

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG BIDANG GIZI KLINIK
ASUHAN GIZI PADA PASIEN HIPERTENSI
DENGAN CVA INFARK 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	3
DAFTAR TABEL	4
DAFTAR GAMBAR	5
BAB I PENDAHULUAN	6
1.1 Latar Belakang	6
1.2 Identifikasi Masalah	7
1.3 Rumusan Masalah	7
1.4 Tujuan	7
1.4.1 Tujuan Umum	7
1.4.2 Tujuan Khusus	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 CVA Infark	9
2.1.1 Klasifikasi CVA Infark	9
2.1.2 Faktor Risiko CVA Infark	10
2.1.3 Tanda dan Gejala Penyakit CVA Infark	11
2.2 Hipertensi	12
BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN	15
3.1 Identitas Pasien	15
3.2 <i>Nutrition Care Proses (NCP)</i>	15
3.2.1 Assesment	15
3.3 Diagnosa Gizi	20
3.4 Rencana Intervensi Gizi	20
3.4.1 Terapi Diet	20
3.4.2 Terapi Edukasi/konseling	22
3.5 Rencana monitoring	23
3.5.1 Monitoring dan Evaluasi Diet dan Asupan Makan Pasien	24
3.5.3 Monitoring dan evaluasi fisik klinis dan tanda-tanda vital	30
3.5.4 Monitoring dan evaluasi Biokimia	31
3.5.5 Monitoring dan evaluasi edukasi dan konseling gizi	31
BAB IV	33
4.1 Kesimpulan	33

DAFTAR PUSTAKA	34
LAMPIRAN	36

DAFTAR TABEL

Table 1. Klasifikasi Hipertensi	14
Table 2. Data Biokimia Pasien	16
Table 3. Data Klinis Pasien	17
Table 4. Hasil Recall 24 jam	18
Table 5. Diagnosis Gizi.....	20
Table 6. Rencana Monitoring	23
Table 7. Monitoring Asupan Pasien	25
Table 8. Monitoring Fisik Klinis Pasien	30
Table 9. Perhitungan Menu Makan Tanggal 17 Januari 2019	36
Table 10. Asupan Makan Tanggal 17 Januari 2019	37
Table 11. Perhitungan Menu Makan Tanggal 18 Januari 2019.....	38
Table 12. Asupan Makan Tanggal 18 Januari 2019	39
Table 13. Perhitungan Menu Makan Tanggal 19 Januari 2019.....	40
Table 14. Asupan Makan Tanggal 19 Januari 2019	41

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Asupan Energi	26
Gambar 2. Asupan Protein	27
Gambar 3. Asupan Lemak.....	28
Gambar 4. Asupan Karbohidrat.....	29

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 seriap orang sehingga memerlukan adanya sebuah pedoman agar diperoleh hasil pelayanan yang bermutu. Pelayanan gizi yang baik di rumah sakit akan dapat membatu 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 *et al*, 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 Rumha 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/kllinis, 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 perdarahan, 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	: Ny M
Usia	: 57 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMA
Tanggal MRS	: 14 Januari 2019
Tanggal Skrining	: 15 Januari 2019
No Rekam Medis	: 22***
Ruang	: Mutiara 1-1
Diagnosis Medis	: CVA Infark + Hipertensi

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 15 Januari 2018 yang adalah sebagai berikut:

Berat Badan (BB)	: 53 kg
Tinggi Badan (TB)	: 158 cm

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

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

$$IMT = \frac{53}{1.58^2}$$

$$IMT = 21.2$$

Maka, status gizi Ny. M masuk dalam kategori Normal yakni dengan IMT 21.2

3.2.1.2 Biokimia

Data biokimia didapatkan dari rekam medic pasien yang dilihat pada tanggal 15 Januari 2019

Table 2. Data Biokimia Pasien

Data laboratorium	Nilai	Nilai normal	Keterangan
Hb	15,2	12.0-15.5 g/dL	Normal
WBC	8	3.5-10L10 ³ / mm ³	Normal
HCT	48,3	35-50 %	Normal
BUN	13,87	7-20 mg/dL	Normal
Serum Kreatin	0,76	0.5-0.9 mg/dL	Normal
AU	3,34	2.5-7.5 mg/dL	Normal
GDA	83	75-120 mg/dL	Normal
Na	138,2	137-145 mEq/L	Normal
K	3,47	3.5-5 mmol/L	Rendah
LDL	161	<100 mg/dL	Tinggi
kolesterol	278	130-220	Tinggi

Hasil dari uji laboratorium pasien menunjukkan adanya ketidaknormalan 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 14 Januari 2019, serta wawancara dan pengamatan langsung pada pasien yang dilaksanakan pada tanggal 15 Januari 2019 adalah sebaga berikut:

- a. Separuh badan bagian kiri terasa berat
- b. Pusing cekot-cekot.
- c. Badan terasa 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	142/79 mmHg	<120/<80 mmHg	Pasien mengalami Hipertensi stage I
Heart Rate	69	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

Tanda-tanda klinis pasien menunjukkan bahwa pasien mengalami Hipertensi stage II yang ditandai dengan tingginya tekanan darah pasien. Hipertensi sendiri merupakan salah satu factor resiko yang sangat berpotensi pada kejadian stroke. Tekanan darah yang terlalu tinggi dapat mengakibatkan penyempitan pembuluh darah otak atau bahkan menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak. Kedua hal tersebut dapat mengakibatkan saluran darah yang menuju otak akan terganggu dan menyebabkan kematian sel otak. (marks et al, 2000).

