

TUGAS AKHIR

**STUDI KASUS ASUHAN GIZI PADA PASIEN DENGAN OAP
SUBTIPE ANGINA DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI
RSUP DR. SARDJITO**



ULFA MALIKA PUTRI RAHARJA/ P07131519009

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN YOGYAKARTA

JURUSAN GIZI

2020

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**STUDI KASUS ASUHAN GIZI PADA PASIEN DENGAN OAP SUBTIPE
ANGINA DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RSUP DR. SARDJITO**

ULFA MALIKA PUTRI RAHARJA

NIM. P07131519009

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji

Pada tanggal : 3 November 2020

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Weni Kurdanti, S.Si.T, M.Kes.

NIP. 197302061997032001

()

Anggota,

Nugraheni Tri Lestari, SKM., MPH

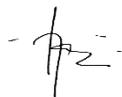
NIP. 196701141991032001

()

Anggota,

Tjarono Sari, SKM., M.Kes

NIP. 196102031985012001

()

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul “Studi Kasus Asuhan Gizi pada Pasien Uap Subtipe Angina Dengan Diabetes Melitus Tipe 2 Di RSUP Dr. Sardjito”. Penulis menyadari dalam proses penulisan tugas akhir ini tidak lepas dari bimbingan, pengarahan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si. selaku Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
3. Setyowati, SKM, M.Kes, RD selaku Ketua Prodi Profesi Dietisien Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
4. Seluruh Tim Bidang Gizi Klinik Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta
5. Nugraheni Tri Lestari, SKM., MPH selaku Dosen Pembimbing Utama
6. Tjarono Sari, SKM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Pendamping
7. Kedua orang tua yang selalu memberikan doa dan dukungannya
8. Teman-teman yang membantu penyusunan tugas akhir ini
9. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa penulisan tugas akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak untuk perbaikan dan kelengkapan tugas akhir ini. Semoga dapat bermanfaat bagi penulis, institusi dan perkembangan ilmu pengetahuan

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	2
KATA PENGANTAR.....	3
DAFTAR ISI.....	4
BAB I PENDAHULUAN	5
A. Latar Belakang	5
B. Tujuan (umum dan khusus).....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Sindrom Koroner Akut.....	7
B. Angina Pektoris Tak Stabil	8
C. Diet Pada Penyakit Jantung.....	12
D. Jenis Diet.....	13
BAB III ASUHAN GIZI IDNT.....	14
A. Skrinning Gizi	14
B. Assesment	15
C. Standar Pembanding (CS).....	17
D. Antropometri	18
E. Pemeriksaan Fisik/Klinis	18
F. Biokimia.....	19
G. Terapi Medis dan Fungsi.....	19
H. Diagnosis.....	20
I. Intervensi.....	20
J. Monitoring, evaluasi dan tindak lanjut.....	21
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	28

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Jantung terjadi akibat proses berkelanjutan, dimana jantung secara berangsur kehilangan kemampuannya untuk melakukan fungsi secara normal. Pada awal penyakit, jantung mampu mengkompensasi ketidakefisienan fungsinya dan mempertahankan sirkulasi darah normal melalui pembesaran dan peningkatan denyut nadi (Compensated Heart Disease).

Dalam keadaan tidak terkompensasi, sirkulasi darah yang tidak normal menyebabkan sesak nafas, rasa lelah, dan rasa sakit di daerah jantung. Berkurangnya aliran darah dapat menyebabkan kelainan pada fungsi ginjal, hati, otak, serta tekanan darah, yang berakibat pada terjadinya resorpsi natrium. Hal ini dapat menimbulkan edema. Penyakit jantung menjadi akut bila disertai infeksi, gagal jantung, setelah miokard infark, dan setelah operasi jantung. Untuk itu diperlukan asuhan gizi pada pasien dengan penyakit jantung.

B. Tujuan (umum dan khusus)

1. Umum

Mahasiswa mampu melakukan penatalaksanaan terapi diet dan asuhan gizi pada pasien Uap Subtipe Angina Dengan Diabetes Melitus Tipe 2.

2. Khusus

- a. Mahasiswa mampu menginterpretasikan data subjektif dan objektif pada pasien Uap Subtipe Angina Dengan Diabetes Melitus Tipe 2.
- b. Mahasiswa mampu mengidentifikasi masalah gizi, patofisiologi penyakit, metabolisme penyakit dan interaksi, serta interaksi obat dan makanan pada pasien Uap Subtipe Angina Dengan Diabetes Melitus Tipe 2.
- c. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian biokimia pada pasien Uap Subtipe Angina Dengan Diabetes Melitus Tipe 2.

