

**LAPORAN MAGANG ASUHAN GIZI KLINIK
KASUS RAWAT INAP
STROKE DAN HIPERTENSI
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH SEPANJANG**



Oleh:

LUSIANA PRADANA HARIYANTI

101611233048

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

SURABAYA

2019

DAFTAR ISI

Cover	
Daftar Isi	i
Daftar Tabel	iii
Daftar Grafik	iv
BAB I Pendahuluan	1
1.1 Gambaran Umum Pasien	1
1.2 Gambaran Umum Penyakit	2
BAB II Tinjauan Pustaka	3
2.1 Stroke	3
2.2 Hipertensi	6
BAB III Kerangka Konsep	10
3.1 Patofisiologi Penyakit	10
3.2 Penjelasan Patofisiologi	11
BAB IV Studi Kasus (NCP).....	13
4.1 Identitas Pasien	13
4.2 <i>Assessment</i>	13
4.3 Diagnosis	16
4.4 Intervensi	17
4.5 Perencanaan Menu	19
4.6 <i>Nutrition Education</i>	25
4.7 Monitoring dan Evaluasi.....	25
BAB V Hasil dan Pembahasan	27
5.1 Antropometri	27
5.2 Biokimia	27
5.3 Fisik/Klinis	29
5.4 Perubahan Diet Pasien	30
5.5 Riwayat Makan	30
BAB VI Kesimpulan dan Saran	37
Daftar Pustaka	38

Lampiran 1 Foto Pemorsian Makanan Pasien	39
Lampiran 2 Leaflet Diet Diabetes Mellitus	40

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 <i>Recall</i> 24 jam Ny. Y	2
Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah untuk Dewasa Menurut JNC-7	7
Tabel 4.1 <i>Assesment</i>	13
Tabel 4.2 Diagnosis	16
Tabel 4.3 Intervensi	16
Tabel 4.4 Perencanaan Menu Hari Ke-1	19
Tabel 4.5 Perencanaan Menu Hari Ke-2	22
Tabel 4.6 Perencanaan Menu Hari Ke-3	24
Tabel 4.7 <i>Nutrition Education</i>	26
Tabel 4.8 Monitoring dan Evaluasi	27
Tabel 5.1 Hasil monitoring Antropometri selama 3 hari	28
Tabel 5.2 Hasil uji biokimia	28
Tabel 5.3 Hasil Pemeriksaan Fisik/Klinis	29
Tabel 5.4 Perubahan Diet Pasien	29
Tabel 5.5 Kriteria Tingkat Konsumsi	30
Tabel 5.6 Asupan Ny. Y selama 3 Hari	31

DAFTAR GRAFIK

Grafik 5.1 Perbandingan kebutuhan dan asupan energi Ny.Y selama 3 hari	32
Grafik 5.2 Perbandingan kebutuhan dan asupan protein Ny. Y selama 3 hari	33
Grafik 5.3 Perbandingan kebutuhan dan asupan lemak Ny. Y selama 3 hari	34
Grafik 5.4 Perbandingan kebutuhan dan asupan karbohidrat Ny. Y selama 3 hari	35
Grafik 5.5 Perbandingan kebutuhan dan asupan natrium Ny. M selama 3 hari	36

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Gambaran Umum Pasien

Ny. Y perempuan berusia 74 tahun masuk rumah sakit pada tanggal 9 September 2019 pukul 04.30 di rawat di ruang multazam di kamar 6F dengan no rekam medis 58-33-90. Ny. Y lahir pada tanggal 31 Januari 1945. Ny. Y masuk rumah sakit dengan keluhan tidak bisa bicara mendadak setelah jatuh di kamar mandi kemudian lemas dan tidak bisa bicara mendadak.

Pemhukuran antropometri hanya dilakukan pengukuran LILA karena pasien tidak dapat berdiri sehingga tidak dapat dilakukan pengukuran berat badan.. LILA Ny. Y yaitu 27 cm. sedangkan tinggi badan 155 cm diketahui dari hasil wawancara dari pasien. Selain itu juga dilakukan pemeriksaan biokimia menunjukkan hasil GDA 110 mg/dl, HGB =13,7 g/dl, RBC= $4,60 \times 10^6 \mu\text{L}$, HCT = 39,9%, MCH= 29,8, MCHC= 34,5 WBC = 7,71. Pemeriksaan klinis pasien saat MRS yaitu tekanan darah 150/110, nadi=88x/menit, Respiratori Rate =20x/menit, SP02 = 96% , suhu $36,3^{\circ}\text{C}$ dan kesadaran (GCS) = 456.

Saat observasi, diketahui pasien mengalami kelemahan ekstremitas kanan dari tangan sampai kaki, bicara pelo, badan lemas, mual, nafsu makan menurun, KU lemas, dan kesadaran CM. BAK= 4-5x dan BAB 1x. Ny.Y diagnosis menderita penyakit stroke. Dalam kegiatan sehari- hari tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga. Ny Y memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak 3 tahun lalu.

Berdasarkan wawancara secara kualitatif dengan pasien dan keluarga pasien .kebiasaan makan pasien sebelum MRS yaitu saat dirumah mengonsumsi gorengan dan gurih , jadwal makan tidak teratur,suka konsumsi manis, tidak ada alergi terhadap makanan dan jarang konsumsi sayur buah. Berikut hasil recall Ny. Y :

Tabel 1.1 Recall 24 jam Ny. Y SMRS

Tanggal	Waktu makan	Menu	URT	Berat (gram)
9-9-2019	08.00	Air putih	½ btl	200 ml
	07.00	Bubur nasi	2 centong	200 gr
		Wortel	2 sdm	20 gr
		Buncis	2 sdm	20 gr
		Janten	1 sdm	10 gr
		Bandeng presto	1 potong	40 gr
		Asem-asem tahu	4 potong kecil	40 gr
		Air putih	1 gelas	195 ml
8-9-2019	18.00	Nasi putih	10 sdm	100 gr
		Telur goreng	1 butir	55 gr
		Sambel trasi	1 sdm	10 gr
		Kerupuk udang	1 buah	5 gr
	14.00	Nasi putih	5 sdm	50 gr
		Sayur soup	1 mangkok	
		Wortel	1 sdm	10 gr
		Kubis	2 sdm	20 gr
		Macaroni	1 sdm	10 gr
		Tahu goreng	1 potong	40 gr
	09.00	nasi putih	10 sdm	100 gr
		Bayam	3 sdm	30 gr
		Oyong	3 sdm	30 gr
		Ayam goreng	1 potong	35 gr
		Teh hangat	1 gelas blimbing	320 ml
Gula		2 sdm	20 gr	

1.2 Gambaran Umum Penyakit

WHO mendefinisikan stroke merupakan suatu tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal (atau global) dengan gejala - gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. Stroke dibagi dalam dua kategori mayor yaitu stroke *iskemik* dan *hemoragik*. Stroke *iskemik* terjadi karena aliran darah ke otak tersumbat akibat aterosklerosis atau bekuan darah. Sedangkan stroke *hemoragik* terjadi karena pecahnya pembuluh darah ke otak sehingga menghambat aliran darah ke otak, darah merembes ke area otak dan merusaknya.