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 3x sehari dengan sumber karbohidrat utama adalah nasi. Porsi nasi yang dikonsumsi setiap kali makan adalah 2 centong nasi.
2. Lauk nabati yang paling sering dikonsumsi oleh Ny M adalah tahu dan tempe yang dikonsumsi setiap hari dengan frekuensi 3 kali sehari. Pengolahan yang digunakan untuk mengolah tahu dan tempe yang akan dikonsumsi adalah dengan cara di goreng.
3. lauk hewani yang biasa dikonsumsi oleh Ny.M bervariasi. Lauk hewani yang sering dikonsumsi adalah ayam dan ikan terutama yang diolah dengan cara digoreng kering
4. cara pengolahan lauk yang sering dikonsumsi oleh Ny. M adalah dengan cara digoreng.
5. Konsumsi sayur Ny. M adalah jarang, nyonya M mengaku tidak menyukai mengonsumsi sayur dan apabila konsumsi sayur hanya sayur bening dan sayur sop dengan frekuensi sangat jarang.
6. Pasien mengaku sering mengonsumsi kopi pada saat sebelum mengetahui jika memiliki tekanan darah tinggi dan berhenti ketika telah didiagnosis Hipertensi sejak dua tahun yang lalu. Konsumsi teh setiap hari.
7. Pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap bahan makanan dan obat.
8. Pasien suka mengonsumsi snack biscuit seperti biscuit roma, nabati

Asupan gizi pasien pada saat pengamatan didapatkan melalui metode 24 food recall, yaitu dengan melakukan wawancara terhadap makanan yang dikonsumsi oleh pasien selama pengamatan akan ditampilkan dalam table 4 berikut.

Table 4. Hasil Recall 24 jam

Zat Gizi	Hasil Recall	Kebutuhan	Persentase Pemenuhan	Kategori
----------	--------------	-----------	----------------------	----------

Zat Gizi	Hasil Recall	Kebutuhan	Persentase Pemenuhan	Kategori
Energi	733.5	1416	51,8	Kurang
Protein	40.67	70	58,1	Kurang
Lemak	23,7	23,6	100,74	Cukup
Karbohidrat	112,1	230	48,76	Kurang
Natrium	1195	<2000	59,78	Baik
Kolesterol	52	<200	26	Baik

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 3 hari 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 dua tahun yang lalu yakni tahun 2017. Pasien mengaku sering melakukan control rutin di puskesmas disekitar tempat tinggalnya saat obat telah habis. Selama melakukan control rutin, pasien mengaku tidak melakukan diet khusus terkait hipertensi yang dialami. Tensi darah selama dua tahun terakhir terus tinggi dan masih belum mencapai normal. Tensi terendah yang pernah didapat adalah <140.

b. Riwayat Penyakit keluarga

Berdasarkan hasil wawancara mengenai riwayat penyakit keluarga diketahui bahwa pasien tidak memiliki penyakit yang diturunkan dari keluarga.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pasien baru pertama kali MRS dengan diagnosis CVA dengan keluhan lemas pada badan bagian kiri, serta pusing cekot-cekot.

d. Riwayat Personal Pasien

Pasien merupakan seorang ibu dari 9 orang anak yang semuanya telah berkeluarga, saat ini pasien tinggal dengan akan bungsunya dan bekerja sebagai buruh pabrik kedelai.

3.3 Diagnosa Gizi

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

Table 5. Diagnosis Gizi

Kode	Diagnosa Gizi
NI-2.1	Kekurangan intake oral berkaitan dengan penurunan nafsu makan selama 3 hari terakhir ditandai dengan hasil recall 24 jam kurang dari kebutuhan (energy= 51,8%, protein= 58,1%, Karbohidrat= 58,76%)
NI-5.4	Penurunan kebutuhan zat gizi spesifik natrium berkaitan dengan konsidi dan riwayat hipertensi ditandai dengan tekanan darah 142/79mmHg
NI-5.6	Kelebihan Intake Lemak berkaitan dengan pemilihan bahan makanan yang salah dan suka konsumsi gorengan ditandai dengan hasil lab Kolesterol 278 mg/dL dan LDL 161mg/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

3.4 Rencana Intervensi Gizi

3.4.1 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

b. Jenis Diet

Diet KV RG (Kardiovaskuler Rendah Garam). Diet KV RG diberikan kepada pasien dengan gangguan kardivaskuler dan stroke dengan hipertensi.

c. Bentuk- Jalur Makanan

Bentuk makan yang diberikan kepada pasien adalah makanan biasa dengan jalur pemberian makanan secara oral.

d. Prinsip diet

1. Energy sebesar 1416 kkal
2. Protein sebanyak 20% dari total energy
3. Lemak sebanyak 15% dari total energy dengan 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 1461 kkal
3. Protein 70 gram
4. Lemak 23 gram dan koleterol <200mg per hari
5. Karbohidrat 230 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

$$BMR = 655 + (9,6 \times BB) + (1,8 \times TB) - (4,7 \times U)$$

$$BMR = 655 + (9,6 \times 53) + (1,8 \times 158) - (4,7 \times 57)$$

$$BMR = 1180,3$$

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

$$TEE = 1180,3 \times 1,2 \times 1$$

$$TEE = 1416 \text{ kkal}$$

2. Protein = $(25\% \times 1416) : 4 = 70$ gram
3. Lemak = $(15\% \times 1416) : 9 = 23,2$ gram
4. Karbohidrat $(65\% \times 1416) : 4 = 230$ gram

g. **Rincian Pemorsian Makanan Diet**

Terlampir

3.4.2 Tetrapi Eukasi/konseling

a. Materi dan waktu edukasi

15 Januari 2019 : Edukasi kepada pasien mengenai diet KV RG serta jenis makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi selama MRS dan setela KRS