- d. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian fisik dan klinis pada pasien Uap Subtipe Angina Dengan Diabetes Melitus Tipe 2.
- e. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian dietary history pada pasien Uap Subtipe Angina Dengan Diabetes Melitus Tipe 2.
- f. Mahasiswa mampu menyusun diagnosis gizi pada pasien Uap Subtipe Angina Dengan Diabetes Melitus Tipe 2.
- g. Mahasiswa mampu menyusun intervensi gizi pada pasien Uap Subtipe Angina Dengan Diabetes Melitus Tipe 2.
- h. Mahasiswa mampu menyusun monitoring dan evaluasi pada pasien Uap Subtipe Angina Dengan Diabetes Melitus Tipe 2.
- i. Mahasiswa mampu melakukan konsultasi gizi pada pasien intervensi gizi pada pasien Uap Subtipe Angina Dengan Diabetes Melitus Tipe 2.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sindrom Koroner Akut

1. Definisi

Sindrom koroner akut adalah kondisi di mana aliran darah menuju ke jantung berkurang secara tiba-tiba. Nyeri dada seperti tertindih benda berat merupakan bentuk gejala paling umum dari kondisi ini. Arteri koroner (pembuluh darah jantung) memasok darah yang kaya akan oksigen ke otot jantung. Jika arteri ini menyempit atau tersumbat akan mengganggu fungsi jantung yang bisa menyebabkan angina atau serangan jantung. Oleh orang awam, terkadang gejala-gejala sindrom koroner akut disalahartikan sebagai masuk angin. Pada beberapa kasus yang menyebabkan kematian, orang awam juga kerap menyebut kondisi ini sebagai angin duduk. (Savitri, 2018).

2. Klasifikasi Sindrom Koroner Akut

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), dan pemeriksaan marka jantung, Sindrom Koroner Akut dibagi menjadi:

- a. Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI: ST segment elevation myocardial infarction)
- b. Infark miokard dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI: non ST segment elevation myocardial infarction)
- c. Angina Pectoris tidak stabil (UAP: unstable angina pectoris)

Infark miokard dengan elevasi segmen ST akut (STEMI) merupakan indikator kejadian oklusi total pembuluh darah arteri koroner. Keadaan ini memerlukan tindakan revaskularisasi untuk mengembalikan aliran darah dan reperfusi miokard secepatnya; secara medikamentosa menggunakan agen fibrinolitik atau secara mekanis, intervensi koroner perkutan primer. Diagnosis STEMI ditegakkan jika terdapat keluhan angina pectoris akut disertai elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Inisiasi tatalaksana revaskularisasi tidak

memerlukan menunggu hasil peningkatan marka jantung. Diagnosis NSTEMI dan angina pektoris tidak stabil ditegakkan jika terdapat keluhan angina pektoris akut tanpa elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Rekaman EKG saat presentasi dapat berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar, gelombang T pseudo-normalization, atau bahkan tanpa perubahan.

Sedangkan Angina Pektoris tidak stabil dan NSTEMI dibedakan berdasarkan kejadian infark miokard yang ditandai dengan peningkatan marka jantung. Marka jantung yang lazim digunakan adalah Troponin I/T atau CK-MB. Bila hasil pemeriksaan biokimia marka jantung terjadi peningkatan bermakna, maka diagnosis menjadi Infark Miokard Akut Segmen ST Non Elevasi (Non ST-Elevation Myocardial Infarction, NSTEMI). Pada Angina Pektoris tidak stabil marka jantung tidak meningkat secara bermakna. Pada sindroma koroner akut, nilai ambang untuk peningkatan CK-MB yang abnormal adalah beberapa unit melebihi nilai normal atas (upper limits of normal, ULN). Jika pemeriksaan EKG awal tidak menunjukkan kelainan (normal) atau menunjukkan kelainan yang nondiagnostik sementara angina masih berlangsung, maka pemeriksaan diulang 10-20 menit kemudian. Jika ulangan EKG tetap menunjukkan gambaran nondiagnostik sementara keluhan angina sangat sugestif SKA, maka pasien dipantau selama 12-24 jam. EKG diulang tiap 6 jam dan setiap terjadi angina berulang.

B. Angina Pektoris Tak Stabil

1. Definisi

Angina pektoris tak stabil adalah suatu spektrum dari sindroma iskemik miokard akut yang berada di antara angina pektoris stabil dan anfarok miokard akut. Terminologi ATS harus tercakup dalam kriteria penampilan klinis sebagai berikut :

a. Angina pertama kali

Angina timbul pada saat aktifitas fisik. Baru pertama kali dialami oleh penderita dalam priode 1 bulan terakhir.

b. Angina progresif

Angina timbul saat aktifitas fisik yang berubah polanya dalam 1 bulan terakhir, yaitu menjadi lebih sering, lebih berat, lebih lama, timbul dengan pencetus yang lebih ringan dari biasanya dan tidak hilang dengan cara yang biasa dilakukan. Penderita sebelumnya menderita angina pektoris stabil.

c. Angina waktu istirahat

Angina timbul tanpa didahului aktifitas fisik ataupun hal-hal yang dapat menimbulkan peningkatan kebutuhan O₂ miokard. Lama angina sedikitnya 15 menit.

d. Angina sesudah IMA

Angina yang timbul dalam periode dini (1 bulan) setelah IMA. Kriteria penampilan klinis tersebut dapat terjadi sendiri-sendiri atau bersama-sama tanpa adanya gejala IMA. Nekrosis miokard yang terjadi pada IMA harus disingkirkan misalnya dengan pemeriksaan enzim serial dan pencatatan EKG (Anwar, 2004).

