

**TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN GIZI PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF), ISCHEMIC**  
**HEART DISEASE (IHD), DAN DYSPEPSIA DI RSUP DR. SARDJITO**



**DISUSUN OLEH :**

**ADINDA KHAIRIYAH FITRI**  
**P07131520012**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA**

**JURUSAN GIZI**

**2021**

Tugas Akhir

Diagnosis Medis Congestive Heart Failure (CHF), Ischemic Heart Disease (IHD), dan Dyspepsia  
di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

Disusun oleh:

ADINDA KHAIRIYAH FITRI  
P07131520012

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji pada tanggal:

**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

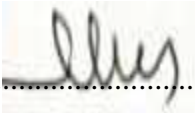
Ketua

Susilo Wirawan, SKM, MPH  
NIP. 197001151994031003

(..........)

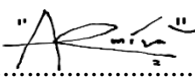
Anggota

M. Dawam Jamil, SKM, M.Kes  
NIP. 196501091988031001

(..........)

Anggota

Almira Sitasari, S.Gz., MPH  
NIP. 198703042015032004

(..........)

Yogyakarta,

2021

Ketua Jurusan Gizi



Dr. I Made Alit Gunawan, M.Si  
NIP. 196303241986031001

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Studi Kasus Mendalam Rotasi Geriatri dengan Diagnosis Medis Dyspnea ec CHF, Hipoalbumin. Penulis menyadari dalam proses penulisan laporan 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., RD 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 Kemenkes Yogyakarta.
5. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan moral dan material.
6. Teman-teman rotasi yang selalu memberikan semangatnya untuk menyelesaikan laporan studi kasus ini.
7. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu

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

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR LAMPIRAN.....	v
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	2
C. Manfaat .....	3
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>4</b>
A. Gambaran Umum Penyakit.....	4
B. Intervensi Gizi.....	6
<b>BAB III ASUHAN GIZI (IDNT).....</b>	<b>10</b>
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus.....	10
B. Subyek Studi Kasus.....	10
C. Fokus Studi.....	10
D. Definisi Oprasional Fokus Studi.....	11
E. Instrument Studi Kasus.....	16
F. Metode Pengumpulan Data.....	16
G. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	16
H. Analisis Data dan Penyajian Data.....	17
I. Etika Studi Kasus.....	17
<b>BAB IV HASIL.....</b>	<b>18</b>
A. Identitas Pasien.....	18
B. Hasil Skrinning Gizi.....	19
C. Riwayat Makan .....	20
D. Standar Perbandingan.....	21
E. Antropometri .....	21
F. Pemeriksaan Fisik/Klinis .....	23
G. Biokimia.....	23
H. Terapi Medis dan Fungsi.....	25

I. Diagnosis Gizi .....	25
J. Intervensi Gizi .....	27
K. Kolaborasi .....	29
L. Rencana Monitoring dan Evaluasi .....	30
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>31</b>
A. Skrinning Gizi .....	31
B. Intervensi Gizi .....	32
C. Monitoring dan Evaluasi .....	33
DAFTAR PUSTAKA .....	40
LAMPIRAN.....	41

### **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Self Assesment Sebelum Rotasi .....	41
Lampiran 2 : Self Assesment Setelah Rotasi .....	43
Lampiran 3 : Leaflet Diet Jantung .....	45
Lampiran 4 : Leaflet Diet Tinggi Protein.....	47

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Jantung merupakan suatu organ otot berongga yang terletak di pusat dada. Bagian kanan dan kiri jantung masing-masing memiliki ruang sebelah atas (atrium yang mengumpulkan darah dan ruang sebelah bawah (ventrikel) yang mengeluarkan darah. Agar darah hanya mengalir dalam satu arah, maka ventrikel memiliki satu katup pada jalan masuk dan satu katup pada jalan keluar. Fungsi utama jantung adalah menyediakan oksigen ke seluruh tubuh dan membersihkan tubuh dari hasil metabolisme (karbondioksida). Jantung melaksanakan fungsi tersebut dengan mengumpulkan darah yang kekurangan oksigen dari seluruh tubuh dan memompanya ke dalam paru-paru, dimana darah akan mengambil oksigen dan membuang karbondioksida. Jantung kemudian mengumpulkan darah yang kaya oksigen dari paru-paru dan memompanya ke jaringan di seluruh tubuh (Panggabean, 2009).

Gagal jantung merupakan sindroma klinik yang ditandai oleh adanya kelainan pada struktur atau fungsi jantung yang mengakibatkan jantung tidak dapat memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. Gagal jantung ditandai dengan manifestasi klinik berupa kongesti sirkulasi, sesak, fatigue dan kelemahan. Gagal jantung masih merupakan masalah utama dalam negara industri (Kasper et al., 2004). Baru-baru ini didapatkan bahwa Congestive Heart Failure terkait dengan penurunan kardiak output dan vasokonstriksi perifer yang berlebihan (Hajidan Mohaved, 2000).

Gagal jantung kongestif merupakan keadaan patofisiologis berupa kelainan fungsi jantung, sehingga jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. Gejala yang muncul sesuai dengan gejala gagal jantung kiri diikuti gagal jantung kanan, terjadi didada karena peningkatan kebutuhan oksigen (Mansjoer, 2009). Menurut Brashers dalam Syandi (2008) masalah kesehatan dengan penyakit

Congestive Heart Failure (CHF) masih menduduki peringkat yang tinggi. CHF merupakan salah satu penyebab mortalitas dan morbiditas yang tinggi.

Organisasi kesehatan dunia World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa sekitar 3000 penduduk Amerika menderita CHF. Kajian epidemiologi menunjukkan bahwa ada 1,5% sampai 2% orang dewasa di Amerika Serikat menderita Congestive Heart Failure (CHF) terjadi 700.000 perawatan di rumah sakit pertahun. Sedangkan di Eropa dan Jepang masing-masing terdapat sekitar 6 juta dan 2,5 juta kasus dan hampir 1 juta kasus baru didiagnosa tiap tahunnya di seluruh dunia. Pada pasien gagal jantung kongestif dengan pola nafas tidak efektif terjadi karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru-paru sehingga terjadi peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru (Nugroho, 2016).

Menurut Suratinoyo (2016), pada pasien gagal jantung kongestif sering kesulitan mempertahankan oksigenasi sehingga mereka cenderung sesak nafas. Seperti yang kita ketahui bahwa jantung dan paru-paru merupakan organ tubuh penting manusia yang sangat berperan dalam pertukaran oksigen dan karbondioksida dalam darah, sehingga apabila paru-paru dan jantung tersebut mengalami gangguan maka hal tersebut akan berpengaruh dalam proses pernapasan. Gagal jantung kongestif menyebabkan suplai darah ke paru-paru menurun dan darah tidak masuk ke jantung. Keadaan ini menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru, sehingga menurunkan pertukaran oksigen dan karbondioksida.

Pola makan yang baik pada pasien penyakit jantung merupakan hal yang sangat penting. Namun dalam kenyataannya pola makan pada pasien gagal jantung kongestif belum dilaksanakan dengan sebaik-baiknya (Pradono dalam Wahyuni, 2013). Karena status gizi pasien dan malnutrisi mempengaruhi kelangsungan hidup pasien gagal jantung kongestif dan kepatuhan diet berpengaruh pada rehospitalisasi pasien gagal jantung kongestif, maka diperlukan asuhan gizi yang diawali dengan skrining dan bertujuan untuk mengembalikan status gizi baik dengan mengintervensi berbagai faktor penyebab (Kemenkes, 2014).

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melakukan penatalaksanaan terapi diet dan asuhan gizi pada pasien *congestive heart failure (CHF)*, *ischemic heart disease (IHD)*, dan *dyspepsia*.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan skrining gizi pada pasien dengan diagnosis medis *congestive heart failure (CHF)*, *ischemic heart disease (IHD)*, dan *dyspepsia*
- b. Mampu melakukan assessment gizi pada pasien dengan diagnosis medis *congestive heart failure (CHF)*, *ischemic heart disease (IHD)*, dan *dyspepsia*
- c. Mampu menentukan diagnosis gizi pada pasien dengan diagnosis medis *congestive heart failure (CHF)*, *ischemic heart disease (IHD)*, dan *dyspepsia*
- d. Mampu Menyusun dan melaksanakan intervensi gizi pada pasien dengan diagnosis medis *congestive heart failure (CHF)*, *ischemic heart disease (IHD)*, dan *dyspepsia*
- e. Mampu melakukan monitoring dan evaluasi pada pasien dengan diagnosis medis *congestive heart failure (CHF)*, *ischemic heart disease (IHD)*, dan *dyspepsia*
- f. Mampu mendokumentasikan proses asuhan gizi pada pasien dengan diagnosis medis *congestive heart failure (CHF)*, *ischemic heart disease (IHD)*, dan *dyspepsia*

## **C. Manfaat**

### **1. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien**

Sebagai sarana untuk memberikan pengetahuan kepada pasien dan keluarga pasien mengenai pemberian diet 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 dengan diagnosis medis *congestive heart failure (CHF)*, *ischemic heart disease (IHD)*, dan *dyspepsia*

**4. Bagi Mahasiswa**

Sebagai bahan pembelajaran dalam penatalaksanaan diet pada pasien dengan diagnosis medis *congestive heart failure (CHF)*, *ischemic heart disease (IHD)*, dan *dyspepsia*

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Gambaran Umum Penyakit**

##### **1. *Chronic Heart Failure (CHF)***

###### **a. Definisi**

Gagal jantung merupakan sindrom klinik yang bersifat kompleks, dapat berakibat dari gangguan pada fungsi miokard (fungsi sistolik dan diastolik), penyakit katup ataupun perikard atau hal hal yang dapat membuat gangguan pada aliran darah dengan adanya retensi cairan, biasanya tampak sebagai kongesti paru, edema perifer, dispnu dan cepat lelah. Gagal jantung juga dapat didefinisikan sebagai abnormalitas dari struktur jantung atau fungsi yang menyebabkan kegagalan dari jantung untuk mendistribusikan oksigen ke seluruh tubuh. Gejala khas dari gagal jantung sendiri yaitu sesak nafas saat istirahat atau aktivitas, kelelahan dan edema tungkai. Selain itu juga memiliki tanda khas yaitu takikardia, takipnu, ronki paru, efusi pleura, peningkatan tekanan vena jugularis, edema perifer dan hepatomegali (PERKI, 2020).

###### **b. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan gagal jantung dapat dilakukan dengan dua cara yaitu penatalaksanaan secara non farmakologis (tanpa obat) dan farmakologis (dengan obat). Penatalaksanaan non farmakologis yaitu berbentuk manajemen perawatan mandiri, sedangkan penatalaksanaan farmakologis gagal jantung dimaksudkan untuk mengatasi gejala, memperlambat perburukan kondisi jantung dan mengatasi terjadinya kejadian akut akibat respon kompensasi jantung. Tujuan dari terapi pada gagal jantung yaitu untuk meredakan gejala, memperlambat perburukan penyakit, dan memperbaiki harapan (PERKI, 2015).

