

**ASUHAN GIZI PADA PASIEN HEPATITIS A DENGAN GASTRITIS
(STUDI KASUS)**

TUGAS AKHIR

Diajukan Sebagai Syarat Untuk Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III
Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau

Oleh:

SEPTIA SRI EKA PUTRI

NIM: P031713411032



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU
JURUSAN GIZI
PEKANBARU
2020**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tugas Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Septia Sri Eka Putri

NIM : P031713411032

Tanda Tangan :



Tanggal : 06 Mei 2020

HALAMAN PENGESAHAN

Tugas Akhir ini diajukan oleh :

Nama : Septia Sri Eka Putri
Nomor Induk Mahasiswa : P031713411032
Program Studi : Diploma III Gizi
Judul Tugas Akhir : Asuhan Gizi pada Pasien Hepatitis A
dengan Gastritis (Studi Kasus)

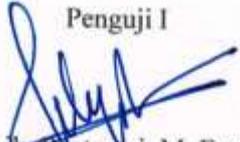
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Gizi pada Program Studi DIII Gizi Poltekkes Kemenkes Riau .

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji


Yuliana Arsil, M. Farm, Apt
NIP. 198512042012122001

Penguji I


Dra. Lily Restusari, M. Farm, Apt
NIP. 196608131994022001

Penguji II


Hesti Atasasih, SP, MKM
NIP. 197902162006042007

Mengetahui,
Kepala Jurusan Gizi



Ditetapkan di : Pekanbaru
Tanggal : 06 Mei 2020

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Poltekkes Kemenkes Riau, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Septia Sri Eka Putri

NIM : P031713411032

Program Studi : DIII Gizi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Riau **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Asuhan Gizi pada Pasien Hepatitis A dengan Gastritis (Studi Kasus)

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Riau berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Pekanbaru

Pada tanggal : 06 Mei 2020

Yang menyatakan



(Septia Sri Eka Putri)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Septia Sri Eka Putri
NIM : P031713411032
Tempat/Tanggal Lahir : Pekanbaru, 29 September 1999
Pekerjaan : Mahasiswi
Nama Orang Tua :
Ayah : Sulkan
Ibu : Sri Susilowati
Alamat : Jl. Adi Sucipto, Komplek Bangau No. 21
Lanud Roesmin Nurjadin Pekanbaru
Riwayat Pendidikan :

JENIS PENDIDIKAN	TEMPAT PENDIDIKAN	TAHUN
TK	TK Tunas Harapan III Kota Jambi	2004 – 2005
SD	SDIT Raudhatur Rahmah	2005 – 2011
SMP	SMPN 8 Kota Pekanbaru	2011 – 2014
SMA	SMAN 4 Kota Pekanbaru	2014 – 2017
D III Gizi	Poltekkes Kemenkes Riau	2017 – 2020

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU
PROGRAM STUDI D III GIZI**

TUGAS AKHIR, MEI 2020

SEPTIA SRI EKA PUTRI

**ASUHAN GIZI PADA PASIEN HEPATITIS A DENGAN GASTRITIS
xiv, 62 Halaman, 28 Tabel + 18 Gambar, 10 Lampiran**

INTI SARI

Hepatitis A adalah peradangan pada sel-sel hati yang disebabkan oleh infeksi virus hepatitis A. Penyakit penyerta yang memungkinkan pada penderita Hepatitis A adalah Gastritis. Pemberian asuhan gizi pada pasien Hepatitis A dengan Gastritis bertujuan untuk memenuhi asupan guna pemenuhan nutrisi serta membantu meringankan kerja hati dan lambung. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melaksanakan asuhan gizi pada pasien Hepatitis A dengan Gastritis di RS X.

Jenis tugas akhir ini adalah observasional dengan desain studi kasus. Subjek studi kasus ini berjumlah 1 orang yang dipilih secara *purposive sampling*. Pada studi kasus ini, asuhan gizi yang diberikan berupa pemberian makanan sesuai dengan diet yang diberikan dan edukasi yang sesuai dengan masalah dan kebutuhan gizi pasien.

Hasil pengkajian awal pasien memiliki status gizi normal (19.04 kg/m^2) dan kadar SGOT, SGPT tinggi. Pasien mengalami mual, nyeri ulu hati, kembung, tampak lemas dan *jaundice*. Intervensi gizi diberikan berupa diet hati dan lambung serta edukasi gizi terkait pola makan, diet dan informasi gizi terkait penyakit yang diderita. Selama proses asuhan gizi pasien mengalami peningkatan asupan, SGOT dan SGPT menurun, keadaan fisik/klinis mengalami perbaikan, dan berat badan naik. Asupan makan pasien selama 3 hari mengalami peningkatan, akan tetapi peningkatan tersebut belum dalam kategori baik ($>80\%$). Asupan makan hari pertama hingga hari ketiga berturut-turut adalah 58.8%, 68.3% dan 70.8%.

Kata Kunci : Asuhan Gizi, Hepatitis A, Gastritis

Referensi : 65 Referensi (2010 – 2020)

**MINISTRI OF HEALTH, REPUBLIC OF INDONESIA
POLYTECHNIC HEALTH, RIAU
PROGRAM STUDY D III NUTRITION**

FINAL PROJECT, MAY 2020

SEPTIA SRI EKA PUTRI

NUTRITIONAL CARE IN PATIENT OF HEPATITIS A WITH GASTRITIS

xiv, 62 Page, 28 Tables + 18 Pictures, 10 Appendices

ABSTRACT

Hepatitis A is inflammation of liver cells caused by the hepatitis A virus. A possible accompanying disease in patients with Hepatitis A is Gastritis. The provision of nutritional nutrition in patients with hepatitis A with gastritis helps to meet nutritional needs and helps ease the work of the heart and stomach. The purpose of this study is to carry out nutritional care in patients with hepatitis A with gastritis in X Hospital.

This type of final project is observational with a case study design. Study subjects selected 1 person selected by purposive sampling. In this case study, nutritional care provided contains food according to the diet provided and education that is appropriate to the patient's nutritional problems and needs.

The results of the initial assessment of the patient had normal nutritional status (19.04 kg / m²) and high SGOT, SGPT levels. Patients relieve nausea, heartburn, bloating, appearing weak and jaundice. Nutritional interventions are given consisting of liver and stomach diets as well as nutrition education related to diet, nutritional information and related illnesses. During the process of nutritional care the patient increases, SGOT and SGPT decrease, physical condition increases, and body improves. Patient eating intake for 3 days increased, but increased in the good category (> 80%). The first day's food intake was completely assisted by 58.8%, 68.3% and 70.8%.

Keywords : Nutrition Care, Hepatitis A, Gastritis

Reference : 65 Reference (2010 – 2020)

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul **“Asuhan Gizi pada Pasien Hepatitis A dengan Gastritis (Studi Kasus)”**.

Keberhasilan penyelesaian Tugas Akhir ini penulis menghadapi beberapa kesulitan akan tetapi berkat bimbingan dan arahan serta bantuan dari semua pihak, Tugas Akhir ini dapat terselesaikan pada waktu yang tepat. Untuk itu pada kesempatan ini penulis dengan rendah hati mengucapkan rasa terima kasih yang sedalamnya kepada:

1. H. Husnan selaku direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau yang telah memberi kesempatan kepada saya menempuh pendidikan hingga saat ini.
2. Fitri, SP, MKM selaku Ketua Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau yang telah memberi kesempatan kepada saya menempuh pendidikan hingga saat ini.
3. Yuliana Arsil, M.Farm, Apt selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan tenaga dalam memberikan masukan dan saran dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.
4. Hesti Atasasih, SP, MKM selaku pembimbing II yang telah memberikan masukan dan saran dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.
5. Dra. Lily Restusari, M. Farm, Apt selaku penguji yang telah memberikan masukan dan saran dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.
6. Seluruh Dosen Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau yang telah banyak memberikan ilmu dan mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau.
7. Terimakasih kepada papa dan mama serta keluarga tercinta yang telah memberikan do'a, dukungan dan semangat demi kelancaran Tugas Akhir ini.
8. Terimakasih kepada rekan mahasiswa/i Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau Jurusan Gizi khususnya III A angkatan 2017 yang telah memberikan dukungan, kritik dan saran kepada penulis serta pihak yang telah membantu sampai selesainya Tugas Akhir ini yang tidak dapat disebutkan satu-persatu.

Hanya kepada Allah SWT penulis memohon segala jasa dan usaha semua pihak seperti yang telah dijabarkan diatas semoga segala kebaikannya dibalas oleh

Allah SWT dengan balasan yang berlipat ganda. Disamping itu penulis menyadari sepenuhnya bahwa Tugas Akhir ini belum sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritikan dan saran kesempurnaan pada Tugas Akhir ini agar bermanfaat bagi kita semua.

Pekanbaru, 06 Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iii
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	iv
INTI SARI.....	vi
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat.....	4
1.4.1 Bagi Penulis	4
1.4.2 Bagi Institusi	4
1.4.3 Bagi Masyarakat.....	4
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Hepatitis A.....	5
2.1.1 Etiologi.....	5
2.1.2 Tanda dan Gejala.....	6
2.1.3 Patofisiologi	6
2.1.4 Faktor Resiko Hepatitis A.....	7
2.1.5 Penatalaksanaan Diet Hepatitis A	9
2.2 Gastritis	10
2.2.1 Etiologi.....	10
2.2.2 Tanda dan Gejala.....	11

2.2.3	Patofisiologi	12
2.2.4	Faktor Resiko Gastritis.....	12
2.2.5	Penatalaksanaan Diet Gastritis.....	13
2.3	Gambaran Umum Proses Asuhan Gizi Terstandar.....	13
2.3.1	Pengkajian Gizi (<i>Assessment</i>)	14
2.3.2	Diagnosis Gizi.....	15
2.3.3	Intervensi Gizi.....	16
2.3.4	Monitoring dan Evaluasi Gizi	16
BAB III METODE.....		18
3.1	Jenis Tugas Akhir	18
3.2	Waktu dan Tempat Penelitian	18
3.3	Subjek Studi Kasus.....	18
3.4	Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	18
3.4.1	Data Primer	18
3.4.2	Data Sekunder	19
3.5	Pengolahan dan Analisa Data.....	19
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		20
4.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian	20
4.2	Pengkajian Data.....	20
4.2.1	Identitas Pasien.....	20
4.2.2	Data Antropometri	22
4.1.2	Data Biokimia	23
4.1.3	Data Fisik/Klinis	25
4.1.4	Riwayat Gizi.....	26
4.2	Diagnosis Gizi Pasien.....	27
4.3	Intervensi Gizi	29
4.3.1	Rencana Intervensi Pemberian Makanan dan atau Zat Gizi	29
4.3.2	Rencana Edukasi Gizi	31
4.3.3	Rencana Koordinasi Kegiatan Asuhan Gizi.....	31
4.3.4	Rencana Monitoring dan Evaluasi	32
4.4	Hasil Monitoring dan Evaluasi	33
4.4.1	Antropometri	33

4.4.2	Asupan Makanan.....	33
4.4.3	Biokimia.....	35
4.4.4	Fisik/Klinis.....	36
4.4.5	Pengetahuan	37
4.5	Keterbatasan Penelitian	37
BAB V PENUTUP.....		39
5.1	Kesimpulan.....	39
5.2	Saran	39
DAFTAR PUSTAKA		40
LAMPIRAN.....		44

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Identitas Pasien	20
Tabel 2. Hasil Antropometri	22
Tabel 3. Data Hasil Pemeriksaan Laboratorium Awal.....	23
Tabel 4. Hasil Pemeriksaan Fisik/ Klinis Pasien	25
Tabel 5. Riwayat Gizi Dahulu.....	26
Tabel 6. Hasil <i>Food Recall</i> 1 x 24 Jam Rumah Sakit Tanggal 20 Mei 2018.....	27
Tabel 7. Diagnosis Gizi.....	28
Tabel 8. Rencana Intervensi Pemberian Makanan.....	29
Tabel 9. Koordinasi Kegiatan Asuhan	31
Tabel 10. Rencana Monitoring dan Evaluasi	32
Tabel 11. Monitoring Terapi Diet	33
Tabel 12. Hasil Monitoring Asupan Zat Gizi.....	33
Tabel 13. Hasil Pemeriksaan Biokimia.....	36
Tabel 14. Hasil Pemeriksaan Fisik/Klinis.....	36
Tabel 15. <i>Food Recall</i> 1 x 24 Jam RS.....	45
Tabel 16. <i>Semi Quantitative Food Frequency (SQ-FFQ)</i>	46
Tabel 17. Perencanaan Menu Hari Ke-1	48
Tabel 18. Perencanaan Menu Hari Ke-2	49
Tabel 19. Perencanaan Menu Hari Ke-3	50
Tabel 20. Distribusi Makanan Hari Ke-1	51
Tabel 21. Distribusi Makanan Hari Ke-2.....	52
Tabel 22. Distribusi Makanan Hari Ke-3	53
Tabel 23. Intervensi Hari Ke-1.....	54
Tabel 24. Intervensi Hari Ke-2.....	55
Tabel 25. Intervensi Hari Ke-3.....	56
Tabel 26. Foto Menu Hari Ke-1	57
Tabel 27. Foto Menu Hari Ke-2.....	58
Tabel 28. Foto Menu Hari Ke-3.....	59

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Asupan Zat Gizi Pasien	34
Gambar 2. Menu Pagi Sebelum Makan Hari Ke-1	57
Gambar 3. Menu Pagi Sesudah Makan Hari Ke-1	57
Gambar 4. Menu Siang Sebelum Makan Hari Ke-1	57
Gambar 5. Menu Makan Siang Sesudah Makan Hari Ke-1	57
Gambar 6. Menu Makan Sore Sesudah Makan Hari Ke-1.....	57
Gambar 7. Menu Makan Pagi	58
Gambar 8. Menu Makan Pagi Sesudah Makan Hari Ke-2.....	58
Gambar 9. Menu Makan Siang Sebelum Makan Hari Ke-2	58
Gambar 10. Menu Makan Siang Sesudah Makan Hari Ke-2.....	58
Gambar 11. Menu Makan Sore Sebelum Makan Hari Ke-2.....	58
Gambar 12. Menu Makan Sore Sesudah Makan Hari Ke-2.....	58
Gambar 13. Menu Makan Pagi Sesudah Makan Hari Ke-3.....	59
Gambar 14. Menu Makan Pagi Sesudah Makan Hari Ke-3.....	59
Gambar 15. Menu Makan Siang Sesudah Makan Hari Ke-3.....	59
Gambar 16. Menu Makan Sore Sesudah Makan Hari Ke-3.....	59
Gambar 17. Menu Makan Sore Sesudah Makan Hari Ke-3.....	59
Gambar 18. Penimbangan Sisa Makanan	60

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Hasil <i>Food Recall</i> RS	45
Lampiran 2. Hasil <i>Semi Quantitative Food Frequency</i> (SQ-FFQ)	46
Lampiran 3. Perencanaan Menu RS X	47
Lampiran 4. Perencanaan Menu	48
Lampiran 5. Distribusi Makanan	51
Lampiran 6. Hasil Intervensi	54
Lampiran 7. Dokumentasi Menu Intervensi	57
Lampiran 8. Penimbangan Sisa Makanan	60
Lampiran 9. Leaflet Diet Hati	61
Lampiran 10. Leaflet Diet Lambung	62

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seiring dengan kemajuan di berbagai bidang, tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan paripurna semakin tinggi. Pelayanan kesehatan di bidang gizi merupakan bagian yang sangat vital dari sistem pelayanan paripurna terhadap pasien di rumah sakit (Sulistiyanto, Kasmini, & Rustiana, 2017). Pelayanan asuhan gizi rawat inap merupakan salah satu pelayanan kesehatan di bidang gizi yang bertujuan memberikan pelayan gizi kepada pasien rawat inap agar memperoleh asupan makanan yang sesuai dengan kondisi kesehatannya dalam mempercepat proses penyembuhan, mempertahankan dan meningkatkan status gizi (PGRS, 2013).

Pelayanan asuhan gizi pada pasien rawat inap diberikan dengan menggunakan *Nutrition Care Process* (NCP) sebagaimana yang direkomendasikan oleh *American Dietetics Association* (ADA) untuk memecahkan suatu masalah secara sistematis dalam menangani masalah gizi sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi (Kemenkes RI, 2014). Menurut PGRS (2013), pasien yang menjadi prioritas asuhan merupakan pasien yang teridentifikasi risiko gizi dan membutuhkan gizi khusus secara individual salah satu contohnya yaitu pada pasien hepatitis A dengan gangguan lambung (gastritis) (Wahyuningsih, 2013).

Hepatitis A merupakan penyakit infeksi yang menyerang organ hati dimana sel-sel hati mengalami peradangan akibat infeksi virus hepatitis A yang bersifat akut (Lazwardi et.al, 2019). Peradangan pada hati mengakibatkan defisiensi zat gizi dikarenakan ketidakmampuan sel-sel hati yang rusak untuk memetabolismekan zat gizi sehingga dapat terjadinya malnutrisi pada pasien. (Nuraini et.al, 2017). Penularan hepatitis A terjadi dari orang ke orang melalui jalur fekal oral. Hepatitis A berkaitan erat dengan kebersihan dan sanitasi yang buruk. Rendahnya kualitas sanitasi lingkungan serta adanya pencemaran terhadap makanan atau sumber air yang dikonsumsi oleh banyak orang dapat mempermudah terjadinya penularan hepatitis A (Hikmah, et al., 2018).

