rekam medis	Data sekunder
Fisik	Observasi, rekam medis	Data primer, sekunder
Klinis	Rekam medis	Data sekunder
Riwayat makan untuk pengkajian (<i>assessment</i>)	Wawancara	Data primer
Riwayat makan untuk monitoring evaluasi	Observasi, wawancara	Data primer, sekunder

G. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada tanggal 28 – 29 September 2020.

H. Analisis Data dan Penyajian Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan secara deskriptif. Penyajian data pada penelitian ini yaitu dalam bentuk narasi/tekstular dan tabel.

I. Etika Studi Kasus

Peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada prinsip etik yang meliputi:

1. Pemberian Persetujuan (*Informed Consent*)

Peneliti memberikan Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP) kepada calon subjek penelitian. PSP terdiri dari: Judul dan nama peneliti, tujuan penelitian, kriteria pemilihan subjek, manfaat penelitian, prosedur penelitian, partisipasi sukarela, jaminan kerahasiaan, dan kemudahan kontak peneliti. Jika responden bersedia menjadi responden, maka responden dan keluarga/wali responden harus menandatangani surat persetujuan. Jika tidak maka peneliti tidak akan memaksa dan akan menghormati haknya.

2. Menghormati Privasi (*Respect for Privacy*) dan Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Penelitian yang dilakukan harus menjunjung tinggi martabat subjek dan menghargai has asasi subjek. Peneliti menjamin kerahasiaan segala informasi responden termasuk identitas pasien dan data yang didapat hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

3. Manfaaf/ berbuat baik (*Beneficien*) dan Tidak merugikan (*Non-Maleficence*)

Peneliti hendaknya memberikan manfaat yang maksimal untuk subjek penelitian dan berusaha meminimalisir dampak yang merugikan bagi subjek penelitian. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, maupun stress pada subjek penelitian.

BAB IV

HASIL

A. Identitas Pasien

1. Data Personal (CH)

Tabel 5. Data Personal

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Tn. S
CH.1.1.1	Umur	80 tahun
CH.1.1.2	Jenis kelamin	Laki – laki
CH.1.1.6	Suku/etnik	-
CH.1.1.9	Peran dalam keluarga	Kepala Keluarga
CH.2.7	Diagnosis medis	Trombus Total Femoralis, <i>Acute Limb Ischemic (ALI)</i> , <i>Hipertensive Hearth Disease (HHD)</i> , <i>Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)</i> , Hipoalbuminemia

Kesimpulan : Pasien laki – laki usia 80 tahun dengan diagnosis medis Trombus Total Femoralis, *Acute Limb Ischemic (ALI)*, *Hipertensive Hearth Disease (HHD)*, *Hospitalized Acquired Pneumonia (HAP)*, Hipoalbuminemia.

2. Riwayat Penyakit dan Klien (CH)

Tabel 6. Riwayat Penyakit dan Klien

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2	Riwayat penyakit	RPD : Stroke
CH.2.1	Keluhan pasien	Batuk
CH.2.1.5	Gastrointestinal	Mual, Muntah
CH.2.1.8	Imun/Alergi	Tidak ada alergi makanan
	makanan	
CH.2.2	Perawatan	Stroke, Post on CDT
CH.3.1	Riwayat sosial/ekonomi	Pasien adalah seorang pensiunan

Kesimpulan : Pasien mempunyai riwayat stroke, dengan keluhan batuk dan mual muntah.

