BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Infark Miokard

a. Pengertian

Infark miokard merupakan kematian atau nekrosis jaringan miokard akibat penurunan secara tiba-tiba aliran darah arteri koronaria ke jantung atau terjadinya peningkatan kebutuhan oksigen secara tiba-tiba tanpa perfusi arteri koronaria yang cukup. Infark miokard dapat disebabkan oleh penyempitan kritis arteri koronaria akibat aterioklerosis atau oklusi arteri komplet akibat embolus atau thrombus. Penurunan aliran darah koroner dapat disebabkan oleh syok, hemoragi dan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada jantung (Wahyuningsih, 2013).

b. Etologi

Infark miokard disebabkan karena rupturnya plak aterosklerosis dan adanya thrombus. Penyebab lain infark tanpa aterosklerosis pembuluh koronaria dapat disebabkan karena emboli arteri koronaria, anomali arteri koronaria kongenital, spasme koronaria terisolasi, arteritis trauma, gangguan hematologik dan berbagai penyakit inflamasi sistemik (Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, dkk, dalam Haniastri 2015).

c. Patofisiologi

Infark miokard merupakan manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang koyak atau pecah. Hal ini berkaitan dengan perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrus yang menutupi plak tersebut. Kejadian ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi. Terbentuklah trombus yang kaya trombosit (*white thrombus*). Trombus ini akan menyumbat liang pembuluh darah koroner, baik secara total maupun parsial; atau menjadi mikroemboli yang menyumbat pembuluh koroner yang lebih distal. Selain itu terjadi pelepasan zat vasoaktif yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokardium. Pasokan oksigen yang berhenti selama kurang lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis atau infark miokard. Infark miokard tidak selalu disebabkan oleh oklusi total pembuluh darah koroner. Obstruksi subtotal yang disertai vasokonstriksi yang dinamis dapat menyebabkan terjadinya iskemia dan nekrosis jaringan otot jantung (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015).

d. Klasifikasi

1) Infark miokard dengan ST-elevasi atau *ST Segment Elevation Myocardial Infarction* (*STEMI*)

Oklusi total dari arteri koroner yang menyebabkan area infark yang lebih luas meliputi seluruh ketebalan miokardium, yang ditandai dengan adanya elevasi segmen ST pada EKG.

2) Infark miokard non ST- elevasi atau *Non ST Segment Elevation Myocardial Infarction* (*NSTEMI*)

Oklusi sebagian dari arteri koroner tanpa melibatkan seluruh ketebalan miokardium, sehingga tidak ada elevasi segmen ST pada EKG.

(Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, dkk, dalam Haniastri 2015)

e. Gambaran Klinis

Gambaran penyakit infark miokard dapat bervariasi dari pasien yang datang hanya untuk melakukan pemeriksaan rutin, pasien yang merasa nyeri disubsternal yag hebat dan secara cepat berkembang menjadi *shock*, pasien edema pulmonal, hingga pasien yang tampak sehat namun tiba-tiba meninggal. Serangan infark miokard biasanya akut dengan rasa sakit seperti angina tetapi tidak biasa. Terdapat penekanan yang luar biasa pada dada. Angina pada infark miokard akut terjadi sewaktu pasien dalam keadaan istirahat dan pada jam-jam awal di pagi hari yang dapat disertai dengan *nausea* dan *vomitus*. Pasien sering memperlihatkan wajah pucat dengan keringat dan kulit yang dingin dan disertai nadi yang berdetak cepat (Naga, Sholeh S., 2012).

2. Faktor-faktor Risiko Penyakit Jantung

Menurut direktorat pengendalian penyakit tidak menular departemen kesehatan RI dalam pedoman pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah (2007), terdapat dua faktor risiko penyakit jantung yaitu:

1.) Faktor Risiko Yang Tidak Dapat Dikendalikan:

a.) Usia

Peningkatan morbiditas dan mortalitas penyakit jantung dan pembuluh darah mulai terjadi pada kelompok usia 30-44 tahun semakin berisiko. Kematian pada usia dini yaitu 25-64 tahun. Walaupun kematian karena penyakit jantung dan pembuluh darah banyak terjadi pada usia >65 tahun, namun penyebab kematian sulit diinterpretasikan karena adanya berbagai faktor penyebab penyakit.