2. Patofisiologi

Gejala angina pektoris pada dasarnya timbul karena iskemik akut yang tidak menetap akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai O₂ miokard. Beberapa keadaan yang dapat merupakan penyebab baik tersendiri ataupun bersama-sama yaitu :

a. Faktor di luar jantung

Pada penderita stenosis arteri koroner berat dengan cadangan aliran koroner yang terbatas maka hipertensi sistemik, takiaritmia, tirotoksikosis dan pemakaian obat-obatan simpatomimetik dapat meningkatkan kebutuhan O₂ miokard sehingga mengganggu keseimbangan antara kebutuhan dan suplai O₂. Penyakit paru menahun dan penyakit sistemik seperti anemi dapat menyebabkan tahikardi dan menurunnya suplai O₂ ke miokard.

b. Sklerotik arteri koroner

Sebagian besar penderita ATS mempunyai gangguan cadangan aliran koroner yang menetap yang disebabkan oleh plak sklerotik yang lama dengan atau tanpa disertai trombosis baru yang dapat memperberat

penyempitan pembuluh darah koroner. Sedangkan sebagian lagi disertai dengan gangguan cadangan aliran darah koroner ringan atau normal yang disebabkan oleh gangguan aliran koroner sementara akibat sumbatan maupun spasme pembuluh darah.

c. Agregasi trombosit

Stenosis arteri koroner akan menimbulkan turbulensi dan stasis aliran darah sehingga menyebabkan peningkatan agregasi trombosit yang akhirnya membentuk trombus dan keadaan ini akan mempermudah terjadinya vasokonstriksi pembuluh darah.

d. Trombosis arteri koroner

Trombus akan mudah terbentuk pada pembuluh darah yang sklerotik sehingga penyempitan bertambah dan kadang-kadang terlepas menjadi mikroemboli dan menyumbat pembuluh darah yang lebih distal. Trombosis akut ini diduga berperan dalam terjadinya ATS.

e. Pendarahan plak ateroma

Robeknya plak ateroma ke dalam lumen pembuluh darah kemungkinan mendahului dan menyebabkan terbentuknya trombus yang menyebabkan penyempitan arteri koroner.

f. Spasme arteri koroner

Peningkatan kebutuhan O₂ miokard dan berkurangnya aliran koroner karena spasme pembuluh darah disebutkan sebagai penyebab ATS. Spasme dapat terjadi pada arteri koroner normal ataupun pada stenosis pembuluh darah koroner. Spasme yang berulang dapat menyebabkan kerusakan arteri, pendarahan plak ateroma, agregasi trombosit dan trombus pembuluh darah.

Beberapa faktor risiko yang ada hubungannya dengan proses aterosklerosis antara lain adalah :

- a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah : Umur, jenis kelamin dan riwayat penyakit dalam keluarga.

- b. Faktor risiko yang dapat diubah : Merokok, hiperlipidemi, hipertensi, obesitas dan DM.

3. Gejala Fisik dan Klinis

a. Gejala

Didapatkan rasa tidak enak di dada yang tidak selalu sebagai rasa sakit, tetapi dapat pula sebagai rasa penuh di dada, tertekan, nyeri, tercekik atau rasa terbakar. Rasa tersebut dapat terjadi pada leher, tenggorokan, daerah antara tulang skapula, daerah rahang ataupun lengan. Sewaktu angina terjadi, penderita dapat sesak napas atau rasa lemah yang menghilang setelah angina hilang.

b. Pemeriksaan fisik

Sewaktu angina dapat tidak menunjukkan kelainan. Pada auskultasi dapat terdengar derap atrial atau ventrikel dan murmur sistolik di daerah apeks. Frekuensi denyut jantung dapat menurun, menetap atau meningkat pada waktu serangan angina.

c. EKG

EKG perlu dilakukan pada waktu serangan angina, bila EKG istirahat normal, stress test harus dilakukan dengan treadmill ataupun sepeda ergometer. Tujuan dari stress test adalah

- menilai sakit dada apakah berasal dari jantung atau tidak.
- menilai beratnya penyakit seperti bila kelainan terjadi pada pembuluh darah utama akan memberi hasil positif kuat.

Gambaran EKG penderita ATS dapat berupa depresi segmen ST, depresi segmen ST disertai inversi gelombang T, elevasi segmen ST, hambatan cabang ikatan His dan tanpa perubahan segmen ST dan gelombang T. Perubahan EKG pada ATS bersifat sementara dan masing-masing dapat terjadi sendiri-sendiri ataupun bersamaan. Perubahan tersebut timbul di saat serangan angina dan kembali ke gambaran normal atau awal setelah keluhan angina hilang dalam waktu 24 jam. Bila perubahan tersebut menetap setelah 24 jam atau terjadi evolusi gelombang Q, maka disebut sebagai IMA.

d. Enzim LDH, CPK dan CK-MB

Pada ATS kadar enzim LDH dan CPK dapat normal atau meningkat tetapi tidak melebihi nilai 50% di atas normal. CK-MB merupakan enzim yang paling sensitif untuk nekrosis otot miokard, tetapi dapat terjadi positif palsu. Hal ini menunjukkan pentingnya pemeriksaan kadar enzim secara serial untuk menyingkirkan adanya IMA (Anwar, 2004).

C. Diet Pada Penyakit Jantung

Penyakit Jantung terjadi akibat proses berkelanjutan, dimana jantung secara berangsur kehilangan kemampuannya untuk melakukan fungsi secara normal. Pada awal penyakit, jantung mampu mengkompensasi ketidakefisiensian fungsinya dan mempertahankan sirkulasi darah normal melalui pembesaran dan peningkatan denyut nadi (Compensated Heart Disease).

