

KARYA TULIS ILMIAH

**PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR PADA PASIEN PJK DENGAN
KOMPLIKASI HIPERTENSI DI RUANG RAWAT INAP
RSUD PROF.Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG**



DISUSUN OLEH:

WIHELMINA BOLA KOTEN
PO. 530324116695

**Mahasiswa Jurusan Gizi
Poltekkes Kemenkes Kupang**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN GIZI
ANGKATAN XI
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

**PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR PADA PASIEN PJK DENGAN KOMPLIKASI
HIPERTENSI DI RUANG RAWAT INAP RSUD PROF.Dr. W.Z. JOHANES KUPANG**

DISUSUN OLEH :

WIHELMINA BOLA KOTEN

PO.530324116695

**Mahasiswa Jurusan Gizi
Poltekkes Kemenkes Kupang**

**Telah Mendapat Persetujuan Pada
Tanggal, 17 Juni 2019**

Pembimbing



Putu Amrytha Sanjiwani, S.Gz., M.Gizi

NIP.198705162010122 001

Mengetahui

Ketua Prodi Gizi

Poltekkes Kemenkes Kupang



Agustina Setia, SST., M.Kes

NIP.196408011989032002

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR PADA PASIEN PJK DENGAN KOMPLIKASI
HIPERTENSI DI RUANG RAWAT INAP RSUD PROF.Dr. W.Z. JOHANES KUPANG

DISUSUN OLEH :

WIHELMINA BOLA KOTEN

PO.530324116695

Telah Dianjurkan Didepan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah

Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Gizi

Pada Tanggal, 20 Juni 2019

Penguji I



A.A. Ayu Mirah Adi, SKM.,M. Kes.

NIP.19740416 199803 2 001

Penguji II



Putu Amrytha Sanjiwani, S.Gz.,M.Gizi

NIP.198705162010122 001

Mengetahui

Ketua Prodi Gizi

Poltekkes Kemenkes Kupang



Agustina Setia, SST., M.Kes

NIP.196408011989032002

BIODATA PENULIS

NAMA : **WIHELMINA BOLA KOTEN**
TEMPAT TANGGAL LAHIR : **LEWOLEBA, 30 NOVEMBER 1997**
JENIS KELAMIN : **PEREMPUAN**
AGAMA : **KATOLIK**

MOTTO

“Orang- orang yang menabur dengan mencururkan air mata, akan menuai dengan bersorak- sorai. Orang yang berjalan maju dengan menangis sambil manabur benih, pasti pulang dengan sorak-sorai sambil membawa berkas-berkasnya”.

(Mazmur 126:5-6)

ABSTRAK

Koten, Min. Studi kasus tentang “Proses Asuhan Gizi Terstandar Pada Pasien PJK Dengan Komplikasi Hipertensi Di Ruang Rawat Inap RSUD Prof. Dr.W.Z.Johanes Kupang” (Dibimbing oleh Putu Amrytha Sanjiwani, S.Gz.,M.Gizi).

Latar Belakang : Menurut *World Health Organization* (WHO), penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian dan kecatatan di seluruh dunia. Setiap tahun diperkirakan 17,3 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskular. Sebanyak 7,3 juta diantaranya terjadi akibat jantung dan 6,2 juta akibat stroke (WHO, 2013). Di Indonesia pada tahun 2012 PJK menduduki peringkat pertama yang menyumbang angka kematian. Angka kematian akibat kejadian penyakit kardiovaskular semakin meningkat sebesar 37% penduduk (WHO-NCD Country Profil, 2014). Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) tahun 2013, menjelaskan bahwa prevalensi penyakit kardiovaskular (PJK, gagal jantung dan stroke) semakin meningkat seiring peningkatan umur. Prevalensi PJK di Indonesia sebesar 0,5% dan 1,5%. Di seluruh Provinsi Nusa Tenggara Timur besarnya prevalensi hipertensi adalah 7,2% sedangkan prevalensi PJK di Nusa Tenggara Timur 0,3% dan di Kota Kupang 6,8% (Riskesmas,2013).

Tujuan Penelitian : Untuk mengetahui proses asuhan gizi terstandar pada pasien PJK dengan komplikasi Hipertensi RSUD Prof.DR.W.Z Yohanes Kupang rawat inap.

Metode Penelitian : Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang, pada bulan Juni 2019. Jenis penelitian ini adalah deskriptif observasional dengan rancangan studi kasus untuk mengetahui tentang proses asuhan gizi terstandar pada pasien PJK dengan komplikasi hipertensi di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Hasil : Berdasarkan pengamatan 3 hari menunjukkan bahwa tidak ada perubahan berat badan pada pasien tersebut karena pengamatan dilakukan secara singkat. Hasil laboratorium dari responden yaitu responden nilai Hb rendah 12,9 g/dl, HDL 28 mg/dl dan GDP 80 mg/dl. Hasil pemeriksaan fisik/klinis respon selama 3 hari yaitu tekanan darah pasien sudah menurun tetapi belum mencapai normal dan keadaan umum responden masih lemah. Asupan makanan pada responden adalah asupan makanan pada responden yaitu energi, protein, lemak, karbohidrat dan kalium selama 3 hari pengamatan masih dalam kategori dehisit berat karena pasien masih lemah.

Kata Kunci : Proses asuhan gizi terstandar pada pasien PJK dengan komplikasi Hipertensi.

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunianya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul “Proses Asuhan Gizi Terstandar Pada Pasien PJK dengan Komplikasi Hipertensi Rawat Inap RSUD Prof.DR.W.Z Yohanes Kupang”. Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, antara lain:

1. Ibu Ragu Harming Kristina, SKM.,M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Ibu Agustina Setia, SST.,M.Kes selaku ketua Program Studi Gizi Poltekkes Kemenkes Kupang.
3. Ibu Putu Amrytha Sanjiwani, S.Gz.,M.Gizi selaku pembimbing yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penulisan proposal ini.
4. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material serta doa dalam menyelesaikan proposal ini.
5. Teman-teman seperjuangan angkatan XI Poltekkes Kemenkes Kupang yang turut mendukung dalam penulisan proposal ini.

Penulisan menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dan bermanfaat bagi penulis dalam penyempurnaan penulis Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang, Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
COVER	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
BIODATA PENULIS	iv
MOTTO	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan.....	3
1.4 Manfaat	3
1.5 Keaslian Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Gambaran Umum Penyakit PJK	5
1. Definisi.....	6
2. Etiologi.....	6
3. Tanda dan Gejala.....	6
4. Patofisiologi.....	7
B. Gambaran Umum Penyakit Hipertensi.....	9
1. Definisi.....	9
2. Etiologi.....	11
3. Penyebab.....	12
4. Tanda dan Gejala.....	13

5. Patofisiologi	13
6. Pencegahan.....	15
7. Komplikasi hipertensi.....	15
C. Penatalaksanaan diet pada PJK dengan hipertensi.....	17
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian.....	20
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	20
C. Populasi dan Sampel.....	20
D. Jenis dan Cara Pengumpulan Data.....	21
E. Cara Pengolahan, Analisa dan Penyajian Data.....	21
F. Etika Penelitian.....	21
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian.....	23
B. Pembahasan.....	31
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	34
B. Saran.....	35
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

1. Tabel 1 Keaslian Penelitian.....	4
2. Tabel 2 Kadar Lemak dalam darah	6
3. Tabel 3 Bahan makanan yang di anjurkan dan tidak dianjurkan	7
4. Tabel 4 Definisi Hipertensi dari JNC – 7.....	10
5. Tabel 5 Kebutuhan zat gizi pada pasien hipertensi	19
6. Tabel 6 Rekomendasi menu	19
7. Tabel 7 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 13 Juni 2019	24
8. Tabel 8 Hasil Pemeriksaan Klinis Sebelum Pengamatan	24
9. Tabel 9 Hasil Monitoring Antropometri	28
10. Tabel 10 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	28
11. Tabel 11 Hasil Monitoring Pemeriksaan Fisik.....	29
12. Tabel 12. Hasil Monitoring Asupan Makan Selama 3 Hari.....	29

DAFTAR SINGKATAN

ADIME	: Assesmen, diagnose, monitoring, evaluasi
AKG	: Angka Kecukupan Gizi
BB	: Berat Badan
BBI	: Berat Badan Ideal
BUN	: Blood Urea Nitrogen
CKD	: Chronic Kidney Disease
FFQ	: Food Frequency Quality
Hb	: Hemoglobin
IMT	: Indeks Masa Tubuh
KH	: Karbohidrat
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MNT	: Medical Nutrition Therapy
PAGT	: Penatalaksanaan Asuhan Gizi Terstandar
PJK	: Penyakit Jantung Kroner
RG	: Rendah Garam
RR	: Respirasi Rate
TB	: Tinggi Badan
TL	: Tinggi Lutut

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 Surat Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Form Asuhan Gizi

Lampiran 4 Kuesioner Frekwensi Makanan Pasien

Lampiran 5 Form Visual Comstock

Lampiran 6 Asupan Makan Sehari

Lampiran 7 Leaflet Diet Jantung

Lampiran 8 Surat Keterangan Selesai Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan penyakit yang menyerang jantung. Organ tersebut memiliki fungsi memompa darah ke seluruh tubuh. Kelainan pada organ tersebut dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah arteri yang mengalirkan darah ke otot jantung, sehingga mengakibatkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi untuk menggerakkan jantung secara optimal. Penyempitan pembuluh darah tersebut disebabkan oleh pengendapan kalsium dan endapan lemak berwarna kuning yang dikenal dengan aterosklerosis (Soeharto,2011).

Menurut *World Health Organization* (WHO), penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian dan kecatatan di seluruh dunia. Setiap tahun diperkirakan 17,3 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskular. Sebanyak 7,3 juta diantaranya terjadi akibat jantung dan 6,2 juta akibat stroke (WHO, 2013). Di Indonesia pada tahun 2012 PJK menduduki peringkat pertama yang menyumbang angka kematian. Angka kematian akibat kejadian penyakit kardiovaskular semakin meningkat sebesar 37% penduduk (WHO-NCD Country Profil, 2014).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, menjelaskan bahwa prevalensi penyakit kardivaskular (PJK, gagal jantung dan stroke) semakin meningkat seiring peningkatan umur. Prevalensi PJK di Indonesia sebesar 0,5% dan 1,5%. Di seluruh Provinsi Nusa Tenggara Timur besarnya prevalensi hipertensi adalah 7,2% sedangkan prevalensi PJK di Nusa Tenggara Timur 0,3% dan di Kota Kupang 6,8% (Riskesdas,2013).

Faktor resiko penyakit jantung adalah umur, jenis kelamin, keturunan atau genetik, kebiasaan merokok, aktivitas fisik yang kurang, obesitas, diabetes mellitus, stress dan diet (kebiasaan atau pola makan). Faktor diet seperti asupan lemak tidak jenuh tunggal, serat larut air, karbohidrat kompleks dan diet

vegetarian akan berpengaruh positif terhadap peningkatan kadar kolesterol HDL (Almatsier, 2004).

Darah tinggi atau hipertensi adalah suatu keadaan tekanan darah seseorang berada pada tingkatan di atas normal yaitu 120/80 mmHg (JNC 7). Di Indonesia, penelitian tentang hipertensi sudah banyak dilakukan. Dari hasil-hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa penderita hipertensi di perkotaan (18-28,6%) lebih besar dibandingkan dengan yang di pedesaan (8,6-10%). Karena Indonesia memiliki prevalensi kejadian hipertensi yang tinggi, maka hipertensi dijadikan sebagai masalah kesehatan nasional (Wiryowidagdo S dan Sitanggang M, 2002).

Hipertensi lebih dikenal dengan istilah penyakit tekanan darah tinggi. Batas tekanan darah yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menentukan normal atau tidaknya tekanan darah adalah tekanan sistolik dan diastolik. Berdasarkan JNC (Joint National Comitee) VII, seorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan sistolik 140 mmHg atau lebih dan diastolik 90 mmHg atau lebih (Chobaniam, 2003).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi seringkali muncul tanpa gejala, sehingga disebut sebagai the silent killer atau sering disebut sebagai pembuluh diam-diam. Secara global, tingkat prevalensi diseluruh dunia masih tinggi. Lebih dari seperempat jumlah populasi dunia saat ini menderita hipertensi(WHO,2001).

Berdasarkan uraian tersebut , maka penulis tertarik untuk meneliti tentang proses asuhan gizi terstandar pada pasien PJK dengan komplikasi hipertensi di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan masalah yaitu “Proses Asuhan Gizi Terstandar Pada Pasien PJK Dengan Komplikasi Hipertensi Di RSUD Prof.DR.W.Z Johannes Kupang Rawat Inap”

1.3 Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui proses asuhan gizi terstandar pada pasien PJK dengan komplikasi Hipertensi RSUD Prof.DR.W.Z Yohanes Kupang rawat inap.

