

TINGKAT KONSUMSI ENERGI, KARBOHIDRAT, PROTEIN, LEMAK PADA DIET JANTUNG LUNAK BUBUR DAN DIET JANTUNG LUNAK TIM DENGAN LAMA HARI RAWAT INAP PASIEN GAGAL JANTUNG KONGESTIF DI RUMAH SAKIT TK. II DR. SOEPRAOEN MALANG

Tiyan Tiara Azzahrah¹⁾, Annasari Mustafa¹⁾, Nur Rahman¹⁾, Endang Sutjiati¹⁾

¹⁾Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

CONSUMPTION LEVEL OF ENERGY, CARBOHYDRATES, PROTEINS, FATS ON HEART SOFT HEART DIETS AND SOFT HEART HEART DIETS WITH LONG DAY HOSPITAL PATIENTS WITH FAILED CONVERTED HEART DIETS IN TK HOSPITAL. II DR. SOEPRAOEN MALANG

Abstract: Cardiovascular disease is the number one cause of death in the world. In Indonesia, heart and blood vessel disease continues to increase and will provide a burden of morbidity, disability and socio-economic burden to the families of sufferers, the community, and the country (MOH, 2013). The purpose of this study was to determine the level of consumption of energy, carbohydrates, proteins, fats in the porridge soft heart diet and the steamed soft heart diet with the length of stay of congestive heart failure patients in Rumah Sakit Tk. II Dr. Soepraoen, Malang. This research was conducted in June-July 2019. The results showed that the level of energy consumption, carbohydrates, protein, fat in the porridge soft heart diet and the steamed soft heart diet for the length of stay of congestive heart failure patients have similarities. On the porridge soft heart diet and the steamed soft heart diet both had long hospital stay which is 2 respondents, each of which had 5 days of hospital stay and short hospital stay which is 1 respondent, which had 4 days of hospital stay. Further research needs to be with a larger sample size and different research methods.

Keywords: consumption level, porridge soft heart diet, steamed soft heart diet, length of stay, congestive heart failure.

Abstrak: Penyakit kardiovaskular adalah penyebab kematian nomor satu di dunia. Di Indonesia, penyakit jantung dan pembuluh darah terus meningkat dan akan memberikan beban morbiditas, kecacatan dan beban sosial-ekonomi kepada keluarga penderita, masyarakat, dan negara (Depkes, 2013). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak dalam bubur diet jantung lunak dan diet jantung lunak kukus dengan lama tinggal pasien gagal jantung kongestif di Rumah Sakit Tk. II Dr. Soepraoen, Malang. Penelitian ini dilakukan pada Juni-Juli 2019. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak dalam bubur diet jantung lunak dan diet jantung lunak kukus selama lama tinggal pasien gagal jantung kongestif memiliki kesamaan. Pada bubur diet jantung lunak dan diet jantung lunak kukus keduanya memiliki lama tinggal di rumah sakit yaitu 2 responden, masing-masing memiliki 5 hari tinggal di rumah sakit dan tinggal pendek di rumah sakit yaitu 1 responden, yang memiliki 4 hari tinggal di rumah sakit. Penelitian lebih lanjut perlu dengan ukuran sampel lebih besar dan metode penelitian berbeda.

Kata kunci: tingkat konsumsi, diet jantung lunak bubur, diet jantung lunak kukus, lama tinggal, gagal jantung kongestif.

PENDAHULUAN

Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia. Menurut WHO yang diterbitkan pada tahun 2015 diperkirakan 17,5 miliar orang pada tahun 2012 meninggal karena penyakit kardiovaskuler termasuk diantaranya gagal jantung (WHO, 2015). Pada penelitian epidemiologi, ditemukan lebih dari 20 juta kasus yang terdiagnosis gagal jantung di seluruh dunia dan terdapat 2% pada negara berkembang. Menurut data American Heart Association terdapat 5,3 juta orang menderita gagal jantung di Amerika Serikat, 660,000 kasus baru terdiagnosis tiap tahunnya dengan perbandingan insiden 10/1000 populasi pada usia lebih dari 65 tahun. Di Indonesia penyakit jantung dan pembuluh darah ini terus meningkat dan akan memberikan beban kesakitan, kecacatan dan beban sosial ekonomi bagi keluarga penderita, masyarakat, dan negara (Depkes, 2013).

Prevalensi gagal jantung berdasarkan wawancara terdiagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,13 persen, dan yang terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 0,3 persen. Prevalensi gagal jantung berdasarkan terdiagnosis dokter tertinggi DI Yogyakarta (0,25%), disusul Jawa Timur (0,19%), dan Jawa Tengah (0,18%). Prevalensi gagal jantung berdasarkan diagnosis dan gejala tertinggi di Nusa Tenggara Timur (0,8%), diikuti Sulawesi Tengah (0,7%), sementara Sulawesi

Selatan dan Papua sebesar 0,5 persen (Risikesdas, 2013).

Prevalensi penyakit gagal jantung meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur 65 – 74 tahun (0,5%) untuk yang terdiagnosis dokter, menurun sedikit pada umur 75 tahun (0,4%), tetapi untuk yang terdiagnosis dokter atau gejala tertinggi pada umur 75 tahun (1,1%). Untuk yang didiagnosis dokter prevalensi lebih tinggi pada perempuan (0,2%) dibanding laki-laki (0,1%), berdasar didiagnosis dokter atau gejala prevalensi sama banyaknya antara laki-laki dan perempuan (0,3%). Prevalensi yang didiagnosis dokter serta yang didiagnosis dokter atau gejala lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah. Prevalensi yang didiagnosis dokter lebih tinggi di perkotaan dan dengan kuintil indeks kepemilikan tinggi. Untuk yang terdiagnosis dokter atau gejala sama banyak antara perkotaan dan perdesaan (Risikesdas, 2013).

Rumah sakit merupakan salah satu institusi pelayanan kesehatan yang berupaya untuk mencapai pemulihan penyakit yang diderita oleh pasien. Penyediaan makanan di rumah sakit diharapkan dapat membantu pasien dalam mengontrol konsumsi makanan agar tidak memperparah penyakitnya. Pelayanan gizi rumah sakit disesuaikan dengan keadaan pasien, berdasarkan keadaan klinis, status gizi dan status metabolisme tubuh pasien.

Rumah sakit memiliki pedoman diet khusus yang akan memberikan rekomendasi yang spesifik mengenai kebiasaan dan pola makan yang bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan status gizi pasien. Salah satu upaya dari pelayanan gizi rumah sakit dalam rangka pencapaian status gizi yang optimal yaitu melalui pemberian diet jantung kepada pasien jantung. Menurut Wright dalam *The Journal Of The American Medical Association* (2004) bahwa sebanyak 50% pasien yang dirawat dirumah sakit mendapatkan zat gizi yang lebih rendah dari kebutuhan zat gizi yang diperlukan karena selera makan yang menurun dan ketidakmampuan untuk makan akibat penyakit yang dideritanya.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lydiawati (2008) pada pasien penyakit kardiovaskular yang dirawat di RSUP Fatmawati Jakarta, menunjukkan rata-rata tingkat konsumsi energi dan protein berada pada tingkat defisit sedang. Sedangkan tingkat kecukupan energi sebesar 86,88% atau berada pada tingkat defisit ringan dan tingkat kecukupan protein sebesar 135,32% atau melebihi dari tingkat kecukupan protein yang dianjurkan. Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Mutmainnah (2008) menemukan tingkat konsumsi terhadap kebutuhan protein pada pasien rawat inap penyakit dalam di RS.H. Marzuki Mahdi Jakarta berada pada tingkat defisit berat.

Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kota Malang merupakan rumah sakit tipe B non pendidikan yang dikelola oleh Kesdam V/ Brawijaya. Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kota Malang menunjukkan bahwa penyakit gagal jantung masuk kedalam sepuluh besar penyakit di instalasi rawat inap. Berdasarkan data terbaru yang diperoleh yaitu pada bulan Januari hingga Bulan Juni 2018 ditemukan 173 kasus gagal jantung rawat inap dimana pria sebanyak 92 orang dan wanita sebanyak 81 orang. Pada bulan Juni merupakan angka kasus tertinggi yaitu terdapat 36 kasus gagal jantung dimana pria sebanyak 18 orang dan wanita sebanyak 18 orang. Pada bulan Januari hingga Juni 2018 telah tercatat sebanyak 16 pasien gagal jantung meninggal dunia. Rata-rata lama hari rawat inap seluruh subjek hasil studi pendahuluan pada Bulan Januari hingga Bulan Juni 2018 tersebut yaitu 4,98 hari (5 hari) dengan hari rawat terpendek selama 1 hari dan hari rawat terpanjang selama 19 hari.

Berdasarkan hal-hal yang telah diuraikan di atas, maka penulis ingin mengetahui tentang tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bubur dan diet jantung lunak tim dengan lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif (*CHF*) di

Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kota Malang.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional studies* dengan rancangan *descriptive case study* yaitu dengan mengamati tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada pasien gagal jantung kongestif yang mendapatkan diet jantung lunak bentuk bubur dan bentuk tim dengan lama hari rawat inap pasien di Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang. Populasi penelitian ini adalah semua pasien gagal jantung kongestif yang sedang rawat inap di Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang dan besar sampel pada penelitian ini sebanyak 6 responden dimana 3 pasien mendapatkan diet jantung lunak bubur dan 3 pasien mendapatkan diet jantung lunak tim. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan metode *purposive sampling* yaitu pemilihan subjek berdasarkan pada pertimbangan tertentu yaitu hanya subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi saja yang dapat dijadikan sampel penelitian. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni 2019 hingga bulan Juli 2019 di ruang rawat inap pasien gagal jantung kongestif Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang. Analisis data yang digunakan yaitu secara deskriptif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Pasien

1. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kebutuhan energi dan zat gizi suatu individu. Hasil penelitian terhadap jenis kelamin keenam responden Gagal Jantung Kongestif diperoleh bahwa proporsi laki-laki dan perempuan didapatkan hasil yang sama yaitu masing-masing 50%. Hal tersebut sedikit berbeda dengan data *European Heart Failure Survey* pada tahun 2000-2001, yang menyatakan bahwa 53% pasien gagal jantung yang dirawat di rumah sakit adalah berjenis kelamin laki-laki (Cowie, 2008).

2. Usia

Menurut Wield dalam Renur (2007) umur berpengaruh terhadap kebutuhan zat tenaga. Kebutuhan zat tenaga meningkat seiring meningkatnya umur seseorang hingga 40 tahun. Kebutuhan akan menurun seiring dengan menurunnya kekuatan fisik seseorang sehingga kegiatan yang dilakukan bisa berkurang dan menjadi lambat. Pada orang dewasa ditemukan lebih banyak karena persentase menurunnya kekuatan fisik bertambah seiring bertambahnya umur.

Hasil penelitian terhadap usia diketahui bahwa pasien Gagal Jantung Kongestif dengan kelompok usia 70-79 tahun merupakan sampel yang paling banyak yaitu sebanyak 3 orang (50%) sedangkan

untuk kelompok usia 60-69 tahun yaitu sebanyak 1 orang (17%) dan untuk kelompok usia 50-59 tahun yaitu sebanyak 2 orang (33%). Dalam Cowie (2008) dan Figuerora (2006) dituliskan bahwa prevalensi gagal jantung meningkat seiring dengan pertambahan usia dan terutama mengenai pasien dengan usia di atas 65 tahun.

3. Tingkat Pendidikan

Salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan adalah tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan seseorang membentuk orang tersebut untuk memahami suatu informasi kesehatan. Tingkat pendidikan merupakan salah satu unsur yang sering dilihat hubungannya dengan angka kesakitan dan kematian, karena hal tersebut dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan termasuk pemeliharaan kesehatan (Notoadmodjo, 2007).

Hasil penelitian terhadap tingkat pendidikan diketahui bahwa seluruh pasien Gagal Jantung Kongestif memiliki tingkat pendidikan rendah. Tingkat pendidikan rendah disini adalah pasien berpendidikan SD dan SMP. Sedangkan tingkat pendidikan tinggi disini adalah pasien berpendidikan SMA sederajat dan perguruan tinggi. Tingkat pendidikan dan pengetahuan merupakan faktor yang berkaitan dengan kualitas hidup pasien Gagal Jantung Kongestif (Rognerud & Zahl5 f cd, 2006). Pasien yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan

mudah untuk mendapatkan informasi terkait kondisi yang sedang dialami, maupun menganalisis masalah yang akan timbul, serta bagaimana mengatasi masalah tersebut (Nurchayati, 2011). Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang maka akan semakin baik dalam memilih tindakan terapi yang tepat dalam pemulihan kondisinya sehingga kualitas hidup pasien juga akan meningkat (Van Der et al, 2006).

4. Pekerjaan

Pekerjaan merupakan kegiatan yang menjadi pokok penghidupan atau sesuatu yang dilakukan untuk mendapatkan nafkah. Berdasarkan hasil penelitian, pekerjaan pasien bervariasi. Pekerjaan pasien terbanyak berasal dari kalangan pensiunan TNI dan Ibu Rumah Tangga yaitu masing-masing sebanyak 2 orang (33%). Pekerjaan pasien paling sedikit yaitu sebagai pegawai wiraswasta dan tidak bekerja yaitu masing-masing sebanyak 1 orang (17%). Pekerjaan seseorang erat kaitannya dengan tingkat aktivitas dan istirahat seseorang (Smeltzer & Bare, 2010).

5. Status Gizi

Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Hasil penelitian terhadap status gizi menurut IMT diketahui bahwa pasien Gagal Jantung Kongestif memiliki status gizi risiko obesitas yaitu sebanyak 2 orang (33%), status gizi obesitas I sebanyak 1

orang (17%), status gizi obesitas II sebanyak 1 orang (17%), dan status gizi normal sebanyak 2 orang (33%). Menurut Pinzon (1999), obesitas atau kelebihan berat badan akan mengaktifkan kerja jantung dan dapat menyebabkan hipertropi jantung dalam jangka lama. Curah jantung, isi sekuncup jantung, volume darah, dan tekanan darah cenderung akan naik.

B. Data Fisik

Berdasarkan hasil pengamatan yang telah dilakukan bahwa sejak awal pengamatan perkembangan fisik Ny. A, Ny. B, dan Tn. C menunjukkan keadaan umum lemah dengan kesadaran *composmentis* (GCS 456) hingga akhir pengamatan. Pada hari pertama hingga hari terakhir pengamatan terdapat keluhan nyeri dan sesak nafas pada ketiga pasien tersebut.