B. Hasil Skrining

Metode Skrining yang digunakan: Formulir MNA

Tabel 7. Hasil Skrining MNA

1. Skrining Awal

No.	Kriteria	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah IMT < 20.5?		√
2.	Apakah pasien kehilangan BB dalam 3 bulan terakhir?	√	
3.	Apakah asupan makan pasien menurun 1 minggu terakhir?	√	
4.	Apakah pasien dengan penyakit berat? (ICU)	√	
- Jika tidak untuk semua kriteria → skrining diulang 1 minggu kemudian - Jika ada 1 atau lebih kriteria dengan jawaban ya → dilakukan skrining lanjut			

2. 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

3. Skrining Lanjut II

Risiko Gizi	Kriteria
Absen (Skor = 0)	Kebutuhan gizi normal
Ringan (Skor = 1)	Fraktur, pasien kronik (sirosis hati, COPD, HD rutin, DM, kanker)
Sedang (Skor = 2)	Bedah mayor, stroke, pneumonia berat, kanker darah
Berat (Skor = 3)	Cedera kepala, transplantasi sumsum, pasien ICU

	Skrining Lanjut I	Skrining Lanjut II	Usia > 70 tahun	TOTAL SKOR
SKOR	2	3	1	6
RISIKO / TIDAK BERISIKO				

Kesimpulan : Berdasarkan skrining dengan menggunakan metode NRS – 2002 diketahui bahwa pasien Tn. S beresiko Malnutrisi, sehingga perlu dilakukan Asuhan Gizi Terstandar (NCP)

C. Riwayat Makan (FH)

Tabel 8. Riwayat Makan

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat diet (pola makan)	Pola makan 3 x sehari makanan cair tinggi protein @ 200 cc dengan 2 sendok takar susu, komposisi tersebut terlalu encer karena saran penyajian adalah 4-5 sendok tekar.
FH.2.1.1	Pemesanan diet	Sonde Lengkap 6 x 150 cc
FH.2.1.2	Pengalaman diet di rumah	Kurang Lebih sudah 1 bulan pasien hanya bisa mengkonsumsi makanan cair tinggi protein.
FH.2.1.3	Lingkungan makan	Makanan cair tersebut disiapkan di rumah oleh istri dan anak perempuan pasien.
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Pasien dan keluarga belum pernah mendapatkan konseling tentang gizi

Kesimpulan : Berdasarkan wawancara keluarga diketahui bahwa sebelum MRS asupan makan pasien tidak sesuai dengan takaran saji yang dianjurkan.

1. SQFFQ (FH.1.2.1)

Tabel 9. SQ- FFQ

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Asupan Oral				
Makanan cair tinggi protein 3x 200 cc (2 sendok takar)	300	5,6	3,6	51,6
Kebutuhan	1650	66	45,83	243,38
% Asupan	18,18	8,48	7,85	21,2

Kesimpulan :

Berdasarkan hasil penggalan data asupan makan dengan metode SQ-FFQ diperoleh hasil bahwa asupan makan pasien < 50% kebutuhan (defisit)

2. Recall 24 Jam (FH.7.2.8)

Tabel 10. Recall 24 Jam

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Asupan Oral Zonde tinggi protein 3 x 150 cc dan protein kedelai 3 x 150 cc	750	42	9	126
Kebutuhan	1650	66	45,83	243,38
% Asupan	45,45	63,6	19,63	51,77

Kesimpulan :

Berdasarkan hasil recall 24 jam dapat disimpulkan bahwa asupan pasien dari diet sonde tinggi protein 3 x 150 cc dan protein kedelai 3 x 150 cc < 80% kebutuhan (defisit)

D. Standar Pemandangan (CS)

Tabel 11. Standar Pemandangan

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi kebutuhan energi	30 kalori x BB = 30 x 55 = 1650 kkal
CS.2.1.1	Estimasi kebutuhan lemak	25% x 1650 = 45,83 g
CS.2.2.1	Estimasi kebutuhan protein	1,2 g x 55 = 66 g
CS.2.3.1	Estimasi kebutuhan karbohidrat	$\frac{1650 - (264 + 412,47)}{4}$ = 243,38 g
CS.5.1.1	Rekomendasi BB/IMT/pertumbuhan	$\frac{BB (kg)}{TB (m)^2} = \frac{55}{1,62^2} = 20,99 kg/m^2$

Kesimpulan: Rekomendasi kebutuhan gizi pasien adalah Energi 1650 kkal, Lemak 45,83 gram, protein 66 gram dan karbohidrat 243,38 gram.