2. Tujuan Khusus

1. Melakukan antropometri gizi pada pasien PJK komplikasi hipertensi
2. Menyusun diagnosa gizi yang tepat bagi pasien PJK dengan komplikasi Hipertensi
3. Melakukan intervensi gizi pasien PJK dengan komplikasi Hipertensi
4. Memberikan motivasi terhadap pasien melalui konsultasi gizi
5. Melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan asuhan gizi pada pasien PJK dengan komplikasi hipertensi.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Memberi pengalaman bagi peneliti dalam melaksanakan penelitian serta mengaplikasikan berbagai teori dan konsep yang dapat di bangkukuliah ke dalam bentuk penelitian ilmiah.

2. Bagi Penderita

Dengan penelitian ini penderita dapat menambah pengetahuannya tentang hipertensi dalam kehidupan sehari-hari dan dapat meningkatkan motivasi untuk memeriksa diri dalam berobat.

3. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu pengembangan ilmu pengetahuan mengenai proses asuhan gizi terstandar pada pasien PJK dengan komplikasi hipertensi Di Ruang Rawat Inap RSUD Prof.DR.W.Z Yohanes Kupang dan dapat menjadi acuan untuk pencapaian berbagai program kesehatan terutama di bidang gizi.

4. Bagi keluarga

Memberikan informasi dan sarana bagi keluarga mengenai pentingnya pengetahuan pada penderita hipertensi dan motivasi untuk memeriksakan diri berobat.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1
Keaslian Penelitian

Nama Penelitian dan Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan Penelitian	Perbedaan Penelitian
Diza Fatmira Hamzah Penatalaksanaan diet jantung dan status gizi pasien penderita hipertensi komplikasi penyakit jantung rawat inap di RS Umum Bandung Medan	Penatalaksanaan diet jantung di RSUD Bandung tidak didasari atas kebutuhan gizi pasien dan kepatuhan pasien dalam menjalani diet rumah sakit berada dalam kategori sedang(94,3%). Mayoritas pasien tergolong pada status gizi normal (82,9%)	Sama-sama meneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif	Terletak pada sasaran peneliti dimana peneliti tertuju pada penyakit jantung koroner sedangkan variabel yang akan diteliti adalah asuhan gizi terstandar pada pasien hipertensi komplikasi PJK di ruang rawat inap RSUD Prof Dr.W.Z Johannes Kupang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gambaran Umum Penyakit Penyakit Jantung Koroner (PJK)

1. Pengertian jantung koroner

Jantung berfungsi sebagai memompa darah keseluruh tubuh. Sebagai dibutuhkan suplai oksigen dan nutrisi yang cukup. Oksigen dan nutrisi diangkut melalui pembuluh darah khusus disebut arteri koroner. Penyakit jantung timbul apa bila ada hambatan atau kelainan diarteri koroner secara tiba-tiba, karena pecahnya plak lemak dab arteri koroner yang kemudian terjadi proses kombinasi, plak tersebut manjadi titik-titik lemak dari arteri dan cenderung pecah. Waktu pecah dilokasi tersebut, gumpalan cepat terbentuk dan menghambat arteri secara menyeluruh, serta memutuskan aliran darah keotot jantung (Soeharto imam, 2004).

Kejadian yang menyebabkan serangan jantung biasanya terdapat kadar total kolesterol dan LDL tinggi dalam darah, luka pada permukaan lapisan dinding arteri yang menjurus membentuk plak, formasi yang tidak stabil dari plak berisi kolesterol dan lemak. Untuk mengetahui organ yang mempunyai penyakit jantung maka harus dilakukan profil lemak yang terdiri Total Kolesterol, LDL, HDL, dan Trigliserida disebut triad lipid adalah :

a. Kolesterol total

Menunjukkan bahwa ada hubungan antara kadar kolesterol total darah dengan penyakit jantung koroner (PJK) yang signifikan, konsisten dan tidak tergantung pada faktor resiko lain.

b. Kolesterol HDL DAN LDL

LDL (Low Density Lipoprotein) mengangkat banyak kolesterol didalam darah. Kolesterol ini dinamakan kolesterol jahat karena paling tinggi mengendapkan kolesterol dalam arteri. Sedangkan HDL mengangkat sedikit kolesterol darah dan merupakan kolesterol baik karena dapat membuang kelebihan kolesterol jahat dipembuluh arteri.

c. Trigiserida

Jenis lemak dalam darah yang dapat mempengaruhi kadar kolesterol dalam darah. (Soeharto, 2004).

Tabel 2 kadar lemak dalam darah

Kadar lemak darah	Kisaran ideal (mg/dl)
Kolesterol total	120-200
LDL	60-160
HDL	35-65
Perbandingan LDL/HDL	<3,5
Trigiserida	<200

Sumber : Bahri anwar, 2004

2. Etiologi penderita jantung koroner

Penyakit jantung biasanya timbul akibat dari kelelahan karena ada tekanan atrium kiri dan tekanan vena pulmonalis atau karena hipoksia. Tekanan atrium kiri yang meningkat terutama disebabkan disfungsi vertikel kiri saat systole, disfungsi vertikel kiri saat diastole (akibat hipertrofi, fibrosis, atau penyakit pericardium) atau karena obstruksi katup. Selain itu adanya sumbatan pembuluh darah arteri disebabkan pengendapan kalsium, kolesterol lemak dan lain-lain substansi dikenal dengan plak (Soeharto, 2004).

3. Tanda dan Gejala jantung koroner

Gejala umum dari penyakit jantung adalah dispnea (sesak nafas), *Angina pectoris* merupakan sakit dada sementara pada saat melakukan gerakan fisik atau olahraga selain itu ada juga *Unstable angina* sakit dada tiba-tiba waktu istirahat atau lebih berat secara tiba-tiba, palpitasi (berdebar-debar), gejala seperti akan pingsan dan kelelahan. Tapi dari gejala diatas bukan jadi gejala khas, sehingga interpretasinya tergantung pada gambaran klinik secara keseluruhan dan pada beberapa kasus tergantung pada uji diagnosis (Lovastatin K, 2006).

4. Patofisiologi jantung koroner

Sebuah serangan jantung terjadi jika aliran darah yang kaya oksigen ke bagian otot jantung tiba-tiba menjadi tersumbat. Hal ini dapat terjadi karena adanya pengendapan kalsium, kolesterol lemak, dan lain-lain substansi dikenal dengan plak (*plaque*). Proses ini mulai usia muda dan bertahun-tahun berkembang pada tingkat bervariasi pada masing-masing orang, sesuai dengan hadirnya faktor-faktor resiko. Dalam periode tersebut deposit ini tertimbun secara perlahan-lahan diameter arteri koroner masih dapat dilalui darah makin lama makin sempit, sampai pembuluh tersebut tidak dapat dilewati darah sesuai dengan kebutuhan otot jantung. Terhalangnya aliran darah di atas disebut *fixed blockage* (Soeharto,2004).

1. Kebutuhan zat gizi pada pasien PJK

Kebutuhan zat gizi pasien PJK di peroleh dengan melakukan penimbangan secara manual menggunakan rumus Harris Benedict dengan cara sebagai berikut :

$$\text{Laki-laki} = 66 + (13,7 \text{ BB}) + (5 \text{ TB}) - (6,8 \text{ U})$$

$$\text{Perempuan} = 65,5 + (9,6 \text{ BB}) + (1,8 \text{ TB}) - (4,7 \text{ U})$$

2. Makanan yang dianjurkan dan Tidak dianjurkan

Tabel 3

Bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan pada pasien PJK dengan hipertensi

Bahan Makanan	Dianjurkan	Dibatasi	Dihindari
Karbohidrat	Nasi, nasi tim, bubur roti gandum, macaroni, jagung, kentang, ubi dan talas, havermout, sereal. Beras, kentang, ubi, mie, maizena, terigu, gula pasir.	Mie, roti putih, ketan, kue-kue, cake, biscuit dan gula.	-
Protein	Daging tanpa lemak, ayam	Daging tanpa	Daging berlemak,

Hewani	tanpa kulit, ikan, putih telur, susu rendah lemak.	lemak 1x per minggu , bebek, sarden (makanan kaleng) dan kuning telur 1x per minggu	jeroan, sosis, daging asap, otak, kepiting, kerang, keju dan susu full cream, otak, ginjal, paru-paru, jantung.
Protein Nabati	Tempe, tahu, kacang hijau, kacang kedelai. Kacang-kacangan dan hasilnya seperti kacang hijau, kacang merah, kacang tanah, kacang tolo, tempe, tahu tawar, oncom, Minyak goreng, margarine tanpa garam	Kacang tanah, kacang bogor, maksimal 25 gr	Kacang merah, oncom, kacang mente
Sayuran	Sayuran yang tidak menimbulkan gas: bayam, buncis, labu kuning, labu siam, wortel, kacang panjang, tomat, kangkung, kecipir, daun kacang panjang, ketimun, daun selada dan toge. Sayuran dan buah-buahan tawar Bumbu-bumbu seperti bawang merah, bawang putih, jahe, kemiri, kunyit, kencur, laos, Lombok, salam, sere, cukak	-	Sayuran yang dapat menimbulkan gas : kol, kembang kol, lobak, sawi, nangka muda.
Buah-buahan	Buah-buahan atau sari buah : jeruk, apel, papaya, melon, jambu, pisang, alpukat, belimbing dan mangga.	-	Buah yang dapat menimbulkan gas dan tinggi lemak : durian, nangka, cempedak, nanas.
Minuman	-	-	Kopi, teh, minuman mengandung soda dan beralkohol. Asinan buah, manisan buah, buah dalam kaleng.
Lain-lain	-	-	Bumbu tajam

			(pedas, asin, asam), bumbu olahan yang mengandung natrium, kecap, terasi, petis dan saos tomat.
--	--	--	---

B. Gambaran Umum Penyakit Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi lebih dikenal dengan istilah penyakit tekanan darah tinggi. Batas tekanan darah yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menentukan normal atau tidaknya tekanan darah adalah tekanan sistolik dan diastolik. Berdasarkan JNC (Joint National Comitee) VII, seorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan sistolik 140 mmHg atau lebih dan diastolik 90 mmHg atau lebih (Chobaniam, 2003).

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg. Pada populasi lanjut usia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Sheps, 2005).

Dalam rekomendasi penatalaksanaan hipertensi yang dikeluarkan oleh The Seventh of Joint National Commitee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII) 2003, World Health Organisation / International Society of Hipertension (WHO-ISH) 1999, British Hypertension Society 2006, European Society of Hypertension / european Society of Cardiology (ESH/ESC) 2007, defenisi hipertensi sama untuk semua golongan umur di atas 18 tahun. Pengobatan juga bukan berdasarkan penggolongan umur, melainkan berdasarkan tingkat tekanan darah dan adanya risiko kardiovaskular pada pasien. (WHO-ISH, 1999).

Tabel 4. Definisi Hipertensi dari JNC – 7

Klasifikasi	TD Sistolik (mmHg)	TD Diastolik (mmHg)
Normal	<120	Dan <80
Prehypertension	120-139	Atau 80-90
Stage 1 hypertension	140-159	Atau 90-99
Stage 2 hypertension	≥160	Atau 100
Isolated systolic hypertension	≥140 dan ≤90	

Sumber : JNC-7,2003

Hipertensi Sistolik Terisolasi (HST) didefinisikan sebagai Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dengan tekanan darah diastolik ≤ 90 mmHg. Kenaikan tekanan darah sistolik dan penurunan tekanan darah diastolik umumnya terjadi diatas usia 60 tahun. Hal ini sejalan dengan berkurangnya elastisitas pembuluh darah besar (aorta) dan proses aterosklerosis. HST dijumpai pada sekitar 60 – 75 % dari kasus hipertensi pada usia lanjut dengan peningkatan risiko 2 – 4 kali lipat untuk terjadinya infark miokard, hipertrofi ventrikel kiri, gangguan fungsi ginjal, stroke, dan mortalitas kardiovask.