17 Januari 2019 : 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)

18 Januari 2019 : Pemberian konseling atau motivasi kepada pasien untuk menghabiskan makanan terutama pada menu sayur yang diberikan.

b. Sasaran

Sasaran dari pemberian intervensi edukasi dan konseling adalah pasien dan keluarga pasien. keluarga pasien juga menjadi sasaran untuk intervensi tersebut mengingat pasien tinggal bersama dengan anaknya yang juga merupakan orang yang bertanggung jawab terhadap makan pasien selama pasien berada di rumah.

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

Tempat berlangsungnya intervensi edukasi dan konseling berlangsung di ruang rawat inap Mutiara 1-1 Rumah sakit PHC Surabaya.

e. Durasi

Durasi lamanya intervensi edukasi dan konseling yang diberikan srtiap kali pertemuan adalah selama 5-15 menit yang disesuaikan dengan materi yang diberikan.

f. Metode

Metode intervensi edukasi yang diberikan adalah dengan cara ceramah dan tanya jawab. Untuk intervensi konseling yang diberikan pasien diminta turut serta aktif dalam menentukan kesepakatan perubahan yang ingin dicapai.

g. Media

Media intervensi edukasi yang digunakan selama menjalankan intervensi dengan menggunakan leaflet tentang hipertensi serta leaflet bahan makanan yang diajurkan dan tidak dianjurkan untuk penderita CVA dan hipertensi.

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 akan dijelaskan pada table 6.

Table 6. Rencana Monitoring

Parameter	Target	Cara Monitoring	Waktu Pelaksanaan
Dietetic asupan makan	<ul style="list-style-type: none"> - Asupan makan cukup dengan memenuhi kebutuhan energy, protein, lemak, karbohidrat, serat, minimal sebesar 80% kebutuhan. - Asupan natrium kurang dari 2000mg/hari - Asupan kolesterol kurang dari 200 mg/hari 	Recall dan obeservasi sisa makanan	Setiap hari
Fisik klinis	TTV normal, rasa kebas	Observasi rekam	Setiap hari

Parameter	Target	Cara Monitoring	Waktu Pelaksanaan
tanda-tanda vital	dan lemas hilang	medis dan wawancara langsung	
Biokimia	- Penurunan kadar kolesterol total - Penurunan LDL	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

3.5.1 Monitoring dan Evaluasi Diet dan Asupan Makan Pasien

Monitoring dan evaluasi diet pasien dilakukan setiap hari dengan melihat kondisi fisik dan klinis pasien berdasarkan rekam medis serta wawancara langsung kepada pasien. Data rekam medis pasien digunakan untuk mengetahui apakah perlu adanya penggantian diet baru berdasarkan data rekam medis terbaru seperti data biokimia terbaru, data fisik klinis pasien dan yang lainnya. Selama proses intervensi tidak ditemukan adanya data biokimia terbaru serta perubahan terhadap data fisik klinis pasien yang mengakibatkan perubahan jenis dan bentuk diet pasien. Jenis dan bentuk diet pasien selama tiga hari intervensi tidak mengalami perubahan

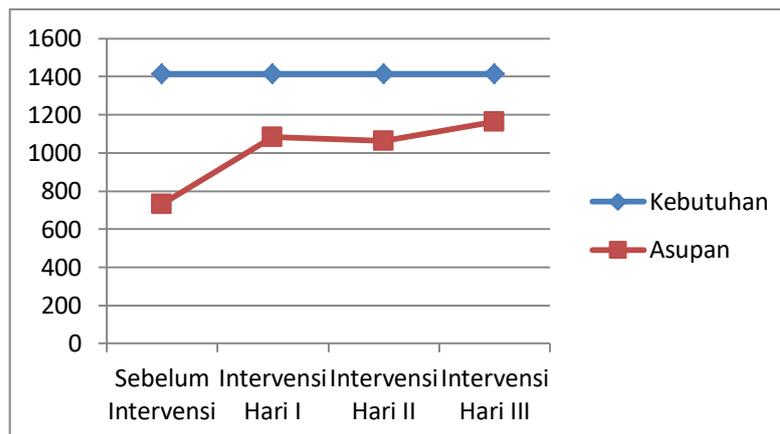
Monitoring dan evaluasi pada asupan makan pasien dilakukan sebanyak 9 kali makan selama tiga hari di ruang rawat inap Mutiara 1-1. Metode yang digunakan selama monitoring asupan makan adalah dengan melakukan penimbangan secara langsung pada sisa makan pasien serta recall asupan makan selama satu hari untuk mengetahui asupan dari luar rumah sakit yang dikonsumsi oleh pasien. Berikut merupakan hasil evaluasi asupan makan pasien selama intervensi yang dilakukan pada 17-19 Januari 2019.

