

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG BIDANG GIZI KLINIK
ASUHAN GIZI PADA PASIEN CVA INFARK TROMBOTIK
DENGAN HIPERTENSI DAN HIPERKOLESTEROL DI RS PHC
SURABAYA
PERIODE 7 JANUARI-16 FEBRUARI 2019**



**DISUSUN OLEH
BRILLIANCE FAREASTA
NIM: 101511233059**

**PROGRAM STUDI S1 GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
2019**

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	2
DAFTAR TABEL	3
BAB I PENDAHULUAN	4
1.1 Latar Belakang.....	4
1.2 Identifikasi Masalah.....	5
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan.....	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 CVA Infark	7
2.1.1 Klasifikasi CVA Infark.....	7
2.1.2 Faktor Risiko CVA Infark	8
2.1.3 Tanda dan Gejala Penyakit CVA Infark	9
2.2 Hipertensi.....	10
BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN	13
3.1 Identitas Pasien.....	13
3.2 <i>Nutrition Care Proses (NCP)</i>	13
3.2.1 Assesment	13
3.3 Diagnosa Gizi.....	17
3.4 Rencana Intervensi Gizi	17
3.5.1 Terapi Diet	17
3.4.2 Tetrapi Eukasi/konseling	19
3.5 Rencana monitoring	20
BAB IV	22
4.1 Kesimpulan	22
DAFTAR PUSTAKA	23
LAMPIRAN	25

DAFTAR TABEL

Table 1. Klasifikasi Hipertensi	12
Table 2. Data Biokimia Pasien	14
Table 3. Data Klinis Pasien	15
Table 4. Hasil Recall 24 jam	16
Table 5. Diagnosis Gizi.....	17
Table 6. Rencana Monitoring dan Evaluasi	20

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gizi seseorang sangat berdampak terhadap kesehatan seseorang. Asupan gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan baik itu berlebihan maupun kekurangan sangat erat kaitannya dengan penungkatan resiko penyakit maupun komplikasi. Gizi yang berlebih dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit tidak menular, sementara kekurangan gizi berkaitan dengan timbulnya penyakit infeksi, lamanya penyembuhan. Akan tetapi masalah-masalah diatas dapat ditangani dengan pemberian dukungan gizi yang tepat melalui pelayanan asuhan gizi yang berkualitas (AsDI & PERSAGI, 2011).

Pelayanan gizi di rumah sakit merupakan hak setiap orang sehingga memerlukan adanya sebuah pedoman agar diperoleh hasil pelayanan yang bermutu. Pelayanan gizi yang baik di rumah sakit akan dapat membantu proses penyembuhan pasien dengan cepat sehingga dapat memperpendek lama rawat inap dan secara langsung juga bisa menghemat biaya pengobatan. (depkes, 2006).

Pada tahun 2006, Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI) mulai mengenalkan Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) yang diadopsi dari *Nutrition Care Process-American Dietetic Association* (NCP-ADA). Proses Asuhan Gizi Terstandar disusun sebagai upaya kualitas pemberian asuhan gizi. Proses tersebut mendukung dan mengarah pada asuhan gizi secara individu. Proses Asuhan Gizi Terstandar terdiri dari 4 langkah mulai dari pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, monitoring dan evaluasi (AsDI & PERSAGI, 2011).

Skrining gizi merupakan akses masuk kedalam siklus PAGT, tujuannya adalah untuk mendapatkan informasi yang memadai untuk mengidentifikasi hubungan dengan masalah gizi (Lacey & Pritchett, 2003). Pasien yang teridentifikasi malnutrisi membutuhkan asuhan gizi melalui proses skrining dan rujukan (AsDI & PERSAGI, 2011). Skrining gizi harus menjadi proses

yang sederhana dan cepat yang dapat dilakukan oleh perawat dan staf medis (Barendregt, 2008).

Penilaian status gizi yang baik pada pasien rawat inap di rumah sakit akan menghasilkan ketepatan dalam intervensi gizi sehingga dapat meningkatkan indikator-indikator biokimia dan klinis. Hal ini berdampak pada *outcome hospitalisasi* yaitu mempercepat penyembuhan penyakit dan menurunkan komplikasi penyakit, sehingga dapat memperpendek lama rawat inap dan mencegah terjadinya malnutrisi rumah sakit (Wyszynskiet al., 1998).