Tabel 1. Data fisik pasien dengan diet jantung lunak bentuk bubur

Kode Pasien	Pemeriksaan	Hari Pemeriksaan				
		Ke-1	Ke-2	Ke-3	Ke-4	Ke-5
Ny. A	Kesadaran	GCS 456	GCS 456	GCS 456	GCS 456	-
	Keadaan Umum	Lemah	Lemah	Lemah	Lemah	-
	Nyeri	Ada	Ada	Ada	Ada	-
	Sesak	Ada	Ada	Ada	Ada	-
Ny. B	Kesadaran	GCS 456	GCS 456	GCS 456	GCS 456	GCS 456
	Keadaan Umum	Lemah	Lemah	Lemah	Lemah	Lemah
	Nyeri	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	Sesak	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
Tn. C	Kesadaran	GCS 456	GCS 456	GCS 456	GCS 456	GCS 456
	Keadaan Umum	Lemah	Lemah	Lemah	Lemah	Lemah
	Nyeri	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	Sesak	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada

Berdasarkan hasil pengamatan yang telah dilakukan bahwa sejak awal pengamatan perkembangan fisik Ny. D, Tn. E, dan Tn. F menunjukkan keadaan umum lemah dengan kesadaran

composmentis (GCS 456) hingga akhir pengamatan. Pada hari pertama hingga hari terakhir pengamatan terdapat keluhan nyeri dan sesak nafas pada ketiga pasien tersebut.

Tabel 2. Data fisik pasien dengan diet jantung lunak bentuk tim

Kode Pasien	Pemeriksaan	Hari Pemeriksaan				
		Ke-1	Ke-2	Ke-3	Ke-4	Ke-5
Ny. D	Kesadaran	GCS 456	GCS 456	GCS 456	GCS 456	GCS 456
	Keadaan Umum	Lemah	Lemah	Lemah	Lemah	Lemah
	Nyeri	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	Sesak	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
Tn. E	Kesadaran	GCS 456	GCS 456	GCS 456	GCS 456	-
	Keadaan Umum	Lemah	Lemah	Lemah	Lemah	-
	Nyeri	Ada	Ada	Ada	Ada	-
	Sesak	Ada	Ada	Ada	Ada	-
Tn. F	Kesadaran	GCS 456	GCS 456	GCS 456	GCS 456	GCS 456
	Keadaan Umum	Lemah	Lemah	Lemah	Lemah	Lemah
	Nyeri	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	Sesak	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada

C. Data Klinis**Tabel 3. Data klinis pasien dengan diet jantung lunak bentuk bubur**

Kode Pasien	Pemeriksaan	Nilai Normal	Hari Pemeriksaan				
			Ke-1	Ke-2	Ke-3	Ke-4	Ke-5
Ny. A	Tekanan	<120/ <80	143/82	132/78	120/80	120/80	-
	Darah	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	-
	Nadi	80 – 100x/menit	57x/ menit	78x/ menit	75x/ menit	78x/ menit	-
	RR	14 – 20x/menit	14x/ menit	20x/ menit	20x/ menit	20x/ menit	-
	Suhu	36 - 37°C	36,5°C	36,6°C	36,8°C	36,5°C	-
	SPO2	95-100%	96%	97%	96%	98%	-
	Tekanan	<120/ <80	139/93	132/95	138/95	147/112	120/80
	Darah	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
Ny. B	Nadi	80 – 100x/menit	84x/ menit	65x/ menit	62x/ menit	63x/ menit	87x/ menit
	RR	14 – 20x/menit	20x/ menit	20x/ menit	18x/ menit	20x/ menit	20x/ menit
	Suhu	36 - 37°C	36,5°C	36,5°C	36,6°C	36,5°C	36,4°C
	SPO2	95-100%	96%	97%	96%	98%	98%
	Tekanan	<120/ <80	140/66	160/83	160/80	147/112	142/84
	Darah	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
	Nadi	80 – 100x/menit	87x/ menit	92x/ menit	88x/ menit	63x/ menit	87x/ menit
	RR	14 – 20x/menit	20x/ menit	30x/ menit	24x/ menit	20x/ menit	20x/ menit
Tn. C	Suhu	36 - 37°C	36,5°C	36,5°C	36,5°C	36,5°C	36,5°C
	SPO2	95-100%	98%	97%	96%	98%	98%

Perkembangan klinis pasien Ny. A, tekanan darah selama dirawat terpantau cukup tinggi pada hari pertama hingga hari terakhir namun pada hari terakhir

tekanan darah sudah mulai mendekati nilai normal yaitu 120/80 mmHg. Peningkatan tekanan darah disebabkan oleh peningkatan volume darah atau elastisitas

pembuluh darah. Sebaliknya, penurunan volume darah akan menurunkan tekanan darah (Romi *et al*, 2010). Nadi pada hari pertama hingga hari terakhir selalu menunjukkan angka di bawah nilai normal yaitu 57x/menit, 78x/menit, 75x/menit dan 78x/menit. Respirasi pasien pada hari pertama hingga hari terakhir selalu menunjukkan nilai normal dan pada hari kedua hingga hari terakhir tergolong konstan yaitu 20x/ menit. Secara fisiologis, respirasi dikatakan normal jika memiliki nilai 14 – 20 x/menit (Wahyuningsih, 2010). Hasil pengamatan suhu mulai hari pertama hingga hari terakhir studi kasus termasuk ke dalam kategori normal yaitu dalam rentan 36°C. Pengukuran suhu tubuh bertujuan mengetahui suhu badan seseorang untuk menentukan tindakan dan membantu menegakkan diagnosa serta untuk menilai keseimbangan suhu tubuh (Yansri, 2013). Untuk saturasi oksigen (SpO₂) menunjukkan kategori normal sejak hari pertama hingga hari terakhir yaitu dalam rentan 95-100%. SpO₂ digunakan sebagai standar pengukuran abnormal (hipoksemia) di unit rawat intensif untuk pedoman pemberian terapi oksigen, terutama pasien dengan kondisi kritis (Mohamad, 2017).

Perkembangan klinis pasien Ny. B, tekanan darah selama dirawat terpantau cukup tinggi pada hari pertama hingga hari keempat pengamatan namun pada

hari terakhir pengamatan tekanan darah sudah menunjukkan nilai normal yaitu 120/80 mmHg. Peningkatan tekanan darah disebabkan oleh peningkatan volume darah atau elastisitas pembuluh darah. Sebaliknya, penurunan volume darah akan menurunkan tekanan darah (Romi *et al*, 2010). Nadi pada hari pertama dan hari terakhir pengamatan menunjukkan nilai normal yaitu 84x/menit dan 87x/menit. Respirasi pasien pada hari pertama hingga hari terakhir selalu menunjukkan nilai normal. Secara fisiologis, respirasi dikatakan normal jika memiliki nilai 14 – 20 x/menit (Wahyuningsih, 2010). Hasil pengamatan suhu mulai hari pertama hingga hari terakhir studi kasus termasuk ke dalam kategori normal yaitu dalam rentan 36°C. Pengukuran suhu tubuh bertujuan mengetahui suhu badan seseorang untuk menentukan tindakan dan membantu menegakkan diagnosa serta untuk menilai keseimbangan suhu tubuh (Yansri, 2013). Untuk saturasi oksigen (SpO₂) menunjukkan kategori normal sejak hari pertama hingga hari terakhir yaitu dalam rentan 95-100%. SpO₂ digunakan sebagai standar pengukuran abnormal (hipoksemia) di unit rawat intensif untuk pedoman pemberian terapi oksigen, terutama pasien dengan kondisi kritis (Mohamad, 2017).