Gastritis merupakan gangguan pada lambung yang berupa peradangan, iritasi atau erosi pada lapisan mukosa dan sub lambung yang dapat terjadi secara tiba-tiba (akut) atau bertahap (kronis) (Elseweldy, 2017). Penyebab gastritis antara lain adalah infeksi bakteri *Helicobacter pylori*, gangguan autoimun dan penggunaan jangka panjang obat anti inflamasi non steroid (OAINS) (Agustina, Azizah, & Agianto, 2016). Menurut Saydam dalam Mulat (2016) menyebutkan bahwa 70 – 80% kasus gastritis disebabkan oleh pola makan yang kurang sesuai, faktor psikis dan kecemasan.

Menurut Hikmah et al. (2018) hepatitis dan gastritis merupakan masalah kesehatan yang sering terjadi di dunia khususnya pada negara berkembang seperti Indonesia (Wahyu, Supono, & Hidayah, 2015). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018, prevalensi hepatitis di Indonesia tercatat sebanyak 0.39% atau setara dengan 1.017.290 jiwa. Kejadian hepatitis A di Indonesia sering muncul dalam Kejadian Luar Biasa (KLB) (Kemenkes RI, 2019). Hal ini dibuktikan dengan ditemukannya kejadian luar biasa sebanyak 262 kasus di Depok dan sebanyak 1.102 kasus di Pacitan pada tahun 2019 lalu (Suni, 2019). Penelitian Mardhiyah, et al., (2019) juga mengatakan bahwa pada tahun 2017 terdapat peningkatan jumlah penderita hepatitis A dibandingkan tahun-tahun sebelumnya di daerah kabupaten Bandung dan Bandung Barat.

Persentase angka kejadian gastritis di Indonesia menurut WHO (2012) adalah 40.8% dengan angka insiden kejadian gastritis pada beberapa daerah di Indonesia cukup tinggi (Agustina et al., 2016). Berdasarkan penelitian dan pengamatan yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI pada tahun 2013, angka kejadian gastritis tertinggi terdapat di kota Medan yaitu mencapai 91,6%, lalu di beberapa kota lainnya seperti Jakarta 50%, Denpasar 46%, Palembang 35,3%, Bandung 32,5%, Aceh 31,7% Pontianak 31,2% dan Surabaya 31,2%. Hal tersebut disebabkan oleh pola makan yang kurang sehat (Wahyu et al., 2015).

Masalah utama yang perlu ditangani pada penderita hepatitis A dengan gastritis adalah pemenuhan kebutuhan nutrisi. Hal ini dikarenakan gejala yang ditimbulkan pada penyakit ini dapat mengganggu asupan oral dan menyebabkan kehilangan berat badan serta ketidakseimbangan zat gizi yang berdampak pada resiko malnutrisi pada pasien (Nuraini et.al, 2017). Pemberian asuhan gizi pada

pasien hepatitis A dengan gastritis sangat penting untuk dilakukan karena hepatitis A dapat berkomplikasi menjadi hepatitis fulminan yang biasanya disertai dengan hipertensi portal dimana pemberian protein yang tinggi pada pasien dapat menyebabkan terjadinya penumpukan amonia dalam darah dan malnutrisi yang dapat menyebabkan ensefalopati hepatic yang akhirnya dapat menyebabkan kematian (Yusminingrum et.al., 2019). Asuhan gizi pada gastritis diperlukan untuk mengontrol produksi asam lambung. Tingginya produksi asam lambung dapat memicu timbulnya perdarahan pada lambung, jika tidak diatasi dengan baik maka dapat mengakibatkan kanker lambung, gangguan absorpsi vitamin B12 dan peptic ulcer (Suprijono et.al., 2011).

Berdasarkan permasalahan diatas, studi kasus yang diambil adalah asuhan gizi pada pasien Hepatitis A dengan Gastritis di RS X. Asuhan gizi pada penelitian ini menggunakan NCP yang dimulai dari pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, monitoring dan evaluasi gizi. Asuhan gizi ini dilakukan dengan tujuan keadaan pasien dapat lebih membaik.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu “Bagaimana penatalaksanaan Asuhan Gizi pada penyakit Hepatitis A dengan Gastritis”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan gizi pada pasien Hepatitis A dengan Gastritis.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan *assessment* gizi yang meliputi pengkajian pada data antropometri, biokimia, fisik/klinis dan riwayat gizi pada pasien Hepatitis A dengan Gastritis .
2. Menegakkan diagnosis gizi pada pasien Hepatitis A dengan Gastritis .
3. Merencanakan intervensi gizi yang tepat berdasarkan data-data diagnosis pada pasien Hepatitis A dengan Gastritis .
4. Merencanakan dan melakukan monitoring evaluasi gizi terhadap intervensi gizi yang diberikan pada pasien Hepatitis A dengan Gastritis .

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Penulis

Studi kasus ini diharapkan dapat menambah wawasan dan keterampilan bagi penulis dalam melakukan asuhan gizi pada Hepatitis A dengan Gastritis.

1.4.2 Bagi Institusi

Studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi dan gambaran tentang asuhan gizi khususnya bagi pasien Hepatitis A dengan Gastritis.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi sehingga masyarakat dapat memahami informasi dan gambaran asuhan gizi bagi penderita Hepatitis A dengan Gastritis.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah asuhan gizi pada pasien dengan penyakit Hepatitis A dengan Gastritis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Hepatitis A

Hepatitis adalah proses peradangan difus pada sel hati. Hepatitis A merupakan penyakit hepatitis yang disebabkan oleh virus hepatitis A atau disebut dengan HAV. Virus hepatitis A merupakan penyebab utama hepatitis yang ditularkan melalui air di seluruh dunia terutama di daerah tropis dan subtropis (Khalili & Sharifi-mood, 2017). Penyakit ini juga sangat erat kaitannya dengan kurangnya penggunaan air bersih, sanitasi yang tidak memadai dan kebersihan pribadi yang buruk (CDC, 2016). Hepatitis A tidak berkembang menjadi parah dan kronik seperti hepatitis B dan C, akan tetapi hepatitis A dapat menyebabkan hepatitis fulminan dan wabah yang serius berkaitan dengan modus penularan. (Pratiwi, Adam, & Setiawaty, 2017).

Hepatitis A dapat menimbulkan konsekuensi ekonomi dan sosial yang signifikan dalam masyarakat. Hal ini dikarenakan, orang yang terinfeksi memerlukan beberapa minggu atau bulan untuk sembuh dari penyakit untuk kembali ke pekerjaan, sekolah atau kehidupan sehari-hari (WHO, 2018). Kasus hepatitis A pada anak biasanya subklinis anikterik sedangkan pada kasus dewasa lebih ke hepatitis ikterik. Tanda dan gejala penyakit hepatitis A antara lain, mual, muntah, kehilangan nafsu makan, kelelahan, merasa tidak nyaman di area perut, nyeri otot, demam ringan, dan kulit serta sklera mata berwarna kuning (Bohm et al., 2015).

2.1.1 Etiologi

Hepatitis A disebabkan oleh virus hepatitis A. Virus hepatitis A (HAV) merupakan virus RNA linier berantai ganda yang tidak memiliki pelindung dengan hanya memiliki suatu nukleokapsid, memiliki bentuk kubik simetris dengan ukuran 27nm (Eppy, 2019). HAV termasuk famili *Picornaviridae* dengan genus *Hepatovirus*. Virus ini dapat bertahan dalam pH rendah dan temperatur yang tidak begitu panas yang memungkinkan virus untuk hidup dilingkungan dan dapat ditularkan melalui fekal-oral. (Jeong & Lee, 2010).

2.1.2 Tanda dan Gejala

Menurut Previsani dalam Syah (2014), tanda dan gejala hepatitis A muncul secara tiba-tiba dengan masa inkubasi yang berlangsung selama 18 – 50 hari. Terdapat beberapa tanda dan gejala Hepatitis A berdasarkan fasenya, antara lain sebagai berikut:

a. Fase Prodromal

Fase ini ditandai dengan adanya keluhan berupa fatigue (kelelahan), malaise (lemas, pusing dan demam), nafsu makan berkurang, mual, muntah, rasa tidak nyaman di daerah kanan atas perut, demam, merasa dingin, sakit kepala, gejala seperti flu.

b. Fase Ikterik

Fase ini ditandai dengan adanya perubahan warna urin menjadi berwarna kuning tua seperti teh, diikuti oleh feses yang berwarna seperti dempul, kemudian warna sklera dan kulit perlahan menjadi kuning. Gejala anoreksia, lesu, mual dan muntah bertambah berat.

c. Fase Penyembuhan

Fase ini ditandai dengan mulai menghilangnya ikterik dan warna feses kembali normal dalam 4 minggu setelah onset. Banyak orang yang mempunyai bukti serologi infeksi akut hepatitis A tidak menunjukkan gejala atau hanya sedikit sakit, tanpa ikterus (hepatitis A anikterik).

2.1.3 Patofisiologi

Virus hepatitis A dapat ditularkan melalui fekal-oral, baik melalui konsumsi makanan/air yang telah terkontaminasi maupun kontak orang ke orang serta dapat juga ditularkan melalui darah dan sekresi tubuh. Virus hepatitis A dapat bertahan di lingkungan selama berminggu-minggu, tetapi virus ini dapat dinaktivasi dengan pemanasan $>85^{\circ}\text{C}$ selama minimal 1 menit atau dengan larutan pemutih (Eppy, 2019).

Paparan infeksi virus hepatitis A terjadi pada orang yang rentan melalui rute fekal-oral maupun darah. Ketika virus hepatitis A masuk ke dalam tubuh virus akan bereplikasi dalam hepatosit melalui saluran gastrointestinal (GI) yang

membuat peradangan pada hati. Replikasi virus akan terjadi dalam beberapa jam atau hari setelah terjadi infeksi. Selama infeksi terjadi, kompleks imun HAV dan antibodi immunoglobulin A meningkat secara signifikan yang mengarah pada endositosis yang dimediasi reseptor melalui reseptor asialoglikoprotein hati. Selanjutnya HAV akan dilepaskan ke dalam canaliculi empedu dan diangkat ke usus, dimana akan terdeteksi dalam tinja berkisar hingga mencapai 10^9 virion infeksius per gram tinja. Bersamaan dengan itu, virus juga dapat terdeteksi dalam darah (viremia). Hal ini dapat terjadi sebelum gejala klinis muncul dan alanine aminotransferase (ALT) meningkat (Phan & Hollinger, 2013).

IgM anti-HAV dapat dideteksi dari sebelum hingga timbulnya penyakit klinis dan menurun dalam 3 hingga 6 bulan hingga tidak dapat dideteksi lagi. IgG anti-HAV akan muncul sesudah IgM timbul dan akan bertahan hingga beberapa tahun pasca infeksi. IgM anti-HAV merupakan tanda bagi hepatitis A akut sedangkan IgG anti-HAV mengindikasikan paparan sebelumnya terhadap HAV serta kekebalan terhadap infeksi HAV (Eppy, 2019).

2.1.4 Faktor Resiko Hepatitis A

Penularan hepatitis A sering terjadi dari orang ke orang. Virus ini menyebar melalui makanan atau air yang terkontaminasi dengan tinja orang yang terinfeksi. Hepatitis A dapat terjadi pada masyarakat yang :

1. **Higiene dan Sanitasi Lingkungan**

Hepatitis A sangat berkaitan erat dengan higiene perseorangan dan sanitasi lingkungan yang buruk. Personal hygiene yang buruk mencakup kurangnya penerapan kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun (Harisma & Syahrul, 2018). Menurut Sasoka & Satyabakti (2014), perilaku sering bertukar alat makan dengan teman dan kebiasaan minum air tanpa dimasak juga termasuk higiene perseorangan yang buruk.

Sanitasi lingkungan yang rendah dan adanya pencemaran terhadap sumber air atau makanan yang dikonsumsi banyak orang dapat mempermudah terjadinya penularan dan kejadian luar biasa hepatitis A. Sanitasi lingkungan antara lain meliputi pembuangan air limbah dan sampah yang tidak saniter, penyediaan air bersih, serta pembuangan tinja yang tidak memenuhi syarat. Kebiasaan masyarakat yang kurang memerhatikan kebersihan lingkungan seperti buang air

besar di sungai dapat meningkatkan penularan hepatitis A. Tinja yang terkontaminasi hepatitis A akan mencemari lingkungan lain seperti air, tanah dan lain-lain (Harisma & Syahrul, 2018).

2. Ekonomi

Tingkat sosial ekonomi masyarakat akan mempengaruhi ketersediaan air bersih dan perilaku hidup sehat serta kemampuan untuk menyediakan atau memberikan vaksinasi hepatitis A. Masyarakat dengan ekonomi sosial yang rendah pada umumnya jarang memperhatikan kualitas air yang di pakai dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Air dengan kualitas yang buruk bisa saja terkontaminasi virus hepatitis A. Keluarga yang memiliki ekonomi sosial yang rendah pada umumnya memiliki tingkat pengetahuan yang rendah pula sehingga mereka tidak terlalu memikirkan betapa pentingnya pemberian vaksinasi hepatitis A dan dapat terjadinya penularan virus hepatitis A dengan cepat dari 1 orang ke orang lain (Mardhiyah, et al., 2019).

3. Pola Hidup Bersih dan Sehat

Pola hidup bersih dan sehat merupakan hal yang sangat mempengaruhi penularan hepatitis A. Pola hidup bersih dan sehat yang rendah akan meningkatkan terjadinya penularan virus hepatitis A tersebut. Hepatitis A dapat dengan cepat menular di tempat penitipan bayi, virus ini akan menular dengan cepat ketika si pengasuh bayi tidak mencuci tangan setelah mengganti popok bayi. Kesadaran mencuci tangan juga sangat penting dalam menangani penularan virus hepatitis. Kebiasaan buruk seperti berbagi makanan dan peralatan makan dengan penderita hepatitis A juga sebagai salah satu media penularan penyakit hepatitis A ini (Aryana, Putra, & Karyana, 2014).

4. Gaya hidup

Gaya hidup di masyarakat juga merupakan salah satu faktor resiko terjadinya penyakit hepatitis A. Kebiasaan memakan sayur mentah, seperti lalapan akan meningkatnya kemungkinan penularan penyakit hepatitis A. Bahan makanan seperti sayur yang terkontaminasi oleh virus hepatitis A jika dikonsumsi maka virus tersebut akan berpindah kepada manusia dan akan menginfeksi sehingga terjadi penyakit hepatitis A (Aryana et al., 2014).

2.1.5 Penatalaksanaan Diet Hepatitis A

a. Tujuan diet

Tujuan diet dari penyakit hepatitis A ini adalah untuk mencapai dan mempertahankan status gizi optimal tanpa memberatkan fungsi hati dengan cara:

1. Meningkatkan regenerasi jaringan hati dan mencegah kerusakan lebih lanjut dan atau meningkatkan fungsi jaringan hati yang tersisa.
2. Mencegah katabolisme protein. Pemecahan protein menjadi asam amino terjadi di hati yang menghasilkan senyawa amoniak (NH_3). NH_3 merupakan racun bagi tubuh yang harus diubah terlebih dahulu menjadi urea di hati agar dapat dibuang melalui ginjal, akan tetapi apabila hati mengalami kerusakan maka proses perubahan NH_3 menjadi urea terganggu sehingga terjadi penumpukan NH_3 dalam darah yang menyebabkan uremia. NH_3 yang bersifat racun dapat meracuni otak sehingga mengakibatkan koma hepaticum.
3. Mencegah penurunan berat badan atau meningkatkan berat badan bila kurang.
4. Mencegah atau mengurangi asites, varises esofagus dan hipertensi portal.
5. Mencegah koma hepatic atau komplikasi pada penyakit hati.

b. Syarat diet

1. Energi tinggi, kandungan karbohidrat tinggi, untuk mencegah pemecahan protein, yang diberikan bertahap sesuai dengan kemampuan pasien (40-45 kkal/Kg BB).
2. Lemak sedang (cukup), yaitu 20-25 persen dari kebutuhan energi total, dalam bentuk yang mudah dicerna atau dalam bentuk emulsi. Bila pasien mengalami steatorea, gunakan lemak dengan asam lemak rantai sedang (Medium Chain Triglycerida / MCT). Jenis lemak ini tidak membutuhkan aktivitas lipase dan asam empedu dalam proses absorpsinya.
3. Protein agak tinggi, yaitu 1,25-1,5 g/Kg BB agar terjadi anabolisme protein. Hepatitis Fulminan dengan nekrosis dan gejala ensefalopati yang disertai peningkatan amoniak dalam darah, pemberian protein harus dibatasi untuk mencegah koma, yaitu sebanyak 30-40 g/hari. Sirosis hati terkompensasi, protein diberikan sebanyak 1,25 g/Kg BB. Asupan

minimal protein hendaknya 0,8-1 g/Kg BB. Protein nabati memberikan keuntungan karena kandungan serat yang dapat mempercepat pengeluaran amoniak melalui feses namun sering timbul keluhan berupa rasa kembung dan penuh. Diet ini dapat mengurangi status ensefalopati, tetapi tidak dapat memperbaiki keseimbangan nitrogen.