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi merupakan salah satu penyakit yang paling sering muncul di negara berkembang seperti Indonesia. Dikenal sebagai pembunuh diam-diam karena jarang memiliki gejala yang jelas. Kejadian hipertensi biasanya tidak memiliki tanda dan gejala. Gejala yang sering muncul adalah sakit kepala, rasa panas di tengkuk, atau kepala berat. Namun gejala tersebut tidak bisa dijadikan patokan ada tidaknya hipertensi pada diri seseorang. Satu-satunya cara untuk mengetahuinya adalah dengan melakukan pengecekan tekanan darah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stroke

2.1.1 Gambaran Umum penyakit stroke

Stroke atau yang dikenal juga dengan istilah Gangguan Peredaran darah Otak (GPDO), merupakan suatu sindrom yang diakibatkan oleh adanya gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak yang menimbulkan gangguan fungsional otak berupa defisit neurologik atau kelumpuhan saraf. Stroke disebabkan oleh keadaan *ischemic* atau proses *hemorrhagic* yang seringkali diawali oleh adanya lesi atau perlukaan pada pembuluh darah arteri. Dari seluruh kejadian stroke, dua pertiganya adalah *ischemic* dan sepertiganya adalah *hemorrhagic*. Disebut stroke *ischemic* karena adanya sumbatan pembuluh darah oleh *thromboembolic* yang mengakibatkan daerah di bawah sumbatan tersebut mengalami *ischemic*. Hal ini sangat berbeda dengan stroke *hemorrhagic* yang terjadi akibat adanya *mycroaneurisme* yang pecah..

Stroke hemoragik dapat disebabkan oleh hipertensi, lesi vaskular anatomik, gangguan perdarahan, dan pemberian anti koagulan yang terlalu agresif. Perdarahan dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan intrakranial. Perdarahan dapat terjadi di jaringan otak itu sendiri (parenkim), intraventrikel, dan perdarahan subaraknoid (PSA). Lesi vaskular yang dapat menyebabkan perdarahan intrakranial seperti aneurisma sakular (Berry) dan malformasi arteriovena (MAV) (Ropper, 2005).

Gejala stroke hemoragik yang ditemui pada pasien yaitu sakit kepala, muntah karena peningkatan tekanan intra kranial yang terjadi, penurunan kesadaran, defisit neurologis berupa paralisis kontralateral wajah, lengan dan tungkai serta gangguan bicara. Diagnosis stroke ditegakkan berdasarkan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang seperti computed tomographic scan (CT-Scan), Magnetic Resonance Imaging (MRI), yang sebaiknya secepat mungkin dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya perdarahan (Smith, 2006).

2.1.2 Faktor Risiko penyakit stroke

Faktor risiko stroke adalah faktor yang memperbesar kemungkinan seseorang untuk menderita stroke. Faktor yang dapat menimbulkan stroke dibedakan menjadi faktor

risiko yang tidak dapat diubah atau tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat diubah atau dapat dimodifikasi.

1. Faktor risiko yang tidak dapat diubah diantaranya :

a) Umur

Bertambahnya umur merupakan faktor risiko yang terpenting untuk terjadi serangan stroke, dimana umur merupakan faktor risiko yang paling penting bagi semua jenis stroke.

b) Jenis kelamin

Terdapat perbedaan insidens stroke pada pria dan wanita, insidens stroke pada pria lebih tinggi akan tetapi angka kematian akibat stroke lebih banyak dijumpai pada wanita.

c) Ras/ suku

Stroke sering terjadi pada kelompok kulit hitam dan ini kemungkinan karena predisposisi genetic, prevalensi hipertensi dan sosio-ekonomi. peningkatan usia dan jenis kelamin laki-laki.

d) Keturunan/ keluarga

Riwayat keluarga dengan penderita stroke diduga merupakan faktor predisposisi dan kemungkinan terkena stroke lebih besar dari pada orang yang tidak memiliki keturunan stroke.

2. Faktor risiko yang dapat diubah antara :

a) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko yang potensial pada kejadian stroke karena hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak atau menyebabkan penyempitan pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan mengakibatkan perdarahan otak, sedangkan jika terjadi penyempitan pembuluh darah otak akan mengganggu aliran darah ke otak yang pada akhirnya menyebabkan kematian sel-sel otak.

b) Diabetes melitus

Diabetes mellitus adalah suatu keadaan yang ditandai dengan hiperglikemia yang terjadi karena adanya gangguan sekresi insulin atau kerja insulin ataupun keduanya, dan termasuk suatu kelompok penyakit metabolic. Diabetes melitus menyebabkan stroke melalui kemampuannya menebalkan pembuluh darah otak yang berukuran besar. Penebalan tersebut akan mengakibatkan diameter pembuluh darah mengecil yang akhirnya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak yang berujung pada kematian sel-sel otak.

c) Dyslipidemia

Dyslipidemia adalah kelainan metabolisme lipid yang ditandai dengan peningkatan maupun penurunan raksi lipid dalam plasma. Hiperkolesterolemia dan kenaikan LDL dapat memicu terjadinya stroke.

d) Kelainan Jantung

Penderita dengan kelainan jantung akan berisiko tinggi terhadap kemungkinan terjadi stroke dibandingkan dengan yang tidak mempunyai kelainan jantung.

e) Merokok

Kaitan merokok dengan stroke yang paling sering adalah terjadinya pendarahan subarachnoid karena terbentuknya aneurisma stokr iskemik karena adanya perubahan pada arteri karotis dan terjadinya pendarahan intraserebral.

2.1.3 Manifestasi klinis penyakit stroke

Manifestasi klinis dari penyakit stroke adalah :

- 1) Kelemahan atau kelumpuhan pada wajah, lengan atau tungkai sisi atau kedua sisi dari tubuh.
- 2) Penglihatan tiba-tiba kabur atau menurun.
- 3) Gangguan bicara dan bahasa atau pengertian dalam komunikasi.
- 4) Dizziness, gangguan keseimbangan atau cenderung mudah jatuh.
- 5) Kesulitan menelan.
- 6) Delirium atau kesadaran berkabut.

2.1.4 Tatalaksana diet penyakit stroke

Tatalaksana diet stroke menurut Almsier, 2010 :

Tujuan diet stroke :

- 1) Memberikan makanan secukupnya untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit.
- 2) Memperbaiki keadaan stroke, seperti disfagia, pneumonia, kelainan ginjal, dan decubitus.
- 3) Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Syarat Diet Stroke :

- 1) Energy cukup, yaitu 25-45 kkal/kgBB. Pada fase akut energy diberikan 1100 – 1500 kkal/hari

- 2) Protein cukup, yaitu 0,8 – 1 g/kgBB. Apabila pasien berada dalam keadaan gizi kurang protein diberikan 1,2 – 1,5 g/kgBB. Apabila disertai penyakit gagal ginjal kronik protein diberikan 0,6 g/kgBB
- 3) Lemak cukup, 20-25% dari kebutuhan energy total. Utamakan lemak tak jenuh ganda, batasi sumber lemak jenuh < 10% dan kolesterol < 300 mg.
- 4) Karbohidrat cukup 60-70%. Apabila pasien ada diabetes mellitus utamakan karbohidrat kompleks.
- 5) Vitamin cukup terutama vitamin A, riboflavin, B6, asam folat, B12, Vitamin C dan Vitamin E.
- 6) Mineral cukup terutama kalsium, magnesium dan kalium.
- 7) Serat cukup untuk menurunkan kadar kolesterol darah dan mencegah konstipasi.
- 8) Cairan cukup 6-8 gelas perhari.
- 9) Bentuk makanan disesuaikan dengan kondisi pasien.
- 10) Makanan diberikan porsi kecil tetapi sering.