E. Antropometri (AD.1.1)

Tabel 12. Antropometri

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD.1.1	TB/panjang badan	162 cm
AD.1.2	Berat badan	55 kg
AD.1.4	Perubahan berat badan	Dalam 3 bulan turun 13 kg
CS.5.1.2	IMT	20,99 kg/m ²
CS.5.1.1	BBI	TB – 100 = 162 – 100= 62 kg

Kesimpulan status gizi : Status gizi pasien termasuk dalam kategori normal.

F. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)

Tabel 13. Pemeriksaan Fisik / Klinis

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
PD.1.1.1	Penampilan	KU : CM, Apatis, kesulitan menelan keseluruhan
PD.1.1.5	Sistem pencernaan	Mual, muntah, ada residu
PD.1.1.6	Kepala dan mata	Tidak ada kelainan
PD.1.1.9	Vital sign	TD : 102 / 53 mmHg
	Nadi	: 91x/mnt
	Suhu	: 36 °C
	Respirasi	: 22 x mnt

Kesimpulan :

Berdasarkan pemeriksaan fisik klinis keadaan pasien apatis dan sulit menelan

G. Biokimia (BD)

Tabel 14. Biokimia

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Keterangan
BD-1.10.1	Haemoglobin	10,6	12,0-15,0	Rendah

BD-1.11.1	Albumin	2,79	3,97-4,94	Rendah
BD.1.10.2	Hematokrit	27.7	40 - 54	Rendah /Nilai Kritis

Kesimpulan :

Berdasarkan hasil laboratorium dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami Anemia dan Hipoalbuminemia

H. Terapi Medis dan Fungsi

Tabel 15.Terapi Medis dan Fungsi

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan Makanan
	Fentanyl	Pereda nyeri	Menimbulkan mual, muntah tekanan darah tinggi Kehilangan Nafsu Makan Menyebabkan mual
	Antrovastatin	Menjaga keseimbangan kolesterol	
	Metronidazole	Antibiotik	

Kesimpulan :

Obat – obatan yang diberikan dapat menyebabkan mual dan muntah serta dapat menurunkan nafsu makan.

I. Diagnosis Gizi

NI.2.1 Asupan enteral tidak adekuat berkaitan dengan penurunan kemampuan untuk mengkonsumsi energi dan protein yang cukup ditandai dengan asupan makan hasil recall kurang dari 50 %

NC.3.2 Penurunan berat badan yang tidak diharapkan berkaitan dengan penurunan kemampuan untuk mengkonsumsi energi yang cukup ditandai dengan kehilangan berat badan > 19 % dalam 3 bulan

J. Intervensi Gizi

1. NP 1.1 Preskripsi Diet

Tujuan :

- Meningkatkan asupan ≥ 50 %
- Berat badan tidak turun selama dalam perawatan

2. Makanan Enteral dan Parenteral

ND.2.1. Modifikasi komposisi enteral : Sonde Tinggi Protein dan Protein Kedelai

ND.2.1.2 Modifikasi konsentrasi enteral : Energi 1650, Protein 66 g, Lemak.45,83 g, KH 243,38 g

ND.2.1.3 Modifikasi Rate Enteral : Diberikan secara bolus

ND.2.1.4 Modifikasi Volume Enteral : 900 – 1000 cc

ND.2.1.5 Modifikasi Jadwal Enteral : 6 Kali pemberian

ND. 2.1.6 Modifikasi Rute Enteral : NGT

ND.2.1.9 Pembilasan Tube feeding : Air Putih 30 - 50 cc

3. Implementasi Diet Rumah Sakit (Standar Diet Zonde Lengkap)

Tabel 16.Implementasi Diet Rumah Sakit

		Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Standar diet RS	Zonde	1477	68.8	43.3	207.9
Lengkap					
Kebutuhan		1650	66	45,83	243,38
% standar/kebutuhan		89,5	104,24	94,47	85,42