4. Jika terjadi edema dan asites, natrium diberikan dalam jumlah rendah.
5. Bentuk makanan lunak diberikan jika ada keluhan mual dan muntah, atau makanan biasa sesuai dengan kemampuan saluran cerna (Almatsier, 2010).

2.2 Gastritis

Gastritis merupakan penyakit yang menyerang saluran cerna bagian atas dan diperkirakan hampir semua penderita gastritis dapat mengalami kekambuhan. Gastritis merupakan peradangan pada mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronik difus atau lokal (Rantung, et.al., 2019). Peningkatan sekresi asam lambung dapat dialami pada penderita gastritis (Rondonuwu, et.al., 2014).

2.2.1 Etiologi

Penyebab gastritis dibedakan atas faktor internal yaitu adanya kondisi yang memicu pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan faktor eksternal yang menyebabkan iritasi dan infeksi (Selviana, 2015). Menurut Sunarmi (2018), gastritis dapat disebabkan oleh pola makan yang tidak baik dan tidak teratur sehingga membuat lambung menjadi sensitif bila asam lambung meningkat selain itu menurut Rizky & Kepel (2019), gastritis dapat disebabkan oleh infeksi kuman *Helicobacter pylori*. Berikut beberapa penyebab gastritis, antara lain:

a. Pola Makan

Pola makan merupakan frekuensi dan jenis makanan yang dikonsumsi termasuk makanan yang sering dikonsumsi yang dapat berisiko terkena gastritis terlebih lagi jika lambung dibiarkan kosong selama 3 – 4 jam lebih akan memicu gastritis. Pola makan yang tidak teratur akan mudah terserang gastritis. Hal ini dikarenakan pada saat perut harus diisi, tetapi dibiarkan kosong atau ditunda pengisiannya, asam lambung akan mencerna lapisan mukosa lambung, karena ketika kondisi lambung kosong, akan terjadi gerakan peristaltik lambung bertambah intensif yang akan merangsang peningkatan produksi asam lambung sehingga dapat timbul rasa nyeri (Novitasary & Sabilu, 2017).

b. Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS)

Konsumsi obat-obatan anti inflamasi non steroid dapat mempengaruhi terjadinya penyakit gastritis. Obat anti inflamasi non steroid antara lain seperti aspirin, ibuprofen, neproxen dan piroxicam yang dapat menyebabkan peradangan pada lambung dengan cara mengurangi prostaglandin yang bertugas melindungi dinding lambung (Megawati & Nosi, 2014).

c. Stres

Stres merupakan suatu keadaan psikologi yang dialami ketika ada keadaan yang tidak sesuai dengan antara tuntutan yang diterima dengan kemampuan dalam mengatasinya sehingga menimbulkan kecemasan yang dapat merubah fungsi fisiologis, emosi, kognitif dan perilaku. Stres juga dapat mempengaruhi sistem tubuh, salah satunya sistem pencernaan yang dapat menurunkan nafsu makan hingga membuat lambung kosong dan meningkatkan asam lambung sehingga menimbulkan rasa nyeri pada lambung (Uwa & Milwati, 2019).

d. *Helicobacter Pylori*

Infeksi kuman *Helicobacter pylori* dapat menjadi penyebab gastritis. Awal infeksi *Helicobacter Pylori*, mukosa lambung akan menunjukkan respon inflamasi atau peradangan akut dan apabila hal ini diabaikan akan menjadi kronik (Rizky & Kepel, 2019). Menurut Amrulloh & Utami (2016), 30 – 60% penyebab gastritis diakibatkan oleh *Helicobacter Pylori*.

2.2.2 Tanda dan Gejala

Menurut Ardian dalam Mulat (2016), tanda dan gejala dari gastritis sangat bervariasi. Mulai dari yang sangat ringan asimtomatik hingga berat yang dapat menyebabkan kematian. Penyebab kematian biasanya adalah adanya perdarahan pada gaster. Gejala yang sering muncul antara lain:

- a. Hematemesis dan melena dapat berlangsung hingga terjadinya renjatan diakibatkan oleh kehilangan darah.
- b. Sebagian besar pada kasus gastritis menunjukkan gejala yang sangat ringan bahkan asimtomatis seperti nyeri yang timbul pada ulu hati dengan skala ringan dan biasanya tidak dapat ditunjuk dengan tepat lokasinya.
- c. Mual-mual dan muntah.
- d. Perdarahan saluran cerna.

- e. Pada kasus yang sangat ringan perdarahan bermanifestasi sebagai darah samar pada tinja dan secara fisik akan dijumpai tanda-tanda defisiensi anemia dengan etiologi yang tidak jelas.
- f. Biasanya pada pemeriksaan fisik tidak ditemukannya kelainan, kecuali pada kasus yang mengalami perdarahan yang hebat sehingga dapat menimbulkan tanda dan gejala gangguan hemodinamik yang nyata seperti hipotensi, pucat, keringat dingin, takikardia hingga gangguan kesadaran.

2.2.3 Patofisiologi

Pengikisan pada mukosa lambung dapat terjadi akibat konsumsi alkohol, obat-obatan anti inflamasi non steroid dan infeksi *Helicobacter pylori* yang dapat menimbulkan peradangan. Peradangan ini dipicu oleh peningkatan sekresi asam lambung. Ion H⁺ merupakan susunan utama asam lambung yang di produksi oleh sel parietal lambung dengan bantuan enzim Na⁺/K⁺ ATPase. Peningkatan ion H⁺ yang tidak diikuti peningkatan penawarnya seperti prostaglandin, HCO₃⁺, mukus akan menjadikan lapisan mukosa lambung tergerus terjadi reaksi inflamasi. Peningkatan sekresi lambung juga dapat di picu oleh peningkatan rangsangan persyarafan seperti kondisi cemas, stres, marah, melalui saraf parasimpatik vagus akan terjadi peningkatan transmitter asetikolin, histamin, gastrin relrasing peptide yang dapat meningkatkan sekresi lambung. (Mulat, 2016).

2.2.4 Faktor Resiko Gastritis

Beberapa faktor resiko gastritis antara lain:

1. Konsumsi protein yang tinggi dalam menu harian dapat memicu tingginya sekresi asam lambung yang dapat mengiritasi mukosa pada dinding lambung.
2. Mengonsumsi makanan pedas dapat merangsang organ pencernaan dan dapat menimbulkan iritasi pada lapisan mukosa lambung.
3. Mengonsumsi minuman berkafein dapat meningkatkan aktivitas produksi asam lambung (Arikah & Muniroh, 2015).

Menurut Rantung et al. (2019), penggunaan obat aspirin atau anti radang non steroid, infeksi kuman *Helicobacter pylori*, kebiasaan minum minuman

beralkohol, kebiasaan merokok, dan sering mengalami stres juga dapat mempengaruhi terjadinya gastritis.

2.2.5 Penatalaksanaan Diet Gastritis

a. Tujuan diet

Tujuan diet pada penyakit gastritis adalah untuk memberikan makanan dan cairan secukupnya yang tidak memberatkan kerja dari lambung serta menetralkan dan mencegah terjadinya sekresi dari asam lambung yang meningkat.

b. Syarat diet

Syarat-syarat diet pada penyakit gastritis antara lain:

1. Makanan yang diberikan mudah cerna, porsi kecil, dan sering diberikan.
2. Energi dan protein cukup, sesuai kemampuan pasien untuk menerimanya.
3. Lemak rendah, yaitu 10-20% dari kebutuhan energi total yang ditingkatkan secara bertahap hingga sesuai dengan kebutuhan.
4. Rendah serat, terutama serat tidak larut air yang ditingkatkan secara bertahap.
5. Cairan cukup, terutama bila ada muntah.
6. Tidak mengandung bahan makanan atau bumbu yang tajam, baik secara termis, mekanis, maupun kimia (disesuaikan dengan daya terima perseorangan).
7. Laktosa rendah bila ada gejala intoleransi laktosa; umumnya tidak dianjurkan minum susu terlalu banyak.
8. Makan secara perlahan di lingkungan yang tenang.
9. Pada fase akut dapat diberikan makanan parenteral saja selama 24 – 48 jam untuk memberi istirahat pada lambung (Almatsier, 2010).

2.3 Gambaran Umum Proses Asuhan Gizi Terstandar

Proses Asuhan Gizi Terstandar atau PAGT merupakan suatu metode dalam memecahkan suatu masalah yang sistematis dalam mengatasi permasalahan terkait gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi (Nuraini, et.al, 2017). Proses Asuhan Gizi Terstandar disusun sebagai upaya peningkatan kualitas pemberian asuhan gizi. Proses tersebut ditujukan untuk asuhan gizi secara individual, sedangkan asuhan terstandar menunjukkan asuhan yang sama pada pasien (Wahyuningsih, 2013).

PAGT merupakan tanggungjawab dietisien dalam bidang pencegahan dan pengobatan penyakit terutama dibidang gizi sebagai tenaga kesehatan profesional dengan tujuan kebutuhan asupan makanan pasien tercukupi. Pemberian asuhan gizi memiliki manfaat untuk mempertahankan status gizi agar tidak menurun serta mencegah atau mengurangi kemungkinan timbulnya komplikasi yang pada akhirnya dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas. Proses asuhan gizi terdiri dari 4 langkah yang saling berkaitan dan berpengaruh yaitu pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi serta monitoring dan evaluasi gizi (Wijayanti & Purhita, 2013)

2.3.1 Pengkajian Gizi (*Assessment*)

Proses pengkajian gizi merupakan suatu metode yang mengumpulkan, memverifikasi, dan menginterpretasikan data yang dibutuhkan dalam mengidentifikasi permasalahan terkait gizi, penyebab, tanda/gejalanya yang bertujuan untuk mendapatkan informasi yang cukup dalam mengidentifikasi dan menentukan diagnosis gizi (ASDI, 2019).

Menurut (Wahyuningsih, 2013) pengkajian gizi terbagi atas 5 komponen, antara lain:

- a. Data antropometri, yaitu merupakan hasil dari pengukuran fisik/ukuran tubuh pada individu terkait tinggi badan, berat badan, indek massa tubuh (IMT), riwayat berat badan, dll.
- b. Data biokimia, pemeriksaan dan prosedur klinis, yaitu data yang berkaitan dengan status metabolik, status gizi, gambaran fungsi organ yang dapat berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi yang terdiri dari data laboratorium dan tes medis.
- c. Pemeriksaan fisik dan klinis, untuk pemeriksaan fisik terdiri dari penampilan fisik, hilang lemak dan otot, nafsu makan, fungsi menelan sedangkan pemeriksaan klinis terdiri dari tanda-tanda vital.
- d. Riwayat terkait gizi dan makanan, terdiri dari asupan makan dan zat gizi, pemberian makanan dan zat gizi, pengobatan & penggunaan obat alternatif, pengetahuan/kepercayaan/sikap, perilaku, ketersediaan suplai bahan makanan, aktivitas dan fungsi serta nilai-nilai terkait gizi.

- e. Riwayat pasien/klien, terdiri dari riwayat personal, riwayat medis/kesehatan/keluarga, pengobatan, terapi dan riwayat sosial.

2.3.2 Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi merupakan identifikasi masalah gizi dari data penilaian gizi yang menggambarkan kondisi pasien saat ini, dimana risiko hingga potensi terjadinya masalah gizi yang dapat ditindaklanjuti agar dapat diberikan intervensi gizi yang tepat serta pemberian nama permasalahan gizi yang spesifik dan menjadi tanggung jawab dietisien untuk menanganinya. Diagnosis gizi bersifat sementara sesuai dengan respon pasien (Anggraeni, 2012).

Berdasarkan cara penulisan dan sifatnya, diagnosis gizi berbeda dengan diagnosa medis. Diagnosis gizi adalah gambaran keadaan masalah gizi atau potensi/risiko masalah gizi yang sedang terjadi pada saat ini, dan dapat berubah sesuai dengan respon pasien khususnya terhadap intervensi gizi yang didapatkan sedangkan diagnosa medis lebih menggambarkan kondisi penyakit atau patologi dari suatu organ tertentu atau sistem tubuh dan tidak berubah sepanjang kondisi penyakit tersebut masih ada (Nuraini et al., 2017).

Menurut Kemenkes RI (2014a), komponen diagnosis gizi terdiri dari 3 komponen yaitu antara lain:

- a. *Problem* (P), merupakan gambaran masalah gizi pasien yang menjadi tanggung jawab dietisien untuk memecahkan secara mandiri.
- b. Etiologi (E), merupakan faktor penyebab yang dapat terjadinya *problem* (P). Faktor penyebab dapat berkaitan dengan patofisiologi, psikososial, perilaku, kebiasaan makan dan sebagainya. Etiologi merupakan dasar untuk menentukan intervensi yang akan dilakukan.
- c. *Sign & symptoms* (S), merupakan pernyataan yang dapat menggambarkan besarnya kegawatan kondisi pasien. Data *sign & symptoms* berasal dari pengkajian gizi yang dilakukan sebelumnya serta untuk mengetahui bagaimana masalah yang terjadi. *Sign & symptoms* merupakan dasar untuk penentuan monitoring dan evaluasi yang akan dilakukan.

Berdasarkan Permenkes (2013), diagnosa gizi terdiri dari 3 domain, yaitu:

- a. Domain *Intake* (NI), merupakan kelompok permasalahan gizi yang berkaitan dengan intake atau asupan gizi pasien.

- b. Domain Klinis (NC), merupakan kelompok permasalahan gizi yang berkaitan dengan keadaan fisik-klinis, kondisi medis dan hasil pemeriksaan laboratorium pasien.
- c. Domain Perilaku (NB), merupakan kelompok permasalahan gizi yang berhubungan dengan kebiasaan hidup, perilaku, kepercayaan, lingkungan dan pengetahuan pasien.

2.3.3 Intervensi Gizi

Intervensi gizi merupakan kegiatan terencana yang bertujuan untuk mengubah perilaku dan faktor risiko terkait gizi atau aspek kesehatan dalam memecahkan diagnosis gizi dengan mengubah atau meminimalkan penyebab atau etiologinya. Jika etiologi tidak dapat dipecahkan maka intervensi gizi diarahkan untuk meminimalkan tanda atau gejala (ASDI, 2019).

Terdapat dua komponen intervensi gizi menurut Permenkes (2013), yaitu:

1. Perencanaan Intervensi

Intervensi gizi dibuat merujuk pada diagnosis gizi yang ditegakkan. Tetapkan tujuan dan prioritas intervensi berdasarkan masalah gizinya (*Problem*), rancangan strategi intervensi berdasarkan penyebab masalahnya (Etiologi) atau bila penyebab tidak dapat diintervensi maka strategi intervensi ditujukan untuk mengurangi gejala/tanda (*Sign & Symptom*).

2. Implementasi Intervensi

Implementasi adalah kegiatan intervensi gizi dimana dietisien melaksanakan dan mengkomunikasikan rencana asuhan kepada pasien dan tenaga kesehatan atau tenaga lain yang terkait. Untuk kepentingan dokumentasi dan persepsi yang sama, intervensi dikelompokkan menjadi 4 domain yaitu pemberian makanan atau zat gizi, edukasi gizi, konseling gizi dan koordinasi pelayanan gizi. Setiap kelompok mempunyai terminologinya masing-masing.

2.3.4 Monitoring dan Evaluasi Gizi

Monitoring merupakan suatu kegiatan pengawasan terhadap perkembangan keadaan pasien, sedangkan evaluasi merupakan suatu proses untuk mengetahui seberapa jauh rencana intervensi terpenuhi (Anggraeni, 2012). Terdapat tiga langkah dalam kegiatan monitoring dan evaluasi gizi menurut Permenkes (2013), antara lain:

1. Monitor perkembangan

Kegiatan ini mengamati perkembangan kondisi pasien yang bertujuan untuk melihat hasil dari intervensi yang telah diberikan. Kegiatan yang berkaitan dengan monitoring gizi antara lain:

- a. Mengecek pemahaman dan ketaatan diet pasien/klien.
- b. Mengecek asupan makan pasien/klien.
- c. Menentukan apakah intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana/preskripsi diet.
- d. Menentukan apakah status gizi pasien/klien tetap atau berubah.
- e. Mengidentifikasi hasil lain baik yang positif maupun negatif.
- f. Mengumpulkan informasi yang menunjukkan alasan tidak adanya perkembangan dari kondisi pasien/klien.

2. Mengukur hasil.

Kegiatan ini adalah mengukur perkembangan atau perubahan yang terjadi sebagai respon terhadap intervensi gizi. Parameter yang harus diukur berdasarkan tanda dan gejala dari diagnosa gizi.

3. Evaluasi hasil

Berdasarkan ketiga tahapan kegiatan diatas akan didapatkan 4 jenis hasil, yaitu:

- a. Dampak perilaku dan lingkungan terkait gizi yaitu tingkat pemahaman, perilaku, akses, dan kemampuan yang mungkin mempunyai pengaruh pada asupan makanan dan zat gizi.
- b. Dampak asupan makanan dan zat gizi merupakan asupan makanan dan atau zat gizi dari berbagai sumber, misalnya makanan, minuman, suplemen dan melalui rute enteral maupun parenteral.
- c. Dampak terhadap tanda dan gejala fisik yang terkait gizi yaitu pengukuran yang terkait dengan antropometri, biokimia dan parameter pemeriksaan fisik/klinis.
- d. Dampak terhadap pasien/klien terhadap intervensi gizi yang diberikan pada kualitas hidupnya.