Komplikasi kardiovaskular berbanding lurus dengan peningkatan tekanan darah sistolik (TDS) dan tekanan nadi serta sebanding terbalik dengan penurunan tekanan darah diastolik (TDD). Semakin tinggi tekanan darah sistolik atau tekanan nadi, maka semakin berat risiko komplikasi kardiovaskular. Tekanan nadi yang meningkat pada usia lanjut dengan HST berkaitan dengan besarnya kerusakan yang terjadi pada organ target, yaitu jantung, otak dan ginjal. Selain itu penurunan tekanan darah diastolik (TDD) yang terlalu rendah berisiko mengurangi aliran darah ke arteri koroner. Dari penelitian SHEP didapatkan bahwa peningkatan kejadian kardiovaskular terjadi apabila TD < 60 mmHg. Pada penelitian lain didapatkan kenaikan kejadian stroke pada tekanan darah diastolik (TDD) < 65 mmHg.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, yang dimaksud dengan Lanjut Usia (lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Keberhasilan pembangunan di berbagai bidang terutama bidang kesehatan menyebabkan terjadinya peningkatan Usia Harapan Hidup penduduk dunia termasuk Indonesia. Namun di balik keberhasilan peningkatan UHH terselip tantangan yang harus diwaspadai, yaitu kedepannya Indonesia akan menghadapi beban tiga (triple burden) yaitu di samping meningkatnya angka kelahiran dan beban penyakit (menular dan tidak menular), juga akan terjadi peningkatan Angka Beban Tanggungan penduduk kelompok usia produktif terhadap kelompok usia non produktif. Ditinjau dari segi aspek kesehatan, kelompok lansia akan mengalami penurunan derajat kesehatan baik secara alamiah maupun akibat penyakit. Oleh karena itu sejalan dengan semakin meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut maka sejak sekarang kita sudah harus mempersiapkan dan merencanakan berbagai program kesehatan yang ditujukan pada kelompok usia lanjut.

2. Etiologi

1. Hipertensi essensial

Hipertensi essensial atau idiopatik adalah hipertensi tanpa kelainan dasar patologis yang jelas. Lebih dari 90% kasus merupakan hipertensi essensial. Penyebab hipertensi meliputi faktor genetik dan lingkungan. Faktor genetik mempengaruhi kepekaan terhadap natrium, kepekaan terhadap stress, reaktivitas pembuluh darah terhadap vasokonstriktor, resistensi insulin dan lain-lain. Sedangkan yang termasuk faktor lingkungan antara lain diet, kebiasaan merokok, stress emosi, obesitas dan lain-lain (Nafrialdi, 2009).

Pada sebagian besar pasien, kenaikan berat badan yang berlebihan dan gaya hidup tampaknya memiliki peran yang utama

dalam menyebabkan hipertensi. Kebanyakan pasien hipertensi memiliki berat badan yang berlebih dan penelitian pada berbagai populasi menunjukkan bahwa kenaikan berat badan yang berlebih (obesitas) memberikan risiko 65-70 % untuk terkena hipertensi primer (Guyton, 2008).

2. Hipertensi sekunder

Meliputi 5-10% kasus hipertensi merupakan hipertensi sekunder dari penyakit komorbid atau obat-obat tertentu yang dapat meningkatkan tekanan darah. Pada kebanyakan kasus, disfungsi renal akibat penyakit ginjal kronis atau penyakit renovaskular adalah penyebab sekunder yang paling sering. Obat-obat tertentu, baik secara langsung ataupun tidak, dapat menyebabkan hipertensi atau memperberat hipertensi dengan menaikkan tekanan darah (Oparil S. 2003).

Hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, sering berhubungan dengan beberapa penyakit misalnya ginjal, jantung koroner, diabetes dan kelainan sistem saraf pusat (Sunardi, 2000).

3. Penyebab Hipertensi

- Kebiasaan merokok
- Keturunana atau genetika
- Kegemukan atau obesitas
- Konsumsi garam yang berlebihan
- Kebiasaan konsumsi minuman berakohol yang berlebihan
- Kurang berolahraga
- Tingkat stres tinggi

4. Tanda dan Gejala

Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat dapat ditemukan edema pupil (edema pada diskus optikus).

Menurut Price, gejala hipertensi antara lain sakit kepala bagian belakang, kaku kuduk, sulit tidur, gelisah, kepala pusing, dada berdebar-debar, lemas, sesak nafas, berkeringat dan pusing (Price, 2005).

Gejala-gejala penyakit yang biasa terjadi baik pada penderita hipertensi maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal hipertensi yaitu sakit kepala, gelisah, jantung berdebar, perdarahan hidung, sulit tidur, sesak nafas, cepat marah, telinga berdenging, tekuk terasa berat, berdebar dan sering kencing di malam hari. Gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai meliputi gangguan penglihatan, saraf, jantung, fungsi ginjal dan gangguan serebral (otak) yang mengakibatkan kejang dan pendarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan dan gangguan kesadaran hingga koma (Cahyono, 2008).

Corwin menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun adalah nyeri kepala saat terjaga, kadang kadang disertai mual dan muntah yang disebabkan peningkatan tekanan darah intrakranial (Corwin, 2005).

5. Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme yang mengontrol kontraksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin yang akan merangsang serabut saraf pascaganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norpinefrin mengakibatkan kontriksi pembuluh darah (Brunner, 2002). Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor. Individu

dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Corwin, 2005).

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Korteks adrenal mengsekresikan kortisol dan steroid lainnya yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal dapat menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal sehingga menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Brunner, 2002).

Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada lanjut usia. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah yang menyebabkan penurunan distensi dan daya regang pembuluh darah. Akibat hal tersebut, aorta dan arteri besar mengalami penurunan kemampuan dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Corwin, 2005).

6. Pencegahan

1. Mengurangi konsumsi garam
2. Mencegah kegemukan
3. Membatasi konsumsi lemak
4. Olah raga teratur

5. Makan buah dan sayuran segar
6. Hindari merokok dan tidak minum alcohol
7. Latihan relaksaksi
8. Berusaha membina hidup yang positif

7. Komplikasi hipertensi

Menurut Elisabeth J Corwin komplikasi hipertensi terdiri dari stroke, infark miokard, gagal ginjal, ensefalopati (kerusakan otak) dan pregnancy-included hypertension (PIH) (Corwin, 2005).

1. Stroke

Stroke adalah gangguan fungsional otak fokal maupun global akut, lebih dari 24 jam yang berasal dari gangguan aliran darah otak dan bukan disebabkan oleh gangguan peredaran darah.

Stroke dengan defisit neurologik yang terjadi tiba-tiba dapat disebabkan oleh iskemia atau perdarahan otak. Stroke iskemik disebabkan oleh oklusifokal pembuluh darah yang menyebabkan turunnya suplai oksigen dan glukosa ke bagian otak yang mengalami oklusi (Hacke, 2003).

Stroke dapat timbul akibat pendarahan tekanan tinggi di otak atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahi berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma (Corwin, 2005).

2. Infark miokardium

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerotik tidak dapat mensuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menyumbat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Akibat hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi

dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi distritmia, hipoksia jantung dan peningkatan risiko pembentukan bekuan (Corwin, 2005).

3. Gagal ginjal

Gagal ginjal merupakan suatu keadaan klinis kerusakan ginjal yang progresif dan irreversible dari berbagai penyebab, salah satunya pada bagian yang menuju ke kardiovaskular. Mekanisme terjadinya hipertensi pada gagal ginjal kronik oleh karena penimbunan garam dan air atau sistem renin angiotensin aldosteron (RAA) (Chung, 1995).

Menurut Arief mansjoer (2001) hipertensi berisiko 4 kali lebih besar terhadap kejadian gagal ginjal bila dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami hipertensi (Mansjoer, 2001).

4. Ensefalopati (kerusakan otak)

Ensefalopati (Kerusakan otak) dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong ke dalam ruang intersitium diseluruh susunan saraf pusat. Neuron-neuron disekitarnya kolaps yang dapat menyebabkan ketulian, kebutaan dan tak jarang juga koma serta kematian mendadak. Keterikatan antara kerusakan otak dengan hipertensi, bahwa hipertensi berisiko 4 kali terhadap kerusakan otak dibandingkan dengan orang yang tidak menderita hipertensi (Corwin, 2005).

C. Penatalaksanaan diet pada PJK dengan hipertensi

1. Jenis diet

a. Diet jantung

1. Diet jantung I, diberikan kepada pasien penyakit jantung akut seperti *Mccord Infarct* (MCI), diet diberikan berupa

1-1,5 liter cairan/hari selama 1-2 hari pertama bila pasien dapat menerimanya.

2. Diet jantung II, diberikan dalam bentuk makanan saring atau lunak, jika disertai hipertensi dan/ atau edema, diberikan sebagai Diet Jantung II Garam Rendah. Diet ini rendah energi, protein, kalsium dan tiamin.
3. Diet jantung III, diberikan dalam bentuk makanan lunak atau biasa, disertai hipertensi dan/ atau edema, diberikan sebagai diet jantung II rendah garam. Diet ini rendah energi dan kalsium, tetapi cukup zat gizi lain.
4. Diet jantung IV, diberikan dalam bentuk makanan biasa, disertai hipertensi dan/ atau edema, diberikan sebagai diet jantung IV garam rendah. Diet ini cukup energi dan zat gizi lain, kecuali kalsium.

b. Diet rendah garam

Jenis diet rendah garam ini terdapat beberapa bagian yaitu :

1. Diet rendah garam I (200-400 mg Na), diet rendah garam satu diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan atau hipertensi berat. Pada pengolahan makanannya tidak ditambahkan garam dapur. Dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.
2. Diet rendah garam II (600-800 mg Na), diet rendah garam dua diberikan kepada pasien dengan edema, asites, dan atau hipertensi tidak terlalu berat. Pemberian makanan sehari sama dengan diet rendah garam satu. Pada pengolahan makanannya boleh menggunakan $\frac{1}{2}$ sdt garam dapur (2 gr). Dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.
3. Diet rendah garam III (1000-1200 mg Na), diet rendah garam III diberikan kepada pasien dengan edema dan atau hipertensi ringan. Pemberian makanan sehari sama dengan diet rendah

garam satu. Pada pengolahan makanannya boleh menggunakan satu sdt (4 gr) garam dapur(Almatsier,2005).

2. Tujuan diet

- a. Memberikan makanan secukupnya tanpa memberatkan kerja jantung
- b. Menurunkan berat badan bila terlalu gemuk
- c. Membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh
- d. Menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi

3. Syarat diet

- a. Energi yang cukup untuk mempertahankan BB normal
- b. Protein cukup 15 % dari kebutuhan energi total
- c. Lemak 20 dari kebutuhan energi total
- d. Karbohidrat 65% dari kebutuhan energi total
- e. Kolesterol rendah, terutama jika disertai dengan dislipidemia (mengandung kolesterol dan lemak jenuh lebih tinggi).
- f. Natrium dibatasi 200-1200 mg Na, disesuaikan berat ringannya retensi garam, air dan hipertensi.
- g. Vitamin dan mineral cukup
- h. Makanan mudah cerna dan tidak menimbulkan gas
- i. Serat cukup untuk menghindari konstipasi
- j. Cairan cukup \pm 2 liter/hari sesuai dengan kebutuhan
- k. Bentuk makanan sesuai dengan keadaan penyakit, porsi kecil
- l. Bila kebutuhan gizi tidak cukup dapat diberi tambahan makanan enteral, parenteral atau suplemen gizi. (Almatsier sunita,2007)

4. Kebutuhan zat gizi pada pasien hipertensi

Kebutuhan zat gizi pasien hipertensi di peroleh dengan melakukan penimbangan secara manual menggunakan rumus Harris Benedict dengan cara sebagai berikut :

$$\text{Laki-laki} = 66 + (13,7 \text{ BB}) + (5 \text{ TB}) - (6,8 \text{ U})$$

$$\text{Perempuan} = 65,5 + (9,6 \text{ BB}) + (1,8 \text{ TB}) - (4,7 \text{ U})$$

Presentase kebutuhan zat gizi makro untuk lansia adalah 20-25% protein, 20% lemak 55-60% karbohidrat. Asam lemak yang dikonsumsi sebaiknya memiliki kandungan asam lemak jenuh ganda (*polyunsaturated fatty acid*) yang tinggi, yaitu asam lemak omega-3 dan omega-9, seperti yang terdapat pada ikan yang hidup di dalam laut (Fatmah 2010).

5. Rekomendasi menu

Tabel 6. Rekomendasi menu

Waktu	Menu	Porsi
Pagi	Bubur ayam	1 mangkok
	Susu	1 gelas
Snack pagi	Pudding	1 piring
Siang	Bubur	1 potong
	Ikan bb kuning	1 potong
	Tahu kukus	1 mangkok
	Sayur bayam	1 buah
	Pisang	1 mangkok
Snack sore	Kolak pisang	1 mangkok
Malam	Bubur	1 mangkok
	Telur	1 butir
	Semangka	1 buah

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif observasional dengan rancangan studi kasus untuk mengkaji tentang mengetahui proses asuhan gizi terstandar pada pasien PJK dengan komplikasi Hipertensi RSUD Prof.DR.W.Z Yohanes Kupang Rawat Inap..