Dalam keadaan tidak terkompensasi, sirkulasi darah yang tidak normal menyebabkan sesak nafas, rasa lelah, dan rasa sakit di daerah jantung. Berkurangnya aliran darah dapat menyebabkan kelainan pada fungsi ginjal, hati, otak, serta tekanan darah, yang berakibat pada terjadinya resorpsi natrium. Hal ini dapat menimbulkan edema. Penyakit jantung menjadi akut bila disertai infeksi, gagal jantung, setelah miokard infark, dan setelah operasi jantung.

1. Tujuan Diet

- a. Memberikan makanan secukupnya tanpa memberatkan kerja jantung.
- b. Menurunkan berat badan bila terlalu gemuk
- c. Mencegah atau menghilangkan penimbunan garam atau air.

2. Syarat Diet

- a. Energi cukup, untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal
- b. Protein cukup, yaitu 0,8g/KgBB.
- c. Lemak sedang, yaitu 25-30% dari kebutuhan energi total, 10% dari lemak jenuh dan 10-15% lemak tidak jenuh.
- d. Kolesterol rendah, terutama apabila disertai dengan dyslipidemia.
- e. Vitamin dan mineral cukup. Hindari penggunaan suplemen kalsium, kalium, dan magnesium jika tidak dibutuhkan.

- f. Garam rendah 2-3 g/hari, jika disertai hipertensi atau edema.
- g. Makanan mudah dicerna dan tidak menimbulkan gas.
- h. Serat cukup untuk menghindari konstipasi.
- i. Cairan cukup ± 2 liter/hari sesuai dengan kebutuhan
- j. Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan penyakit, diberikan dalam porsi kecil
- k. Bila kebutuhan gizi tidak dapat dipenuhi melalui makanan dapat diberikan tambahan berupa makanan enteral atau parenteral.

D. Jenis Diet

a. Diet Jantung I

Diet Jantung I diberikan pada pasien penyakit jantung akut seperti Miokard Infark atau Dekompensasi Kardis Berat. Diet diberikan berupa 1-1.5L cairan/hari selama 1-2 hari pertama bila pasien dapat menerimanya. Diet ini mengandung rendah energi dan zat gizi, sehingga sebaiknya diberikan selama 1-3 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 penyakit jantung disertai dengan hipertensi atau edema, diberikan Diet Jantung II Rendah Garam.

c. Diet Jantung III

Diet Jantung III dalam bentuk makanan lunak atau biasa. Diet diberikan sebagai perpindahan dari Diet Jantung II atau kepada pasien jantung dengan kondisi yang tidak terlalu berat. Diet ini rendah energi dan kalsium, tetapi cukup zat gizi yang 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.

BAB III
ASUHAN GIZI IDNT

A. Skrinning Gizi

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	Jawaban
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	Jawaban
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	0	5
	RISIKO / TIDAK BERISIKO			

B. Assesment

1. Identitas Pasien

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.1.1	Nama	Tn. A
CH-1.1.1	Umur	65 tahun
CH-1.1.2	Jenis Kelamin	Laki-laki
CH-1.1.4	Suku	Jawa
CH-1.1.6	Bahasa	Indonesia, Jawa
CH-1.1.9	Peran dalam keluarga	Kepala Rumah Tangga
	Diagnosis Medis	1. UAP subtype Angina 2. Susp. ISR 3. CAD 2VD PCI I di LAD 4. a/I ADC CCS II di LCX

2. Assesment

a. Riwayat Penyakit (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH-2	Riwayat Penyakit	Riwayat sakit Diabetes Melitus Tipe 2 sejak 1 tahun yang lalu Riwayat hipertensi sejak lebih dar 5 tahun yang lalu
CH-2.1	Keluhan pasien	Nyeri dada kiri
CH- 2.1.5	Gastrointestinal	Mual (-) muntah (-)
CH-2.1.8	Imun/Alergi makanan	Tidak ada alergi makanan
CH 2.2	Perawatan	Pernah dirawat di di RS terkait penyakit jantung
CH 3.1	Riwayat	Pensiunan

b. Riwayat makan (FH)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH-2.1	Riwayat Diet	Nasi 3x/hari@100 g Tempe tahu goreng 3x/hari@ 25 g Ikan mujaer 2x/mgg @25 g Telur 3-4x/mgg@60 g Sayur bobor 3-4x/mgg@50 g Oseng buncis 3x/mgg@ 25 g Oseng kacang panjang 3x/mgg @25 g Pisang 1x/hari @50 g Jeruk 2-3x/hari @50 g
FH-2.1.1	Pemesanan diet	DJ DM 2100
FH-2.1.2	Pengalaman diet dirumah	Pasien tidak pernah melaksanakan diet khusus dirumah
FH-2.1.3	Lingkungan makan	Makan disediakan oleh istri dirumah. Pasien jarang mengkonsumsi makanan dari luar.
FH-4.1	Pengetahuan tentang makan dan gizi	Pasien belum pernah mendapatkan edukasi gizi

Kesimpulan : Kebiasaan makan pasien dirumah kurang baik. Pasien masih sering mengkonsumsi lauk pauk yang digoreng dan sayur bersantan. Pasien belum pernah mendapatkan edukasi gizi dan belum menerapkan diet khusus dirumah

c. SQFFQ

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Asupan oral	1173	34.1	36.7	179.1
Kebutuhan	2138.4	80.19	59.4	320.76
% Asupan	54.9	42.5	61.8	55.8

Kesimpulan : Berdasarkan hasil SQFFQ asupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat tergolong kurang

d. Recall asupan

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Asupan oral	786.5	13.67	19.56	109.43
Kebutuhan	2138.4	80.19	59.4	320.76
% Asupan	36.8	17.0	32.9	34.1

Kesimpulan : Recall 24 jam didapatkan dari hasil wawancara kepada Tn. A dan keluarga mengenai makanan apa saja yang dikonsumsi dalam 24 jam terakhir. Dalam 24 jam terakhir Tn. A mengkonsumsi 1 porsi bubur sum-sum dan telur yang disediakan oleh rumah sakit. Selain itu, sebelum masuk rumah sakit Tn. A juga mengkonsumsi 100 gram nasi dan beberapa jenis sayuran seperti kubis dan sawi putih. Berdasarkan recall 24 jam asupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat tergolong kurang.