BAB III METODE

3.1 Jenis Tugas Akhir

Jenis tugas akhir ini adalah studi kasus (*case study*). Studi kasus dilakukan asuhan gizi pada 1 orang pasien Hepatitis A dengan Gastritis.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Studi kasus ini dilaksanakan pada bulan Februari 2020 hingga Mei 2020. Intervensi gizi telah dilaksanakan pada tanggal 21 Februari 2020 hingga 23 Februari 2020. Tempat studi kasus ini dilaksanakan di ruang rawat inap kelas II RS X.

3.3 Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus ini berjumlah 1 orang yang dipilih menggunakan metode *purposive sampling* yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Terdiagnosa medis Hepatitis A dengan Gastritis
2. Merupakan pasien rawat inap
3. Bersedia menjadi subjek studi kasus

3.4 Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

3.4.1 Data Primer

Data primer didapatkan secara langsung dari subjek studi kasus. Sumber data diperoleh dari wawancara langsung dengan responden meliputi nama, umur, dan jenis kelamin. Selanjutnya data perlakuan asuhan gizi yang meliputi:

- a. Pengkajian Awal (*Assessment*) yang terdiri dari data riwayat gizi, antropometri, fisik/klinis, dan riwayat personal.
- b. Diagnosa Gizi yang terdiri dari diagnosa asupan, diagnosa perilaku dan lingkungan, serta diagnosa klinis.
- c. Intervensi Gizi yang terdiri dari edukasi gizi, jenis diet, tujuan diet, bentuk makanan, frekuensi makan, cara pemberian makan, kebutuhan gizi (energi, karbohidrat, protein, dan lemak) serta menu diet.
- d. Monitoring dan Evaluasi terhadap status gizi, asupan makanan pasien serta pengetahuan pasien.

3.4.2 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh secara tidak langsung dari subjek studi kasus. Adapun data sekunder meliputi diagnosa medis, tanda-tanda vital, hasil pemeriksaan laboratorium, pemberian obat-obatan yang diambil dari buku rekam medik pasien dan gambaran umum lokasi penelitian yang diperoleh dari profil rumah sakit.

3.5 Pengolahan dan Analisa Data

Pengolahan data dilakukan dengan memeriksa data-data yang telah dikumpulkan baik melalui pengamatan, wawancara dan rekam medik pasien, kemudian data tersebut dikelompokkan menurut jenisnya dan dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan. Data monitoring dan evaluasi diperoleh dengan membandingkan antropometri, biokimia, pengetahuan, tingkat konsumsi sebelum dan setelah dilakukan monitoring. Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah, disajikan dalam tabel dan di analisis secara deskriptif.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

RS X melayani pasien rawat inap, rawat jalan dan pasien *home care* termasuk pelayanan makanan pada pasien rawat inap dan pasien *home care* baik diet dan non diet. RS X melayani pasien rawat inap dengan kapasitas 281 tempat tidur yang terbagi menjadi beberapa kelas ruangan, meliputi kelas VIP, kelas 1, kelas 2, kelas 3, ruangan khusus HCU, ruangan khusus ICU, ruangan khusus ICCU, dan ruangan khusus PICU. Untuk semua kelas diberikan makan utama 3 kali sehari dengan makanan selingan 2 kali sehari sesuai dengan porsi dan diet serta waktu pelayanan selama jam operasional kerja gizi.

Sistem penyelenggaraan makanan di RS X menggunakan sistem swakelola dimana seluruh pelayanan makanan yang diterima oleh seluruh pasien berasal dari sarana dan prasarana atau tenaga rumah sakit. Instalasi Gizi di RS X memiliki tenaga kerja sebanyak 55 orang terdiri dari Ka. Instalasi Gizi 1 orang, Dietisien Pengolahan 1 orang, Dietisien Ruangan 8 orang, Petugas Gudang 1 orang, Petugas Pengolahan 15 orang, Petugas Ruangan 28 orang, dan Perkarya Pengolahan 2 orang.

4.2 Pengkajian Data

4.2.1 Identitas Pasien

Identitas pasien pada penelitian ini dilakukan secara observasi yang meliputi nama, jenis kelamin, usia dan diagnosa medis dengan cara melihat buku rekam medis pasien. Berikut data gambaran umum pasien yang disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Identitas Pasien

Keterangan	Hasil
Nama	Ny. I
Jenis kelamin	Perempuan
Usia	35 tahun 1 bulan 18 hari
Diagnosis medis	Hepatitis A dan Gastritis
Tanggal masuk RS	19 Februari 2020
Tanggal pengkajian gizi awal	21 Februari 2020
Kelas ruangan	Kelas II

Keterangan	Hasil
Keluhan pasien saat kunjungan	Mual, muntah, nyeri ulu hati, mata tampak kuning
Riwayat penyakit dahulu	Gastritis
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
Agama	Islam
Suku	Sunda

Ny. I merupakan seorang ibu rumah tangga berusia 35 tahun dengan kategori aktivitas fisik sedang. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 19 Februari 2020 dengan diagnosa Hepatitis dan Gastritis. Diagnosa Hepatitis A ditegakkan berdasarkan hasil tes antibodi IgM HAV pada tanggal 20 Februari 2020. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan kembung, nyeri ulu hati dengan skala 3 (0-10), mual, muntah dan tidak nafsu makan sejak 9 hari sebelum masuk rumah sakit serta pusing sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit selain itu mata pasien tampak kuning berdasarkan pemeriksaan di IGD. Pasien memiliki riwayat gastritis sejak 10 tahun yang lalu.

Berdasarkan identitas pasien, pasien didiagnosa hepatitis A pada usia 35 tahun. Berdasarkan data Riskesdas 2018, penderita hepatitis pada umumnya berusia 35 – 54 tahun, akan tetapi pada hepatitis A penderita biasanya berusia 5 – 14 tahun. Walaupun demikian, tidak menutup kemungkinan penderita hepatitis A berasal dari kelompok dewasa. Hal ini dibuktikan dalam penelitian Pertiwi & Ramani (2014) yang menyebutkan bahwa kelompok usia 30 – 40 tahun merupakan usia yang paling banyak menderita hepatitis A di RSD Soebandi, RSD Balung, RS Bina Sehat, dan RS Jember Klinik.

Penyakit hepatitis A pada wanita lebih tinggi dibandingkan pria. Hal ini berdasarkan hasil penelitian Pratiwi & Soekarso (2017) yang menyebutkan persentase kasus penyakit hepatitis A pada wanita lebih tinggi dibandingkan pria yaitu 57.8% dan 42.1%, selain itu status ekonomi yang rendah juga lebih berisiko 1,4 kali menderita hepatitis A dibandingkan dengan status ekonomi yang sedang dan tinggi (Sari & Azhar, 2018).

Menurut Cahyono dalam Anggara (2020), gejala penyakit hepatitis A biasanya meliputi lesu, letih, kehilangan nafsu makan, nyeri pada perut bagian kanan atas, mual dan muntah, terjadi peningkatan pada tes hati dan antibodi virus hepatitis A serta timbulnya kuning pada kulit dan mata. Menurut Puri & Suyanto (2012), mual, muntah dan nyeri pada ulu hati juga dapat dirasakan pada penyakit

gastritis yang diakibatkan oleh peningkatan asam lambung dalam jumlah yang berlebihan. Berdasarkan keluhan pasien, pasien mengalami mual, muntah, nyeri ulu hati, mata tampak kuning. Keluhan yang dirasakan oleh pasien sama dengan gejala pada penyakit hepatitis A dan gastritis.

Diketahui pasien memiliki riwayat gastritis sebelumnya. Gastritis pada pasien kambuh karena asupan makan pasien menurun yang disebabkan oleh pasien akan muntah ketika selesai makan sehingga pasien memilih untuk membatasi makannya. Menurut Aldelina (2015), munculnya kejadian kekambuhan pada penderita gastritis dapat disebabkan oleh pola makan tidak teratur dengan frekuensi makan < 3 kali sehari.

4.2.2 Data Antropometri

Hasil pengukuran antropometri serta status gizi pasien selama pengamatan disajikan dalam Tabel 2.

Tabel 2. Hasil Antropometri

Keterangan	Hasil
Berat badan sekarang	40.3 kg
Tinggi badan	145 cm
Berat badan ideal	49 kg
IMT	19.04 kg/m ²
Status gizi	Normal

Tabel 2 menunjukkan hasil pengukuran antropometri pasien. Pengukuran antropometri pada pasien meliputi berat badan dan tinggi badan sehingga dapat diperoleh hasil Indeks Massa Tubuh (IMT) pasien yaitu 19.04 kg/m² yang termasuk kategori normal akan tetapi berat badan pasien diketahui turun dari biasanya yakni 45 kg menjadi 40.3kg dalam kurun 10 hari yang artinya pasien mengalami penurunan berat badan sebanyak 6.25% selama 10 hari.

Penurunan berat badan pasien diakibatkan oleh kurangnya asupan makanan pasien sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien tidak bisa memakan apapun. Hal ini dikarenakan pasien akan muntah setelah makan dan hal tersebut terjadi secara berulang-ulang sehingga pasien lebih memilih untuk membatasi makanya. Hal ini sejalan dengan penelitian Suparman et.al (2011) yang menyatakan bahwa penurunan berat badan dapat disebabkan oleh asupan makanan yang rendah dan dipicu oleh penurunan nafsu makan.

Berdasarkan buku Terminologi Gizi & Uraian Terminologi Gizi (2016), kehilangan berat badan $\geq 5\%$ dalam 30 hari, $\geq 7,5\%$ dalam 90 hari, atau $\geq 10\%$ dalam 180 hari akan meningkatkan resiko terjadinya malnutrisi pada pasien. Untuk menghindari terjadinya malnutrisi pada pasien maka diperlukan pemberian terapi gizi secara optimal dan sesuai dengan kondisi pasien (Nurparida & Marhaeni, 2013). Terapi gizi yang diberikan kepada pasien adalah terapi diet hati dan lambung sesuai dengan kondisi pasien.

4.1.2 Data Biokimia

Data biokimia dapat diketahui melalui hasil pemeriksaan laboratorium. Data ini berkaitan erat dengan status metabolik dan gambaran fungsi organ yang dapat berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi. Hasil pemeriksaan laboratorium pasien pada saat masuk Rumah Sakit disajikan dalam Tabel 3.

**Tabel 3. Data Hasil Pemeriksaan Laboratorium Awal
Tanggal 19 – 20 Februari 2020**

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
Kreatinin	0.36	0.7 – 1.13	mg/dL	Rendah
Ureum	26	10 – 50	mg/dL	Normal
SGOT	297	10 – 31	U/L	Tinggi
SGPT	1121	9 – 36	U/L	Tinggi
Gula Darah Sewaktu	116	70 – 200	mg/dL	Normal
Hemoglobin	14.6	12 – 16	g/dL	Normal
Hematokrit	44.7	35 – 47	%	Normal
Trombosit	314000	150000 – 440000	sel/uL	Normal
Eritrosit	4.91	3.6 – 5.8	juta/uL	Normal
Leukosit	11990	3800 – 10600	sel/uL	Tinggi
HAV	Reaktif	-	-	Positif

Sumber: Data Rekam Medik RS X, Februari 2020

Tabel 3 menunjukkan hasil pengukuran biokimia pasien. Kreatinin merupakan hasil dari sintesis kreatin yang berlangsung dihati selain itu kreatinin juga terdapat hampir semuanya dalam otot rangka (Aminah, 2013). Adanya gangguan pada hati serta pengecilan pada otot dapat menyebabkan nilai kreatinin darah rendah. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan nilai kreatinin darah pasien rendah yaitu 0.36 mg/dL. Hal ini dikarenakan adanya

penurunan berat badan serta gangguan hati terkait penyakit pasien yakni hepatitis A. Penelitian lain juga menyebutkan nilai kreatinin darah rendah pada penderita hepatitis C yang disebabkan karena adanya pengecilan otot dan gangguan pada hati (Noureddine & Usman, 2010).

SGOT dan SGPT merupakan enzim yang ada di sel hati dan organ lain seperti sel darah merah, ginjal, otot jantung dan otot skeletal (Ririn, 2013). Peningkatan SGOT dan SGPT menunjukkan adanya kerusakan pada sel-sel hati (Syah, 2014). Enzim SGOT dan SGPT akan dikeluarkan ke dalam darah jika terjadinya cedera sel pada sel-sel hati (Lomanorek, et.al., 2016). Menurut Eppy (2019), kadar SGPT biasanya lebih tinggi dibandingkan kadar SGOT. Hal ini dikarenakan konsentrasi enzim SGPT lebih banyak terdapat pada hati dibandingkan dengan SGOT sehingga dapat menunjukkan fungsi hati yang lebih spesifik (Herawati, et.al., 2011). Hal ini sejalan dengan hasil pemeriksaan laboratorium pasien yang menunjukkan nilai SGOT dan SGPT pasien tinggi, yaitu 297 U/L dan 1121 U/L yang berkaitan dengan penyakit Hepatitis A yang diderita pasien. Penelitian Aleya & Berawi (2015) dan Budhiarta (2017) juga menunjukkan adanya peningkatan pada nilai kadar SGOT dan SGPT pada pasien Hepatitis C dan sirosis hati.

Leukosit (sel darah putih) merupakan salah satu susunan sel darah manusia yang berperan dalam sistem imunitas manusia (Khasanah et.al, 2016). Peningkatan leukosit darah mengindikasikan adanya infeksi, inflamasi, nekrosis jaringan, atau neoplasia leukemik. Trauma dan stres, baik emosional maupun fisik juga dapat mempengaruhi peningkatan pada nilai leukosit (Atmadja, Kusuma, & Dinata, 2016). Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, nilai leukosit pasien tinggi yaitu 11990 sel/uL. Tingginya nilai leukosit pasien disebabkan oleh adanya inflamasi atau peradangan pada lambung yang diderita serta infeksi virus hepatitis A pada hati pasien.

Anti HAV IgM merupakan tes serologi yang digunakan untuk menegakkan diagnosa gangguan pada hati yang diakibatkan oleh infeksi virus hepatitis A. Antibodi IgM anti HAV dapat dideteksi pada pasien simtomatik dan asimtomatik (WHO, 2018). Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pasien

menunjukkan hasil reaktif pada pemeriksaan anti HAV IgM yang berarti pasien positif menderita penyakit hepatitis A.

4.1.3 Data Fisik/Klinis

Hasil pemeriksaan fisik dan klinis pasien pada awal pengamatan disajikan dalam Tabel 4.

Tabel 4. Hasil Pemeriksaan Fisik/ Klinis Pasien

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Keadaan umum	Lemas dan <i>jaundice</i>	Tidak ada
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
Tekanan darah	100/80 mmHg	120/80 mmHg
Nadi	86x/menit	80 – 100 x/menit
Respirasi	20 x/menit	16 – 20x/menit
Suhu	36.6°C	36,5 – 37,5°C
Keluhan	Kembung, nyeri ulu hati, dan mual	Tidak ada

Sumber: Data Rekam Medik RS X, Februari 2020

Tabel 4 menunjukkan hasil pemeriksaan fisik/klinis pasien pada awal pengamatan. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan pusing sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit (SMRS), kembung, nyeri ulu hati dengan skala 3 (0 – 10), tidak nafsu makan, mual dan muntah (sejak 9 hari SMRS).

Menurut Minnesota (2016) gejala yang ditimbulkan akibat infeksi virus hepatitis A tidak dapat terjadi pada semua penderita. Gejala dapat timbul secara tiba-tiba dan dapat meliputi demam, kelelahan, lemas, kehilangan nafsu makan, mual, ketidaknyamanan pada perut, muntah, nyeri sendi, tinja berwarna tanah liat, urin gelap dan adanya *jaundice* sedangkan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit gastritis dapat berupa dengan rasa mual, muntah, nyeri pada ulu hati, rasa lemah, nafsu makan menurun, pusing dan kembung (Megawati & Nosi, 2014). Berdasarkan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa persamaan gejala antara hepatitis A dan gastritis adalah adanya kehilangan nafsu makan, mual dan muntah. Berdasarkan hasil fisik/klinis pasien, pasien memiliki beberapa gejala dari hepatitis A yaitu lemas, *jaundice*, kehilangan nafsu makan, mual dan muntah selain itu pasien merasakan semua gejala dari gastritis yaitu mual, muntah, kehilangan nafsu makan, kembung dan nyeri ulu hati.

4.1.4 Riwayat Gizi

1) Riwayat Gizi Dahulu

Riwayat gizi dahulu meliputi kebiasaan dan pola makan pasien sebelum masuk rumah sakit. Kebiasaan makan pasien dapat dilihat pada Tabel 5 sebagai berikut:

Tabel 5. Riwayat Gizi Dahulu

Nama Makanan	Porsi	Frekuensi	
		Harian	Mingguan
Nasi	1 Centong	1x	
Biskuit	4 Bh Bsr		1x
Kentang	3sdm		3x
Tahu	1 Bh		3x
Tempe	1 Ptg		4x
Ayam	1 Ptg		1x
Ikan Basah	1 Ptg		5x
Bayam	1 Mangkok Sedang		3x
Jagung Muda	2 Sdm		3x
Wortel	3 Sdm		3x
Labu Siam	2 Sdm		3x
Apel	1 Buah	2x	
Jeruk Manis	1 Buah	3x	
Pepaya	1 Potong Kecil	3x	
Minyak	1 Sdt	3x	
Tahu Isi	3 Buah		1x
Bala-Bala	3 Buah		1x

Berdasarkan Tabel 5 bahan makanan yang dikonsumsi pasien kurang bervariasi. Pasien jarang memakan sayuran dan protein hewani maupun nabati serta lebih banyak mengonsumsi buah-buahan dengan frekuensi 2-3x sehari. Pasien memiliki kebiasaan makan yang tidak teratur dengan frekuensi 1x per hari pada waktu yang tidak menentu selain itu pasien jarang mencuci tangannya dengan sabun. Pasien sangat menyukai makanan yang pedas tetapi tidak suka membeli makanan di pinggir jalan dan mengemil, jarang makan, dan cemas jika berat badannya naik. Pasien tidak memiliki riwayat alergi maupun pantangan dan belum pernah mendapatkan edukasi terkait penyakit yang diderita.