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini di lakukan di rawat inap RSUD Prof.W.Z. Johannes Kupang, pada bulan Februari 2019.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah seluruh obyek penelitian yang memiliki kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien PJK dengan komplikasi Hipertensi di RSUD Prof.W.Z. Johannes Kupang Rawat Inap.

2. Sampel

Teknik pengambilan sampel ini menggunakan metode kuota sampling, di mana sampel yang diambil 2 pasien yang memenuhi kriteria inklusi yaitu sebagai berikut :

- a. Pasien yang di diagnosa PJK dengan Komplikasi Hipertensi di RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang Rawat Inap.
- b. Pasien dalam keadaan sadar penuh dan mampu berkomunikasi dengan baik
- c. Bersedia menjadi responden atau sampel dan mau mengikuti penelitian sampai selesai dan menandatangani form ketersediaan menjadi responden.

D. Jenis dan Cara Pengumpulan Data

1. Data primer yang di kumpulkan meliputi :
 - a. Data Antropometri di ambil dengan melakukan pengukuran tinggi badan menggunakan pengkuran TL dan berat badan menggunakan pengukuran LILA.
 - b. Data asupan pasien yang dikumpulkan dengan menggunakan metode wawancara dengan form recall 24 jam.
 - c. Pola makan pasien di ambil dengan form FFQ
 - d. Karakteristik responden diperoleh dari kuisisioner melalui wawancara TD : Dilihat dari pemeriksaan klinik/fisik pasien
2. Data Sekunder
Data sekunder yang di kumpulkan meliputi data dari buku register pasien.

E. Cara Pengolahan, Analisis, dan Penyajian Data

Data jumlah asupan makanan di kumpulkan dengan menggunakan form recall 24 jam, di olah dan di analisis menggunakan CD Menu sedangkan kadar HDL, LDL dikumpulkan dari data lab. Data identitas pasien dikumpulkan dengan cara wawancara. Penelitian data antropometri diambil dengan melakukan pengukuran tinggi badan menggunakan mikrotoice dan berat badan menggunakan timbangan digital.

F. Etika Penelitian

Sebelum mengadakan penelitian, peneliti akan mengajukan permohonan kepada Ketua Jurusan Gizi untuk mendapat surat izin peneliti dengan tembusan kepada Direktur RSUD Prof. Dr W.Z Johannes Kupang untuk mengadakan persetujuan penelitian khususnya di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr W.Z Johannes Kupang.

Setelah mendapatkan persetujuan dari pihak ruang inap RSUD Prof. Dr W.Z Johannes Kupang, peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada etik yang meliputi :

1. Surat Persetujuan

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada kepala ruangan serta responden (pasien hipertensi komplikasi), di RSUD Prof. Dr W.Z Johannes Kupang. Jika kepala ruangan memperbolehkan untuk dilakukan penelitian, maka harus menandatangani surat persetujuan. Jika responden bersedia menjadi responden, maka harus menandatangani surat persetujuan. Jika tidak maka peneliti tidak akan memaksa dan akan menghormati haknya.

2. Tanpa Nama (Anomity)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data, cukup dengan member kode responden.

3. Kerahasiaan

Kerahasiaan identitas responden dijaga oleh peneliti dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian, dengan cara kode atau tanda pada lembar kuesioner yang kode itu hanya diketahui oleh peneliti.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian Pasien Tn. A.A

1. Studi Kasus Pasien Tn. A.A

a. Gambaran Responden

Pasien atas nama Tn. A.A, umur 67 tahun, TTL Rote 02 April 1952, beragama Kristen Protestan, pekerjaan Wiraswasta beralamat di Fatubesi, suku Rote, tanggal MRS 13/06/2019, nomor RM 512965 dan MRS dengan diagnosa CAD+ HT.

b. Hasil PGAT

1. Assesmenty Gizi/ Pengkajian Gizi

a) Antropometri

(1) LILA

Lila = 24 cm

Percentile Lila = $\frac{\text{Lila Actual}}{\text{Lila Standar}} \times 100\%$

= $\frac{24 \text{ cm}}{\text{Lila Standar}} \times 100\% = 77,17\%$ (status

gizi kurang)

31,1

(2) Tinggi Lutut = 50 cm

TB Estimasi = $(2,02 \times \text{TL}) - (0,04 \times \text{U}) + 64,19$

= $(2,02 \times 50) - (0,04 \times 67) + 64,19$

= $101 - 2,68 + 64,19$

= 162,5 cm

BBI Estimasi = TB - 100

= 162,5 - 100

= 62,5 kg

Berdasarkan hasil perhitungan diatas maka dapat disimpulkan bahwa status gizi pasien tergolong dalam kategori status gizi kurang.

b) Biokimia

Tabel 7 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 13 Juni 2019

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Ket
1.	Hb	12,9 g/dl	13,0 - 18,0 g/dl	Rendah
2.	Jumlah eritrosit	4,34 10^6 /ul	4,50-6,20 10^6 /ul	Rendah
3.	Hematokrit	39,9 %	40,0-54,0 %	Rendah
4.	Kalium darah	4,5 mmol/L	3,5-4,5 mmol/L	Normal
5.	Calcium Ion	1.100 mmol/L	1.120-1.320 mmol/L	Rendah

Sumber Data : Data Sekunder RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang, Ruang Boogenville, 2019

c) Pemeriksaan Fisik/ Klinis

1. Hasil Pemeriksaan Klinis

Tabel 8 Hasil Pemeriksaan Klinis Sebelum Pengamatan

Waktu	Jenis Pemeriksaan							
	Suhu	Ket	Nadi	Ket	RR	Ket	TD	Ket
17/06/19	37°C	N	65x/menit	N	20x/menit	N	135/85	T

Sumber Data : Data Sekunder RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang, Ruang Boogenville, 2019.

2. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : Lemah, sesak nafas

Kesadaran : Compos metris

d) Dietary History

Anamnesis Riwayat Gizi

1. Riwayat gizi sekarang

Pasien mendapat Diet jantung III dan rendah garam III dengan bentuk makanan biasa(bubur), nafsu makan baik, pasien tidak mengkonsumsi lauk nabati(tahu dan tempe).

Hasil recall sebelum pengamatan :

	Energi (kkal)	Protein (gr)	Lemak (gr)	Karbohidrat (gr)	Natrium (mg)	Kalium (mg)
Asupan	10337,7	33,1	17,2	17,4	1027,2	548
Kebutuhan	2167,08	81,26	48,15	352,15	1200	4700
%Asupan	47,70	40,73	35,72	4,94	85,6	11,65
Kategori	Devisit berat	Devisit berat	Devisit berat	Devisit berat	Devisit ringan	Devisit berat

Kategori asupan berdasarkan kategori kecukupan gizi (Depkes,1999). Kategori kecukupan gizi <60%devisit berat ,60-69%, devisit sedang, 70-79% devisit ringan, 80-120% baik dan >120% lebih.

2. Riwayat gizi dahulu

Pola makan pasien sebelum sakit, makanan pokok 3-4x/hari dan selingan 2x/hari.Makanan pokok yang sering di konsumsi nasi, roti, dan ubi. Lauk hewani daging sapi, daging babi, daging ayam dan ikan. Lauk nabati tempe dan tahu, sayuran seperti bayam, kangkung, sawi dan pasien mengkonsumsi buah seperti pepaya dan pisang.

Berdasarkan hasil FFQ didapatkan konsumsi beras lebih 1x/hari, roti, ubi kurang 1x seminggu, ikan, daging ayam >3 x seminggu, telur lebih 1x dan daging sapi kurang 1x , tempe dan tahu kurang 1x, sayuran seperti bayam, kangkung, sawi, wortel 3-6x seminggu dan buah seperti pepaya 3-6x seminggu dan pisang 1-2 x seminggu.

e) Riwayat penyakit sekarang

1. Pasien datang dengan keluhan sesak nafas sejak 4 hari sebelum masuk rumah sakit, pasien tidur nyaman dengan 4 bantal, pasien cepat cape ketika beraktivitas, makan dan minum pasien baik, BAB dan BAK baik.

2. Riwayat penyakit dahulu : tidak ada
3. Riwayat penyakit keluarga : tidak ada
4. Sosial ekonomi : pasien seorang wiraswasta, dengan pendidikannya Serjana dan penghasilan ±500.000/bulan.

3. Diagnosa Gizi

a. NI 5.1

Peningkatan kebutuhan zat gizi tertentu (Fe) berkaitan dengan gangguan metabolisme dalam darah ditandai dengan Hb rendah (12,9 g/dL).

NI 2.1

Kekurangan intake makanan dan minuman oral berkaitan dengan pasien mengalami muntah dan nyeri ulu hati ditandai hasil recall energi (47,70%), protein (40,73%), lemak (35,72%), karbohidrat (4,94%), natrium (18,93) dan kalium (11,65) kurang dari kebutuhan.

NI 5.4

Penurunan kebutuhan zat gizi khusus (Na) berkaitan dengan penyakit pasien ditandai tensi tinggi 135/85 mmHg.

b. NB 1.5

Pola makan salah berkaitan dengan kurangnya pengetahuan tentang manfaat sayur dan menu seimbang ditandai dengan kurang mengkonsumsi sayur dan buah.

c. NC 3.1

Status gizi kurang berkaitan dengan kurangnya pengetahuan tentang makanan seimbang di tandai %Lila 77,17%.

d. Intervensi Gizi

1. Jenis diet : Diet Jantung III, RG III
2. Bentuk makanan: Bubur
3. Cara pemberian: Oral
4. Tujuan diet:

- Memberikan makanan secukupnya tanpa memberatkan kerja jantung
- Mencegah atau menghilangkan penimbunan garam dan air
- Membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh
- Menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi
- Meningkatkan kadar Hb

5. Syarat diet :

- Energi diberikan cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan ideal yaitu 2.167,08 kkal.
- Protein diberikan cukup yaitu 15% dari kebutuhan yaitu 81,26 gr
- Lemak jenuh yaitu 20% yaitu 48,15 gr dari kebutuhan energi total
- Karbohidrat 60% yaitu 352,15 gr dari kebutuhan energi total
- Kolesterol rendah
- Tinggi Fe, diberikan makanan sumber Fe
- Natrium dibatasi 1000-1200 mg Na, di sesuaikan berat ringannya retensi garam, air dan hipertensi.
- Kalium dibatasi 4.700 mg dari kebutuhan

e. Monitoring dan Evaluasi

Indikator yang dimonitoring untuk melihat perkembangan pasien meliputi:

- a. Data antropometri dan berat badan
- b. Data laboratorium
- c. Pemeriksaan klinis: Tensi, nadi,rr dan suhu
- d. Intake makanan : Banyaknya asupan makanan pasien selama dirawat

f. Hasil monitoring dan Evaluasi

a. Antropometri

Tabel 9 Hasil Monitoring Antropometri

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pengukuran	Sebelum Terapi	Setelah Terapi
20/06/2019	Lila	24 cm	26 cm
	Tinggi Lutut	50 cm	50 cm

Sumber: Data Primer Terolah, Tahun 2019

Berdasarkan hasil pengukuran antropometri pada pasien dapat diketahui bahwa LILA pasien tidak bertambah, yang disebabkan presentase asupan zat gizi pasien kurang dari kebutuhan dan kondisi pasien sudah membaik.

b. Biokimia

Tabel 10. Hasil Monitoring Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 14 Januari 2019

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Ket
1.	Hb	12,9 g/dl	13,0 - 18,0 g/dl	Rendah
2.	HDL	28 mg/dl	≥ 40 mg/dl	Rendah
3.	GDP	80 mg/dl	82 – 115 mg/dl	Rendah

Sumber Data : Data Sekunder RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang, Ruang Boogenville, 2019

Setelah dilakukan pengamatan sampai akhir monitoring dan evaluasi, pemeriksaan laboratorium pasien masih mengalami Hb rendah, HDL dan GDP masih rendah.

c. Klinis/fisik

1. Hasil Pemeriksaan Klinis

Tabel 11. Hasil Monitoring Pemeriksaan Fisik

Waktu	Jenis Pemeriksaan							
	Suh (°c)	Ket	Nadi (x/menit)	Ket	RR (x/menit)	Ket	TD (mmHg)	Ket
16/06/2019	36	N	65	N	16	N	166/85	T
17/06/2019	37	N	77	N	33	L	150/100	T
18/06/2019	36,7	N	82	N	20	N	147/78	T
19/06/2019	37	N	65	N	20	N	135/85	T
20/06/2019	36	N	78	N	22	N	130/80	T