Hasil SQFFQ dan recall 24 jam disajikan dalam persentase asupan. Persentase asupan makan diklasifikasikan menurut WPG (2004) :

Persentase Asupan (%)	Kategori
< 80%	Kurang
80 - 110%	Cukup
>110%	Lebih

Berdasarkan WNPG (2004) secara kuantitas kebiasaan asupan makan dirumah tergolong kurang. Selain itu hasil recal 24 jam menunjukkan bahwa asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat dalam 24 tergolong kurang. Kebutuhan energi dan zat gizi serta asupan makan pada pasien yang menderita angina perktoris tak stabil dan diabetes mellitus perlu diperhatikan karena berkaitan dengan kadar gula darah dan profil lipid dalam darah yang perlu dikontrol.

C. Standar Pemanding (CS)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan (Perkeni, 2015)
CS. 1.1.1	Estimasi Kebutuhan Energi	2138.4
CS. 2.1.1	Estimasi Kebutuhan Lemak	59.4
CS 2.2.1	Estimasi Kebutuhan Protein	80.19
CS 2.3.1	Estimasi Kebutuhan KH	320.7
CS 5.1.1	Rekomendasi BB/IMT/pertumbuhan	BBI = 59.4 kg

Perhitungan kebutuhan :

$$\text{BMR} = 30 \text{ kkal/kgBB} = 30 \times 59.4 = 1782$$

$$\begin{aligned} \text{Energi Total} &= \text{BMR} - \text{usia (10\%)} + \text{Faktor Aktifitas (20\%)} + \text{Faktor Stress (10\%)} \\ &= 1782 - 178.2 + 356.4 + 178.2 \\ &= 2138.4 \text{ kkal} \end{aligned}$$

$$\text{Protein} = 15\% \text{ Energi Total}$$

$$= 15\% \times 2138.4 = \frac{320.76}{4} = 80.2 \text{ g}$$

Lemak = 25% Energi Total

$$= 25\% \times 2138.4 = \frac{534.6}{9} = 59.4 \text{ g}$$

$$\text{Karbohidrat} = 60\% \times 2138.4 = \frac{1283.04}{4} = 320.7 \text{ g}$$

D. Antropometri

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD-1.1	TB/Panjang Badan estimasi (ulna)	166 cm (estimasi ulna)
AD-1.2	Berat Badan	66 kg (estimasi LLA)
AD-1.4	Perubahan berat badan	Ada penurunan berat badan sebesar 4 kg dalam satu tahun.
AD-1.5	IMT IMT/U	LLA = 29 cm %LLA = 94.5% (Gizi Baik)

Kesimpulan :

Berdasarkan data antropometri, hasil perhitungan %LLA menunjukkan bahwa status gizi pasien adalah gizi baik.

E. Pemeriksaan Fisik/Klinis

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
PD- 1.1.1	Penampilan Keseluruhan	KU : CM Nyeri dada (+) Sesak (+)
PD- 1.1.9	Vital sign	Nadi : 70 x/menit Suhu 36°C RR : 20 x/ menit TD : 136/74 mmHg

Kesimpulan :

Data Fisik/Klinis menunjukkan bahwa pasien mengalami hipertensi. Menurut JNC (2003) hipertensi diklasifikasikan sebagai berikut:

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Stage I	140-159	90-99
Hipertensi Stage II	160 atau >160	100 atau >100

Berdasarkan klasifikasi hipertensi oleh JNC (2003) tekanan darah sistol pasien tergolong prehipertensi dan tekanan darah diastole tergolong normal.

F. Biokimia

Data Biokimia	Hasil	Hasil rujukan	Keterangan
HbA1c	10.3	4-6,5	Tinggi
GDP	124	70-99	Tinggi
Kolesterol	160	<200	Normal
HDL	25	>40	Rendah
Trigliserida	90	<200	Normal
LDL	115	<100	Tinggi

Kesimpulan : Berdasarkan data biokimia, dapat diketahui bahwa pasien mengalami hiperglikemia.