Manajemen perawatan mandiri diartikan sebagai tindakan- tindakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik, menghindari perilaku yang dapat memperburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung. Manajemen perawatan diri berupa ketaatan berobat, pemantauan berat badan, pembatasan asupan cairan, pengurangan berat badan (stadium C), pemantauan asupan nutrisi, dan latihan fisik. Selain itu juga perlu melakukan restriksi garam, penurunan berat badan, diet rendah garam dan rendah kolesterol, tidak merokok dan melakukan olahraga (PERKI, 2015).

## **2. Ischemic Heart Disease (IHD)**

### **a. Definisi**

Penyakit Jantung Iskemia (PJI), dikenal juga Penyakit arteri coroner (PAK), didefinisikan sebagai kekurangan oksigen dan penurunan atau tidak adanya aliran darah ke miokardium yang disebabkan oleh penyempitan atau terhalangnya arteri koroner. PJI dapat terjadi pada Gejala Koroner Akut (GKA), yang melibatkan angina pectoris tidak stabil dan Infark Miokardial Akut (IMA). PJI dapat muncul juga sebagai Miokardial Infark (MI) didiagnosis hanya oleh penanda biokimia, angina eksersional stabil kronis, iskemia tanpa gejala, atau iskemia disebabkan vasospasmus arteri koroner (angina Prinzmetal atau varian) (Yulinah dkk, 2008). Faktor-faktor risiko dibagi menjadi 2, yaitu faktor yang dapat dirubah dan tidak dapat diubah.

### **b. Faktor Resiko**

#### **1) Bentuk badan**

Hasil riset ukuran tubuh yang tidak proporsional menurut ahli Kesehatan masyarakat di Universitas Bristol, Inggris Davey Smith, bahwa responden yang memiliki bentuk badan yang tidak proporsional mempunyai kandungan lemak

#### **2) Dislipedemia**

Suatu kelainan kadar lemak dalam darah, seperti kenaikan kadar kolesterol total, kolesterol HDL. Konsumsi lemak dan kolestrol yang tinggi akan menaikkan kadarnya di dalam darah, pada akhirnya berdampak terjadinya aterosklerosis (Pratiwi, 2010).

#### **3) Peningkatan oksidasi LDL**

*Low Density Lipoprotein Cholesterol* (LDL) di dalam darah dapat mengendap di dinding arteri menjadi padat yang terdiri dari campuran kalsium, fibers dan zat-zat lain yang kesemuanya disebut plak (*plaque*). Terbentuknya plak tersebut

menyebabkan aterosklerosis. Makin besar kadar LDL di dalam darah, resiko penyakit jantung koroner semakin tinggi (Soeharto, 2001).

4) Hipertensi (tekanan darah tinggi)

Hipertensi merupakan faktor resiko yang berperan penting terhadap Penyakit Jantung Iskemia (PJI), dan proses aterosklerosis akan dialami sekitar 30% penderita hipertensi. Tekanan darah tinggi terus-menerus dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah arteri, dan lama-kelamaan di arteri terjadi proses pengerasan. Proses pengerasan dan penyempitan di dalam pembuluh darah menyebabkan aliran darah terhalang, dan resistensi untuk memompa darah menjadi besar (Karyadi, 2002).

5) Kurang aktivitas fisik

Melakukan aktivitas fisik teratur memang sangat bermanfaat dalam memelihara kesehatan jantung, namun bagaimana mekanisme langsung penurunan insidens Penyakit Jantung Iskemia (PJI) dan aterosklerosis melalui latihan fisik belum diketahui secara pasti. Namun, manfaat yang diperoleh dari latihan fisik teratur antara lain adalah pengendalian kadar kolesterol dan peningkatan pengeluaran energi. Kadar kolesterol total, LDL dan trigliserida dalam darah menurun, sedangkan HDL meningkat secara bermakna bila melakukan aktivitas fisik/olah raga secara teratur. Selain itu, pada seseorang yang biasa melakukan olah raga secara teratur, diameter pembuluh darah jantung tetap terjaga, sehingga kesempatan terjadinya pengendapan kolesterol pada pembuluh darah dapat dihindari (Karyadi, 2002).

6) Hiperglikemia dan diabetes mellitus

Angka kematian karena Penyakit Jantung Iskemia (PJI) meningkat 40–70% pada penderita diabetes, dan diabetes menyebabkan terjadinya aterosklerosis lebih dini. Penderita diabetes wanita, memiliki risiko terkena Penyakit Jantung Iskemia (PJI) 3–7 kali dibandingkan dengan wanita yang tidak menderita diabetes. Sedangkan wanita penderita diabetes memiliki risiko terkena Penyakit Jantung Iskemia (PJI) 2 kali dibandingkan pria penderita diabetes, dan penderita diabetes wanita yang menderita Penyakit Jantung Iskemia (PJI) memiliki prognosis yang lebih buruk dari pada pria.

Penyakit diabetes mellitus (kencing manis) disebabkan oleh gangguan produksi insulin, yang diproduksi oleh kelenjar pankreas. Apabila kadar insulin berkurang dalam darah, gula darah tidak dapat diubah menjadi energi dan tidak dapat

digunakan oleh jaringan di dalam tubuh. Karena gula darah tidak dapat diproses menjadi energi, maka pada penderita diabetes mellitus, energi diproses melalui metabolisme lemak dan protein. Akibatnya, dari metabolisme lemak dan protein, kolesterol yang terbentuk dapat menumpuk di pembuluh darah tepi. Kontrol gula darah melalui obat, diet, dan olah raga dapat membantu menekan risiko terkena Penyakit Jantung Iskemia (PJI) pada penderita diabetes (Karyadi, 2002).

## **B. Intervensi Gizi**

Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) harus dilaksanakan secara berurutan dari langkah assessment, diagnosis, intervensi dan monitoring evaluasi gizi (ADIME). Langkah-langkah tersebut berkaitan satu sama lain dan merupakan siklus yang berulang terus sesuai respon/perkembangan pasien. Apabila tujuan tercapai maka proses ini akan dihentikan, namun bila tujuan tidak tercapai atau tujuan awal tercapai tetapi terdapat masalah gizi yang baru makan proses berulang kembali mulai dari assessment gizi. Intervensi gizi bertujuan untuk mengubah perilaku gizi, kondisi lingkungan atau aspek status kesehatan. Intervensi gizi dikelompokkan dalam 4 kategori (domain) sebagai berikut :

### **1. Penyediaan Makanan/Zat Gizi**

#### **a. Diet Jantung**

Diet jantung memiliki tujuan untuk memberikan makanan secukupnya tanpa memberatkan kerja jantung, menurunkan berat badan bila terlalu gemuk dan mencegah atau menghilangkan penimbunan garam atau air (Almatsier, 2006).

Syarat diet penyakit jantung yaitu (Almatsier, 2006) :

- 1) Energi cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal
- 2) Protein cukup yaitu 0,8 g/kg/BB
- 3) Lemak sedang yaitu 25 – 30% dari kebutuhan energi total, 10% lemak jenuh dan 10 – 15% lemak tidak jenuh
- 4) Kolesterol rendah, terutama jika disertai dengan dislipidemia
- 5) Vitamin dan mineral cukup. Hindari penggunaan suplemen kalium, kalsium dan magnesium jika tidak dibutuhkan
- 6) Natrium rendah, 2 – 3 g/hari jika disertai hipertensi atau edema
- 7) Makanan mudah cerna dan tidak menimbulkan gas
- 8) Serat cukup untuk menghindari konstipasi
- 9) Cairan cukup  $\pm 2$  liter/hari sesuai dengan kebutuhan

- 10) Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan penyakit, diberikan dalam porsi kecil
- 11) Bila kebutuhan gizi tidak dapat dipenuhi melalui makanan dapat diberikan tambahan berupa makanan enteral, parenteral atau suplemen gizi.

Bahan makanan yang dianjurkan untuk Diet Jantung sebagai berikut :

- 1) Sumber hidrat arang seperti beras ditim atau disaring, roti, mie, kentang, macaroni, biskuit, tepung beras/terigu/sagu, gula
- 2) Sumber protein hewani seperti daging sapi, ayam dengan lemak rendah, ikan, telur, susu rendah lemak dalam jumlah yang ditentukan
- 3) Protein nabati seperti kacang-kacangan kering misal kedelai dan hasil olahannya (tahu dan tempe)
- 4) Semua sayuran yang tidak mengandung gas seperti bayam, kangkung, buncis, kacang panjang, wortel, tomat, labu siam dan tauge
- 5) Semua buah-buahan seperti pisang, pepaya, jeruk, pir, melon, semangka dan melon
- 6) Selain itu lemak seperti minyak jagung, minyak kedelai, margarin, mentega dalam jumlah terbatas sebagai pengganti minyak
- 7) Untuk minuman bisa teh encer, coklat dan sirup
- 8) Kemudian bumbu yang digunakan merupakan bumbu yang tidak tajam dalam jumlah terbatas.

## **2. Intervensi Edukasi**

Merupakan proses formal dalam melatih keterampilan atau membagi pengetahuan yang membantu pasien/klien mengelola atau memodifikasi diet dan perubahan perilaku secara sukarela untuk menjaga atau meningkatkan kesehatan. Edukasi gizi meliputi :

- a. Edukasi gizi tentang konten/materi yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan (E.1)
- b. Edukasi gizi penerapan yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan (E.2)

Pedoman dasar pada edukasi gizi, mencakup :

- a. Sampaikan secara jelas tujuan dari edukasi
- b. Tetapkan prioritas masalah gizi sehingga edukasi yang disampaikan tidak kompleks
- c. Rancang materi edukasi gizi menyesuaikan dengan kebutuhan individu pasien, melalui pemahaman tingkat pengetahuannya, keterampilannya dan gaya/cara belajarnya (Pedoman PAGT, 2014).

### **3. Konseling (C)**

Konseling gizi merupakan proses pemberian dukungan pada pasien/klien yang ditandai dengan hubungan kerjasama antara konselor dengan pasien/klien dalam menentukan prioritas, tujuan/target, merancang rencana kegiatan yang dipahami, dan membimbing kemandirian dalam merawat diri sesuai kondisi dan menjaga kesehatan. Tujuan dari konseling gizi adalah untuk meningkatkan motivasi pelaksanaan dan penerimaan diet yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi pasien (Pedoman PAGT, 2014).