2.2 Hipertensi

2.2.1 Gambaran Umum Penyakit Hipertensi

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi merupakan salah satu penyakit yang paling sering muncul di negara berkembang seperti Indonesia. Dikenal sebagai pembunuh diam-diam karena jarang memiliki gejala yang jelas. Kejadian hipertensi biasanya tidak memiliki tanda dan gejala. Gejala yang sering muncul adalah sakit kepala, rasa panas di tengkuk, atau kepala berat. Namun gejala tersebut tidak bisa dijadikan patokan ada tidaknya hipertensi pada diri seseorang. Satu-satunya cara untuk mengetahuinya adalah dengan melakukan pengecekan tekanan darah.

Seseorang dikatakan menderita hipertensi dan berisiko mengalami masalah kesehatan apabila setelah dilakukan beberapa kali pengukuran, nilai tekanan darah tetap tinggi, nilai tekanan darah sistolik > 140 mmHg atau diastolic > 90 mmHg. Istilah hipertensi diambil dari bahasa Inggris *hypertension*. *Hypertension* menjadi istilah kedokteran yakni penyakit tekanan darah tinggi. Selain itu dikenal juga dengan istilah “*High Blood Pressure*” yang berarti tekanan darah tinggi. Kondisi ini menyebabkan gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan.

Ada berbagai macam batasan tingginya tekanan darah untuk dapat disebut hipertensi. Menurut *World Health Organization* (WHO) dan *Joint National Committee*

(JNC) menetapkan batasan hipertensi adalah tekanan darah menetap 140/90 mmHg diukur pada waktu istirahat. Pengertian hipertensi berarti tekanan darah sistolik senantiasa berada diatas 140 mmHg, tekanan diastolik diatas 90 mmHg, Tekanan darah yang ideal adalah jika tekanan sistoliknya 120 mmHg dan diastoliknya 80 mmHg. Tabel dibawah ini memberikan informasi tentang tekanan darah untuk orang dewasa menurut JNC-7.

Tabel. 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Untuk Dewasa Menurut JNC-7

Klasifikasi tekanan darah	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastol (mmHg)
Normal	< 120	dan <80
Prehipertensi	120 – 139	atau 80 – 89
Hipertensi Stadium I	140 – 159	atau 90 – 99
Hipertensi Stadium II	≥160	atau ≥100

2.2.2 Faktor risiko penyakit hipertensi

Beberapa faktor risiko terjadinya hipertensi antara lain:

a. Usia

Kejadian hipertensi cenderung meningkat seiring pertambahan usia. Jenis hipertensi yang banyak dijumpai pada kelompok lansia adalah *isolated hypertension*. Meskipun demikian, hipertensi tidak selalu hadie seiring dengan proses penuaan.

b. Ras

Setiap orang memiliki kemungkinan yang sama untuk mengalami hipertensi. Ras Afrika Amerika cenderung lebih cepat mengalami hipertensi dan lebih banyak mengalami kematian akibat hipertensi (mengalami penyakit jantung koroner, stroke dan kerusakan ginjal).

c. Jenis kelamin

Laki-laki lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan dengan perempuan saat berusia sebelum 45 tahun. Sebaliknya saat usia 65 tahun keatas, perempuan lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan laki-laki. Kondisi ini dipengaruhi oleh hormon. Wanita yang memasuki masa menopause, lebih berisiko untuk mengalami obesitas yang akan meningkatkan risiko terjadinya hipertensi.

d. Obesitas

Seseorang yang mengalami obesitas atau kegemukan memiliki risiko lebih besar untuk mengalami prehipertensi atau hipertensi. Indikator yang biasa digunakan

untuk menentukan ada tidaknya obesitas pada seseorang adalah melalui pengukuran IMT dan lingkar perut.

e. Kurang aktivitas fisik

Aktivitas fisik sangat bermanfaat bagi kesehatan tubuh, khususnya organ jantung dan paru-paru. Aktivitas fisik juga menyehatkan pembuluh darah dan mencegah hipertensi. Usaha pencegahan hipertensi akan optimal jika aktif beraktivitas fisik dibarengi dengan menjalankan diet sehat dan berhenti merokok.

f. Kebiasaan merokok dan konsumsi minuman beralkohol

Merokok merupakan penyebab kematian dan kesakitan yang paling bisa dicegah. Zat kimia yang dihasilkan dari pembakaran tembakau berbahaya bagi sel darah dan organ tubuh lainnya, seperti jantung, pembuluh darah, mata, organ reproduksi, paru-paru bahkan organ pencernaan. Selain itu konsumsi minuman beralkohol juga dapat meningkatkan tekanan darah. Penelitian menunjukkan bahwa risiko hipertensi meningkat dua kali lipat jika mengkonsumsi minuman beralkohol lebih dari tiga gelas sehari.

g. Faktor lain

Riwayat keluarga penderita turut meningkatkan risiko kejadian hipertensi. Stress berkepanjangan juga dapat meningkatkan risiko seseorang untuk mengalami hipertensi.

2.2.3 Manifestasi klinik penyakit hipertensi

Pemeriksaan fisik dapat pula tidak dijumpai kelainan apapun selain peninggian tekanan darah yang merupakan satu-satunya gejala.. Individu penderita hipertensi kadang tidak menampakkan gejala sampai bertahun-tahun. Apabila terdapat gejala, maka gejala tersebut menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan.

Elizabeth J. Corwin menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun. Manifestasi klinis yang timbul dapat berupa nyeri kepala saat terjaga yang kadang-kadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah intrakranium, penglihatan kabur akibat kerusakan retina, ayunan langkah tidak mantap karena kerusakan susunan saraf, nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus, edema dependen akibat peningkatan tekanan kapiler.²³ Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi atau hemiplegia atau gangguan tajam

penglihatan. Gejala lain yang sering ditemukan adalah epistaksis, mudah marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, dan mata berkunang-kunang.

2.2.4 Tatalaksana diet penyakit hipertensi

Diet rendah garam diberikan kepada pasien dengan edema/asites dan/atau hipertensi seperti pada penyakit dekompensasio kordis, sirosis hati, penyakit ginjal tertentu, toksemia pada kehamilan, dan hipertensi esensial. Tujuan dari diet ini adalah membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. (Almatsier, 2010)

Menurut Almatsier (2010), syarat-syarat dari diet rendah garam, yaitu:

- a. Cukup energi, protein, mineral, dan vitamin.
- b. Bentuk makanan sesuai dengan keadaan penyakit.
- c. Jumlah natrium disesuaikan dengan berat tidaknya retensi garam atau air dan/atau hipertensi.

