

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan tim penguji ujian skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Gizi pada Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, Juli 2008

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Dr. Djunaedi M. Dachlan, MS

Pembimbing II

Dra. Nurhaedar Jafar, Apt, M.Kes

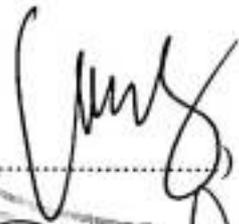
PERPUST.	
Tgl. Terima	1 AGUS 08
Asal Dori	K. Masyarakat
Banyaknya	1 tsb
No. Inventur	267
Mengetahui	
Ketua Program Studi Ilmu Gizi	
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin	
Makassar, 10 JULI 2008	

Dra. Nurhaedar Jafar, Apt, M.Kes

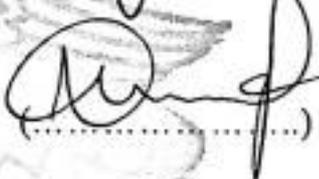
PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Selasa, 22 Juli 2008

Ketua : **Dr. Djunaidi M. Dachlan,MS.**

()

Sekretaris : **Dra.Nurhaedar Jafar, Apt, M.Kes**

()

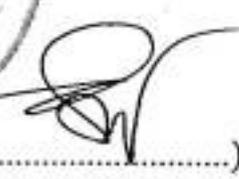
Anggota : 1). **Yustini, DCN, M.Kes**

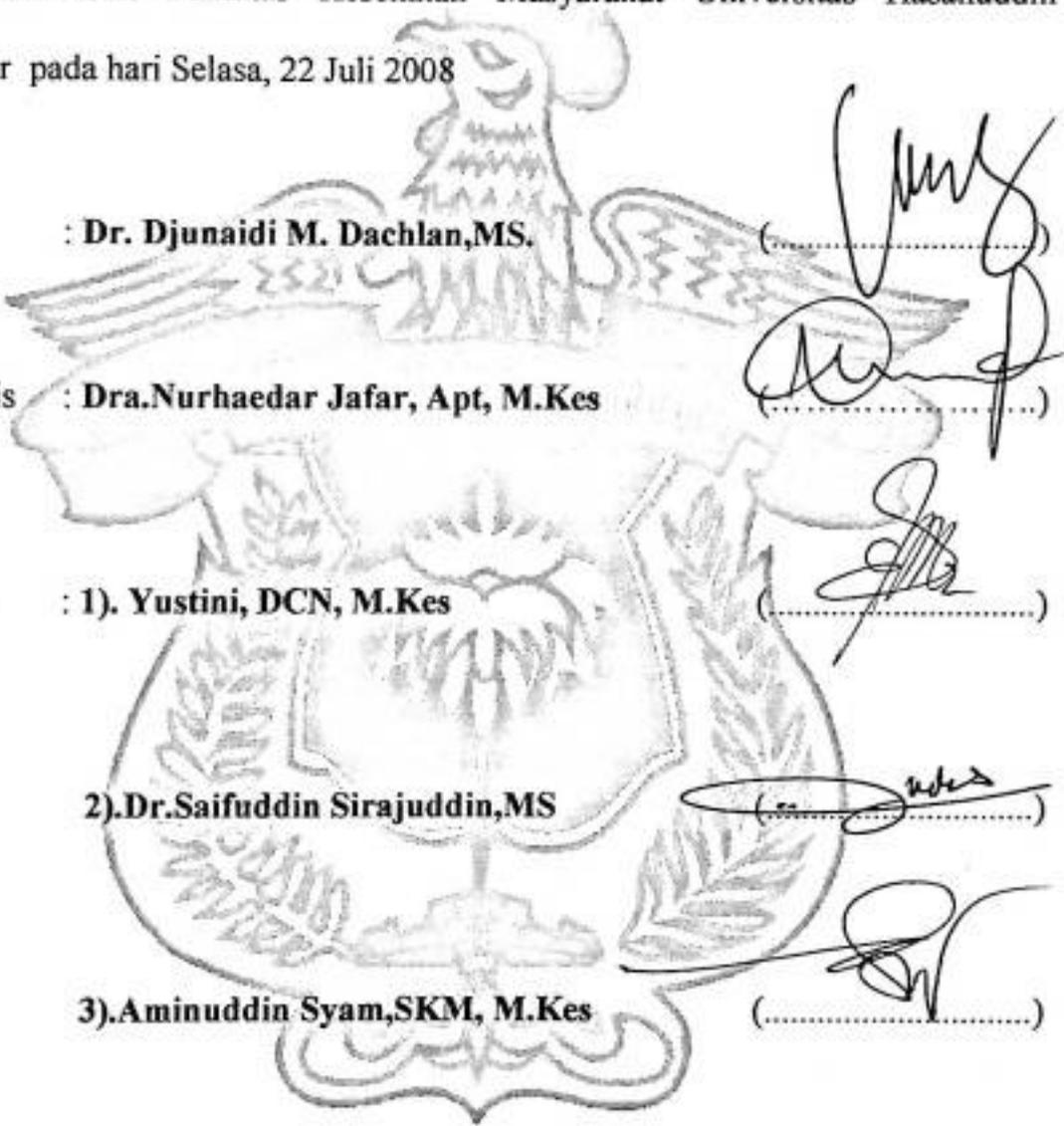
()

2).**Dr.Saifuddin Sirajuddin,MS**

()

3).**Aminuddin Syam,SKM, M.Kes**

()





RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Ilmu Gizi
Skripsi, Juli 2008

FARIDA SALIM
KESESUAIAN ASUPAN GIZI DENGAN PRESKRIPSI DIET PADA
PENDERITA GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG RAWAT INAP
RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR TAHUN 2008.

(vi + 103 halaman + 44 Tabel + 13 lampiran).

Rumah sakit merupakan suatu organisasi yang sangat penting dan bersifat kompleks, yang bertujuan melayani kebutuhan manusia. Salah satu pelayanan di rumah sakit adalah pelayanan gizi rumah sakit, yaitu suatu wadah kegiatan pelayanan gizi, yang salah satu tugas pokoknya adalah pelayanan gizi di ruang rawat inap, yaitu serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan gizi dan status gizi dan status metabolisme tubuh pasien. Keadaan gizi sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi pasien, pengaruh tersebut berjalan timbal balik, seperti lingkaran setan, hal tersebut diakibatkan karena tidak tercukupinya kebutuhan gizi tubuh untuk perbaikan organ tubuh.

Tiga (3) dari Sembilan (9) indikator keberhasilan pelayanan gizi rumah sakit adalah (1); Terwujudnya penentuan gizi sesuai kebutuhan pasien, (2); Terselenggaranya evaluasi terhadap preskripsi yang diberikan sesuai perubahan klinis, status gizi dan status laboratorium, (3); terwujudnya penterjemahan preskripsi diet, penyediaan dan pengolahan sesuai dengan kebutuhan dan keadaan pasien.

Saat ini, Indonesia terjadi transisi epidemiologi dimana makin tingginya penyakit infeksi, mulai meningkat penyakit degeneratif akibat dari hipermetabolisme, yang salah satu diantaranya adalah penyakit ginjal yang akhirnya penderita mengalami gagal ginjal baik bersifat akut maupun kronik.

Sebagai salah satu jenis penyakit terbanyak di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, penelitian ini dilakukan dengan judul "Kesesuaian Asupan Gizi dengan Preskripsi diet Penderita Gagal Ginjal Kronik di Ruang Rawat Inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Jenis penelitian ini bersifat deskriptif, masalah yang di batasi pada pengkajian gizi tentang preskripsi, kebutuhan, deskripsi, distribusi dan asupan

zat gizi pasien Gagal Ginjal Kronik, teknik pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara, observasi dan pengukuran langsung, dan disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, preskripsi diet dilakukan oleh dokter, dan diterjemahkan oleh ahli gizi sebagai deskripsi diet kedalam bentuk menu, Diet pada penyakit gagal ginjal kronik disajikan dalam bentuk makanan biasa, lunak, saring dan cair disesuaikan keadaan keadaaan pasien, penelitian ini dikhususkan pada pasien yang mendapatkan makan biasa dan lunak.

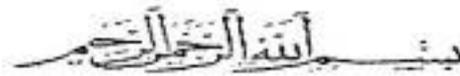
Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan beberapa preskripsi diet yang ditentukan oleh dokter dengan kebutuhan diet pasien, yaitu preskripsi diet pada penyakit GGK dengan komplikasi jantung dan GGK dengan hemodialisa. Preskripsi yang tercatat pada Rekam Medik pasien berwarna pink, untuk GGK dengan PJK preskripsi diet dokter adalah diet RG,RP,RK,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari sedangkan pada kebutuhan adalah diet RG,RPN,RK,RL,Rprotein 0,6 gram/kgBB/hari. Dan pada pasien GGK dengan hemodialisa preskripsi yang tercatat adalah diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari, sedangkan pada kebutuhan adalah diet dialysis protein 1 gr/kgBBI/hari. Penentuan preskripsi tersebut tidak sesuai dengan Penuntun Diet Instalasi Gizi Perjan RS. Dr. Cipto Mangunkusumo dan Asosiasi Dietisien Indonesia yang dipakai RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar sebagai acuan dalam menentukan diet pasien.

Rata-rata asupan zat gizi makanan rumah sakit dan luar rumah sakit pasien GGK diruang rawat inap RSUP dr Wahidin Sudirohusodo adalah jika berdasarkan Preskripsi diet adalah Energi (55,4%), Protein (47,07%), Lemak (44,62%), Karbohidrat (54,7%), Kalsium (45,2%), Natrium (50,7%) dan kalium (49,6%) pada semua jenis kelompok diet. Rata-rata asupan zat gizi makanan rumah sakit dan luar rumah sakit pasien GGK diruang rawat inap RSUP dr Wahidin Sudirohusodo adalah jika berdasarkan Kebutuhan diet adalah Energi (53,5%), Protein (51,4%), Lemak (36,7%), Karbohidrat (49,8%), Kalsium (43,6%), Natrium (41,3%) dan kalium (42,1%) pada semua jenis kelompok diet.

Ketidaksesuaian terdapat pada distribusi dengan preskripsi, distribusi dengan deskripsi, preskripsi dengan asupan dan distribusi dengan asupan, sehingga perlu adanya evaluasi tentang penentuan preskripsi, kebutuhan, deskripsi, distribusi dan penelitian lanjutan terhadap rendahnya asupan zat gizi pasien gagal ginjal kronik diruang rawat inap RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

DAFTAR PUSTAKA 20 (1991 – 2008).

KATA PENGANTAR



Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala limpahan Rahmat, Hidayah dan Ridhanya. Serta salawat dan salam kepada suri tauladan kita Rasulullah SAW, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis menyadari, penulisan skripsi ini dapat terselesaikan atas bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis menghaturkan terimah kasih yang tak terhingga, semoga dapat menjadi amal ibadah yang akan mendapatkan imbalan yang mulia dari Allah Subhanahu Wataala.

Pada Kesempatan ini secara khusus, penulis haturkan sembah sujud kepada yang tercinta kedua orangtua "Aba Salim (alm) dan Mama Ija" serta kedua mertua" Aba Thaha dan Am" yang dengan tulus dan ikhlas tak pernah lelah mendoakan dan memberikan kasih sayangnya selama ini.

Dengan segala kerendahan hati, penulis sampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setingginya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Veni Hadju, PHD, Selaku Dekan FKM-UH beserta staff atas segala bantuan dan kerjasamanya.

2. Bapak Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc. selaku Pembantu Dekan I dan Ibu Masni, Apt, MSPH selaku Pembantu Dekan II. Atas segala bantuan dan kerjasamanya.
3. Ibu Dra. Hj. Nurhaedar Jafar, Apt. M.Kes, selaku Ketua Program Studi Ilmu Gizi FKM-UH dan selaku Pembimbing II atas segala bimbingan dan arahan selama mengikuti kegiatan perkuliahan dan penyusunan skripsi ini.
4. Bapak Aminuddin Syam, SKM. M.Kes. selaku Penasehat Akademik, atas bimbingan dan arahan selama perkuliahan.
5. Bapak dr. Djunaidi M. Dachlan, MS. selaku Pembimbing I yang telah banyak menyumbangkan pikiran dan arahan serta petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.
6. Direktur Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo, yang mana telah mengizinkan penulis melakukan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi ini.
7. Kepala Instalasi Gizi RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo, Ibu St. Fatimah DCN, M.Kes, dan Ibu Yustini, DCN. M Kes. beserta seluruh staff yang di ruangan maupun di dapur, atas segala bimbingan, bantuan dan kerjasamanya dalam proses kelancaran penelitian dan penyusunan skripsi ini.
8. Dokter, Kepala Ruangan dan perawat (terutama yang bertugas di lantara I dan II atas dan bawah) Rumah Sakit Wahidin Sudiro husodo yang telah banyak membantu selama penelitian.
9. Pasien dan keluarga yang telah banyak membantu memberikan informasi selama penelitian.
10. Rekan –Rekan Mahasiswa S1 Gizi UNHAS yang telah banyak membantu, teristimewa (Ummi Faiz dan Abi Faiz) semoga segala bantuannya menjadi amal ibadah yang berlimpah pahalanya.
11. Keluargaku tercinta, (Ruswinda Imawati dan Bapaknya Idrus Thaha), Om Tu, Ko Ade, Junet, Ipul, Ana dan onco Ia, terima kasih atas kesabaran dan

kesetiannya yang tiada pamrih mendoakan selalu, sehingga penulis dapat menyelesaikan semua ini.

12. Semua pihak yang telah membantu yang tak sempat penulis sebutkan satu persatu, smoga Allah SWT yang membalas semuanya dengan amal kebajikan.

Penulis menyadari banyak kekurangan dan kekhilafan dalam penyusunan skripsi ini ,untuk itu dengan senang hati saran dan kritik penulis harapkan demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan. InsAllah.

Makassar, Juli 2007

Penyusun,

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
RINGKASAN	iii
KATA PENGANTAR	iiii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR LAMPIRAN	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Tinjauan Umum Tentang Penyakit Ginjal	8
B. Tinjauan Umum Tentang Penyakit Gagal Ginjal Kronik	8
C. Tinjauan Umum Tentang Diet Penyakit Diet Penykt Gagal Ginjal Kronik	9
D. Tinjauan Umum Tentang Kebutuhan Gizi	22
E. Tinjauan Umum Tentang Asupan Makanan	25
F. Tinjauan Umum Tentang Preskripsi dan Deskripsi Diet	27
G. Tinjauan Umum Tentang Distribusi Makanan Pasien	29
BAB III KERANGKA KONSEP	30
A. Dasar Pemikiran	30
B. Model Hubungan Antar Variabel	31
C. Spesifikasi Variabel	31
D. Alur Penelitian	32
E. Defenisi Operasional	33

BAB IV	METODE PENELITIAN	34
	A. Jenis Penelitian	34
	B. Waktu dan Tempat Penelitian	34
	C. Populasi dan Sampel	34
	D. Pengumpulan Data	35
	E. Pengolahan dan Penyajian Data	35
	F. Instrumen Penelitian	35
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN	37
	A. Hasil	37
	B. Pembahasan	84
BAB VI	PENUTUP	100
	A. Kesimpulan	101
	B. Saran	102

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik	10
2. Klasifikasi Penyebab Gagal Ginjal Kronik	12
3. Bahan Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan	19
4. Ambang Batas IMT Orang Dewasa Asia Pasifik	23
5. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	40
6. Distribusi Responden Menurut Usia Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	41
7. Distribusi Responden Menurut Pendidikan Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	41
8. Distribusi Responden Menurut Pekerjaan Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	43
9. Distribusi Responden Menurut Status Perawatan.....	43
10. Distribusi Responden Menurut Kelas Perawatan Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	44
11. Distribusi Responden Menurut Status Gizi Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	
12. Distribusi Responden Menurut diagnosa Penyakit Penyerta	45
13. Distribusi Responden Menurut Preskripsi Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.....	46
14. Distribusi Responden Menurut Kebutuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	47
15. Persentase Deskripsi dan Distribusi Energi Terhadap Preskripsi Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	48
16. Persentase Deskripsi dan Distribusi Protein Terhadap Preskripsi Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusod	49

17. Persentase Deskripsi dan Distribusi Lemak Terhadap Preskripsi Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	50
18. Persentase Deskripsi dan Distribusi Karbohidrat Terhadap Preskripsi Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	51
19. Persentase Deskripsi dan Distribusi Kalsium Terhadap Preskripsi Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.....	52
20. Persentase Deskripsi dan Distribusi Natrium Terhadap Preskripsi Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	53
21. Persentase Deskripsi dan Distribusi Kalium Terhadap Preskripsi Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	53
22. Persentase Deskripsi dan Distribusi Energi Terhadap Kebutuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	54
23. Persentase Deskripsi dan Distribusi Protein Terhadap Kebutuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	55
24. Persentase Deskripsi dan Distribusi Lemak Terhadap Kebutuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	56
25. Persentase Deskripsi dan Distribusi Karbohidrat Terhadap Kebutuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	58
26. Persentase Deskripsi dan Distribusi Kalsium Terhadap Kebutuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	59
27. Persentase Deskripsi dan Distribusi Natrium Terhadap Kebutuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	61
28. Persentase Deskripsi dan Distribusi Kalium Terhadap Kebutuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	62
29. Persentase Distribusi dan Asupan Energi Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	64
30. Persentase Distribusi dan Asupan Protein Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	65
31. Persentase Distribusi dan Asupan Lemak Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	67



32. Persentase Distribusi dan Asupan Karbohidrat Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	68
33. Persentase Distribusi dan Asupan Kalsium Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	69
34. Persentase Distribusi dan Asupan Natrium Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	71
35. Persentase Distribusi dan Asupan Kalium Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	72
36. Persentase Distribusi dan Asupan Energi Terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	74
37. Persentase Distribusi dan Asupan Protein Terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	75
38. Persentase Distribusi dan Asupan Lemak Terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	77
39. Persentase Distribusi dan Asupan Karbohidrat Terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	78
40. Persentase Distribusi dan Asupan Kalsium Terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	80
41. Persentase Distribusi dan Asupan Natrium Terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	81
42. Persentase Distribusi dan Asupan Kalium Terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	83
43. Deskripsi Diet Gagal Ginjal Kronik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	87
44. Deskripsi Diet Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	88

DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Penelitian
2. Deskripsi diet
3. Distribusi makanan
4. Asupan Gizi
5. Pernyataan kesediaan menjadi responden
6. Daftar Siklus Menu 10 hari Instalasi Gizi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
7. Daftar distribusi menu
8. Cara Perhitungan Kebutuhan
9. Master tabel
10. Surat izin penelitian dari DEKAN FKM UNHAS
11. Surat izin penelitian dari kepala bagian pendidikan dan penelitian RSUP
Dr. Wahidin Sudirihusodo Makassar
12. Surat Keterangan Selesai Meneliti dari kepala bagian pendidikan dan penelitian
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
13. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit merupakan suatu bentuk organisasi yang sangat penting dan bersifat kompleks. Pada hakekatnya rumah sakit adalah salah satu jenis usaha jasa, dalam hal ini adalah industri jasa kesehatan. Tidak seperti industri lain, pelayanan kesehatan rumah sakit tidak didorong oleh tujuan mencari keuntungan. Dalam industri rumah sakit tujuan utamanya adalah melayani kebutuhan manusia, bukan semata-mata menghasilkan produk dengan proses dan biaya seefisien mungkin. Rumah sakit memiliki tanggung jawab sosial untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat. Salah satu bentuk pelayanan kepada masyarakat di rumah sakit adalah Pelayanan Gizi Rumah Sakit. Pelayanan Gizi di rumah sakit dalam Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit disebut Instalasi Gizi. (Depkes,2005).