1.2 Identifikasi Masalah

Ny. M merupakan seorang pasien yang melakukan rawat inap di ruang Mutiara 1 bed 1 Rumah Sakit PHC Surabaya. Pasien masuk RS PHC dengan diagnosis Cerebral Vascular Accidental (CVA) infark dengan riwayat hipertensi. Keluhan yang dirasakan oleh pasien adalah lemas dan kaku pada tubuh bagian kiri serta merasa pusing cekot-cekot. Kondisi pasien memerlukan terapi gizi untuk membantu mempercepat pemulihan kondisi pasien. Terapi gizi yang dimaksud adalah dengan melakukan pengaturan makan berdasarkan kondisi penyakit dan pasien. Terapi gizi atau yang dikenal dengan istilah nutrition care process (NCP) akan disusun mulai dari pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi serta monitoring dan evaluasi dari intervensi gizi yang akan dilakukan selama 3 hari dengan 9kali waktu makan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana manajemen asuhan gizi pada pasien dengan diagnosis medis CVA Infark?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan manajemen asuhan gizi pada pasien dengan diagnosis medis CVA infark.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan assessment pada pasien yang terdiri dari pengukuran antropometri, interpretasi pemeriksaan biokimia, penilaian fisik/klinis, riwayat konsumsi, dan riwayat personal pasien.
2. Menetapkan diagnosis gizi sesuai dengan hasil assessment yang terdiri dari domain intake (asupan), domain behavior (kebiasaan) dan domain klinik (klinis)
3. Menentukan dan melakukan intervensi yang sesuai dengan masalah yang ditemukan dalam diagnosis gizi berupa intervensi dari segi asupan dan edukasi
4. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap intervensi yang telah dilakukan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 CVA Infark

Stroke merupakan penyakit cerebrovaskular yang terjadi karena adanya gangguan fungsi otak yang berhubungan dengan penyakit pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak (Wardhani, 2015). Stroke dapat dikatakan sebagai manifestasi klinik dan gejala terjadinya gangguan fungsi otak sebagian atau menyeluruh yang berkembang secara cepat selama 24 jam atau lebih akibat adanya gangguan terhadap peredaran darah di otak tersebut (brainin, 2010). Stroke juga bisa disebut dengan brain attack yakni suatu keadaan ketika bagian otak rusak karena kekurangan suplai darah pada bagian tertentu. Oksigen dan nutrisi yang tidak adekuat menyebabkan sel otak mati dan mengakibatkan hubungan antar neuron menjadi hilang (silva, 2014).

2.1.1 Klasifikasi CVA Infark

a. Stroke Hemoragik

stroke hemoragik dibagi menjadi dua kategori, yakni ICH (intracerebral hemorrhage) dan SAH (subarachnoid Hemorrhage). ICH terjadi akibat adanya perdarahan di dalam otak yang disebabkan oleh adanya tekanan darah yang tinggi. Peningkatan tekanan darah yang tiba-tiba di dalam otak mengakibatkan pecahnya pembuluh darah sehingga terjadi pendarahan, hal ini mengakibatkan terjadinya kerusakan pada sel-sel otak yang dikelilingi oleh pembuluh darah. Sedangkan untuk SAH merupakan salah satu jenis stroke yang terjadi karena adanya perdarahan dibagian antara otak dan jaringan yang melindungi otak. Penyebab SAH diantaranya adalah adanya malformasi arteri vena, gangguan perdarahan, cedera kepala, pengenceran darah, dan pecahnya aneurisma. Salah satu penyebab yang paling sering menyebabkan terjadinya SAH adalah pecahnya aneurisma (National Stroke Association, 2016).

Aneurisma yang pecah pada kejadian SAH berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak. Arteri yang pecah dan keluar ke ruang subarachnoid akan menyebabkan tekanan intra kranial meningkat mendadak yang

mengakibatkan merenggangnya struktur peka nyeri sehingga timbul nyeri kepala hebat. Peningkatan tekanan intra kranial juga mengakibatkan terjadinya vasospasme pembuluh darah sebral yang dapat menyebabkan terjadinya disfungsi otak global (penurunan kesadaran sakit kepala) maupun fokal (muttaqin, 2008).

b. Stroke Iskemik

Stroke iskemik didefinisikan sebagai suatu sindrom yang berkembang pesat dengan onset yang tiba-tiba atau akut, yang dikaitkan dengan deficit neurologi non epilepsy dengan batas gumpalan infark yang jelas pada jaringan otak di dalam area pembuluh darah yang berlainan. Stroke iskemik berkembang melalui beberapa mekanisme yaitu karena arterosklerosis, kardioemboli dan oklusi pada pembuluh darah kecil atau biasa dikenal dengan lacunar stroke (Williams, 2010).

Sebagian besar kejadian stroke yang terjadi sebesar 80% kejadian adalah jenis stroke iskemik. Stroke iskemik terjadi karena adanya gangguan terhadap suplai darah ke otak yang biasanya disebabkan oleh adanya sumbatan pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. Stroke iskemik dibagi menjadi dua tipe utama, yaitu trombotik dan embolik. Stroke trombotik terjadi ketika arteri tersumbat oleh pembentukan pembekuan darah di dalamnya. Penyumbatan total kemungkinan selanjutnya terjadi dikarenakan diikuti penggumpalan sel darah atau zat lainnya yang biasa ditemukan di dalam darah. Stroke embolik yang juga merupakan tipe stroke iskemik yang kedua juga disebabkan oleh gumpalan dalam arteri, tetapi dalam kasus ini bekuan atau embolus terbentuk di tempat lain selain di otak itu sendiri. Bahan-bahan ini bisa menjadi bekuan darah (misal dari jantung) atau dari lemak (misal dari arteri lain di leher – penyakit arteri karotis) (Silva, *et al.*, 2014).