Jenis diet rendah garam menurut Almatsier (2010) ada tiga, yaitu:

a. Diet Rendah Garam I

Diet rendah garam I diberikan kepada pasien dengan edema, asites, dan/atau hipertensi berat. Dalam diet ini, tidak ada penambahan garam dapur pada pengolahan makanannya. Makanan yang tinggi kadar natriumnya juga harus dihindari.

b. Diet Rendah Garam II

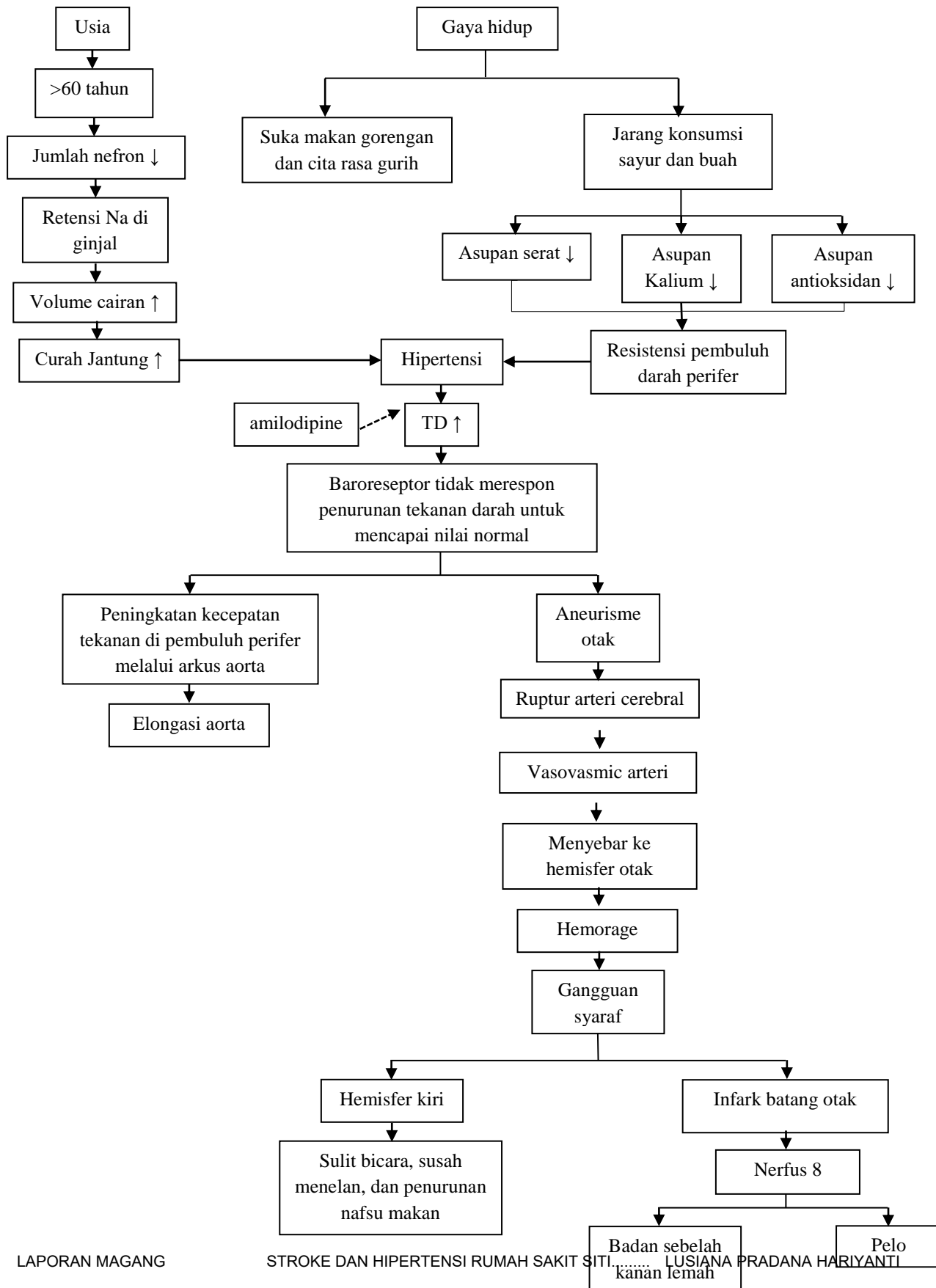
Diet rendah garam II diberikan kepada pasien dengan edema, asites, dan/atau hipertensi tidak terlalu berat (sedang). Penambahan garam dapur masih diperbolehkan pada pengolahan makanan sebanyak $\frac{1}{2}$ sdt (2 g). Makanan yang tinggi kadar natriumnya juga harus dihindari.

c. Diet Rendah Garam III

Diet rendah garam III diberikan kepada pasien dengan edema dan/atau hipertensi ringan. Penambahan garam dapur pada pengolahan makanan dibatasi sebanyak 1 sdt (4 g).

BAB III KERANGKA KONSEP

3.1 Patofisiologi Penyakit



3.2 Penjelasan Patofisiologi

Ny. Y seorang ibu rumah tangga berusia 74 tahun. Faktor risiko terjadinya stroke akan meningkat apabila seseorang mempunyai riwayat hipertensi. Pada penyakit hipertensi sendiri disebabkan oleh banyak faktor risiko antara lain usia, jenis kelamin, dan gaya hidup. Faktor usia sangat mempengaruhi terjadinya hipertensi dan Ny. Y juga sudah berusia lebih dari 60 tahun sehingga adanya penurunan jumlah nefron yang bisa menyebabkan terjadinya retensi Na pada ginjal. Retensi natrium menyebabkan retensi cairan sehingga terjadi peningkatan volume darah (mulyati, et al 2011). Selain itu gaya hidup juga menjadi salah satu faktor risiko dari hipertensi. Pada Ny. Y gaya hidup yang dapat memicu terjadinya hipertensi yaitu suka makan gorengan dan gurih dan jarang konsumsi sayur dan buah, karena pasien jarang konsumsi sayur dan buah maka akan berdampak menurunnya efek antioksidan dan asupan serat. Antioksidan pada tubuh berfungsi dalam perlindungan esensial. Sedangkan vitamin dan fitokimia pada buah dapat digunakan untuk membantu pencegahan peningkatan tekanan darah yang dapat mencegah pendarahan dan infark stroke (Sauvaget, 2003). Apabila seseorang jarang konsumsi sayur dan buah juga dapat menyebabkan asupan kalium rendah sehingga menyebabkan resistensi pembuluh darah perifer yang memicu terjadinya hipertensi. Dari beberapa faktor risiko diatas memicu munculnya penyakit hipertensi pada Ny. Y. tindakan medis yang digunakan yaitu dokter emmeberikan obat amplodipine untuk menurunkan tekanan darah Ny. Y.