Perkembangan klinis pasien Tn. C, tekanan darah selama dirawat terpantau cukup tinggi pada hari pertama hingga

hari keempat namun pada hari terakhir tekanan darah sudah menunjukkan nilai normal yaitu 120/80 mmHg. Peningkatan tekanan darah disebabkan oleh peningkatan volume darah atau elastisitas pembuluh darah. Sebaliknya, penurunan volume darah akan menurunkan tekanan darah (Romi *et al*, 2010). Nadi pada hari pertama hingga hari ketiga selalu menunjukkan nilai normal yaitu 87x/menit, 92x/ menit, dan 88x/ menit. Pada hari keempat nadi menunjukkan angka di bawah nilai normal yaitu 63x/menit dan pada hari terakhir nadi sudah kembali lagi menunjukkan nilai normal yaitu 87x/menit. Respirasi pasien pada hari pertama menunjukkan nilai normal yaitu 20x/menit. Pada hari kedua dan hari ketiga respirasi pasien menunjukkan angka di atas nilai normal yaitu 30x/menit dan 24x/menit, dan pada hari keempat hingga hari terakhir respirasi pasien sudah menunjukkan nilai normal dan tergolong konstan yaitu 20x/ menit. Secara fisiologis, respirasi dikatakan normal jika memiliki nilai 14 – 20 x/ menit (Wahyuningsih, 2010). Hasil pengamatan suhu mulai hari pertama hingga hari terakhir studi kasus termasuk ke dalam kategori normal yaitu dalam rentan 36°C. Pengukuran suhu tubuh bertujuan mengetahui suhu badan seseorang untuk menentukan tindakan dan membantu menegakkan diagnosa serta untuk menilai keseimbangan suhu tubuh (Yansri, 2013).

Saturasi oksigen (SpO₂) menunjukkan kategori normal sejak hari pertama hingga hari terakhir yaitu dalam rentan 95-100%. SpO₂ digunakan sebagai standar pengukuran abnormal (hipoksemia) di unit rawat intensif untuk pedoman pemberian terapi oksigen, terutama pasien dengan kondisi kritis (Mohamad, 2017).

Perkembangan klinis pasien Ny. D, tekanan darah selama dirawat terpantau cukup tinggi pada hari pertama hingga hari terakhir yaitu 140/80 mmHg, 140/80 mmHg, 139/93 mmHg, 132/95 mmHg dan 138/95 mmHg. Peningkatan tekanan darah disebabkan oleh peningkatan volume darah atau elastisitas pembuluh darah. Sebaliknya, penurunan volume darah akan menurunkan tekanan darah (Romi *et al*, 2010). Nadi pada hari pertama hingga hari keempat selalu menunjukkan angka di bawah nilai normal yaitu 55x/menit, 65x/menit, 75x/menit dan 70x/menit, sedangkan untuk hari terakhir nadi pasien sudah menunjukkan nilai normal yaitu 80x/menit. Respirasi pasien pada hari pertama dan hari ketiga menunjukkan angka di atas nilai normal yaitu 25x/menit dan 22x/menit, sedangkan pada hari kedua, hari keempat dan hari terakhir selalu menunjukkan nilai normal yaitu 20x/menit, 20x/menit, dan 18x/menit. Secara fisiologis, respirasi dikatakan normal jika memiliki nilai 14 – 20 x/menit (Wahyuningsih, 2010). Hasil pengamatan

suhu mulai hari pertama hingga hari terakhir studi kasus termasuk ke dalam kategori normal yaitu dalam rentan 36°C. Pengukuran suhu tubuh bertujuan mengetahui suhu badan seseorang untuk menentukan tindakan dan membantu menegakkan diagnosa serta untuk menilai keseimbangan suhu tubuh (Yansri, 2013). Untuk saturasi oksigen (SpO2) menunjuk-

kan kategori normal sejak hari pertama hingga hari terakhir yaitu dalam rentan 95-100%. SpO2 digunakan sebagai standar pengukuran abnormal (hipoksemia) di unit rawat intensif untuk pedoman pemberian terapi oksigen, terutama pasien dengan kondisi kritis (Mohamad, 2017).

Tabel 4. Data klinis pasien dengan diet jantung lunak bentuk tim

Kode Pasien	Pemeriksaan	Nilai Normal	Hari Pemeriksaan				
			Ke-1	Ke-2	Ke-3	Ke-4	Ke-5
Ny. D	Tekanan	<120/ <80	140/80	140/80	139/93	132/95	138/95
	Darah	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
	Nadi	80 – 100x/menit	55x/ menit	65x/ Menit	75x/ menit	70x/ Menit	80x/ menit
	RR	14 – 20x/menit	25x/ menit	20x/ Menit	22x/ menit	20x/ Menit	18x/ menit
	Suhu	36 - 37°C	36°C	36,5°C	36,5°C	36,5°C	36,6°C
	SPO2	95-100%	100%	97%	96%	97%	96%
	Tekanan	<120/ <80	138/95	143/82	132/78	130/95	-
Tn. E	Darah	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	
	Nadi	80 – 100x/menit	63x/ menit	57x/ Menit	78x/ menit	84x/ Menit	-
	RR	14 – 20x/menit	20x/ menit	14x/ menit	19x/ menit	20x/ menit	-
	Suhu	36 - 37°C	36,5°C	36,5°C	36,6°C	36,5°C	-
	SPO2	95-100%	96%	96%	97%	98%	-
	Tekanan	<120/ <80	157/86	110/64	110/80	120/90	112/88
	Darah	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
Tn. F	Nadi	80 – 100x/menit	88x/ menit	85x/ Menit	80x/ menit	82x/ menit	87x/ menit
	RR	14 – 20x/menit	24x/ menit	22x/ menit	20x/ menit	20x/ menit	20x/ menit
	Suhu	36 - 37°C	36,5°C	36,5°C	36,6°C	36,5°C	36,4°C
	SPO2	95-100%	96%	96%	96%	98%	99%

Perkembangan klinis pasien Tn. E, tekanan darah selama dirawat terpantau cukup tinggi pada hari pertama hingga hari terakhir yaitu 138/95 mmHg, 143/82 mmHg, 132/78 mmHg, dan 130/95 mmHg. Peningkatan tekanan darah disebabkan oleh peningkatan volume

darah atau elastisitas pembuluh darah. Sebaliknya, penurunan volume darah akan menurunkan tekanan darah (Romi *et al*, 2010). Nadi pada hari pertama hingga hari ketiga selalu menunjukkan angka di bawah nilai normal yaitu 63x/menit, 57x/menit dan 78x/menit, namun pada

hari terakhir sudah menunjukkan nilai normal yaitu 84x/menit. Respirasi pasien pada hari pertama hingga hari terakhir selalu menunjukkan nilai normal yaitu 20x/menit, 14x/menit, 19x/menit, dan 20x/menit. Secara fisiologis, respirasi dikatakan normal jika memiliki nilai 14 – 20 x/menit (Wahyuningsih, 2010). Hasil pengamatan suhu mulai hari pertama hingga hari terakhir studi kasus termasuk ke dalam kategori normal yaitu dalam rentan 36°C. Pengukuran suhu tubuh bertujuan mengetahui suhu badan seseorang untuk menentukan tindakan dan membantu menegakkan diagnosa serta untuk menilai keseimbangan suhu tubuh (Yansri, 2013). Untuk saturasi oksigen (SpO₂) menunjukkan kategori normal sejak hari pertama hingga hari terakhir yaitu dalam rentan 95-100%. SpO₂ digunakan sebagai standar pengukuran abnormal (hipoksemia) di unit rawat intensif untuk pedoman pemberian terapi oksigen, terutama pasien dengan kondisi kritis (Mohamad, 2017).