2.1.2 Faktor Risiko CVA Infark

Faktor risiko stroke dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu:

a. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi merupakan faktor yang berupa karakteristik atau sifat pada seseorang yang dapat

meningkatkan kemungkinan berkembangnya suatu penyakit tertentu. Faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi yaitu faktor yang berupa karakteristik atau sifat pasien yang tidak dapat diubah. Contoh dari faktor ini yaitu usia, jenis kelamin, berat badan lahir rendah, ras, suku, dan faktor genetik (Williams, *et al.*, 2010).

b. Faktor yang dapat dimodifikasi

Faktor yang dapat dimodifikasi terdiri dari tingkatan pertama dan kedua. Tingkat pertama faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi, diurutkan dari tingkat banyaknya kejadian yaitu hipertensi, diabetes mellitus, merokok, fibrilasi atrium dan disfungsi ventrikel kiri. Tingkatan kedua yaitu terdiri dari kolesterol, hiperlipidemia, asimtomatik karotid stenosis, *sickle cell disease*, terapi hormon esterogen, diet, obesitas, alkohol, migrain, dan hiperkoagulasi. Kebanyakan dari faktor risiko yang tingkatan kedua ini, memiliki hubungan dengan pengembangan faktor risiko tingkat pertama, misalnya obesitas merupakan faktor risiko untuk terjadinya hipertensi dan diabetes (Williams, *et al.*, 2010).

Faktor risiko yang umumnya menyebabkan stroke yaitu tekanan darah tinggi (hipertensi). Tekanan darah tidak boleh melebihi 140/90 mmHg. Tekanan darah yang tinggi akan menyebabkan tingginya tekanan di dinding arteri sehingga bisa menyebabkan bocornya arteri otak, bahkan ruptur pada arteri otak yang akan mengakibatkan terjadinya stroke hemoragik. Tekanan darah tinggi juga bisa menyebabkan stroke iskemik yang dikarenakan oleh adanya *atherosclerosis* (Silva, *et al.*, 2014).

2.1.3 Tanda dan Gejala Penyakit CVA Infark

WHO (2016) menjelaskan bahwa gejala umum yang terjadi pada stroke yaitu wajah, tangan atau kaki yang tiba-tiba kaku atau mati rasa dan lemah, dan biasanya terjadi pada satu sisi tubuh saja. Gejala lainnya yaitu pusing, kesulitan bicara atau mengerti perkataan, kesulitan melihat baik dengan satu mata maupun kedua mata, sulit berjalan, kehilangan koordinasi dan keseimbangan, sakit kepala yang berat dengan penyebab

yang tidak diketahui, dan kehilangan kesadaran atau pingsan. Tanda dan gejala yang terjadi tergantung pada bagian otak yang mengalami kerusakan dan seberapa parah kerusakannya itu terjadi.

Serangan stroke dapat terjadi secara mendadak pada beberapa pasien tanpa diduga sebelumnya. Stroke bisa terjadi ketika pasien dalam kondisi tidur dan gejalanya baru dapat diketahui ketika bangun. Gejala yang dimiliki pasien tergantung pada bagian otak mana yang rusak. Tanda dan gejala yang umumnya terjadi pada stroke atau TIA yaitu wajah, lengan, dan kaki dari salah satu sisi tubuh mengalami kelemahan dan atau kaku atau mati rasa, kesulitan berbicara, masalah pada penglihatan baik pada satu ataupun kedua mata, mengalami pusing berat secara tiba-tiba dan kehilangan keseimbangan, sakit kepala yang sangat parah, bertambah mengantuk dengan kemungkinan kehilangan kesadaran, dan kebingungan (Silva, *et al.*, 2014).

2.2 Hipertensi

a. Pengertian

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler dengan kematian tertinggi. Hipertensi adalah penyakit yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah secara menetap (Dipiro dkk, 2011). Umumnya seseorang dikatakan hipertensi apabila tekanan darah berada di atas 140/90 mmHg. Ketika tekanan darah terlalu tinggi maka akan menimbulkan beban kerja jantung dan dapat menyebabkan kerusakan serius pada arteri (nadi). Seiring waktu tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol meningkatkan risiko penyakit jantung, stroke, dan penyakit ginjal.