Table 7. Monitoring Asupan Pasien

Zat Gizi	Jumlah Pemorsian	17/01/2019	18/01/2019	19/01/2019
Energi	Kebutuhan	1416	1416	1416
	Asupan	1082,8	1063,7	1163,4
	Persen pemenuhan	76%	75,12%	82%
Protein	Kebutuhan	70	70	70
	Asupan	45	52,7	50,46
	Persen pemenuhan	64,3%	75,3%	72%
Lemak	Kebutuhan	23.6	23.6	23.6
	Asupan	16,6	23.1	16
	Persen pemenuhan	72%	98%	67,6%
Karbohidrat	Kebutuhan	230	230	230
	Asupan	187,6	165,2	208
	Persen pemenuhan	81,6%	71,8	90,5%

3.5.2.1 Asupan Energi

Berikut merupakan pemenuhan asupan energy pasien saat sebelum intervensi dan selama intervensi berlangsung. Asupan energy pasien sebelum dilakukannya intervensi adalah sebesar 51,8%, persentase ini bisa dikatakan kurang jika dibandingkan dengan kebutuhan energy dalam satu hari. Selama intervensi berlangsung, persentase asupan energy masih belum bisa memenuhi kebutuhan energi dalam satu hari, namun sudah lebih meningkat dibandingkan sebelum masa intervensi. Persentase kecukupan energy berturut-turut adalah 76% pada hari pertama, 75,12% pada hari kedua dan 82% pada hari ketiga.

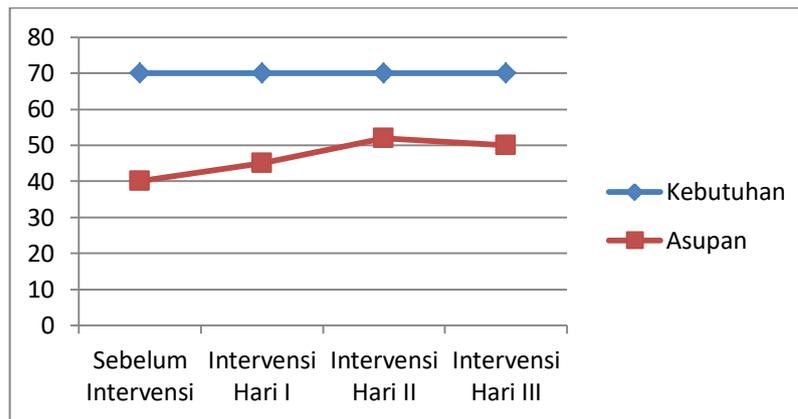


Gambar 1. Asupan Energi

Pada hari pertama, telah terjadi peningkatan asupan energy yang dikonsumsi oleh pasien yakni sebesar 76% dari total kebutuhan energy satu hari, meskipun masih belum bisa memenuhi kebutuhan satu hari dan masih masuk dalam kategori deficit. Makan pasien pada hari pertama masih belum bisa habis dan masih menyisahkan nasi, lauk dan juga sayur yang tidak dimakan sama sekali. Asupan yang kurang ini terjadi karena pasien mengaku tidak menyukai menu lauk terutama lauk nabati dan sayur yang diberikan sehingga lauk nabati yang diberikan tidak dimakan dan juga sayur tidak dimakan sama sekali. Hari selanjutnya, asupan energy pasien juga masih belum bisa memenuhi kebutuhan dan sempat mengalami penurunan dari hari sebelumnya. Berdasarkan pengamatan lebih lanjut dengan melakukan pengamatan sisa makan serta wawancara secara mendalam diketahui bahwa pasien menyisahkan $\frac{1}{4}$ porsi nasi yang diberikan serta pasien mengaku tidak menyukai menu yang diberikan terutama pada lauk hewani yakni ikan pada hari itu sehingga mengakibatkan penurunan nafsu makan. Selain itu, factor lainnya yang mempengaruhi adalah pasien sempat memakan snack dari luar sebelum makan pagi datang karena telah merasa lapar sehingga asupan makan dari rumah sakit hanya dimakan sedikit. Pada hari terakhir pengamatan, asupan makan pasien meningkat hingga mencapai 82% dari kebutuhan satu hari. Tidak ditemukan sisa nasi pada menu makan siang pada hari terakhir, serta pasien telah mau menghabiskan menu yang telah diberikan.

3.5.2.2 Protein

Asupan Protein yang dikonsumsi pasien sebelum intervensi dilakukan adalah sebesar 58.1 % dari total kebutuhan protein dalam satu hari dan tergolong deficit atau kurang. Setelah dilakukan intervensi selama tiga hari berturut-turut, asupan protein pasien secara perlahan mulai meningkat namun juga sempat mengalami penurunan. Asupan protein pasien berturut-turut adalah 64%, 75,3%, dan 72%.