Instalasi Gizi Rumah Sakit adalah suatu wadah kegiatan Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS) yang merupakan bagian integral Pelayanan Kesehatan Paripurna Rumah Sakit, yang mempunyai empat kegiatan pokok,yaitu :

1. Penyediaan, pengelolaan dan penyaluran makanan
2. Pelayanan gizi di ruang rawat inap
3. Penyuluhan, konsultasi dan rujukan gizi
4. Penelitian dan pengembangan gizi terapan

Pelayanan gizi di rumah sakit adalah segala rangkaian kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien melalui makanan yang disesuaikan dengan keadaan pasien dan berdasarkan keadaan klinis, status gizi, dan status metabolisme tubuhnya. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi pasien. Sering terjadi kondisi pasien semakin memburuk karena tidak diperhatikan keadaan gizinya. Pengaruh tersebut bisa berjalan timbal balik, seperti lingkaran setan. Hal tersebut diakibatkan karena tidak tercukupinya kebutuhan zat gizi tubuh untuk perbaikan organ tubuh. Fungsi organ yang terganggu akan lebih terganggu lagi dengan adanya penyakit dan kekurangan gizi. (Depkes RI, 2005).

Resiko kurang gizi akan muncul secara klinis pada orang sakit. Hasil penelitian di beberapa rumah sakit umum di Jakarta menunjukkan 20 – 60% pasien menderita gizi kurang pada saat dirawat di rumah sakit. (Depkes RI,2005).

Pemberian makanan pada orang sakit harus memenuhi kebutuhan zat gizi yang disesuaikan dengan penyakit yang dideritanya. Hal ini berkaitan dengan perubahan fisiologis dan metabolisme dalam tubuh orang sakit. Dengan demikian pada kondisi khusus, pengaturan diet dan penyusunan menu dipersiapkan sesuai dengan jenis penyakit dan gejala untuk menunjang kesembuhan pasien. (Depkes RI,2006).

Sembilan indikator keberhasilan pelayanan gizi rumah sakit adalah:

1. Terselenggaranya diagnosis terhadap gangguan gizi dan metabolisme zat gizi berdasarkan anamnesis, antropometri, gejala klinis dan biokimia tubuh (laboratorium).
2. Terselenggaranya pengkajian dietetik dan pola makan berdasarkan anamnesis diet dan pola makan.
3. Terwujudnya penentuan kebutuhan gizi sesuai keadaan pasien,
4. Terwujudnya bentuk pembelian bahan makanan, jumlah pemberian serta cara pengolahan bahan makanan,
5. Terselenggaranya evaluasi terhadap preskripsi diet yang diberikan sesuai perubahan keadaan klinis, status gizi dan status laboratorium,
6. Terwujudnya penterjemahan preskripsi diet, penyediaan dan pengolahan sesuai dengan kebutuhan dan keadaan pasien,
7. Terlaksanakannya penyelenggaraan penelitian aplikasi dibidang gizi dan dietetik,
8. Terwujudnya standar diet khusus sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat membantu penyembuhan penyakit,
9. Diselenggarakannya penyuluhan dan konseling tentang pentingnya diet pada klien/pasien dan keluarganya. (Depkes RI, 2005).

Saat ini Indonesia terjadi transisi epidemiologi dimana satu sisi masih tingginya penyakit infeksi misalnya ISPA, thypus abdomonalis, TBC dan diare, disisi lain mulai meningkatnya penyakit degeneratif akibat dari hipermetabolisme. Penyakit degeneratif adalah penyakit yang tidak menular seperti jantung, hipertensi, ginjal, kanker, stroke, dan diabetes melitus. Jenis penyakit ini terjadi karena prilaku dan gaya hidup, seperti pola makan yang keliru, makanan siap saji dan junk food, hidup santai dan kurangnya aktivitas, obesitas dan sebagainya.

Data terakhir peringatan hari ginjal sedunia pada tanggal 8 maret 2007 jumlah penderita penyakit ginjal di Indonesia berjumlah 70 ribu orang yang sudah mengalami gagal ginjal, dan yang membutuhkan terapi fungsi ginjal sekitar 2.000 orang. (Media Indonesia, 2007).

Data terakhir RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo pada bulan Desember tahun 2007 total pasien penyakit gagal ginjal kronik rawat jalan dan rawat inap sebanyak 307 orang dan tergolong dalam kategori sebagai sepuluh penyakit terbanyak yaitu urutan ke-enam. (Rekam Medik RSWS,2007).

Seperti diketahui ginjal merupakan organ yang berperan dalam mengatur volume dan komposisi cairan tubuh, fungsi utama sebagai eksresi yaitu mengeluarkan sisa-sisa hasil metabolisme protein melalui urine yaitu urea, kreatinin, asam urat dan kelebihan cairan dan elektrolit serta zat-zat racun lainnya. Fungsi lain mengatur keseimbangan air dan elektrolit, keseimbangan

asam basa, pengendali tekanan darah, pengaturan produksi sel darah merah melalui peranan hormon eritropoetin, aktivator biologis vitamin D3 yang penting untuk pemeliharaan dan keutuhan tulang. Dengan demikian makanan berperan penting dalam kaitannya dengan penyakit ginjal, komposisi kandungan zat-zat gizi dalam makanan dapat berpengaruh terhadap tingginya kadar kreatinin darah, ureum, dan kalium dalam darah sebagai unsur yang dapat memperberat fungsi ginjal itu sendiri.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya terhadap kesesuaian asupan gizi dengan preskripsi diet pada penderita diabetes mellitus pada bulan Februari sampai Maret 2007 oleh Fahmi di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, khusus pada pasien diabetes melitus dengan komplikasi penyakit ginjal terjadi kelebihan asupan protein, yang dapat berakibat memperburuk/memperberat kerja ginjal. Dengan demikian penelitian ini dilakukan untuk mengetahui tentang kesesuaian asupan gizi dengan preskripsi diet penderita penyakit gagal ginjal kronik di ruang rawat inap RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 2008.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian singkat pada latar belakang, dapat dirumuskan masalah (pertanyaan-pertanyaan penelitian) sebagai berikut :

1. Apakah ada kesesuaian asupan gizi dengan preskripsi diet pada pasien gagal ginjal kronik?
2. Apakah ada kesesuaian asupan gizi dengan kebutuhan?
3. Apakah ada kesesuaian preskripsi diet dengan kebutuhan gizi pasien?
4. Apakah ada kesesuaian preskripsi diet dengan deskripsi diet ?
5. Apakah ada kesesuaian dekskripsi dengan kebutuhan ?
6. Apakah ada kesesuaian distribusi dengan kebutuhan?
7. Apakah ada kesesuaian preskripsi diet dengan distribusi makanan ?
8. Apakah ada kesesuaian distribusi makanan dengan asupan makanan ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menilai kesesuaian asupan gizi dengan preskripsi diet penderita penyakit gagal ginjal kronik di ruang rawat inap di RSUP. Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 2008.

2. Tujuan Khusus

- a. Menilai kesesuaian preskripsi diet dengan kebutuhan gizi

- b. Menilai kesesuaian preskripsi diet dengan deskripsi diet
- c. Menilai kesesuaian deskripsi dengan kebutuhan
- d. Menilai kesesuaian distribusi dengan kebutuhan
- e. Menilai kesesuaian preskripsi diet dengan distribusi makanan
- f. Menilai kesesuaian distribusi makanan dengan asupan makanan

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktik

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang berharga bagi rumah sakit khususnya instalasi gizi untuk menilai tingkat keberhasilan berdasarkan Pedoman Gizi Rumah Sakit (PGRS), sedangkan bagi pasien Gagal ginjal kronik menunjukkan pentingnya mengatur pola makanan dan asupan zat gizi.

2. Manfaat Teknis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah dan memperkaya khasanah ilmu pengetahuan serta dapat menjadi bahan bacaan untuk peneliti selanjutnya.

3. Manfaat bagi peneliti

- a. Menjadi pengalaman yang berharga dalam usaha memperluas wawasan dan pengetahuan
- b. Merupakan salah satu syarat didalam penyelesaian studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Unhas Makassar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Penyakit Ginjal .

Secara anatomi, ginjal memiliki ukuran seperti kepalan tangan, dengan panjang 11-12 cm, lebar 5 – 7 cm, dan tebal 2 – 3 cm. Ginjal terbentuk oleh unit yang disebut nefron yang berjumlah 1 – 1,2 juta buah pada ginjal. Unit nefron dimulai dari pembuluh darah kapiler yang bersifat sebagai saringan, disebut glomerulus. Darah akan melewati glomerulus tersebut dan disaring sehingga terbentuk filtrat (urine yang masih encer) sekitar 170 liter per hari, kemudian dialirkan ke saluran yang disebut tubulus. Lalu urine akan di alirkan ke saluran ureter, kandung kemih, dan keluar melalui uretra.

Ginjal adalah organ yang mempunyai pembuluh darah yang sangat banyak. Pada dasarnya ginjal berfungsi menyaring atau membersihkan darah. Aliran darah ke ginjal sekitar 1,2 liter/menit atau 1.700 liter/hari. Darah tersebut di saring menjadi cairan filtrat sebanyak 120 ml/menit atau 170 liter/hari ke tubulus. Cairan filtrat kemudian diproses didalam tubulus hingga akhirnya keluar dari kedua ginjal menjadi urine sebanyak 1 – 2 liter/hari.(Andry Hartono,1991).

A.1. Secara umum fungsi ginjal sebagai berikut :

1. Sebagai sistem filter atau saringan dan pembuangan sampah
2. Menjaga keseimbangan cairan tubuh
3. Produksi hormon yang mengontrol tekanan darah



4. Produksi hormone erythropoietin yang membantu pembuatan sel darah merah
5. Mengaktifkan vitamin D untuk memelihara kesehatan tulang.

A.2. Penyebab penyakit ginjal antara lain, yaitu :

1. Penyakit umum, seperti kencing manis, hipertensi, kolesterol tinggi, paru atau TBC, sifillis, malaria, hepatitis, pre-eklamsia, muntaber, perdarahan, dan luka bakar. Hal-hal tersebut menyebabkan gangguan pada ginjal.
2. Penyakit lokal pada ginjal, seperti penyakit pada saringan (*glomerulus*) atau glomerunephritis, infeksi kuman, adanya kista ginjal, benturan, terpukul, kanker maligna, dan sumbatan batu ginjal atau tumor.

A.3. Gejala penyakit ginjal dapat digolongkan menjadi dua golongan, yaitu :

1. Gejala akut, seperti mata bengkak, nyeri pinggang yang hebat, rasa sakit ketika buang air kecil, demam dan sering buang air kecil
2. Gejala kronis, seperti lemas, tidak nafsu makan, mual, muntah, bengkak, buang air kecil berkurang, gatal, sesak napas, dan anemia.

B. Tinjauan Umum Tentang Penyakit Gagal Ginjal Kronik

Defenisi.

Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung proregisif, dan cukup lanjut. Hal ini terjadi apabila laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 50 mL/menit. GGK sesuai dengan tahapannya, dapat ringan, sedang atau berat. Gagal ginjal tahap akhir

(end stage) adalah tingkat gagal ginjal yang dapat menyebabkan kematian kecuali dilakukan terapi pengganti. Insufisiensi ginjal kronik adalah penurunan faal ginjal yang menahun tetapi lebih ringan dari GGK. (Suhardjono, dkk. IPD 2004).

Tabel 01.

Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Tahapan gagal ginjal.	LFG (ml/menit)	Manifestasi
Fungsi ginjal berkurang	80 – 50	Tidak ada
Ringan	50 – 30	Hipertensi, hipertiroidisme sekunder.
Sedang	10 – 29	s.d.a + anemia
Berat	< 10	s.d.a + resistensi air dan garam, mual, muntah, nafsu makan hilang, penurunan fungsi mental.
Terminal (tahap akhir).	< 5	s.d.a dengan edema paru, koma kejang, asidosis metabolic, hiperkalemia, kematian.

Sumber: Suhardjono, dkk. IPD jilid II.

Tahapan GGK dapat dibagi menurut beberapa cara, antarlain dengan memperhatikan faal ginjal yang masih tersisa sudah minimal sehingga usaha-usaha pengobatan konservatif yang berupa diet, pembatasan minum, obat-obatan dll tidak memberi pertolongan yang diharapkan lagi, keadaan tersebut diberi nama gagal ginjal terminal (GGT). Pada stadium ini terdapat akumulasi toksin uremia dalam darah yang dapat membahayakan kelangsungan hidup pasien. Pada umumnya faal ginjal yang masih tersisa, yang diukur dengan klirens kreatinin (KKr), tidak lebih dari 5 mL/menit/1,73 m. Pasien GGT, apapun etiologi penyakit

ginjalnya, memerlukan pengobatan khusus yang disebut pengobatan atau uerapi pengganti (TP). Setelah menetapkan bahwa TP dibutuhkan, perlu pemantauan yang ketat sehingga dapat ditentukan dengan tepat kapan dilakukan TP tersebut dapat dimulai.

Seperti diketahui faal ginjal dibagi menjadi faal eksresi dan faal endokrin. Pada GGT, kedua golongan faal ini memburuk walaupun tidak selalu proporsional. TP yang ideal adalah yang dapat mengganti kedua fungsi faal ini. Transpalasi ginjal yang berhasil akan mengganti keseluruhan faal ginjal yang sakit, sedangkan dialysis mengganti sebagian faal eksresi.

Pada umumnya indikasi dialysis pada GGK adalah bila laju filtrasi glomerulus (LFG) sudah kuang dari 5 mL/menit, yang didalam praktek dianggap demikian bila (TKK) <5 mL/menit. Keadaan pasien yang hanya mempunyai TKK <5 mL/menit tidak selalu sama, sehingga dialysis dianggap baru perlu dimulai bila dijumpai salah satu hal tersebut dibawah ini:

- Keadaan umum buruk dan gejala klinis nyata
- K serum >6 mEq/L
- Ureum darah >200 mg/dl
- pH darah < 7,1
- Anuria berkepanjangan (>5 hari)
- Fluid overloaded. (Pudji Rahardjo, dkk. IPD 2004).

Penyebab

Gagal ginjal kronik merupakan keadaan klinis kerusakan ginjal yang progresif dan iriversibel yang berasal dari berbagai penyebab. Penyebab gagal ginjal yang tersering dapat dibagi menjadi delapan kelas seperti pada tabel.

Tabel 02.

Klasifikasi Penyebab Gagal Ginjal Kronik.

Klasifikasi penyakit	Penyakit
Penyakit infeksi tubulointerstitial	Piolenefritis kronik atau refluks nefropati
Penyakit peradangan	Glomerulonefritis
Penyakit vascular hipertensif	Nefrosklerosis benigna
	Nefrosklerosis maligna
	Stenosis arteria renalis
	Lupus eritematosus sistemik
	Poliarteritis nodosa
Gangguan jaringan ikat	Sklerosis sistemik progresif
	Penyakit ginjal polikistik
	Asidosis tubulus ginjal
Gangguan congenital dan herediter	DM,Gout,hiperparatiroidisme,amiloidosis.
Penyakit metabolic	Penyalahgunaan analgesik, nefropati timah.
Nefropatik toksis	Traktus urinarius bagian atas;batu,neoplasma,fibrosis retroperitoneal.
Nefropatik obstruktif.	Traktus urinarius bagian bawah;hipertrofi prostat,striktur uretra,anomali congenital leher vesika urinaria dan uretra.

Sumber: Wilson, Patofisiologi, 2006.

Patofisiologi

Terdapat dua pendekatan teoritis yang umumnya diajukan untuk menjelaskan gangguan fungsi ginjal pada GJK. Sudut pandang

tradisional mengatakan bahwa semua unit nefron telah terserang penyakit namun dalam stadium yang berbeda-beda, dan bagian-bagian spesifik dari nefron yang berkaitan dengan fungsi tertentu dapat saja benar rusak atau berubah strukturnya. Pendekatan kedua dikenal dengan nama hipotesis Bricker atau hipotesis nefron yang utuh, yang berpendapat bahwa bila nefron terserang penyakit, maka seluruh unitnya akan hancur, namun sisa nefron yang masih utuh tetap bekerja normal. Hipotesis nefron yang utuh ini sangat berguna untuk menjelaskan pola adaptasi fungsional pada penyakit ginjal progresif, yaitu kemampuan untuk mempertahankan keseimbangan air dan elektrolit tubuh kendati GFR sangat menurun. (Wilson, 2006).

Gagal ginjal kronik selalu berkaitan dengan penurunan progresif GFR, Stadium GGK didasarkan pada tingkat GFR yang tersisa dan mencakup:

a. Penurunan cadangan ginjal;

Yang terjadi bila GFR turun 50% dari normal (penurunan fungsi ginjal), tetapi tidak ada akumulasi sisa metabolic. Nefron yang sehat mengkompensasi nefron yang sudah rusak. Dan penurunan kemampuan mengkonsentrasi urin, menyebabkan nokturia dan poliuri.

b. Insufisiensi ginjal;

Terjadi apabila GFR turun menjadi 20 – 35% dari normal. Nefron-nefron yang tersisa sangat rentan mengalami kerusakan sendiri

karena beratnya beban yang diterima. Mulai terjadi akumulasi sisa metabolic dalam darah karena nefron yang sehat tidak mampu lagi mengkompensasi. Penurunan respon terhadap diuretic menyebabkan oliguri, edema. Derajat insufisiensi dibagi menjadi ringan, sedang dan berat, tergantung dari GFR sehingga perlu perlu pengobatan medis.

- c. Gagal ginjal; yang terjadi apabila GFR kurang dari 20% normal.
- d. Penyakit ginjal stadium akhir;

Terjadi bila GFR menjadi kurang dari 5% dari normal. Hanya sedikit nefron fungsional yang tersisa. Diseluruh ginjal ditemukan jaringan parut dan atrofi tubulus. Akumulasi sisa metabolic dalam jumlah banyak seperti ureum dan kreatinin dalam darah. Ginjal sudah tidak mampu mempertahankan homeostatis dan pengobatannya dengan dialysis atau penggantian ginjal.

Nutrisi

Pengaturan diet penting sekali pada pengobatan GGK. Penderita azotemia biasanya dibatasi asupan proteinnya meskipun masih diperdebatkan seberapa jauh pembatasan harus dilakukan. Pembatasan protein tidak hanya mengurangi kadar BUN dan mungkin juga hasil metabolisme protein toksis yang belum diketahui, tetapi juga mengurangi asupan kalium, fosfat dan produksi ion hydrogen yang berasal dari protein. Gejala-gejala seperti mual, muntah dan letih mungkin dapat

membalik. Pembatasan asupan protein telah terbukti menormalkan kembali kelainan ini dapat memperlambat terjadinya gagal ginjal. Kemungkinan mekanisme yang berkaitan dengan fakta bahwa asupan rendah protein mengurangi beban ekskresi sehingga menurunkan hiperfiltrasi glomerulus, tekanan intraglomerulus, dan cedera sekunder pada nefron intak.

Hiperkalemia umumnya menjadi masalah dalam gagal ginjal lanjut, dan juga menjadi penting dalam membatasi asupan kalium dalam diet. Tindakan yang harus dilakukan adalah tidak memberikan obat-obatan atau makanan yang tinggi kandungan kalium, Makanan atau obat-obatan yang mengandung tambahan garam (yang mengandung ammonium klorida dan kalium klorida),ekspektoran, kalium sitrat, dan makanan seperti sup, pisang, sup buah murni. Pemberian makanan atau obat-obatan yang tidak diperkirakan akan menyebabkan hiperkalemia yang berbahaya. (Erik Tapan, 2004).

Pengaturan natrium dalam diet memiliki arti penting dalam gagal ginjal. Jumlah natrium yang biasanya diperoleh adalah 40 hingga 90 mEq/hari (1 hingga 2 g natrium), tetapi asupan natrium yang optimal harus ditentukan secara individu pada setiap pasien untuk mempertahankan hidrasi yang baik. Asupan yang terlalu bebas dapat menyebabkan terjadinya resistensi cairan, edema perifer, edem paru, hipertensi, dan gagal jantung kongestif. Resistensi natrium

umumnya merupakan masalah penyakit glomerulus dan pada gagal ginjal lanjut. Disisi lain, bila natrium terbatas pada titik keseimbangan natrium negative, akan terjadi hipovolemia, penurunan GFR, dan pemburukan fungsi ginjal. Deplesi natrium lebih lazim terjadi pada penyakit tubulointerstisial dan dapat dicetuskan oleh muntah dan diare. Oleh karena itu penting untuk menentukan asupan natrium yang optimal untuk setiap pasien. (Erik Tapan, 2004).