Sumber Data : Data Sekunder RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang, Ruang Boogenville, 2019

d. Hasil Monitoring Evaluasi Asupan Makan Selama 3 Hari

Kesimpulan : Tekanan darah pasien selama pengamatan diatas sudah mengalami penurunan belum mencapai TD normal.

e. Hasil Monitoring Evaluasi Asupan Makan Selama 3 Hari

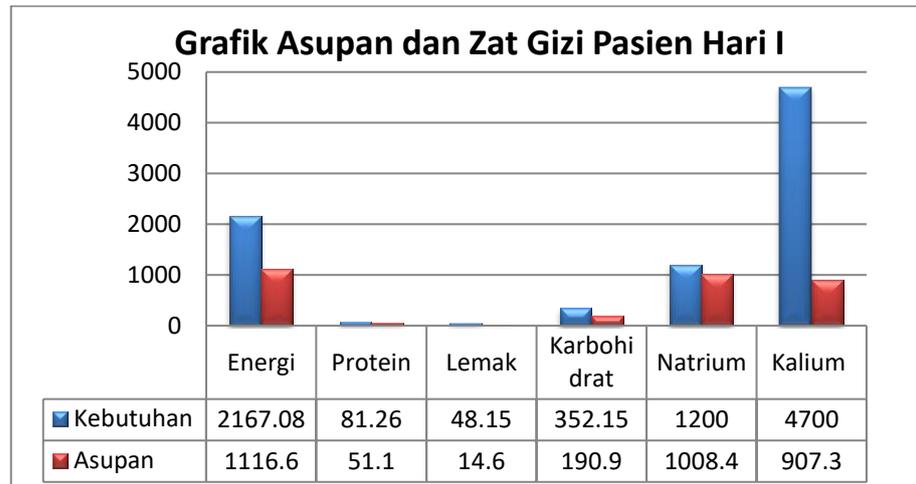
Tabel 12. Hasil Monitoring Asupan Makan Selama 3 Hari

Waktu	Zat gizi					
	Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat	Natrium	Kalium
Hari I	1.116,6 kkal	51,1 gr	14,6 gr	190,9 gr	1008,4 mg	907,3 mg
Hari II	1.260,6 kkal	48,5 gr	24,8 gr	208,4 gr	1028,3 mg	1.223,1 mg
Hari III	976,7 kkal	34,2 gr	22,1 gr	159 gr	918 mg	607,4 mg
Total	3.353,9 kkal	133,8 gr	61,5 gr	558,3 gr	2.954,7mg	2.737,8mg
Rata-rata	1.117,96 kkal	44,6 gr	20,5 gr	186,1 gr	984,9 mg	912,6 mg
Kebutuhan	2.167,08 kkal	81,26 gr	48,15gr	352,15 gr	1200 mg	4.700 mg
% Asupan	51,58 %	54,88 %	42,57 %	52,84 %	82,07 %	19,41
Kategori	Devisit berat	Devisit berat	Devisit berat	Devisit berat	Devisit ringan	Devisit berat

Sumber Data : Data Sekunder RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang, Ruang Boogenville, 2019.

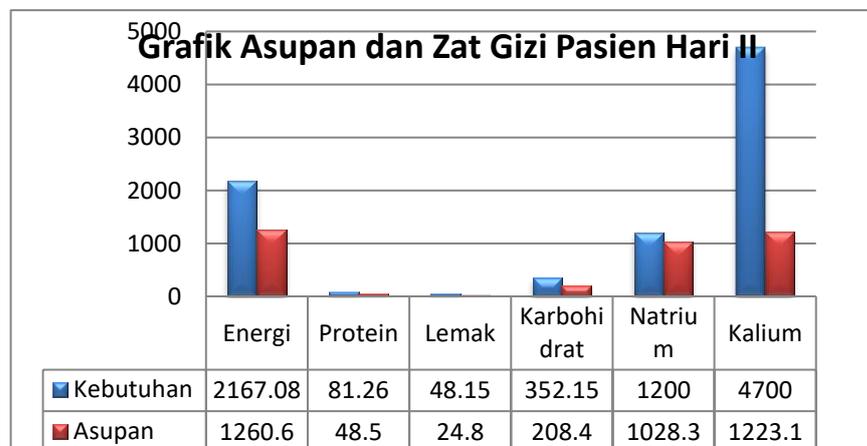
Kategori asupan berdasarkan kategori kecukupan gizi (Depkes,1999). Kategori kecukupan gizi <60%devisit berat ,60-69%, devisit sedang, 70-79% devisit ringan, 80-120% baik dan >120% lebih.

1. Hari I (Asupan energi, protein, lemak, karbohidrat, natrium dan kalium)



Berdasarkan grafik asupan energi, protein, lemak, karbohidrat, natrium dan kalium hari I diatas dapat dilihat bahwa asupan energi, protein, lemak, karbohidrat, natrium dan kalium pada hari pertama turun di karenakan pasien tidak menghabiskan makanan yang diberikan dan juga kondisi pasien yang lemas.

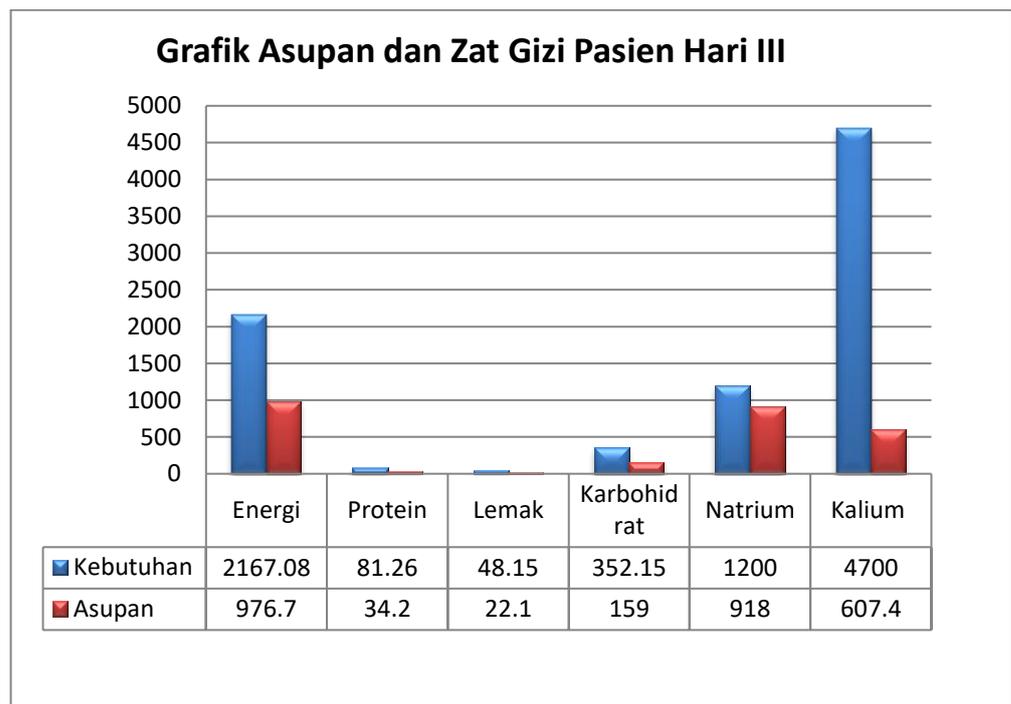
2. Hari II (Asupan energi, protein, lemak, karbohidrat, natrium dan kalium)



Berdasarkan grafik asupan energi, protein, lemak, karbohidrat, natrium dan kalium hari II di atas, dilihat bahwa asupan pada hari

kedua naik di karenakan pasien menghabiskan makanan yang diberikan dan juga pasien mendapatkan lauk hewani yaitu telur pagi dan siang sehingga asupan dan nilai gizi pada hari ke II meningkat dari dari Ke I.

3. Hari III (Asupan energi, protein, lemak, karbohidrat, natrium dan kalium)



Berdasarkan grafik asupan energi, protein, lemak, karbohidrat, natrium dan kalium hari III di atas, dilihat bahwa asupan energi, protein, lemak, karbohidrat, natrium dan kalium pada hari ketiga menurun dari kebutuhan.

B. Pembahasan

1. Status gizi

Berdasarkan hasil pengukuran dapat diketahui bahwa tidak terdapat perubahan pada status gizi pasien. Status gizi tetap yaitu status gizi kurang, hal ini disebabkan karna status gizi pasien diukur berdasarkan pengukuran nilai Lila, dimana diketahui bahwa Lila untuk mengetahui status gizi pasien, dan data status gizi untuk masa lampau yang tidak akan berubah nilainya dalam waktu dekat (3 hari).

Status gizi merupakan keadaan tubuh akibat pengaruh dari konsumsi makan dan penggunaan zat-zat gizi dibedakan menjadi gizi kurang, gizi baik dan gizi lebih (Almatsier,2004).

2. Perkembangan Laboratorium

Berdasarkan pemeriksaan laboratorium pasien masih mengalami Hb rendah, HDL dan GDP masih rendah karna hari terakhir pengamatan belum ada pemeriksaan laboratorium selanjutnya.

Laboratorium merupakan suatu tempat dimana dilakukan kegiatan percobaan, pengukuran, penelitian atau riset ilmiah yang berhubungan dengan berbagai ilmu.

3. Perkembangan Klinis/fisik

Berdasarkan pemeriksaan klinis dapat diketahui bahwa tidak terdapat perkembangan pada hasil pemeriksaan klinis pasien sudah mengalami penurunan TD walaupun masih dibawah dan pemeriksaan klinis yang lain masih kategori normal. Pada pemeriksaan fisik pasien keadaan masih lemah.

4. Perkembangan diet

Berdasarkan Perkembangan diet yang diberikan adalah diet jantung RG dengan bentuk makanan biasa lunak atau bubur yang diberikan secara bertahap ke pasien dengan diagnosa PJK +Hipertensi. Hal ini disebabkan karna hasil pengamatan asuhan makan pasien tersebut sudah tergolong cukup baik dan pasien mampu menerima bentuk makanan tersebut. Pemberian makanan uatam diberikan 3x makan dan 2 kali snack.

Menurut Amirta (2007) diet yaitu pengatur pola makan yang sesuai dengan tujuan seseorang melakukan pengaturan makan tersebut. Diet adalah cara membentuk atau mencapai proporsi berat badan dan taraf kesehatan yang seimbang (normal) melalui pengaturan pola aktivitas, seperti makan, minum, dan aktivitas fisik seperti kerja, istirahat dan olahraga (Dariyo,2003).

5. Asupan

Berdasarkan asupan makanan pasien selama pengamatan masih mengalami devisit karna pasien tidak mengkonsumsi makanan yang diberikan oleh rumah sakit seperti protein yaitu tahu, tempe dan pasien juga masih keadaan lemah oleh karena itu nafsu makan pasien juga kurang.

Asupan makan merupakan faktor utama untuk memenuhi kabutuhan gizi sebagai sumber tenaga, mempertahankan ketahanan tubuh dalam menghadapi serangan penyakit dan untuk pertumbuhan (Departemen FKM UI,2008). Manusia membutuhkan energi untuk mempertahankan hidup, menunjang pertumbuhan dan melakukan aktivitas fisik. Asupan tersebut diperoleh dari bahan makanan yang mengandung karbohidrat, lemak dan protein (Almatsier,2004).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dalam penelitian ini dapat di simpulkan bahwa:

1. Diagnosis pasien adalah CAD + HT
2. Berdasarkan hasil monitoring pengukuran antropometri Tn. A.A Lila 24 cm, % Lila 77,17% (status gizi kurang), TL 50 cm TB estimasi 162,5 cm.
3. Perhitungan kebutuhan zat gizi:
Energi : 2167,08 kkal
Protein : 81,26 gram
Lemak : 48,15 gram
Karbohidrat: 352,15 gram
Natrium : 1200 mg
Kalium : 4700 mg
4. Selama pengamatan kurang lebih 3 hari hasil laboratorium masih tetap tidak ada perubahan dari hari 1 sampai ke 3 dan pemeriksaan 2 kali yaitu pada tanggal 13 dan 14 Juni 2019.
5. Pada data fisik dan klinis pasien tidak terdapat perubahan. Data fisik dan klinis selama asuhan gizi pasien tetap yaitu TD pasien tinggi, sedangkan suhu, nadi dan RR berada dalam kategori normal dan pada pemeriksaan klinis pasien sudah semakin membaik.
6. Kebiasaan makan pasien berdasarkan hasil FFQ memiliki pola makan yang lebih 2x pasien tersebut pasien kurang mengkonsumsi ubi, daging sapi, temped an tahu.
7. Tidak terdapat perubahan pada terapi diet pasien selama asuhan gizi diet yang diberikan tetap yaitu Diet Jantung RG dengan bentuk makanan bubur.