Pada seseorang yang menderita hipertensi mempunyai risiko lebih tinggi menderita stroke. Apabila terjadi hipertensi maka tekanan darah tinggi. Basoreseptor yang tidak merespon tersebut secara tidak langsung meningkatkan kecepatan dan besarnya pantulan gelombang tekanan pembuluh darah perifer. Peningkatan kecepatan dan besarnya pantulan gelombang perifer tersebut terjadi akibat kemampuan aorta proksimal untuk mengubah aliran pulsatil yang dihasilkan oleh ejeksi ventrikel kiri menjadi aliran yang relatif stabil untuk dialirkan ke mikrosirkulasi terganggu, hal ini terkait dengan kondisi aorta yang kaku pada lanjut usia. Oleh karena itu, menyebabkan tekanan pulsasi yang lebih tinggi. Kemudian saat melewati arkus aorta, kecepatan aliran darah menjadi terlalu besar, sehingga aliran darah menjadi turbulen. Jika darah mengalir dengan resistensi yang lebih besar maka akan timbul aliran eddy yang sangat memperbesar seluruh gesekan aliran dalam aorta ascenden. Hal tersebut kemudian mencetuskan terjadinya elongasi aorta. (Firstyani, 2011).

Selain menyebabkan elongasi aorta, tekanan darah yang tinggi akan menekan dinding pembuluh darah otak sehingga dinding pembuluh darah tersebut akan membesar atau disebut

sebagai aneurisma otak. Jika tekanan yang tinggi ini terus berlangsung, maka dapat menyebabkan rupture pada arteri cerebral yang menyebabkan kejang atau vasospasme. Vasospasme ini kemudian dapat menyebar ke hemisfer otak yang menimbulkan pendarahan pada otak dan kondisi ini biasa disebut sebagai stroke. Setelah pecah (hemorag), perfusi ventrikel distal turun sehingga darah merembes ke ruang subarakhnoid dan menyebar ke seluruh otak dan medula spinalis bersama cairan serebrospinalis. Darah ini selain dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial, juga dapat melukai jaringan otak secara langsung oleh karena tekanan yang tinggi saat pertama kali pecah, serta mengiritasi selaput otak (Price, 2005). Peningkatan tekanan intrakranial juga menyebabkan ischemi di daerah lain yang tidak pendarahan (Corwin, 2009). Pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan keluarnya darah ke jaringan parenkim otak dan ruang cairan serebrospinalis disekitar otak menyebabkan gangguan fungsi otak melalui penekanan struktur otak oleh hematoma. Peningkatan tekanan intracranial akan menimbulkan herniasi jaringan otak dan menekan batang otak (Goetz, 2007). Selain itu, gangguan system saraf pusat pada stroke hemisfer kiri menyebabkan gangguan gerak sisi kanan dan kesulitan bicara. Sedangkan infark pada batang otak mempengaruhi gangguan mengunyah dan menelan dan kelemahan otot wajah yang membuat pelo.

BAB IV

STUDI KASUS (NCP)

4.1 Identitas Pasien

Nama	: Ny. Y	No RM	: 58-33-90
Umur	: 74 tahun	Ruang	: Multazam
Sex	: Perempuan	Tgl Kasus	: 9-9-2019
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Pendidikan	: SD
Alamat	: -	Diagnosis medis	: Stroke dengan riwayat Hipertensi

4.2 Assesment

Tabel 4.1 Assesment

Kode/Indikator	Hasil Assessment	Nilai Standar	Kesimpulan
Client History			
CH-1.1.1 Usia	74 tahun	-	74 tahun
CH-1.1.2 Jenis Kelamin	Perempuan	-	Perempuan
CH-2.1 Riwayat Kesehatan	Hipertensi sejak 5 tahun lalu	-	Hipertensi sejak 5 tahun lalu
CH-3.1.1 Sosialekonomi	Tidak bekerja	-	Tidak Bekerja
Kesimpulan Client History: Tn. H memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak 5 tahun lalu			
Antropometri			
AD-1.1.1 Tinggi Badan	Tinggi Badan = 155 cm	-	Tinggi badan Ny. Y adalah 155 cm.
AD- Berat badan estimasi	Berat badan cerra 1984 = (lila/lila standar) x (TB-100) = (27,5/29,9) x (155- 100) = 50 kg	-	Berat badan estimasi Ny. Y adalah 50 kg
AD-1.1.7 LILA	LILA = 27 cm = lila/lila standar x 100% = (27,5/29,9) x 100% = 91,3 %	Lila standar = 29,9 cm Cut of % LILA: Obesitas : > 120% Overweight : 110- 120% Gizi Baik : 85 – 110% Gizi Kurang : 70,1 – 84,9% Gizi Buruk : < 70%	%LILA Ny. Y adalah 91,3%

Kesimpulan Antropometri: Ny. Y memiliki status gizi baik menurut persen LILA.			
Biokimia			
BD-1.5.2 Gula DAras Acak	110 mg/dl	< 200 mg/dl	Normal
BD-1.10.1 Hemoglobin (HGB)	13,7 g/dl	12 – 14 g/dl	Normal
BD- Hematocrit (HCT)	39,9 %	40-48%	Kurang Batas bawah
BD-1.10.4 RBC	4,60 10 ⁶ μL	4 – 5 10 ⁶ μL	Normal
BD-1.10.3 MCV	86,7 fL	82-92 fL	Normal
BD-1.10.4 MCHC	34,4 g/dL	33-36 g/dL	Normal
BD- MCH	29,8 pg	27-33 pg	Normal
BD- WBC	7,71 L10 ³ /mm ³	3,5 – 10 L10 ³ /mm ³	Normal
Kesimpulan Biokimia : Hasil biokimia Ny. Y hematocrit rendah			
Fisik/ Klinis			
PD-1.1.1 Penampilan Keseluruhan	Kelemahan ekstremitas kanan. Mulai tangan sampai kaki bagian kanan lemas	-	Kelemahan ekstremitas kanan dari tangan sampai kaki bagian kanan lemas
	Bicara pelo	-	Ny. Y pelo
	Tidak bisa bicara mendadak	-	Ny. Y mengalami stroke
	Badan lemas	-	Badan lemas
PD-1.1.5 Sistem Pencernaan	Mual	-	Mual
	Nafsu makan menurun	-	Nafsu makan menurun
PD-1.1.6.2 Kepala	Pusing	-	Pusing
PD-1.1.7 Saraf dan Kognitif	Kesadaran (GCS) = 456	-	Normal
	Kesadaran CM	-	Sadar Penuh
PD-1.1.9 Tanda Vital	TD = 150/90 mmHg	< 140/90 mmHg	Hipertensi 1
	RR = 20 x/menit	12-20 x/ menit	Normal
	Nadi = 88x/menit	80-120 x/menit	Normal
	Suhu = 36,3 ⁰ C	36-37 ⁰ C	Normal
PD- BAB	BAB 1 x sehari	-	-
PD- BAK	BAK 3- 4x/hari	-	-
Kesimpulan Fisik/Klinis : Ny .Y mengalami stroke tidak bisa bicara mendadak dan nafsu makan menurun.			
Food History			
FH-1.1.1.1 Total Asupan Energi	Recall = 1319,3 kkal	Kebutuhan = 1655 kkal	Total asupan energi kurang dari kebutuhan dengan persentase