G. Terapi Medis dan Fungsi

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan Makanan
	CPG	mencegah trombosit (platelet) saling menempel yang berisiko membentuk gumpalan darah	CPG memiliki efek samping nyeri perut, konstipasi, atau diare, dan gangguan pencernaan
	Atorvastatin	menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan jumlah kolesterol baik (HDL) di dalam darah.	Atorvastatin memiliki efek samping diare.
	Laxadine	merangsang gerak peristaltik pada usus besar serta menghambat penyerapan air berlebih dari feses dan melicinkan jalan keluar feses.	Laxadine memiliki efek samping mual muntah dan diare.
	Aspilet	mengencerkan darah dan mencegah penggumpalan di pembuluh darah.	Aspilet memiliki efek samping kehilangan selera makan, mual, dan muntah
	Captopril	mengobati	Captopril memiliki

Acarbose	<p>hipertensi dan gagal jantung. mengontrol kadar gula darah dengan cara memperlambat proses pencernaan karbohidrat menjadi senyawa gula yang lebih sederhana, sehingga membantu menurunkan kadar gula dalam darah setelah makan</p>	<p>efek samping diare atau konstipasi. Acarbose memiliki efek samping diare dan mual, muntah.</p>
----------	--	---

Kesimpulan : Pasien menjalani terapi obat rutin. Obat yang dikonsumsi sebagian besar memiliki efek samping diare, mual, dan muntah

H. Diagnosis

NI 2.1 Asupan oral tidak adekuat berkaitan dengan terbatasnya kemampuan untuk memenuhi asupan ditandai dengan adanya penurunan nafsu makan akibat nyeri dada dan sesak nafas, asupan energi 36,7%, asupan protein 13,6 %.

NB . 1.1 Kurangnya pengetahuan mengenai makanan dan gizi berkaitan dengan kurangnya edukasi mengenai makanan dan gizi ditandai dengan pasien belum pernah mendapatkan edukasi dan konsultasi gizi.

NC. 2.2 perubahan nilai laboratorium berkaitan dengan gangguan fungsi jantung dan endokrin ditandai dengan GDP tinggi, HbA1c tinggi, HDL rendah, dan LDL tinggi.

I. Intervensi

Tujuan : - Meningkatkan asupan hingga 80%

- Membantu mengontrol kadar gula darah dan profil lipid

a. Intervensi Diet

ND 1. Makanan Dan Snack

ND 1.2 Modifikasi Komposisi Makanan Dan Snack

Jenis Diet : DJ DM 2100 R. Chol
 ND 1.2.2 Modifikasi Energi (Perkeni, 2015)
 Energi Cukup = 2138.4 kkal
 ND 1.2.3 Modifikasi Protein
 Protein Cukup = 15% dari kebutuhan energi total = 80.19 g
 ND 1.2.4 Modifikasi KH
 Karbohidrat Cukup = 60% dari kebutuhan energi total = 320.7 g
 ND 1.2.5 Modifikasi Lemak
 Lemak Cukup = 25% dari kebutuhan energi total = 59.4 g

b. Implementasi Diet Rumah Sakit (DM 2100)

	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Standar Diet RS	2123.8	70.6	55.2	352.4
Kebutuhan/Planning	2138.4	80.19	59.4	320.7
% standar/kebutuhan	99.3	88	92.9	109.8

c. Intervensi Edukasi

Tujuan : memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang tatalaksana diet DM

J. Monitoring, evaluasi dan tindak lanjut

a. Rencana Monitoring

	Hal yang Diukur	Waktu Pengukuran	Target
Antropometri	LLA	1x/minggu	Dalam batas normal
Biokimia	Gula darah Profil lipid	3x/minggu	Dalam batas normal
Klinik/Fisik	-	-	-
Asupan Zat Gizi	Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat	1x/hari	80% dari kebutuhan

b. Monitoring dan Evaluasi

1) Asupan Makanan

Hari ke 1				
	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Asupan oral	1037.8	34.1	9.7	197.1

Kebutuhan	2138.4	80.19	59.4	320.76
% asupan	48.5	42.5	16.3	61.4
Hari ke 2				
	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Asupan oral	1091.5	46.6	38.5	135.5
Kebutuhan	2138.4	80.19	59.4	320.76
% asupan	51	58.1	64.8	42.2
Hari ke 3				
	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Asupan oral	1496.7	45.9	28.1	263.4
Kebutuhan	2138.4	80.19	59.4	320.76
% asupan	70.0	57.2	47.3	82.1
Rata-rata asupan				
	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Asupan Oral	1143.7	38.2	22.2	195.9
Kebutuhan	2138.4	80.19	59.4	320.76
% asupan	53.5	47.6	37.4	61.1

Kesimpulan :

Berdasarkan monitoring dan evaluasi asupan makanan, dapat diketahui bahwa asupan energi, lemak, dan karbohidrat sudah melampaui target 80%, sedangkan asupan protein masih dibawah 80%.

2) Balance Cairan

	21/10/2019	22/10/2019	23/10/2019
Input (cc)	1420	2170	350
Output (cc)	1000	2800	300
IWL (cc)	670	670	175
BC 24 jam	-250	-1300	+75

3) Antropometri

Pengukuran antropometri dilakukan dengan melakukan pengukuran LLA. LLA sebelum dilakukan pengamatan adalah 29 cm sedangkan setelah pengamatan hasil pengukuran LLA tidak berubah, yaitu tetep 29 cm.