Berdasarkan hal diatas, diketahui bahwa pasien memiliki pola makan yang tidak teratur. Pola makan yang tidak teratur cenderung terkena penyakit gastritis

serta dapat membuat lambung menjadi sensitif jika terjadi peningkatan asam lambung (Handayani & Thomy, 2018). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Agustina et al. (2016), yang menyatakan bahwa sebanyak 66,7% pasien gastritis di RSUD Ratu Zalecha Martapura memiliki pola makan yang tidak baik.

Berdasarkan hal diatas, pasien diketahui jarang mencuci tangannya dengan sabun. Higiene perseorangan sangat erat keterkaitannya dengan penyakit hepatitis A. Hasil penelitian Sasoka & Satyabakti (2014) menyatakan seseorang yang memiliki higiene yang buruk memiliki risiko 5,71 kali terkena hepatitis A dibandingkan dengan seseorang yang memiliki higiene yang baik.

2) Riwayat Gizi Sekarang

Selain data riwayat gizi dahulu, diperlukan juga data riwayat gizi saat ini untuk mengetahui pola dan asupan responden saat dirawat di rumah sakit. Berikut hasil recall makan pasien saat berada di Rumah Sakit disajikan dalam tabel 5.

Tabel 6. Hasil *Food Recall* 1 x 24 Jam Rumah Sakit Tanggal 20 Mei 2018

Zat gizi	Asupan	Kebutuhan	% Asupan	Interpretasi
Energi (kkal)	754,06	1644,79	45,8%	Kurang
Protein (g)	25,8	61,67	41,5%	Kurang
Lemak (g)	31,01	36,55	84,8%	Cukup
Karbohidrat (g)	100,1	267,28	37,5%	Kurang

Berdasarkan Tabel 6 menunjukkan bahwa semua asupan zat gizi pasien berada dibawah kebutuhan kecuali pada bagian lemak. Hal ini terjadi akibat nafsu makan pasien menurun karena mengalami begah ketika makan, nyeri pada ulu hati dan mual, sehingga hasil yang didapatkan menunjukkan rata-rata asupan pasien selama 1x24 jam masuk rumah sakit adalah 45,8% dari total kebutuhan zat gizi pasien. Asupan lemak pasien terbilang cukup dikarenakan pasien cenderung menghabiskan makanan selingan yang diberikan dibandingkan memakan makanan utamanya, dimana nilai zat gizi lemak pada makanan selingan di rumah sakit memiliki nilai yang cukup besar.

4.2 Diagnosis Gizi Pasien

Diagnosis gizi merupakan suatu hubungan antara masalah (*problem*), penyebab (*etiology*) dan tanda dan gejala (*sign & symptoms*). Diagnosis gizi terdiri dari tiga domain, yaitu domain asupan (*intake*), domain klinik (*clinic*) dan

domain perilaku (*behaviour*). Berikut diagnosis gizi yang dimiliki pasien disajikan dalam Tabel 7.

Tabel 7. Diagnosis Gizi

<i>Problem</i>	<i>Etiology</i>	<i>Sign/Symptom</i>
<i>NI. Domain Intake</i>		
NI.2.1 Asupan oral tidak adekuat	Berkaitan dengan gangguan gastrointestinal	Ditandai dengan asupan oral E: 45,8% ; P: 41,5%; dan KH:37,5% yang kurang dari kebutuhan
<i>NB. Domain Behaviour</i>		
NB.1.7 Pemilihan makanan yang salah	Berkaitan dengan kurang terpapar informasi terkait gizi sebelumnya (belum pernah mendapatkan edukasi gizi)	Ditandai dengan pola makan tidak teratur dan memakan makanan yang merangsang saluran cerna (makanan pedas)
<i>NC. Domain Klinis</i>		
NC.2.2 Perubahan Nilai Laboratorium	Berkaitan dengan gangguan fungsi hati terkait Hepatitis A	Ditandai dengan nilai SGOT 297 u/L; SGPT 1121 u/L yang tinggi serta adanya <i>jaundice</i>
NC.3.2 Penurunan berat badan yang tidak diharapkan	Berkaitan dengan penurunan kemampuan untuk mengkonsumsi energi yang cukup	Ditandai dengan kehilangan BB 6,25% dalam 10 hari

Berdasarkan Tabel 7, diagnosis gizi pasien adalah asupan oral tidak adekuat, pemilihan makanan yang salah, perubahan nilai laboratorium, dan penurunan berat badan yang tidak diharapkan. Diagnosis asupan oral tidak adekuat ditegakkan berdasarkan adanya gangguan gastrointestinal seperti mual, nyeri ulu hati, dan kembung yang ditandai dengan asupan energi, protein, dan karbohidrat yang kurang dari kebutuhan. Diagnosis pemilihan bahan makanan yang salah ditegakkan berdasarkan pasien kurang terpapar informasi terkait gizi sebelumnya yang dilihat dari pasien belum pernah mendapatkan edukasi gizi yang ditandai dengan pola makan yang tidak teratur dan memakan makanan yang merangsang saluran cerna yakni makanan pedas.

Diagnosis perubahan nilai laboratorium ditegakkan berdasarkan adanya gangguan fungsi hati terkait Hepatitis A yang ditandai kadar SGOT dan SGPT yang tinggi serta terdapatnya *jaundice*, sedangkan pada diagnosis penurunan berat badan yang tidak diharapkan ditegakkan berdasarkan penurunan kemampuan

pasien untuk mengkonsumsi energi yang cukup yang ditandai pasien kehilangan berat badan sebanyak 6,25% dalam 10 hari.

4.3 Intervensi Gizi

Intervensi gizi merupakan suatu tindakan yang terencana yang bertujuan untuk mengubah perilaku, kondisi lingkungan terkait gizi atau aspek kesehatan individu (termasuk keluarga dan pengasuh) ke arah positif. Rencana intervensi gizi antara lain sebagai berikut:

4.3.1 Rencana Intervensi Pemberian Makanan dan atau Zat Gizi

Rencana intervensi pemberian makanan dan atau zat gizi meliputi preskripsi diet, tujuan diet, prinsip dan syarat diet serta perhitungan kebutuhan yang dapat dilihat pada tabel 8 sebagai berikut:

Tabel 8. Rencana Intervensi Pemberian Makanan

Indikator	Preskripsi
Jenis Diet	Diet hati dan lambung
Frekuensi Makan	3 x makanan utama + 2 x snack + 3 x buah
Bentuk Makanan	Makanan Lunak
Rute Pemberian	Oral
Tujuan Diet	<ul style="list-style-type: none"> a. Meningkatkan asupan energi sesuai dengan kemampuan, kebutuhan dan daya terima pasien dimulai dari 70% total kebutuhan energi selama 3 hari. b. Membantu mengontrol kadar nilai lab dengan terapi diit c. Mencegah penurunan berat badan atau status gizi d. Mengurangi faktor yang menyebabkan tingginya asam lambung e. Meringankan kerja hati dan lambung
Prinsip dan Syarat Diet	<ul style="list-style-type: none"> a. Kebutuhan energi 1644.79 kkal dimulai dari 1151.35 kkal b. Protein 15% dari kebutuhan energi c. Lemak 20% dari kebutuhan energi d. Karbohidrat 65% dari kebutuhan energi e. Makanan yang diberikan mudah dicerna serta tidak merangsang terjadinya mual f. Porsi kecil namun sering
Perhitungan Kebutuhan	<p>Keb. Energi = $(10 \times BB) + (6.25 \times TB) - (5 \times U) - 161$ $= (10 \times 40.3) + (6.25 \times 145) - (5 \times 35) - 161$ $= 973.25 \text{ kkal}$</p> <p>Keb. E. Total = $\text{Keb. Energi} \times \text{FA} \times \text{FS}$ $= 973.25 \text{ kkal} \times 1.3 \times 1.3$ $= 1644.79 \text{ kkal}$</p>

Indikator	Preskripsi
Protein	= $(15\% \times 1644.79 \text{ kkal})/4$ = 61.68 g
Lemak	= $(20\% \times 1644.79 \text{ kkal})/9$ = 36.55 g
Karbohidrat	= $(65\% \times 1644.79 \text{ kkal})/4$ = 267.28 g

Berdasarkan Tabel 8, jenis diet yang diberikan pasien adalah diet hati dan lambung. Pasien diberikan asupan energi secara bertahap yang dimulai dari 70% dari kebutuhan dan akan ditingkatkan jika pasien dapat menghabiskan makanan yang diberikan. Diet hati diberikan terkait penyakit hepatitis A yang diderita yang bertujuan untuk mencegah pemecahan protein, mencegah penurunan berat badan lebih lanjut, meningkatkan regenerasi jaringan hati dan mencegah kerusakan lebih lanjut sedangkan diet lambung diberikan berkaitan dengan gastritis yang dialami pasien sehingga memerlukan pengaturan porsi makan, mengurangi faktor penyebab kenaikan asam lambung serta memberikan makanan yang tidak memberatkan kerja lambung.

Perhitungan kebutuhan energi dapat dihitung dengan menggunakan rumus Harist Benedict dan Mifflin. Penggunaan rumus Harist Benedict biasanya digunakan untuk perhitungan kebutuhan energi harian orang yang sehat akan tetapi bisa juga digunakan untuk pasien sakit baik itu anak-anak maupun dewasa sedangkan pada rumus Mifflin diperuntukkan hanya untuk orang sakit saja selain itu rumus Mifflin sering digunakan oleh dietitian di rumah sakit (Fajar, 2019). Berdasarkan hal tersebut kebutuhan energi pasien dalam kasus ini dihitung dengan menggunakan rumus Mifflin hal ini dikarenakan pasien merupakan orang sakit.

Frekuensi pemberian makanan diberikan sesuai dengan ketentuan dari pihak rumah sakit dimana pemberian makanan terdiri dari makan pagi, *snack* pagi, makan siang, *snack* siang dan makan malam. Pemberian makanan lunak kepada pasien ditujukan untuk mempermudah pasien untuk memakan makanan. Hal ini dikarenakan pasien mengalami gangguan gastrointestinal serta adanya gangguan lambung yang diderita sehingga memerlukan makanan yang mudah dikunyah, ditelan, dan dicerna. Pemberian makanan diberikan melalui rute oral dikarenakan keadaan pasien tidak memiliki masalah penurunan kesadaran serta gangguan mengunyah, menelan dan menghisap.

4.3.2 Rencana Edukasi Gizi

- a. Sasaran : Pasien dan keluarga/penunggu pasien
- b. Media : Leaflet diet hati dan diet lambung serta daftar bahan penukar
- c. Metode : Konseling
- d. Tempat : Ruang perawatan pasien
- e. Waktu : \pm 15 menit
- f. Tujuan edukasi gizi : Memberikan informasi gizi yang berkaitan dengan penyakit pasien agar pasien dapat mengikuti dan menerapkan anjuran diet setelah pasien keluar dari rumah sakit. Informasi yang diberikan yaitu berupa pola makan yang benar dan teratur, pentingnya asupan makan yang cukup, jenis makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan serta memotivasi pasien.

4.3.3 Rencana Koordinasi Kegiatan Asuhan Gizi

Rencana koordinasi kegiatan asuhan gizi merupakan rencana yang akan dilakukan untuk memberikan asuhan yang terbaik bagi pasien dengan melakukan koordinasi antar disiplin ilmu. Adapun koordinasi yang dilakukan dapat dilihat pada Tabel 9.

Tabel 9. Koordinasi Kegiatan Asuhan

TIM KESEHATAN	KEGIATAN
Dokter	Koordinasi terkait penentuan jenis diet dan bentuk makanan pasien
Perawat	Koordinasi terkait kondisi pasien dan pemeriksaan tanda vital
Farmasi	Koordinasi terkait pemberian obat

Berdasarkan Tabel 9, koordinasi kegiatan asuhan meliputi tim kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat dan farmasi. Pelaksanaan dalam PAGT, dietisien harus berkolaborasi dengan tim kesehatan terkait dalam memberikan pelayanan asuhan gizi. Oleh karena itu, perlunya untuk mengetahui peran dari masing-masing tim kesehatan tersebut dalam memberikan pelayanan.

4.3.4 Rencana Monitoring dan Evaluasi

Rencana monitoring dan evaluasi merupakan rencana kegiatan mengkaji ulang untuk melihat perkembangan terhadap target/tujuan sehubungan dengan diagnosis gizi. Rencana monitoring dan evaluasi dapat dilihat pada Tabel 10 sebagai berikut:

Tabel 10. Rencana Monitoring dan Evaluasi

Parameter	Target/Tujuan	Capaian/Hasil Monitor	Evaluasi
Asupan makanan	Asupan energi, lemak, protein dan karbohidrat hingga >80% dari kebutuhan harian	Setiap hari	Sisa makanan atau <i>food weighing</i>
Biokimia	Mengalami perbaikan dengan memberikan terapi diit	3 hari sekali	Data pengecekan kadar nilai lab
Fisik/Klinis	Nafsu makan, mual, <i>jaundice</i> , nyeri ulu hati dan kembung yang dirasakan membaik	Setiap hari	Wawancara
Pengetahuan	Pasien paham terhadap diet yang diberikan	Setiap hari (edukasi gizi)	Wawancara
Berat Badan	Tetap atau naik	3 hari sekali	Penimbangan berat badan

Berdasarkan Tabel 10, rencana monitoring dan evaluasi pada kasus ini meliputi asupan makanan, biokimia, fisik/klinis, pengetahuan dan berat badan. Rencana monitoring dan evaluasi pada asupan makanan berkaitan dengan diagnosis gizi pasien yakni pasien memiliki asupan oral yang tidak adekuat.

Rencana monitoring dan evaluasi biokimia berkaitan dengan diagnosis gizi perubahan nilai laboratorium. Rencana monitoring dan evaluasi fisik/klinis berkaitan diagnosis gizi pasien memiliki gangguan gastrointestinal dan adanya *jaundice*. Rencana monitoring dan evaluasi pengetahuan berkaitan diagnosis gizi pemilihan bahan makanan yang salah dan Rencana monitoring dan evaluasi berat badan berkaitan dengan adanya penurunan berat badan pada pasien. Diharapkan ketika monitoring dan evaluasi dilakukan, target/tujuan dapat tercapai sesuai dengan yang telah direncanakan.

4.4 Hasil Monitoring dan Evaluasi

4.4.1 Antropometri

Hasil penimbangan awal berat badan pasien pada saat pengamatan awal adalah 40.3 kg dan setelah dilakukan intervensi selama 3 hari berat badan naik menjadi 40.9 kg. Kenaikan berat badan pasien dapat terjadi karena asupan pasien selama dirumah sakit mengalami peningkatan namun asupan tersebut belum sampai pada kategori baik (>80%). Peningkatan berat badan juga menunjukkan bahwa status gizi pasien mengalami perbaikan (Paruntu, 2013). Menurut penelitian Kasim (2016), menyatakan bahwa semakin baik tingkat asupan pasien, maka semakin baik pula status gizi pasien tersebut.

4.4.2 Asupan Makanan

Intervensi terapi diet yang diberikan dapat dilihat pada Tabel 11.

Tabel 11. Monitoring Terapi Diet

Terapi Diet	Hasil
Jenis Diet	Diet Hati dan Diet Lambung
Bentuk Makanan	Makanan Lunak
Frekuensi Pemberian	3 x makanan utama + 2 x snack + 3 x buah
Rute Pemberian	Oral

Tabel 11 menunjukkan terapi diet yang diberikan kepada pasien meliputi jenis diet yang diberikan dengan bentuk makanan lunak melalui rute pemberian secara oral serta frekuensi pemberian makanan. Pemberian terapi diet sesuai dengan rencana intervensi. Pemberian makanan waktu makan pagi dilakukan pada jam 7.00 – 08.00 wib, *snack* pagi pada jam 9.00 – 10.00 wib, makan siang pada jam 12.00 – 13.00 wib, *snack* siang pada jam 14.00 – 15.00 wib, dan makan sore pada jam 17.00 – 18.00 wib. Pemberian terapi diet pada pasien dari hari pertama pengamatan hingga hari ketiga pengamatan tidak mengalami perubahan.

Hasil monitoring asupan zat gizi pasien selama di rumah sakit dapat dilihat pada Tabel 12.