b.) Jenis Kelamin

Mortalitas karena penyakit jantung koroner atau infark miokard lebih sering terjadi pada pria, namun dapat mengenai wanita terutama pada usia lanjut. Wanita merupakan kasus spesial untuk penyakit jantung koroner termasuk infark miokard (WHO 2004 dalam DepKes RI 2007), ini disebabkan karena:

(i) Risiko pada wanita lebih tinggi dibanding pria (merokok, tingginya kadar trigliserida)

(ii) Prevalensi faktor risiko tertentu lebih tinggi pada wanita dibanding pria (Diabetes mellitus, depresi)

c.) Genetik

Riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi (faktor keturunan) juga mempertinggi risiko terkena hipertensi, terutama pada hipertensi primer (esensial). Faktor genetik ini juga dipengaruhi faktor-faktor lingkungan lain, yang menyebabkan hipertensi. Menurut Davidson dalam DepKes RI 2007, bila kedua orang tua menderita hipertensi maka sekitar 45% akan turun ke anak-anaknya dan bila salah satu orang tuanya yang menderita hipertensi maka sekitar 30% akan turun ke anak-anaknya.

2.) Faktor Risiko yang Dapat Dikendalikan:

a.) Merokok

Di dunia, tembakau merupakan penyebab kelima penyakit kardiavaskular. Di USA lebih dari 62.000 orang meninggal karena penyakit jantung yang disebabkan karena mereka adaiah perokok pasif.

Hasil penelitian Framingham menyimpulkan risiko kematian kardiovaskular menurun sekitar 24% hanya dengan menghentikan kebiasaan merokok penduduk di daerah itu.

Persentase perokok tiap hari sebesar 28%, 84% diantaranya merokok sejumlah 1-12 batang, dan sebagian besar (64%) mulai merokok pada umur 15-19 tahun. Prevalensi perokok meningkat

dengan meningkatnya umur dan mencapai puncak usia 40-45 tahun, kemudian menurun pada usia lanjut.

b.) Aktifitas Fisik

Sejumlah penelitian yang telah dilakukan dikaitkan dengan aktifitas fisik dengan hasil sebagai berikut:

1. Aktifitas fisik berhubungan dengan salah satu faktor risiko penyakit kardiovasklular yaitu hipertensi.
2. Aktifitas fisik berhubungan dengan obesitas dan insidens *Diabetes Mellitus* Tipe 2, studi longitudinal pada pria dan wanita di Amerika, China dan Finlandia.

Penduduk umur 15 tahun ke atas kurang beraktifitas fisik sebesar 85%. Penurunan sebagian besar disebabkan karena meningkat penduduk yang sedentary pada kelompok umur 55 tahun ke atas. Penduduk yang kurang beraktifitas fisik pada perempuan (87%) lebih tinggi daripada laki-laki (83%), di perkotaan (86%) lebih tinggi daripada di perdesaan (84%).

c.) Hipertensi

Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 2004, prevalensi hipertensi di Indonesia sekitar 14% dan meningkat dengan bertambahnya umur. Pada kelompok umur 25-34 tahun sebesar 7% naik menjadi 16% pada kelompok umur 65 tahun atau lebih menjadi 29%. Prevalensi hipertensi pada perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Hipertensi secara langsung memberikan

konstribusi yang independent terhadap kejadian kardiovaskular menurut laporan studi Framingham.

Hipertensi memicu proses aterosklerosis oleh karena tekanan yang tinggi mendorong LDL kolesterol sehingga lebih mudah masuk kedalam intima. Hipertensi menyebabkan reaktivitas vaskular meningkat dan memincu perubahan struktural sampai terjadi hipertrofi.

d.) Kadar Lipid-Kolesterol yang Abnormal

Akibat dari kolesterol yang meningkat dalam darah (hiperlipidemia) mengakibatkan perubahan struktur dan fungsi pembuluh darah dan plak arterosklerotik.

Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 2004 menunjukkan semakin lanjut usia, nilai rata-rata kolesterol cenderung semakin meningkat, yaitu pada kelompok umur 55-64 tahun sebesar 2,7% dan >65 tahun sebesar 2,1%. Sementara itu pravalensi hiperkolesterolemia di Indonesia sebesar 1,5%, pada laki-laki 0,6% dan 2,2% pada perempuan.

e.) Diabetes

Berdasarkan Survei Rumah Tangga tahun 2004 didapatkan pravelensi hiperglikemia sebesar 11,2% dan lebih tinggi pada laki-laki sebesar 13% daripada perempuan hanya sebesar 10%,

Gula darah yang tinggi, dipengaruhi oleh meningkatnya populasi penduduk pada kelompok umur 55-64 tahun sebesar

13,5% (SKRT, 2004), disamping kelebihan berat badan dan obesitas, serta tingginya konsumsi karbohidrat.