### **4. Koordinasi Asuhan Gizi**

Strategi ini merupakan kegiatan dietisien melakukan konsultasi, rujukan atau kolaborasi, koordinasi pemberian asuhan gizi dengan tenaga kesehatan/institusi/dietisien lain yang dapat membantu dalam merawat atau mengelola masalah yang berkaitan dengan gizi. Pada langkah ini dietisien harus berpikir kritis dalam hal (Pedoman PAGT, 2014) :

- a. Menetapkan prioritas dan target/goals
- b. Menentukan preskripsi gizi atau perencanaan dasar
- c. Menggalang hubungan interdisipliner



- d. Intervensi perilaku awal dan hal terkait gizi lainnya
- e. Memadukan strategi intervensi gizi dengan kebutuhan pasien, diagnosis gizi dan nilai-nilai pasien
- f. Menentukan waktu dan frekuensi asuhan

## BAB III

### ASUHAN GIZI (IDNT)

#### A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus

Jenis dan rancangan penelitian yang dilakukan dalam penelitian dengan judul Asuhan Gizi Pada Pasien *Congestive Heart Failure (CHF)*, *Ischemic Heart Disease (IHD)*, dan *Dyspepsia* di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

#### B. Subyek Studi Kasus

1. Subjek penelitian ini adalah pasien *Congestive Heart Failure (CHF)*, *Ischemic Heart Disease (IHD)*, dan *Dyspepsia* di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
2. Pasien yang terdiagnosis medis *Congestive Heart Failure (CHF)*, *Ischemic Heart Disease (IHD)*, dan *Dyspepsia*
3. Pasien rawat inap yang memerlukan asuhan gizi minimal selama 3 hari
4. Composmentis
5. Bersedia menjadi responden

#### C. Fokus Studi

1. Skrining gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit *Congestive Heart Failure (CHF)*, *Ischemic Heart Disease (IHD)*, dan *Dyspepsia* yang baru masuk ke rumah sakit disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik serta sesuai kesepakatan dengan rumah sakit.
2. Pengkajian gizi (Assessment) pasien rawat inap dengan penyakit *Congestive Heart Failure (CHF)*, *Ischemic Heart Disease (IHD)*, dan *Dyspepsia* meliputi data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan (Dietary History).
3. Analisis diagnosis gizi pasien rawat inap dengan penyakit *Congestive Heart Failure (CHF)*, *Ischemic Heart Disease (IHD)*, dan *Dyspepsia* ranah klinis dan behaviour menggunakan pendekatan problem, etiology, dan symptom (PES)
4. Analisis intervensi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit *Congestive Heart Failure (CHF)*, *Ischemic Heart Disease (IHD)*, dan *Dyspepsia* meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien.
5. Analisis monitoring dan evaluasi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit *Congestive Heart Failure (CHF)*, *Ischemic Heart Disease (IHD)*, dan *Dyspepsia*.

#### **D. Definisi Operasional Fokus Studi**

1. Pasien rawat inap dengan penyakit *Congestive Heart Failure (CHF)*, *Ischemic Heart Disease (IHD)*, dan *Dyspepsia*

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 MNA-SF.

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 *Congestive Heart Failure (CHF)*, *Ischemic Heart Disease (IHD)*, dan *Dyspepsia*. Adapun nilai normal laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi dapat dilihat dalam tabel berikut.

**Tabel 1. Data Biokimia pada Pasien Ny. I**

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Ket.
<b>2/3 2021</b>				
	<b>Hematologi</b>			
	Hemoglobin	14,9 g/dl	11,7-15,5	N
	<b>Trombosit</b>	<b>133 ribu/UL</b>	<b>140-440</b>	<b>R</b>
	<b>Diabetes GDS</b>	<b>113 mg/dl</b>	<b>120-140</b>	<b>R</b>
	Fungsi ginjal			
	<b>Ureum</b>	<b>50 mg/dl</b>	<b>15-40 mg/dl</b>	<b>T</b>
	<b>Kreatinin</b>	<b>1,57 mg/dl</b>	<b>0,45-0,75</b>	<b>T</b>
	Fungsi jantung <b>CK-MB</b>	<b>25 U/L</b>	<b>0-24 U/L</b>	<b>T</b>
	Fungsi hati <b>AST SGOT</b>	<b>47 U/L</b>	<b>0-35</b>	<b>T</b>
	AST SGPT	22 U/L	0-35	N
<b>4/3 2021</b>				
	Fungsi ginjal <b>Asam urat</b>	<b>9,7 mg/dl</b>	<b>2-7 mg/d</b>	<b>T</b>
	Lemak Kolesterol total	110 mg/dl	0-200	N
	Trigliserida	134 mg/dl	70-140	N
	<b>Kolesterol HDL</b>	<b>16 mg/dl</b>	<b>37-92</b>	<b>R</b>
	Kolesterol LDL	62 mg/dl	0-130	N

Sumber: Rekam medis pasien

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 Ny. I

Kode IDNT	Data Fisik / Klinis	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	KU: Baik, Composmentis
PD.1.1.2	Bahasa Tubuh	Dapat berkomunikasi dengan respon lemah
PD.1.1.5	Sistem Pencernaan	Penurunan nafsu makan, mual, nyeri perut, nyeri ulu hati
PD.1.1.9	Vital sign Nadi Suhu Respirasi Tekanan darah	54x/menit 360C 20x/menit 92/68 mmHg

**Pemeriksaan Penunjang :**

Pemeriksaan darah lengkap pada laboratorium

Pemeriksaan thorax: cardiomegaly

Pemeriksaan usg abdomen: pelebaran vena hepatica susp awal congestif hepatopathy

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:

- 1) Baik : 80-110% kebutuhan gizi pasien atau standar rumah sakit.
- 2) Kurang : <80% kebutuhan gizi pasien atau standar rumah sakit.
- 3) Lebih : >110% kebutuhan gizi pasien atau standar rumah sakit

e. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi adalah kegiatan mengidentifikasi dan memberi nama masalah gizi. Pembuatan diagnosis gizi berdasarkan pada hasil asesmen gizi yang dilakukan oleh nutrisisionis. 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 DM 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 DM 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 DM antara lain: (a) NB-1.4 Ketidakmampuan memonitor diri sendiri, dan (b) NB-1.7 Pemilihan makanan yang tidak diinginkan.

## 5. 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.

## 6. 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

<b>Parameter</b>	<b>Pengukuran</b>	<b>Waktu Pengukuran</b>	<b>Target</b>
Antropometri	-	-	-
Biokimia	Hemoglobin Leukosit Eritrosit Limfosit	Sesuai rekomendasi dokter	Menuju normal
Fisik	KU, nafsu makan, sesak nafas	Setiap hari	KU pasien baik, nafsu makan meningkat, sesak berkurang
Klinis	Tekanan darah, nadi, suhu, SPO <sub>2</sub>	Setiap hari	Normal
Dietary	Asupan energi, protein, lemak dan KH	Setiap hari	Asupan meningkat menjadi 60%

### 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

<b>Fokus Studi</b>	<b>Metode Pengumpulan</b>	<b>Jenis Data</b>
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 (assessment)	Wawancara	Data primer
Riwayat makan untuk monitoring evaluasi	Observasi, wawancara	Data primer, sekunder

### G. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada Bulan April 2021

### 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. Manfaat/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)

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Ny. I
CH.1.1.1	Umur	53 tahun
CH.1.1.2	Jenis Kelamin	Perempuan
CH.1.1.5	Suku/etnik	Jawa
CH.1.1.9	Peran dalam keluarga	Istri
	Diagnosis medis	CHF, IHD, Dyspepsia
	Tanggal MRS	2 April 2021
	Tanggal pengambilan kasus	4 April 2021

##### 2. Riwayat Penyakit (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1	Keluhan utama	Sesak nafas, batuk, nyeri dada menjalar, nyeri ulu hati, mual, penurunan nafsu makan
	Riwayat penyakit sekarang dan dahulu	CHF, IHD, Dyspepsia

##### 3. Riwayat Klien yang Lain

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1.5	Gastro intestinal	Nyeri ulu hati, mual, penurunan nafsu makan
CH.2.1.8	Imun	Tidak memiliki Riwayat gangguan imun
CH.3.1.1	Riwayat sosial	Pasien tinggal dirumah sebagai Ibu rumah tangga dengan suami dan 1 orang anak. Pendidikan terakhir pasien SD
CH.3.1.7	Agama	Islam

**Kesimpulan :** Berdasarkan data diatas pasien merupakan seorang ibu rumah tangga dengan suami dan 1 orang anak dengan suku jawa. Pasien dengan Pendidikan terakhir SD. Pasien didiagnosa CHF, IHD, Dyspneu, Dyspepsia. Pasien masuk dengan keluhan sesak nafas, batuk, nyeri dada menjalar, nyeri ulu hati, mual, penurunan nafsu makan

## B. Hasil Skrining Gizi

### Metode Skrining yang dipakai : Form Skrining Short MST

<b>SKRINING GIZI</b>		No RM : 094910
<b>PASIEN DEWASA</b>		Nama : Ny. Isrowiyah L/P
		Tgl. Lahir : 4/5/1968
Tanggal Masuk : 2 April 2021	Diagnosa Masuk : CHF, IHD, Dyspneu,	
Tanggal Skrining : 4 April 2021	Dyspepsia Ruang/ Kamar : Aster/ 5	
<b>Pengukuran Antropometri:</b>		
Tinggi Badan estimasi: 154,21 cm	Berat Badan Ideal: 49,05 kg	
v Tidak dapat diukur	v Tidak dapat diukur	
<b>Resiko Malnutrisi</b>		
a. Apakah pasien mengalami penurunan berat badan (BB) yang tidak diinginkan dalam waktu 6 bulan terakhir ?		
Jawaban :		Skor
• Tidak ada		0
• Tidak yakin'		2
• Ya ada penuruanan berat badan (BB) sebanyak		1
• 1-5 kg		2
• 6-10 kg		3
• 11-15 kg		4
• > 15 kg		5
• Tidak yakin		5
b. Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan ?		
• Tidak		0
• Ya		1
Total Skor		3
<b>PASIEN DENGAN DIAGNOSA KHUSUS</b>		
Penurunan imunitas	Gangguan metabolisme lemak	
Geriatric	Pneumonia berat	
Luka bakar	PPOK	
Penurunan fs ginjal berat (dg/tp dialysis)	Bedah Digestif	
Sirosis hati	Patah Tulang Pinggul	
Stroke	Diabetes Melitus	
Kanker (dg/tp kemo)	v	Penyakit Jantung
Cedera Kepala Berat	Anemia Gravis	

√	<p>erlu pengkajian lanjut oleh ahli gizi, jika skor resiko malnutrisi <math>\geq 2</math> atau pasien dengan diagnose khusus dalam waktu 2 x 24 jam</p> <p>Tidak perlu pengkajian lanjut oleh ahli gizi, skrining ulang setelah 7 hari</p>
---	--

**Kesimpulan Hasil Skrining :** Berdasarkan hasil skrining menggunakan short MST diperoleh jumlah skor sebanyak 3 sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien beresiko tinggi mengalami malnutrisi dan membutuhkan asuhan gizi segera

### C. Riwayat Makan (FH)

#### 1. SFFQ

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat Diet (polamakan)	<p>Pasien memiliki kebiasaan makan 1-2 kali sehari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Makanan Pokok</b> :nasi putih 2x sehari @ 1 ctg</li> <li>- <b>Lauk Hewani</b> : ikan air tawar (lele) 2x/minggu @1 ekor di goreng, ayam kampung 1x/2minggu @ 1 ptg di goreng</li> <li>- <b>Lauk Nabati</b> : tahu goreng 2x/sehari @ 1ptg, tempe goreng 3x/seminggu @ 1ptg</li> <li>- <b>Sayur</b> : bayam 3x/minggu @ 1 ctg sayur (bening), kangkung 2x/minggu @ 1 ctg (ditumis), kacang 1x/minggu Panjang @ 1sdm (ditumis), wortel 3x/minggu @ 1 ctg sayur (disop), buncis 3x/minggu @ 1 ctg sayur (disop)</li> <li>- <b>Buah</b> : papaya 3x seminggu @ 1 ptg, buah naga 3x seminggu @ 1ptg</li> <li>- <b>Minuman</b> : air putih dan teh kadang</li> <li>- <b>Snack</b> : -</li> </ul>
FH.2.1.1	Pemesanan Diet	Diet Jantung 4 dalam bentuk nasi tim, cara pemberian oral
FH.2.1.2	Pengalaman diet	Belum pernah menjalani diet terkait penyakit
FH.2.1.3	Lingkungan makan	SMRS makanan seperti lauk yang dikonsumsi pasien dibeli dari luar. Sudah pernah mendapat edukasi tentang pola makan yang benar tetapi pasien belum siap dalam merubah pola hidup
FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Pasien belum pernah mendapatkan konseling gizi sebelumnya

**Kesimpulan :** berdasarkan hasil wawancara dengan keluarga pasien diketahui bahwa pasien sebelum sakit mempunyai kebiasaan makan yang kurang baik yaitu pola makan 1-2x sehari dengan jumlah sedikit dan tidak teratur serta konsumsi lauk hewani yang kurang. Pasien pernah memiliki riwayat maag dan asam lambung. Kebiasaan makan pasien yang kurang baik berkaitan dengan pasien belum siap untuk melakukan diet dan merubah pola hidup.