Asupan cairan membutuhkan regulasi yang hati-hati dalam gagal ginjal lanjut, karena rasa haus pasien merupakan panduan yang tidak dapat diyakini mengenai keadaan hidrasi pasien. Berat badan harian merupakan parameter penting yang dipantau, selain catatan yang akurat mengenai asupan dan keluaran. Asupan yang terlalu bebas dapat menyebabkan kelebihan beban sirkulasi, edem, dan intoksikasi cairan. Asupan yang kurang dari optimal dapat menyebabkan dehidrasi, hipotensi, dan pemburukan fungsi ginjal. Yang jelas, asupan natrium dan cairan harus diatur sedemikian rupa untuk mencapai keseimbangan cairan. (Wilson, 2006).

C. Tinjauan Tentang Diet Pada Penyakit Gagal Ginjal Kronik.

Peranan perawatan dietetik bagi penderita penyakit ginjal telah mengalami banyak perubahan dalam decade terakhir ini. Penggunaan ginjal buatan (dialisis) ataupun cangkok ginjal menyebabkan penderita tidak perlu lagi menjalani diet ketat seperti pada masa lalu. Akan tetapi bagaimanapun juga,

perawatan dietetik masih tetap merupakan kunci dalam perawatan penderita gangguan ginjal.

Penyakit ginjal kronik (Chronic Kidney Disease) adalah keadaan dimana terjadi penurunan fungsi ginjal yang berat secara perlahan-lahan (menahun) disebabkan oleh berbagai penyakit ginjal. Penyakit ini bersifat progresif dan umumnya dapat pulih kembali (irversible). Gejala penyakit ini umumnya tidak ada nafsu makan, mual, muntah, pusing, sesak napas, rasa lelah, edema pada kaki dan tangan, serta uremia. Apabila nilai Glomerulo Filtrate Rate (GFR) atau Tes Kliren Kreatinin (TKK) < 24 ml/menit, diberikan Diet Protien Rendah.

Tujuan Diet

Tujuan diet penyakit ginjal kronik adalah :

1. Mencapai dan mempertahankan status gizi optimal dengan memperhitungkan sisa fungsi ginjal, agar tidak memberatkan kerja ginjal.
2. Mencegah dan menurunkan kadar ureum darah yang tinggi (uremia).
3. Mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit
4. Mencegah atau mengurangi progresivitas gagal ginjal, dengan memperlambat turunnya laju filtrasi glomerulus.

Syarat Diet

Syarat-syarat diet penyaki ginjal kronik adalah :

1. Energy cukup, yaitu 35 kkal/kg BB

2. Protein rendah, yaitu 0,6 - 0,75 g/kg BB. Sebagian harus bernilai biologik tinggi.
3. Lemak cukup, yaitu 20 – 30 % dari kebutuhan energi total. Diutamakan lemak tidak jenuh ganda.
4. Karbohidrat cukup, yaitu kebutuhan energi total dikurangi energi yang berasal dari protein dan lemak.
5. Natrium dibatasi apabila ada hipertensi, edema, asites, oliguria, atau anuria. Banyaknya natrium yang diberikan antara 1 – 3 gram.
6. Kalium dibatasi (40 – 70 m Eq) apabila ada hiperkalemia (kalium darah > 5,5 mEq), oliguria, atau anuria.
7. Cairan dibatasi, yaitu sebanyak jumlah urin sehari ditambah pengeluaran melalui keringat dan pernapasan (± 500 ml).
8. Vitamin cukup, bila perlu diberikan suplemen piridoksin, asam folat, vitamin C, dan vitamin D.

Ada tiga jenis diet yang diberikan menurut berat badan pasien, yaitu:

1. Diet Rendah Protein I : 30 gram protein, diberikan pada pasien dengan berat badan 50 kg.
2. Diet Rendah Protein II : 35 gram protein. Diberikan kepada pasien dengan berat badan 60 kg.
3. Diet Rendah Protein III : 40 gram protein. Diberikan kepada pasien dengan berat badan 65 kg.

Karena kebutuhan gizi pasien penyakit ginjal kronik sangat tergantung pada keadaan dan berat badan perorangan, maka jumlah protein yang diberikan dapat lebih tinggi atau lebih rendah daripada standar. Mutu protein dapat ditingkatkan dengan memberikan asam amino esensial tinggi.

Tabel 03.

Bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan.

Bahan makanan	Dianjurkan	Tidak dianjurkan
Sumber karbohidrat	Nasi, bihun, jagung, kentang, makaroni, mi, tepung-tepungan, singkong, ubi, selai, madu, permen.	-
Sumber protein	Telur, daging, ikan, ayam, susu.	Kacang-kacangan dan hasil olahannya, seperti tempe dan tahu.
Sumber lemak	Minyak jagung, minyak kacang tanah, minyak kelapa sawit, minyak kedelai, margarine dan mentega rendah garam.	Kelapa, santan, minyak kelapa, margarine dan mentega biasa dan lemak hewan.
Sumber vitamin dan mineral	Semua sayuran dan buah, kecuali pasien dengan hiperkalemia dianjurkan yang mengandung kalium rendah/sedang.	

Sumber: *Penuntun Diet, 2005*

Keterangan :

Pada pasien yang tidak mengalami dialisis, protein diberikan adalah 50 % nabati dan sisanya protein hewani. Kacang-kacangan tidak dianjurkan pada diet rendah protein < 40 g.

C.1. Diet Gagal Ginjal Dengan Dialisis

Dialysis dilakukan terhadap pasien dengan penurunan fungsi ginjal berat, dimana ginjal tidak mampu lagi mengeluarkan produk-produk sisa metabolisme, mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta memproduksi hormone-hormon. Ketidakmampuan ginjal mengeluarkan produk-produk sisa metabolisme menimbulkan gejala uremia. Dialisis dilakukan bila hasil tes kliren kreatinin < 15 ml/menit.

Anjuran diet didasarkan pada frekwensi dialisis, sisa fungsi ginjal, dan ukuran tubuh. Karena nafsu makan pasien umumnya rendah, perlu diperhatikan makanan kesukaan pasien dalam batas-batas diet yang dianjurkan.

Tujuan Diet

Tujuan diet gagal ginjal dengan dialisis adalah :

Mencegah defisiensi serta mempertahankan dan memperbaiki status gizi, agar pasien dapat melakukan aktivitas normal.

Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit.

Menjaga agar akumulasi produk sisa metabolisme tidak berlebihan.

Syarat Diet

Syarat-syarat diet gagal ginjal dengan dialisis adalah :

1. Energy cukup, yaitu 35 kkal/kg BB ideal/hari pada pasien *hemodialisis* (HD) maupun *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialisis* (CAPD). Pada CAPD diperhitungkan jumlah energi yang berasal dari cairan

dialysis. Bila diperlukan penurunan berat badan, harus dilakukan secara berangsur-angsur (250 – 500 g/minggu) untuk mengurangi resiko katabolisme masa tubuh tanpa lemak (*Lean Bodi Mass*).

2. Protein tinggi, untuk mempertahankan keseimbangan nitrogen dan mengganti asam amino yang hilang selama dialisis, yaitu 1 – 1,2 g/kgBB ideal/hari pada HD dan 1,3 g/kg BB ideal/hari pada CAPD. 50% protein hendaknya bernilai biologik tinggi.
3. Karbohidrat cukup, yaitu 55 – 75 % dari kebutuhan energi total.
4. Lemak normal, yaitu 15 – 30 % dari kebutuhan energi total.
5. Natrium diberikan sesuai dengan jumlah urin yang keluar/24 jam, yaitu:
 - 1 g + penyesuaian menurut jumlah urin sehari, yaitu 1 g untuk tiap ½ liter urin (HD)
 - 1 – 4 g + penyesuaian menurut jumlah urin sehari, yaitu 1 gram untuk tiap ½ liter urin (CAPD).
6. Kalium sesuai dengan urin yang keluar/24 jam, yaitu:
 - 2 g + penyesuaian menurut jumlah urin sehari, yaitu 1 g untuk tiap liter urin (HD).
 - 3 g + penyesuaian menurut jumlah urin sehari, yaitu 1 g untuk tiap 1 liter urin (CAPD).
7. Kalsium tinggi, yaitu 1000 mg/hari. Bila perlu, diberikan suplemen kalsium.
8. Fosfor dibatasi, yaitu < 17 mg/kg BB ideal/hari.



9. Cairan dibatasi, yaitu jumlah urin/24 jam ditambah 500 – 750 ml.
10. Suplemen vitamin bila diperlukan, terutama vitamin larut dalam air seperti B6, asam folat dan vitamin C.
11. Bila nafsu makan kurang, berikan suplemen enteral yang mengandung energis dan protein tinggi.

Diet pada dialisis tergantung pada frekwensi dialysis, sisa fungsi ginjal, dan ukuran badan pasien. Diet pada pasien dengan dialisis biasanya harus direncanakan perorangan.

Berdasarkan berat badan dibedakan 3 jenis diet dialisis :

1. Diet Dialisis I, 60 g protein. Diberikan pada pasien dengan berat badan kurang lebih 50 kg.
2. Diet Dialisis II, 65 g protein. Diberikan kepada pasien dengan berat badan kurang lebih 60 kg.
3. Diet Dialisis III, 70 g protein. Diberikan kepada pasien dengan berat badan kurang lebih 65 kg.

D. Tinjauan Umum Tentang Kebutuhan Gizi

D.1. Energi

Kebutuhan gizi dalam keadaan sakit, selain tergantung pada faktor-faktor yang mempengaruhi dalam keadaan sehat juga dipengaruhi oleh jenis dan berat ringannya penyakit. Perhitungan kebutuhan energi untuk penderita gagal ginjal kronik berdasarkan faktor berat badan yaitu berat badan aktual

dan berat badan normal atau ideal. Cara menetapkan Berat Badan Ideal yang sederhana dengan menggunakan rumus Brocca, yaitu:

$$\text{Berat Badan Ideal (kg)} = (\text{Tinggi Badan dalam cm} - 100) - 10\% \text{ atau} \\ 90\% \times (\text{TB} - 100)$$

Cara lain menilai Berat Badan adalah dengan menggunakan Indeks Massa Tubuh, yaitu untuk menilai status gizi seseorang. Cara menghitung Indeks Massa Tubuh yaitu:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m}^2\text{)}}.$$

Tabel 04.

Kategori Batas Ambang IMT, kriteria Asia Pasifik.

Klasifikasi	Batas Ambang
Kurus	< 18,5
Normal	18,5 – 22,9
Lebih	≥23,0 – 24,9
Obes	> 25

Sumber : WHO/WPR/IASO/IOFT, IPD (Aryu W, Sudoyo, dkk), 2006.

D.2. Protein

Kebutuhan protein normal adalah 10-15% dari kebutuhan energi total, atau 0,8-1,0 g/kg BB. Untuk penderita gagal ginjal kronik kebutuhan protein diperhitungkan sesuai dengan fungsi faal ginjal, agar tidak memberatkan

kerja ginjal kebutuhan protein 0,6 – 0,8 gr/kg BB/hari bagi penderita gagal ginjal kronik yang belum hemodialis dan 1 – 1,2 gr/kgBBI/hari bagi penderita gagal ginjal kronik yang sudah hemodilisa.

D.3. Lemak

Kebutuhan lemak normal adalah 10-25% dari kebutuhan energi total, kebutuhan lemak dalam keadaan sakit tergantung pada yaitu lemak sedang atau lemak rendah. Pada penyakit Gagal ginjal kronik kebutuhan lemak cukup yaitu 20 – 30% dari kebutuhan energi total. Gagal ginjal kronik dengan dislepidemia membutuhkan modifikasi jenis lemak. Lemak dapat dinyatakan sebagai 15-20% dari kebutuhan energi total, sedangkan lemak rendah $\leq 10\%$ dari kebutuhan energi total. Modifikasi jenis lemak dapat dinyatakan sebagai lemak jenuh $\leq 10\%$ dari kebututuhan energi total, lemak tidak jenuh ganda 10% dari kebutuhan energi total, dan lemak jenuh tunggal 10-15% dari kebutuhan energi total.

D.4. Karbohidrat

Kebutuhan karbohidrat normal adalah 60-75% dari kebutuhan energi total, bagi penderita gagal ginjal kronik kebutuhan karbohidrat cukup atau sisa energi setelah di kurangi energi yang berasal dari protein dan lemak. Selain jumlah, kebutuhan karbohidrat dalam keadaan sakit sering dinyatakan dalam bentuk karbohidrat yang dianjurkan.

C.5. Vitamin dan mineral

Kebutuhan vitamin dan mineral dapat diambil dari Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan. Disamping itu diperhatikan sifat penyakit, penyakit gagal ginjal kronik kebutuhan vitamin cukup, simpanan didalam tubuh,kehilangan melalui urin,kulit atau saluran cerna dan iteraksi dengan obatan,untuk menjamin kebutuhan, dalam keadaan tertentu,vitamin dan mineral perlu ditambahkan dalam bentuk suplemen.

C.6. Cairan

Orang sehat membutuhkan sebanyak 1800-2500 ml atau 7-10 gelas air sehari. Kebutuhan cairan untuk gagal ginjal kronik dibatasi, di Tambah cairan diperlukan untuk mengganti kehilangan cairan karena keringat berlebihan, muntah-muntah, diare tau keadaan lain yang menyebabkan kehilangan cairan secara berlebihan. Bila asupan cairan tidak cukup melalui konsumsi makanan dan minuman.perlu dipertimbvangklan pemberian cairan parentral yang biasanya disertai elektrolit.

E. Tinjauan Umum Tentang Asupan Makanan

Status gizi terutama ditentukan oleh ketersediaan zat-zat gizi pada tingkat sel, dalam jumlah yang cukup dan dalam kombinasi yang tepat, yang diperlukan tubuh untuk tumbuh, berkembang dan berfungsi normal, oleh karena itu pada prinsipnya status gizi ditentukan oleh dua hal yaitu :

1. Asupan zat-zat gizi yang berasal dari makanan yang diperlukan oleh tubuh

2. Peran faktor yang menentukan besarnya kebutuhan, penyerapan dan kenggunaan zat-zat gizi tersebut. Terhadap kedua hal ini faktor pola konsumsi dan aktivitas berperan.

Pada dasarnya pola konsumsi pangan merupakan hasil budaya masyarakat yang dipengaruhi oleh factor lingkungan dan factor manusia itu sendiri, seperti kebiasaan makan keluarga sangat penting diperhatikan karena sikap terhadap makanan menunjukkan ada hubungan antara makanan dengan kesehatan. Kesukaan yang berlebihan terhadap suatu jenis makanan atau disebut sebagai faddisme makanan akan mengakibatkan kurang variasinya makanan dan mengakibatkan tubuh tidak memperoleh semua zat gizi yang diperlukan. Factor-factor lain yang menentukan bagaimana seseorang memilih makanannya. Factor-factor tersebut adalah kesenagnan dan ketidaksenangan (*food like and dislike*), kebiasaan (*food habit*), daya beli serta ketersediaan makanan (*purchasing power and food avalaibility*), kepercayaan dan ketahyulan (*food belief ang food fadisme*), aktualisasi diri (*self-actualization*), factor agama serta psikologis dan paling terakhir serta sering dianggap tidak penting, yaitu pertimbangan gizi dan kesehatan. (Andry Hartono, 2006).

Asupan zat-zat gizi dari makanan kedalam tubuh juga dipengaruhi oleh berat ringannya aktivitas atau pekerjaan seseorang. Pada orang dewasa makanan tidak lagi berfungsi sebagai pertumbuhan tubuh, tetapi semata-mata untuk mempertahankan keadaan gizi yang sudah didapat atau membuat keadaan gizi lebih baik.

F. Tinjauan Tentang Preskripsi dan Deskripsi Diet

Menurut Pedoman Gizi Rumah Sakit (PGRS), preskripsi diet atau rencana diet adalah kebutuhan zat gizi klien/pasien yang dihitung berdasarkan status gizi pasien, degenerasi penyakit dan kondisi kesehatannya. Preskripsi diet dibuat oleh dokter sedangkan rencana diet dibuat oleh nutritionis/dietisien. (Depkes,2005)

Penulisan resep (preskripsi) untuk mengobati penyakit merupakan aspek primer dalam asuhan pasien yang merupakan wewenang dan tanggung jawab dokter. Namun, preskripsi untuk intervensi nutrisi dan diet sering dilupakan oleh dokter kendati semakin banyak bukti menunjukkan bahwa terapi nutrisi serta diet juga mempunyai peranan tersendiri yang penting dalam pencegahan dan penyembuhan penyakit. Yang lebih menyedihkan lagi, kadang-kadang ditemukan dokter yang tidak mau mengirimkan atau merujuk pasiennya ke bagian gizi dengan alasan bahwa diet akan menambah beban stress dan penderitaan pada pasien dan keluarganya. Preskripsi diet memberikan arah yang khusus kepada pasien untuk mengubah perilaku makannya sehingga mendapatkan kesehatan yang optimal.(Andry Hartono,2006).

Dokter berperan sebagai ketua tim asuhan gizi, yang bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Dokter menegakkan diagnose dan menetapkan terapi secara keseluruhan, memberikan penilaian akhir tentang status gizi pasien, menetapkan preskripsi diet, dan mengirim pasien ke dietisien untuk penyuluhan dan konsultasi gizi. Dokter melakukan evaluasi tentang pelayanan



gizi yang diberikan berdasarkan masukan dari dietisien dan perawat serta melakukan perubahan diet bila di perlukan.

Dietisien adalah orang yang mempunyai keahlian khusus hubungan antara makanan, za-zat gizi, kesehatan dan penyakit. Dietisien mengkaji asupan makanan dan zat-zat gizi pasien serta kemungkinan hubungannya dengan pasien. Dietisien member masukan kepada dokter tentang kemungkinan terapi diet yang perlu diberikan. Dietisien bertanggungjawab dalam menerjemahkan preskripsi diet kedalam menu makanan yang memenuhi syarat diet serta selera makan sehingga dapat diterima pasien, bila dalam bentuk makanan peroral atau enteral (sonde).

Dietisien melakukan monitoring dan evaluasi terhadap efek diet yang diberikan, baik secara oral, enteral, maupun parenteral, dan mengkomunikasikannya secara lisan dan atau tulisan ke anggota tim lain. Dietisien memberikan masukan kepada dokter tentang produk-produk diet atau suplemen gizi yang ada di pasaran, baik yang berkaitan dengan ketersediaan, komposisi, kegunaan dan kesesuaiannya untuk keadaan tertentu. Dietisien juga memberi konsultasi dan penyuluhan diet kepada pasien dan keluarganya sesuai dengan informasi yang dibutuhkan. (Almatsier,S.2006).

G. Tinjauan Tentang Distribusi Makanan.

Distribusi makanan adalah serangkaian kegiatan penyaluran makanan sesuai dengan jumlah porsi dan jenis makanan konsumen yang dilayani (makanan biasa maupun makanan khusus). Tujuannya adalah agar konsumen mendapat makanan sesuai diet dan ketentuan yang berlaku.(Depkes RI,2005).

Dalam kegiatan pendistribusian makanan di rumah sakit,harus memiliki prasyarat antarlain:

1. Tersedianya standar pemberian makanan rumah sakit, menyangkut standar penyediaan energi dan zat gizi lainnya serta dieteika.
2. Tersedianya standar porsi yang ditetapkan rumah sakit
3. Adanya peraturan pengambilan makanan
4. Adanya bon permintaan makanan
5. Tersedianya makanan sesuai ketentuan diet pasien/kebutuhan konsumen
6. Tersediannya peralatan makanan
7. Tersedianya sarana pendistribusian makanan
8. Tersedia tenaga pramusaji
9. Adanya jadwal pendistribusian makanan dapur utama.

Bagi orang sakit, pelayanan yang prima sangat diharapkan. Ketepatan pelayanan dalam pendistribusian makanan sangat membantu pasien dalam memudahkan mendapatkan makanan sesuai yang telah ditetapkan.