Aterosklerosis yang dipercepat (*accelerated atherosclerosis)* merupakan komplikasi utama pada diabetes usia remaja. Pada perempuan pengaruh diabetes lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Hipertensi, obesitas, resitensi insulin, hipertrigliserida, dan rendahnya kolesterol HDL cenderung saling mendukung dan secara bersama-sama mempercepat proses aterosklerosis.

f.) Kegemukan (Obesitas)

Obesitas disebabkan oleh pola makan yang tidak sehat, yaitu dengan mengkonsumsi sedikit buah dan sayuran, kandungan serat, tingginya intake tinggi lemak jenuh dan gula.

Lebih dari 60% di Amerika Serikat mengalami kelebihan berat badan atau kegemukan, di Cina 70 juta orang mengalami kegemukan. Walaupun belum ada penelitian epidemilogi yang baku di Indonesia mengenai obesitas, data yang ada saat ini sudah menunjukkan terjadinya pertambahan jumlah penduduk dengan obesitas, khususnya di kota-kota besar. Pada penelitian epidemiologi di daerah Abadijaya, Depok, pada tahun 2001 didapatkan persentase obesitas sebesar 48,6 %, pada tahun 2002 didapatkan 45% dan 44% pada tahun 2003.

3. Penatalaksanaan Infark Miokard

Perubahan gaya hidup merupakan usaha pencegahan penyakit jantung. Langkah-langkah yang dapat dilakukan adalah:

a.) Olahraga teratur 4-7 hari seminggu : olahraga berat selama 30 menit, moderate 30-50 menit dan ringan selama 60 menit.

b.) Batasi konsumsi alkohol, berhenti merokok, mengontrol tekanan darah

c.) Mempertahankan berat badan ideal. IMT minimal <27 kg/m^2 atau optimal <25 kg/m^2

d.) Konsumsi antioksidan seperti; flavonoid, teh hijau dan minyak olive.

e.) Diet rendah kolesterol, rendah lemak trans dan jenuh. Konsumsi asam lemak omega 3, buah, sayur segar dan kacang-kacangan.

f.) Ukuran lingkar pinggang dijaga optimal (asia tenggara: pria <90cm, wanita <80 cm)

(Setiati, Siti; dkk. 2014)

Diet yang dianjurkan bagi pasien penyakit jantung memperlihatkan bahwa strategi diet menyelamatkan nyawa dan meningkatkan kesehatan. Bagi pasien jantung yang baru menderita infark miokard (IM) atau angina, kurangi asupan lemak jenuh dang anti seluruhnya atau sebagian dengan lemak tak jenuh (Webster-Gandy, 2011).

Tujuan dari penatalaksanaan diet penyakit jantung yaitu untuk memberikan makanan secukupnya tanpa membertakan kerja jantung, menurunkan berat badan apabila mengalami kegemukan, mencegah atau menghilangkan penimbunan garam atau air. Hal-hal yang perlu

diperhatikan dalam pengaturan diet pada penderita penyakit jantung adalah sebagai berikut (Wahyuningsih, 2013):

a. Energi disesuaikan menurut berat badan dan aktivitas fisik. Apabila pasien mengalami kegemukan, penurunan berat badan dapat dicapai dengan asupan energi rendah dan peningkatan aktivitas fisik.
b. Lemak sedang <30% dari kebutuhan energi total. Jika terdapat dislipidemia, maka pengaturan lemak sebagai berikut: lemak jenuh untuk diet dislipidemia tahap I (<10% dari kebutuhan energi total) dan untuk dislipidemia II (<7% dari kebutuhan energi total).

   Lemak tak jenuh untuk dislipidemia I dan II adalah 10-15% dari kebutuhan energi total.