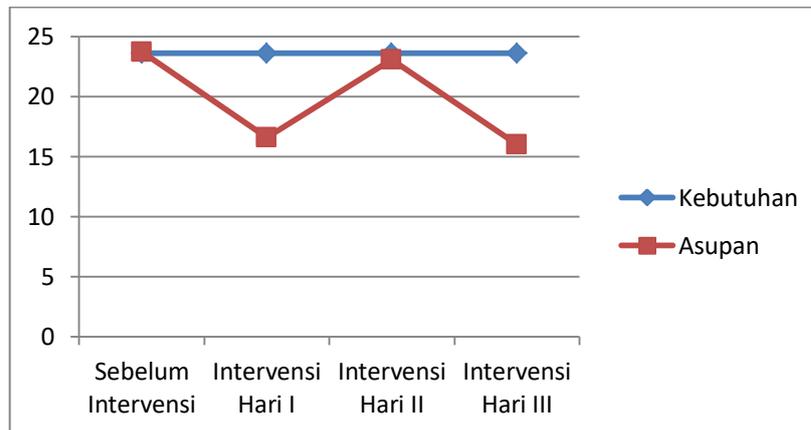
Gambar 2. Asupan Protein

Asupan protein pasien telah mengalami peningkatan dari sebelumnya. Namun peningkatan asupan ini masih belum bisa memenuhi kebutuhan protein dalam satu hari. Pada hari pertama intervensi jumlah protein yang diberikan kepada pasien pada hari itu hanya sebesar 85% dari kebutuhan dan hanya dikonsumsi sebesar 64% dari total kebutuhan satu hari. Rendahnya asupan protein pada hari pertama ini disebabkan karena pasien tidak mengonsumsi lauk yang menyumbang protein cukup tinggi pada menu hari itu seperti lauk hewani dan juga lauk nabati serta sayur dimana berdasarkan perhitungan menyumbang nilai protein yang cukup tinggi. Sedangkan pada hari kedua, asupan protein pasien meningkat hingga mencapai 75% dari total kebutuhan protein satu hari. Pada hari kedua ini, pasien telah mau mengonsumsi lauk yang diberikan baik itu lauk hewani maupun lauk nabati meskipun pada makan pagi pasien mengaku tidak menyukai menu ikan yang diberikan. Sedangkan pada hari ketiga, asupan protein pasien sempat mengalami penurunan dan hanya

mengonsumsi 72% protein. Pada hari ketiga ini pasien meysisakan semua lauk hewani yang diberikan baik itu pada makan pagi, siang maupun makan sore. Hal ini mengakibatkan asupan protei yang dikonsumsi berkurang mengingat lauk hewani merupakan salah satu sumber protein yang cukup tinggi jika dibandingkan dengan lauk nabati.

3.5.2.3 Lemak

Asupan lemak yang dikonsumsi pasien sebelum intervensi dilakukan adalah sebesar 100,74% dari total kebutuhan lemak dalam satu hari dan tergolong cukup. Setelah dilakukan intervensi selama tiga hari berturut-turut, asupan lemak pasien mengalami fluktuatif yang cukup tajam berturut-turut sebagai berikut: 72%, 98%, dan 67%.

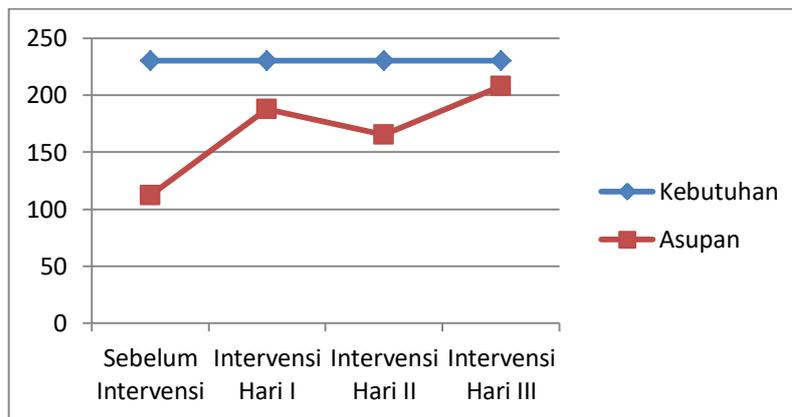


Gambar 3. Asupan Lemak

Asupan lemak pasien pada intervensi hari pertama dan ketiga mengalami penurunan yang cukup tajam hingga hanya mencapai 72% dan 67% dikarenakan pada kedua hari tersebut pasien tidak menghabiskan makanan yang merupakan sumber lemak terbesar pada menu hari tersebut. Menu pada hari pertama dan ketiga yang menyumbang lemak cukup tinggi adalah menu ayam serta dan pada hari tersebut, pasien menyisakan cukup banyak menu ayam sehingga asupan lemak juga ikut berkurang. Sedangkan pada hari kedua pasien mampu menghabiskan menu yang merupakan sumber lemak terbesar sehingga asupan lemak pada hari kedua tersebut dapat mencapai 98% dari total kebutuhan lemak dalam satu hari.

3.5.2.4 Karbohidrat

Asupan Karbohidrat yang dikonsumsi pasien sebelum intervensi dilakukan adalah sebesar 48.7% dari total kebutuhan lemak dalam satu hari dan tergolong deficit. Setelah dilakukan intervensi selama tiga hari berturut-turut, asupan karbohidrat pasien mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan asupan karbohidrat pada saat sebelum intervensi dilakukan. Asupan karbohidrat pasien pada saat intervensi berturut-turut adalah 81,6%, 71,8%, dan 90,5%.