b. Gejala

Tekanan darah tinggi kadang-kadang disebut *the silent killer* karena mungkin tidak memiliki gejala luar selama bertahun-tahun. Bahkan satu dari lima orang dengan kondisi tersebut tidak tahu mereka memiliki tekanan darah tinggi. Gejala-gejala hipertensi yang sering timbul adalah sakit kepala yang bervariasi dari ringan sampai berat, pusing, mual,

muntah, nyeri tengkuk dan kepala bagian belakang, nyeri otot dan sendi, insomnia, badan merasa lemah dan berdebar-debar (Noerhadi, 2008).

c. Penyebab

Berdasarkan penyebabnya hipertensi terbagi menjadi dua golongan, yaitu:

1) Hipertensi primer

Hipertensi primer merupakan 90% dari seluruh kasus yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya. Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi primer adalah sebagai berikut:

- Genetik, individu yang memiliki riwayat keluarga dengan hipertensi maka memiliki risiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini karena faktor genetik tidak dapat dikendalikan.
- Jenis kelamin dan usia, laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita menopause berisiko tinggi untuk mengalami hipertensi. Apabila usia bertambah maka tekanan darah meningkat dan faktor ini tidak dapat dikendalikan.
- Diet, konsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi. Faktor ini dapat dikendalikan oleh penderita dengan cara mengurangi konsumsi garam karena dapat meningkatkan tekanan darah dengan cepat khususnya penderita hipertensi, diabetes serta orang dengan usia yang tua karena apabila mengonsumsi garam yang berlebihan maka ginjal akan bertugas menahan cairan lebih banyak untuk mengolah garam. Banyaknya cairan yang tertahan menyebabkan peningkatan pada volume darah seseorang. Beban ekstra yang dibawa oleh pembuluh darah inilah yang menyebabkan pembuluh darah bekerja ekstra sehingga terjadi peningkatan tekanan darah di dinding pembuluh darah.
- Berat badan, faktor ini dapat dikendalikan dimana bisa menjaga berat badan dalam keadaan normal atau ideal. Obesitas memiliki risiko tinggi untuk terkena hipertensi.

- Gaya hidup, faktor ini dapat dikendalikan dengan cara pasien memiliki pola hidup sehat dengan menghindari faktor pemicu hipertensi yaitu merokok dan konsumsi alcohol.

2) Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder merupakan 10% dari seluruh kasus hipertensi yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah karena kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal, hipertensi endokrin, hipertensi renal, dan kelainan saraf pusat.

d. Klasifikasi

Menurut WHO, 2013 batas normal tekanan darah adalah <120/80 mmHg. Seseorang dikatakan hipertensi apabila tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolic lebih dari 90 mmHg. American Heart Asosiation mengolongkan hasil pengukuran tekanan darah menjadi:

Table 1. Klasifikasi Hipertensi

Kategori Tekanan darah	Sistolik	Diastolic
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi stage 1	140-159	90-99
Hipertensi stage 2	≥ 160	≥ 100
Hipertensi stage 3 (keadaan gawat)	≥ 180	≥ 110

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Identitas Pasien

Nama	: Tn. M
Usia	: 67 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pendidikan	:-
Tanggal MRS	: 8 Januari 2019
Tanggal Skrining	: 9 Januari 2019
No Rekam Medis	: 22***
Ruang	: Intan 2-3
Diagnosis Medis	: CVA Infark Trombotik + Hipertensi stage II Hiperkolesterol

3.2 *Nutrition Care Proses (NCP)*

Perencanaan asuhan gizi pada pasien menggunakan metode NCP (*nutrition Care Process*) dengan tahapan pengkajian gizi sebagai berikut.

3.2.1 Assesment

3.2.1.1 Antropometri

Data antropometri pasien pada pemeriksaan tanggal 9 Januari 2018 yang adalah sebagai berikut:

Berat Badan (BB) : 72 kg

Tinggi Badan (TB) : 168 cm

Kondisi pasien ketika dilakukan assessment antropometri tidak memungkinkan untuk berdiri, sehingga berat badan dan tinggi badan didapatkan melalui data rekam medis dan wawancara terhadap pasien. Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan indeks masa tubuh (IMT) dengan rumus sebagai berikut:

$$IMT = \frac{BB}{TB^2}$$

$$IMT = \frac{72}{1.68^2}$$

$$IMT = 25.5$$

Maka, status gizi Tn. M masuk dalam kategori overweight.

3.2.1.2 Biokimia

Data biokimia didapatkan dari rekam medis pasien yang dilihat pada tanggal 9 Januari 2019:

Table 2. Data Biokimia Pasien

Data laboratorium	Nilai	Nilai normal	Keterangan
Hb	15,2	14-18 g/dL	Normal
Serum Kreatin	1,45	0.6-1,2 mg/dL	Tinggi
LDL	160	<100 mg/dL	Tinggi
kolesterol	307	130-220	Tinggi

Hasil dari uji laboratorium menunjukkan adanya ketidak normalan terhadap nilai serum kreatin pasien, selain itu juga nilai tinggi didapatkan pada hasil pemeriksaan LDL dan Kolesterol total pasien.