Tabel 12. Hasil Monitoring Asupan Zat Gizi

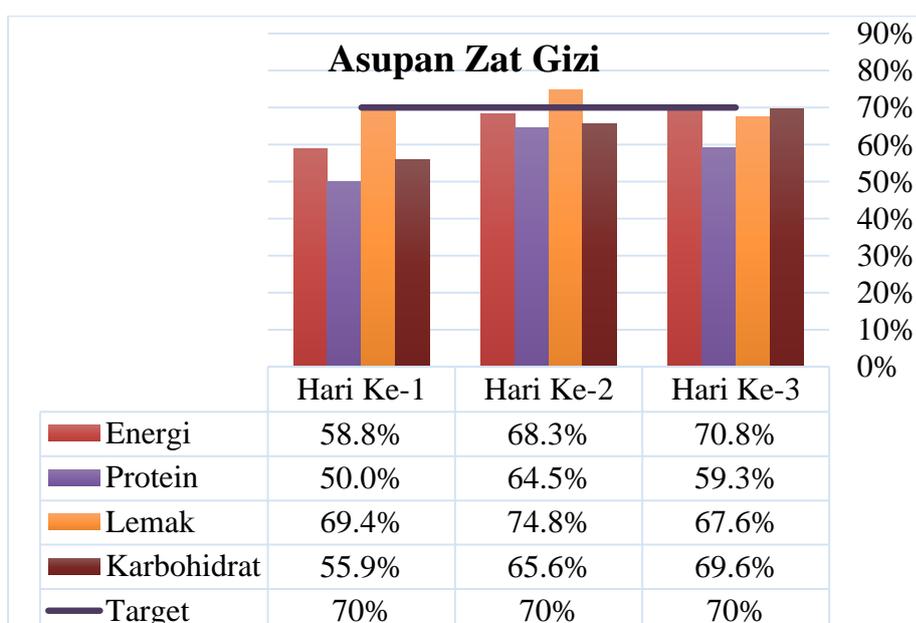
Zat Gizi	21/02/2020	22/02/2020	23/02/2020
Tanggal			
Energi (kkal)	58.8%	68.3%	70.8%
Protein (g)	50%	64.5%	59.3%
Lemak (g)	69.4%	74.8%	67.6%
Karbohidrat (g)	55.9%	65.6%	69.6%

Tabel 12 menunjukkan hasil monitoring asupan pasien selama 3 hari. Setelah dilakukan pengkajian gizi dan penetapan diagnosis gizi pasien, kemudian pasien diberikan terapi gizi dengan pemberian makanan yang sesuai dengan kebutuhan. Diet yang diberikan yaitu diet hati dan lambung dalam bentuk makanan lunak dengan frekuensi 3 kali makan utama, 2 kali selingan dan 3 kali buah. Pemberian makanan lunak terkait dengan kondisi pasien yang masih mual dan nyeri pada ulu hati. Sesuai dengan tujuan pemberian diet yaitu untuk mempertahankan status gizi optimal, memberikan makanan yang mudah dicerna serta tidak merangsang untuk meringankan kerja hati dan lambung.

Berdasarkan Tabel 12 asupan energi dan karbohidrat pada hari pertama intervensi hingga hari ketiga intervensi mengalami peningkatan sedangkan pada asupan protein dan lemak menurun pada hari ketiga intervensi. Hal ini dikarenakan pasien lebih banyak menyisakan lauk hewani dan nabati di hari ketiga dibandingkan hari sebelumnya dimana pada olahan lauk hewani dan nabati tersebut terdapat penambahan minyak sebesar 1 sdt yang memiliki kandungan lemak sebanyak 5 gram dan kalori sebesar 50 kkal.

Hasil intervensi zat gizi yang diberikan kepada pasien akan dibahas pada Gambar 1 :

Gambar 1. Asupan Zat Gizi Pasien



Intervensi hari pertama, pasien diberikan makanan lunak berupa bubur sum-sum di pagi hari dan nasi tim di siang dan sore harinya dengan target asupan makan 70%. Asupan energi pada intervensi hari pertama belum mencapai target yaitu 58.8%. Asupan ini meliputi makanan yang telah disediakan oleh pihak RS dan makanan dari luar RS. Makanan yang dikonsumsi dari luar RS meliputi biskuit marie sebanyak 2 keping dan telur puyuh sebanyak 3 butir. Asupan makanan pasien belum mencapai target dikarenakan pasien masih mengalami keluhan gastrointestinal seperti mual, kembung, nyeri ulu hati dan merasa begah ketika makan.

Intervensi hari kedua, pasien masih diberikan makanan lunak berupa nasi tim dengan target yang sama yaitu 70% dari kebutuhan energi harian dengan modifikasi penambahan pemberian snack setelah pemberian makan sore berupa biskuit. Hal ini diberikan untuk membantu meningkatkan asupan pasien menjadi lebih baik lagi dengan mempertimbangkan kemampuan pasien untuk mengkonsumsi makanan. Pasien masih merasakan nyeri pada daerah perut bagian kiri atas pada saat malam hari. Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa asupan energi pasien pada intervensi hari kedua meningkat dari sebelumnya dan hampir mencapai target yaitu 68.3%.

Intervensi hari ketiga pasien masih diberikan bentuk makanan lunak dengan target masih 70% dari kebutuhan energi total. Dari hasil pengamatan, asupan energi pasien pada hari ketiga mencapai target yaitu 70.8%. Intervensi hari ketiga dilakukan pemberian makanan tambahan untuk mengganti asupan energi yang tidak terasup pada pagi hari yakni berupa puding biskuit yang telah diperhitungkan sesuai dengan asupan yang kurang. Target yang tercapai pada intervensi belum memenuhi target pada rencana monitoring dan evaluasi yakni >80% dari kebutuhan total.

4.4.3 Biokimia

Hasil pemeriksaan biokimia pasien selama pengamatan dapat dilihat pada Tabel 13 sebagai berikut:

Tabel 13. Hasil Pemeriksaan Biokimia

Nama Pemeriksaan	Hasil			Nilai Rujukan	Satuan
	19/02/20	20/02/20	21/02/20		
Kreatinin	0.36	-	-	0.7 – 1.13	mg/dL
Ureum	26	-	-	10 – 50	mg/dL
SGOT	297	-	241	10 – 31	U/L
SGPT	1121	-	650	9 – 36	U/L
Gula Darah Sewaktu	116	-	-	70 – 200	mg/dL
Hemoglobin	14.6	-	-	12 – 16	g/dL
Hematokrit	44.7	-	-	35 – 47	%
Trombosit	314000	-	-	150000 – 440000	sel/uL
Eritrosit	4.91	-	-	3.6 – 5.8	juta/uL
Leukosit	11990	-	-	3800 – 10600	sel/uL
Anti HAV IgM	-	Positif	-	Positif	-

Berdasarkan Tabel 13 hasil pemeriksaan laboratorium pada awal pengamatan nilai SGOT, SGPT, leukosit dan kreatinin menunjukkan nilai abnormal. Pemeriksaan anti HAV IgM menunjukkan hasil reaktif yang berarti terdeteksi adanya antibodi IgM terhadap virus hepatitis A. Setelah 2 hari pemeriksaan awal, dilakukan pemeriksaan ulang pada nilai SGOT dan SGPT. Hal ini ditujukan untuk melihat fungsi hati mengalami perbaikan atau tidak. Berdasarkan hasil yang didapatkan, menunjukkan adanya penurunan SGOT dan SGPT dari pemeriksaan sebelumnya. Penurunan kadar nilai SGOT dan SGPT menunjukkan bahwa terjadinya peningkatan pada status kesehatan hati pasien (Charles, 2013).

4.4.4 Fisik/Klinis

Adapun perkembangan fisik/klinis pasien selama pengamatan sebagai berikut:

Tabel 14. Hasil Pemeriksaan Fisik/Klinis

Indikator	Target	Hari Ke-1	Hari Ke-2	Hari Ke-3
Nafsu makan	Meningkat	Meningkat	Meningkat	Meningkat
Mual	Berkurang	Berkurang	Tidak ada	Tidak ada
<i>Jaundice</i>	Berkurang	Berkurang	Berkurang	Berkurang
Nyeri Ulu Hati	Berkurang	Berkurang	Berkurang	Berkurang
Kembung	Berkurang	Berkurang	Tidak ada	Tidak ada
Suhu (°C)	Normal	36.6	36.8	36.8
Respirasi (x/menit)	Normal	20	20	20

Indikator	Target	Hari Ke-1	Hari Ke-2	Hari Ke-3
Nadi (x/menit)	Normal	90	84	84
Tekanan Darah (mmHg)	Normal	122/90	110/70	98/66

Berdasarkan Tabel 14, hasil pemeriksaan fisik pasien selama pengamatan semakin hari semakin membaik. Dilihat dari nafsu makan pasien semakin hari semakin meningkat dari hari sebelumnya. Mual dan kembung yang dirasakan pasien pada hari pertama intervensi masih terasa, akan tetapi mual dan kembung sudah tidak dirasakan lagi pada hari kedua hingga hari ketiga intervensi. *Jaundice* dan nyeri ulu hati masih ada dan terus dirasakan hingga hari ketiga, akan tetapi keadaan ini sudah berangsur membaik dibandingkan pada hari pertama saat dilakukan intervensi. Berdasarkan hasil pemeriksaan klinis pasien selama pengamatan, suhu, nadi, dan respirasi dalam keadaan normal hingga hari ketiga intervensi.

4.4.5 Pengetahuan

Hari pertama pemberian edukasi dengan penjelasan diet yang dijalani, bentuk makanan yang sesuai dengan keadaan saat ini. Menjelaskan mengenai pentingnya menghabiskan makanan dari rumah sakit sesuai dengan kebutuhan saat ini. Namun, berhubungan dengan keadaan fisik klinisnya pasien tidak dapat menghabiskan makanan yang diberikan.

Hari kedua dan ketiga pasien diberi motivasi agar pasien menghabiskan makanan yang disediakan, memberikan edukasi mengenai pentingnya asupan makanan, jenis makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan.

Hari keempat pasien dan keluarga/penunggu pasien diberikan edukasi dan konseling mengenai makanan yang dianjurkan, dibatasi, dilarang serta contoh menu sehari untuk dirumah.

4.5 Keterbatasan Penelitian

Penelitian yang dilakukan saat ini masih memiliki banyak kekurangan dan keterbatasan, diantaranya sebagai berikut:

1. Pendokumentasian kegiatan edukasi dan menu pada penelitian ini kurang lengkap dikarenakan keterbatasan penulis.
2. Perencanaan menu yang dibuat menggunakan daftar penukar bahan makanan dan menu makanan selingan disesuaikan dengan nilai zat gizi dari standar

perencanaan menu RS X selain itu tidak dilakukannya modifikasi menu pada penelitian ini.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian awal gizi pasien diperoleh status gizi pasien normal (19.04 kg/m^2) dengan kadar SGOT, SGPT dan leukosit tinggi serta kreatinin darah rendah. Pasien tampak lemas, mual, nyeri ulu hati, kembung, *jaundice*, dan mengalami penurunan nafsu makan. Hasil *recall* RS 1x24 jam yakni 45,8%.
2. Terdapat 4 diagnosis gizi pasien antara lain asupan oral tidak adekuat, perubahan nilai laboratorium, penurunan berat badan yang tidak diharapkan, dan pemilihan makanan yang salah .
3. Intervensi diet berupa pemberian diet hati dan lambung dengan bentuk makanan lunak. Edukasi gizi diberikan mengenai informasi gizi yang berkaitan dengan penyakit pasien berupa pola makan yang benar dan teratur, diit yang sesuai dengan keadaan pasien saat ini, pentingnya asupan makan yang cukup, jenis makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan serta memotivasi pasien.
4. Evaluasi asupan makan selama dirumah sakit mengalami peningkatan tetapi belum termasuk kategori baik, kadar SGOT dan SGPT mengalami penurunan serta keluhan mual dan kembung hilang dan nyeri pada ulu hati berkurang.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, adapun saran yang diberikan oleh penulis sebagai berikut:

1. Studi kasus ini sebaiknya dapat menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan asuhan gizi pada penyakit Hepatitis A dengan Gastritis.
2. Asuhan gizi dapat diberikan secara bertahap menyesuaikan kondisi pasien dan meningkat secara bertahap hingga pemberian sesuai kebutuhan.
3. Penelitian selanjutnya diharapkan penulis mendokumentasikan setiap kegiatan yang dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, Sunita. (2010). *Penuntun Diet*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Agustina, R., Azizah, & Agianto. (2016). Gambaran Kejadian Gastritis di RSUD Ratu Zalecha Martapura. *Dunia Keperawatan*, 4(1), 48–54.
- Aldelina, H. (2015). Evaluasi Pola Makan sebagai Upaya Pengurangan Kambuh pada Penderita Gastritis Usia Remaja.
- Aleya, & Berawi, K. N. (2015). Korelasi Pemeriksaan Laboratorium SGOT / SGPT dengan Kadar Bilirubin pada Pasien Hepatitis C di Ruang Penyakit Dalam RSUD Dr . H . Abdul Moeloek Provinsi Lampung pada Bulan Januari - Desember 2014. *Majority*, 4(9).
- Aminah, S. (2013). Perbedaan Kadar SGOT , SGPT , Ureum , dan Kreatinin Pada Penderita TB Paru Setelah Enam Bulan Pengobatan. *Jurnal Analis Kesehatan*, 2(2), 260–269.
- Amrulloh, F. M., & Utami, N. (2016). Hubungan Konsumsi OAINS terhadap Gastritis The Relation of NSAID Consumption to Gastritis. *Majority*, 5(5), 18–21.
- Anggara, R. W. (2020). Gambaran Perilaku Kebersihan Diri Siswa Pondok Pesantren X dengan Kejadian Hepatitis A. <https://doi.org/10.31219/osf.io/965zx>
- Anggraeni, A. C. (2012). *Asuhan Gizi Nutritional Care Process* (I). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Arikah, & Muniroh, L. (2015). Riwayat Makanan yang Meningkatkan Asam Lambung sebagai Faktor Risiko Gastritis. *Gizi Indon*, 38(1), 9–20.
- Aryana, I. G. K., Putra, I. G. N. S., & Karyana, I. P. G. (2014). Faktor Resiko Kejadian Luar Biasa Hepatitis A di Sekolah Dasar Negeri Selulung dan Blantih, Kintamani. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 79–84.
- ASDI. (2019). *Penuntun Diet dan Terapi Gizi*. (Suharyati, B. Hartati, T. Kresnawan, Sunarti, F. Hidayani, & F. Darmarini, Eds.) (I). Jakarta: EGC.
- Atmadja, A. S., Kusuma, R., & Dinata, F. (2016). Pemeriksaan Laboratorium untuk Membedakan Infeksi Bakteri dan Infeksi Virus. *CDK*, 43(6), 457–461.
- Bohm, S. R., Berger, K. W., Hackert, P. B., Renas, R., Brunette, S., Parker, N., ... Teshale, E. H. (2015). Hepatitis A Outbreak Among Adults with Developmental Disabilities in Group Homes — Michigan , 2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(6), 148–152.
- Budhiarta, D. M. F. (2017). Penatalaksanaan dan Edukasi Pasien Sirosis Hati dengan Varises Esofagus di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2014. *Intisari Sains Medis*, 8(1), 19–23. <https://doi.org/10.15562/ism.v8i1.106>
- CDC. (2016). Hepatitis A Vaccine. Retrieved from https://www.immunize.org/vis/hepatitis_a.pdf
- Charles. (2013). Intervensi Air Minum Beroksigen Memperbaiki Status MDA dan SGOT/SGPT Penderita Gangguan Fungsi Paru.
- Elseweldy, M. M. (2017). Brief Review on the Causes , Diagnosis and Therapeutic Treatment of Gastritis Disease. *Alternative & Integrative Medicine*, 6(1), 1–6. <https://doi.org/10.4172/2327-5162.1000231>
- Eppy. (2019). Diagnosis dan Tatalaksana Hepatitis A. *CDK Edisi Suplemen*, 45, 8–13.
- Fajar, S. A. (2019). *Buku Catatan Ahli Gizi Indonesia*.
- Handayani, M., & Thomy, T. A. (2018). Hubungan Frekuensi, Jenis dan Porsi

- Makan dengan Kejadian Gastritis pada Remaja. *JKSP*, 1(2), 40–46.
- Harisma, F. B., & Syahrul, F. (2018). Analisis Kejadian Luar Biasa Hepatitis A di SMA X Kabupaten Lamongan Tahun 2018. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 6(2), 112–121. <https://doi.org/10.20473/jbe.v6i2.2018>.
- Herawati, F., Umar, F., & Andrajati, R. (2011). Pedoman Interpretasi Data Klinik. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, (January).
- Hikmah, N. L., Mahkota, R., Sariwati, E., & Setiabudi, D. A. (2018). Faktor Risiko Terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB) Hepatitis A di Kabupaten Tangerang Tahun 2016. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 2(1), 1–6.
- Jeong, S., & Lee, H. (2010). Hepatitis A: Clinical Manifestations and Management. *Intervirolgy*, 15–19. <https://doi.org/10.1159/000252779>
- Kasim, D. A. (2016). Asupan Makanan, Status Gizi dan Lama Hari Rawat Inap pada Pasien Penyakit Dalam di Rumah Sakit Advent Manado. *GIZIDO*, 8(2), 22–34. KemenkesRI. (2014a). *Pedoman Proses Asuhan Gizi Terstandar*.
- KemenkesRI. (2014b). Situasi dan Analisis Hepatitis.
- Khalili, M., & Sharifi-mood, B. (2017). Hepatitis A Virus Infection. *Int J Infect*, 4(1). <https://doi.org/10.4103/0255-0857.180354>.
- Khasanah, M. N., Harjoko, A., & Candradewi, I. (2016). Klasifikasi Sel Darah Putih Berdasarkan Ciri Warna dan Bentuk dengan Metode K-Nearest Neighbor (K-NN). *IJEIS*, 6(2), 151–162.
- Kusumowati, D. E. (2019). Pengembangan Buku Perencanaan Menu Penderita Hepatitis A Usia 19-29 Tahun. *Tata Boga*, 8(1), 133–143.
- Lomanorek, V. Y., Assa, Y. A., & Mewo, Y. M. (2016). Gambaran Kadar Serum Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT) pada Perokok Aktif Usia >40 Tahun. *Jurnal E-Biomedik (EBM)*, 4(1).
- Mardhiyah, A., Mediani, H. S., & Rahayuwati, L. (2019). Promosi Kesehatan Kepada Orang Tua Mengenai Perilaku Hidup Bersih dan Sehat untuk Mencegah Hepatitis A pada Anak. *MKK*, 2(1), 61–73.
- Megawati, A., & Nosi, H. (2014). Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Gastritis pada Pasien yang di Rawat di RSUD Labuang Baji Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 4(6), 709–715.
- Minnesota, S. P. (2016). Hepatitis A: Questions and Answers.
- Mulat, T. C. (2016). Tingkat Pengetahuan dan Sikap Masyarakat terhadap Penyakit Gastritis di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Kota Makassar. *JKSHSK*, 1(1), 884–891.
- Noureddine, L., & Usman, S. (2010). Hepatitis C Increases the Risk of Progression of Chronic Kidney Disease in Patients with Glomerulonephritis. *American Journal of Nephrology*, 32, 311–316. <https://doi.org/10.1159/000319456>
- Novitasary, A., & Sabilu, Y. (2017). Faktor Determinan Gastritis Klinis pada Mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(6), 1–11.
- Nuraini, Ngadiarti, I., & Moviana, Y. (2017). *Dietetika Penyakit Infeksi. Kementerian Kesehatan RI Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan*.
- Nurparida, I. S., & Marhaeni, D. (2013). Peran Tim Terapi Gizi (TTG) dalam Mengatasi Malnutrisi Pasien selama Dirawat di Rumah Sakit: Suatu Kajian Literatur.