8. Materi yang diberikan pada saat penyuluhan dan konsultasi gizi adalah Diet Jantung RG. Pasien dapat menerima dan berusaha menjalankan edukasi yang telah diberikan.

B. Saran

1. Bagi pasien
Diharapkan pasien mematuhi anjuran diet yang telah diberikan untuk membantu proses penyembuhan penyakit.
2. Bagi mahasiswa
Perlu adanya bimbingan untuk meningkatkan kerja sama dengan dokter, perawat, maupun dengan tenaga kesehatan lainnya agar lebih memahami tugas pelayanan gizi yang diberikan kepada pasien.
3. Perlu peneliti lebih lanjut dengan memperhatikan waktu pengamatan yang lebih panjang dan di ikuti dengan monitoring untuk mendapatkan kesimpulan dan dilakukan pembahasan

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, Sunita. 2004. *Penuntun Diit*. Jakarta: Pt Gramedia Pustaka Utama.
- Cahyono, S. 2008. *Gaya Hidup dan Penyakit Modern*. Kanisius. Jakarta.
- Chobanian, *et al.* 2003. The seventh report od the joint national committee (JNC). Vol 289. No.19. P 2560-70.
- Chobanian, A.V., dkk. 2003. “Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure” dalam Hypertension. Volume 42 (6), 1206–1252. Diakses melalui <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2>.
- Corwin, E.2005. *Buku Saku Parofisiologi*. EGC. Jakarta.
- Dariyo,A. (2003). *Psikologi Perkembangan Dewasa Muda*. Jakarata : Grasindo.
- E.Bek Mary, 2001. *Ilmu Gizi dan Diet*. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- Fatmah.2010. gizi usia lanjut.Erlangga: Hakarta
- Hamzah,D.F. 2017. Penatalaksanaan Diet Jantung dan Status Gizi Pasien Hipertensi Komplikasi Penyakit Jantung Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Bandung Medan. Jumantik. Edisi, Mei 2017 Vol.2, No.1. Hal 71
- Nafrialdi. 2009. Antihipertensi. Dalam: Gunawan, S.G (Eds). Farmokologi dan Terapi, Edisi 5. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. Hal 342-343
- Oparil S. 2003. Pathogenesis of Hypertension. *Ann Intern Med.* 139:761-76
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpulan Data. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI,2007
- Sheps, S. 2005. Mayo Clinic, *Mengatasi Tekanan Darah Tinggi*. Intisari. Jakarta.
- Wiryowidagdo, S dan Sitanggang, M., 2002, Tanaman Obat Untuk Jantung, Darah Tinggi, & Kolesterol. Cetakan 13, Edisi revisi, PT Agromedia Pustaka, Jakarta.

Lampiran 4



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG
Direktorat : Jl. Piet A. Tallo – Liliba Kupang Telp. (0380) 8800256
Fax : (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada
Yth. Bapak/Ibu Responden
Di tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Wihelmina B. Koten
NIM : PO. 530324116695
Mahasiswa : Poltekkes Kemenkes Kupang Prodi Gizi

Bermaksud untuk melakukan penelitian tentang “Penatalaksanaan asuhan gizi terstandar pada pasien hipertensi dengan komplikasi PJK di ruang rawat Inap di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”. Untuk itu saya mohon Kesediaan bapak/ibu sebagai responden selama berlangsungnya penelitian ini, atas kerja samanya kami ucapkan terimakasih.

Kupang, 2010

Peneliti

Wihelmina B. Koten

PO. 530324116695

Responden

(.....
K. FRANS)

Lampiran 5

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tn. A. Ach. Frans
Jenis Kelamin : laki-laki
Umur : 67 tahun
Pendidikan : S1
Alamat : Tubesi

Dengan ini saya bersedia menjadi peneliti bernama Wihelmina B. Koten, Mahasiswa Poltekkes kemenkes Kupang Jurusan Gizi dengan Judul "Penatalaksanaan Asuhan Gizi Terstandar Pada Pasien Hipertensi Dengan Komplikasi PJK Di Ruang Rawat Inap Di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang"

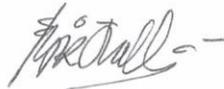
Saya memahami bahwa penelitian ini tidak dapat berakibat negatif pada saya dan tidak merugikan saya, sehingga jawaban yang saya berikan tidak ada unsur paksaan dari siapa pun.

Kupang, 18-06-2019

Peneliti


Wihelmina B. Koten
PO. 530324116695

Responden


(A. FRANS.)

FORM ASUHAN GIZI

	Tanggal : 18-06-2019	NO RM : ST 29 65
	Nama : M. A. Ach. Frans	Jenis Kelamin : Pria/Awanita
	Umur : 67 tahun	Aktifitas : Rmjan
	TB : Tgl lahir : 02-04-1952	Ruangan : Bojengville
	ASSESSMENT (PENGKAJIAN GIZI)	

1. ANTROPOMETRI

BB saat MRS :		Status Gizi Menurut IMT :	
TB (cm) :		Status Gizi menurut LILA :	77,17% (Gm-Kurang)
IMT :		Estimasi TB menurut TL :	157
LILA : 24		Estimasi TB menurut RL :	
%LILA Standar :			
TL (cm)* : 50			
RL (Cm)* :			

* pengukuran dilakukan apabila TB tidak dapat diukur

2. BIOKIMIA

<input type="checkbox"/> Albumin \leq 2,9 mg/dL	<input type="checkbox"/> Asam Urat \geq 7 mg/dL
<input checked="" type="checkbox"/> HB \leq 11 gr/dL 12,9	<input type="checkbox"/> Kreatinin $>$ 1,5 mg/dL
<input type="checkbox"/> Kolesterol \geq 200 mg/dL	<input type="checkbox"/> BUN $>$ 23 mg/dL
<input type="checkbox"/> Riwayat DM	<input type="checkbox"/> Kallium : tinggi $>$ 5,1 mmol /rendah $<$ 3,5 mmol*
<input type="checkbox"/> WBC	<input type="checkbox"/> Kalsium : 4,15
<input type="checkbox"/> Lain - lain terkait gizi	<input type="checkbox"/>

* coret yang tidak sesuai

3. KLINIS/FISIK

Klinis		Fisik	
Suhu : 36	OC	<input type="checkbox"/> Mual/Muntah	<input type="checkbox"/> Sulit Menelan
Nadi : 65	x/mnt	<input type="checkbox"/> Anoreksia	<input checked="" type="checkbox"/> Sesak Nafas
TD : 80/85	mm/Hg	<input type="checkbox"/> Diare	<input type="checkbox"/> Gangguan Gigi Gellgi
RR : 16	x/mnt	<input type="checkbox"/> Konstipasi
Iktarik : Ya/Tidak		<input type="checkbox"/> Sulit Mengunyah
Edema/Ascites : Ya/Tidak		<input type="checkbox"/> Hamil/Menyusui

keadaan umum : lemah

4. DIETARY/RIWAYAT GIZI

a. Pola Makan

b. Kebutuhan Sebelum Masuk Rumah Sakit

$$\% \text{ LILA} = \frac{\text{hasil pengukuran (cm)}}{\text{Tinggi medium}} \times 100\%$$

$$= \frac{24 \text{ cm}}{31,17} \times 100\%$$

$$= 77,17\% \text{ (Gm-Kurang)}$$

$$\text{Estimasi TB} = (2,02 \times 2,02 \times \text{TL cm}) - (0,04 \times 4) + 64,19$$

$$= (2,02 \times 50) - (0,04 \times 67) + 64,19$$

$$= 101 - 2,68 + 64,19$$

$$\% \text{ TB} = \frac{162,5 \text{ cm}}{160} = 62,5\%$$

E : Kkal F : gr L : gr KH : gr

Asupan Makan

1 Frekuensi Makan Sebelum MRS : Makan > 3x/hari Makan < 3x/hari

2 Kebiasaan Makan Utama Pagi Siang Malam

3 Kebiasaan Selingan?..... Kali/hari

4 Alergi Makanan Ya, Jenis..... Tidak

5 Pantangan Makanan Ya, Jenis..... Tidak

6 Suplemen Gizi Ya, Jenis..... Tidak

7 Asupan Sebelum MRS Lebih (> 110%)

Baik (\geq 80%)

Kurang (51 - 79%)

Buruk (< 51%)

8 Asupan Sebelum Pengamatan Lebih (> 110%)

Baik (\geq 80%)

Kurang (51 - 79%)

Buruk (< 51%)

(Lampirkan form recall)

5. RIWAYAT PERSONAL

a. Riwayat Penyakit

1 Keluhan Utama
pasien datang keluhan sesak nafas, sejak 4 hari SMRS. pasien tidur nyaman dengan 4 bantal. cepat capek ketika beraktivitas, makan dan minum baik. BAB dan BAK baik.

2 Riwayat Penyakit Sekarang
~~CAD~~ HT + HT - CHF + CAD + HT

3 Riwayat Penyakit Dahulu

4 Riwayat Penyakit Keluarga

5 Sosial Ekonomi
Pekerjaan : swasta
Pendidikan : S₁
Penghasilan : ± 500.000

DIAGNOSA GIZI

Diagnosa Medis : uap + HT dt CAD
Diagnosa Gizi :

Domain Intake (NI)

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

Domain Behavior (NB)	
j.	
c.	
Domain Clinic (NC)	
a.	
b.	
c.	
INTERVENSI	
Jenis Diet	: B.DJ.RG
Tujuan Diet	: - Energi yang cukup tanpa memperberatkan kerja jantung - Mgny seraf mencegah konstipasi - kalium sedang - Makanan mudah cerna dan porsi kecil tapi sering
Kebutuhan Nutrisi	: Energi : 1.900 kkal Protein : 62 gr Lemak : 53 Gr Karbohidrat : 302 gr Zat Gizi Lain : Natrium : 1.200 mg Kalium : 4.700 mg
Perhitungan	
Syarat Diet	:
Bentuk Makanan	: <input type="checkbox"/> Nasi <input checked="" type="checkbox"/> Bubur/Nasi Tim <input type="checkbox"/> Bubur Oring/dincang • Ca/R/sonde/Formula
Cara Pemberian	: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral/NGT
MONITORING DAN EVALUASI	
Antropometri	:
Biokimia	:
Fisik/Klinis	: TD = 110/80 mmHg RR = 20 S = 36°C N = 82 x/menit
Dietary	:

Total Asupan	1033.7	33.1	17.2	179.4	135.9	596.6	6.1	2968.5	0.4	23.0	227.2	548.0	142.5	6.4	148.9
--------------	--------	------	------	-------	-------	-------	-----	--------	-----	------	-------	-------	-------	-----	-------

ASUPAN MAKAN SEHARI

Nama A A
Jenis Kelamin L
Umur 67

Berat Badan 70.991
Tinggi Badan 174.05-2019

Waktu	Menu	Jahan Makanan	Berat	Energi (Kcal)	Protein (g)	Hewani	Nabati	Lemak (g)	H.A (g)	Ca (mg)	Fosfor (mg)	Fe (mg)	Vit. A (SI)	Vit. B1 (mg)	Vit. C (mg)	Natrium (mg)	Kalium (mg)	Coles (mg)	Serat (mg)	AIR (ml)
Makan Pagi	bolur	Beras giling	75	270.0	0.0	0.0	5.1	0.5	59.2	4.5	105.0	0.6	0.0	0.1	0.0	3.8	75.0	0.0	1.5	9.8
	bolur rebus	Telur ayam	45	172.9	3.8	0.0	0.0	0.1	0.2	24.3	81.0	1.2	405.0	0.0	0.0	71.1	80.1	247.5	0.0	33.3
	Sub Total			342.9	3.8	0.0	5.1	0.7	59.5	28.8	186.0	1.8	405.0	0.1	0.0	74.9	155.1	247.5	1.5	43.1
Makan Siang	bolur	Beras giling	75	270.0	0.0	0.0	5.1	0.5	59.2	4.5	105.0	0.6	0.0	0.1	0.0	3.8	75.0	0.0	1.5	9.8
	bolur rebus	Telur ayam	45	172.9	3.8	0.0	0.0	0.1	0.2	24.3	81.0	1.2	405.0	0.0	0.0	71.1	80.1	247.5	0.0	33.3
	Sub Total			342.9	3.8	0.0	5.1	0.6	59.4	29.1	186.0	2.0	405.0	0.2	0.0	75.0	155.1	247.5	1.5	43.1
Makan Malam	bolur	Beras giling	75	270.0	0.0	0.0	5.1	0.5	59.2	4.5	105.0	0.6	0.0	0.1	0.0	3.8	75.0	0.0	1.5	9.8
	bolur rebus	Telur ayam	45	172.9	3.8	0.0	0.0	0.1	0.2	24.3	81.0	1.2	405.0	0.0	0.0	71.1	80.1	247.5	0.0	33.3
	Sub Total			342.9	3.8	0.0	5.1	0.7	59.5	28.8	186.0	1.8	405.0	0.1	0.0	74.9	155.1	247.5	1.5	43.1
Sub Total				1033.7	33.1	0.0	15.3	17.2	179.4	135.9	596.6	6.1	2968.5	0.4	23.0	227.2	548.0	142.5	6.4	148.9

Lampiran 2

KUESIONER FREKUENSI MAKANAN PASIEN

Nama : Tn. A. Ach. F. N. H.	Gender	Umur	TB	BB	BB Ideal	IMT
No. Reg :	L/P : L	67 tahun				
Dokter yang mengirim :				Diagnosa : CHF + CAD + HT		
Diet :						

Bahan Makanan	Bahan Makanan					
	Lebih 1 x	1 x Sehari	>3 x Seminggu	1 - 2 x Seminggu	Kurang 1 x	Tidak Pernah
Nasi	✓					
ubi				✓		
Kopi				✓		
Telur	✓			*		
Ikan			✓			
Daging Ayam			✓			
Daging sapi				✓		
tempe				✓		
tahu				✓		
sayur putih			✓			
kangkung			✓			
wortel			✓			
bayam			✓			
pepaya			✓			
pisang				✓		

Nama Klien : M. P. M. N. N. N.
 Umur : 67 tahun
 Alamat : Jember

111
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Hari/Tanggal : Selasa / 18 - 06 - 2019

Apakah yang Anda makan dalam waktu 24 jam terakhir?