Perkembangan klinis pasien Tn. F, tekanan darah selama dirawat terpantau cukup tinggi pada hari pertama yaitu 157/86 mmHg, namun pada hari kedua hingga hari terakhir tekanan darah sudah menunjukkan nilai normal yaitu 110/64 mmHg, 110/80 mmHg, 120/90 mmHg dan 112/88 mmHg. Peningkatan tekanan darah

disebabkan oleh peningkatan volume darah atau elastisitas pembuluh darah. Sebaliknya, penurunan volume darah akan menurunkan tekanan darah (Romi *et al*, 2010). Nadi pada hari pertama hingga hari terakhir selalu menunjukkan nilai normal yaitu 88x/menit, 85x/menit, 80x/menit, 82x/menit dan 87x/menit. Respirasi pasien pada hari pertama dan hari kedua menunjukkan angka di atas nilai normal yaitu 24x/menit dan 22x/menit, namun pada hari ketiga hingga hari terakhir sudah menunjukkan nilai normal dan tergolong konstan yaitu 20x/menit. Secara fisiologis, respirasi dikatakan normal jika memiliki nilai 14 – 20 x/menit (Wahyuningsih, 2010). Hasil pengamatan suhu mulai hari pertama hingga hari terakhir studi kasus termasuk ke dalam kategori normal yaitu dalam rentan 36°C.

Pengukuran suhu tubuh bertujuan mengetahui suhu badan seseorang untuk menentukan tindakan dan membantu menegakkan diagnosa serta untuk menilai keseimbangan suhu tubuh (Yansri, 2013). Saturasi oksigen (SpO₂) menunjukkan kategori normal sejak hari pertama hingga hari terakhir yaitu dalam rentan 95-100%. SpO₂ digunakan sebagai standar pengukuran abnormal (hipoksemia) di unit rawat intensif untuk pedoman pemberian terapi oksigen, terutama pasien dengan kondisi kritis (Mohamad, 2017).

D. Indikasi Obat yang diberikan Rumah Sakit kepada Pasien

Tabel 5. Indikasi obat yang diberikan rumah sakit kepada pasien dengan diet jantung lunak bentuk bubur

Kode Pasien	Nama Obat	Dosis	Fungsi
Ny. A	Atrain	2 x 1 Tablet	Menangani demam dan merupakan anti nyeri
	Infus NaCl 0,9%	200 ml tiap 12 jam	Mengganti cairan tubuh yang hilang, pengatur keseimbangan cairan tubuh, mengatur kerja dan fungsi otot jantung, mendukung metabolisme tubuh, dan merangsang kerja saraf
	Ceftriaxone	1 x 2 g	Menghambat pertumbuhan bakteri dalam tubuh
	Alprazolam	1 x 0,5 g	Mengatasi gangguan kecemasan dan serangan panik
Ny. B	Ceftriaxone	1 x 2 g	Menghambat pertumbuhan bakteri dalam tubuh
	Furosemide	20 mg tiap 24 jam	Mengobati retensi cairan
	Spirolacton	1 x 25 mg	Menurunkan tekanan darah tinggi
	Alprazolam	1 x 0,5 g	Mengatasi gangguan kecemasan dan serangan panik
	Spirolactin	1 x 25 mg	Menurunkan tekanan darah tinggi
Tn. C	Captopril	3 x 25 mg	Melindungi jantung setelah terjadi serangan jantung

Tabel 6. Indikasi obat yang diberikan rumah sakit kepada pasien dengan diet jantung lunak bentuk tim

Kode Pasien	Nama Obat	Dosis	Fungsi
Ny. D	Lasix	3 x 2 g	Mengobati retensi cairan
	Ceftriaxone	1 x 2 g	Menghambat pertumbuhan bakteri dalam tubuh
	ISDN	3 x 5 g	Megatasi nyeri dada
	Captopril	3 x 12,5 mg	Melindungi jantung setelah terjadi serangan jantung
Tn. E	CPG	1 x 75 mg	Mencegah trombosit saling menempel yang berisiko membentuk gumpalan darah
	Ceftriaxone	1 x 2 g	Menghambat pertumbuhan bakteri dalam tubuh
	Lasix	1 x 0,5 g	Mengobati retensi cairan
Tn. F	Candesartan	1 x 1 Tablet	Menurunkan tekanan darah
	CPG	1 x 75 mg	Mencegah trombosit saling menempel yang berisiko membentuk gumpalan darah
	ISDN	3 x 5 g	Megatasi nyeri dada
	Ramipril	1 x 5 g	Mengatasi hipertensi
	Concor	1 x 2,5 g	Menurunkan tekanan darah tinggi dan mencegah serangan jantung
	Lavenox	0,6 g tiap 12 jam	Membantu mengurangi resiko serangan jantung

E. Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi

1. Tingkat Konsumsi Energi

Berdasarkan tabel 7 tersebut dapat diketahui bahwa kategori tingkat

konsumsi energi pasien Gagal Jantung Kongestif dengan diet jantung lunak bentuk bubur seluruhnya masih tergolong sangat kurang yaitu masih berada dibawah 70%.

Tabel 7. Tingkat konsumsi energi pasien dengan diet jantung lunak bentuk bubur

Kode Pasien	Rata-rata Asupan	Kebutuhan	Tingkat Konsumsi	Kategori
Ny. A	1.206,5 g	1.742,5 g	69%	Sangat Kurang
Ny. B	818,6 g	1.602,1 g	51%	Sangat Kurang
Tn. C	1.162,2 g	2.065,4 g	56%	Sangat Kurang
Rata-rata	1.062,4 g	1.803,3 g	59%	Sangat Kurang

Tingkat konsumsi energi yang sangat kurang ini dikarenakan pasien tidak menghabiskan makanan yang diberikan rumah sakit karena adanya rasa mual dan sesak nafas. Selain hal tersebut, asupan energi pasien yang belum mencapai kebutuhan dikarenakan pasien tidak

terbiasa menjalankan diet sehingga pasien tidak menghabiskan makanannya (Ratna, 2014). Rata-rata tingkat konsumsi energi yang diperoleh dari ketiga pasien yang mendapatkan bentuk makanan bubur ini yaitu sebesar 59% yang mana termasuk ke dalam kategori sangat kurang.

Tabel 8. Tingkat konsumsi energi pasien dengan diet jantung lunak bentuk tim

Kode Pasien	Rata-rata Asupan	Kebutuhan	Tingkat Konsumsi	Kategori
Ny. D	902,2 g	1.690,3 g	53%	Sangat Kurang
Tn. E	1.218,1 g	2.099,1 g	58%	Sangat Kurang
Tn. F	1.826,9 g	1.872,9 g	98%	Kurang
Rata-rata	1.315,7 g	1.887,3 g	70%	Kurang

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa kategori tingkat konsumsi energi pasien Gagal Jantung Kongestif dengan diet jantung lunak bentuk tim sebagian besar masih tergolong sangat kurang, sedangkan pasien Tn. F memiliki kategori tingkat konsumsi energi kurang. Tingkat konsumsi energi yang sangat kurang dan kurang ini dikarenakan pasien tidak menghabiskan makanan yang diberikan rumah sakit karena adanya rasa

mual dan sesak nafas. Selain hal tersebut, asupan energi pasien yang belum mencapai kebutuhan dikarenakan pasien tidak terbiasa menjalankan diet sehingga pasien tidak menghabiskan makanannya (Ratna, 2014). Rata-rata tingkat konsumsi energi yang diperoleh dari ketiga pasien yang mendapatkan bentuk makanan tim ini yaitu sebesar 70% yang mana termasuk ke dalam kategori kurang.