4) Fisik/Klinis

Tanggal	Jenis Data	Hasil
21-10-2019	Penampilan Keseluruhan	KU : CM, sedang Keluhan : Nyeri dada (+) sesak (-)

	Vital sign	Nadi : 70 x/menit Suhu : 36 °C RR : 20 x/ menit TD : 136/74 mmHg
22-10-2019	Penampilan Keseluruhan Vital sign	KU : CM, sedang Keluhan :Nyeri dada (+) Nadi : 74 x/menit Suhu : 36 °C RR : 22 x/ menit TD : 173/85 mmHg
23-10-2019	Penampilan Keseluruhan Vital sign	KU : CM, sedang Keluhan : Nyeri dada (-) Nadi : 72 x/menit Suhu : 36.2°C RR : 18 x/ menit TD : 160/81 mmHg
24-10-2019	Penampilan Keseluruhan Vital sign	KU : CM, sedang Keluhan : tidak ada keluhan Nadi : 75 x/menit Suhu : 36.6 °C RR : 20 x/ menit TD : 122/69 mmHg

Kesimpulan : Berdasarkan data fisik/klinis, dapat diketahui bahwa tekanan darah pada tanggal 22 Oktober 2019 mengalami peningkatan hingga 173/85 mmHg dan tergolong hipertensi stage II. Tekanan darah kemudian perlahan turun hingga tanggal 24 Oktober tekanan darah mencapai 122/69 mmHg. Suhu, Respirasi Rate, dan Nadi tidak mengalami perubahan yang signifikan dan angka yang ditunjukkan cenderung normal.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Asupan Makan

Sebelum dilakukan pengamatan, asupan makan Tn.A kurang baik. Nafsu makan Tn.A menurun sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit. Berdasarkan hasil recall 24 jam asupan makan Tn.A sebelum pengamatan tergolong kurang. Hal ini dipengaruhi oleh adanya nyeri dada dan sesak nafas.

Pengamatan pada asupan makan Tn. A dilakukan pada tanggal 22-24 Oktober 2019. Diet yang diberikan adalah Diet DJ DM 2100. Bentuk akanan diberikan sevara bertahap sesuai dengan kemampuan pasien. Makanan pokok diberikan 3 kali sehari dan snack 3 kali sehari bertujuan untuk membantu mengontrol kadar gula darah.

Pengamatan hari pertama meliputi makan pagi dan siang pada tanggal 22 Oktober 2019 dan makan sore pada tanggal 21 Oktober 2019. Pada pengamatan hari pertama, diketahui bahwa asupan energi Tn. A adalah 48.5% dari kebutuhan. Pada pengamatan hari pertama dapat diketahui bahwa asupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat tergolong kurang. Pada pengamatan hari pertama Tn. A hanya mengkonsumsi 2 kali makanan dari rumah sakit. Hal ini disebabkan karena Tn. A puasa untuk persiapan tindakan.

Pengamatan hari kedua meliputi makan pagi dan siang pada tanggal 23 Oktober 2019 dan makan sore pada tanggal 22 Oktober 2019. Pada tanggal 23 Oktober 2019 bentuk makanan berubah dari bubur nasi menjadi nasi tim. Pada pengamatan hari kedua asupan energi Tn. A naik menjadi 51% dari kebutuhan. Selain itu asupan protein, lemak, dan karbohidrat pada hari kedua juga naik namun masih tergolong kurang. Hal ini disebabkan karena nafsu makan Tn. A sudah mulai membaik. Nafsu makan Tn. A yang membaik juga dipengaruhi oleh hilangnya keluhan nyeri dada.

Pengamatan pada hari ketiga meliputi makan pagi dan siang pada tanggal 24 Oktober 2019 dan makan sore pada tanggal 23 Oktober 2019. Pada tanggal 24

Oktober 2019 bentuk makanan berubah dari nasi tim menjadi nasi biasa. Pada pengamatan hari ketiga asupan energi Tn. A naik menjadi 70% dari kebutuhan. Asupan protein, lemak dan karbohidrat juga mengalami peningkatan, namun asupan protein dan lemak masih tergolong kurang, sedangkan asupan karbohidrat tergolong cukup. Nafsu makan Tn. A pada hari ketiga semakin membaik. Selain itu, bentuk makanan nasi merupakan bentuk makanan paling disukai oleh Tn. A. Tn. A tidak terlalu suka dengan bentuk makanan bubur dan tim.

Nafsu makan merupakan salah satu hal yang paling mempengaruhi asupan makan Tn. A. Nafsu makan merupakan sensasi yang menyenangkan berupa keinginan seseorang untuk makan (Adrianai, M.,2014). Perasaan tidak nyaman karena adanya penyakit dapat menyebabkan seseorang kehilangan nafsu makan (Valero, 2013). Selain itu nafsu makan juga dipengaruhi oleh motivasi makan pada pasien. Adanya motivasi makan pasien yang tinggi akan membuat pasien merasa nyaman dan mengurangi tekanan psikologis yang dialami pasien seperti rasa takut karena sakit yang dapat menyebabkan hilangnya nafsu makan pasien, sehingga diperlukan motivasi yang tinggi untuk menghabiskan makanan yang disajikan rumah sakit karna berguna untuk kesembuhan pasien dan mengurangi terjadinya sisa makanan (Butler, 2002). Lama nya waktu perawatan juga mempengaruhi nafsu makan pasien. Menurut (Komalawati, 2005) waktu perawatan yang cukup lama di rumah sakit juga dapat menimbulkan rasa bosan. Pasien dengan masa perawatan yang lama cenderung hafal dengan menu makanan, jenis masakan, rasa, sehingga jika dalam pengolahan makanan kurang bervariasi dapat menimbulkan rasa bosan, akibatnya nafsu makan pasien akan berkurang.