Asupan Kebiasaan Makan SQFFQ :

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan Oral	561,5	20,9	20,6	75,4
Kebutuhan	1333,26	43,3	37	260,6
% Asupan	42,1%	48,26%	55,67%	36,49%
Interpretasi	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang

Klasifikasi tingkat kecukupan energi, protein, lemak dan karbohidrat sebagai berikut (WNPG, 2004) :

- Kurang : <80%
- Baik : 80 – 110%
- Lebih : >110%

**Kesimpulan :** berdasarkan kebiasaan makan, pasien memiliki asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat yang kurang.

## 2. Recall 24 jam (FH.7.2.8)

Tanggal : 01 Januari 2021

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan oral	241,8	11,7	8,3	30,3
Kebutuhan	1333,26	43,3	37	206,6
% asupan	18,13	27	22,4	14,6
Kategori	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang

**Kesimpulan :** Berdasarkan hasil analisis presentase asupan makan pasien hasil recall 24 jam dengan makanan dari RS tergolong  $\leq 80\%$  dari total kebutuhan energi (WNPG, 2004). Hasil analisis pasien hanya mengonsumsi sedikit dari semua golongan makanan. Hal ini disebabkan

pasien mengeluh nyeri ulu hati, mual dan sesak nafas.

#### D. Standar Pembanding (CS)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi Kebutuhan Energi	(Harris Benedict) $BEE = 655,1 + (9,6 \times BBI) + (1,9 \times TB) - (4,7 \times U)$ $= 655,1 + (9,6 \times 49,05) + (1,9 \times 154,5) - (4,7 \times 53)$ $= 655,1 + 470,88 + 277,56 - 24,91$ $= 1154,34$ $TEE = 1154,34 \times fa \times fs$ $= 1154,34 \times 1,05 \times 1,1$ $= \mathbf{1333,26 \text{ kkal}}$
CS.2.1.1	Estimasi Kebutuhan Protein	Protein = $0,9 \text{ gram/kg BBI}$ $= 0,9 \times 49,05$ $= \mathbf{44,145 \text{ gram}}$
CS.2.2.1	Estimasi Kebutuhan Lemak	Lemak = $(25\% \times \text{energi total}) : 9$ $= (25\% \times 1333,26) : 9$ $= \mathbf{37 \text{ gram}}$
CS.2.3.1	Estimasi Kebutuhan Karbohidrat	KH = $62\% \times \text{energi total}$ $= 62\% \times 1333,26$ $= 826,62 \text{ kkal} : 4$ $= \mathbf{206,6 \text{ gram}}$
CS.5.1.1	Rekomendasi/ BB /IMT/ Pertumbuhan	BBI (Brocca) : $(TB-100) \times 0,9$ $= (154,5-100) \times 0,9$ $= 49,05 \text{ kg/m}^2$

#### E. Antropometri (AD.1.1)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD.1.1.1	Estimasi Tinggi Badan	154,5 cm
AD 1.1.2	Berat Badan (BBI)	49,05 kg
AD 1.1.4	Perubahan Berat Badan	Perubahan berat badan tidak diketahui
AD.1.1.5	%LILA	63,15%

**Kesimpulan :** berdasarkan pengukuran antropometri serta perhitungan status gizi berdasarkan %LILA, diketahui pasien gizi buruk

**F. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)**

Kode IDNT	Data Fisik / Klinis	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	KU: Baik, Composmentis
PD.1.1.2	Bahasa Tubuh	Dapat berkomunikasi dengan respon lemah
PD.1.1.5	Sistem Pencernaan	Penurunan nafsu makan, mual, nyeri perut, nyeri ulu hati
PD.1.1.9	Vital sign	
	Nadi	54x/menit
	Suhu	36 <sup>0</sup> C
	Respirasi	20x/menit
	Tekanan darah	92/68 mmHg

**Pemeriksaan Penunjang :**

Pemeriksaan darah lengkap pada laboratorium

Pemeriksaan thorax: cardiomegaly

Pemeriksaan usg abdomen: pelebaran vena hepatica susp awal congestif hepatopathy

**Kesimpulan :** Berdasarkan keadaan fisik dan klinis pasien, pasien dalam keadaan sadar penuh (komposmetis) dengan keadaan lemas, nyeri ulu hati, dan sesak nafas dengan nadi rendah, suhu normal, respirasi normal, tekanan darah rendah

**G. Biokimia (BD)**

Tanggal : 01 Februari 2021

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Ket.
<b>2/3 2021</b>				
	<b>Hematologi</b>			
	Hemoglobin	14,9 g/dl	11,7-15,5	N
	<b>Trombosit</b>	<b>133 ribu/UL</b>	<b>140-440</b>	<b>R</b>
	<b>Diabetes GDS</b>	<b>113 mg/dl</b>	<b>120-140</b>	<b>R</b>
	Fungsi ginjal			
	<b>Ureum</b>	<b>50 mg/dl</b>	<b>15-40 mg/dl</b>	<b>T</b>
	<b>Kreatinin</b>	<b>1,57 mg/dl</b>	<b>0,45-0,75</b>	<b>T</b>
	Fungsi jantung			

<b>CK-MB</b>	<b>25 U/L</b>	<b>0-24 U/L</b>	<b>T</b>
Fungsi hati <b>AST SGOT</b>	<b>47 U/L</b>	<b>0-35</b>	<b>T</b>
AST SGPT	22 U/L	0-35	N
4/3 2021			
Fungsi ginjal <b>Asam urat</b>	<b>9,7 mg/dl</b>	<b>2-7 mg/d</b>	<b>T</b>
Lemak Kolesterol total	110 mg/dl	0-200	N
Trigliserida	134 mg/dl	70-140	N
<b>HDL</b>	<b>16 mg/dl</b>	<b>37-92</b>	<b>R</b>
Kolesterol LDL	62 mg/dl	0-130	N

**Kesimpulan:** Berdasarkan hasil nilai laboratorium dapat diketahui terjadinya peningkatan ureum, kreatinin dikarenakan asupan pasien yang adekuat sehingga pasien mengaami dehidrasi. GDS rendah karena kurangnya asupan yang masuk ke tubuh. Asam urat yang tinggi dikarenakan pasien mengalami hiperurisemia. Pasien mengalami gangguan fungsi jantung ditandai dengan nilai CK-MB 25 U/L, AST SGOT tinggi dan kolesterol HDL rendah.

## H. Terapi Medis dan Fungsi

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan makanan
FH.3.1	Furosemide	Mengeluarkan cairan berlebih dalam tubuh	Menghambat reabsorpsi elektrolit dan mineral K, Mg, Zn, Ca dan meningkatkan ekskresi melalui ginjal
	Pantoprazole	Mengatasi gangguan lambung	Hindari konsumsi vit A dan B akan mengganggu pencernaan
	Benzodiazepin	Mengatasi gejala gangguan psikologi seperti gangguan kecemasan ( <i>anxiety disorder</i> ) dan insomnia	Dapat menimbulkan rasa kantuk, pusing, tubuh gemetar
	Isosorbid Dinitrat	Untuk mencegah dan mengobati angina pada penderita penyakit jantung koroner	Asupan inadekuat disebabkan pasien mual setelah mengonsumsi obat

Clopidogrel	Mencegah stroke dan penggumpalan darah, terutama bila sebelumnya pernah mengalami gangguan aliran darah, serangan jantung, angina pectoris	Asupan inadecuak disebabkan pasien mual setelah mengonsumsi obat
Allopurinol	Menurunkan kadar asam urat dalam darah	Dapat menurunkan nafsu makan
RL	Menambah elektrolit tubuh untuk mengembalikan keseimbangan tubuh	Tidak ada

**Kesimpulan:** Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa pasien mengkonsumsi obat yang mempunyai efek samping menimbulkan mual, muntah dan peruh kembung sehingga perlu dilakukan manajemen pemberian bentuk makanan

## I. Diagnosis Gizi

### 1. Domain Intake

**NI. 2.1** intake makanan dan minuman oral inadecuak berkaitan dengan adanya penurunan nafsu makan dikarenakan adanya mual, nyeri ulu hati dan sesak nafas ditandai dengan hasil recal 24 jam untuk kategori energi 18,13% (241,8 kkal) dari kebutuhan energi total, protein 27% (11,7 gram), lemak 22,4% (8,3 gram), dan karbohidrat 14,6% (30,3 gram)

**NI. 5.4** penurunan kebutuhan zat gizi purin berkaitan dengan Riwayat hipeurisemia ditandai dengan hasil laboratorium asam urat 9,7 mg/dl

**NI. 5.2** malnutrisi yang nyata berkaitan dengan pola makan yang salah ditandai dengan status gizi buruk dengan persentil LLA 63,15%

### 2. Domain Klinik

**NC. 2.2** perubahan nilai laboratorium berkaitan dengan Riwayat gagal jantung ditandai dengan hasil laboratorium CK-MB 25 U/L, thorax cardiomegali

### 3. Domain Behaviour

**NB. 1.3** belum siap untuk melakukan diet atau perubahan pola hidup berkaitan dengan kurangnya kemauan untuk berubah ditandai dengan pola makan 1x sehari dengan frekuensi sedikit dan jarang mengonsumsi lauk hewani.