Hasil dari uji laboratorium pasien menunjukkan adanya ketidak normalan pada fraksi lemak pasien yakni pada kolesterol dan LDL. Kadar kolesterol total yang tinggi menjadi salah satu factor resiko terjadinya arterosklerosis. Arterosklerosis sendiri berperan dalam terjadinya stroke iskemik (Gofir, 2009; American Heart Association 2014). Baluch et all 2008 menyatakan bahwa peningkatan kadar kolesterol sebesar 1mmol/L dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke iskemik sebesar 25%. Kadar LDL dalam darah yang terlalu tinggi juga dapat mengakibatkan penumpukan LDL di bagian dalam dinding pembuluh darah. Penumpukan LDL didalam arteri ini akan menyumbat arteri melalui pembentukan atheroma sehingga mengakibatkan pasokan oksigen dan nutrisi ke berbagai organ berkurang dan menyebabkan organ tidak dapat berfungsi sebagai mana mestinya (Bull, 2007)

3.2.1.3 Fisik/ Klinis

Hasil pengamatan fisik klinis pada pasien dilakukan dengan cara melihat rekam medis yang sebelumnya telah diisi oleh perawat pada tanggal 8 Januari 2019, serta wawancara dan pengamatan langsung pada pasien yang dilaksanakan pada tanggal 9 Januari 2019 adalah sebagai berikut:

- a. Pasien mengeluh pusing cekot-cekot.
- b. Badan lemas

Table 3. Data Klinis Pasien

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
Keadaan Umum	Lemas	Baik	Pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa
Keadaan GCS	Compos Mentis	Compos mentis	Pasien dalam keadaan sadar penuh
Tekanan darah	160/90 mmHg	<120/<80 mmHg	Pasien mengalami Hipertensi Stage II
Heart Rate	80	70-100/menit	Denyut jantung normal
Respiratory rate	20	18-20x/menit	Frekuensi pernafasan normal
Suhu	36,4	36-37	Suhu tubuh normal
GIT	Diare (-) Mual (-) Muntah (-) Susah Menelan (-) Susah Mengunyah (-)	Diare (-) Mual (-) Muntah (-) Susah Menelan (-) Susah Mengunyah (-)	Pasien tidak memiliki masalah pada saluran pencernaan

Dari hasil pemeriksaan klini pasien didapati bahwa pasien merasa pusing dan lemas serta memiliki tekanan darah yang tinggi.

3.2.1.4 Riwayat Gizi Pasien

Riwayat gizi pasien sebelum MRS didapatkan dari hasil wawancara dengan menggunakan metode FFQ semi Kualitatif. Sedangkan untuk riwayat gizi selama MRS dilakukan dengan metode *24Hour food recall*. Berikut merupakan hasil dari wawancara terhadap riwayat gizi pasien:

1. Frekuensi makan pasien sebelum MRS 2x sehari dengan sumber karbohidrat utama adalah nasi. Porsi nasi yang dikonsumsi setiap kali makan adalah 3 centong nasi.
2. Pasien memiliki kebiasaan konsumsi snack gorengan satu minggu sekali

3. Jenis lauk yang sering dikonsumsi oleh pasien adalah ayam, tahu, dan tempe dengan cara pengolahan digoreng
4. Pasien memiliki kebiasaan konsumsi teh setiap pagi
5. Pasien sering mengonsumsi makanan bersantan seperti lodeh yang merupakan makanan favorit pasien.
6. Pasien sering mengonsumsi makanan kemasan seperti mie instan (indomie mie soto), wafer nabati, roma coklat dan sering mengonsumsi minuman kemasan seperti teh botol dan teh pucuk.

Asupan gizi pasien pada saat pengamatan didapatkan melalui metode 24 food recall, yaitu dengan melakukan wawancara terhadap makanan yang dikonsumsi oleh pasien selama pengamatan dan dipatikan hasil sebagai berikut:

Table 4. Hasil Recall 24 jam

Zat Gizi	Hasil Recall	Kebutuhan	Persentase Pemenuhan	Kategori
Energi	776	2000	38.8%	Kurang
Protein	28	67	41.7%	Kurang
Lemak	16	44.4	36%	Kurang
Karbohidrat	131,6	325	40%	Kurang

Berdasarkan SK Kemenkes no 129/Menkes/SK/II/2008, Hasil recall menunjukkan supan makan pasien masih kurang karena asupan masih kurang dari 80% kebutuhan. Hasil ini dikarenakan pasien mengalami penurunan nafsu makan selama satu minggu belakangan diakibatkan oleh kondisi tubuh yang lemah.