Gambar 4. Asupan Karbohidrat

Asupan sumber karbohidrat yang dikonsumsi pasien selama masa intervensi sebagian besar berasal dari nasi serta beberapa sayur dan lauk nabati. Hal ini mengakibatkan berat nasi yang dikonsumsi memberikan dampak besar terhadap asupan karbohidrat pasien. Pada hari pertama, sisa nasi yang tidak dikonsumsi oleh pasien pada makan pagi, siang maupun malam berkisar antara 30 hingga 35 gram. Sedangkan pada hari kedua, pasien menyisakan nasi lebih banyak dibandingkan pada hari pertama yakni berkisar antara 50 hingga 70 gram. Hal ini mengakibatkan asupan karbohidrat pasien mengalami penurunan yang cukup drastic hingga hanya mampu memenuhi 71.8% dari total kebutuhan karbohidrat dalam satu hari. Pada hari terakhir intervensi, nafsu makan pasien telah mengalami peningkatan sehingga asupan makanan pasien hamper memenuhi kebutuhan dalam satu hari. Pada hari ketiga intervensi ini pasien mampu menghabiskan seluruh porsi nasi yang diberikan pada menu makan siang. Asupan

karbohidrat pada hari ketiga ini mencapai 90% dari total kebutuhan karbohidrat dalam satu hari.

3.5.3 Monitoring dan evaluasi fisik klinis dan tanda-tanda vital

Monitoring dan evaluasi fisik klinis dan tanda-tanda vital pada pasien dilakukan melalui observasi rekam medis serta wawancara langsung terhadap pasien. Observasi terhadap rekam medis digunakan untuk memonitoring tanda-tanda vital pasien seperti suhu tubuh, nadi dan tekanan darah pasien. Sedangkan untuk memonitoring keadaan fisik pasien dilakukan melalui wawancara kepada pasien secara langsung.

Table 8. Monitoring Fisik Klinis Pasien

Pemeriksaan	15/01/2019	17/01/2019	18/01/2019	19/01/2019
Keadaan Umum	Lemas	Lemas	Sedang	Sedang
	Pusing	Pusing	Pusing	Pusing
Keadaan GCS	Compos mentis	Compos mentis	Compos mentis	Compos mentis
Tekanan darah	142/79	170/100	146/85	158/94
Heart Rate	69	80	78	88
Respiratory rate	20x/menit	20x/menit	20x/menit	20x/menit
Suhu	36,5° C	36,5° C	36,5° C	36,5° C
GIT	Diare (-) Mual (-) Muntah (-) Susah Menelan (-) Susah Mengunyah (-)			

Berdasarkan hasil monitoring terhadap keadaan fisik klinis, pasien masih belum mengalami banyak perubahan. Tekanan darah pasien masih cenderung tinggi dan mengalami perubahan yang naik turun. Berdasarkan hasil observasi rekam medis, tekanan darah pasien diukur cukup sering dan hasilnya bervariasi. Tekanan darah pasien mengalami naik turun namun tetap dalam status hipertensi stage II. Kondisi kebas di tubuh bagian kiri pasien masih dirasakan namun pada hari ketiga sudah mulai hilang. Pada hari kedua intervensi

pasien mengaku mengalami kesulitan untuk tidur akibat dari kondisi yang diderita.

3.5.4 Monitoring dan evaluasi Biokimia

Monitoring dan evaluasi biokimia pasien dapat dilakukan dengan menggunakan tes laboratorium yang dilakukan. Cek lab diperlukan untuk mengetahui apakah terjadi perubahan terhadap nilai laboratorium yang berhubungan dengan kondisi pasien. Cek laboratorium sendiri dilakukan atas saran dari dokter yang menangani pasien secara langsung. Pada saat intervensi berlangsung, tidak ditemukan adanya data hasil laboratorium terbaru yang dapat digunakan sebagai bahan monitoring dan evaluasi.

3.5.5 Monitoring dan evaluasi edukasi dan konseling gizi

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi edukasi dilakukan melalui metode Tanya jawab secara lisan. Monitoring dan evaluasi ini dilakukan untuk mengetahui sejauh mana pemahaman pasien mengenai edukasi yang telah diberikan sebelumnya. Monitoring dan evaluasi edukasi dilakukan dengan menanyakan pertanyaan kepada pasien mengenai materi yang diberikan. Dari beberapa pertanyaan yang sudah diberikan, pasien maupun keluarga pasien telah mampu menjawab semua materi dengan baik seperti mampu menyebutkan bahan makanan apa saja yang perlu dihindari dan dibatasi oleh pasien.

Selain melakukan edukasi, salah satu bentuk intervensi lain yang diberikan kepada pasien adalah dengan melakukan konseling gizi terkait perubahan pola makan sesuai diet yang diberikan serta peningkatan kemauan pasien untuk merubah perilaku. Selama masa intervensi, pasien telah mampu dan mau berkomitmen untuk merubah pola makan dengan menghindari bahan makanan yang dianjurkan untuk dihindari meskipun makanan tersebut merupakan makanan kegemaran pasien. Selain itu, pasien telah mau berusaha untuk menghabiskan makanan yang diberikan oleh rumah sakit, dan ber

angsur mengalami peningkatan asupan dibuktikan dengan adanya peningkatan pada asupan energi sebelum dan selama intervensi.