2. Tingkat Konsumsi Protein

Tabel 9. Tingkat konsumsi protein pasien dengan diet jantung lunak bentuk bubur

Kode Pasien	Rata-rata Asupan	Kebutuhan	Tingkat Konsumsi	Kategori
Ny. A	38,9 g	39,6 g	98%	Kurang
Ny. B	22,4 g	39,6 g	56%	Sangat Kurang
Tn. C	46 g	54,4 g	85%	Kurang
Rata-rata	36 g	44,5 g	78%	Kurang

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa kategori tingkat konsumsi protein pasien Gagal Jantung Kongestif dengan diet jantung lunak bentuk bubur sebagian besar masih tergolong kurang sedangkan pasien Ny. B memiliki kategori tingkat konsumsi protein sangat kurang. Hal ini disebabkan karena dalam sehari-hari konsumsi lauk hewani ataupun lauk nabati pasien dalam jumlah yang sedikit dikarenakan pasien tidak menghabiskan makanan yang diberikan rumah sakit

karena adanya rasa mual dan sesak nafas. Selain itu, pasien Ny. B mengalami penurunan kemampuan dalam mengunyah makanan dikarenakan kondisi gigi pasien yang sudah tidak kuat lagi sehingga pasien tidak menghabiskan menu lauk nabati dan lauk hewani yang teksturnya lebih keras. Rata-rata tingkat konsumsi protein yang diperoleh dari ketiga pasien yang mendapatkan bentuk makanan bubur ini yaitu sebesar 78% yang mana termasuk ke dalam kategori kurang.

Tabel 10. Tingkat konsumsi protein pasien dengan diet jantung lunak bentuk tim

Kode Pasien	Rata-rata Asupan	Kebutuhan	Tingkat Konsumsi	Kategori
Ny. D	31,2 g	36 g	87%	Kurang
Tn. E	38,8 g	46,4 g	69%	Sangat Kurang
Tn. F	70,7 g	43,2 g	164%	Lebih
Rata-rata	47 g	42 g	107%	Normal

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa kategori tingkat konsumsi protein dengan diet jantung lunak bentuk tim pada pasien Ny. D dan Tn. E masih tergolong kurang dan sangat kurang akan tetapi pada pasien Tn. F memiliki kategori tingkat konsumsi protein lebih. Hal ini disebabkan karena pasien Ny. D dan Tn. E dalam sehari-harinya hanya mengkonsumsi lauk nabati dalam jumlah yang sedikit dikarenakan Ny. D dan Tn. E kurang menyukai lauk nabati. Tujuan dari

pemenuhan zat gizi adalah untuk memenuhi kebutuhan substrat untuk sintesis protein. Sedangkan pemenuhan tingkat konsumsi protein pada pasien Tn. F berada dalam kategori lebih. Faktor utama yang menyebabkan tingkat konsumsi protein pasien Tn. F lebih yaitu Tn. F sangat menyukai lauk nabati yang menyebabkan pasien dapat dengan mudah untuk menghabiskan lauk nabati meskipun dalam kondisi sakit, selain itu pasien Tn. F juga mengkonsumsi lauk nabati dari

luar rumah sakit seperti tempe goreng. Rata-rata tingkat konsumsi protein yang diperoleh dari ketiga pasien yang mendapatkan bentuk makanan tim ini yaitu sebesar 107% yang mana termasuk ke dalam kategori normal.

Pemenuhan tingkat konsumsi protein didapatkan dari makanan sumber protein hewani maupun nabati. Konsumsi protein hewani sangat dianjurkan karena memiliki bioavailabilitas tinggi (mudah diserap tubuh). Selain itu, protein hewani juga mengandung zat besi tinggi. Husnah Nurhidayah (2014) mengatakan protein yang dianjurkan untuk dikonsumsi adalah protein hewani, hal ini dikarenakan protein tersebut mengandung zat besi heme, yaitu zat besi dengan bioavailabilitas tinggi (mudah diserap tubuh), yaitu 20% - 30%.

3. Tingkat Konsumsi Lemak

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa kategori tingkat konsumsi lemak pasien Gagal Jantung Kongestif dengan diet jantung lunak bentuk bubur semuanya masih tergolong sangat kurang yaitu masih di bawah 70%. Tingkat konsumsi lemak yang sangat kurang pada pasien Ny. A, pasien Ny. B dan pasien Tn. C ini dikarenakan pada setiap kali makan, pasien Ny. A, pasien Ny. B dan pasien Tn. C hampir selalu tidak menghabiskan lauk hewannya, yang mana lauk hewani banyak memberikan kontribusi lemak. Hal ini disebabkan oleh adanya rasa mual sehingga kurangnya nafsu makan pasien terhadap makanan yang mengandung lemak.

Tabel 11. Tingkat konsumsi lemak pasien dengan diet jantung lunak bentuk bubur

Kode Pasien	Rata-rata Asupan	Kebutuhan	Tingkat Konsumsi	Kategori
Ny. A	28,2 g	48,4 g	58%	Sangat Kurang
Ny. B	12,2 g	44,5 g	27%	Sangat Kurang
Tn. C	37,7 g	57,4 g	66%	Sangat Kurang
Rata-rata	26 g	50,1 g	50%	Sangat Kurang

Selain itu, pasien Ny. B mengalami penurunan kemampuan dalam mengunyah makanan dikarenakan kondisi gigi pasien yang sudah tidak kuat lagi sehingga pasien tidak menghabiskan menu lauk hewani yang teksturnya lebih

keras. Rata-rata tingkat konsumsi lemak yang diperoleh dari ketiga pasien yang mendapatkan bentuk makanan bubur ini yaitu sebesar 50% yang mana termasuk ke dalam kategori sangat kurang.

Tabel 12. Tingkat konsumsi lemak pasien dengan diet jantung lunak bentuk tim

Kode Pasien	Rata-rata Asupan	Kebutuhan	Tingkat Konsumsi	Kategori
Ny. D	24,1 g	46,9 g	51%	Sangat Kurang
Tn. E	40,9 g	58,3 g	70%	Kurang
Tn. F	47,1 g	52 g	91%	Kurang
Rata-rata	37 g	52,4 g	71%	Kurang

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa kategori tingkat konsumsi lemak pasien Ny. D masih tergolong sangat kurang sedangkan pada pasien Tn. E dan pasien Tn. F masih tergolong kurang. Tingkat konsumsi lemak yang rendah ini dikarenakan pada setiap kali makan, pasien Ny. D, pasien Tn. E dan pasien Tn. F jarang menghabiskan lauk hewannya, yang mana lauk hewani banyak memberikan kontribusi lemak. Hal demikian disebabkan oleh adanya rasa mual sehingga kurangnya nafsu makan pasien terhadap makanan yang mengandung lemak. Rata-rata tingkat konsumsi lemak yang diperoleh dari ketiga pasien yang

mendapatkan bentuk makanan tim ini yaitu sebesar 71% yang mana termasuk ke dalam kategori kurang.

4. Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa kategori tingkat konsumsi karbohidrat pasien Ny. A masih tergolong kurang sedangkan pada pasien Ny. B dan pasien Tn. C tergolong sangat kurang. Tingkat konsumsi karbohidrat yang rendah ini disebabkan pada setiap kali makan, pasien tidak pernah menghabiskan makanan pokoknya (bubur) dikarenakan pasien tidak menyukainya, yang mana makanan pokok banyak memberikan kontribusi karbohidrat.