## J. Intervensi Gizi

1. Tujuan
  - a. Meningkatkan asupan makan pasien secara bertahap mulai dari 80%
  - b. Membantu menurunkan kadar asam urat dalam darah pasien
  - c. Mempertahankan berat badan agar tidak mengalami penurunan
  - d. Meningkatkan pengetahuan tentang gizi dan makanan
2. Syarat
  - a. Energi sesuai kebutuhan 1333,26 kkal
  - b. Protein 0,9 g/Kg BB
  - c. Lemak diberikan 25% dari total energi
  - d. Karbohidrat cukup yaitu sisa dari perhitungan protein dan lemak
  - e. Pembatasan purin dengan pemilihan bahan makanan rendah purin
3. Preskripsi Diet  
Pemberian Makanan dan Selingan (ND.1)
  - a. Jenis diet (ND.1.1) : Diet Jantung 4
  - b. Bentuk Makanan (ND.1.2.1) : Lunak
  - c. Route (ND.1.5) : Oral
  - d. Frekuensi Pemberian (ND.1.3) : 3 kali makan utama, 2x selingan
  - e. Zat gizi yang penting : energi 1333,26 kkal, protein 43,3 gram, lemak 37 gram, KH 206,6 gram
4. Implementasi Diet Rumah Sakit

	<b>Energi (kcal)</b>	<b>Protein (g)</b>	<b>Lemak (g)</b>	<b>KH (g)</b>
Standar Diet	1659,4	66	39,6	259,3
Extra - Enteral	-	-	-	-
Infus - Parenteral	-	-	-	-
Total	1659,4	66	39,6	259,3
Kebutuhan (Planning)	1333,26	43,3	37	206,6
% Standar /Kebutuhan	124%	152%	107%	125%

**Kesimpulan** : berdasarkan hasil presentase pemenuhan standar menu rumah sakit pada implementasi pertama diet jantung 4 lebih besar jika dibandingkan dengan kebutuhan pasien energi 124%, protein 152%, lemak 107%, dan karbohidrat 125%.

## 5. Rekomendasi Diet

Waktu Makan	Golongan Bahan Makanan	Standar Diet RS	Golongan Bahan Makanan	Rekomendasi
Makan Pagi	Nasi tim	200 gr	Nasi tim	100 gr
	Lauk hewani	50 gr	Lauk hewani	50 gr
	Lauk nabati	50 gr	Lauk nabati	25 gr
	Lauk TP	40 gr	Lauk TP	40 gr
	Sayur	100 gr	Sayur	100 gr
	Teh	200 cc	Teh	200 cc
Selingan pagi				
Makan Siang	Nasi tim	200 gr	Nasi tim	100 gr
	Lauk hewani	50 gr	Lauk hewani	50 gr
	Lauk nabati	50 gr	Lauk nabati	25 gr
	Lauk TP	40 gr	Lauk TP	40 gr
	Sayur	100 gr	Sayur	100 gr
	Buah	100 gr	Buah	100 gr
Selingan sore				
Makan malam	Nasi tim	300 gr	Nasi tim	100 gr
	Lauk hewani	50 gr	Lauk hewani	50 gr
	Lauk nabati	50 gr	Lauk nabati	25 gr
	Lauk TP	40 gr	Lauk TP	40 gr
	Sayur	100 gr	Sayur	100 gr
Nilai Gizi	Energi : 1659,4 kkal			Energi : 1282,4 kkal
	Protein : 66 gr			Protein : 47,5 gr
	Lemak : 39,6 gr			Lemak : 36,2 gr
	KH : 259,3 gr			KH : 193,8 gr

## 6. Domain Konseling (C)

### a. Tujuan

- 1) Memberikan motivasi kepada pasien untuk melakukan diet sesuai kebutuhan dan anjuran
- 2) Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga pasien mengenai pengaturan pola makan, pemilihan bahan makanan, variasi pengolahan makanan, dan bentuk makanan sesuai

dengan kebutuhan pasien dan untuk meningkatkan asupan makan pasien selama MRS atau pun dirumah.

b. Preskripsi

- 1) Sasaran : pasien dan keluarga pasien
- 2) Tempat : kamar rawat inap pasien (Bangsal Aster)
- 3) Waktu : 14.00 WIB
- 4) Permasalahan gizi : pola makan, pemilihan bahan, cara pengolahan
- 5) Metode : ceramah dan tanya jawab
- 6) Media : leaflet diet jantung dan diet rendah purin
- 7) Materi : pengaturan pola makan, pemilihan bahan makanan sesuai diet jantung dan rendah purin

7. Domain Edukasi Gizi (E.1)

E.1.1. Tujuan Edukasi

Meningkatkan pengetahuan pasien terkait dengan pengaturan pola makan dan pemilihan bahan makanan sesuai diet jantung dan rendah purin, meningkatkan motivasi pasien untuk meningkatkan asupan makanan.

E.1.2. Prioritas Modifikasi

Berkolaborasi dengan keluarga pasien berkaitan dengan pengaturan pola makan, pemilihan bahan makanan dan minuman yang sesuai kebutuhan pasien.

**K. Kolaborasi (RC)**

No	Tenaga Kesehatan	Koordinasi
1	Ahli gizi	Berdiskusi untuk melakukan perhitungan kebutuhan gizi dan menentukan diet yang tepat untuk pasien
2	Perawat	Melakukan perawatan pasien dan monitoring terhadap fisik klinis pasien

3	Dokter	Memberikan informasi mengenai tindakan medis yang akan dilakukan agar disesuaikan dengan proses asuhan gizi, melakukan pemantauan dan evaluasi masalah gizi secara berkala bersama dietisien, perawat dan tenaga kesehatan lainnya
4	Pasien dan keluarga pasien	Meminta persetujuan keluarga pasien untuk melakukan intervensi terhadap asupan makan pasien selama dirawat di rumah sakit, menanyakan kondisi pasien setiap hari, memberikan konseling dan edukasi terkait gizi
5	Farmasi	Mempersiapkan obat dan membantu mengawasi serta mengevaluasi penggunaan obat
6	Pramusaji	Berkoordinasi untuk mengecek ketepatan diet dan jam distribusi makanan

#### L. Rencana Monitoring dan Evaluasi

Parameter	Pengukuran	Waktu Pengukuran	Target
Antropometri	-	-	-
Biokimia	Asam urat CK-MB	Setiap pemeriksaan lab	Mendekati nilai normal
Fisik/klinis	KU, sistem pencernaan, nadi, TD, RR, suhu	Setiap pemeriksaan	Tanda fisik klinis dalam batas normal
Dietary	Asupan energi, protein, lemak dan KH	Setiap hari	Asupan meningkat >80%

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Skrining Gizi**

Pasien merupakan pasien yang datang ke RSUP Dr. Sardjito. Pasien datang ke rumah sakit dalam keadaan lemah dan sesak nafas. Pasien memiliki diagnosis medis Dyspnea ec CHF dan Hipoalbumin. Skrining gizi dilakukan pada tanggal 01 Februari 2021 dengan menggunakan formulir skrining MNA. Hasil skrining didapatkan skor sebesar 6 yang menunjukkan bahwa pasien malnutrisi sehingga perlu dilakukan asuhan gizi.

*Mini Nutritional Assessment Short Form* (MNA-SF) merupakan alat yang dikembangkan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status gizi pada lansia untuk mencegah malnutrisi dini dan berguna untuk pengobatan diri sebelum risiko malnutrisi terjadi dan lebih efisien serta membutuhkan waktu pengaplikasian yang singkat. Skrining gizi sangat penting pada lansia sejak dini untuk mencegah malnutrisi. Dengan alat skrining MNA-SF, akan diperoleh gambaran kondisi lansia sehingga akan mendapatkan penanganan lebih awal sebelum terjadi malnutrisi (Adriani, 2020).

MNA-SF merupakan MNA yang lebih singkat dan lebih mudah untuk dilakukan. MNA-SF biasa digunakan pada populasi yang mempunyai risiko malnutrisi yang rendah. MNA-SF dibuat agar dapat digunakan pada keadaan-keadaan yang membutuhkan suatu penilaian cepat tetapi juga akurat dalam menentukan status gizi pasien. Walaupun MNA-SF lebih singkat daripada MNA lengkap, namun sensitivitas dan spesifitas dari MNA-SF ini tetap tinggi.

MNA-SF terdiri dari 6 pertanyaan berupa skrining dimana masing-masing pertanyaan memiliki nilai yang berbeda-beda untuk setiap jawabannya. Setelah mendapatkan nilai dari setiap pertanyaan maka nilai tersebut dijumlahkan. Nilai maksimal dari *short form* MNA adalah 14. Jika total nilai yang didapat  $\geq 12$  maka menunjukkan bahwa status gizi orang tersebut normal atau tidak berisiko dan tidak membutuhkan pengkajian lebih lanjut. Namun, jika nilai yang diperoleh  $\leq 11$  menunjukkan bahwa kondisi orang tersebut mungkin malnutrisi sehingga membutuhkan pengkajian lebih lanjut dengan melengkapi MNA-SF (Guigoz (2006) dalam Oktariyani, 2012).

## B. Intervensi Gizi

Perkembangan terapi diet yang diberikan selama 3 hari pengamatan disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Perkembangan Terapi Diet

No	Tanggal	Waktu Makan		
		Pagi	Siang	Sore
1	02 Februari 2021	Bubur	Bubur	Bubur
2	03 Februari 2021	Diet DJTP (Bubur)	Diet DJTP (Bubur)	Diet DJTP (Bubur)
3	04 Februari 2021	Diet DJTP (Bubur)	Diet DJTP (Bubur)	Diet DJTP (Bubur)

Terapi yang diberikan kepada pasien berupa terapi obat, terapi diet dan terapi edukasi. Terapi diet yaitu pengaturan jumlah, jenis dan jadwal makan setiap hari yang bertujuan untuk membantu penyembuhan pasien. Terapi gizi merupakan alur proses kegiatan perencanaan makan sampai makanan disajikan kepada pasien. Terapi diet tidak bersifat mutlak karena dapat berubah-ubah sesuai dengan kondisi dan keadaan pasien (Kemenkes, 2013).

Pada kasus ini, pasien diberikan terapi Diet Jantung Tinggi Protein dengan komposisi protein tinggi yaitu 20% dari energi total dan extra putih telur yang diberikan sesuai dengan diagnosis medis pasien yaitu *Dyspnea ec CHF* dan *Hipoalbuminemia*. Kebutuhan protein harus diperhatikan berhubungan dengan peningkatan kebutuhan energi dan protein pasien karena infeksi dan hipoalbumin yang dialami pasien. Protein berfungsi sebagai zat pembangun bagi pertumbuhan dan perbaikan jaringan tubuh yang rusak akibat terapi, proses penyembuhan, pengatur kelangsungan proses dalam tubuh, serta sebagai pemberi tenaga jika keadaan energi kurang tercukupi oleh karbohidrat dan lemak (Almatsier, 2004).

Sumber protein yang dianjurkan adalah protein bernilai biologis tinggi yang banyak terkandung dalam protein hewani seperti telur, susu, daging, unggas dan ikan. Protein bernilai biologis tinggi adalah protein yang mengandung semua jenis asam amino esensial dalam proporsi yang sesuai untuk mempercepat proses penyembuhan karena lebih mudah diserap oleh tubuh (Almatsier, 2004).

Diet yang diberikan pada pasien bertujuan untuk memberikan makanan sesuai kebutuhan pasien dan membantu meningkatkan asupan makan pasien sesuai dengan

kondisinya, serta membantu mencegah terjadinya penurunan berat badan yang tidak diharapkan dan meningkatkan berat badan mendekati normal. Makanan diberikan secara oral dengan bentuk makanan lunak yang disesuaikan dengan keadaan pasien yang mengalami kesulitan untuk mengunyah karena gigi pasien sudah banyak yang tidak ada. Diet juga bertujuan untuk membantu mencapai kadar leukosit dan albumin pasien agar mendekati normal.