3.2.1.5 Riwayat Personal

Pengkajian riwayat personal terdiri dari riwayat pasien serta lingkungan pasien yakni sebagai berikut:

a. Riwayat penyakit pasien

Pasien menderita hipertensi diketahui sejak tahun 2005 dan pasien mengaku tidak pernah mengonsumsi obat maupun melakukan cek tekanan darah rutin. Pasien pertama kali mendapatkan diagnosis hipertensi saat mengalami MRS pada tahun 2005 tersebut dengan diagnosis hipertensi. Pasien mengaku tidak pernah mau melakukan

diet khusus terkait dengan hipertensi dan tetap mengonsumsi semua jenis makanan terutama makanan yang disukainya.

b. Riwayat penyakit keluarga

Salah satu anggota keluarga pasien yakni sang istri pernah terdiagnosis stroke pada tahun 2017.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pasien baru pertama kali MRS dengan diagnosis CVA dengan hiperkolesterolemia dengan keluhan pusing cekot-cekot dan tubuh lemas.

d. Riwayat personal pasien

Pasien merupakan seorang pensiunan dan saat ini menjalankan sebuah usaha toko kelontong dirumahnya.

3.3 Diagnosa Gizi

Berdasarkan data assessment yang didapatkan maka, penerapan diagnose gizi pasien dapat dilihat dari table 5.

Table 5. Diagnosis Gizi

Kode	Diagnosa Gizi
NI-2.1	Kekurangan intake oral berkaitan dengan penurunan nafsu makan selama satu minggu terakhir ditandai dengan hasil recall 24 jam kurang dari kebutuhan (energy= 38.8%, protein= 41.7%, Lemak= 36%, dan Karbohidrat= 40%)
NI-5.4	Penurunan kebutuhan zat gizi spesifik natrium berkaitan dengan konsidi dan riwayat hipertensi ditandai dengan tekanan darah 160/90 mmHg
NI-5.6	Kelebihan Intake Lemak berkaitan dengan pemilihan bahan makanan yang salah dan suka konsumsi gorengan serta makanan bersantan ditandai dengan hasil lab Kolesterol 307 mg/dL dan LDL 160 mg/dL
NB-1.1	Pengetahuan yang kurang terkait makanan dan gizi berkaitan dengan pemilihan bahan makanan yang salah ditandai dengan pola makan dan pemilihan bahan makanan yang salah serta tidak ada perubahan pola makan meskipun diagnosis penyakit sudah sejak lama

3.4 Rencana Intervensi Gizi

3.5.1 Terapi Diet

a. Tujuan Diet

1. Memberi asupan makan yang adekuat sesuai dengan kondisi penyakit pasien.
2. Membantu menormalkan fraksi lemak darah yakni kolesterol dan LDL

3. Mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut
 4. Membantu menormalkan tekanan darah
 5. Membantu menormalkan status gizi pasien
- b. Jenis Diet
- Diet KV RG (Kardiovaskuler Rendah Garam). Diet KV RG diberikan kepada pasien dengan gangguan kardiovaskuler dan stroke dengan hipertensi.
- c. Bentuk- Jalur Makanan
- Bentuk dan jalur makanan yang diberikan kepada Tn. M adalah makanan biasa dengan jalur makan secara oral.
- d. Prinsip diet
1. Energy sebesar 2000 kkal
 2. Protein sebesar 1 gram/kg berat badan
 3. Lemak sebanyak 22% dari total energy dengan pemilihan jenis lemak tak jenuh serta adanya pembatasan kolesterol
 4. Karbohidrat sebanyak 65% dari total energy
 5. Serat cukup, untuk membantu menormalkan fraksi lemak yakni kolesterol dan LDL.
 6. Rendah natrium untuk menurunkan tekanan darah
 7. Pembatasan kolesterol
- e. Syarat Diet
1. Jenis bahan makan terlampir
 2. Energy 2000 kkal
 3. Protein 67 gram
 4. Lemak 44.4 gram dan kolesterol <200mg per hari
 5. Karbohidrat 325 gram
 6. Serat 25 gram per hari
 7. Natrium <2000 mg/ hari
 8. Kolesterol <200 mg per hari
- f. Perhitungan Kebutuhan Zat Gizi Pasien
1. Energy