Tabel 13. Tingkat konsumsi karbohidrat pasien dengan diet jantung lunak bentuk bubur

Kode Pasien	Rata-rata Asupan	Kebutuhan	Tingkat Konsumsi	Kategori
Ny. A	212,5 g	287,1 g	74%	Kurang
Ny. B	164,1 g	261,1 g	63%	Sangat Kurang
Tn. C	167 g	333 g	50%	Sangat Kurang
Rata-rata	181,2 g	293,7 g	62%	Sangat Kurang

Seperti yang diketahui bahwa makanan lunak terutama bubur memiliki kadar air yang tinggi sehingga teksturnya menjadi halus dan lembek agar mudah dikunyah dan ditelan. Akan tetapi hal tersebutlah yang membuat daya terima makanan lunak menjadi rendah (Muna-

war, 2011). Rata-rata tingkat konsumsi karbohidrat yang diperoleh dari ketiga pasien yang mendapatkan bentuk makanan bubur ini yaitu sebesar 62% yang mana termasuk ke dalam kategori sangat kurang.

Tabel 14. Tingkat konsumsi karbohidrat pasien dengan diet jantung lunak bentuk tim

Kode Pasien	Rata-rata Asupan	Kebutuhan	Tingkat Konsumsi	Kategori
Ny. D	146,1 g	281 g	52%	Sangat Kurang
Tn. E	188,1 g	337,9 g	56%	Sangat Kurang
Tn. F	292,8 g	308,1 g	95%	Kurang
Rata-rata	209 g	309 g	68%	Kurang

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa kategori tingkat konsumsi karbohidrat pasien Tn. F masih tergolong kurang sedangkan pada pasien Ny. D dan pasien Tn. E tergolong sangat kurang. Tingkat konsumsi karbohidrat yang rendah ini disebabkan pada setiap kali makan, pasien tidak pernah menghabiskan makanan pokoknya (tim) dikarenakan pasien tidak menyukainya, yang mana makanan pokok banyak memberikan kontribusi karbohidrat. Seperti yang diketahui bahwa makanan lunak terutama bubur memiliki kadar air yang tinggi sehingga teksturnya menjadi halus dan lembek agar mudah dikunyah dan ditelan. Akan tetapi hal tersebutlah yang membuat daya terima makanan lunak menjadi rendah (Munawar, 2011). Rata-rata tingkat konsumsi karbohidrat yang diperoleh dari ketiga pasien yang mendapatkan bentuk makanan tim ini yaitu sebesar 68% yang mana termasuk ke dalam kategori kurang.

Beberapa faktor yang mempengaruhi daya terima seseorang terhadap makanan yang disajikan menurut

Ratnasari (2003) adalah faktor internal dan eksternal. Faktor internal adalah kondisi dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi konsumsi makanan, seperti nafsu makan dan kebosanan yang muncul krena konsumsi makanan yang kurang bervariasi. Faktor eksternal adalah faktor dari luar individu yang mempengaruhi konsumsi makanannya. Faktor-faktor tersebut antara lain cita rasa makanan, penampilan makanan, variasi menu, cara penyajian, porsi makanan, kebersihan makanan, alat makan, dan pengaturan waktu makan.

F. Lama Hari Rawat Inap

Berdasarkan data pada tabel tersebut dapat diketahui bahwa pasien Gagal Jantung Kongestif yang mendapatkan diet jantung lunak bentuk bubur sebagian besar mempunyai lama hari rawat inap panjang sebanyak 2 responden (33%) yang mana masing-masing memiliki lama hari rawat inap selama 5 hari dan lama hari rawat inap pendek sebanyak 1 responden (67%) yang mana memiliki lama hari rawat inap selama 4 hari.

Tabel 15. Lama hari rawat inap pasien pada diet jantung lunak bentuk bubur dengan tingkat konsumsi pasien

Kode Pasien	Kategori Tingkat Konsumsi				Lama Hari Rawat Inap
	Energi	Protein	Lemak	KH	
Ny. A	Sangat Kurang	Kurang	Sangat Kurang	Kurang	Pendek
Ny. B	Sangat Kurang	Sangat Kurang	Sangat Kurang	Sangat Kurang	Panjang
Tn. C	Sangat Kurang	Kurang	Sangat Kurang	Sangat Kurang	Panjang

Semakin lama seseorang dirawat inap di rumah sakit, maka akan semakin

berpengaruh pada kondisi fisiologisnya. Semakin lama dirawat inap, seseorang

akan mengalami atropi otot karena kurang bergerak. Atropi otot menyebabkan otot mengecil yang berarti menurun pula status gizi pasien, sehingga berpengaruh pada proses penyembuhan dan lama rawat inap (Nurul dkk, 2004).

Berdasarkan tingkat konsumsi dapat diketahui bahwa semua pasien Gagal Jantung Kongestif yang mendapatkan diet jantung lunak bentuk bubur memiliki tingkat konsumsi energi yang sangat kurang akan tetapi memiliki lama hari rawat inap yang bervariasi yaitu pendek dan panjang. Berdasarkan tingkat konsumsi protein dapat diketahui bahwa terdapat 2 pasien yang memiliki tingkat konsumsi protein kurang akan tetapi memiliki lama hari rawat inap yang berbeda yaitu pendek dan panjang, serta terdapat 1 pasien dengan tingkat konsumsi protein sangat kurang dan memiliki lama hari rawat inap panjang. Berdasarkan tingkat konsumsi lemak dapat diketahui bahwa semua pasien memiliki tingkat

konsumsi lemak yang sangat kurang akan tetapi memiliki lama hari rawat inap yang bervariasi yaitu pendek dan panjang. Berdasarkan tingkat konsumsi karbohidrat dapat diketahui bahwa terdapat 1 pasien dengan tingkat konsumsi karbohidrat kurang dan memiliki lama hari rawat inap pendek, serta terdapat 2 pasien yang memiliki tingkat konsumsi karbohidrat sangat kurang dan memiliki lama hari rawat inap panjang.

Berdasarkan uraian tersebut dapat diketahui bahwa tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bentuk bubur tidak memiliki kecenderungan dengan lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurul, dkk (2004) yang menyatakan bahwa pemenuhan makanan atau zat gizi yang cukup akan memegang peranan penting dalam proses penyembuhan dan memperpendek lama rawat inap.

Tabel 16. Lama hari rawat inap pasien pada diet jantung lunak bentuk tim dengan tingkat konsumsi pasien

Kode Pasien	Kategori Tingkat Konsumsi				Lama Hari Rawat Inap
	Energi	Protein	Lemak	KH	
Ny. D	Sangat Kurang	Kurang	Sangat Kurang	Sangat Kurang	Panjang
Tn. E	Sangat Kurang	Sangat Kurang	Kurang	Sangat Kurang	Pendek
Tn. F	Kurang	Lebih	Kurang	Kurang	Panjang

Berdasarkan data pada tabel tersebut dapat diketahui bahwa pasien Gagal Jantung Kongestif yang mendapatkan diet jantung lunak bentuk tim sama

seperti pasien Gagal Jantung Kongestif yang mendapatkan diet jantung lunak bentuk bubur yaitu sebagian besar mempunyai lama hari rawat inap panjang

sebanyak 2 responden (33%) yang mana masing-masing memiliki lama hari rawat inap selama 5 hari dan lama hari rawat inap pendek sebanyak 1 responden (67%) yang mana memiliki lama hari rawat inap selama 4 hari. Semakin lama seseorang dirawat inap di rumah sakit, maka akan semakin berpengaruh pada kondisi fisiologisnya. Semakin lama dirawat inap, seseorang akan mengalami atropi otot karena kurang bergerak. Atropi otot menyebabkan otot mengecil yang berarti menurun pula status gizi pasien, sehingga berpengaruh pada proses penyembuhan dan lama rawat inap (Nurul dkk, 2004).