### **C. Monitoring dan Evaluasi**

#### **1. Antropometri**

Pengukuran antropometri dilakukan dengan menanyakan tinggi badan dan berat badan pasien, kemudian mengukur LILA, ULNA dan lingkaran betis pasien. Pengukuran antropometri ini dilakukan pada tanggal 1 Februari 2021, berdasarkan pengakuan dari anak pasien, tidak diketahui berat badan dan tinggi badan pasien saat ini. Sehingga, dilakukan pengukuran LILA, ULNA dan lingkaran betis pasien untuk digunakan dalam perhitungan estimasi berat badan dan tinggi badan dan status gizi pasien karena keadaan pasien yang lemah dan hanya dapat melakukan aktivitas di atas tempat tidur saja.

Berdasarkan hasil perhitungan status gizi dengan %LILA diketahui status gizi pasien sebesar 50,1% yaitu dalam kategori gizi buruk, kemudian estimasi berat badan menurut LILA 27,2 kg dan estimasi tinggi badan pasien menurut ULNA yaitu 151,8 cm. Pada saat monitoring dan evaluasi, diketahui LILA pasien tetap. Pengukuran LILA merupakan salah satu alternatif yang digunakan untuk mendapatkan data antropometri pada pasien yang sulit berdiri (Lee, 2015). Monitoring dan evaluasi antropometri LILA tidak dapat digunakan karena pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek.

#### **2. Biokimia**

Penilaian biokimia merupakan salah satu metode dalam penilaian status gizi yang bersifat langsung. Pada umumnya yang dinilai dalam penilaian status gizi secara biokimia antara lain, yaitu zat besi, vitamin, protein dan mineral. Pemeriksaan biokimia dilakukan untuk menilai status gizi sehingga hasilnya memberikan gambaran lebih tepat, objektif dan hanya dilakukan orang yang terlatih. Pemeriksaan biokimia dilakukan terutama untuk mendeteksi keadaan defisiensi zat gizi sub-klinikal, artinya sudah mengalami kelainan biokimia namun

tanpa tanda-tanda atau gejala klinis, sehingga sering digunakan untuk menggambarkan tahap awal dari suatu penyakit atau kondisi, sebelum gejala terdeteksi oleh pemeriksaan klinik atau pemeriksaan laboratorium. Umumnya pemeriksaan biokimia digunakan untuk melengkapi metode lain dalam penilaian status gizi, misalnya data penilaian konsumsi pangan, klinis dan antropometri telah terkumpul tetapi dengan adanya data biokimia masalah gizi yang spesifik dapat lebih mudah diidentifikasi (Thamaria, 2017).

Tabel 2. Data Biokimia Ny. W

Tanggal	Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Ket
4 Februari 2021	BD.1.10.1	Hemoglobin	12,4 g/dl	12 – 16 g/dl	Normal
	BD.10.2	Hematokrit	37,1 vol%	36 – 46 vol%	Normal
	BD.1.10.4	Eritrosit	3,81 $10^6/uL$	4 – 5 $10^6/uL$	Rendah
		Trombosit	307 $10^3/uL$	150 – 450 $10^3/uL$	Normal
		Limfosit	5%	20 – 35%	Rendah
Leukosit		19,91 $10^3/uL$	4 – 11 $10^3/uL$	Tinggi	

Berdasarkan hasil pemeriksaan biokimia, pada tanggal 4 Februari 2021 dapat dilihat bahwa pasien masih mengalami infeksi ditandai dengan kadar leukosit yang masih tinggi, hasil ini pun lebih tinggi dibandingkan dengan hasil pemeriksaan biokimia yang pertama yaitu  $16,31 \times 10^3/uL$ . Selain itu, diketahui juga bahwa kadar eritrosit dan limfosit pasien semakin turun dibandingkan saat pemeriksaan pertama yaitu eritrosit  $4,25 \times 10^6/uL$  sedangkan limfosit 8%. Peningkatan kadar leukosit yang semakin tinggi belum diketahui penyebabnya, karena sudah diberikan antibiotik dan diet tinggi protein pada pasien.

### 3. Fisik Klinis

Pemeriksaan klinis bertujuan untuk mempelajari gejala yang muncul dari tubuh sebagai akibat dari kelebihan atau kekurangan salah satu zat gizi tertentu serta mengamati & mengevaluasi tanda-tanda klinis atau perubahan fisik yang ditimbulkan akibat gangguan kesehatan dan penyakit kurang gizi (Thamaria, 2017). Pada saat assessment, pasien dalam keadaan composmentis dengan bahasa tubuh lemah dan sesak nafas. Pemeriksaan fisik klinis dilakukan setiap hari oleh perawat. Berikut hasil monitoring pada tanggal 2 – 4 Februari 2021.



Tabel 3. Data Fisik Ny. W

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil
2 Februari 2021	Keadaan umum	Composmentis, sesak nafas berkurang, lemas berkurang, nafsu makan masih belum kembali
3 Februari 2021	Keadaan umum	Composmentis, sesak nafas berkurang, lemas berkurang, nafsu makan semakin baik
4 Februari 2021	Keadaan umum	Composmentis, sesak nafas berkurang, lemas berkurang, nafsu makan semakin baik

Berdasarkan Tabel 3, dapat diketahui bahwa keadaan umum pasien dari hari ke 1 sampai hari ke 3 semakin membaik. Sesak nafas berkurang karena diberikannya terapi nebulizer dan tabung oksigen. Selain itu, pasien juga diberikan diet dengan membatasi jumlah asupan karbohidrat untuk mengurangi sesak nafas yang dialami pasien, kebutuhan karbohidrat disesuaikan dengan kondisi sesak nafas pasien yaitu 54,9%. Pemberian energi yang berlebihan khususnya energi dari karbohidrat dapat meningkatkan metabolik rate sehingga meningkatkan pula konsumsi oksigen dan karbondioksida. Salah satunya yaitu sintesis lemak dari asupan KH yang berlebihan akan menyebabkan produksi CO<sub>2</sub> yang berlebihan pula, hal ini akan mempercepat kegagalan respirasi akibat retensi CO<sub>2</sub>. Pola asupan makronutrien khususnya KH dapat secara langsung mempengaruhi pertukaran gas secara adekuat akibat produksi CO<sub>2</sub>. Setiap molekul KH yang dimakan akan memproduksi satu molekul CO<sub>2</sub>. Selain itu, pasien terus diberikan motivasi setiap harinya agar asupan makannya semakin ditingkatkan.

Tabel 4. Data Klinis Ny. W

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Ket.
2 Februari 2021	Tekanan darah	106/62 mmHg	<120/80 mmHg	Normal
	Suhu	36°C	36 – 37°C	Normal
	Nadi	100x/menit	60 -100x/menit	Normal
	Respirasi	22x/menit	20 – 30x/menit	Normal
	SPO <sub>2</sub>	97%	95 – 100%	Normal
3 Februari 2021	Tekanan darah	97/61 mmHg	<120/80 mmHg	Normal
	Suhu	36,2°C	36 – 37°C	normal
	Nadi	109x/menit	60 -100x/menit	Tinggi
	Respirasi	21x/menit	20 – 30x/menit	Normal
	SPO <sub>2</sub>	95%	95 – 100%	Normal

4 Februari 2021	Tekanan darah Suhu Nadi SPO <sub>2</sub>	108/66 mmHg 36,3°C 114x/menit 98%	<120/80 mmHg 36 – 37°C 60 -100x/menit 95 – 100%	Normal Normal Tinggi Normal
-----------------------	---	--	--	--------------------------------------

Berdasarkan Tabel 4, dapat diketahui bahwa tanda vital pasien yaitu nadi pada tanggal 3 dan 4 Februari 2021 tinggi, atau pasien mengalami takikardia. Namun, selain itu, tekanan darah, suhu, respirasi dan SPO<sub>2</sub> pasien dalam keadaan normal. Takikardia yang dialami pasien berkaitan dengan gagal jantung kongestif yang diderita pasien.

#### 4. Asupan Makan

Pada hbari pertama pasien masih memperoleh makanan biasa dengan bentuk lunak (bubur), kemudian pada hari kedua diet diganti dengan bubur extra putih telur, kemudian pada hari ketiga diganti menjadi diet jantung extra putih telur dengan bentuk makanan masih lunak (bubur). Asupan makan pasien selama 3 hari (2 – 4 Februari 2021) di rumah sakit diamati dengan metode *comstock* dan *recall* 24 jam. Hasil pengamatan asupan makan pasien dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 5. Hasil Pengamatan Asupan Makan Pasien

Tanggal	Keterangan	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
2 Februari 2021	Asupan	1020,1	45,4	32,3	135,4
	Kebutuhan	1416,4	70,8	39,3	190,7
	% Asupan	72,0%	64,1%	82,1%	71,0%
	Kategori	Kurang	Kurang	Baik	Kurang
3 Februari 2021	Asupan	1071,8	47,7	33,9	145,5
	Kebutuhan	1416,4	70,8	39,3	190,7
	% Asupan	75,6%	67,3%	86,2%	76,3%
	Kategori	Kurang	Kurang	Baik	Kurang
4 Februari 2021	Asupan	1427,5	67,1	45,2	193,9
	Kebutuhan	1416,4	70,8	39,3	190,7
	% Asupan	100,8%	94,7%	115,0%	101,6%
	Kategori	Baik	Baik	Lebih	Baik

Berdasarkan SK Kemenkes No : 129/Menkes/SK/II/2008, Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dengan indikator sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien menggunakan nilai  $\leq 20\%$ , artinya pasien dinilai memiliki asupan baik apabila mampu menghabiskan makanan sebesar  $\geq 80\%$  dari standar makanan. Jika mengonsumsi makanan  $< 80\%$  pasien dinilai memiliki asupan makan kurang.

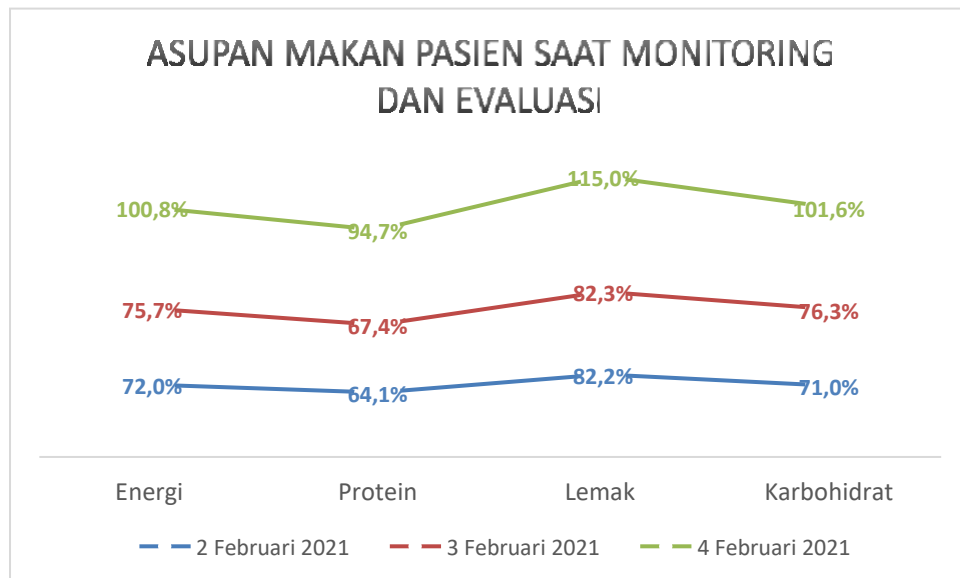
Berdasarkan Tabel 5, pada hari pertama intervensi asupan makan pasien sudah mengalami peningkatan dibandingkan saat hari pengambilan data, walaupun asupan energi, protein dan karbohidrat pasien masih dalam kategori kurang yaitu masing-masing sebesar 72%, 64,1% dan 71%, namun asupan lemak sudah dalam kategori baik yaitu sebesar 82,1%. Pada hari kedua asupan makan pasien mengalami peningkatan lagi yaitu asupan energi menjadi 75,6%, protein 67,3%, karbohidrat 76,3 dan lemak 86,2% yang masuk dalam kategori baik. Kemudian pada hari ketiga asupan makan pasien untuk zat gizi energi, protein dan karbohidrat sudah dalam kategori baik yaitu masing-masing sebesar 100,8%, 94,7% dan 101,6%, namun lemak dalam kategori lebih yaitu 115,0%. Hal ini dikarenakan tidak dilakukannya pemorsian dan rendahnya kebutuhan zat gizi pasien karena tergolong lansia, sehingga saat pasien memiliki nafsu makan yang baik dan makan lebih dari 80% makanan yang disajikan maka apabila dibandingkan dengan kebutuhan zat gizi pasien akan menunjukkan presentase pemenuhan yang lebih selain itu pasien mengonsumsi makanan dari luar RS dimana asupan lemak dan karbohidratnya termasuk tinggi sehingga asupan lemak pasien berlebih (>110%).