Terdapat tiga system penyaluran makanan yang biasa dilakukan di rumah sakit yaitu sitem yang dipusatkan (sentralisasi), system yang tidak dipusatkan (desentralisasi) dan kombinasi antara sentralisasi dengan desentralisasi.

- a. Penyaluran makanan yang dipusatkan; makanan pasien dibagi dan disajikan dalam alat makan di tempat pengolahan makanan.
- b. Penyaluran makanan yang tidak dipusatkan; makanan pasien dalam jumlah besar dibawa dari tempat pengolahan ke dapur ruang perawatan pasien untuk selanjutnya disajikan dalam alat makan masing-masing pasien.
- c. Penyaluran makanan kombinasi; dengan cara sebagian makanan ditempatkan langsung kedalam alat makan pasien sejak dari tempat produksi (dapur) dan sebagian lagi dimasukan kedalam wadah besar, pendistribusiannya dilaksanakan setelah sampai ruang perawatan. (PGRS, Depkes,2005).

BAB III

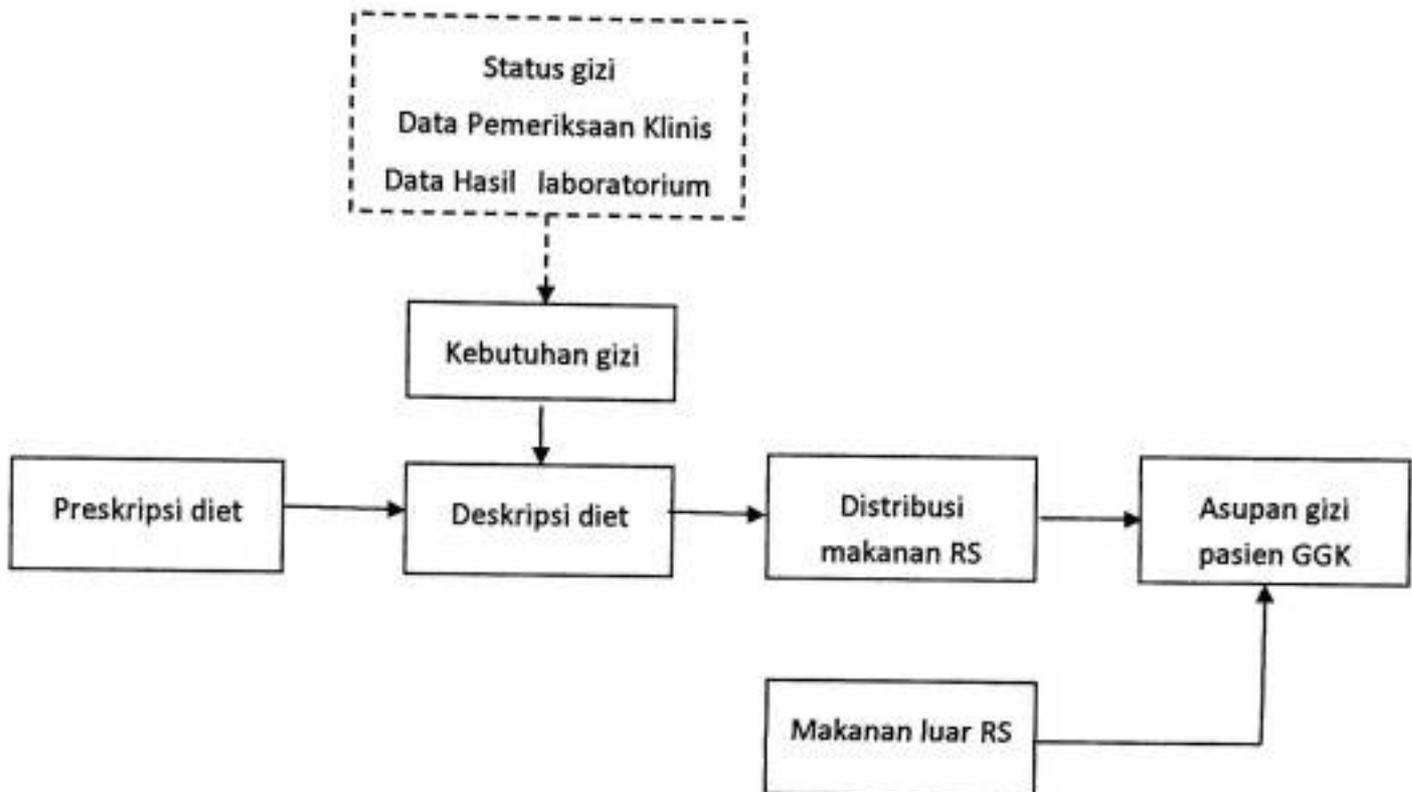
KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran

Pelayanan gizi rawat inap adalah serangkaian proses kegiatan yang berkesinambungan dimulai dari perencanaan diet hingga evaluasi rencana diet pasien rawat inap. Pelayanan ini bertujuan agar pasien memperoleh gizi yang sesuai dengan kondisi penyakit, dalam upaya mempercepat proses penyembuhan.

Penelitian ini berusaha mengetahui apakah preskripsi diet yang diberikan telah sesuai dengan kebutuhan gizi dan asupan pasien penyakit gagal ginjal kronik. Diharapkan dengan pelayanan gizi yang baik dapat membantu memenuhi kebutuhan gizi pasien sesuai jenis penyakitnya. Dari dasar pemikiran inilah peneliti ingin mengetahui sejauh mana hubungan preskripsi diet dengan makanan rumah sakit terhadap asupan gizi pasien penyakit gagal ginjal kronik.

B. Model hubungan antar Variabel



Keterangan :

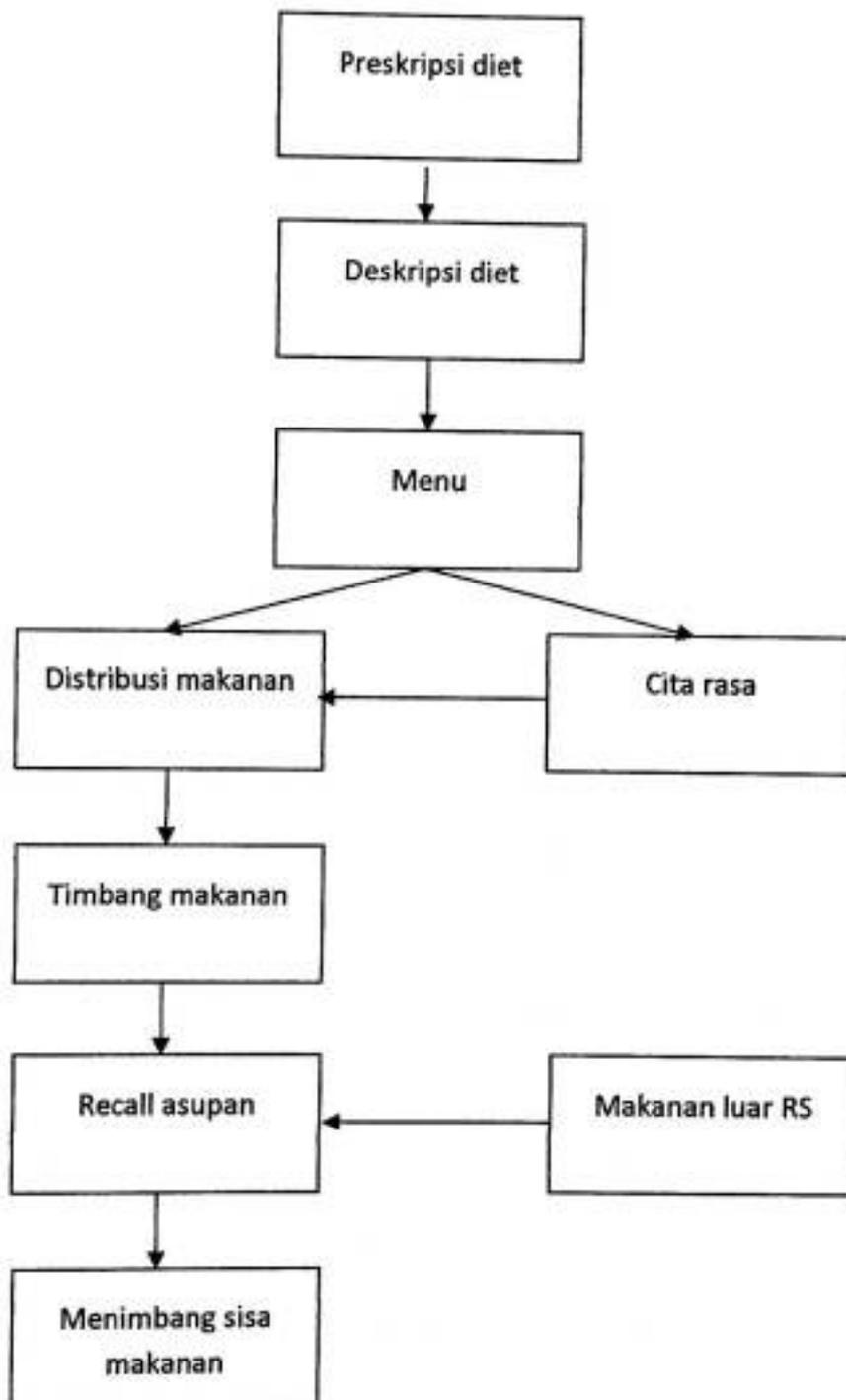
————> = Variabel yang diteliti

- - - - -> = Variabel yang tidak diteliti

C. Spesifikasi Variabel

1. Variabel Independen : Preskripsi Diet
2. Variabel dependen : Asupan Gizi

D. Alur Penelitian



E. Defenisi Operasional

- Preskripsi Diet : kebutuhan zat gizi pasien yang dihitung berdasarkan status gizi, status penyakit dan kondisi kesehatannya. (Preskripsi dibuat oleh dokter).
- Kebutuhan Gizi : Banyaknya zat-zat gizi minimal yang dibutuhkan seseorang untuk mempertahankan status gizi adekuat.
- Deskripsi Diet : Penerjemahan Preskripsi diet dalam bentuk menu. Terdiri atas waktu makan, jenis masakan dan ukuran bahan makanan baik gram maupun URT. Deskripsi dibuat oleh tenaga gizi ruang rawat inap.
- Distribusi Makanan : *Pembagi* Makanan Rumah Sakit yang dibagikan kepada *Ruang* pasien.
- Makanan Rumah Sakit : Makanan yang dihasilkan/disediakan oleh instalasi gizi rumah sakit.
- Makanan luar RS : Makanan yang didapat dari luar rumah sakit yang dikonsumsi oleh pasien.
- Asupan Gizi : Makanan yang dikonsumsi oleh pasien.
- Tingkat Konsumsi (asupan), (Supriasa, 2001).
- Sesuai : 90 - 110 % dari kebutuhan
- Tidak sesuai : < 90 - >110 % dari kebutuhan.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini bersifat deskriptif, yaitu melihat gambaran kesesuaian asupan gizi dengan preskripsi diet pada penderita penyakit gagal ginjal kronik di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan tanggal 28 April sampai 1 Juli 2008 di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo pada bagian rawat inap dan instalasi Gizi.

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien penyakit gagal ginjal kronik dengan atau tanpa penyerta/komplikasi di rawat inap di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Sampel

Sampel adalah seluruh Pasien penyakit gagal ginjal kronik dengan atau tanpa penyerta/komplikasi yang di rawat inap di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, dengan kriteria:

- a. Berumur > 17 Tahun
- b. Lama perawatan \geq 3 hari
- c. Menerima bentuk makanan biasa dan makanan lunak
- d. Dapat berkomunikasi dalam keadaan sadar.
- e. Bersedia menjadi responden

3. Jumlah sampel 30 orang.

D. Pengumpulan Data

1. Data Primer diperoleh dengan kegiatan penimbangan makanan yang telah siap untuk didistribusi dan mencicipi rasa makanan sbelum sampai kepada pasien, kegiatan distribusi sampai di meja pasien dan asupan pasien dengan menggunakan form standar recall 24 jam selama 3 hari berturut-turut. Melakukan pengukuran antropometri (Tinggi badan dan berat badan) untuk perhitungan kebutuhan pasien.
2. Data Sekunder diperoleh melalui buku status pasien data rekam medik meliputi diagnosa, terapi diet (preskripsi diet), dan data deskripsi diet diperoleh dari catatan buku les makanan, dan catatan diit pada etiket makanan petugas gizi ruangan.

E. Pengolahan dan Penyajian Data

Data diolah dengan software SPSS 11.5, data asupan makanan pasien diolah menggunakan Wfood. data preskripsi diet adalah numerik, data deskripsi diet adalah numerik, data makanan rumah sakit dan makanan luar rumah sakit adalah numerik, dan data asupan gizi adalah numerik. Data disajikan dalam bentuk narasi, persentase, dan tabel.

F. Instrumen Penelitian

- a. Kuesioner Penelitian dan Formulir Recall 24 Jam.
- b. Timbangan Rumah Tangga yang berkapasitas 2 Kg dengan tingkat ketelitian 0,01 Kg. Digunakan untuk menimbang makanan sebelum didistribusikan ke pasien dan sisa makanan pasien.

- c. Timbangan Berat Badan yang berkapasitas 120 Kg dengan tingkat ketelitian 0,01 Kg. Untuk mengetahui berat badan yang digunakan dalam perhitungan kebutuhan gizi pasien..
- d. Microtoice untuk mengukur tinggi badan dengan kapasitas 200 cm, dengan ketelitian 0,1 cm. Digunakan dalam perhitungan kebutuhan gizi pasien.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Wahidin Sudirohusodo merupakan rumah sakit kelas A (sesuai dengan SK Menteri Kesehatan No 238/Menkes/SK/III/1991) dan merupakan rumah sakit rujukan bagi rumah sakit di wilayah Indonesia bagian timur sesuai SK Menkes No.540/1994 dan juga merupakan rumah sakit pendidikan dengan fasilitas yang lengkap, kemudian pada januari tahun 2002 ditingkatkan menjadi perusahaan jawatan (perjan) berdasarkan Keppres No 125/2002.

Perjan RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo terletak di Jalan Perintis Kemerdekaan Km.10 Kelurahan Tamalanrea Jaya Kecamatan Kota Makassar dengan batas-batas sebagai berikut:

1. Sebelah barat dan selatan berbatasan dengan kampus UNHAS
2. Sebelah utara berbatasan dengan jalan Perintis Kemerdekaan
3. Sebelah Timur berbatasan dengan kompleks Kaveleri Kodam VII Wirabuana.

Luas areal Perjan RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo adalah 8 Ha. Rumah sakit ini didirikan pada tahun 1947 yang diprakarsai oleh Prof. Sj. Warrow dengan fasilitas awal sebuah bangsal bedah dan penyakit dalam.

Pada mulanya rumah sakit ini berstatus rumah sakit negara yang dipimpin rangkap oleh Direktur Rumah Sakit Jiwa yang terletak di jalan Lanto Dg.Pasewang No 34 Ujung Pandang.

Kedudukan Perjan RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo sebagai rumah sakit kelas A di kawasan timur Indonesia yang sekaligus sebagai rujukan dari propinsi-propinsi di sekitarnya, rumah sakit ini memiliki tugas dan fungsi sebagai rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada masyarakat juga sebagai pusat pendidikan bagi calon tenaga kesehatan.

Instalasi Gizi berdiri sejak didirikannya Rumah Sakit Umum Dadi Ujung Pandang. Dalam perkembangannya Instalasi Gizi RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2000 menjadi perjan dan pada tahun 2003 Instalasi Gizi melaksanakan swakelola dalam penyelenggaraan makanan, berdasarkan Keppres No 8 tahun 2003 tentang pedoman pelaksanaan pengadaan barang dan jasa pemerintah.

Instalasi Gizi mempunyai empat kegiatan pokok yaitu:

1. Pengadaan Makanan

Pengadaan makanan di Instalasi Gizi dilakukan dengan swakelola yaitu dengan cara membeli langsung. Dengan pembelian langsung ini Instalasi Gizi dapat menentukan sendiri harga dan kualitas sehingga sesuai dengan spesifikasi yang sudah ditentukan.

Untuk pengadaan snack pegawai dan pasien, Instalasi Gizi menawarkan kepada pegawai Instalasi Gizi yang mampu mengelola sesuai dengan



spesifikasi. Dengan adanya swakelola ini instalasi gizi dapat menyisihkan dana untuk kesejahteraan pegawai dalam bentuk insentif. Instalasi Gizi juga menerima katering dari luar yaitu katering bagi keluarga pasien.

2. Pelayanan gizi diruang rawat inap

Pelayanan gizi di ruang rawat inap dikordinir oleh seorang ahli gizi dan hampir disetiap ruangan sudah mempunyai ahli gizi yang memiliki tugas masing-masing:

- a. Menyusun dan merencanakan makanan penderita berdiit.
- b. Menyusun dan merencanakan makanan penderita dengan makanan biasa.
- c. Melaksanakan kegiatan pelayanan gizi diruangan penyakit dalam, bedah dan ruang ibu dan anak.

3. Penyuluhan/konsultasi dan rujukan gizi

Penyuluhan/konsultasi dan rujukan gizi merupakan bagian yang amat penting dari suatu pelayanan gizi rumah sakit. Melalui kegiatan ini diharapkan dapat meningkatkan pengertian serta sikap positif pasien terhadap peningkatan keadaan gizi dan kesehatan yang optimal. Kegiatan konsultasi gizi dilakukan setiap hari kerja di Poli Gizi dan di ruang Perawatan.

4. Penelitian dan pengembangan gizi terapan.

Penelitian dan pengembangan gizi terapan yang dilakukan di Instalasi gizi antara lain:

- a. Pembuatan ekstrak ikan gabus untuk pasien dengan albumin rendah. Ekstrak ikan gabus ini sudah dikenal dan sudah menerima pesanan dari luar.
- b. Dilakukan penelitian tentang penerimaan makanan pasien dalam rangka untuk mengevaluasi daya terima pasien terhadap makanan yang diberikan/disajikan oleh Instalasi Gizi

2. Gambaran Umum Responden

a. Jenis Kelamin Responden

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.

Distribusi Respoden Menurut Jenis Kelamin Pasien Gagal Ginjal Kronik RS. Wahidin Sudirohusodo.

Jenis Kelamin	n	%
Laki-Laki	15	50
Perempuan	15	50
Total	30	100

Sumber : Data Primer, 2008

Tabel 5. tersebut menunjukkan bahwa jumlah responden berjenis kelamin laki-laki sam dengan jumlah respnden berjenis kelamin perempuan, yaitu masing-masing sebanyak 15 orang (50 %).

b. Usia Responden

Tabel 6.

Distribusi Respoden Menurut Usia Pasien Gagal ginjal kronik
RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Usia	n	%
15 – 25	2	6,7
26 – 35	2	6,7
36 - 45	9	30,0
46 – 55	11	36,7
56 – 65	5	16,7
66 – 75	1	3,3
Total	30	100

Sumber : Data Primer, 2008

Tabel 6 tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia lebih dari 46 sampai 55 tahun yaitu sebanyak 11 orang (36,7 %).

c. Pendidikan Responden

Distribusi responden berdasarkan pendidikan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 7.

Distribusi Respoden Menurut Pendidikan Pasien Gagal ginjal kronik
RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Pendidikan	n	%
Tidak Sekolah	6	20,0
Tamat SD	7	23,3
Tamat SMP	1	3,3
Tamat SMA	10	33,3
Sarjana	6	20,0
Total	30	100

Sumber : Data Primer, 2008

Tabel 7 tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden, adalah tamat SMA yaitu sebanyak 10 orang (33.3%).

d. Pekerjaan Responden

Distribusi responden berdasarkan pekerjaan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 8.

Distribusi Respoden Menurut Pekerjaan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Pekerjaan Responden	n	%
Ibu Rumah Tangga	9	30,0
Karyawan/Swasta	2	6,7
PNS dan Pensiunan	5	16,7
Tidak bekerja	14	46,7
Total	30	100

Sumber : Data Primer, 2008

Tabel 9 tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah yang tidak lagi bekerja , yaitu sebanyak 14 orang (46,7%).

e. Status Perawatan.