BAB IV PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Intervensi diet yang diberikan kepada pasien selama tiga hari telah mampu meningkatkan asupan makan pasien jika dibandingkan dengan asupan makan sebelum dilakukannya intervensi. Akan tetapi, asupan makan pasien selama intervensi masih belum bisa memenuhi 100% kebutuhan gizi pasien. Monitoring evaluasi asupan makan pasien selama 3 hari didapati bahwa telah terjadi peningkatan asupan makana antara sebelum intervensi dan setelah intervensi. Rata-rata asupan energy selama tiga hari adalah 75% dari total kebutuhan satu hari, sedangkan untuk asupan protein rata-rata adalah sebesar 49,3 gram, dan asupan lemak rata-rata selama tiga hari adalah 18,5 gram serta rata-rata supan karbohidrat adalah sebesar 187 gram atau setara dengan 81% dari total kebutuhan karbohidrat dalam satu hari. Hasil monitoring dan evaluasi menunjukkan adanya perubahan terhadap kondisi fisik pasien dimana keadaan lemas dan kaku pada tubuh bagian kiri pasien mulai berkurang, namun kondisi tekanan darah pasien selama tiga hari masih belum bisa stabil dan cenderung mengalami fluktuasi dan belum bisa mencapai tensi normal.

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. Pendet. *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

Table 9. Perhitungan Menu Makan Tanggal 17 Januari 2019

Jadwal Makan	Nama Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi	Protein	Lemak	Karbo
Pagi	Nasi	Nasi	200	260	4,8	0,4	57,2
	Ayam Ungkep	Ayam	50	124	13,45	9,45	0
	Gadon Jagung/ Botok Jagung	Jagung	25	36,75	1,275	0,175	7,875
	Oseng Taoge Kvc Panjang	Taoge	30	6,9	0,87	0,06	1,23
		Kc Panjang	50	22	1,35	0,15	3,9
	Puding Susu Skim	Susu Skim	25	9	0,875	0,025	1,275
Gula Pasir		5	18,2	0	0	4,7	
Siang	Perkedel Kentang	Kentang	25	20,75	0,5	0,025	4,775
	Cah Manisah	Manisah	75	19,5	0,45	0,075	5,025
	Daging Bulgogi	Daging	50	134	12,45	9	0
	Nasi	Nasi	200	260	4,8	0,4	57,2
	Pisang	Pisang Ambon	75	74,25	0,9	0,15	19,35
Sore	Telur Dadar	Pth Telur	75	37,5	8,1	0	0,6
	Rol Tahu Mandarin	Tahu	50	34	3,9	2,3	0,8
	Cah Labu Air	Labu Air	75	12,75	0,45	0,15	2,85
	Pepaya	Pepaya	100	46	0,5	0	12,2
	Nasi		200	260	4,8	0,4	57,2
Hasil				1375,6	59,5	22,8	236,2
Butuh				1416,0	70,0	23,0	230,0
Persen Pemenuhan				97,1	85,0	99,0	102,7

Table 10. Asupan Makan Tanggal 17 Januari 2019

Jadwal Makan	Nama Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi	Protein	Lemak	Karbo	
Pagi	Nasi	Nasi	170	221	4,08	0,34	48,62	
	Ayam Ungkep	Ayam	25	62	6,725	4,725	0	
	Gadon Jagung/ Botok Jagung	Jagung	0	0	0	0	0	
	Oseng Taoge Kvc Panjang	Taoge		0	0	0	0	0
		Kc Panjang		0	0	0	0	0
	Puding Susu Skim	Susu Skim		25	9	0,875	0,025	1,275
Gula Pasir			5	18,2	0	0	4,7	
Siang	Perkedel Kentang	Kentang	25	20,75	0,5	0,025	4,775	
	Cah Manisah	Manisah	0	0	0	0	0	
	Daging Bulgogi	Daging	50	134	12,45	9	0	
	Nasi	Nasi	166	215,8	3,984	0,332	47,476	
	Pisang	Pisang Ambon	75	74,25	0,9	0,15	19,35	
Sore	Telur Dadar	Pth Telur	75	37,5	8,1	0	0,6	
	Rol Tahu Mandarin	Tahu	37	25,16	2,886	1,702	0,592	
	Cah Labu Air	Labu Air	0	0	0	0	0	
	Pepaya	Pepaya	100	46	0,5	0	12,2	
	Nasi	Nasi	168	218,4	4,032	0,336	48,048	
Asupan Yang Dikonsumsi				1082,1	45,0	16,6	187,6	
Kebutuhan				1416,0	70,0	23,0	230,0	
Persentase Pemenuhan				76,4	64,3	72,3	81,6	

Table 11. Perhitungan Menu Makan Tanggal 18 Januari 2019

Jadwal Makan	Nama Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi	Protein	Lemak	Karbo
Pagi	Nasi	Nasi	200	260	4,8	0,4	57,2
	Ikan Bb Kuning	Kakap	60	55,2	12	0,42	0
	Tempe Bacem	Tempe	40	59,6	7,32	1,6	5,08
	Sayur Asem Krai	Krai?	50	6	0,35	0,05	1,35
Siang	Nasi	Nasi	200	260	4,8	0,4	57,2
	Pepes Ayam	Ayam	50	124	13,45	9,45	0
	Perkedel Tahu	Tahu	40	27,2	3,12	1,84	0,64
	Lodeh Manisah Terong Lunak	Terong	50	12	0,55	0,1	2,75
		Manisah	75	19,5	0,45	0,075	5,025
	Pepaya	Papaya	100	46	0,5	0	12,2
Sore	Nasi	Nasi	200	260	4,8	0,4	57,2
	Soto Betawi Lunak	Daging	50	134	12,45	9	0
		Kentang Rebus	30	24,9	0,6	0,03	5,73
		Tomat	20	4	0,2	0,06	0,84
	Pisang	Pisang Ambon	75	74,25	0,9	0,15	19,35
Pemenuhan				1366,65	66,29	23,975	224,565
Kebutuhan				1416,0	70,0	23,6	230,0
Persentase Pemenuhan				96,51	94,70	101,59	97,64