Kesimpulan : Berdasarkan perhitungan di atas dapat disimpulkan bahwa standar diet Sonde Lengkap dari RS sudah memenuhi kebutuhan energi, protein, lemak dan Karbohidrat > 80 %

4. Rekomendasi Diet

Tabel 17.Rekomendasi Diet

	Standar Diet RS	Rekomendasi
Makan Pagi	Formula Komersial Tinggi Protein 150 cc	Formula Komersial Tinggi Protein 150 cc
Selingan Pagi	Formula RS 150 cc	Formula Komersial Tinggi Protein 150 cc
Makan Siang	Formula RS 150 cc	Formula Komersial Tinggi protein 150 cc
Selingan Sore	Formula RS 150 cc	Formula Komersial Protein kedelai 150 cc

Makan Malam	Formula RS 150 cc Formula Komersial Protien Kedelai 150 cc	Formula Komersial Protein Kedelai 150 cc Formula Komersial Protein Kedelai 150 cc
Nilai Gizi	Energi : 1477 kkal Protein : 68.8 g Lemak : 43.3 g KH : 207,9 g	Energi : 1650 kkal Protein : 66 g Lemak :45,83 g KH :243,38 g

Kesimpulan ∴ Rekomendasi diet yang diberikan adalah 6 x 150 cc formula komersial tinggi protein dan protein kedelai karena sudah memenuhi kebutuhan pasien.

K. Edukasi Gizi (E.1)

E.1.1 Tujuan Edukasi Gizi :

Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman keluarga mengenai diet yang diberikan.

E.1.2. Prioritas Modifikasi

Menjelaskan kepada keluarga pasien tentang bagaimana cara membuat makanan cair yang sesuai dengan jumlah dan takaran saji yang dianjurkan.

L. Koordinasi Asuhan Gizi (RC)

RC.1.3 Koordinasi dengan ahli gizi

Tentang asuhan gizi yang akan diberikan kepada pasien

RC. 1.4 Koordinasi dengan Tenaga Kesehatan lain :

1. Dokter : Koordinasi tentang preskripsi diet yang diberikan dan penentuan kebutuhan cairan.
2. Perawat : Koordinasi perkembangan pasien dan asupan makan pasien selama di rawat serta toleransi diet muntah atau mual
3. Pramusaji : Koordinasi tentang penentuan dan perubahan diet pasien

M. Rencana Monitoring

Tabel 18. Rencana Monitoring

	Hal yang diukur	Waktu Pengukuran	Target
Antropometri	LILA	Awal dan akhir pengamatan	Status Gizi baik
Biokimia	Hb, Albumin	Awal dan akhir pengamatan	Mencapai nilai normal
Fisik/klinis	KU: Mual, Muntah	Setiap hari	KU membaik
Asupan zat gizi	E, P, L, KH	Setiap hari	Terpenuhi minimal 50% kebutuhan

N. Monitoring dan Evaluasi

1. Antropometri

Tabel 19. Monitoring Antropometri

Tanggal	7/10/2019	12/9/2019
Berat Badan (kg)	55	-
LLA (cm)	-	25
TB (cm)	162	-

Kesimpulan : IMT : 20,99 kg/m² status gizi Normal

Tabel 20. Kategori Indeks Masa Tubuh (IMT) WHO, 2000

International Obesity Task Force (IOTF), WHO 2000 (For Asian)	
IMT	
Kurus	≤18.5
Normal	18.5 – 22.9
Kegemukan	≥23
Pre Obese	23 – 24.9
Obese I	25 – 29.9
Obese II	≥ 30

d) Biokimia

Tabel 21. Monitoring Biokimia

Kode IDNT	Pemeriksaan	Satuan	Hasil					Nilai Rujukan	Keterangan
			7/10/2019	8/10/2019	9/10/2019	10/10/2019	11/10/2019		
	Lekosit	10 ³ / μ L	16,38	16,99	15,88		17,70		Tinggi
BD-1.10.1	Haemoglobin	g/dL	10,6	10,9	9,4		10	13-18	Rendah
BD-1.11.1	Albumin	g/dL	-	2,16		2,20	2,84		Rendah
BD.1.10.2	Hematokrit	%	32,2	33,3	28,6		30,5		Rendah