Distribusi responden berdasarkan status Perawatan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 09.

Distribusi Respoden Menurut Status Perawatan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Status Perawatan	n	%
Askes	17	56,7
Askeskin/ JPS	10	33,3
Umum	3	10
Total	30	100

Sumber : Data Primer, 2008

Tabel 09 menunjukan bahwa sebagian besar status perawatan pasien adalah Askes yaitu sebanyak 17 orang (56,7 %).

f. Kelas Perawatan

Tabel 10.

Distribusi Respoden Menurut Kelas Perawatan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kelas	n	%
II	18	60,0
III	12	40,0
Total	30	100

Sumber : Data Primer, 2008

Tabel 10 tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden dirawat pada perawatan kelas II, yaitu sebanyak 18 orang (60 %).

g. Diagnosa Penyakit Penyerta

Tabel 11.

Distribusi Respoden Menurut Penyakit Penyerta Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Penyakit	n	%
GGK dengan Hemodialis	10	33,3
GGK dengan Diabetes Melitus tipe 2	4	13,3
GGK dengan HT dan PJK	4	13,3
GGK dengan Nefropati obstruktif	4	13,3
GGK dengan nefropati diabetic	2	6,7
GGK stage III	2	6,7
GGK dengan hipertensi	2	6,7
GGK nefrolithiasis	1	3,3
GGK stage III dengan SLE	1	3,3
Total	30	100

Sumber : Data Primer, 2008

Tabel 11 tersebut menunjukkan bahwa penyakit penyerta terbesar adalah Gagal Ginjal Kronik dengan hemodialisa (60 %) kemudian diabetes melitus tipe 2 sebanyak 4 orang (13,3%), Gagal ginjal kronik dengan hipertensi dan penyakit jantung koroner sebanyak 4 orang (13,3%) dan Gagal ginjal dengan hipertensi serta gagal ginjal dengan SLE masing-masing 1 orang (3,3 %).

h. Status Gizi Responden

Status Gizi responden dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 12.

Distribusi Responen Menurut Status Gizi Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Status Gizi	n	%
Buruk	11	36,7
Normal	13	43,3
Lebih	4	13,3
Obesitas	2	6,7
Total	30	100

Sumber : Data Primer, 2008

Tabel 12 tersebut menunjukkan sebagian besar responden memiliki status gizi baik, yaitu sebanyak 13 orang (43,3 %) dan selisih 2 orang responden yang berstatus gizi buruk yaitu 11 orang (36,7 %). Kriteria menurut klasifikasi berat badan berdasarkan IMT pada penduduk Asia Dewasa (IOTF, WHO 2000).

3. Variabel yang Diteliti.

a. Preskripsi Diet

Distribusi preskripsi diet responden dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 13.

Distribusi Respoden Menurut Preskripsi Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Preskripsi Diet	n	%
RG,RK,RP,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari	18	60.0
RG,RK,RP,Rprotien 0,8gr/kgBB/hari	7	23,3
RG,RK,RP,Rprotein 0,8 gr/kgBB/hari +DM 1700 Kkal	3	10
Rendah Garam	2	6,7
Total	30	100

Sumber : Data Primer, 2008

Tabel 13 tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari yaitu sebanyak 18 orang (60.0%), diet RG,RK,RP,Rprotien 0,8gr/kgBB/hari yaitu sebanyak 7 orang (23,3%), diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 kkal yaitu sebanyak 3 orang (10 %) dan diet Rendah Garam sebanyak 2 orang (6,7%).

b. Kebutuhan

Distribusi kebutuhan diet responden dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 14.
Distribusi Respoden Menurut Kebutuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan Diet	n	%
RG,RK,RPN,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari	15	50
RG,RK,RPN, RL,Rprot 0,6gr/kgBB/hari	3	10
RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	1	3,3
RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 kkal	1	3,3
Diet Dialisis,protein 1 gr/kgBBI/hari.	10	33,3
Total	30	100

Sumber : Data Primer, 2008

Tabel 14 tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki preskripsi diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari yaitu sebanyak 15 orang (50.0%), diet dialisis protein 1 gr/kgBBI/hari yaitu sebanyak 10 orang (33,3 %), diet RG,RK,RPN,RL,Rprotien 0,6gr/kgBB/hari yaitu sebanyak 3 orang (10%), diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari yaitu sebanyak 1 orang (3,3%), dan diet RG,RK,RPN, Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 kkal yaitu sebanyak 1 orang (3,3 %).

4. Preskripsi, Deskripsi, dan Distribusi.

- a. Presentase deskripsi dan distribusi energi terhadap preskripsi pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 15.

Presentase Deskripsi dan Distribusi Energi Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Preskripsi		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	Kkal	Kkal	%*	Kkal	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	1729	1750	101,2	1609	93,6
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	2086	2000	95,8	1557	74,6
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	1700	1700	100	1503	88,4
Rendah Garam	2265	2000	88,3	1835	81

Sumber : Data Primer, 2008

*Persentase terhadap preskripsi.

Tabel 15 tersebut menunjukkan pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi energi terhadap preskripsi sebesar 101,2%, dan presentase distribusi energi terhadap preskripsi sebesar 93,6%. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari,persentase diskripsi energi terhadap preskripsi sebesar 95,8% dan presentase distribusi energi terhadap preskripsi sebesar 74,6%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RPN, Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi energi terhadap preskripsi sebesar 100 %, dan presentase distribusi energi terhadap preskripsi sebesar 88,4%, Pada kelompok preskripsi diet rendah garam

presentase deskripsi energi terhadap preskripsi diet sebesar 88,3% dan presentase distribusi energi terhadap preskripsi diet sebesar 81%.

- b. Presentase deskripsi dan distribusi protein terhadap preskripsi pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 16.

Presentase Deskripsi dan Distribusi Protein Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Preskripsi		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	gram	gram	%*	gram	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	30	30	100	39,5	131,6
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	35	35	100	39,8	113,7
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	35	35	100	38,6	110,2
Rendah Garam	41	40	97,5	44	107,3

Sumber: Data Primer Terolah,2008.

*Persentase terhadap preskripsi

Tabel 16 tersebut menunjukkan pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi protein terhadap preskripsi sebesar 100%, dan presentase distribusi distribusi terhadap preskripsi sebesar 131,6%. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari,persentase deskripsi protein terhadap preskripsi sebesar 100% dan presentase distribusi protein terhadap preskripsi sebesar 113,7%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi protein terhadap preskripsi sebesar 100 %, dan presentase distribusi protein terhadap preskripsi sebesar

110,2%, Pada kelompok preskripsi diet rendah garam presentase diskripsi protein terhadap preskripsi diet sebesar 97,5% dan presentase distribusi protein terhadap preskripsi sebesar 107,3%.

- c. Presentase deskripsi dan distribusi lemak terhadap preskripsi pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 17.

Presentase Deskripsi dan Distribusi Lemak Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Preskripsi		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	gram	gram	%*	gram	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	57	55	96,4	37,4	65,6
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	70	70	100	36,1	51,5
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	36,5	40	109,5	32,6	89,3
Rendah Garam	75	75	100	39	52

Sumber: Data Primer Terolah, 2008

*Presentase terhadap Preskripsi.

Tabel 17 tersebut menunjukkan pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi lemak terhadap preskripsi sebesar 96,4%, dan presentase distribusi energi terhadap preskripsi sebesar 65,6%. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari, presentase diskripsi protein terhadap preskripsi sebesar 100% dan presentase distribusi terhadap preskripsi sebesar 51,5%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal, persentase deskripsi energi terhadap preskripsi sebesar

109,5 %, dan presentase distribusi energi terhadap preskripsi sebesar 89,3%, Pada kelompok preskripsi diet rendah garam presentase diskripsi lemak terhadap preskripsi diet sebesar 100% dan presentase distribusi lemak terhadap preskripsi diet sebesar 52%.

- d. Presentase deskripsi dan distribusi karbohidrat terhadap preskripsi pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 18

Presentase Deskripsi dan Distribusi Karbohidrat Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Preskripsi		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	gram	gram	%*	gram	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	263	250	95	256	97
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	327	300	91,7	235	71,8
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	275	300	109	256	93
Rendah Garam	356	350	98,3	265	74

Sumber : Data Primer Terolah,2008

*Presentase Terhadap preskripsi

Tabel 18 tersebut menunjukkan pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi energi terhadap preskripsi sebesar 95%, dan presentase distribusi energi terhadap preskripsi sebesar 97%. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari,presentase diskripsi karbohidrat terhadap preskripsi sebesar 91,7% dan presentase distribusi karbohidrat terhadap preskripsi sebesar 71,8%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi karbohidrat terhadap preskripsi sebesar 109 %, dan presentase distribusi karbohidrat terhadap preskripsi sebesar 93%, Pada kelompok preskripsi diet rendah garam presentase diskripsi karbohidrat terhadap preskripsi diet sebesar 98,3% dan presentase distribusi karbohidrat terhadap preskripsi diet sebesar 74%.

- e. Presentase deskripsi dan distribusi kalsium terhadap preskripsi pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 19

Presentase Deskripsi dan Distribusi Kalsium Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Preskripsi		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	mg	mg	%*	mg	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	263	250	95,05	249	94,6
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	327	300	91,7	255	77,9
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	327	300	91,7	299	91,4
Rendah Garam	385	350	90,9	391	101,5

Sumber : Data Primer Terolah,2008

*Presentase terhadap Preskripsi

Tabel 19 tersebut menunjukkan pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi kalsium terhadap preskripsi sebesar 95,05%, dan presentase distribusi kalsium terhadap preskripsi sebesar 94,6%. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari,presentase diskripsi kalsium

terhadap preskripsi sebesar 91,7% dan presentase distribusi kalsium terhadap preskripsi sebesar 77,9%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi kalsium terhadap preskripsi sebesar 91,7 %, dan presentase distribusi kalsium terhadap preskripsi sebesar 91,4%, Pada kelompok preskripsi diet rendah garam presentase diskripsi kalsium terhadap preskripsi diet sebesar 90,9% dan presentase distribusi kalsium terhadap preskripsi diet sebesar 101,5%.

- f. Presentase deskripsi dan distribusi natrium terhadap preskripsi pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 20

Presentase Deskripsi dan Distribusi Natrium Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Preskripsi		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	mg	mg	%*	mg	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	200	200	100	192	96
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	220	220	100	195	88,6
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	220	220	100	229	104
Rendah Garam	275	300	109	251	91,2

Sumber : Data Primer Terolah, 2008

*Presentase terhadap Preskripsi

Tabel 20 tersebut menunjukkan pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi natrium terhadap preskripsi sebesar 100%, dan presentase distribusi natrium terhadap preskripsi sebesar 96%. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari,presentase diskripsi natrium

terhadap preskripsi sebesar 100% dan presentase distribusi natrium terhadap preskripsi sebesar 88,6%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi natrium terhadap preskripsi sebesar 100 %, dan presentase distribusi natrium terhadap preskripsi sebesar 104 %, Pada kelompok preskripsi diet rendah garam presentase diskripsi kalsium terhadap preskripsi diet sebesar 109% dan presentase distribusi kalsium terhadap preskripsi diet sebesar 91,2%.

- g. Presentase deskripsi dan distribusi kalium terhadap preskripsi pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 21.

Presentase Deskripsi dan Distribusi Kalium Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Preskripsi		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	mg	mg	%*	mg	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	1277	1300	101,8	1201	94
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	1387	1500	108,1	1211	87,3
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	1387	1500	108,1	1323	95,3
Rendah Garam	1590	2000	125,7	1475	92,7

Sumber : Data Primer Terolah, 2008

*Presentase terhadap Preskripsi

Tabel 21 tersebut menunjukkan pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi kalium terhadap preskripsi sebesar 101,8%, dan presentase distribusi kalium terhadap preskripsi sebesar 94%. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari,presentase diskripsi kalium

terhadap preskripsi sebesar 108,1% dan presentase distribusi kalium terhadap preskripsi sebesar 87,3%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi kalium terhadap preskripsi sebesar 108,1 %, dan presentase distribusi kalium terhadap preskripsi sebesar 95,3 %, Pada kelompok preskripsi diet rendah garam presentase diskripsi kalium terhadap preskripsi diet sebesar 125,7% dan presentase distribusi kalium terhadap preskripsi diet sebesar 92,7%.

5. Kebutuhan, Deskripsi, dan Distribusi.

- a. Presentase deskripsi dan distribusi energi terhadap kebutuhan pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 22.

Presentase Deskripsi dan Distribusi Energi Terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan Kelompok	Kkal	Deskripsi		Distribusi	
		Kkal	%*	Kkal	%*
RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	1703,8	1750	102,7	1558,2	91,4
RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari	1595	1700	106,5	1862	116,7
RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	2503	2000	79,9	1747	85
RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	1610	1700	105,5	1458	90,5
Diet Dialisis protein 1 gr/kgBB/hari	1814,4	2000	110	1602,5	88,3

Sumber: Data Primer Terolah, 2008

*presentase terhadap kebutuhan.

Tabel 22 tersebut menunjukkan pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi energi terhadap kebutuhan sebesar 102,7%, dan presentase distribusi energi

terhadap kebutuhan sebesar 91,4%. Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RP,RL,Rprotein presentase deskripsi energi terhadap kebutuhan sebesar 106,5% dan presentase distribusi energi terhadap kebutuhan sebesar 116,7%, Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari,presentase diskripsi energi terhadap kebutuhan sebesar 79,9% dan presentase distribusi energi terhadap kebutuhan sebesar 85%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi energi terhadap kebutuhan sebesar 105,5 %, dan presentase distribusi energi terhadap kebutuhan sebesar 90,5%, Pada kelompok kebutuhan diet dialisis protein 1 gr/kgBBI/hari presentase diskripsi energi terhadap kebutuhan sebesar 110% dan presentase distribusi energi terhadap kebutuhan diet sebesar 88,3%.

- b. Presentase deskripsi dan distribusi protein terhadap kebutuhan pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 23.

Presentase Deskripsi dan Distribusi Protein Terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	gram	gram	%*	gram	%*
RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	30,2	30	99,3	38,4	127
RG,RK,RPN,RL,Rprot 0,6 gr/kgBB/hari	27,3	30	109,8	46,6	170
RG,RK,RPN,Rprot 0,8gr/kgBB/hari	46,9	35	74,6	38	81
RG,RK,RPN,Rprot 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	36,8	35	95,1	30	81,5
Diet Dialisis protein 1 gr/kgBB/hari	51,8	60	115,8	41	79

Sumber: Data Primer terolah,2008.

*presentase terhadap kebutuhan.

Tabel 18 tersebut menunjukkan pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi protein terhadap kebutuhan sebesar 99,3 %, dan presentase distribusi protein terhadap kebutuhan sebesar 127 %. Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,RL,Rprotein presentase deskripsi protein terhadap kebutuhan sebesar 109,8 % dan presentase distribusi protein terhadap kebutuhan sebesar 170 %, Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari,presentase diskripsi protein terhadap kebutuhan sebesar 74,6% dan presentase distribusi protein terhadap kebutuhan sebesar 81%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi protein terhadap kebutuhan sebesar 95,1 %, dan presentase distribusi protein terhadap kebutuhan sebesar 81,5 %, Pada kelompok kebutuhan diet dialisis protein 1 gr/kgBBI/hari presentase diskripsi protein terhadap kebutuhan sebesar 115,8% dan presentase distribusi protein terhadap kebutuhan diet sebesar 79%.

- c. Presentase deskripsi dan distribusi lemak terhadap kebutuhan pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 24.

Presentase deskripsi dan distribusi lemak terhadap kebutuhan pasien gagal ginjal kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	gram	gram	%*	gram	%*
RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	39,2	55	140,3	33,06	84,3
RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari	45,7	44	96,2	48,3	105,6
RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	56	70	125	27	48,2
RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	44,7	40	89,4	26	58,1
Diet Dialisis protein 1 gr/kgBB/hari	47,6	70	147	37,7	79,2

Sumber: Data Primer Terolah, 2008

*Presentase teradap kebutuhan.

Tabel 24 tersebut menunjukkan pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, presentase deskripsi lemak terhadap kebutuhan sebesar 140,3 %, dan presentase distribusi lemak terhadap kebutuhan sebesar 84,3 %. Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, presentase deskripsi lemak terhadap kebutuhan sebesar 96,2 % dan presentase distribusi lemak terhadap kebutuhan sebesar 105,6%, Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari,presentase diskripsi lemak terhadap kebutuhan sebesar 125% dan presentase distribusi lemak terhadap kebutuhan sebesar 48,2 %.



Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi lemak terhadap kebutuhan sebesar 89,4 %, dan presentase distribusi lemak terhadap kebutuhan sebesar 58,1%, Pada kelompok kebutuhan diet dialisis protein 1 gr/kgBBI/hari presentase diskripsi lemak terhadap kebutuhan sebesar 147 % dan presentase distribusi lemak terhadap kebutuhan diet sebesar 79,1 %.

- d. Presentase deskripsi dan distribusi karbohidrat terhadap kebutuhan pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 25.

Presentase Deskripsi dan Distribusi Karbohidrat Terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	gram	gram	%*	gram	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	291,6	250	85,7	246,4	84,4
RG,RK,RP,RL,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari	283	230	81,2	292,6	103
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	337	300	89	237	70,3
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	265	265	100	227	85,6
Diet Dialisis protein 1 gr/kgBB/hari	287,5	300	104,3	253	88

Sumber: Data Primer terolah,2008.

*presentase terhadap kebutuhan.

Tabel 25 tersebut menunjukkan pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 85,7%, dan presentase distribusi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 84,4%. Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari, presentase

deskripsi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 81,2 % dan presentase distribusi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 103 %, Pada kelompok kebutuhan diet RG, RK, RPN, Rprotein 0,8gr/kgBB/hari, presentase deskripsi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 89 % dan presentase distribusi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 70,3%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 100 %, dan presentase distribusi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 85,6%, Pada kelompok kebutuhan diet dialisis protein 1 gr/kgBBI/hari presentase deskripsi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 104,3 % dan presentase distribusi karbohidrat terhadap kebutuhan diet sebesar 88 %.

- e. Presentase deskripsi dan distribusi kalsium terhadap kebutuhan pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 26.

Presentase Deskripsi dan Distribusi Kalsium Terhadap Kebutuhan pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	mg	mg	%*	mg	%*
RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	250	250	100	233	93,2
RG,RK,RPN,RL,Rprot 0,6gr/kgBB/hari	250	250	100	261	104,4
RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	300	300	100	265	88,3
RG,RK,RPN,Rprot0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	300	300	100	279	93
Diet dialysis protein 1 gr/kgBBI/hari	600	600	100	311	51,8

Sumber: data Primer Terolah, 2008

*Presentase terhadap kebutuhan

Tabel 26 tersebut menunjukkan pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 100%, dan presentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 93,2%. Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari ,presentase diskripsi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 100%, dan presentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 104,4%, Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari,presentase diskripsi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 100% dan presentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 88,3%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 100 %, dan presentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 93%, Pada kelompok kebutuhan diet dialisis protein 1gr/kgBBI/hari presentase diskripsi kalsium terhadap kebutuhan diet sebesar 100% dan presentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan diet sebesar 51,8%.

- f. Presentase deskripsi dan distribusi natrium terhadap kebutuhan pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 27.

Presentase Deskripsi dan Distribusi Natrium Terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	mg	mg	%*	mg	%*
RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	200	200	100	183	91,5
RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	200	200	100	171	85,5
RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	300	300	100	189	63
RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700	300	300	100	289	96,3
Diet dialysis protein 1 gr/kgBBI/hari	600	600	100	344	53,7

Sumber : Data Primer Terolah, 2008

*Presentase terhadap kebutuhan

Tabel 27 tersebut menunjukkan pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 100%, dan presentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 91,5%. Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari ,presentase diskripsi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 100%, dan presentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 85,5%, Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari,presentase diskripsi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 100% dan presentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 63%.

Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 100 %, dan presentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 96,3%, Pada kelompok kebutuhan diet dialisis protein 1gr/kgBBI/hari presentase diskripsi kalsium terhadap kebutuhan diet sebesar 100% dan presentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan diet sebesar 53,7%.