Nafsu makan pada Tn. A salah satunya dipengaruhi oleh keluhan nyeri dada. Menurut Anwar (2004) nyeri dada merupakan salah satu gejala yang dirasakan oleh penderita Angina Pektoris Tak stabil. Angina Pektoris Tak stabil memiliki gejala rasa tidak enak di dada yang tidak selalu sebagai rasa sakit, tetapi dapat pula sebagai rasa penuh di dada, tertekan, nyeri, tercekik atau rasa terbakar. Rasa tersebut dapat terjadi pada leher, tenggorokan, daerah antara tulang skapula, daerah rahang ataupun lengan. Sewaktu angina terjadi, penderita dapat sesak napas

atau rasa lemah yang menghilang setelah angina hilang. Dapat pula terjadi palpitasi, berkeringat dingin, pusing ataupun hampir pingsan.

B. Antropometri

Pengukuran antropometri dilakukan dengan melakukan pengukuran LLA. LLA sebelum dilakukan pengamatan adalah 29 cm sedangkan setelah pengamatan hasil pengukuran LLA tidak berubah, yaitu tetap 29 cm. Pengukuran antropometri merupakan salah satu cara mudah yang digunakan untuk menentukan status gizi pasien. Status gizi merupakan keadaan tubuh seseorang atau sekelompok orang sebagai akibat dari konsumsi penyerapan dan penggunaan zat gizi makanan dalam jangka waktu yang lama (Supriasa, Bahri, Bachyar, Fajar & Ibnu, 2002 dalam Ningrum dan Rahmawati, 2015). Sehingga dengan melakukan pengamatan selama 2 hari tidak dapat mengubah hasil pengukuran antropometri secara signifikan.

C. Fisik dan Klinis

Berdasarkan data fisik dan klinis keadaan umum Tn. A selalu composmentis. Keluhan sesak nafas sudah hilang sejak tanggal 21 Oktober 2019, sedangkan keluhan nyeri dada hilang pada tanggal 23 Oktober 2019. Nyeri dada hilang setelah adanya tindakan yang dilakukan pada tanggal 22 Oktober 2019.

Tekanan darah Tn. A sebelum pengamatan tergolong prehipertensi. Selama pengamatan tekanan darah Tn. A mengalami kenaikan pada tanggal 22 Oktober 2019, kemudian perlahan turun hingga pada tanggal 24 Oktober 2019 tekanan darah Tn. A mencapai 122/69 mmHg.

Naiknya tekanan darah dapat dipicu dari riwayat diabetes mellitus. Hipertensi dan diabetes merupakan dua penyakit yang saling berhubungan. Adapun keterkaitan antara diabetes dengan hipertensi adalah sebagai berikut :

- Peningkatan volume cairan: diabetes akan meningkatkan jumlah total cairan dalam tubuh, yang cenderung meningkatkan tekanan darah.
- Peningkatan kekuatan arteri: diabetes dapat menurunkan kemampuan pembuluh darah untuk meregang, meningkatkan tekanan darah rata-rata.

- Gangguan penanganan insulin: perubahan dalam cara tubuh memproduksi dan menangani insulin dapat langsung menyebabkan peningkatan tekanan darah.
- Terjadi peningkatan trigliserida: pemicu timbulnya plak plak yang dapat menyumbat pembuluh darah

Selain itu, kelebihan gula dapat memiliki banyak konsekuensi, termasuk kerusakan pada pembuluh darah sensitif secara perlahan yang disebut kapiler. Kerusakan kapiler tertentu dalam ginjal, dapat merusak kemampuan tekanan darah yang mengatur ke dalam ginjal dan hal ini menyebabkan tekanan darah tinggi. Hipertensi sendiri juga memengaruhi sekresi insulin di pankreas, yang meningkatkan kadar gula darah. Dengan 'kemampuannya' tersebut, kombinasi tekanan diabetes atau hipertensi adalah sebuah sistem yang dapat memperparah kondisi itu sendiri yang menyebabkan kedua penyakit ini cenderung semakin kurang baik dari waktu ke waktu. (Sadewantoro, 2017).

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Assessment

- a. Diagnosis pasien adalah UAP Subtipe Angina dengan Diabetes Melitus Tipe 2
- b. Berdasarkan %LLA status gizi pasien tergolong gizi baik.
- c. Pasien mengalami hiperglikemia.
- d. Tekanan darah sistol pasien tergolong prehipertensi dan tekanan darah diastole tergolong normal. Ada keluhan nyeri dada dan sesak nafas
- e. Asupan makan pasien sebelum dilakukan pengamatan tergolong kurang.

2. Intervensi

- a. Intervensi Diet diberikan dalam bentuk pemberian Diet DM 2100 R. chol diberikan melalui oral.
- b. Motivasi untuk selalu mengahabiskan makanan yang disediakan rumah sakit selalu diberikan kepada pasien.
- c. Edukasi diet diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai makanan yang sesuai dengan penyakit pasien yaitu Diabetes Melitus agar dapat menerapkan diet dirumah.

3. Re-Assessment setelah pengamatan

- a. LLA tetap 29 cm
- b. Tekanan darah pasien tergolong pre-hipertensi. Keluhan nyeri dada dan sesak nafas hilang.
- c. Asupan makan sudah membaik namun masih tergolong kurang
- d. Edukasi kepada psien dan keluarga berjalan dengan lancar. Keluarga pasien dapat memahami materi yang disampaikan karena sudah menjalani diet dirumah.

B. Saran

Bagi Rumah Sakit sebaiknya skrinning gizi lanjutan dicantumkan kedalam rekam medis.