			79,7%.
FH-1.5.2.1 Total Asupan Protein	Recall = 42,4 g	Kebutuhan = 62 g	Total asupan protein kurang dari kebutuhan dengan persentase 68 %.
FH-1.5.1.1 Total Asupan Lemak	Recall = 54,2 g	Kebutuhan = 46 g	Total asupan lemak lebih dari kebutuhan dengan persentase 117%.
FH-1.5.1.2 SFA	Recall = 34,6	Kebutuhan = 16,55 g	Total asupan SFA lebih dari kebutuhan dengan persentase 209%.
FH-1.5.1.4 PUFA	Recall = 6,4 gr	Kebutuhan = 25,7 gr	Total asupan PUFA + MUFA kurang dari kebutuhan dengan persentase 62,6 %.
FH-1.5.1.5 MUFA	Recall = 9,8 gr		
FH-1.5.1.7 Kolesterol	Recall = 273,8	Kebutuhan < 300 mg	Total asupan kolesterol cukup dari kebutuhan dengan persentase 91,3%.
FH-1.5.3.1 Total Asupan Karbohidrat	Recall = 168,7 g	Kebutuhan = 248 g	Total asupan karbohidrat kurang dari kebutuhan dengan persentase 68%.
FH-1.5.1.6 Total serat	Recall = 6,9 gr	Kebutuhan = 22 gr	Total asupan serat kurang dari kebutuhan dengan persentase 31,4%.
FH-1.6.1.2 Vit C	Recall = 29,3 mg	Kebutuhan = 75 mg	Total asupan vit C kurang dari kebutuhan dengan persentase 39%.
FH-1.6.1.10 B12	Recall = 1,7 mcg	Kebutuhan = 2,4 mcg	Total asupan vit B12 kurang dari kebutuhan dengan persentase 70,8%.
FH-1.6.2.5 Asupan Kalium	Recall = 1076,5 mg	Kebutuhan = 4700 mg	Asupan kalium kurang dari kebutuhan dengan persentase 23 %.
FH-1.6.2.7 Asupan Natrium	Recall = 1738 mg	Kebutuhan = 1200 mg	Asupan natrium lebih dari kebutuhan dengan persentase 144%.
FH-3.1 Obat	Citicoline	-	Untuk mengurangi tingkat keparahan stroke
	Amlodipine	-	Obat untuk darah tinggi
	Infuz PZ	-	Untuk mencukupi kebutuhan air, elektrolit
FH-2.1.2.5	Tidak ada alergi makanan	-	Tidak ada alergi makanan
FH-4.2.12 Preferensi Makanan	Suka makan yang digoreng dan gurih	-	Suka makan goreng dan gurih
	Suka makan manis	-	Suka makan manis
FH-5.4.1 Frekuensi Makan	Jadwal makan tidak teratur	-	Jadwal makan tidak teratur
	Jarang makan sayur dan buah	-	Jarang makan sayur dan buah

Kesimpulan Food History :
 Dari analisis Food Recall diketahui energy (79,7%), protein(68%) karbohidrat(68%), Serat(31,4%), lemak tak jenuh (62,6%), kalium (23%), kurang dan lemak(117%), SAFA(209%) dan natrium(144%) berlebih dari kebutuhan.
 Dari pola makan diketahui Ny.Y suka makan yang digoreng jadwal makan tidak teratur dan jarang makan sayur buah.

4.3 Diagnosis

Tabel 4.2 Diagnosis

Kode	Diagnosis
NI. 2.1	Kurangnya asupan oral (P) berkaitan penurunan nafsu makan (E) ditandai dengan hasil recall energy (79,7%), protein (86%), karbohidrat(65%), Serat(31,4%), lemak tak jenuh (62,6%), kalium (23%) kurang dari kebutuhan.
NI.5.6.2	Asupan lemak jenuh berlebih (P) berkaitan dengan kebiasaan makanan yang digoreng(E) ditandai dengan dari hasil recall lemak 117% dan lemak SFA = 309%.
NI.5.10.7	Asupan natrium berlebih(P) berkaitan dengan kebiasaan makan gurih(E) ditandai dengan hasil recall natrium 144% dan tekanan darah = 150/100(S)
NB. 1.1	Tidak siap melakukan perubahan diet (P) berkaitan kurangnya informasi tentang makanan dan gizi (E) ditandai dengan menderita stroke dan hipertensi(S).

4.4 Intervensi

Tabel 4.3 Intervensi

<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi asupan oral 2. Membatasi konsumsi lemak khususnya SFA dan sesuai dengan kebutuhan 3. Membatasi asupan natrium 4. Menurunkan tekanan darah
<p>Prinsip Diet:</p> <p>- Diet stroke dan Diet Garam Rendah III</p>

Syarat Diet:

- Energi diberikan sebesar 1655 kkal disesuaikan menurut berat badan, tinggi badan, umur, aktifitas fisik, dan faktor stress
- Karbohidrat diberikan sebesar 248 gr
- Protein diberikan sebesar 15% dari energi yaitu 62 gr
- Lemak diberikan sedang sebesar 25% dari kebutuhan energy yaitu 46 gr
- Batasi asupan lemak jenuh dan tinggi asupan lemak tak jenuh
Lemak jenuh sebesar 9% dari kebutuhan energi yaitu 16,55 gr
Lemak tak jenuh sebesar 14% dari kebutuhan energy yaitu 25,7 gr
- Kolesterol diberikan <300mg
- Natrium diberikan 1200 mg

Perhitungan Kebutuhan :**BBI Rumus Brocca**

$$\begin{aligned}
 \text{BBI} &= (\text{TB}-100) - 10\% (\text{TB}-100) \\
 &= (155-100)-10\% (155-100) \\
 &= 55 - (10\% \times 55) \\
 &= 49,5 \text{ kg}
 \end{aligned}$$

Harris Benedict

$$\begin{aligned}
 \text{BMR} &= 655 + (9,6 \times \text{BB}) + (1,8 \times \text{TB}) - (4,7 \times \text{U}) \\
 &= 655 + (9,6 \times 49,5) + (1,8 \times 155) - (4,7 \times 74) \\
 &= 655 + 475,2 + 279 - 347,8 \\
 &= 1061,2
 \end{aligned}$$

$$\text{Energi} = \text{BMR} \times \text{FA} \times \text{FS}$$

$$\begin{aligned}
 &= 1061,2 \times 1,2 \times 1,3 \\
 &= 1655 \text{ kkal}
 \end{aligned}$$

$$\text{FA} = 1,2 = \text{terikat di tempat tidur}$$

FS = 1,3 = untuk stroke

Protein = 15% x energi

$$= 15\% \times 1655$$

$$= 248,25 \text{ kal} = 62 \text{ gr}$$

Lemak = 25% x energy

$$= 25\% \times 1655$$

$$= 413,75 \text{ kal} = 46 \text{ gr}$$

Lemak tak jenuh = (14% x energy)

$$= (14\% \times 1655)$$

$$= 231,7 \text{ kal} = 25,7 \text{ gr}$$

Lemak Jenuh = 9% x energy

$$= 9\% \times 1655$$

$$= 148,95 \text{ kal} = 16,55 \text{ gr}$$

Rekomendasi American Heart Association (AHA)