Berdasarkan tingkat konsumsi energi pada pasien Gagal Jantung Kongestif yang mendapatkan diet jantung lunak bentuk tim dapat diketahui bahwa terdapat 1 pasien yang memiliki tingkat konsumsi energi kurang dan memiliki lama hari rawat inap panjang, serta terdapat 2 pasien dengan tingkat konsumsi energi sangat kurang akan tetapi memiliki lama hari rawat inap yang berbeda yaitu pendek dan panjang. Berdasarkan tingkat konsumsi protein dapat diketahui bahwa terdapat 1 pasien yang memiliki tingkat konsumsi protein kurang dan memiliki lama hari rawat inap panjang, terdapat 1 pasien yang memiliki tingkat konsumsi protein sangat kurang dan memiliki lama hari rawat inap pendek, dan terdapat 1 pasien yang memiliki tingkat konsumsi protein lebih dan memiliki lama hari

rawat inap panjang. Berdasarkan tingkat konsumsi lemak dapat diketahui bahwa terdapat 2 pasien yang memiliki tingkat konsumsi protein kurang akan tetapi memiliki lama hari rawat inap yang berbeda yaitu pendek dan panjang, serta terdapat 1 pasien dengan tingkat konsumsi lemak sangat kurang dan memiliki lama hari rawat inap panjang. Berdasarkan tingkat konsumsi karbohidrat dapat diketahui bahwa terdapat 1 pasien yang memiliki tingkat konsumsi energi kurang dan memiliki lama hari rawat inap panjang, serta terdapat 2 pasien dengan tingkat konsumsi karbohidrat sangat kurang akan tetapi memiliki lama hari rawat inap yang berbeda yaitu pendek dan panjang.

Berdasarkan uraian tersebut dapat diketahui bahwa tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bentuk tim tidak memiliki kecenderungan dengan lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurul, dkk (2004) yang menyatakan bahwa pemenuhan makanan atau zat gizi yang cukup akan memegang peranan penting dalam proses penyembuhan dan memperpendek lama rawat inap.

Dengan demikian, dapat diketahui bahwa antara tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bentuk bubur dan diet

jantung lunak bentuk tim terhadap lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif memiliki persamaan. Pada diet jantung lunak bentuk bubur dan diet jantung lunak bentuk tim sama-sama memiliki lama hari rawat inap panjang sebanyak 2 responden (33%) yang mana masing-masing memiliki lama hari rawat inap selama 5 hari dan lama hari rawat inap pendek sebanyak 1 responden (67%) yang mana memiliki lama hari rawat inap selama 4 hari. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Syamsiatun (2004) yang menunjukkan bahwa lama rawat inap tidak dipengaruhi oleh status gizi awal dan asupan makan, namun ada faktor lain yang lebih berperan yaitu penyakit yang diderita baik itu penyakit infeksi atau non infeksi.

PENUTUP

Pasien yang menjadi responden terdiri dari 3 pasien berjenis kelamin perempuan dan 3 pasien berjenis kelamin laki-laki dengan rentang usia 54-78 tahun, seluruh pasien memiliki tingkat pendidikan yang rendah dan memiliki pekerjaan yang bervariasi, status gizi pasien menurut IMT yaitu risiko obesitas sebanyak 2 orang (33%), obesitas I sebanyak 1 orang (17%), obesitas II sebanyak 1 orang (17%), dan normal sebanyak 2 orang (33%).

Rata-rata tingkat konsumsi energi, protein, lemak, karbohidrat pada diet

jantung lunak tim lebih baik yaitu sebesar 70%, 107%, 71%, 68% daripada rata-rata tingkat konsumsi energi, protein, lemak, karbohidrat pada diet jantung lunak bubur yaitu sebesar 59%, 78%, 50%, 62%.

Tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bentuk bubur dan diet jantung lunak bentuk tim terhadap lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif memiliki persamaan yaitu pada diet jantung lunak bentuk bubur dan diet jantung lunak bentuk tim sama-sama memiliki lama hari rawat inap panjang sebanyak 2 responden (33%) yang mana masing-masing memiliki lama hari rawat inap selama 5 hari dan lama hari rawat inap pendek sebanyak 1 responden (67%) yang mana memiliki lama hari rawat inap selama 4 hari.

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, lemak pada diet jantung lunak bubur dan diet jantung lunak tim dengan lama hari rawat inap pasien gagal jantung kongestif dengan jumlah sampel yang lebih besar dan metode penelitian yang berbeda, hal ini disebabkan karena keterbatasan waktu yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. 2004. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. Angka Kecukupan Gizi (AKG). 2013. Jakarta

- Bare BG., Smeltzer SC. (2010). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : EGC. Hal : 45-47.
- Black, Henry R, 1992. *Cardiovaskular Risk Factors, Yale University School of Medicine Heart Book*.
- Cowie, M.R., Dar, Q., 2008. The Epidemiology and Diagnosis of Heart Failure. In: Fuster, V., et al., eds. *Hurst's the Heart*. 12th ed. Volume 1. USA: McGraw Hill, 713
- Depkes. (2013). Situasi Kesehatan Jantung Kementerian Kesehatan RI 2013.
- Dunlay. 2016. Activities of Daily Living and Outcomes in Heart Failure. *Journal of The American Heart Association*. Figueroa.
- Gibson, R. S. 2005. *Principles of Nutritional Assesment. Second Edition*. Oxford University Press Inc, New York.
- Hardiansyah,. Supariasa. 2016. Ilmu Gizi Teori & Aplikasi. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Kasron. Kelainan dan Penyakit Jantung Pencegahan serta Pengobatannya. Yogyakarta: Nuha Medika; 2012.
- Kristoforus, dkk. 2015. Gambaran Lama Rawat Inap dan Profil Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo. Jakarta: Indonesian Journal of CHEST
- Notoatmodjo, S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta
- Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan (1993). *Proses Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Rilantono, Lily Ismudiati. 2004. *Buku Ajar Kardiologi*. Jakarta: Gaya Baru.
- Risikesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Rognerud, M.A., and Zahl, P.H. (2006). Social inequalities in mortality: changes in the relative importance of income, education and house hold size over a 27-year period. *Eur J Public Health*,16:62 –8
- Sani A. 2007. *Heart Failure: Current Paradigm*. Jakarta: Medya Crea. Cetakan Pertama.
- Siagian, Aalbiner. 2010. *Epidemiologi Gizi*. Jakarta: Erlangga.
- St. Luke's Health Partners. (2016). Clinical Practice Guideline Heart Failure. *Texas Heart Institute*, 1: 1-6.
- Supariasa, IDN., Bakri, B., Fajar, I. 2001. Penilaian Status Gizi. EGC. Jakarta: 17-24.
- Udjianti, W. J. (2010). *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika. Hal. 153.
- WHO. 2016. *Prevention of Cardiovascular Desease*. WHO Epidemiologi Sub Region AFRD and AFRE. Genewa.
- Wright, J., Mills, G.J., Edward M.S. 2004. Nutritional Content of Hospital Diets. *Journal American Medical Association*.