- Paruntu, O. L. (2013). Status Gizi dan Penyelenggaraan Makanan Diet Pasien Rawat Inap di Blu Prof. Dr. R.D. Kandou Manado. *GIZIDO*, 5(2), 3–11.
- Permenkes. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013.
- Pertiwi, A. I. P., & Ramani, A. (2014). Pemetaan Risiko Hepatitis A dengan Sistem Informasi Geografis (SIG) di Kabupaten Jember Tahun 2013. *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 2(2).
- Phan, C., & Hollinger, B. (2013). Hepatitis A: Natural History, Immunopathogenesis, and Outcome. *Clinical Liver Disease*, 2(6), 231–234. <https://doi.org/10.1002/cld.253>
- Pratiwi, E., Adam, K., & Setiawaty, V. (2017). Identifikasi Virus Hepatitis A pada Sindrom Penyakit Kuning Akut di Beberapa Provinsi di Indonesia Tahun 2013. *Global Medical and Health Communication*, 5(3), 199–204. <https://doi.org/10.29313/gmhc.v5i3.2386>
- Pratiwi, E., & Soekarso, T. (2017). Identifikasi Virus Hepatitis A pada Sindrom Penyakit Kuning Akut di Beberapa Provinsi di Indonesia Tahun 2013. *Global Medical and Health Communication*, 5(23), 199–204.
- Puri, A., & Suyanto. (2012). Hubungan Faktor Stres dengan Kejadian Gastritis pada Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang. *Jurnal Keperawatan*, VIII(1), 66–71.
- Rantung, E. P., Kaunang, W. P. J., & Malonda, N. S. H. (2019). Faktor-faktor yang Memengaruhi Kejadian Gastritis di Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado. *Jurnal E-Biomedik (EBM)*, 7(2), 130–136.
- Ri, K. K. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia 2018*.
- Ririn. (2013). Hepatitis Akut disebabkan Oleh Virus Hepatitis A. *Medula*, 1(1), 89–98.
- Rizky, I. I., & Kepel, B. J. (2019). Hubungan Penanganan Awal Gastritis dengan Skala Nyeri Pasien UGD Rumah Sakit GMIM Bethesda Tomohon. *E-Jurnal Keperawatan*, 7(1).
- Rondonuwu, A. A., Wullur, A., & Lolo, W. A. (2014). Kajian Penatalaksanaan Terapi pada Pasien Gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado Tahun 2013. *Jurnal Ilmiah Farmasi*, 3(3), 303–309.
- RSHS, I. G. (2016). *Terminologi Gizi & Uraian Terminologi Gizi*.
- Sari, P., & Azhar, K. (2018). Hubungan Perilaku Cuci Tangan, Pengelolaan Air Minum dan Rumah Sehat dengan Kejadian Hepatitis di Indonesia. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 17(1), 41–51.
- Sasoka, D. S., & Satyabakti, P. (2014). Hubungan Antara Higiene Perseorangan dengan Kejadian Hepatitis A pada Pelajar/Mahasiswa. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 2(3), 331–341.
- Selviana, B. Y. (2015). Effect of Coffee and Stress with the Incidence of Gastritis. *J Majority*, 4(2), 2–6.
- Sulistiyanto, A. D., Kasmini, O. W., & Rustiana, E. R. (2017). Peran Petugas Gizi dalam Memberikan Pelayanan Asuhan Gizi pada Pasien Rawat Inap. *Unnes Journal of Public Health*, 6(16), 75–83.
- Sunarmi. (2018). Faktor-faktor yang Beresiko dengan Kejadian Penyakit Gastritis di Poliklinik Penyakit dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 8, 61–75.
- Suni, N. S. P. (2019). Tantangan dalam Penanggulangan Kejadian Luar Biasa

- (KLB) Penyakit Hepatitis A di Pacitan. *Info Singkat*, 11(14).
- Suparman, Hardinsyah, Kusharto, C., Sulaeman, A., & Alisjahbana, B. (2011). Efek Pemberian Suplemen Sinbiotik dan Zat Gizi Mikro (Vitamin A dan Zinc) terhadap Status Gizi Penderita TBC Paru Orang Dewasa yang Mengalami Kekurangan Energi Kronik. *Gizi Indon*, 34(1), 32–42.
- Syah, S. M. M. (2014). Hepatitis Viral Akut E.C Hepatitis Virus A pada Anak. *Medula*, 2(3), 118–126.
- Uwa, L. F., & Milwati, S. (2019). Hubungan antara Stres dan Pola Makan dengan Kejadian Gastritis yang Terjadi di Puskesmas Dinoyo. *Nursing News*, 4(1), 237–247.
- Wahyu, D., Supono, & Hidayah, N. (2015). Pola Makan Sehari-hari Penderita Gastritis. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 1(1), 17–24.
- Wahyuningsih, R. (2013). *Penatalaksanaan Diet pada Pasien (I)*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- WHO. (2018). Hepatitis A. *World Health Organization*, 1–8.
- Wijayanti, T., & Purhita, N. (2013). Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar di Ruang Rawat Inap RS St. Elisabeth Semarang. *Journal of Nutrition Collage*, 2(1), 170–183.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Hasil *Food Recall* RSTabel 15. *Food Recall* 1 x 24 Jam RS

SORE	URT	BERAT	E	P	L	KH
Bubur	2 sdm	30	26.25	0.6		6
Oseng Wortel	3 sdm	30	7.5	0.3		1.5
Rolade Ayam	1 sdm	20	37.5	3.5	2.5	
Sup Tahu	½ potong	25	37.5	2.5	1.5	3.5
Pisang	Tidak dimakan	-	-	-	-	-
Minyak	1/3 sdt	2.21	21.71		2.21	
Total			130.46	6.9	6.21	11
PAGI	URT	BERAT	E	P	L	KH
Bubur	4 sdm	60	52.5	1.2		12
Sup Sawi Putih	½ mangkok	50	7.5	0.3		1.5
Ayam	½ potong	20	37.5	3.5	2.5	
Minyak		1.7	16.7		1.7	
Total			114.2	5	4.2	13.5
SNACK	URT	BERAT	E	P	L	KH
HABIS			145.5	3.4	6.6	25.3
Total			145.5	3.4	6.6	25.3
SIANG	URT	BERAT	E	P	L	KH
Bubur	4 sdm	40	35	0.8		8
Cah Wortel	Habis	100	25	0.3		1.5
Telur Bulat	½ butir	20	37.5	3.5	2.5	
Sup Tahu	½ potong	25	37.5	2.5	1.5	3.5
Pepaya	Habis	150	50			12
Minyak		0.68	33.4		3.4	
Total			218.4	7.1	7.4	25
SNACK	URT	BERAT	E	P	L	KH
HABIS	1P		145.5	3.4	6.6	25.3
Total			145.5	3.4	6.6	25.3
Total Asupan			754.06	25.8	31.01	100.1
Kebutuhan Harian			1644.79	61.67	36.55	267.28
% Asupan			45.8%	41.8%	84.8%	37.5%

Lampiran 2. Hasil Semi Quantitative Food Frequency (SQ-FFQ)

Tabel 16. Semi Quantitative Food Frequency (SQ-FFQ)

Nama Makanan	URT	Gram	Frekuensi		Rata-Rata Konsumsi Per Hari	Hasil Konsumsi Per Hari			
			Harian	Mingguan		E	P	L	KH
Nasi	1 Centong	50	1x		50	87.5	2		20
Biskuit	4 Bh Bsr	40		1x	10	43.75	1	0	10
Kentang	3sdm	30	0.43	3x	12.86	11	0.24		2.4
Tahu	1 Bh	55	0.43	3x	23.57	16.1	1.1	0.6	1.5
Tempe	1 Ptg	35	0.57	4x	20	42.9	2.9	1.7	4
Ayam	1 Ptg	40	0.14	1x	5.71	21.43	1	1.86	0
Ikan Basah	1 Ptg	40	0.71	5x	28.57	35.71	5	1.43	0
Bayam	1 Mangkok Sedang	100	0.43	3x	42.86	10.71	0.43	0	2.143
Jagung Muda	2 Sdm	30	0.43	3x	12.86	3.21	0.13	0	0.64
Wortel	3 Sdm	45	0.43	3x	19.29	4.82	0.19		0.96
Labu Siam	2 Sdm	30	0.43	3x	12.86	3.21	0.13	0	0.64
Apel	1 Buah	85	2x		170	100	0	0	24
Jeruk Manis	1 Buah	110	3x		330	150	0	0	36
Pepaya	1 Potong Kecil	100	3x		300	150	0		36
Minyak	1 Sdt	5	3x		15	150	0	15	0
Tahu Isi	3 Buah	150	0.14	1	21.43	39.14	0.57	3.31	1.92
Bala-Bala	3 Buah	150	0.14	1	21.43	39.14	0.57	3.31	1.92
Total Asupan						908.63	15.25	27.21	142.13
Total Kebutuhan Harian						1644.79	61.67	36.55	267.28
% Asupan Harian						55%	25%	74%	53%

Lampiran 3. Perencanaan Menu RS X

Jadwal Makan	Bahan Makanan	Berat (gr)	Energi (Kkal)	Protein (gr)	Lemak (gr)	Kh (gr)
Pagi (06:00)	Nasi	150	262.5	6		60
	Prot. Hewani	40	75	7	5	
	Prot. Nabati	50	75	5	3	7
	Sayuran	100	25	1		5
	minyak	5	50		5	
Jumlah			487.5	19	13	72
Total Kalori			487.5	76	117	288
Snack (9:00)	Susu	10	50	2.4	3.3	3.3
	Tepung terigu	13	45.5	1		10
	Gula	13	50			12
	Jumlah			145.5	3.4	3.3
Total Kalori			145.5	13.6	29.7	101.2
Siang (11:30)	Nasi	150	262.5	6		60
	Prot. Hewani	40	75	7	5	
	Prot. Nabati	50	75	5	3	7
	Sayuran	100	25	1		5
	Minyak	5	50		5	
	Buah		50			12
	Jumlah			537.5	19	13
Total Kalori			537.5	76	117	336
Snack (14:00)	Susu	10	50	2.4	3.3	3.3
	Tepung terigu	13	45.5	1		10
	Gula	10	50			12
	Jumlah			145.5	3.4	3.3
Total Kalori			145.5	13.6	29.7	101.2
Sore (17:00)	Nasi	150	262.5	6		60
	Prot. Hewani	40	75	7	5	
	Prot. Nabati	50	75	5	3	7
	Sayuran	100	25	1		5
	minyak	5	50		5	
	Buah		50			12
	Jumlah			537.5	19	13
Total Kalori			537.5	76	117	336
TOTAL			1853.5	63.8	45.6	290.6

Lampiran 4. Perencanaan Menu

Tabel 17. Perencanaan Menu Hari Ke-1

PAGI	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Karbohidrat	1/2P	150	87.5	2		20
Gula	1P	55	50			12
Susu		5.4	27	1.3	1.8	33.8
SNACK	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Bolu Lapis	1P		145.5	3.4	3.3	25.3
SIANG	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Karbohidrat	1P	200	175	4		40
Lauk Hewani	1P	40	75	7	5	
Lauk Nabati	1/2P	25	37.5	2.5	1.5	3.5
Sayur	1/2P	50	12.5	0.5		2.5
Buah	1P	150	50			12
Minyak	1/2P	2.5	25		2.5	
SNACK	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Kue Talam	1P		145.5	3.4	3.3	25.3
SORE	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Karbohidrat	1/2P	100	87.5	2		20
Lauk Hewani	1P	40	75	7	5	
Lauk Nabati	1/2P	55	37.5	2.5	1.5	3.5
Sayur	1/2P	50	12.5	0.5		2.5
Buah	1P	190	50			12
Minyak	1/2P	2.5	25		2.5	
TOTAL KESELURUHAN			1118	36.1	26.4	212.4

Tabel 18. Perencanaan Menu Hari Ke-2

PAGI	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Karbohidrat	1/2P	100	87.5	2		20
Lauk Hewani	1/2P	20	37.5	3.5	2.5	
Lauk Nabati	1/2P	25	37.5	2.5	1.5	3.5
Sayur	1P	100	25	1		5
Buah	1P	190	50			12
Santan	1/2P	20	25		2.5	
Gula	1/2P	6.5	25			6
SNACK	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Puding Buah Naga	1P	-	145.5	3.4	3.3	25.3
SIANG	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Karbohidrat	1P	100	87.5	2		20
Lauk Hewani	1P	55	75	7	5	
Lauk Nabati	1/2P	55	37.5	2.5	1.5	3.5
Sayur	1P	100	25	1		5
Buah	1/2P	95	25			6
Minyak	1/2P	2.5	25		2.5	
SNACK	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Marble Cake	1P		145.5	3.4	3.3	25.3
SORE	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Karbohidrat	1/2P	100	87.5	2		20
Lauk Hewani	1P	40	75	7	5	
Lauk Nabati	1/2P	25	37.5	2.5	1.5	3.5
Sayur	1P	100	25	1		5
Buah	1P	180	50			12
Minyak	1/4P	1.25	12.5		1.25	
SNACK	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Biskuit	1P	40	87.5	2		20
TOTAL KESELURUHAN			1228.5	42.8	29.85	192.1

Tabel 19. Perencanaan Menu Hari Ke-3

PAGI	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Karbohidrat	1/2P	200	87.5	2		20
Lauk Hewani	1/2P	20	37.5	3.5	2.5	
Lauk Nabati						
Sayur	1P	100	25	1		5
Buah	1P	190	50			12
Minyak	1/4P	1.25	12.5		1.25	
SNACK	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Puding Marie	1P		145.5	3.4	3.3	25.3
SIANG	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Karbohidrat	1/2P	105	87.5	2		20
Lauk Hewani	1/2P	20	37.5	3.5	2.5	
Lauk Nabati	1P	110	75	5	3	3.5
Sayur	1P	100	25	1		5
Buah	1/2P	95	25			6
Minyak	1/2P	2.5	25		2.5	
SNACK	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Pie Buah	1P		145.5	3.4	3.3	25.3
SORE	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Karbohidrat	1/2P	100	87.5	2		20
Lauk Hewani	1P	40	75	7	5	
Lauk Nabati	1/2P	25	37.5	2.5	1.5	3.5
Sayur	1/2P	50	12.5	0.5		2.5
Buah	1P	55	50			12
Minyak	1/4P	1.25	12.5		1.25	
SNACK	Porsi	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
Puding Marie	1P		145.5	3.4	3.3	25.3
TOTAL KESELURUHAN			1199.00	40.20	29.40	185.40