Waktu Makan	Nama Menu	Bahan Makanan	Metode Pemasakan (Rebus, Kukus, Goreng, Bakar, Panggang)	URT & Berat Rincian BM yg dikonsumsi			
				Jml	Urt	Berat Masak (gr)	Berat Mentah (gr)
Pagi :	Pakur	Beras	Rebus	2	ctg nasi	150	75
	telur rebus	telur	Rebus	1	btr	50	45
Selingan Pagi:							
Siang :	Pakur	Beras	Rebus	2	ctg	150	75
	telur rebus	telur	Rebus	1	btr	50	45
	sup sawi	sawi	Rebus	2	sdm	25	22,5
Selingan sore							
Malam :	Pakur	Beras	Rebus	2	ctg	150	75
	telur rebus	telur	Rebus	1	btr	50	45
Selingan mlm							

- Catatan: a) Tanyakan apakah menu makanan berbeda dengan hari biasanya
 b) Apakah ada tambahan suplemen dan sejenisnya
 c) Susunan menu recall berdasarkan daftar list yang diajukan
 d) Perhatikan faktor konversi BM masak ke Mentah dan faktor penyerapan minyak

Enumerator

TTD

Nama Klien :
 Umur : 67 tahun
 Alamat : Tububesi

Jenis Kelamin : laki-laki
 Hari/Tanggal : Selasa/18-06-2019

Apakah yang Anda makan dalam waktu 24 jam terakhir?

Waktu Makan	Nama Menu	Bahan Makanan	Metode Pemasakan (Rebus, Kukus, Goreng, Bakar, Panggang)	URT & Berat Rincian BM yg diKonsumsi			
				Jml	Urt	Berat Masak (gr)	Berat Mentah (gr)
Pagi :	bubur	Beras	Rebus	2	ctg	150	75
	ikan rebus	ikan	rebus	1	ptg	50	50
	tempe rebus	tempe	rebus	1	pta	25	25
	sup kol	kol	rebus	2	sdm	25	22,5
Selingan Pagi:	puhng			1	kup	20	20
Siang :	bubur	Beras	rebus	2	ctg	150	75
	ikan rebus	ikan	rebus	1	ptg	50	50
	tempe rebus	tempe	rebus	1	pta	25	25
	sup sayur	kol	rebus	2	sdm	25	22,5
	buah	pacola semangka		1	buah pty	750	18,75
Selingan sore							
Malam :	bubur	Beras	Rebus	2	ctg	150	75
	telur rebus	telur	telur	1	bfr	50	40
	tempe rebus	tempe	rebus	1	pta	25	25 25
	sup kol + tahu	kol tahu	Rebus	2	sdm	25	22,5 22,5
Selingan mlm							

- Catatan: a) Tanyakan apakah menu makanan berbeda dengan hari biasanya
 b) Apakah ada tambahan suplemen dan sejenisnya
 c) Susunan menu recall berdasarkan daftar list yang diajukan
 d) Perhatikan faktor konversi BM masak ke Mentah dan faktor penyerapan minyak

Enumerator

TTD



FORM VISUAL COMSTOCK



Waktu Makan	Jenis makanan	% Sisa Makanan					
		0%  (1)	25%  (2)	50%  (3)	75%  (4)	95%  (5)	100%  (6)
Pagi	Makanan Pokok						
	Lauk hewani						
	Lauk Nabati						
	Sayur						
	Buah						
Snack	Kudapan						✓
Siang	Makanan Pokok	✓	✓				
	Lauk hewani	✓					
	Lauk Nabati						✓
	Sayur	✓					
	Buah		✓				
Snack	Kudapan						
Malam	Makanan Pokok						
	Lauk hewani						
	Lauk Nabati						
	Sayur						
	Buah						
Extra	Kudapan/susu						

Keterangan

- (1) Makanan seluruhnya dikonsumsi
- (2) Tersisa 1/4 porsi
- (3) Tersisa 1/2 porsi
- (4) Tersisa 3/4 porsi
- (5) Dikonsumsi sedikit
- (6) Utuh

Ahli Gizi

(.....)

Total Asupan		1116.6	51.1	14.6	180.9	173.7	748.8	10.2	760.4	0.6	85.2	208.4	807.3	247.5	13.7	286.3
--------------	--	--------	------	------	-------	-------	-------	------	-------	-----	------	-------	-------	-------	------	-------

Berisi Badan
Tinggi Badan
Tanggal

Nama
Jenis Kelamin
Umur

A.A
L
67

ASUPAN MAKAN BEHARI

18-05-2019

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi (kcal)	Protein (g)	Lemak (g)	H A (g)	Ca (mg)	Fosfor (mg)	Fe (mg)	Vit. A (SI)	Vit. B1 (mg)	Vit. C (mg)	Natrium (mg)	Kalium (mg)	Colles (mg)	Serat (mg)	AIR (ml)	
makan pagi	bubur	Beras giling	75	270.0	0.0	5.1	0.5	59.2	4.5	105.0	0.6	0.1	0.0	3.8	75.0	0.0	1.5	6.8	
	ikan rebus	ikan segar	50	56.5	8.5	0.0	2.3	0.0	100.0	0.5	75.0	0.0	0.0	50.3	150.0	0.0	0.0	39.0	
	lumpu rebus	Kempis kacang mumi	25	37.3	0.0	4.6	1.0	3.2	32.3	38.5	2.5	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	18.0
	sup sayur	Kol lombang	22.5	5.6	0.0	0.5	0.0	1.1	5.0	16.2	0.2	20.3	0.0	15.5	6.8	78.5	0.0	1.5	20.6
		Sub Total		382.4	8.6	10.2	3.8	63.8	81.7	288.7	3.8	107.8	0.2	15.5	60.8	303.5	0.0	4.7	84.4
Snack Pagi		Sub Total		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Makan Siam	bubur	75	270.0	0.0	5.1	0.5	59.2	4.5	105.0	0.6	0.1	0.0	3.8	75.0	0.0	1.5	6.8	
	ikan rebus	ikan segar	50	56.5	8.5	0.0	2.3	0.0	100.0	0.5	75.0	0.0	0.0	50.3	150.0	0.0	0.0	39.0	
	lalu rebus	Tahu	25	17.0	0.0	2.0	1.2	0.4	31.0	15.8	0.5	0.0	0.0	0.0	3.0	37.8	0.0	0.1	41.2
	sup sayur	Kol lombang	27.5	6.9	0.0	0.7	0.1	1.3	6.1	18.8	0.3	24.8	0.0	19.0	6.3	86.0	0.0	1.8	25.2
Snack Sore	buah	Semangka	18.75	5.3	0.0	0.1	1.3	1.3	2.3	0.0	110.6	0.0	1.1	0.8	11.4	0.0	0.2	17.3	
		Sub Total		355.6	8.6	7.8	4.0	62.2	62.9	242.8	1.6	216.4	0.2	20.1	66.0	370.1	0.0	3.6	111.4
	Makan Malam		Sub Total		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		bubur	Beras giling	75	270.0	0.0	5.1	0.5	59.2	4.5	105.0	0.6	0.1	0.0	3.8	75.0	0.0	1.5	6.8
		lalu rebus	ikan segar	45	72.9	5.8	0.0	5.2	0.3	24.3	81.0	1.2	405.0	0.0	0.0	71.1	80.1	247.5	0.0
lumpu rebus		Kempis kacang mumi	25	37.3	0.0	4.6	1.0	3.2	32.3	38.5	2.5	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	18.0
sup sayur		Kol lombang	22.5	5.6	0.0	0.5	0.0	1.1	5.0	16.2	0.2	20.3	0.0	15.5	6.8	78.5	0.0	1.5	20.6
Makan Malam		Sub Total		381.6	6.3	10.4	6.3	69.2	248.3	4.7	442.3	0.2	19.8	61.8	233.8	247.5	6.4	100.8	
		Sub Total		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		Sub Total		1116.6	51.1	14.6	180.9	173.7	748.8	10.2	760.4	0.6	85.2	208.4	807.3	247.5	13.7	286.3	

Nama Klien : M. A. Ach. Frans
 Umur : 67 tahun
 Alat : Takibesi
 Agama : Islam

TTL :
 Jenis Kelamin : laki-laki
 Hari/Tanggal : Rabu, 17-06-2020

Apakah yang Anda makan dalam waktu 24 jam terakhir?

Waktu Makan	Nama Menu	Bahan Makanan	Metode Pemasakan (Rebus, Kukus, Goreng, Bakar, Panggang)	URT & Berat Rincian BM yg dikonsumsi				
				Jml	Urt	Berat Masak (gr)	Berat Mentah (gr)	
Pagi :	bubur	Beras	rebus	2	sdm	150	75	
		Kan	rebus	1	ply	30	30	
	Kecap	Tahu rebus	rebus	1	ply	25	25	
		sup sayur	KOI patola	rebus	2	sdm	25	25
Selingan Pagi:	Mie banyu	Mie banyu Telur wortel	rebus	1	Mika	20	20	
Siang :	bubur	Beras	rebus	2	cta	150	75	
		telur rebus	rebus	1	btr	50	12,5	
	Causibok	Temp rebus	Tempo	rebus	1	ply	25	25
		sup sayuran	KOI patola	rebus	2	sdm	25	6,25
Selingan sore								
Malam :	bubur	Beras	rebus	2	cta	150	75	
		Ayam rebus	Ayam	rebus	1	ply	50	50
	Causibok	Tahu rebus	Tahu	rebus	1	ply	25	25
		sup sayur	Tahu wortel	rebus	2	sdm	25	6,25
Selingan mlm								

- Catatan: a) Tanyakan apakah menu makanan berbeda dengan hari biasanya
 b) Apakah ada tambahan suplemen dan sejenisnya
 c) Susunan menu recall berdasarkan daftar list yang diajukan
 d) Perhatikan faktor konversi BM masak ke Mentah dan faktor penyerapan minyak

ampiran 7



FORM VISUAL COMSTOCK



Waktu Makan	Jenis makanan	% Sisa Makanan					
		0%	25%	50%	75%	95%	100%
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Pagi	Makanan Pokok						
<i>Recall</i>	Lauk hewani						
	Lauk Nabati						
	Sayur						
	Buah						
Snack	Kudapan					✓	
Miang	Makanan Pokok		✓				
	Lauk hewani		✓				
	Lauk Nabati	✓					
	Sayur		✓				
	Buah	✓					
Snack	Kudapan						
Malam	Makanan Pokok		✓				
	Lauk hewani		✓				
	Lauk Nabati	✓					
	Sayur		✓				
	Buah						
Extra	Kudapan/susu						

Keterangan

- (1) Makanan seluruhnya dikonsumsi
- (2) Tersisa 1/4 porsi
- (3) Tersisa 1/2 porsi
- (4) Tersisa 3/4 porsi
- (5) Dikonsumsi sedikit
- (6) Utuh

Ahli Gizi

(.....)