Kesimpulan : Terjadi peningkatan kadar albumin pada tanggal 10 Oktober 2019 dan 11 , penurunan kadar Hb

e) Fisik Klinis

Tabel 22. Monitoring Fisik Klinis

Tanggal	8/10/2019	9/10/2019	10/10/2019
Mual	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Muntah	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Batuk	+	+	+

f) Asupan Makan (Comstock)

Tabel 23. Monitoring Asupan Makan

Tanggal	Diet		Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
8/10/2019	Zonde	Asupan	772.1	34.5	25.4	100.4
	Lengkap	Kebutuhan	1650	66	45.83	243.38
	6 x 150 cc	% Asupan /Kebutuhan	46.8	52.3	55.4	41.3
9/10/2019	Formula	Asupan	770	41.02	15.19	119.035
	Tinggi	Kebutuhan	1650	66	45,83	243,38
	Protein 3 x 150 cc	% Asupan /Kebutuhan	46.67	62.15	33.14	48.91
	Formula Protein Kedelai 3 x 150 cc					

BAB V

PEMBAHASAN

A. Skrining Gizi

Pasien diskriming dengan menggunakan metode skrining Nutrition Risk Screening 2002 (NRS – 2002) dengan asumsi indikasi pemberian dukungan gizi dengan melihat tingkat keparahan malnutrisi dan peningkatan kebutuhan gizi yang merupakan dampak dari penyakit yang diderita (Susetyowati,2017)

Pasien yang diskriming adalah pasien berjenis kelamin laki – laki berusia 80 tahun yang datang ke RSUD Prof Dr Margono Soekardjo Purwokerto pada tanggal 27 September 2020 dengan keluhan mual dan tidak ada nafsu makan. Berdasarkan hasil skrining awal dan skrining lanjutan diperoleh hasil bahwa pasien beresiko malnutrisi dengan skor 4, sehingga perlu dilakukan Asuhan Gizi dengan tujuan untuk mempertahankan status gizi.

B. Antropometri

Pengukuran antropometri adalah dengan menggunakan LILA, karena pasien tidak bisa ditimbang berat badannya , hanya dengan melihat di rekam medis pasien dan diperoleh berat badan 55 kg dan tinggi badan 162 cm. Dari berat badan dan tinggi badan tersebut diperoleh bahwa status gizi pasien dalam kategori normal.

C. Biokimia

Pemeriksaan laboratorium / biokimia yang dilakukan terhadap pasien pada tanggal 27 September 2020 menunjukkan bahwa Hb pasien rendah yaitu yang mengindikasikan adanya anemia defisiensi zat besi.

Berdasarkan hasil monitoring evaluasi biokimia diketahui bahwa terjadi peningkatan Haemoglobin dari Hb 10,6 g/dl menjadi 10,9 g/dl pada tanggal 27 September 2020, akan tetapi terjadi penurunan kadar Haemoglobin pada tanggal 28 September 2020 yaitu 9,4 g/dl, kemudian pada tanggal 29 September 2020 meningkat kembali menjadi 10 g/dl.