- g. Presentase deskripsi dan distribusi kalium terhadap kebutuhan pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 28.

Presentase Deskripsi dan Distribusi Kalium Terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Deskripsi		Distribusi	
Kelompok	mg	mg	%*	mg	%*
RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	1300	1300	100	1113	85,6
RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	1300	1300	100	991	76,2
RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	1500	1500	100	1423	94,8
RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+ DM 1700	1500	1500	100	1329	88,6
Diet dialysis protein 1 gr/kgBBI/hari	2000	2000	100	1647	82,3

Sumber: Data Primer Terolah,2008

*Presentase terhadap kebutuhan

Tabel 28 tersebut menunjukkan pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase deskripsi kalium terhadap kebutuhan sebesar 100%, dan presentase distribusi kalium terhadap kebutuhan sebesar 85,9%. Pada kelompok kebutuhan diet

RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari ,presentase diskripsi kalium terhadap kebutuhan sebesar 100%, dan presentase distribusi kalium terhadap kebutuhan sebesar 76,2%, Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari,presentase diskripsi kalium terhadap kebutuhan sebesar 100% dan presentase distribusi kalium terhadap kebutuhan sebesar 94,8%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase deskripsi kalium terhadap kebutuhan sebesar 100 %, dan presentase distribusi kalium terhadap kebutuhan sebesar 88,6%, Pada kelompok kebutuhan diet dialisis protein 1gr/kgBBI/hari presentase diskripsi kalium terhadap kebutuhan diet sebesar 100% dan presentase distribusi kalium terhadap kebutuhan diet sebesar 82,3%.

6. Preskripsi, Distribusi dan Asupan .

a. Preskripsi, Distribusi dan Asupan Energi.

Presentase distribusi dan asupan energi terhadap preskripsi pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 29.

Presentase Distribusi dan Asupan Energi terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Preskripsi		Distribusi		Asupan					
				Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
Kelompok	Kkal	Kkal	%*	Kkal	%*	Kkal	%*	Kkal	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	1729	1609	93,6	871,8	50,4	143,9	8,3	1015,7	58,7
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	2086	1577	74,6	928	44,4	108	5,1	1036	49,5
RG,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700 Kkal	1700	1503	88,4	716	42,1	111,4	6,5	322	48,6
Rendah Garam	2265	1835	81	1081	47,7	392,9	17,3	573	65

Sumber : Data Primer, 2008

*Persentase terhadap preskripsi.

Tabel 29 tersebut menunjukkan pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari (1729 kkal), persentase distribusi energi terhadap preskripsi sebesar 93,6%, asupan energi dari rumah sakit sebesar 50,4% dan energi dari luar rumah sakit sebesar 8,3%. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari (2086 kkal), persentase distribusi energi terhadap preskripsi sebesar 74,6%, asupan energi dari rumah sakit sebesar 44,4% dan energi dari luar rumah sakit sebesar 5,1%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase distribusi energi terhadap preskripsi sebesar 88,4 %, asupan energi dari rumah sakit sebesar 42,1% dan energi dari luar rumah sakit sebesar 6,5%. Pada kelompok preskripsi diet Rendah Garam persentase distribusi energi terhadap preskripsi sebesar 81%, asupan energi dari rumah sakit sebesar 47,7% dan energi dari luar rumah sakit sebesar 17,3%.

b. Preskripsi, Distribusi dan Asupan Protein

Presentase distribusi dan asupan protein terhadap preskripsi pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 30.

Persentase Distribusi dan Asupan Protein terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Preskripsi		Distribusi		Asupan					
				Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
Kelompok	Gr	gr	%*	gr	%*	gr	%*	gr	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	30	39,5	131,6	7,7	25,6	8,5	28,3	16,2	53,9
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	35	39,8	113,7	9,5	27,1	10,3	29	19,8	56,1
RG,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 kkal	35	38,6	110,2	7,8	22,2	3,8	10,8	11,6	33
Rendah Garam	41	44	107,3	6,7	16,3	11,9	29	30,6	45,3

Sumber: Data primer terolah.
*Presentase terhadap preskripsi

Tabel 30 menunjukkan bahwa pada kelompok preskripsi RG,RK,RP,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari persentase distribusi protein terhadap preskripsi sebesar 131,6%, asupan protein dari rumah sakit sebesar 25,6% dan protein dari luar rumah sakit sebesar 28,3%. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8 gr/kgBB/hari persentase distribusi protein terhadap preskripsi sebesar 113,7%, asupan protein dari rumah sakit sebesar 27,1% dan protein dari luar rumah sakit sebesar 29%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8 gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal persentase distribusi protein terhadap preskripsi sebesar 110,2%, asupan protein dari rumah sakit sebesar 22,2% dan dari luar rumah sakit sebesar 10,8%. Pada kelompok preskripsi diet Rendah garam persentase distribusi protein terhadap preskripsi sebesar 107,3%, asupan protein dari rumah sakit sebesar 16,3% dan dari luar rumah sakit sebesar 29%.

c. Preskripsi, Distribusi dan Asupan Lemak

Presentase distribusi dan asupan lemak pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 31.

Persentase Distribusi dan Asupan Lemak terhadap Preskripsi Pasien Gagal ginjal kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Preskripsi		Distribusi		Asupan					
				Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
Kelompok	gr	gr	%*	gr	%*	gr	%*	gr	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari	57	37,4	65,6	14,5	25,4	8,2	14,3	22,7	39,7
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	70	36,1	51,6	16,3	23,2	6,6	9,4	22,9	32,6
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700 kkal	36,5	32,6	89,3	13,3	36,4	5	13,6	20,3	50
Rendah Garam	75	39	52	25	33,3	17,1	22,8	12,2	56,1

Sumber : Data Primer, 2008

*Persentase terhadap preskripsi.

Tabel 31 menunjukkan bahwa pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein persentase distribusi lemak terhadap preskripsi sebesar 65,6%, asupan lemak dari rumah sakit sebesar 25,4% dan lemak dari luar rumah sakit sebesar 14,3%. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari persentase distribusi lemak terhadap preskripsi sebesar 51,6%, asupan lemak dari rumah sakit sebesar 23,2% dan lemak dari luar rumah sakit sebesar 9,4%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8 gr/kgBB/hari+DM 1700 kkal persentase distribusi lemak terhadap preskripsi sebesar 89,3%, asupan lemak dari rumah sakit sebesar 36,4%

dan dari luar rumah sakit sebesar 13,6%. Pada kelompok preskripsi diet Rendah garam persentase distribusi lemak terhadap preskripsi sebesar 52%, asupan lemak dari rumah sakit sebesar 33,3% dan dari luar rumah sakit sebesar 22,8%.

d. Preskripsi, Distribusi dan Asupan Karbohidrat

Persentase distribusi dan asupan karbohidrat terhadap preskripsi pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 32.

Persentase Distribusi dan Asupan Karbohidrat terhadap Preskripsi pasien gagal ginjal kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Preskripsi		Distribusi		Asupan					
				Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
Kelompok	Gr	gr	%*	gr	%*	gr	%*	gr	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	263	256	97	105,7	40,1	34,7	13,1	118	53,1
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	327	235	71,8	99	30,2	40,4	12,3	139	42,5
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700 kkal	275	256	93	102,3	37,2	37,6	13,6	139,9	50,8
Rendah garam	356	265	74,4	158,5	44,5	99	27,8	257,5	72,3

Sumber : Data Primer, 2008.

*Persentase terhadap preskripsi.

Tabel 32 menunjukkan bahwa pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi karbohidrat terhadap preskripsi sebesar 97%, asupan karbohidrat dari rumah sakit sebesar 40,1% dan karbohidrat dari luar rumah sakit sebesar 13,1%. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari persentase distribusi karbohidrat terhadap preskripsi sebesar 71,8%,

asupan karbohidrat dari rumah sakit sebesar 30,2 % dan karbohidrat dari luar rumah sakit sebesar 12,3%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal persentase distribusi karbohidrat terhadap preskripsi sebesar 93%, asupan karbohidrat dari rumah sakit sebesar 37,2% dan karbohidrat dari luar rumah sakit sebesar 13,6%. Pada kelompok preskripsi diet Rendah garam persentase distribusi karbohidrat terhadap preskripsi sebesar 74%, asupan karbohidrat dari rumah sakit sebesar 44,5% dan karbohidrat dari luar rumah sakit sebesar 27,8%.

e. Preskripsi, distribusi dan asupan kalsium.

Presentase distribusi asupan kalsium terhadap preskripsi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 33.

Presentase Distribusi dan Asupan Kalsium terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik.

Preskripsi	Distribusi			Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
	Kelompok	mg	%*	mg	%*	mg	%*	mg	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	263	294	99,6	115	43,7	31	11,7	146	55,4
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	327	255	77,9	99	30,2	21	6,4	120	36,4
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+D M 1700 kkal	327	299	91,4	103	31,4	9	2,7	112	34,1
Rendah garam	385	391	101,5	179	46,4	34	8,8	213	55,2

Sumber : Data Primer, 2008.
*Presentase terhadap Preskripsi

Tabel 33 menunjukkan bahwa pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari persentase distribusi kalsium terhadap preskripsi sebesar 99,6 %, asupan kalsium dari rumah sakit sebesar 43,7 % dan kalsium dari luar rumah sakit sebesar 11,7 %. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8 gr/kgBB/hari persentase distribusi kalsium terhadap preskripsi sebesar 77,9 %, asupan kalsium dari rumah sakit sebesar 30,2 % dan kalsium dari luar rumah sakit sebesar 6,4 %.

Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal persentase distribusi terhadap preskripsi sebesar 91,4 %, asupan kalsium dari rumah sakit sebesar 31,4% dan kalsium dari luar rumah sakit sebesar 2,7 %. Pada kelompok preskripsi diet Rendah garam persentase distribusi terhadap preskripsi sebesar 105,5 %, asupan kalsium dari rumah sakit sebesar 46,6 % dan kalsium dari luar rumah sakit sebesar 8,8%.

f. Preskripsi, distribusi dan asupan natrium.

Presentase distribusi dan asupan natrium terhadap preskripsi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 34.
Presentase Distribusi dan Asupan Natrium Terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik.

Preskripsi		Distribusi		Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
Kelompok	mg	mg	%*	mg	%*	mg	%*	mg	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	200	192	96	98	49	9	4,5	107	53,5
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	220	195	88,6	78	35,4	13	5,9	91	41,3
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700 kkal	220	229	104	105	47,7	21	9,5	126	57,2
Rendah garam	275	251	91,2	113	41	27	9,8	140	50,8

Sumber : Data Primer, 2008.

*Presentase terhadap preskripsi

Tabel 34 menunjukkan bahwa pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi natrium terhadap preskripsi sebesar 97%, asupan natrium dari rumah sakit sebesar 21,1% dan natrium dari luar rumah sakit sebesar 13,1%. Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari persentase distribusi natrium terhadap preskripsi sebesar 71,8%, asupan natrium dari rumah sakit sebesar 18 % dan natrium dari luar rumah sakit sebesar 6,2%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal persentase distribusi natrium terhadap

preskripsi sebesar 93%, asupan natrium dari rumah sakit sebesar 15,3% dan natrium dari luar rumah sakit sebesar 6,4%. Pada kelompok preskripsi diet Rendah garam persentase distribusi natrium terhadap preskripsi sebesar 74%, asupan natrium dari rumah sakit sebesar 10,8% dan natrium dari luar rumah sakit sebesar 16,2%.

g. Preskripsi, distribusi dan asupan kalium

Presentase distribusi dan asupan kalium dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 35.

Presentase Distribusi dan Asupan Kalium terhadap Preskripsi Pasien Gagal Ginjal Kronik.

Preskripsi	Distribusi			Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
	Mg	mg	%*	mg	%*	mg	%*	mg	%*
RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	1277	1201	94	558	43,6	79	6,1	637	49,7
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari	1387	1211	87,3	462	33,3	53	3,8	515	37,1
RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari+DM 1700 kkal	1397	1323	95,3	666	47,6	90	6,4	756	54
Rendah garam	1590	1475	92,7	825	51	109	6,8	934	57,8

Sumber : Data Primer, 2008.

*Presentase terhadap preskripsi

Tabel 35 menunjukkan bahwa pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi kalium terhadap preskripsi sebesar 94%, asupan kalium dari rumah sakit sebesar 43,6% dan kalium dari luar rumah sakit sebesar 6,1%. Pada

kelompok kebutuhan RG,RK,RP,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari presentase distribusi kalium terhadap preskripsi sebesar 87,3%, kalium dari dalam rumah sakit Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari persentase distribusi kalium terhadap preskripsi sebesar 71,8%, asupan kalium dari rumah sakit sebesar 18 % dan kalium dari luar rumah sakit sebesar 6,2%.

Pada kelompok preskripsi diet RG,RK,RP,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal persentase distribusi kalium terhadap preskripsi sebesar 93%, asupan kalium dari rumah sakit sebesar 15,3% dan kalium dari luar rumah sakit sebesar 6,4%. Pada kelompok preskripsi diet Rendah garam persentase distribusi kalium terhadap preskripsi sebesar 74%, asupan kalium dari rumah sakit sebesar 10,8% dan kalium dari luar rumah sakit sebesar 16,2%.

7. Kebutuhan, Distribusi dan Asupan

a. Kebutuhan, Distribusi dan Asupan Energi

Persentase distribusi dan asupan energi terhadap kebutuhan pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 36.

Persentase Distribusi dan Asupan Energi terhadap Kebutuhan pasien Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Distribusi		Asupan					
				Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
Kelompok	Kkal	Kkal	%*	Kkal	%*	Kkal	%*	Kkal	%*
RG,RK,RPN,Rprot 0,6gr/kgBB/hari	1703,8	1558,2	91,4	673,8	39,5	151,4	8,8	825,2	48,3
RG,RK,RPN,RL,Rp rot 0,6gr/kgBB/hari	1595	1862	116,7	823,1	51,6	102,5	6,4	925,6	58
RG,RK,RPN,Rprot 0,8gr/kgBB/hari	2053	1747	85	455	22,1	573,3	27,9	1028,3	50
RG,RK,RPN,Rprot 0,8gr/kgBB/hari+D M 1700 Kkal	1610	1458	90,5	769,3	47,7	99,6	6,1	268,9	53,9
Diet Dialisis protein 1gr/kgBBI/hari	1814,4	1602,5	88,3	833,5	45,9	148,2	8,1	381,7	54

Sumber : Data Primer, 2008

*Persentase terhadap kebutuhan.

Tabel 36 tersebut menunjukkan pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, persentase distribusi energi terhadap kebutuhan sebesar 109,3%, asupan energi dari rumah sakit sebesar 39,5% dan energi dari luar rumah sakit sebesar 8,8%. Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi energi terhadap kebutuhan 85,6%, asupan energi dari rumah sakit sebesar 51,6% dan energi dari luar rumah sakit sebesar 6,4%. Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein



0,8gr/kgBB/hari , persentase distribusi energi terhadap kebutuhan sebesar 117%, asupan energi dari rumah sakit sebesar 22,1% dan energi dari luar rumah sakit sebesar 27,9%.

Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal , persentase distribusi energi terhadap kebutuhan sebesar 110 % , asupan energi dari rumah sakit sebesar 47,7% dan energi dari luar rumah sakit sebesar 6,1%. Pada kelompok kebutuhan Diet Dialisis presentase distribusi energi terhadap kebutuhan sebesar 113%, asupan energi dari rumah sakit sebesar 45,9% dan energi dari luar rumah sakit sebesar 8,1%.

b. Kebutuhan, Distribusi dan Asupan Protein

Presentase distribusi dan asupan protein terhadap kebutuhan pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 37.

Persentase Distribusi dan Asupan Protein terhadap kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Distribusi		Asupan					
				Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
Kelompok	Gr	gr	%*	gr	%*	gr	%*	gr	%*
RG,RK,RPN,Rprot 0,6gr/kgBB/hari	30,2	38,4	127	8,1	26,8	10,4	34,4	18,5	60,8
RG,RK,RPN,RL,Rprot 0,6gr/kgBB/hari	27,3	46,6	170	8,9	32,6	6,9	25,2	15,8	57,8
RG,RK,RPN,Rprot 0,8 gr/kgBB/hari	46,9	38	81	7,2	15,3	7,6	16,2	14,8	31,5
RG,Rprot 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 kkal	36,8	30	81,5	7,3	19,8	8	21,7	15,3	41,5
Diet dialysis protein 1gr/kgBB/hari	51,8	41	79	10,5	20,7	9,6	18,5	20,1	39,2

Sumber : Data Primer, 2008

*Persentase terhadap kebutuhan.

Tabel 37 menunjukkan bahwa pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi protein terhadap kebutuhan sebesar 127%, asupan protein dari rumah sakit sebesar 26,8% dan protein dari luar rumah sakit sebesar 34,4%. Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi protein terhadap kebutuhan sebesar 170%, asupan protein dari rumah sakit sebesar 32,6% dan protein dari luar rumah sakit sebesar 25,2%.

Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari persentase distribusi protein terhadap kebutuhan sebesar 81%, asupan protein dari rumah sakit sebesar 15,3% dan dari luar rumah sakit sebesar 16,2%. Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal persentase distribusi protein terhadap kebutuhan sebesar 81,5%, asupan protein dari rumah sakit sebesar 19,8% dan dari luar rumah sakit sebesar 21,7%. Pada kelompok kebutuhan Diet dialisis protein 1 gr/kgBBI/hr presentase distibusi protein terhadap kebutuhan sebesar 79%,asupan protein dari rumah sakit 20,7% dan dari luar rumah saki sebesar 18,5%.

c. Kebutuhan, Distribusi dan Asupan Lemak

Presentase distribusi dan asupan lemak terhadap kebutuhan pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 38.

Persentase Distribusi dan Asupan Lemak terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Distribusi		Asupan					
				Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
Kelompok	Gr	gr	%*	gr	%*	gr	%*	gr	%*
RG,RK,RPN,Rprot 0,6gr/kgBB/hari	39,2	33,06	84,3	17,4	44,3	4,1	10,4	21,5	54,7
RG,RK,RPN,RL,Rprot 0,6gr/kgBB/hari	45,7	48,3	105,6	14,6	31,9	6,5	14,2	21,1	46,1
RG,RK,RPN,Rprot 0,8 gr/kgBB/hari	56	27	48,2	15,3	27,3	5,8	10,3	25,6	37,6
RG,RK,RPN,Rprot 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 kkal	44,7	26	58,1	17,3	38,7	5,7	12,7	23	51,4
Diet dialysis protein 1gr/kgBBI/hari	47,6	37,7	79,2	18,5	38,8	7,3	15,3	25,8	54,1

Sumber : Data Primer, 2008

*Persentase terhadap kebutuhan.

Tabel 27 menunjukkan bahwa pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi lemak terhadap kebutuhan sebesar 84,3%, asupan lemak dari rumah sakit sebesar 44,3% dan lemak dari luar rumah sakit sebesar 10,4%. Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi lemak terhadap kebutuhan sebesar 105,6%, asupan lemak dari rumah sakit sebesar 31,9% dan lemak dari luar rumah sakit sebesar 14,2%.

Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari persentase distribusi lemak terhadap kebutuhan sebesar 48,2%, asupan lemak dari rumah sakit sebesar 27,3% dan lemak dari luar rumah sakit sebesar 10,3%. Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal persentase distribusi lemak terhadap kebutuhan sebesar 51,8%, asupan lemak dari rumah sakit sebesar 38,7% dan dari luar rumah sakit sebesar 12,7%. Pada kelompok kebutuhan Diet Dialisis protein 1gr/kgBBI/hari presentase distribusi lemak terhadap kebutuhan sebesar 79,2%,asupan lemak dari rumah sakit 38,8% dan dari luar rumah sakit sebesar 15,3%.

d. Kebutuhan, Distribusi dan Asupan Karbohidrat

Presentase distribusi dan asupan karbohidrat terhadap kebutuhan pasien gagal ginjal kronik dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 39.