   Kolesterol <300 mg untuk dislipidemia I dan <200 mg untuk diet dislipidemia II.
c. Protein cukup, yaitu 10-20% dari kebutuhan energi total. Sumber protein hewani terutama dari ikan yang banyak mengandung omega 3, sumber protein nabati dianjurkan
d. Karbohidrat cukup, sebesar 50-60% dari kebutuhan energi total
e. Serat diberikan tinggi, terutama serat larut air yang terdapat dalam apel, beras tumbuk, beras merah, havermout, dan kacang-kacangan
f. Vitamin dan mineral diberikan cukup.
g. Menghindari makanan yang tinggi lemak; gorengan, daging berlemak, krim, margarin, mentega, keju, susu, fast food, kue-kue manis dll.
h. Menghindari makanan sumber kolesterol; jerohan, otak, kuning telur.

4. Asuhan Gizi

Asuhan gizi merupakan kegiatan pelayanan gizi Rumah Sakit sebagai salah satu jenis asuhan *(care)* atau pelayanan *(service)* paripurna seorang pasien baik pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap, disamping asuhan medik dan asuhan keperawatan. Asuhan gizi merupakan sarana dalam upaya pemenuhan zat gizi pasien. Pelayanan gizi pasien rawat inap sering disebut dengan terapi gizi medik. Tujuan utama asuhan gizi adalah memenuhi kebutuhan zat gizi pasien secara optimal, baik berupa pemberian makanan pada pasien yang dirawat, maupun konseling gizi pada pasien rawat jalan (Aritonang, 2012).

Sejak tahun 2003, American Dietetic Association (ADA) menyusun *Standarized Nutrition Care Process (NCP)*, kemudian tahun 2006, Asosiasi Dietesien Indonesia (ASDI) mulai mengadopsi NCP-ADA menjadi Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT). Proses terstandar ini merupakan metode pemecahan masalah yang sistematis dalam menangani problem gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi. Tujuan dari pemberian asuhan gizi adalah mengembalikan pada status gizi baik dengan mengintervensi berbagai faktor penyebab (Kemenkes RI, 2014). Terdapat empat langkah proses asuhan gizi yaitu;

a. Pengkajian Gizi

Merupakan pendekatan sistematik untuk mengumpulkan dan menginterpretasikan data-data yang membantu mengidentifikasi

berbagai problem terkait gizi. Pengkajian gizi merupakan proses evaluasi dan reevaluasi yang terus berjalan terhadap berbagai indikator terkait dibandingkan dengan kriteria yang sudah diterima. Pengkajian gizi terdiri dari lima kategori yaitu: antropometri, biokimia, klinik/fisik, riwayat terkait makan/*dietary history*, riwayat klien/personal (Tabel 1.) (Emery, 2014).

Tabel 1. Parameter Pengkajian Gizi

Kategori	Contoh
Antropometri	Berat badan, tinggi badan, indeks massa tubuh (IMT) dll
Biokimia	Data laboratorium seperti; glukosa, lipid, berbagai tes pemeriksaan rontgen abdomen dll
Klinis/Fisik	Turgor dan integritas kulit, status dental, penampakan lemak bawah kulit/massa otot
Dietary History	Asupan makanan dan zat gizi, diet yang lazim dilakukan, ketersediaan makanan, pengetahuan/kepercayaan terhadap makanan
Riwayat Klien/Personal	Riwayat medis/bedah/keluarga, riwayat sosial

1) Antropometri

Pengukuran antropometri adalah pengukuran terhadap dimensi tubuh dan komposisi tubuh. Antropometri adalah pengukuran yang paling sering digunakan sebagai metode penilaian status gizi secara langsung (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2014).

2) Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratories yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan

antara lain: darah, urine, tinja dan juga jaringan tubuh seperti hati dan otot. Metode ini digunakan untuk peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik sehingga, pemeriksaan biokimia dapat untuk menentukan kekurangan gizi spesifik (Anggraeni, 2012).

3) Klinis dan Fisik

Penilaian tanda-tanda klinik berdasarkan pada perubahan yang terjadi berhubungan dengan kekurangan atau kelebihan asupan zat gizi yang dilihat pada jaringan epitel di mata, kulit, rambut, mukosa mulut, dan organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2014).

Pemeriksaan tanda-tanda fisik terkait gizi meliputi: evaluasi sistem tubuh, *wasting* otot dan lemak subkutan, kesehatan mulut, kemampuan menghisap, menelan dan bernafas serta nafsu makan (Kemenkes R1, 2014).

4) Riwayat terkait makan/*Dietary History*

Dietary History terdiri dari riwayat asupan makan sebelum masuk rumah sakit dan saat masuk rumah sakit (Anggraeni, 2012).