Sebagian besar (50-60%) anemia pada gagal jantung merupakan anemia normo- krom normositer akibat penyakit kronik dan anemia renal. Penyebab anemia lainnya ada- lah defisiensi besi (30%) akibat kurangnya asupan maupun absorpsi besi, serta kehilangan darah kronik akibat konsumsi obat-obatan anti platelet. Pada gagal jantung terjadi peningkatan volum plasma yang berakibat hemodilusi dan menyebabkan "anemia" tanpa penurunan aktual volum sel darah merah. Pemeriksaan Albumin terjadi peningkatan dari 2.16 g/ dl menjadi 2.84 g/dl pada tanggal 29 September 2020

D. Fisik / Klinis

Keadaan Umum dari hasil pengamatan selama studi kasus, terlihat bahwa keadaan umum pasien tergolong lemah sampai akhir pengamatan

E. Dietary History

1. Asupan Makan / Diet

Pasien mempunyai riwayat makan selama dua puluh hari sebelum masuk Rumah Sakit hanya mengkonsumsi makanan cair sebanyak 3 kali sehari dua sendok takar susu peptisol , hal ini dikarenakan pasien mengalami mual dan muntah ketika mengkonsumsi makanan biasa, sehingga terjadi penurunan nafsu makan.

Diet yang diberikan rumah sakit adalah diet sonde lengkap bertahap dari 6 x 150 cc dengan komposisi zat gizi sebagai berikut : Energi 900 kkal (64%), Protein 50,4 gram (61%), Lemak 10,8 gram (73%), Karbohidrat 151,2 gram (25%). Target asupan makan 8 x 200 cc sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pasien yang tidak mampu menelan secara aman atau memiliki gangguan kognitif atau fungsional mungkin tidak mampu mendapatkan nutrisi oral yang adekuat dengan baik, dan mungkin saja membutuhkan dukungan gizi agresif dengan pemberian makanan enteral. (Annalynn S, 2014)

2. Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi

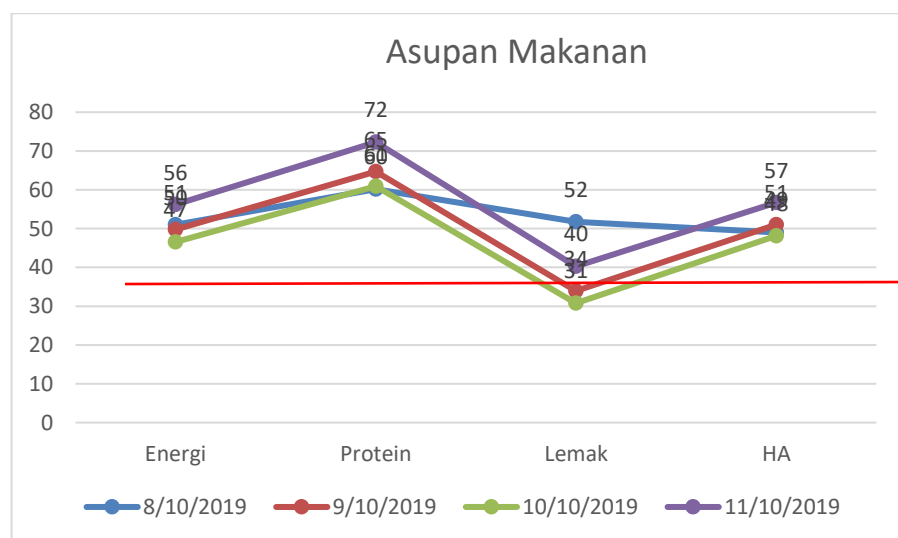
Konsumsi energi dan zat gizi adalah asupan zat gizi pasien selama dirawat inap di rumah sakit sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien yang telah dihitung pada saat pasien dirawat di RSUP dr. Sardjito dengan menggunakan rumus :

$$\text{Tingkat Konsumsi} = \frac{\text{Asupan/ Intake}}{\text{Kebutuhan}} \times 100$$

Tabel 19 . Kriteria Tingkat konsumsi widya karya pangan gizi 2003

No	Kategori	Range
1	Lebih	>80 – 100 %
2	Baik	80 – 100 %
3	Kurang	<80 %

Perkembangan asupan makan pasien diperoleh melalui rekam medis yang dicatat oleh perawat setiap hari dengan melihat berapa volume makanan enteral yang masuk dan keluar (residu). Total asupan enteral yang dapat diterima pasien kemudian dihitung kandungan nutrisinya. Hasil dari monitoring dan evaluasi makanan enteral pasien selama studi kasus dapat dilihat pada grafik berikut :