$$BBI = (TB - 100) - ((TB - 100) \times 10\%)$$

$$BBI = (168 - 100) - ((168 - 100) \times 10\%)$$

$$BBI = 63,9 \text{ kg}$$

$$ABW = BBI + 0,4(BBA - BBI)$$

$$ABW = 63,9 + 0,4(72 - 63,9)$$

$$ABW = 67 \text{ kg}$$

$$BMR = 66 + (13,7 \times BB) + (5 \times TB) - (6,8 \times U)$$

$$BMR = 66 + (13,7 \times 67) + (5 \times 168) - (6,8 \times 64)$$

$$BMR = 1389$$

$$TEE = BMR \times PA \times SL$$

$$TEE = 1389 \times 1,2 \times 1,2$$

$$TEE = 2000 \text{ kkal}$$

2. Protein 1 gram/kg BB= 67
3. Lemak= (20% x 2000):9= 44,4 gram
4. Karbohidrat (65% x 2000):4= 325 gram

g. Rincian Pemorsian Makanan Diet

Terlampir

3.4.2 Tetrapi Eukasi/konseling

a. Materi dan waktu edukasi

- Edukasi kepada pasien mengenai diet KV RG serta jenis makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi selama MRS dan setelah KRS
- Penjelasan mengenai bahan makanan yang disarankan, dibatasi serta dihindari untuk penderita hipertensi serta pasien dengan kondisi fraksi lemak yang tidak normal (Kolesterol tinggi dan LDL tinggi)
- Pemberian konseling atau motivasi kepada pasien untuk merubah kebiasaan makan pasien (mengurangi konsumsi gorengan serta makanan berlemak dan bersantan, serta makanan tinggi natrium).

- b. Sasaran
Pasien dan keluarga pasien
- c. Tujuan
 1. Meningkatkan pengetahuan pasien tentang diet yang tepat terkait dengan kondisi pasien sehingga dapat diaplikasikan secara berlanjut walaupun pasien sudah keluar dari rumah sakit
 2. Meningkatkan pengetahuan pasien tentang bahan makanan yang dianjurkan untuk dikonsumsi serta bahan makanan yang perlu dihindari dan dibatasi
 3. Meningkatkan motivasi pasien untuk membantu dalam merubah pola makan saat telah keluar dari rumah sakit
- d. Tempat
Ruang inap Intan 2-3 Rumah sakit PHC Surabaya
- e. Durasi
5-15 menit
- f. Metode
Ceramah dan Tanya jawab
- g. Media
Leaflet

3.5 Rencana monitoring

Proses asuhan gizi terstandar diakhiri dengan kegiatan monitoring dan evaluasi gizi. Monitoring dan evaluasi gizi disesuaikan dengan pengkajian gizi, diagnosis gizi dan intervensi gizi yang diberikan. Rencana monitoring dan evaluasi gizi pada pasien adalah sebagai berikut:

Table 6. Rencana Monitoring dan Evaluasi

Parameter	Target	Cara Monitoring	Waktu Pelaksanaan
Antropometri Berat badan	Berat badan ideal	Pengukuran berat badan dengan menggunakan timbangan berat badan atau dengan mengukur lingkar lengan atas menggunakan medline	Pada akhir pengamatan
Dietetic asupan makan	Asupan makan cukup dengan memenuhi	Recall dan obeservasi sisa makanan	Setiap hari

Parameter	Target	Cara Monitoring	Waktu Pelaksanaan
	kebutuhan energy, protein, lemak, karbohidrat, serat, sebesar $\pm 10\%$ kebutuhan. Asupan natrium kurang dari 2000mg/ hari, asupan kolesterol kurang dari 200 mg/hari		
Fisik klinis tanda-tanda vital	TTV normal, rasa kebas dan lemas hilang	Observasi rekam medis dan wawancara langsung	Setiap hari
Biokimia	<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan kadar kolesterol total - Penurunan LDL - Penurunan kadar serum keratin 	Tes laboratorium	Jika dilakukan pemeriksaan lab ulang
Edukasi dan konseling pengetahuan terkait makana dan gizi serta motivasi pasien	Peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga serta peningkatan motivasi	Tanya jawab mengenai materi yang telah disampaikan sebelumnya Umpan balik positif terhadap edukasi dan konseling yang diberikan	Setelah edukasi dan konseling

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Manajemen asuhan gizi pada pasien Tn. M dilakukan mulai dari assessment gizi mulai dari antropometri, biokimia, kllinis dan fisik, serta asuhan makan atau *food history* pasien. Penetapan diagnosis dilakukan berdasarkan hasil assessment yang didapatkan kemudian diambil dua domain utama yakni domain *intake* dan domain *behavior*. Intervensi yang diberrikan kepada pasien adalah intervensi asupan serta edukasi dan konseling gizi untuk meningkatkan pengetahuan pasien serta untuk meningkatkan motivasi kepada pasien dalam upaya perubahan pola makan. Monitoring dan evaluasi bertujuan untuk melihat apakah intervensi yang diberikan telah berhasil dilakukan serta untuk menilai ada tidaknya kemungkinan perubahan diagnosis dan intervensi yang perlu diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Barendregt, Karin. *Et al.* 2008. *Basic in Clinical Nutrition: Simple and stress starvation*. e-SPEN, the European e-Journal of clinical nutrition and metabolism (2008) 3, e267-e271
- Brainin, M. *et al.* 2010. *Textbook of stroke medicine*. Cambridge University Press.
- Conant R, Schauss AG. Therapeutic applications of citicoline for stroke and cognitive dysfunction in the elderly : A review of the literature. *Altem. Med. Rev.* 2004; 9 : 17-31.
- Currie, S., Saleem, N., Straiton, J. A., Macmullen-Price, J., Warren, D. J., & Craven, I. J. (2016). Imaging assessment of traumatic brain injury. *Postgraduate medical journal*, 92(1083), 41-50.
- DEPKES RI. 2006. *Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS)*.
- Gungor N, Libman IM, Arslanian SA. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. Dalam: Pescovitz OH, Eugster EA, penyunting. *Pediatric endocrinology: mechanism, manifestations, and management*. Edisi ke-2. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. h. 450-65.
- Marks, Dawn B; Marks, Allan D; Smith, Collen M. 2000. *Basic Medical Biochemistry : A Clinical Approach*. Terjemahan; Brahm U. Pedit. *Biokimia Kedokteran Dasar Sebuah Pendekatan Klinis*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Selemba Medika
- Rahman, A. (2017). *Karakteristik Penderita Stroke Iskemik Akut di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan Tahun 2016*.
- Silva, V. A., Hughes, R. H., Ahmed, I., Shreiber, D. I., & Morrison III, B. (2014). Neuroprotection by genipin against reactive oxygen and reactive nitrogen species-mediated injury in organotypic hippocampal slice cultures. *Brain research*, 1543, 308-314.