Pencatatan riwayat makan adalah metode yang umum dipakai untuk menilai asupan makan. Riwayat makan dapat diperoleh dengan mencatat informasi terkait yang diperoleh

melalui wawancara. Riwayat makan mampu menyajikan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi asupan makanan dan cairan. Informasi yang sering diperoleh meliputi: asupan makanan yang dikonsumsi 24 jam terakhir, kebiasaan makan sehari-hari, jumlah kali makan, ukuran makan dan jumlah makanan biasanya, lokasi makan sehari-hari, konsumsi makanan siap saji, kudapan dan *fast food,* asupan cairan termasuk konsumsi minuman dan alkohol, kemungkinan alergi makanan, pilihan makanan dan frekuensi konsumsi (Katsilambros, Nikolaos; et.al., 2016).

5) Riwayat Klien/Personal

Merupakan informasi saat ini dan masa lalu mengenai riwayat personal, medis, keluarga dan sosial. Riwayat klien mencakup:

a) Riwayat personal yaitu menggali informasi umum seperti usia, jenis kelamin, etnis, pekerjaan, merokok dan cacat fisik.
b) Riwayat medis/kesehatan pasien yaitu menggali penyakit atau kondisi pada klien atau keluarga dan terapi medis atau terapi pembedahan yang berdampak pada status gizi.
c) Riwayat sosial yaitu menggali mengenai faktor sosioekonomi klien, situasi tempat tinggal, kejadian bencana yang dialami, agama, dukungan kesehatan dan lain-lain.

(Kemenkes R1, 2014)

b. Diagnosis Gizi

Merupakan identifikasi masalah gizi dari data penilaian gizi yang menggambarkan kondisi gizi pasien saat ini, risiko hingga potensi terjadinya masalah gizi yang dapat ditindaklanjuti agar dapat diberikan intervensi gizi yang tepat. Diagnosa gizi terdiri dari tiga domain, yaitu:

1) Domain Intake (NI)

   Merupakan kelompok permasalahan gizi yang berhubungan dengan intake atau asupan gizi pasien.

2) Domain Klinis (NC)

   Merupakan kelompok permasalahan gizi yang berhubungan dengan keadaan fisik dan klinis, kondisi medis, dan hasil pemeriksaan laboratorium pasien.

3) Domain Perilaku (NB)

   Merupakan kelompok permasalahan gizi yang berhubungan dengan kebiasaan hidup, perilaku, kepercayaan, lingkungan dan pengetahuan gizi pasien.

   (Anggraeni, 2012)

Diagnosis gizi ditulis sebagai pernyataan PES yang terdiri dari ***p****roblem*. ***e****tiolog*i dan ***s****ign/symptoms* (tanda-tanda/gejala). Problem atau permasalahan dipilih dari daftar istilah yang sudah dibakukan dan meliputi istilah diagnosis yang mecakup tiga domain yaitu: asupan, problem klinik dan problem perilaku. Etiologi dianggap sebagai penyebab yang melatari problem gizi. Etilogi merupakan faktor yang

dikumpulkan selama proses pengkajian. Etiologi ditulis menggunakan istilah diagnosis gizi dengan dihubungkan oleh kata "yang berhubungan dengan". Bagian akhir dari PES adalah tanda-tanda dan gejala yang dinyatakan sesudah kata-kata "yang dibuktikan dengan". Tanda-tanda dan gejala dianggap sebagai bukti bahwa terdapat diagnosis gizi (Emery, 2014).

c. Intervensi Gizi

Intervensi gizi adalah rangkaian kegiatan yang terencana dalam melakukan tindakan kepada pasien untuk mengubah semua aspek yang berkaitan dengan gizi pada pasien agar didapatkan hasil yang optimal (Aggraeni, 2012).

Intervensi gizi terdiri dari dua tahap, yaitu membuat rencana intervensi gizi dan implementasi rencana. Intervensi gizi ditujukan untuk melakukan manajemen dan diagnosis yang telah ditetapkan sebelumnya, yakni meliputi manajemen faktor risiko, faktor perilaku, faktor lingkungan dan aspek gizi dari status kesehatan pasien (Aritonang, 2012).