Total Asupan		1260.6	48.5	24.8	208.4	176.1	117.7	8.3	3837.6	0.6	28.7	228.3	1223.1	236.3	13.0	330.0
--------------	--	--------	------	------	-------	-------	-------	-----	--------	-----	------	-------	--------	-------	------	-------

Nama
Jenis Kelamin
Umur

berat badan
tinggi badan
tanggal

Waktu	Menu	Sajian Makanan	Berat	Energi (Kcal)	Protein (g)	Lemak (g)	H/A (g)	Ca (mg)	Fosfor (mg)	Fe (mg)	Vit.A (SI)	Vit.B1 (mg)	Vit.C (mg)	Natrium (mg)	Kalium (mg)	Coles (mg)	Serat (mg)	AIR (ml)	
Makan Pagi	bubur	beras giling	75	270.0	0.0	5.1	59.2	4.5	105.0	0.6	0.0	0.1	0.0	3.8	75.0	0.0	1.5	9.8	
	ikan rebus	ikan segar	50	96.5	8.5	0.0	2.3	0.0	100.0	0.5	75.0	0.0	0.0	50.3	150.0	0.0	0.0	36.0	
	tahu rebus	tahu	25	17.0	0.0	2.0	1.2	0.4	31.0	15.8	0.2	0.0	0.0	3.0	37.8	0.0	0.1	21.2	
	sup sayuran	Kel.kembang	25	4.5	0.0	0.5	0.1	1.2	5.5	18.0	0.3	22.5	0.0	17.3	7.5	87.3	0.0	1.8	23.9
		Gambasoyang	25	4.5	0.0	0.5	0.1	1.2	5.5	18.0	0.3	22.5	0.0	17.3	7.5	87.3	0.0	1.8	23.9
	Sub Total		384.3	8.0	7.5	4.1	81.8	49.3	247.0	1.8	192.5	0.2	19.3	76.6	389.4	0.0	4.0	116.5	
Snack Pagi	mia bhuan	Mia basah	15	12.9	0.0	0.1	0.5	2.1	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.0
		lebur ayam	25	40.5	3.2	0.0	2.9	0.2	13.5	45.0	0.1	25.0	0.0	0.0	39.3	44.5	137.5	0.0	18.5
		Wortel	15	6.3	0.0	0.2	0.0	1.4	5.9	5.6	0.1	180.0	0.0	0.9	10.5	38.6	0.0	0.8	13.2
	Sub Total		59.7	3.2	0.3	3.4	3.7	21.6	62.6	0.9	2025.0	0.0	0.9	60.0	81.3	137.5	0.8	43.7	
Makan Siang	bubur	beras giling	75	270.0	0.0	5.1	59.2	4.5	105.0	0.6	0.0	0.1	0.0	3.8	75.0	0.0	1.5	9.8	
	lebur ayam	lebur ayam	12.5	20.3	1.6	0.0	1.4	0.1	6.8	22.5	0.3	112.5	0.0	19.8	22.3	68.8	0.0	9.3	
	tempe rebus	Tempe kedelai m	25	37.3	0.0	4.6	1.0	3.2	32.3	38.5	2.5	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	16.0
	sup sayuran	Kel.kembang	6.25	1.8	0.0	0.2	0.0	0.3	1.4	4.5	0.1	5.6	0.0	4.3	1.9	21.8	0.0	0.4	5.7
		Gambasoyang	6.25	1.8	0.0	0.2	0.0	0.3	1.2	2.1	0.1	23.8	0.0	0.5	2.8	8.8	0.0	0.2	5.9
	Sub Total		464.4	1.8	10.8	3.1	82.4	52.1	193.8	3.9	283.9	0.2	7.1	41.6	453.4	68.8	6.1	100.6	
Makan Malam	bubur	beras giling	75	270.0	0.0	5.1	59.2	4.5	105.0	0.6	0.0	0.1	0.0	3.8	75.0	0.0	1.5	9.8	
	ayam rebus	Ayam	50	151.0	9.1	0.0	12.5	0.0	70.0	100.0	0.8	495.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	75.0	
	tahu rebus	tahu	25	17.0	0.0	2.0	1.2	0.4	31.0	15.8	0.2	0.0	0.0	3.0	37.8	0.0	0.0	26.0	
	sup sayuran	Labu siam	6.25	1.8	0.0	0.0	0.4	0.9	1.6	0.0	1.3	0.0	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	5.2	
		Wortel	6.25	2.6	0.0	0.1	0.0	0.6	2.4	2.3	0.1	750.0	0.0	0.4	4.4	15.3	0.0	0.3	5.5
	Sub Total		442.3	9.1	7.2	14.2	60.6	45.8	224.6	1.6	1166.3	0.2	1.5	61.1	303.1	30.0	2.1	70.2	
	Sub Total		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	Total Asupan		1260.6	48.5	24.8	208.4	176.1	8.3	3837.6	0.6	28.7	228.3	1223.1	236.3	13.0	330.0			

Nama Klien : M. A. Ach. Mas
 Umur : 67 tahun
 Alamat : Tuban

TTL :
 Jenis Kelamin : laki-laki
 Hari/Tanggal : Kamis / 20-06-2019

Apakah yang Anda makan dalam waktu 24 jam terakhir?

Waktu Makan	Nama Menu	Bahan Makanan	Metode Pemasakan (Rebus, Kukus, Goreng, Bakar, Panggang)	URT & Berat Rincian BM yg dikonsumsi			
				Jml	Urt	Berat Masak (gr)	Berat Mentah (gr)
Pagi :	babur	beras	rebus	2	ca	175	50
	Kacang rebus	Kacang	rebus	1	PTB	50	50
	recall Tempe rebus	tempe	rebus	1	PTB	25	25
	sup sayuran	labu siam wortel	rebus	2	sdm	25	25
Selingan Pagi:	babur	Kacang IJO		1	Kap	20	20
comstock	Kacang IJO	santan				15	15
		gula pasir				10	10
Siang :	babur	beras giling	rebus	2	ca	150	75
	comstock Ayam goreng	Ayam	goreng	1	PTB	50	20
		Makak goreng	goreng	1	PTB	25	13,75
	sup sayur	labu siam wortel	rebus	2	sdm	25	25
						25	25
Selingan sore							
Malam :							
Selingan malam							

- Catatan: a) Tanyakan apakah menu makanan berbeda dengan hari biasanya
 b) Apakah ada tambahan suplemen dan sejenisnya
 c) Susunan menu recall berdasarkan daftar list yang diajukan
 d) Perhatikan faktor konversi BM masak ke Mentah dan faktor penyerapan minyak

Enumerator.

ampiran 7



FORM VISUAL COMSTOCK



Waktu Makan	Jenis makanan	% Sisa Makanan					
		0%	25%	50%	75%	95%	100%
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Pagi	Makanan Pokok		✓				
	Lauk hewani	✓					
	Lauk Nabati	✓					
	Sayur	✓					
	Buah						
Makan	Kudapan	✓					
Malam	Makanan Pokok	✓					
	Lauk hewani		✓				
	Lauk Nabati			✓			
	Sayur		✓				
	Buah	✓					
Makan	Kudapan						
Malam	Makanan Pokok						
	Lauk hewani						
	Lauk Nabati						
	Sayur						
	Buah						
Extra	Kudapan/susu						

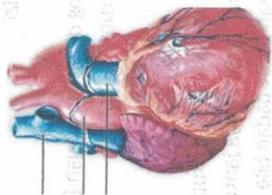
Ceterangan

- (1) Makanan seluruhnya dikonsumsi
- (2) Tersisa 1/4 porsi
- (3) Tersisa 1/2 porsi
- (4) Tersisa 3/4 porsi
- (5) Dikonsumsi sedikit
- (6) Utuh

Ahli Gizi

(.....)

DIET JANTUNG



Bahan makanan	Tidak dianjurkan
Sumber karbohidrat	Makanan yang mengandung gas atau alcohol, seperti: ubi, singkong dan tape
Suber hewani	protein Daging gemuk, daging kambing, daging babi, jeroan, otak, susu, kerang-kerangan, kepiting, dan keju.
Sumber nabati	protein kacang-kacangan kering yang mengandung lemak cukup tinggi seperti kacang tanah, kacang mete.
sayuran	Semua sayuran yang menandung gas, seperti : koi, kembang kol, lobak. Sawi dan nangka muda.
Buah	Buah-buahan segar yang mengandung alcohol atau gas, seperti durian, nangka
Bumbu	Lombok, cabe rawit, dan bumbu-bumbu lain yang tajam
Sumber lemak	Minyak kelapa dan kelapa sawit ; santan kental.
Minuman	Kopi kental, minuman yang mengandung soda dan alcohol, seperti bir dan wiski.

Waktu	Menu
Pagi	Nai tim Ikan pindang Orak-arik wortel Teh manis encer
Selingan	Juice pepaya
Siang	Nasi tim Daging bumbu tomat Oseng-oseng tempe Sayur bening bayam
Selingan	Jeruk manis Salad buah
Malam	Nasi tim Ayam panggang bumbu kecap Pepes tahu Cah sayur Pisang ambon

Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kupang

Prodi Gizi

DIET JANTUNG

PJK adalah penyakit dimana jantung tidak dapat berfungsi karena otot jantung rusak akibat kekurangan pasokan oksigen. Hal ini terjadi terutama karena penyempitan/pengerasan pembuluh darah atau disebut Aterosklerosis

Penyebab penyakit jantung koroner (PJK) adalah :

- Makanan berlemak
- Kebiasaan merokok



- Kegemukan atau obesitas
- Kencing manis atau Diabetes
- Hipertensi

Tanda dan gejala penyakit jantung koroner (PJK) adalah :

- Nyeri dada bagian kiri
- Keringat dingin

- Lemas dan pusing
- Sesak napas

Terapi Gizi

Jenis Diet

Jenis diet yang diberikan adalah Diet Penyakit Jantung

Tujuan Diet

1. Memberikan makanan secukupnya tanpa memberatkan kerja jantung.
2. Menurunkan berat badan bila gemuk.
3. Mencegah atau menghilangkan penimbunan garam dan air

Syarat Diet

1. Energi cukup, untuk mencapai dan mempertahankan berat badan ideal
2. Protein cukup yaitu 0,8 gr/kg BB Ideal
3. Lemak sedang 25 - 30% dari kebutuhan energi total.
4. Kolesterol rendah, terutama jika disertai dengan dislipidemia.
5. Vitamin dan mineral cukup.
6. Makanan mudah cerna dan tidak menimbulkan gas

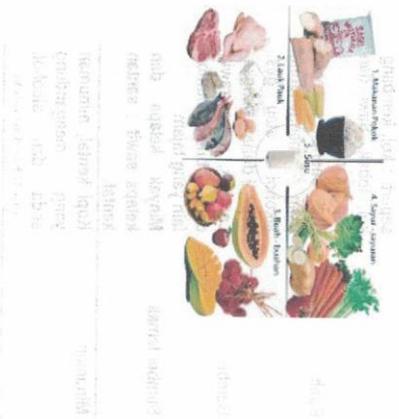
7. Serat cukup 25 gr/ hari, terutama serat larut untuk mencegah konstipasi

8. Cairan cukup kurang lebih 2 liter per hari sesuai kebutuhan.

9. Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan pasien.

10. Porsi kecil diberikan sering

11. Kebutuhan gizi tidak dapat dipenuhi melalui makanan, dapat diberikan berupa tambahan makanan enteral, parenteral atau suplemen gizi.





PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
Jl. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614.Fax (0380) 832892
Website : www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id email : rsudjohannes@gmail.com
KUPANG Kode Pos : 85111

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : RSUD / 070 / Um. 370 / 17/ 2019

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners.
Jabatan : Kepala Bidang Pengembangan
NIP/Pangkat Gol. : 19641211 198703 2 016/Pembina-IVa

Menerangkan bahwa :

Nama : Wihelmina B. Koten
Jenis Kelamin : Perempuan
NIM : PO. 530 324 116 695
Asal Fak./Jur./Univ. : Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Gizi.

Benar-benar telah selesai melakukan **Penelitian di Ruang Bougenvile** RSUD Prof. dr. W. Z. Johannes Kupang, selama satua (1) bulan, mulai dari tanggal **17 Januari s/d 17 Februari 2019**, dengan Judul :

“Proses Asuhan Gizi Terstandar Pada Pasien PJK Dengan Komplikasi Hipertensi di Ruang Rawat Inap RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 5 Juli 2019

RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang
Kepala Bidang Pengembangan

Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners.
Pembina

NIP.196412111987032016