Table 12. Asupan Makan Tanggal 18 Januari 2019

Jadwal Makan	Nama Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi	Protein	Lemak	Karbo
Pagi	Nasi		150	195	3,6	0,3	42,9
	Ikan BB Kuning	Kakap	20	18,4	4	0,14	0
	Tempe Bacem	Tempe	40	59,6	7,32	1,6	5,08
	Sayur Asem Krai	Krai?	20	2,4	0,14	0,02	0,54
Siang	Nasi		131	170,3	3,144	0,262	37,466
	Pepes Ayam	Ayam	50	124	13,45	9,45	0
	Perkedel Tahu	Tahu	40	27,2	3,12	1,84	0,64
	Lodeh Manisah Terong Lunak	Terong	0	0	0	0	0
		Manisah	23	5,98	0,138	0,023	1,541
Pepaya	Pepaya	100	46	0,5	0	12,2	
Sore	Nasi		148	192,4	3,552	0,296	42,328
	Soto Betawi Lunak	Daging	50	134	12,45	9	0
		Kentang Rebus	14	11,62	0,28	0,014	2,674
		Tomat	13	2,6	0,13	0,039	0,546
	Pisang	Pisang Ambon	75	74,25	0,9	0,15	19,35
Asupan Makan				1063,75	52,724	23,134	165,265
Kebutuhan				1416,0	70,0	23,6	230,0
Persentase Pemenuhan				75,12	75,32	98,03	71,85

Table 13. Perhitungan Menu Makan Tanggal 19 Januari 2019

Jadwal Makan	Menu Makanan	Bahan Makanan	Berat	Energi	Protein	Lemak	Karbo
Pagi	Nasi	Nasi	200	260	4,8	0,4	57,2
	Telur BB Tomat	Pth Telur	40	20	4,32	0	0,32
	Botok Tahu	Tahu	50	34	3,9	2,3	0,8
		Kelapa	10	6,8	0,1	0,09	1,4
	Bobor Bayam Labu Kuning	Labu Kuning	60	18	2,16	0,36	2,7
Siang	Nasi	Nasi	200	260	4,8	0,4	57,2
	Ikan Sc BBQ	Ikan Kakap	60	55,2	12	0,42	0
	Tempe Square	Tempe	50	74,5	9,15	2	6,35
		Minyak	2,5	21,8	0,025	2,45	0
	Sup Sarang Burung	Wortel	25	10,5	0,3	0,075	2,325
		Bengkoang	25	13,75	0,35	0,05	3,2
		Bombay	20	9	0,28	0,04	2,06
Pisang	Pisang Ambon	75	74,25	0,9	0,15	19,35	
Malam	Nasi	Nasi	200	260	4,8	0,4	57,2
	Rolade Ayam	Ayam	70	173,6	18,83	13,23	0
	Martabak Jagung	Jagung	55	80,85	2,805	0,385	17,325
	Cah Labu Air	Labu Air	40	6,8	0,24	0,08	1,52
	Pepaya		60	27,6	0,3	0	7,32
Pemenuhan				1406,65	70,06	22,83	236,27
Kebutuhan				1416,0	70,0	23,6	230,0
Persentase Pemenuhan				99,34	100,09	96,74	102,73

Table 14. Asupan Makan Tanggal 19 Januari 2019

Jadwal Makan	Menu Makanan	Bahan Makanan	Berat	Energi	Protein	Lemak	Karbo
Pagi	Nasi	Nasi	172	223,6	4,128	0,344	49,192
	Telur BB Tomat	Pth Telur	6	3	0,648	0	0,048
	Botok Tahu	Tahu	45	30,6	3,51	2,07	0,72
		Kelapa	10	6,8	0,1	0,09	1,4
	Bobor Bayam Labu Kuning	Labu Kuning	31	9,3	1,116	0,186	1,395
Siang	Nasi	Nasi	200	260	4,8	0,4	57,2
	Ikan Sc BBQ	Ikan Kakap	43	39,56	8,6	0,301	0
	Tempe Square	Tempe	50	74,5	9,15	2	6,35
		Minyak	2,5	21,8	0,025	2,45	0
	Sup Sarang Burung	Wortel	5	2,1	0,06	0,015	0,465
		Bengkoang	20	11	0,28	0,04	2,56
		Bombay	0	0	0	0	0
Pisang	Pisang Ambon	75	74,25	0,9	0,15	19,35	
Malam	Nasi	Nasi	155	201,5	3,72	0,31	44,33
	Rolade Ayam	Ayam	38	94,24	10,222	7,182	0
	Martabak Jagung	Jagung	55	80,85	2,805	0,385	17,325
	Cah Labu Air	Labu Air	16	2,72	0,096	0,032	0,608
	Pepaya		60	27,6	0,3	0	7,32
Asupan Makan				1163,42	50,46	15,955	208,263
Kebutuhan				1416,0	70,0	23,6	230,0
Persentase Pemenuhan				82,16	72,09	67,61	90,55