Pada hari pertama pengamatan dan intervensi yakni tanggal 2 Februari 2021, pasien diberikan makanan biasa dengan bentuk lunak (bubur), namun pada saat makan sore pasien sudah diberikan Diet Jantung Tinggi Protein. Pada hari pertama ini pasien masih merasakan sesak nafas dan nyeri dada sehingga pasien masih mengalami kesulitan untuk menghabiskan makanan yang disajikan, selain itu pasien mengaku sayur dan lauk hewani yang disajikan pada hari pertama masih tergolong keras sehingga tidak dimakan, hal ini juga diketahui karena gigi pasien sudah banyak yang tidak ada. Pada hari pertama pasien masih diberikan motivasi untuk menghabiskan makanan yang disajikan.

Pada hari kedua intervensi yakni tanggal 3 Februari 2021, asupan makan pasien semakin meningkat, hal ini karena didorong motivasi pasien yang ingin segera sembuh, serta dukungan dari keluarga pasien selama menemani serta sesak nafas dan nyeri dada yang berkurang, sehingga pasien sudah dapat menghabiskan lebih dari setengah porsi makanan yang disajikan.

Pada hari ketiga intervensi yakni tanggal 4 Februari 2021, asupan makan pasien semakin membaik lagi, pasien sudah dapat menghabiskan >80% makanan yang disajikan. Hal ini karena nafsu makan pasien yang mulai kembali serta sesak nafas dan nyeri dada yang jarang dirasakan lagi oleh pasien.

Selain membandingkan asupan makan pasien dengan kebutuhan sehari, dapat dilakukan perbandingan asupan makan pasien pada hari pertama, kedua dan ketiga. Berikut grafik asupan makan pasien sebagai gambaran perbandingan makan pasien selama monitoring dan evaluasi.



Gambar 1. Asupan Makan Pasien selama 3 Hari

Gambar 1 menjelaskan bahwa asupan makan pasien selama 3 hari mengalami peningkatan setiap harinya dikarenakan keadaan fisik dan nafsu makan pasien yang semakin membaik pula.

#### 5. Edukasi dan Konseling Gizi

Edukasi dilakukan untuk mendukung terlaksananya terapi diet. Setiap hari pasien dimotivasi untuk menghabiskan makanan yang disajikan oleh pihak rumah sakit. Sasaran diberikan edukasi gizi mengenai Diet Jantung Tinggi Protein. Pada saat edukasi gizi, dijelaskan tentang pengertian, tujuan diet, syarat diet dan pemilihan bahan makanan menggunakan media leaflet diet dan daftar bahan makanan penukar. Sasaran juga dimotivasi untuk patuh terhadap diet yang diberikan dengan memberikan motivasi pola makan dengan porsi kecil tetapi sering. Pada saat edukasi juga dilakukan evaluasi dengan menanyakan kembali mengenai materi yang telah disampaikan. Sasaran dapat menyebutkan tujuan diet dan pengaturan makannya. Hal ini membuktikan bahwa adanya edukasi gizi dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang diet yang sedang dijalankan. Lestari (2020) menyebutkan bahwa pengetahuan berpengaruh terhadap asupan makanan seseorang, yang hasil akhirnya asupan makanan akan berpengaruh pada status gizi

seseorang. Konsumsi makanan yang baik akan berdampak pada status gizi yang baik pula.

Selain itu, asupan makan pasien dari hari ke 1 sampai hari ke 3 mengalami peningkatan, namun pasien masih suka mengonsumsi makanan dari luar seperti yaitu jajanan pasar seperti pie buah, putu ayu, dll. Hal ini menunjukkan bahwa kepatuhan pasien terhadap diet masih kurang. Brown dan Bussel (2011) dalam Suryaningrum (2021) menyebutkan bahwa, tingkat kepatuhan seseorang dipengaruhi oleh usia. Seiring bertambahnya usia seseorang maka tingkat kepatuhan akan menurun yang disebabkan oleh penuaan (Rosyidah dkk, 2015).

## DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. 2004. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Adriani, Merryana. 2020. Alat Skrining untuk Mencegah Malnutrisi pada Lansia. Universitas Airlangga. Surabaya.
- Kurniawan W, Rumende CM, Harimurti K. 2014. Hipoalbuminemia pada Pasien Usia Lanjut dengan Pneumonia Komunitas : Prevalensi dan Pengaruhnya Terhadap Kesintasan. Jurnal Penyakit Dalam Indonesia.
- Lestari, Puji. 2020. Hubungan Pengetahuan Gizi dan Asupan Makanan dengan Status Gizi Siswi MTS Darul Ulum. Sport and Nutrition Journal. Volume 2. Nomor 2.
- Oktariyana. 2012. Gambaran Status Gizi pada Lanjut Usia di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulya 01 dan 03 Jakarta Timur. *Skripsi*. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia. Depok.
- PERKI. 2015. Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung. Edisi kedua. Jakarta : PP PERKI
- PERKI. 2020. Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung. Edisi kedua. Jakarta : PP PERKI
- Pratiwi, Agnes Trilansia. 2020. Potensi Ikan Gabus (*Ophiocephalus stratus*) untuk Meningkatkan Kadar Albumin pada Penderita Hipoalbuminemia. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Indonesia. Volume 8. Nomor 3.
- Priyanto, Innike dkk. 2018. Hubungan Kadar Kreatinin dengan Formula Huge (*Hematocrit, Urea, Gender*) pada Pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronik. Media Medica Muda. Volume 3 Nomor 2.
- Suryaningrum, Shinta. 2021. Gambaran Tingkat Kepatuhan Penderita Hipertensi Menjalani Diet Mandiri Dirumah. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Soelistijo dkk. 2015. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia*. Pengurus Besar Perkumpulan Endokrinologi Indonesia.
- Thamaria, Netty. 2017. Penilaian Status Gizi. Kemenkes RI : Jakarta. TNP2K.

Lampiran 1. Self Assesment Sebelum Rotasi Klinik

**SELF ASSESSMENT**  
**(SEBELUM ROTASI KLINIK)**

Nama Mahasiswa	Risna Fatimah
NIM	P07131521012
Tanggal	31 Januari 2021
Rotasi	Asuhan Gizi Geriatri (GZP.7204)

Jawablah pertanyaan dibawah ini, sebelum saudara melakukan praktik rotasi.

1. Tujuan utama sebelum saya mengikuti rotasi Gizi Klinik ini adalah untuk mencapai kompetensi sebagai seorang Dietisien.
2. Kekuatan dan kelemahan yang saya miliki sebelum melaksanakan rotasi.  
Berilah tanda (√) pada kolom self assesmen, sesuai kemampuan yang saudara miliki.  
1 : tidak mampu      2 : kurang mampu      3 : mampu      4 : sangat mampu

No.	Capaian Pembelajaran	Self Assesment			
		1	2	3	4
1	Mampu mengembangkan dan mengukur pengaruh dari pelayanan dan praktek kegizian			√	
2	Mampu melakukan asuhan gizi ( <i>Nutritional Care Process</i> ) dan menggunakan bahasa gizi terstandar untuk berbagai setting (individu, kelompok dan populasi dengan usia dan status kesehatan bervariasi dalam kasus komplikasi maupun non komplikasi) a. Merencanakan dan mengelola penapisan gizi untuk individu dan kelompok b. Merencanakan dan mengelola penilaian status gizi klien dengan kondisi kesehatan umum c. Menilai status gizi individu dengan kondisi kesehatan kompleks d. Melakukan penegakan diagnosis gizi e. Merancang dan menerapkan rencana intervensi gizi sesuai dengan masalah kesehatan klien f. Mampu mengelola pemantauan asupan makanan dan status gizi klien g. Mampu merencanakan dan mengelola dokumentasi proses asuhan gizi			√	
3	Mampu mengembangkan dan menerapkan rencana pemberian makanan peralihan			√	
4	Mampu melakukan monitoring dan evaluasi asupan zat gizi parenteral sesuai dengan kebutuhan gizi klien			√	
5	Mampu mengkoordinasikan kegiatan pelayanan gizi diantara pemberi pelayanan			√	

6	Mampu melakukan komponen pelayanan gizi dalam forum diskusi tim medis untuk tindakan dan rencana rawat jalan pasien dalam pelayanan konseling, edukasi gizi dan dietetik			√	
7	Mampu merujuk pasien/klien kepada profesional dietisien atau disiplin lain bila diluar kemampuan/kewenangan			√	
8	Mampu merujuk klien kepada tenaga kesehatan dan instansi pelayanan kesehatan lain yang lebih sesuai dengan kesehatan umum dan gizi			√	
9	Mampu melakukan praktik kegizian sesuai dengan nilai-nilai dan Kode Etik Profesi Gizi			√	
10	Mampu berkomunikasi efektif dalam pelayanan konseling, edukasi gizi dan dietetik untuk penanganan masalah gizi individu, kelompok dan masyarakat untuk membantu perubahan perilaku			√	
11	Mampu menginterpretasikan dan memadukan pengetahuan ilmiah terbaru dalam praktek kegizian ( <i>evidence-based practice</i> )			√	
12	Mampu mengakses data, sumber pustaka, bahan pendidikan untuk pasien, data konsumen dan informasi lainnya dari sumber yang kredible			√	
13	Mampu melakukan pelayanan gizi sesuai dengan daur kehidupan manusia pada berbagai kelompok masyarakat berdasarkan budaya, agama dan kepercayaan			√	
14	Menggunakan informasi dan teknologi terkini untuk mengembangkan, menyimpan, mengambil dan menyebarkan informasi dan data			√	
15	Mampu melakukan pengkajian diri dan berpartisipasi dalam pengembangan profesi serta pendidikan terkait gizi sepanjang hayat			√	
16	Mampu melakukan riset bidang gizi untuk meningkatkan profesionalisme dan mendukung proses pengambilan keputusan			√	
17	Mampu memformulasikan, menerapkan dan mengevaluasi standar makanan enteral untuk memenuhi kebutuhan gizi klien			√	

3. Pengetahuan dan keterampilan yang saya peroleh sebelum kegiatan rotasi ini adalah mengetahui cara melakukan skrining gizi, assessment gizi, menegakkan diagnosis gizi, intervensi gizi dan melakukan monitoring dan evaluasi gizi geriatri



Lampiran 2. Self Assesment Setelah Rotasi Klinik

**SELF ASSESSMENT**  
**(SETELAH ROTASI KLINIK)**

Nama Mahasiswa	Risna Fatimah
NIM	P07131521012
Tanggal	5 Februari 2021
Rotasi	Asuhan Gizi Geriatri (GZP.7204)

Jawablah pertanyaan dibawah ini, setelah saudara melakukan praktik rotasi.