Gambar 1. Asupan Makan Pasien

Berdasarkan hasil monitoring asupan selama 4 hari dapat disimpulkan bahwa asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat pasien mengalami fluktuasi. Hal tersebut disebabkan oleh jumlah pemberian sonde bergantung pada toleransi pasien dalam menerima makanan. Menurut penelitian (Setyarini, Hakimi, & Pusorowati, 2007) yang dilakukan di RSUP Dr. Sardjito mengenai intoleransi makanan dan hubungannya dengan volume residu lambung pada pasien kritis menunjukkan bahwa komplikasi GI atau intoleransi terhadap makanan ini banyak terjadi karena gagal napas akut yang umumnya merupakan kondisi yang berkembang atau disebabkan oleh penyakit lain yang mendasari seperti penyakit paru, trauma, syok, sepsis, penyakit lainnya dan juga hipoperfusi sekunder karena kardiogenik. Asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat akan memenuhi 80-110% kebutuhan apabila diberikan 8 x 200 cc.

Rata – rata asupan yang didapatkan dengan pemberian 6 x 150 cc adalah energi 839,4 kkal (51 %), protein 42,6 gram (65%), lemak 17,95 gram (39%) dan karbohidrat 124,6 gram (51%). Dari hasil monitoring asupan dapat disimpulkan bahwa untuk Energi, Protein dan Karbohidrat sudah memenuhi target 50 % dari kebutuhan, sedangkan untuk lemak belum mencapai.

F. Edukasi

Pada studi kasus kali ini telah dilakukan edukasi kepada keluarga pasien yang berkaitan dengan diet Zonde Tinggi Protein. Edukasi yang diberikan adalah penjelasan tentang diet zonde , meliputi jenis, frekuensi dan bagaimana asupan selama di rawat.

BAB III

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Assessment

- a. Diagnosis pasien adalah Trombus Total AFemoralis,acute Limb Ischemic (ALI),Hypertensive Heart Disease (HHD),Hospitalized Acquired Pnemonia(HAP),Hipoalbuminemia.
- b. Asupan makan pasien < 50 % kebutuhan
- c. Berdasarkan IMT/U status gizi pasien Normal
- d. Keadaan umum pasien ,Apatis , Mual,Muntah dan kesulitan menelan
- e. Pasien mengalami Anemia dan hypoalbuminemia

2. Re-Assessment

- a. Pada akhir pengamatan status gizi pasien masih dalam kategori normal
- b. Terjadi peningkatan kadar Albumin, namun kadar haemoglobin masih terjadi penurunan
- c. Pasien sudah tidak mengalami mual dan muntah tetapi masih dalam kondisi lemah
- d. Asupan makan pasien pada akhir pengamatan mencapai target > 50 % untuk energi , protein dan karbohidrat, untuk asupan lemak masih < 50 %

B. Saran

1. Disarankan standar pemberian makanan cair formula komersial dan jadwal pemberiannya dapat dipasang di pantry sehingga memudahkan pramusaji dalam menyiapkan diet cair.
2. Perlu adanya catatan jam ketepatan distribusi makan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Annisa Hidayati Priyono <http://jurnal.fk.unand.ac.id>

Anker SD, von Hachling S. Anaemia in chronic heart failure (First Edition).
Bremen: UNI-MED, 2009.

Anonymus. Deep vein thrombosis. (cited September 2008) (3 sheet). Available
from URL : http://en.wikipedia.org/wiki/Deep_vein_thrombosis

Demaria A. Deep vein thrombosis explained. (cited 9 September 2008)
(3 sheet). Available from URL :
<http://www.cnn.com/2001/WORLD/asiapcf/01/24/dvt.medical/index.html>

Mitchell JE. Emerging role of anemia in heart failure. Am J Cardiol
2007;99(6B):13-