Wardhani, N. R., & Martini, S. (2014). Faktor yang berhubungan dengan pengetahuan tentang stroke pada pekerja institusi pendidikan tinggi. *Jurn Epidemiologi*, 2(1), 13-23.

LAMPIRAN
Perencanaan Menu Makan Pasien Satu Hari

Waktu	Menu	Bahan	Berat (g)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)	Na (mg)
Makan Pagi	Nasi Tim	Nasi putih kukus	120	156	2,9	0,2	34,3	0
05.30-06.00	Tumis Kangkung	Kangkung	50	7,5	1,1	0,1	1	8
		Minyak kelapa sawit	3	25,9	0	3	0	0
	Oseng Tongkol dan Tempe	Ikan tongkol	30	33,3	7,2	0	0	11,4
		Tempe kedelai	30	14,3	5,7	5,1	5,1	1,8
		Minyak kelapa sawit	3	25,9	0	0	0	0
	Jus Apel	Apel	400	236,1	0,8	1,6	61,2	0
		Air mineral	320	0	0	0	0	38,4
Snack Pagi	Lemper Isi Ayam	Beras ketan	30	108,3	2	0,2	23,9	0
		Santan cair	14	14,9	0,1	1,4	0,6	0,8
		Daging ayam	10	31,3	3	2,1	0	8
	Pelengkap	Pepaya	100	39	0,6	0,1	9,8	3
Makan Siang	Kentang Dihaluskan	Kentang	100	93	2	0,1	21,6	5
11.30-12.00		Daun parsley	3	1,6	0,1	0		
	Steak Ikan Tuna	Ikan tuna	40	57,6	9,3	2	0	15,6
		Olive oil	3	26,5	0	3	0	0
	Sayuran Rebus	Wortel	20	5,2	0,2	0	1	12
		Kembang kol	20	5	0,3	0,1	1,1	3,6
		Buncis	20	7	0,4	0,1	1,6	0,6
	Jus Jambu	Jambu biji	300	152,7	2,4	1,8	35,7	9
		Air mineral	600	0	0	0	0	72
Snack Sore	Kolak Pisang, Singkong, dan Kacang Hijau	Singkong putih	30	39,3	0,3	0,1	9,6	0,6

Waktu	Menu	Bahan	Berat (g)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)	Na (mg)
15.30-16.30		Kacang hijau	50	58	3,8	0,3	10,4	
		Pisang kepok	100	58	0,4	0,1	15,6	2,5
		Santan cair	40	42,4	0,4	4	1,8	2,4
	Pelengkap	Belimbing	75	24	0,5	0,3	5,4	1,5
Makan Malam	Nasi Tim	Nasi putih kukus	200	260	4,8	0,4	57,2	0
18.00-18.30	Sayur Bayam	Bayam segar	50	18,5	1,9	0,1	3,7	5,5
		Oyong/gambas	30	6	0,3	0,1	1,3	0,3
		Jagung pipil	20	21,6	0,7	0,3	5	3,4
	Plecing Ayam Suwir	Daging ayam	20	57	5,4	3,8	0	14,6
		Minyak kelapa sawit	3	25,9	0	3	0	0
	Tahu Kukus	Tahu	30	22,8	2,4	1,4	0,6	2,1
	Jus Semangka	Semangka	300	96,1	1,8	1,2	21,6	6
		Air mineral	600	0	0	0	0	72
19.30-20.00	Jus Tomat	Tomat merah buah	90	15,7	0,9	0,2	2,3	5,4
		Air mineral	320	0	0	0	0	38,4
	Total perhitungan satu hari			1941	61,57	41,4	331,4	343,9
	Kebutuhan satu hari			2000	67	44,4	325	<2000
	Persentase Kecukupan Sehari			97%	92%	86%	102%	Cukup