Lampiran 5. Distribusi Makanan

Tabel 20. Distribusi Makanan Hari Ke-1

Waktu Makan	Menu	Bahan Makanan	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
PAGI	Bubur Sum-sum	Tepung Beras	150	87.5	2		20
		Susu	5.4	27	1.3	1.8	33.8
	Air Gula	Gula	55	50			12
SNACK	Bolu Lapis			145.5	3.4	3.3	25.3
SIANG	Nasi Tim	Beras	200	175	4		40
	Rolade Ayam	Ayam	40	75	7	5	
		Minyak	1.25	12.5		1.25	
	Makaroni Schotel	Makaroni	25	37.5	2.5	1.5	3.5
	Capcay Kuah	Wortel	16.7	4.2	0.2		0.8
		Sawi hijau	16.7	4.2	0.2		0.8
		bunga kol	16.7	4.2	0.2		0.8
		Minyak	1.25	12.5		1.25	
Buah	Semangka	190	50			12	
SNACK	Kue Talam			145.5	3.4	3.3	25.3
SORE	Nasi Tim	Beras	100	87.5	2		20
	Ayam Asam Manis	Ayam	40	75	7	5	
		Minyak	1.25	12.5		1.25	
	Tahu Cetak	Tahu	55	37.5	2.5	1.5	3.5
	Bening Lembayung	Bayam	50	12.5	0.5		2.5
		Minyak	1.25	12.5		1.25	
Buah	Pepaya	190	50			12	
Total Keseluruhan				1118	36.1	26.4	212.4

Tabel 21. Distribusi Makanan Hari Ke-2

Waktu Makan	Menu	Bahan Makanan	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
PAGI	Nasi Tim	Nasi Tim	100	87.5	2		20
	Soto Kuning	Ayam Suwir	20	37.5	3.5	2.5	
		Sayur	50	25	1		5
		Santan	20	25		2.5	
	Tempe Bacem	Tempe	25	37.5	2.5	1.5	3.5
		Gula Merah	6.5	25			6
	Buah	Melon	190	50			12
SNACK	Puding Buah Naga			145.5	3.4	3.3	25.3
SIANG	Nasi Tim	Nasi Tim	100	87.5	2		20
	Telur Balado	Telur	55	75	7	5	
		Minyak	1.25	12.5		1.25	
	Sup Tahu	Tahu	55	37.5	2.5	1.5	3.5
	Cah Sayuran	Wortel	33.3	8.3	0.3		1.7
		Sawi hijau	33.3	8.3	0.3		1.7
		Jagung	33.3	8.3	0.3		1.7
		Minyak	1.25	12.5		1.25	
Buah	Pepaya	95	25			6	
SNACK	Marble Cake		15	145.5	3.4	3.3	25.3
SORE	Nasi Tim	Nasi Tim	100	87.5	2		20
	Tempe Bumbu Rujak	Tempe	25	37.5	2.5	1.5	3.5
		Minyak	1.25	12.5		1.25	
	Sup Ayam	Ayam	40	75	7	5	
		Buncis	50	12.5	0.5		2.5
		Wortel	50	12.5	0.5		2.5
	Buah	Melon	180	50			12
SNACK	Biskuit	Biskuit	40	87.5	2		20
Total Keseluruhan				1228.5	42.8	29.85	180.1

Tabel 22. Distribusi Makanan Hari Ke-3

Waktu Makan	Menu	Bahan Makanan	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
PAGI	Bubur Ayam	Bubur	200	87.5	2		20
		Ayam	20	37.5	3.5	2.5	
		Minyak	1.25	12.5		1.25	
	Sup Sayur	Kembang Kol	50	12.5	0.5		2.5
		Wortel	50	12.5	0.5		2.5
Buah	Semangka	190	50			12	
SNACK	Puding Marie			145.5	3.4	3.3	25.3
SIANG	Kentang rebus	Kentang	105	87.5	2		20
		Ayam Woku	Ayam	20	37.5	3.5	2.5
		Minyak	1.25	12.5		1.25	
	Tahu bb Teriyaki	Tahu	110	75	5	3	3.5
		Minyak	1.25	12.5		1.25	
	Sup Sayur	Wortel	33.3	8.3	0.3		1.7
		Buncis	33.3	8.3	0.3		1.7
		Kembang Kol	33.3	8.3	0.3		1.7
Buah	Pepaya	95	25			6	
SNACK	Pie Buah			145.5	3.4	3.3	25.3
SORE	Nasi Tim	Nasi Tim	100	87.5	2		20
	Gurami Asam Manis	Gurami	40	75	7	5	
	Tempe Bumbu Kuning	Tempe	25	37.5	2.5	1.5	3.5
	Cah Sayur	Wortel	16.7	4.2	0.2		0.8
		Buncis	16.7	4.2	0.2		0.8
		Jagung	16.7	4.2	0.2		0.8
		Minyak	1.25	12.5		1.25	
Buah	Pisang	55	50			12	
SNACK	Puding Marie			145.5	3.4	3.3	25.3
Total Keseluruhan				1199	40.2	29.4	185.4

Lampiran 6. Hasil Intervensi

Tabel 23. Intervensi Hari Ke-1

Waktu Makan	Menu	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
PAGI	Bubur Sum-sum	90	68.7	1.98	1.08	13.08
	Gula	35	35			8.4
SNACK	Bolu Lapis		145.5	3.4	3.3	25.3
SIANG	Nasi Tim	100	87.5	2		20
	Rollade Ayam	27	63.1	4.7	4.7	
	Makaroni Schotel	23	34.5	2.3	1.38	3.22
	Capcay Kuah	23	24	0.46	1.25	2.3
	Semangka	130	36.1			8.7
SNACK	Kue Talam		145.5	3.4	3.3	25.3
SORE	Nasi Tim	54	23.6	0.5		5.4
	Ayam Asam Manis	27	63.1	4.7	4.7	
	Tahu Cetak	55	37.5	2.5	1.5	3.5
	Bening Lembayung	43	23.3	0.4	1.25	2.2
	Pepaya	100	50.0			12.0
LUAR MAKANAN RS	Biskuit Marie	20	87.5	1		20
	Telur Puyuh Rebus	30	43	3.52	2.99	0.11
Total			967.9	30.86	25.35	149.51
100% KEB			1644.79	61.67	36.55	267.28
% Asupan			58.8%	50%	69.4%	55.9%

Tabel 24. Intervensi Hari Ke-2

Waktu Makan	Menu	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
PAGI	Nasi Tim	100	87.5	2		20
	Soto Kuning	66.25	65.625	3.625	3.125	5
	Tempe Bacem	31.5	62.5	2.5	1.5	9.5
	Melon	95	25			6
SNACK	Puding Buah Naga		145.5	3.4	3.3	25.3
SIANG	Nasi Tim	100	87.5	2	0	20
	Telur Balado	55	87.5	7	6.25	
	Sup Tahu	55	37.5	2.5	1.5	3.5
	Cah Sayuran	100	37.5	1	1.25	5
	Pepaya	95	25			6
SNACK	Marble Cake		145.5	3.4	3.3	25.3
SORE	Nasi Tim	56	49	1.12		11.2
	Tempe Bumbu Rujak	25	50	2.5	2.75	3.5
	Sup Ayam	95	80.625	6.725	4.375	3
	Melon	180	50			12
SNACK	Biskuit	40	87.5	2		20
Total Keseluruhan			1123.75	39.77	27.35	175.3
100% KEB			1644.79	61.67	36.55	267.28
% Asupan			68.3%	64.5%	74.8%	65.6%

Tabel 25. Intervensi Hari Ke-3

Waktu Makan	Menu	Berat (gram)	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
PAGI	Bubur Ayam	120	64	2.52	1	11.2
	Sup Sayur	78	19.5	0.78		3.9
	Semangka	190	50			12
	Puding Biskuit		68.75	1		13
SNACK	Puding Marie		145.5	3.4	3.3	25.3
SIANG	Kentang rebus	105	87.5	2		20
	Ayam Woku	20	50	3.5	3.75	
	Tahu bb Teriyaki	85	70.5	3.9	3.25	2.7
	Sup Sayur	69	17.25	0.69		3.45
	Pepaya	95	25			6
SNACK	Pie Buah		145.5	3.4	3.3	25.3
SORE	Nasi Tim	100	87.5	2		20
	Gurami Asam Manis	35	75	7	5	
	Tempe Bumbu Kuning	25	37.5	2.5	1.5	3.5
	Cah Sayur	50	25	0.5	1.25	2.5
	Pisang	55	50			12
SNACK	Puding Marie	40	145.5	3.4	3.3	25.3
Total Keseluruhan			1164	36.59	24.7	186.15
100% KEB			1644.79	61.67	36.55	267.28
% Asupan			70.8%	59.3%	67.6%	69.6%

Lampiran 7. Dokumentasi Menu Intervensi

Tabel 26. Foto Menu Hari Ke-1

Waktu Makan	Sebelum Makan	Sesudah Makan
Pagi	 <p data-bbox="582 763 956 831">Gambar 2. Menu Pagi Sebelum Makan Hari Ke-1</p>	 <p data-bbox="1010 763 1437 831">Gambar 3. Menu Pagi Sesudah Makan Hari Ke-1</p>
Siang	 <p data-bbox="582 1200 956 1267">Gambar 4. Menu Siang Sebelum Makan Hari Ke-1</p>	 <p data-bbox="1010 1211 1437 1279">Gambar 5. Menu Makan Siang Sesudah Makan Hari Ke-1</p>
Sore	Tidak Terdokumentasi	 <p data-bbox="1018 1608 1431 1675">Gambar 6. Menu Makan Sore Sesudah Makan Hari Ke-1</p>

Tabel 27. Foto Menu Hari Ke-2

Waktu Makan	Sebelum Makan	Sesudah Makan
Pagi	 <p data-bbox="596 680 940 741">Gambar 7. Menu Makan Pagi Sebelum Makan Hari Ke-2</p>	 <p data-bbox="1018 680 1361 741">Gambar 8. Menu Makan Pagi Sesudah Makan Hari Ke-2</p>
Siang	 <p data-bbox="592 1104 943 1164">Gambar 9. Menu Makan Siang Sebelum Makan Hari Ke-2</p>	 <p data-bbox="1018 1104 1366 1164">Gambar 10. Menu Makan Siang Sesudah Makan Hari Ke-2</p>
Sore	 <p data-bbox="592 1525 946 1585">Gambar 11. Menu Makan Sore Sebelum Makan Hari Ke-2</p>	 <p data-bbox="1011 1525 1366 1585">Gambar 12. Menu Makan Sore Sesudah Makan Hari Ke-2</p>

Tabel 28. Foto Menu Hari Ke-3

Waktu Makan	Sebelum Makan	Sesudah Makan
Pagi	 <p data-bbox="504 748 938 815">Gambar 13. Menu Makan Pagi Sebelum Makan Hari Ke-3</p>	 <p data-bbox="975 748 1409 815">Gambar 14. Menu Makan Pagi Sesudah Makan Hari Ke-3</p>
Siang	Tidak Terdokumentasi	 <p data-bbox="967 1205 1414 1272">Gambar 15. Menu Makan Siang Sesudah Makan Hari Ke-3</p>
Sore	 <p data-bbox="504 1659 938 1727">Gambar 16. Menu Makan Sore Sebelum Makan Hari Ke-3</p>	 <p data-bbox="975 1659 1409 1727">Gambar 17. Menu Makan Sore Sesudah Makan Hari Ke-3</p>

Lampiran 8. Penimbangan Sisa Makanan

Gambar 18. Penimbangan Sisa Makanan



Lampiran 9. Leaflet Diet Hati

Hepatitis

Hepatitis merupakan kondisi peradangan pada hati, pada umumnya disebabkan oleh virus hepatitis. Makanan untuk penderita hepatitis harus tinggi energi dan protein serta cukup lemak.



Contoh Menu

Pagi

- Bubur/Tim/Nasi
- Ikan Pepes
- Tempe Bacem
- Cepcep
- Pisang

Selingan I

- Puding

Siang

- Bubur/Tim/Nasi
- Ayam woku
- Rollade tahu
- Bening bayam
- Melon

Selingan II

- Pie buah

Malam

- Bubur/Tim/Nasi
- Semur daging
- Tahu kukus
- Cah Sawi
- Semangka



Diet Hati



Diet hati diberikan kepada pasien dengan penyakit hati yaitu hepatitis dan sirosis

TUJUAN DIET

- ◆ Mencegah kerusakan jaringan hati lebih lanjut
- ◆ Mengurangi beban kerja hati
- ◆ Memperbaiki jaringan hati yang rusak
- ◆ Memperbaiki/mempertahankan status gizi pasien
- ◆ Menghindari komplikasi

SYARAT DIET

- ◆ Tinggi energi dan protein
- ◆ Lemak cukup
- ◆ Bentuk makanan disesuaikan dengan kemampuan saluran cerna

Hal-hal yang perlu diperhatikan:

- Masaklah dengan cara merebus, mengukus, memanggang, mengukung, dan pepes
- Hindarkan menggoreng, dianjurkan menggunakan minyak kedelai atau minyak jagung untuk menumis
- Sayuran di masak matang
- Memasak sayuran jangan menggunakan santan kental

MAKANAN YANG DIANJURKAN

Sumber Karbohidrat

Beras tumbuk/beras merah, pasta, macaroni, roti tinggi serat, ubi, kentang, kue busan sendiri dengan menggunakan sedikit minyak/lemak tak jenuh.

Sumber Protein Hewani

Ikan, unggas tanpa kulit, putih telur, susu skim, yoghurt rendah lemak, dan keju rendah lemak.

Sumber Protein Nabati

Tempe, tahu, dan kacang-kacangan

Sayuran

Semua sayur dalam dikukus, direbus, disetup, dicumis menggunakan minyak jagung, minyak kedelai atau margarin tanpa garam.

Buah

Semua buah dalam keadaan segar atau bentuk jus

Sumber lemak

Minyak jagung, kedelai, kacang tanah, bunga matahari, dan wijen; margarin tanpa garam yang dibuat dari minyak tidak jenuh ganda; mayones dan salad dressing tanpa garam yang dibuat dari minyak tidak jenuh ganda.

MAKANAN YANG DIHINDARI

Sumber Karbohidrat

Produk makanan jadi: pie, cola, croissant, pastries, biskuit, krekers berlemak, dan kue-kue berlemak.

Sumber Protein Hewani

Daging kambing, daging babi, jeroan, otak, sosis, sardine, kuning telur (batasi hingga 5 butir/minggu), susu whole, krim, yoghurt dari susu penuh, keju dan es krim

Sumber Protein Nabati

Dimasak dengan santan kental dan digoreng dengan mentega, minyak kelapa sawit.

Sayuran

Sayuran yang dimasak dengan mentega, minyak kelapa sawit dan santan kental.

Buah

Buah yang diawetkan dengan gula, seperti buah kaleng dan buah kering.

Sumber lemak

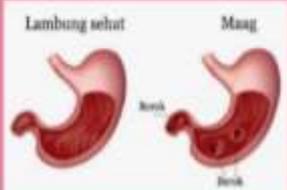
Minyak kelapa dan minyak kelapa sawit; mentega, margarin, kelapa, santan, krim, mayones, dan lain-lain



Lampiran 10. Leaflet Diet Lambung

APA GASTRITIS ITU??

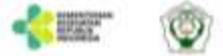
Gastritis adalah suatu kondisi dimana lapisan kulit dalam lambung meradang atau membengkak. Gastritis sering juga disebut sebagai radang lambung, dapat muncul secara mendadak (gastritis akut) atau berlangsung dalam waktu yang lama.



APA PENYEBAB GASTRITIS??

- Mengonsumsi obat-obatan anti nyeri seperti aspirin atau obat anti radang non-steroid (NSAID)
- Infeksi perut yang disebabkan oleh bakteri *Helicobacter pylori*
- Penyakit autoimun (seperti anemia parah)
- Refluks cairan empedu menuju lambung
- Penyalahgunaan kokain
- Sering mengonsumsi makanan yang pedas atau kadar lemaknya tinggi
- Gaya hidup tidak sehat, minum alkohol, dan pola makan tidak teratur
- Stres atau kelelahan
- Sering mengonsumsi obat penghilang rasa sakit

DIET GASTRITIS

POLA MAKAN PENDERITA GASTRITIS

- Sumber karbohidrat yang kaya akan serat seperti nasi, oat-meal, ubi, talas dan lain-lain
- Makanan rendah lemak seperti ikan serta dada ayam dan dada kalkun tanpa kulitnya
- Makanan dengan tingkat keasaman rendah. Disarankan makan sayuran yang matang
- Cara pengolahan makanan direbus, dikukus, panggang dan tumis
- Hindari minuman bersoda dan berkafein serta makanan yang menimbulkan gas seperti durian, nangka, nanas dan semua jenis buah-buahan yang diawetkan

PRINSIP DIET UNTUK PENDERITA GASTRITIS

- Pasien dianjurkan untuk makan secara teratur dengan porsi kecil dan frekuensi makan yang sering
- Makanan yang dikonsumsi harus mengandung cukup kalori dan protein namun kandungan lemak/ atau minyak, khususnya yang jenuh harus dikurangi
- Makanan pada diet lambung harus mudah dicernakan atau berbentuk lunak dan mengandung serat makanan yang halus
- Makanan tidak boleh mengandung bahan yang menimbulkan gas, bersifat asam, mengandung minyak atau lemak secara berlebihan dan yang dapat merangsang asam lambung meningkat

TUJUAN DIET

Menghilangkan gejala pada penyakit, menetralkan asam lambung, mengurangi gerakan peristaltik lambung serta memperbaiki kebiasaan makan penderita.

SYARAT DIET

Syarat diet penyakit gastritis Makanan yang disajikan harus mudah dicerna, tidak merangsang tetapi dapat memenuhi kebutuhan energi dan gizi, jumlah energipun harus disesuaikan dengan kebutuhan penderita.