Komponen intervensi gizi yang saling berkaitan yaitu:

1) Perencanaan

a) Tetapkan prioritas diagnosis gizi berdasarkan derajat kegawatan masalah, keamanan dan kebutuhan pasien. Intervensi diarahkan untuk menghilangkan penyebab (etiologi dari problem), bila etiologi tidak dapat ditangani oleh ahli gizi

maka intervensi direncanakan untuk mengurangi tanda dan gejala masalah (*signs/simptoms*).

b) Pertimbangkan panduan, penuntun diet, konsensus dan regulasi yang berlaku.

c) Diskusikan rencana asuhan dengan pasien, keluarga atau pengasuh pasien

d) Tetapkan tujuan yang berfokus pada pasien

e) Buat strategi intervensi, misalnya modifikasi makanan, edukasi atau konseling

f) Merancang preskripsi diet

Preskripsi diet adalah rekomendasi kebutuhan zat gizi pasien secara individual, mulai dari menetapkan kebutuhan energi, komposisi zat gizi yang mencakup zat gizi makro dan mikro, jenis diet, bentuk makanan, frekuensi makan dan rute pemberian makanan. Preskripsi diet dirancang berdasarkan pengkajian gizi, komponen diagnosis gizi, rujukan rekomendasi, kebijakan dan prosedur serta kesukaan dan nilai-nilai yang dianut oleh pasien atau klien.

g) Tetapkan waktu dan frekuensi intervensi

h) Identifikasi sumber-sumber yang dibutuhkan

2) Implementasi

a) Komunikasi rencana intervensi dengan pasien, tenaga kesehatan atau tenaga lain

b) Melaksanakan rencana intervensi

(Kemenkes RI, 2014)

d. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring adalah pengawasan terhadap perkembangan keadaan pasien serta pengawasan penanganan pasien, apakah sudah sesuai dengan yang ditentukan ahli gizi. Sedangkan evaluasi adalah proses penentuan seberapa jauh dalam mencapai tujuan-tujuan.

Implementasi pelayanan gizi yang dimonitor dan dievaluasi yaitu nilai antropometri, biokimia, asupan makan, perkembangan penyakit secara keseluruhan, sikap terhadap makanan dan pengetahuan diet yang harus dijalani (Anggraeni, 2012).

B. Landasan Teori

Infark miokard merupakan kematian atau nekrosis jaringan miokard akibat penurunan secara tiba-tiba aliran darah arteri koronaria ke jantung atau terjadinya peningkatan kebutuhan oksigen secara tiba-tiba tanpa perfusi arteri koronaria yang cukup (Wahyuningsih, 2013). Infark miokard disebabkan karena rupturnya plak aterosklerosis dan adanya thrombus (Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, dkk, dalam Haniastri 2015). Infark miokard merupakan manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang koyak atau pecah (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015). Infark miokard diklasifikasikan menjadi Infark miokard dengan ST-elevasi (*STEMI*) dan Infark miokard tanpa ST-elevasi (*NSTEMI*) (Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, dkk, dalam Haniastri 2015).

Faktor risiko penyakit jantung terbagi menjadi faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan dan faktor risiko yang dapat dikendalikan. Faktor yang tidak dapat dikendalikan yaitu usia, jenis kelamin dan genetik. Sedangkan faktor risiko yang dapat dikendalikan adalah merokok, aktivitas fisik, hipertensi, kadar lipid-kolesterol, diabetes dan kegemukan (obesitas) (Departemen Kesehatan RI, 2007). Penatalaksanaan penyakit jantung dapat melalui perubahan gaya hidup (Setiati, Siti; dkk. 2014) dan melalui pengaturan diet jantung (Webster-Gandy, Joan, 2011).

Penatalaksanaan gizi pada pasien infark miokard dapat dilakukan dengan melakukan asuhan gizi. Asuhan gizi bertujuan untuk mengembalikan pasien pada status gizi baik dengan mengintervensi berbagai faktor penyebab (Kemenkes RI, 2014). Langkah-langkah asuhan gizi yaitu: pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, monitoring gizi dan evaluasi gizi (Kemenkes R1, 2014). Pengkajian gizi terdiri dari: antropometri, biokimia, klinis dan fisik, riwayat makan dan riwayat klien/personal (Emery, 2014). Diagnosis gizi terdiri dari domain intake (NI), domain klinis (NC) dan domain perilaku (NB) (Aritonang, 2012). Intervensi gizi terdiri dari perencanaan dan implementasi. Kemudian yang terakhir adalah monitoring dan evaluasi pasien (Kemenkes RI, 2014).