Persentase Distribusi dan Asupan Karbohidrat terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Distribusi		Asupan					
				Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
Kelompok	Gr	gr	%*	gr	%*	gr	%*	gr	%*
RG,RK,RPN,Rprot0,6gr/kgBB/hari	291,6	246,4	84,4	95,7	32,8	43,4	14,8	139,1	47,6
RG,RK,RPN,RL,Rprot0,6gr/kgBB/hari	283	292,6	103	78	27,5	52,3	18,4	130,3	45,9
RG,RK,RPN,Rprot 0,8gr/kgBB/hari	337	237	70,3	86	25,5	45	13,3	131	38,8
RG,RK,RPN,Rprot0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 kkal	265	227	85,6	93	35	58	21,8	151	56,8
Diet dialysis -protein 1gr/kgBB/hari	287,5	253	88	108,4	37,7	64,3	22,3	172,7	60

Sumber : Data Primer, 2008

*Persentase terhadap kebutuhan.

Tabel 39 menunjukkan bahwa pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 84,4 %, asupan karbohidrat dari rumah sakit sebesar 32,8% dan karbohidrat dari luar rumah sakit sebesar 14,8%. Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 103%, asupan lemak dari rumah sakit sebesar 27,5% dan lemak dari luar rumah sakit sebesar 18,4%.

Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari persentase distribusi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 70,3%, asupan karbohidrat dari rumah sakit sebesar 25,5% dan asupan karbohidrat dari luar rumah sakit sebesar 13,3%. Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal persentase distribusi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 85,6%, asupan karbohidrat dari rumah sakit sebesar 35% dan dari luar rumah sakit sebesar 21,8%. Pada kelompok kebutuhan diet dialisis protein 1gr/kgBBI/hari presentase distribusi karbohidrat terhadap kebutuhan sebesar 88%,asupan karbohidrat dari rumah sakit 37,7% dan dari luar rumah sakit sebesar 22,3%.

e. Kebutuhan ,distribusi dan asupan kalsium

Presentase distribusi dan asupan kalsium terhadap kebutuhan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 40.

Persentase Distribusi dan Asupan Kalsium terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Distribusi			Asupan					
					Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
Kelompok	mg	mg	%*	mg	%*	mg	%*	mg	%*	
RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	250	233	93,2	50,5	20,2	33	13,2	83,5	33,4	
RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari	250	261	104,4	68	27,3	29	11,6	97	38,9	
RG,RK,RPN,Rprotein 0,8 gr/kgBB/hari	300	265	88,3	79	26,3	24	8	103	34,3	
RG,RK,RPN,Rprot 0,8gr/kgBB /hari +DM 1700 kkal	300	279	93	92	30,6	31	10,3	123	40,9	
Diet dialysis -protein 1gr/kgBB/hari	600	311	51,8	171	28,5	53	8,8	224	37,3	

Sumber : Data Primer, 2008

*Persentase terhadap kebutuhan.

Tabel 40 menunjukkan bahwa pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 93,2 %, asupan kalsium dari rumah sakit sebesar 20,2% dan kalsium dari luar rumah sakit sebesar 13,2%. Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 104,4%, asupan lemak dari rumah sakit sebesar 27,3% dan lemak dari luar rumah sakit sebesar 11,6%.

Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari persentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 88,3%, asupan kalsium dari rumah sakit sebesar 26,3% dan asupan kalsium dari luar rumah sakit sebesar 8%. Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal persentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 93%, asupan kalsium dari rumah sakit sebesar 30,6% dan dari luar rumah sakit sebesar 10,3%. Pada kelompok kebutuhan diet dialisis protein 1gr/kgBBI/hari presentase distribusi kalsium terhadap kebutuhan sebesar 51,8%,asupan kalsium dari rumah sakit 20,3% dan dari luar rumah sakit sebesar 8,8%.

f. Kebutuhan, distribusi dan asupan natrium

Presentase distribusi dan asupan natrium terhadap kebutuhan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 41.
 Persentase Distribusi dan Asupan Natrium terhadap Kebutuhan Pasien
 Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Distribusi		Asupan					
				Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
Kelompok	mg	mg	%*	mg	%*	mg	%*	mg	%*
RG,RK,RPN,Rprot0,6gr/kgBB/hari	200	183	91,5	77	38,5	21	10,5	98	49
RG,RK,RPN,RL,Rprot0,6gr/kgBB/hari	200	171	85,5	69	34,5	15	7,5	84	42
RG,RK,RPN,Rprot 0,8 gr/kgBB/hari	300	189	63	83	27,6	23	7,6	106	35,2
RG,RK,RPN,RP 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kal	300	289	96,3	102	34	18	6	120	40
Diet dialysis -protein 1gr/kgBB/hari	600	344	53,7	211	35,1	68	11,3	279	46,4

Sumber : Data Primer, 2008

*Persentase terhadap kebutuhan.

Tabel 41 menunjukkan bahwa pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi natrium terhadap kebutuhan sebesar 91,5 %, asupan natrium dari rumah sakit sebesar 38,5% dan natrium dari luar rumah sakit sebesar 10,5%. Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi natrium terhadap kebutuhan sebesar 85,5%, asupan natrium dari rumah sakit sebesar 34,5% dan natrium dari luar rumah sakit sebesar 7,5%.

Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari persentase distribusi natrium terhadap kebutuhan sebesar 63%, asupan natrium dari rumah sakit sebesar 27,6% dan

asupan natrium dari luar rumah sakit sebesar 7,6%. Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal persentase distribusi natrium terhadap kebutuhan sebesar 96,3%, asupan natrium dari rumah sakit sebesar 34% dan dari luar rumah sakit sebesar 6%. Pada kelompok kebutuhan diet dialisis protein 1gr/kgBB/hari presentase distribusi natrium terhadap kebutuhan sebesar 53,7%, asupan natrium dari rumah sakit 35,1% dan dari luar rumah sakit sebesar 11,3%.

g. Kebutuhan, Distribusi dan asupan kalium

Presentase distribusi dan asupan kalium terhadap kebutuhan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 42.

Persentase Distribusi dan Asupan Kalium terhadap Kebutuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Kebutuhan		Distribusi		Asupan					
				Makanan RS		Makanan Luar RS		Total	
Kelompok	mg	mg	%*	mg	%*	mg	%*	mg	%*
RG,RK,RPN,Rprot 0,6gr/kgBB/hari	1300	1113	85,6	400	30,7	58	3,8	458	34,5
RG,RK,RPN,RL,Rprot 0,6gr/kgBB/hari	1300	991	76,2	299	23	47	3,6	346	26,6
RG,RK,RPN,Rprot 0,8 gr/kgBB/hari	1500	1423	94,8	477	31,8	99	6,6	576	38,4
RG,RK,RPN,Rprot 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 kkal	1500	1329	88,6	397	26,4	106	7	503	33,4
Diet dialysis -protein 1gr/kgBB/hari	2000	1674	82,3	601	30	201	10	802	40

Sumber : Data Primer, 2008

*Persentase terhadap kebutuhan.

Tabel 42 menunjukkan bahwa pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi kalium terhadap kebutuhan sebesar 85,6 %, asupan kalium dari rumah sakit sebesar 30,7% dan kalium dari luar rumah sakit sebesar 3,8%. Pada kelompok kebutuhan diet RG,RK,RPN,RL,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari persentase distribusi kalium terhadap kebutuhan sebesar 76,2%, asupan kalium dari rumah sakit sebesar 23% dan kalium dari luar rumah sakit sebesar 3,6%.

Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari persentase distribusi kalium terhadap kebutuhan sebesar 94,8%, asupan kalium dari rumah sakit sebesar 31,8% dan asupan kalium dari luar rumah sakit sebesar 6,6%. Pada kelompok kebutuhan RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari + DM 1700 Kkal persentase distribusi kalium terhadap kebutuhan sebesar 88,6%, asupan kalium dari rumah sakit sebesar 26,4% dan dari luar rumah sakit sebesar 7%. Pada kelompok kebutuhan diet dialisis protein 1gr/kgBBI/hari persentase distribusi kalium terhadap kebutuhan sebesar 82,3%, asupan kalium dari rumah sakit 30% dan dari luar rumah sakit sebesar 10%.

B. Pembahasan

1. Preskripsi Diet

Preskripsi diet adalah kebutuhan zat gizi klien/pasien yang dihitung berdasarkan status gizi, data laboratorium dan kondisi kesehatan pasien. Dokter penanggung jawab memberikan preskripsi diet berdasarkan anamnesa dengan pertimbangan tertentu dan menetapkan kebutuhan yang tepat bagi pasien Gagal ginjal kronik. Hasil penelitian menunjukkan preskripsi diet Gagal ginjal kronik bervariasi dari diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari, RG, RP, RK, Rprotein 0,8 gr/kgBB/hari, RG, RK, RP, Rprotein 0,8gr/kgBB/hari +DM 1700 dan termasuk diet Rendah garam. Preskripsi diet terbanyak adalah diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6gr/kgBB/hari yaitu sebanyak 18 orang (60.0%). Dari data yang diperoleh dari rekam medik pasien, preskripsi diet hanya menjelaskan tentang besaran kebutuhan protein, sedangkan spesifikasi besarnya kebutuhan energi, lemak dan karbohidrat tidak dijelaskan dalam form MR.5 Rekam Medik, terkecuali untuk pasien dengan diagnosa penyerta Diabetes melitus dijelaskan tentang besaran energi yang harus dibatasi.

Preskripsi diet ini dapat dilihat pada form MR.5 lembaran berwarna pink yang di isi oleh dokter penanggung jawab pasien. Form yang tersendiri untuk berat badan dan tinggi badan, aktifitas dan konsultasi yang diberikan dapat dilihat pada form A-2 yang diisi oleh petugas gizi ruangan.

Sebagai alat komunikasi tertulis, preskripsi diet menjadi penghubung antara dokter penanggung jawab pasien yang menetapkan resep diet/preskripsi dengan ahli gizi ruangan yang menerjemahkan preskripsi kedalam bentuk menu, jumlah, jadwal dan jenis makanan yang sesuai dengan yang dipreskripsikan.

2. Kebutuhan.

Kebutuhan gizi dalam keadaan sakit, selain tergantung pada faktor-faktor yang mempengaruhi dalam keadaan sehat juga dipengaruhi oleh jenis dan berat ringannya penyakit. Pada penyakit gagal ginjal kronik penentuan kebutuhan selain berdasarkan berat badan aktual juga menggunakan berat badan ideal, dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gagal ginjal kronik yang sudah dihemodialisa kebutuhan diet yang dipreskripsikan oleh dokter adalah diet RG, RK, RP, Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari sebesar 10 orang (33,3%), rekomendasi preskripsi diet tersebut berbeda dengan panduan yang terdapat pada buku penuntut diet instalasi gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo dan asosiasi dietisien Indonesia yang dipakai RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo sebagai acuan dalam menentukan diet pasien. Kebutuhan diet bagi pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa adalah diet dialisis protein 1 gr/kgBBI/hari.

Dengan perbedaan ini sulit bagi petugas gizi ruangan menerjemahkan kedalam bentuk deskripsi, jika dideskripsikan sesuai dengan preskripsi dapat bertentangan dengan kebutuhan, sebagaimana penyelenggaraan makanan

institusi pada umumnya deskripsi diet sesuai kebutuhan yang dilaksanakan di rumah sakit masih bersifat umum belum menghitung kebutuhan perindividu pasien, hal ini sesuai dengan penelitian Manusiwa tentang Terapi Diet pada Diabetes Melitus di RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Mei – Juni 2002, (Manusiwa,2002).

3. Deskripsi Diet

Deskripsi adalah Penerjemahan Preskripsi diet dalam bentuk menu. Terdiri atas waktu makan, jenis masakan dan ukuran bahan makanan baik gram maupun URT. Deskripsi diet Gagal ginjal kronik RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo telah distandarisasi sesuai dengan penuntun diet yang dibuat oleh Asosiasi Dietisien Indonesia dan Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Deskripsi diet RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo dapat dilihat pada tabel berikut:

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab terdahulu, maka kesesuaian asupan gizi dengan preskripsi diet pada pasien gagal ginjal kronik ruang rawat inap di RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2008 dapat disimpulkan:

1. Preskripsi terhadap kebutuhan kesesuaian belum terwujud karena terdapat perbedaan antara preskripsi dan kebutuhan terlebih pada diet untuk penderita gagal ginjal kronik yang sudah hemodialisa.
2. Deskripsi terhadap kebutuhan rata-rata energy (96%), Protein (93,5%), lemak (91%), karbohidrat (102%), Kalsium (100%), Natrium (100%) dan Kalsium (100%) pada semua kelompok diet.
3. Preskripsi terhadap distribusi adalah rata-rata energi (84,4%), protein (115,7%), lemak (64,6%), KH (83,9%), Kalsium (92,6%), Natrium (94,9%), dan Kalium (92,3%) pada semua jenis kelompok diet.
4. Kebutuhan terhadap distribusi adalah rata-rata energi (94,4%), Protein (107%), lemak (75,06), karbohidrat (86,2%), kalsium (68,1%), natrium (78%), dan kalium (85,5%).

5. Preskripsi terhadap asupan adalah rata-rata Energi (55,4%), Protein (47,07%), Lemak (44,62%), karbohidrat (54,7%), Kalsium (45,2%), Natrium (50,7%) dan Kalium (49,6%) pada semua jenis kelompok diet.
6. Distribusi terhadap asupan adalah rata-rata Energi (46%), protein (22,8%). Lemak (29,5%), karbohidrat (38%), Kalsium (37,9%), natrium (43,2%) dan kalium (43,8%) pada semua jenis kelompok diet yang dipreskripsikan oleh dokter.
7. Distribusi terhadap asupan adalah rata-rata Energi (41,3%), protein (23,04%). Lemak (36,2%), karbohidrat (31,7%), Kalsium (26,5%), natrium (42,2%) dan kalium (28,3%) pada semua jenis kelompok diet yang berdasarkan kebutuhan diet.
8. Kebutuhan terhadap asupan energi (53,5%), protein (51,4%), lemak (36,7%), Karbohidrat (49,8%), kalsium (43,6%), natrium (41,3%) dan kalium 42,1%) pada semua jenis kelompok diet.

B. Saran

1. Perlu adanya evaluasi tentang penentuan preskripsi dengan kebutuhan pasien sehingga dapat diwujudkan kesesuaian preskripsi dengan kebutuhan.
2. Mempertahankan kesesuaian deskripsi dengan kebutuhan.
3. Mempertahankan kesesuaian antara preskripsi dengan deskripsi .
4. Perlu adanya tinjauan terhadap distribusi untuk mewujudkan kesesuaian distribusi dengan kebutuhan.

5. Perlu adanya tinjauan dalam upaya mewujudkan kesesuaian antara preskripsi dengan distribusi dan mencapai kesesuaian antara preskripsi dengan distribusi sebagai contoh pada diet RGRP I 30 gr dan diet DDI 60 dengan cara mencatat besaran protein pada les makanan pasien Gagal ginjal kronik.
6. Perlu adanya kerjasama dari dokter penentuan preskripsi, ahli gizi sebagai penterjemahan preskripsi kedalam deskripsi dan petugas pendistribusian makanan agar terwujudnya kesesuaian preskripsi, kebutuhan, deskripsi, distribusi dan asupan pasien.
7. Perlu penelitian lebih lanjut terhadap rendahnya asupan dibanding distribusi makanan rumah sakit.

Tabel 43.
 Deskripsi Diet Gagal Ginjal Kronik RSUP. Dr. Wahidin
 Sudirohusodo

Waktu Makan	Satuan Porsi	Diit RP1 30	Diit RPII 35	Diit RPIII 40
07.00	Nasi dan Penukar Daging dan penukar Sayuran Minyak dan Penukar	100 25 25 10	100 25 25 10	100 25 25 10
10.00 Snack	Madu Susu Gula pasir	20 10 30	20 15 40	30 20 50
12.00	Nasi dan Penukar Daging dan Penukar Sayuran Buah Minyak dan Penukar	100 50 50 200 15	100 50 75 200 20	100 50 75 200 20
16.00	Gula pasir Kue RP	30 150	40 150	50 150
19.00	Nasi dan Penukar Daging dan penukar Sayuran Minyak dan Penukar	100 50 25 10	100 50 50 10	100 50 50 10

Tabel 44 .
 Deskripsi Diet Gagal Ginjal Kronik dengan hemodialis RSUP.
 Dr. Wahidin Sudirohusodo

Waktu Makan	Satuan Porsi	Diit D1 60	Diit DII 65	Diit DIII 70
07.00	Nasi dan Penukar Daging dan penukar Sayuran Minyak dan Penukar	100 50 50 10	100 50 50 10	100 25 25 5
10.00 Snack	Madu Susu Gula pasir	50 50 25	50 50 25	30 20 25
12.00	Nasi dan Penukar Daging dan Penukar Tempe dan penukar Sayuran Buah Minyak dan Penukar	150 50 50 100 300 10	150 50 50 100 300 10	200 50 50 200 300 10
16.00	Susu Gula pasir	50 25	50 25	50 25
19.00	Nasi dan Penukar Daging dan penukar Tempe dan penukar Sayuran Minyak dan Penukar	150 50 25 50 10	150 50 50 50 10	150 50 50 50 10

Deskripsi diet diterjemakan kedalam bentuk menu dengan siklus menu sepuluh (10) hari yang dapat dilihat pada lampiran 6.

4. Distribusi Makanan

Distribusi makanan merupakan mata rantai dari kegiatan penyediaan makanan yang penting dalam sistem penyelenggaraan makanan di suatu rumah sakit. Secara umum hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kandungan energi makanan yang didistribusikan berdasarkan preskripsi diet oleh dokter sebesar 1626 kkal (84,4%) yang berarti distribusi energi kurang dari preskripsi diet. Rata-rata kandungan protein yang didistribusikan berdasarkan preskripsi diet oleh dokter sebesar 40,4 gr (115,7%) yang berarti distribusi protein lebih dari preskripsi diet. Rata-rata kandungan lemak yang didistribusikan berdasarkan preskripsi diet oleh dokter sebesar 36,2 gr (64,6%), yang berarti distribusi lemak kurang dari preskripsi diet dokter. Rata-rata kandungan karbohidrat yang didistribusikan berdasarkan preskripsi diet oleh dokter sebesar 253 gr (83,9%) yang berarti distribusi karbohidrat kurang dari preskripsi diet dokter. Rata-rata kandungan kalsium yang didistribusikan berdasarkan preskripsi diet oleh dokter sebesar 309,7 mg (92,6%), yang berarti distribusi kalsium hampir sama dengan preskripsi dokter, Rata-rata kandungan natrium yang didistribusikan berdasarkan preskripsi dokter sebesar 216,7 mg (94,9%) dan rata-rata kandungan kalium yang didistribusikan berdasarkan preskripsi dokter sebesar 1302,5 mg (92,3%).

Secara umum hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kandungan energi makanan yang didistribusikan berdasarkan kebutuhan

pasien sebesar 1645,5 kkal (94,4%) yang berarti distribusi energi hampir sama dengan kebutuhan diet pasien. Rata-rata kandungan protein yang didistribusikan berdasarkan kebutuhan pasien sebesar 38,8 gr (107%) yang berarti distribusi protein hampir sama dengan kebutuhan diet pasien. Rata-rata kandungan lemak yang didistribusikan berdasarkan kebutuhan pasien sebesar 34,4 (75,06%) yang berarti distribusi lemak kurang dari kebutuhan diet pasien. Rata-rata kandungan karbohidrat yang didistribusikan berdasarkan kebutuhan pasien sebesar 251,2 g (86,2%). Yang berarti distribusi karbohidrat kurang dari kebutuhan diet pasien. Rata-rata kandungan kalsium yang didistribusikan berdasarkan kebutuhan pasien sebesar 269,8 mg (68,1%) yang berarti distribusi kalsium kurang dari kebutuhan pasien. Rata-rata kandungan natrium yang didistribusikan berdasarkan kebutuhan diet pasien sebesar 235,2 mg (78%) yang berarti natrium yang didistribusikan kurang dari kebutuhan diet pasien, dan rata-rata kalium yang didistribusikan berdasarkan kebutuhan diet pasien sebesar 1306 mg (85,5%), yang berarti natrium yang didistribusikan kurang dari kebutuhan diet pasien.