Karbohidrat = $(1655 - 248,25 - 413,75) / 4$

$$= 993 / 4$$

$$= 248 \text{ gr}$$

Jenis Diet, Bentuk Makanan	Cara Pemberian	Frekuensi
<p>1. Jenis diet : Diet Stroke dan Diet Garam III</p> <p>2. Bentuk makanan : Makanan biasa</p>	<p>Cara pemberian secara oral</p>	<p>3x makan utama dan 2x makan selingan</p>

4.5 Perencanaan Menu

Tabel 4.4 Perencanaan Menu hari Ke-1 (menu 1)

Menu	Bahan	Berat		E	P	L	KH	Na	PUFA	MUFA	SFA
		URT	Gram	Kkal	G	G	G	Mg	gr	gr	gr
Makan Pagi											
Bubur nasi	Bubur nasi		250	182.2	3.3	0.3	40	0	0.3	0.3	0.3
Soup wortel+jamur kuping	Wortel		40	10.3	0.4	0.1	1.9	24	0	0	0
	Jamur kuping		40	10.8	0.9	0.2	2	0.8	0.1	0	0
	Bawang putih		5	4.4	0.1	0	1	0.3	0	0	0
	Bawang goreng		5	18.2	0.3	1	2	0.1	0.6	0.2	0.2
	Gula pasir		4	15.5	0	0	4	0	0	0	0
	Minyak kelapa		2	17.2	0	2	0	0	0	0.2	1.6
Tahu goreng	Tahu		40	30.4	3.2	1.9	0.8	2.8	1.1	0.4	0.3
	Minyak kelapa		5	43.1	0	5	0	0	0.1	0.6	4.1
Rolade ayam	Daging ayam		30	85.5	8.1	5.7	0	21.9	1.3	2.2	1.5
	Tepung tapioka		10	38.1	0	0	9.1	0.9	0	0	0
	Roti tawar		10	27.4	0.9	0.3	5.2	60.9	0.1	0.1	0.1
	Tepung maizena		5	19	0	0	4.6	0.4	0	0	0
	Seledri		2	0.3	0	0	0	0.2	0	0	0
	Daun bawang		5	1.1	0.1	0	0.3	0.3	0	0	0
	Bawang merah		5	2.2	0.1	0	0.5	0.2	0	0	0
	Bawang putih		5	4.4	0.1	0	1	0.3	0	0	0
	Telur ayam		10	15.5	1.3	1.1	0.1	12.4	0.1	0.4	0.3
	Telur ayam bagian putih		10	5	1	0	0.1	16.4	0	0	0
Subtotal				530.6	19.8	17.6	72.6	141.9	3.7	4.4	8.4
%Pemenuhan				32.1%	31.9%	38.3%	29.5%	11.8%	31.5%		50.9%
Makan Siang											
Bubur nasi	Bubur nasi		300	218.7	3.9	0.3	48	0	0.3	0.3	0.3
Asem	Kangkung		40	6	0.9	0.1	0.8	6.4	0	0	0

Menu	Bahan	Berat		E	P	L	KH	Na	PUFA	MUFA	SFA
		URT	Gram	Kkal	G	G	G	Mg	gr	gr	gr
kangkung+kacang panjang	Kc. Panjang		30	10.5	0.6	0.1	2.4	0.9	0	0	0
	Asam		2	5.1	0.1	0	1.3	0.2	0	0	0
	Bawang putih		5	4.4	0.1	0	1	0.3	0	0	0
	Gula pasir		4	15.5	0	0	4	0	0	0	0
Tahu bumbu bali	Tahu		40	30.4	3.2	1.9	0.8	2.8	1.1	0.4	0.3
	Bawang merah		5	2.2	0.1	0	0.5	0.2	0	0	0
	Bawang putih		5	4.4	0.1	0	1	0.3	0	0	0
	Minyak kelapa		3	25.9	0	3	0	0	0	0.3	2.4
	Kecap		10	6	1	0	0.6	558.6	0	0	0
	Gula pasir		4	15.5	0	0	4	0	0	0	0
Bandeng goreng	Ikan bandeng		30	25.2	4.4	0.7	0	12	0.2	0.3	0.2
	Tepung terigu		20	72.8	2.1	0.2	15.3	0.4	0.1	0	0
	Minyak kelapa sawit		5	43.1	0	5	0	0	0.1	0.6	4.1
Buah	Anggur merah		75	53.2	0.5	0.2	11.7	1.5	0.1	0	0.1
Subtotal				538.8	17.1	11.6	91.4	583.6	1.9	2	7.4
%Pemenuhan				32.6%	27.6%	25.2%	37.2%	48.6%	15.2%		44.8%
Makan Sore											
Bubur nasi	Bubur nasi		250	182.2	3.3	0.3	40	0	0.3	0.3	0.3
Tumis kubis+wortel	Sawi putih		50	7.5	1.1	0.1	1	8	0	0.1	0
	Wortel		40	10.3	0.4	0.1	1.9	24	0	0	0
	Bawang putih		5	4.4	0.1	0	1	0.3	0	0	0
	Bawang merah		5	2.2	0.1	0	0.5	0.2	0	0	0
	Minyak kelapa sawit		2.5	21.6	0	2.5	0	0	0	0.3	2
Tempe kare	Tempe		40	79.6	7.6	3.1	6.8	2.4	1.7	0.7	0.4
	Minyak kelapa		2	17.2	0	2	0	0	0	0.2	1.6
	Santan (kelapa dan air)		30	31.8	0.3	3	1.4	1.8	0	0.1	2.7
	Kunyit		2	6.5	0.3	0.3	1.2	1	0.1	0.1	0.1
	Bawang putih		5	4.4	0.1	0	1	0.3	0	0	0
	Bawang merah		5	2.2	0.1	0	0.5	0.2	0	0	0
	Gula pasir		3	11.6	0	0	3	0	0	0	0

Menu	Bahan	Berat		E	P	L	KH	Na	PUFA	MUFA	SFA
		URT	Gram	Kkal	G	G	G	Mg	gr	gr	gr
Telur dadar	Telur ayam		55	85.3	6.9	5.8	0.6	68.2	0.8	2.3	1.8
	Minyak kelapa		3	25.9	0	3	0	0	0	0.3	2.4
	Tepung terigu		5	18.2	0.5	0.1	3.8	0.1	0	0	0
Subtotal				511	20.8	20.3	62.8	106.5	3.1	4.3	11.4
%pemenuhan				30.9%	33.5%	44.1%	25.5%	8.9%	28.8%		69.1%
Total				1580.4	57.7	49.4	226.8	832	19.3		27.2
Kebutuhan				1655	62	46	246	1200	25.7		16.5
%Pemenuhan				95.5%	93.1%	107.4%	92.2%	69.3%	75.1%		164.8%
Kecukupan				Normal	Normal	Normal	Normal	Defisit	Defisit		Lebih

Tabel 4.5. Perencanaan Menu hari Ke-2 (menu 2)