1. Tujuan utama setelah saya mengikuti rotasi Gizi Klinik ini adalah untuk mencapai kompetensi sebagai seorang Dietisien.
2. Kekuatan dan kelemahan yang saya miliki setelah melaksanakan rotasi.  
Berilah tanda (√) pada kolom self assesment, sesuai kemampuan yang saudara miliki.  
1 : tidak mampu      2 : kurang mampu      3 : mampu      4 : sangat mampu

No.	Capaian Pembelajaran	Self Assesment			
		1	2	3	4
1	Mampu mengembangkan dan mengukur pengaruh dari pelayanan dan praktek kegizian				√
2	Mampu melakukan asuhan gizi ( <i>Nutritional Care Process</i> ) dan menggunakan bahasa gizi terstandar untuk berbagai setting (individu, kelompok dan populasi dengan usia dan status kesehatan bervariasi dalam kasus komplikasi maupun non komplikasi) h. Merencanakan dan mengelola penapisan gizi untuk individu dan kelompok i. Merencanakan dan mengelola penilaian status gizi klien dengan kondisi kesehatan umum j. Menilai status gizi individu dengan kondisi kesehatan kompleks k. Melakukan penegakan diagnosis gizi l. Merancang dan menerapkan rencana intervensi gizi sesuai dengan masalah kesehatan klien m. Mampu mengelola pemantauan asupan makanan makanan dan status gizi klien n. Mampu merencanakan dan mengelola dokumentasi proses asuhan gizi				√
3	Mampu mengembangkan dan menerapkan rencana pemberian makanan peralihan				√
4	Mampu melakukan monitoring dan evaluasi asupan zat gizi parenteral sesuai dengan kebutuhan gizi klien				√
5	Mampu mengkoordinasikan kegiatan pelayanan gizi diantara pemberi pelayanan				√

6	Mampu melakukan komponen pelayanan gizi dalam forum diskusi tim medis untuk tindakan dan rencana rawat jalan pasien dalam pelayanan konseling, edukasi gizi dan dietetik				√
7	Mampu merujuk pasien/klien kepada profesional dietisien atau disiplin lain bila diluar kemampuan/kewenangan				√
8	Mampu merujuk klien kepada tenaga kesehatan dan instansi pelayanan kesehatan lain yang lebih sesuai dengan kesehatan umum dan gizi				√
9	Mampu melakukan praktik kegizian sesuai dengan nilai-nilai dan Kode Etik Profesi Gizi				√
10	Mampu berkomunikasi efektif dalam pelayanan konseling, edukasi gizi dan dietetik untuk penanganan masalah gizi individu, kelompok dan masyarakat untuk membantu perubahan perilaku				√
11	Mampu menginterpretasikan dan memadukan pengetahuan ilmiah terbaru dalam praktek kegizian ( <i>evidence-based practice</i> )				√
12	Mampu mengakses data, sumber pustaka, bahan pendidikan untuk pasien, data konsumen dan informasi lainnya dari sumber yang kredible				√
13	Mampu melakukan pelayanan gizi sesuai dengan daur kehidupan manusia pada berbagai kelompok masyarakat berdasarkan budaya, agama dan kepercayaan				√
14	Menggunakan informasi dan teknologi terkini untuk mengembangkan, menyimpan, mengambil dan menyebarkan informasi dan data				√
15	Mampu melakukan pengkajian diri dan berpartisipasi dalam pengembangan profesi serta pendidikan terkait gizi sepanjang hayat				√
16	Mampu melakukan riset bidang gizi untuk meningkatkan profesionalisme dan mendukung proses pengambilan keputusan				√
17	Mampu memformulasikan, menerapkan dan mengevaluasi standar makanan enteral untuk memenuhi kebutuhan gizi klien				√

3. Pengetahuan dan keterampilan yang saya peroleh sebelum kegiatan rotasi ini adalah mengetahui cara melakukan skinning gizi, assessment gizi, menegakkan diagnosis gizi, intervensi gizi, melakukan koordinasi tenaga medis dan melakukan monitoring dan evaluasi gizi geriatri

### Lampiran 3 : Leaflet Diet Jantung

#### Kebutuhan Gizi Sehari

Berat Badan : .....kg Tinggi Badan : .....cm  
 Indeks Massa Tubuh (IMT) : .....kg/m<sup>2</sup>  
 Status Gizi : .....  
 Energi : .....kcal Lemak : .....gram  
 Protein: .....gram Karbohidrat : .....gram

#### PEMBAGIAN MAKAN SEHARI

**Makan Pagi jam 06.00 - 08.00**

Nama Makanan	Berat (gram)	URT*
Nasi/pengganti : .....	.....	.....
Lauk Hewani : .....	.....	.....
Lauk Nabati : .....	.....	.....
Sayuran : .....	.....	.....
Buah : .....	.....	.....
Minyak** : .....	.....	.....

Selingan pagi jam 10.00 :  
.....

**Makan Siang jam 12.00 - 13.00**

Nama Makanan	Berat (gram)	URT*
Nasi/pengganti : .....	.....	.....
Lauk Hewani : .....	.....	.....
Lauk Nabati : .....	.....	.....
Sayuran : .....	.....	.....
Buah : .....	.....	.....
Minyak** : .....	.....	.....

Selingan sore jam 16.00 :  
.....

**Makan Malam jam 18.00 - 19.00**

Nama Makanan	Berat (gram)	URT*
Nasi/pengganti : .....	.....	.....
Lauk Hewani : .....	.....	.....
Lauk Nabati : .....	.....	.....
Sayuran : .....	.....	.....
Buah : .....	.....	.....
Minyak** : .....	.....	.....

Selingan malam jam 21.00 :  
.....

\*URT : Ukuran Rumah Tangga  
 \*\*Minyak : Digunakan dalam pengolahan makanan

#### Contoh Menu Sehari

Makan Pagi	Makan Siang	Makan Malam
Nasi	Nasi	Nasi
Ayam Panggang	Pesmol ikan	Rolade Daging
Orak Arik Tahu wortel	Oseng Tempe	Pepes Tahu
Pisang	Tumis labu siam	Cah Buncis Putren
	kacang panjang	Jeruk Manis
	Pepaya	
<b>Selingan</b>	<b>Selingan</b>	
Puding Buah	Talam Jagung	

**CATATAN KONSELOR**

Untuk informasi kesehatan dan gizi lainnya dapat mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan terdekat

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia  
Tahun 2018

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

## DIET JANTUNG

“ Sehatkan Jantung Anda dengan mengonsumsi makanan dan minuman sesuai kebutuhan, lakukan aktivitas fisik sesuai kondisi serta berhenti merokok ”

Nama : .....L/P

Tanggal Lahir : .....

Tanggal Konseling : .....

Nama Konselor : .....



## Diet Penyakit Jantung

Diet ini diberikan kepada pasien Gagal Jantung dan Infark Miokard yang telah teratasi, dimana jantung secara berangsur kehilangan kemampuannya untuk melakukan fungsi secara normal.



### TUJUAN DIET

- Memberikan makanan yang cukup dan sesuai kebutuhan tanpa memperberat kerja jantung.
- Menurunkan berat badan bila pasien memiliki berat badan berlebih
- Mencegah serta menghilangkan edema atau bengkak yang disebabkan oleh penimbunan garam atau air di dalam tubuh.

### PRINSIP DIET

- Energi dan Protein diberikan cukup sesuai kebutuhan pasien
- Lemak diberikan sedang dengan memperhatikan jenis lemaknya, dapat berasal dari lemak jenuh dan lemak tidak jenuh
- Vitamin dan mineral cukup sesuai dengan kebutuhan
- Garam rendah, jika disertai hipertensi atau edema
- Makanan mudah cerna dan tidak menimbulkan gas
- Serat cukup untuk menghindari kesulitan buang air besar (konstipasi)
- Batasi cairan sesuai dengan kondisi pasien
- Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan pasien dan diberikan dalam porsi kecil tapi sering

### Bahan Makanan yang Dianjurkan, Dibatasi dan Dihindari

Bahan Makanan	Dianjurkan	Dibatasi	Dihindari
Makanan Pokok	Nasi, roti tawar, mie, bihun, kentang, pasta (makaroni, spaghetti, dll), tepung beras /terigu /sagu, krekers tawar	Biskuit, bolu, roti manis	Kue yang mengandung lemak tinggi (Cake, pastry), ketan, mie instan, bahan makanan yang mengandung gas atau alkohol, seperti ubi, singkong, tape
Lauk Hewani	Ikan, ayam tanpa kulit, susu rendah lemak, putih telur	Daging tanpa lemak, kuning telur	Daging sapi berlemak, ayam dengan kulit, sosis, ham,limpa, babat, otak, udang, cumi, kerang, keju, susu full cream
Lauk Nabati	Kacang-kacangan kering seperti kacang hijau, kacang kedelai, dan hasil olahannya seperti tahu, tempe	Kacang merah, kacang tanah, kacang mede	
Sayuran	Sayuran yang tidak mengandung gas seperti, buncis, kacang panjang, labu siam, wortel, tomat, toge, ketimun, oyong,	Asparagus, bayam, bit	Sayuran yang mengandung gas seperti kol, sawi, nangka muda lobak
Buah-buahan	Buah-buah segar seperti pisang, apel, pepaya, jeruk, melon, semangka, alpukat		Buah yang menimbulkan gas seperti, nangka, durian, nanas
Lemak	Minyak yang mengandung Lemak Tak Jenuh seperti, minyak jagung, minyak kedelai, minyak zaitun	Minyak kelapa, santan encer	Mentega, santan kental
Minuman	Teh encer, sirup, yoghurt	Coklat	Teh kental, kopi, minuman yang mengandung soda seperti soft drink dan minuman beralkohol
Bumbu	Semua bumbu segar	Cabe, lada	Bumbu olahan yang mengandung natrium seperti bumbu penyedap, kaldu instan
Lain - lain	Gula pasir, madu		

### Tips Sukses Menjalankan Diet

- Perbanyak makan buah dan sayuran tinggi kalium seperti pisang, pepaya dan sayuran hijau serta kacang-kacangan, untuk menghindari terjadinya kekurangan kalium
- Batasi makanan yang berkuah
- Minumlah sesuai dengan kebutuhan
- Memasak makanan sebaiknya dengan cara ditim, dikukus, dipepes, direbus dan dipanggang