Hasil penelitian ini tidak berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Fadila Assagaf tentang Mekanisme Pelayanan Gizi Pada Pasien Hipertensi di Ruang Rawat inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar pada bulan Mei 2008, menyatakan bahwa masih terdapat zat gizi

tertentu yang belum mendekati standar kebutuhan yaitu Karbohidrat 58%, Protein 13,4%, lemak 28,6% , lemak 58% dan kalium 49,5%.

Sistem distribusi untuk makanan kelas 3 secara sentralisasi sedangkan untuk makanan kelas 2 dilakukan dengan cara desentralisasi di ruangan pantry Lontara II. untuk ketepatan pemberian makanan sesuai diit lebih mudah dikontrol dengan sistem pantry karena jumlah yang dilayani lebih sedikit dan risiko tertukarnya makanan lebih kecil dibandingkan dengan sistem sentralisasi, namun dari segi waktu dan ketenagaan membutuhkan lebih banyak dibanding sistem sentralisasi. Untuk mengotrol tidak tertukarnya menu kelas III dari instalasi gizi, bahan makanan yang telah dibagi ke rantang masing-masing diambil kemudian ditimbang perjenis masakan lalu dicatat. Peneliti memberikan label selotip berisi nama dan ruangan pasien kemudian menjelaskan kepada petugas pembagi makanan untuk memberikan makanan sesuai pasien yang dimaksud.

Distribusi variasi menu yang ada di rumah sakit meliputi bahan makanan pokok menunya adalah nasi putih, lauk hewani menunya adalah ayam goreng bumbu kecap, ayam semur, bandeng bumbu bali, daging bumbu bali, daging empal, daging lapis, daging rica-rica, ikan balado, ikan bumbu kuning, ikan pallumara, ikan pindang, ikan rica-rica, semur daging, telur bumbu bali, telur bumbu semur, telur dadar telur pindang, telur rebus. Sedangkan untuk lauk nabati seperti: sambel goreng tempe, tahu asam manis, tahu bacem, tahu balado, tahu oseng, tahu, tempe bacem, tempe

balado, tempe bumbu rujak, tempe bumbu tomat, tempe bumbu kecap, tempe mendoan, tempe semur. Untuk menu sayur seperti: bening bayam, bening bayam dengan labu siam, bobor bayam, bobor labu siam, bronkos, cah sayur, gulai sayuran, lalap timun, sayur acar sayur bronkos, sayur lodeh, sayur tumis, setup buncis, setup buncis dan wortel, setup wortel, soto sayuran, sup kimlo, sup oyong, sup oyong dan jagung muda, tumis buncis, tumis kacang panjang, tumis labu dengan wortel, tumis sawi, tumis tauge dan urapan.

Pasien yang telah ditetapkan preskripsinya kemudian dicatat oleh petugas ruangan dalam buku rekapan. Dari buku tersebut kemudian dibuatkan masing masing les terutama untuk pasien yang berdiet khusus seperti diet RGRP yang masih bersifat umum tanpa mencantumkan besaran protein yang dipreskripsikan oleh dokter ataupun besaran protein sesuai kebutuhan pasien. Les tersebut diletakkan pada masing-masing rantang sehingga petugas pembagi makanan memberikan makanan sesuai dengan diitnya.

5. Asupan Makanan

Asupan makanan diperoleh melalui recall 24 jam. Pada pasien Gagal Ginjal Kronik, energi tidak lagi berfungsi lagi untuk pertumbuhan tetapi semata-mata untuk mempertahankan keadaan gizi yang sudah baik atau membuat keadaan gizi menjadi lebih baik. Asupan yang berlebih dari kebutuhan berisiko untuk meningkatkan beban kerja ginjal, Asupan energi

yang kurang juga dapat menyebabkan kekurangan energi yang berakibat resiko malnutrisi.

Dari hasil penelitian menunjukkan rata-rata total asupan energi ditinjau dari preskripsi diet, asupan energi makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 1088,05 gr (55,4%), Rata-rata total asupan protein makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 16,54 gr (47,07%), Rata-rata total asupan lemak makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 26,42gr (44,62%). Rata-rata total asupan karbohidrat makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 169,22 gr (54,7%).Rata-rata total asupan kalsium makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 147,7 mg (45,2%). Rata-rata total asupan natrium makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 116 mg (50,7%) dan Rata-rata total asupan kalium makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 710,5 mg (49,6%).

Dari hasil penelitian menunjukkan rata-rata total asupan energi ditinjau dari kebutuhan diet, asupan energi makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 925,94 gr (52,8%), Rata-rata total asupan protein makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 18,5 gr (31,5%), Rata-rata total asupan lemak makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 22,5 gr (48,78%). Rata-rata total asupan karbohidrat makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 144,82 gr (49,9%). Rata-rata total asupan kalsium makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 126,1 mg (36,9%), Rata-rata total asupan natrium makanan rumah sakit dan luar rumah

sakit sebesar 137,4 mg (42,5%), dan total asupan kalium makanan rumah sakit dan luar rumah sakit sebesar 537 mg (34,5%).

6. Kesesuaian Preskripsi dengan kebutuhan.

Hasil penelitian menunjukkan, terdapat perbedaan preskripsi dengan kebutuhan terdapat pada hampir semua responden. Preskripsi diet pada responden ID19 dan ID22 adalah diet rendah garam sedangkan pada kebutuhan diet RG,RK,RP,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari untuk responden ID19 dan diet 0,8gr/kgBB/hari untuk responden ID22. Perbedaan yang mendasar antara preskripsi dengan kebutuhan diet dapat dilihat pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa yaitu pada responden ID1, ID2, ID3, ID6, ID7, ID10, ID23, ID25, ID29 dan ID30, perbedaan terdapat pada jenis diet yang diberikan dan jumlah besaran nilai gizi khususnya besaran protein yang ditetapkan. Perbedaan ini dapat diartikan bahwa belum ada kesesuaian preskripsi diet dengan kebutuhan diet pasien.

7. Kesesuaian Preskripsi dengan Deskripsi

Hasil penelitian dari tabel 15 menunjukkan hampir semua deskripsi energi sesuai dengan energi pada preskripsi diet, kecuali energi pada deskripsi diet Rendah garam belum sesuai dengan energi pada preskripsi diet. Deskripsi protein pada tabel 16 menunjukkan semua deskripsi protein sesuai dengan protein pada preskripsi. Deskripsi lemak pada tabel 17 menunjukkan semua deskripsi lemak sesuai dengan lemak pada preskripsi diet. dan pada tabel 18 menunjukkan semua deskripsi karbohidrat sesuai

dengan karbohidrat pada preskripsi. Pada tabel 19 menunjukkan deskripsi kalsium sesuai dengan kalsium pada preskripsi. Pada tabel 20 menunjukkan deskripsi natrium sesuai dengan natrium pada preskripsi dan pada tabel 21 menunjukkan deskripsi kalium terdapat tiga (3) deskripsi yang sesuai kecuali deskripsi pada diet rendah garam yang tidak sesuai, karena deskripsi lebih besar dari preskripsi diet.

8. Kesesuaian deskripsi dengan kebutuhan.

Hasil penelitian dari tabel 22 menunjukkan hampir semua deskripsi energi sesuai dengan energi pada kebutuhan, kecuali pada deskripsi energi pada diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari belum sesuai dengan kebutuhan diet. Deskripsi protein pada tabel 23 menunjukkan deskripsi protein pada diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8 gr/kgBB/hari dan pada diet dialisis tidak sesuai dengan protein pada kebutuhan. Deskripsi lemak pada tabel 24 menunjukkan hanya satu jenis deskripsi diet yang sesuai dengan kebutuhan dan terdapat tiga (3) jenis deskripsi diet yang belum sesuai dengan kebutuhan.

Deskripsi karbohidrat pada tabel 25 menunjukkan deskripsi karbohidrat pada tiga (3) jenis diet yaitu diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari, RG,RK,RL,RPN,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari dan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8 gr/kgBB/hari, belum sesuai dengan karbohidrat pada kebutuhan. Pada tabel 26 menunjukkan semua deskripsi kalsium sesuai dengan kebutuhan kalsium pasien. Tabel 27 menunjukkan semua deskripsi

natrium sesuai dengan kebutuhan natrium pasien dan pada tabel 28 menunjukkan semua deskripsi kalium sesuai dengan kebutuhan kalium pasien.

9. Kesesuaian Preskripsi dengan distribusi.

Distribusi energi pada preskripsi kesesuaian hanya terdapat pada diet RG,RRK,RPN,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari distribusi kurang dari preskripsi. Distribusi protein pada preskripsi belum ada kesesuaian, protein pada distribusi melebihi preskripsi diet. Distribusi lemak belum ada kesesuaian ,lemak pada distribusi kurang dari preskripsi. Distribusi karbohidrat pada preskripsi terdapat kesesuaian pada diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,6 gr/kgBB/hari dan diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8 gr/kg BB + DM 1700 kkal, dan tidak ada kesesuaian pada distribusi dengan preskripsi pada diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8 gr/kgBB/hari dan diet rendah garam.Terdapat kesesuaian distribusi kalsium pada semua preskripsi kecuali distribusi kalsium pada diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8 gr/kgBB/hari distribusi kalsium belum sesuai dengan preskripsi. Terdapat kesesuaian distribusi natrium pada semua preskripsi kecuali distribusi natrium pada diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8gr/kgBB/hari distribusi natrium belum sesuai dengan preskripsi. Dan Terdapat kesesuaian distribusi kalium pada semua preskripsi kecuali distribusi natrium pada diet RG,RK,RPN,Rprotein 0,8 gr/kgBB/hari distribusi kalium belum sesuai dengan preskripsi.

10. Kesesuaian distribusi dengan kebutuhan.

Dari hasil penelitian rata-rata distribusi energi hampir sesuai dengan kebutuhan energi pasien yaitu 1645,5 kkal (94,3%), rata-rata distribusi protein hampir sesuai dengan kebutuhan protein pasien yaitu 38,8 gr (107,7%), rata-rata distribusi lemak belum sesuai dengan kebutuhan lemak pasien yaitu 34,4 gram (75,08%), rata-rata distribusi karbohidrat belum sesuai dengan kebutuhan karbohidrat pasien yaitu 251,2 gram (86,1%), rata-rata distribusi kalsium belum sesuai dengan kebutuhan kalsium pasien yaitu 269,8 mg (86,1%), rata-rata distribusi natrium pasien belum sesuai dengan kebutuhan natrium pasien 235,2 mg (78%) dan distribusi kalium belum sesuai dengan kebutuhan kalium pasien yaitu 1306 mg (85,5%).

11. Kesesuaian Distribusi dengan Asupan.

Seseorang yang dirawat di rumah sakit berarti memisahkan orang sakit dari kebiasaan hidupnya sehari-hari, baik lingkungan atau dalam hal makanan, bukan saja macam makanan tetapi cara makanan dihidangkan, waktu makan, tempat makan dan sebagainya, namun diharapkan pasien menghabiskan makanan yang diberikan di rumah sakit, karena makanan yang tidak dihabiskan merupakan sisa makanan yang akhirnya akan dibuang. Padahal untuk menyediakan makanan perlu biaya yang tidak sedikit sehingga dengan adanya sisa makanan tersebut berarti pula ada biaya yang terbuang.

Berdasarkan penelitian persentase asupan terhadap energi, protein, lemak dan karbohidrat, Kalsium, Natrium dan Kalium berdasarkan preskripsi diet oleh dokter, Secara umum dapat dilihat bahwa asupan sangat rendah dari energi, protein, lemak dan karbohidrat, kalsium, natrium dan kalium yang didistribusikan oleh rumah sakit. Yaitu energi 46, %, Protein 22,8%, Lemak 29,5% dan dan karbohidrat 38%, kalsium 37,9%, natrium 43,2% dan kalium 43,8%. Maka, sekitar 58,4 % energi, 77,2% protein, 70,4% lemak dan 62% karbohidrat, kalsium 62,1%, natrium 56,8% dan kalium 56,2% yang di distribusikan oleh rumah sakit tidak dihabiskan/disisakan pasien gagal ginjal kronik di ruang rawat inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Berdasarkan penelitian presentase asupan terhadap energi, protein, lemak, karbohidrat, kalsium, natrium dan kalium berdasarkan kebutuhan diet pasien, secara dapat dilihat bahwa asupan sangat rendah dari energi, protein, lemak, karbohidrat, kalsium, natrium dan kalium yang didistribusikan oleh rumah sakit, yaitu energi 41,3%, protein 23,04%, lemak 36,2%, karbohidrat 31,7%, kalsium 26,5%, natrium 42,4% dan kalium 28,3%. Maka, sekitar 58,7% energi, 76,96% Protein, 63,8% lemak, 68,3% karbohidrat, 73,5% kalsium, 57,6% natrium dan 71,7% kalium yang didistribusikan oleh rumah sakit tidak di habiskan/disisakan pasien gagal ginjal kronik di ruang rawat inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Asupan protein pasien GJK yang kurang, sama seperti penelitian yang dilakukan oleh Susetyowati,(2005) di RSUP dr. Sardjito, menyatakan bahwa rata-rata asupan protein pasien GJK dengan hemodialisa masih dibawah kebutuhan yaitu 0,96gr/kg BB/hari. Salah satu penyebabnya adalah masih takutnya mengkonsumsi protein nabati karena aturan diet sebelumnya.

Besarnya persentase sisa makanan tidak jauh beda dengan penelitian Ruhiyawati tentang evaluasi kualitas dan kuantitas menu di Rumah Sakit Umum Labuang Baji tahun 2002 mengatakan bahwa 35 % makanan yang tidak dihabiskan oleh pasien kelas III dewasa.

Hasil penelitian John S.A. et.al (1999), menunjukkan bahwa makan sisa pada pagi hari lebih sedikit jika dibandingkan dengan makanan pada siang dan malam hari, yaitu masing-masing 23.10%, 39.99% dan 42.35%. pada penelitian yang sama diperoleh hasil bahwa lebih dari 58% energi terbuang dari makanan sisa. Selanjutnya hasil penelitian Wansoo Hong dan David Kirk (1995) pada 11 (sebelas) rumah sakit di Amerika Serikat menunjukkan bahwa 55.8% pasien yang disurvei menyisakan makanan yang diberikan.

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab terdahulu, maka kesesuaian asupan gizi dengan preskripsi diet pada pasien gagal ginjal kronik ruang rawat inap di RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2008 dapat disimpulkan:

1. Preskripsi terhadap kebutuhan kesesuaian belum terwujud karena terdapat perbedaan antara preskripsi dan kebutuhan terlebih pada diet untuk penderita gagal ginjal kronik yang sudah hemodialisa.
2. Deskripsi terhadap kebutuhan rata-rata energy (96%), Protein (93,5%), lemak (91%), karbohidrat (102%), Kalsium (100%), Natrium (100%) dan Kalsium (100%) pada semua kelompok diet.
3. Preskripsi terhadap distribusi adalah rata-rata energi (84,4%), protein (115,7%), lemak (64,6%), KH (83,9%), Kalsium (92,6%), Natrium (94,9%), dan Kalium (92,3%) pada semua jenis kelompok diet.
4. Kebutuhan terhadap distribusi adalah rata-rata energi (94,4%), Protein (107%), lemak (75,06), karbohidrat (86,2%), kalsium (68,1%), natrium (78%), dan kalium (85,5%).

5. Preskripsi terhadap asupan adalah rata-rata Energi (55,4%), Protein (47,07%), Lemak (44,62%), karbohidrat (54.7%), Kalsium (45.2%), Natrium (50,7%) dan Kalium (49,6%) pada semua jenis kelompok diet.
6. Distribusi terhadap asupan adalah rata-rata Energi (46%), protein (22,8%). Lemak (29,5%), karbohidrat (38%), Kalsium (37,9%), natrium (43,2%) dan kalium (43,8%) pada semua jenis kelompok diet yang dipreskripsikan oleh dokter.
7. Distribusi terhadap asupan adalah rata-rata Energi (41,3%), protein (23,04%). Lemak (36,2%), karbohidrat (31,7%), Kalsium (26,5%), natrium (42,2%) dan kalium (28,3%) pada semua jenis kelompok diet yang berdasarkan kebutuhan diet.
8. Kebutuhan terhadap asupan energi (53,5%), protein (51,4%), lemak (36,7%), Karbohidrat (49,8%), kalsium (43,6%), natrium (41,3%) dan kalium 42,1%) pada semua jenis kelompok diet.

B. Saran

1. Perlu adanya evaluasi tentang penentuan preskripsi dengan kebutuhan pasien sehingga dapat diwujudkan kesesuaian preskripsi dengan kebutuhan.
2. Mempertahankan kesesuaian deskripsi dengan kebutuhan.
3. Mempertahankan kesesuaian antara preskripsi dengan deskripsi .
4. Perlu adanya tinjauan terhadap distribusi untuk mewujudkan kesesuaian distribusi dengan kebutuhan.

5. Perlu adanya tinjauan dalam upaya mewujudkan kesesuaian antara preskripsi dengan distribusi dan mencapai kesesuaian antara preskripsi dengan distribusi sebagai contoh pada diet RGRP I 30 gr dan diet DDI 60 dengan cara mencatat besaran protein pada les makanan pasien Gagal ginjal kronik.
6. Perlu adanya kerjasama dari dokter penentuan preskripsi, ahli gizi sebagai penterjemahan preskripsi kedalam deskripsi dan petugas pendistribusian makanan agar terwujudnya kesesuaian preskripsi, kebutuhan, deskripsi, distribusi dan asupan pasien.
7. Perlu penelitian lebih lanjut terhadap rendahnya asupan dibanding distribusi makanan rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier Sunita, *Penuntun Diet*, Gramedia Pustaka Utama Jakarta 2004
- Depkes RI, *Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit*, Jakarta, 2005
- Depkes RI, *Pedoman praktis Terapi Gizi Medis*, Jakarta 2006
- Erik Tapan, *Ginjal dan hipertensi*, penerbit Gramedia Jakarta, 2004
- Hartono Andry, *Terapi gizi dan Diet Rumah Sakit*, Ed. 2 Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2006
- Hartono Andry, *Prinsip Diet Penyakit Ginjal*, Penerbit Arcan 1991
- Supariasa, I, *Penilaian Status Gizi*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2002
- Soekidjo Notoatmojo, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta 2005
- Mansjoer Arif dkk, *Kapita Selekta Kedokteran* Ed. 3 Penerbit Aesculapius 2005
- Tjokronegoro Arjatno dkk, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Ed. 2. Balai penerbit FKUI, Jakarta 2004.
- Asosiasi Dietisien Indonesia (ASDI), *Media Dietetik*, Jakarta 2002
- Lumenta A. Nico, *Semi Jurnal Kedokteran, Aduh, Ginjal*, Ed Agustus, Jakarta 2005
- Endang Darmoutomo. 2007. *Nutrisi tepat bagi penderita gagal ginjal kronik tanpa hemodialisa*. (Online) (Kesehatan.<http://www.ikcc.or.id>, 5 Juli 2007. Hlm 1-5, Diakses 14 Maret 2008.

Harnawati. 2008. *Gagal Ginjal Kronik*. (Online).
(<http://www.harnawati.wordpress.com/2008/02/21/ggk>). Diakses 14 April 2008.

Susetyowati. 2005. *Penatalaksanaan Diet Gagal Ginjal Kronik*, Makalah pada program magang "Asuhan Gizi Pada Penyakit Dalam". Jogjakarta.

Fahmi, *Kesesuaian Asupan Gizi dengan Preskripsi Diet Pada Pasien DM di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo 2007*, Skripsi FKM UNHAS 2007.

Ruhiyawati. *Evaluasi Kualitas dan Kwantitas Menu di RSU Labuang Baji, 2002*.

Manusiwa. *Terapi Diet pada Penderita Diabetes Melitus di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*, Skripsi FKM UNHAS 2002.

Fadila Assagaf, *Mekanisme Pelayanan Gizi pada Pasien Hipertensi di Ruang Rawat Inap RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*. Skripsi FKM UNHAS 2007.