Menu	Bahan	Berat		E	P	L	KH	Na	PUFA	MUFA	SFA
		URT	Gram	kkal	G	G	G	mg	gr	gr	gr
Makan pagi											
Bubur nasi	bubur nasi		250	182.2	3.3	0.3	40	0	0.3	0.3	0.3
Oseng kentang + suun	Kentang		40	37.2	0.8	0	8.6	2	0	0	0
	mie soun		40	152.4	0.1	0	36.5	3.6	0	0	0
	minyak kelapa		3	25.9	0	3	0	0	0	0.3	2.4
Bola-bola ayam	daging ayam		40	114	10.8	7.6	0	29.2	1.7	2.9	2
	tepung terigu		10	36.4	1	0.1	7.6	0.2	0	0	0
	bawang putih		5	4.4	0.1	0	1	0.3	0	0	0
	bawang merah		5	2.2	0.1	0	0.5	0.2	0	0	0
	Kecap		5	3	0.5	0	0.3	279.3	0	0	0
	gula pasir		3	11.6	0	0	3	0	0	0	0
	minyak kelapa		3	25.9	0	3	0	0	0	0.3	2.4
Tahu goreng	Tahu		40	30.4	3.2	1.9	0.8	2.8	1.1	0.4	0.3
	minyak kelapa		5	43.1	0	5	0	0	0.1	0.3	4.3
Subtotal				668.6	19.9	20.9	98.4	317.6	3.3	4.6	11.8
%Pemenuhan				40.4%	32.1%	45.4%	37.8%	26.5%	30,7%		71.5%
Makan Siang											
Bubur nasi	bubur nasi		250	182.2	3.3	0.3	40	0	0.3	0.3	0.3
Soup macaroni	Makaroni		40	141.2	4.8	0.7	28.3	1.2	0.3	0.1	0.1
	Broccoli		30	7	0.9	0.1	0.6	4.5	0	0	0
	kembang kool		30	7.5	0.4	0.1	1.6	5.4	0	0	0
	bawang putih		5	4.4	0.1	0	1	0.3	0	0	0
	bawang merah		5	2.2	0.1	0	0.5	0.2	0	0	0
	Seledri		2	0.3	0	0	0	0.2	0	0	0
	minyak kelapa		3	25.9	0	3	0	0	0.1	0.2	2.6
Bandeng goreng	ikan bandeng		40	33.6	5.9	0.9	0	16	0.2	0.4	0.2
	tepung terigu		20	72.8	2.1	0.2	15.3	0.4	0.1	0	0
	minyak kelapa		3	25.9	0	3	0	0	0	0.3	2.4
Buah	Pisang mas		40	36.8	0.4	0.2	9.4	0.4	0	0	0.1
Subtotal				539.7	18	8.5	96.7	28.5	1.1	1.3	5.8
%Pemenuhan				32.6%	29%	18.5%	39.0%	2.4%	9.3%		35.2%

Menu	Bahan	Berat		E	P	L	KH	Na	PUFA	MUFA	SFA
		URT	Gram	kkal	G	G	G	mg	gr	gr	gr
Makan Sore											
Bubur nasi	bubur nasi		250	182.2	3.3	0.3	40	0	0.3	0.3	0.3
Asem kc.panjang, krai dan kubis	Kc.panjang		30	10.5	0.6	0.1	2.4	0.9	0	0	0
	Kubis		40	9.9	0.5	0.1	1.7	4.8	0	0	0
	Krai		40	5.2	0.3	0	1.1	0.8	0	0	0
	Asam		1	2.6	0	0	0.7	0.1	0	0	0
	bawang merah		5	2.2	0.1	0	0.5	0.2	0	0	0
	bawang putih		5	4.4	0.1	0	1	0.3	0	0	0
	gula pasir		2	7.7	0	0	2	0	0	0	0
Tempebacem	tempe bacem		30	71.1	3.2	4.5	5.3	1.5	2.6	1	0.7
Ayam goreng	daging ayam		40	114	10.8	7.6	0	29.2	1.7	2.9	2
	minyak kelapa		5	43.1	0	5	0	0	0.1	0.6	4.1
Subtotal				452.9	18.9	17.6	54.6	37.8	4.7	4.8	7.1
%pemenuhan				27.4%	30.5%	38.3%	21.0%	3.2%	37%		43%
Total				1661.2	56.8	47	249.7	383.9	19.6		24.7
Kebutuhan				1655	62	46	260	1200	25,7		16.5
%Pemenuhan				100.4%	91.6%	102.2%	100.7%	32%	76.3%		149.7%
Kecukupan				Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang		Lebih

Tabel 4.6. Perencanaan Menu hari Ke-3 (menu 3)

Menu	Bahan	Berat		E	P	L	KH	Na	PUFA	MUFA	SFA
		URT	Gram	kkal	gr	gr	gr	mg	g	g	g
Makan Pagi											
Bubur nasi	bubur nasi		250	182.2	3.3	0.3	40	0	0.3	0.3	0.3
Soto daging	daging sapi		30	80.7	7.5	5.4	0	15.9	0.2	2.3	2.5
	bawang merah		5	2.2	0.1	0	0.5	0.2	0	0	0
	bawang putih		5	4.4	0.1	0	1	0.3	0	0	0
	daun bawang		3	0.6	0	0	0.2	0.2	0	0	0
	kunyit		2	6.5	0.3	0.3	1.2	1	0.1	0.1	0.1
	minyak kelapa		5	43.1	0	5	0	0	0.1	0.3	4.3
	Cambah		5	6.1	0.7	0.3	0.5	0.7	0.2	0.1	0
Tahu goreng	bihun		50	190.5	0.2	0.1	45.7	4.5	0	0	0
	tahu		40	30.4	3.2	1.9	0.8	2.8	1.1	0.4	0.3
	minyak kelapa		5	43.1	0	5	0	0	0.1	0.6	4.1
Subtotal				589.8	15.3	18.3	89.7	25.6	2	4	11.6
%Pemenuhan				35.64%	24.68%	39.78%	34.5%	2.13%	23.35%		70.3%
Makan siang											
Bubur nasi	bubur nasi		300	218.7	3.9	0.3	48	0	0.3	0.3	0.3
Bening bayam + labu siam	bayam segar		40	14.8	1.5	0.1	2.9	4.4	0	0	0
	labu siam		40	8	0.4	0.1	1.7	0.4	0	0	0
	gula pasir		4	15.5	0	0	4	0	0	0	0
	bawang merah		5	2.2	0.1	0	0.5	0.2	0	0	0
Ayam opor	daging ayam		50	142.4	13.4	9.4	0	36.5	2.1	3.6	2.5
	bawang putih		5	4.4	0.1	0	1	0.3	0	0	0
	kunyit		1	3.3	0.1	0.1	0.6	0.5	0	0	0
Tahu goreng	minyak kelapa		3	25.9	0	3	0	0	0.1	0.2	2.6
	tahu		50	38	4.1	2.4	0.9	3.5	1.4	0.6	0.3
Buah	Pear fresh		150	78.5	0.8	0.5	18.6	3	0.2	0.2	0
Subtotal				551.7	24.3	16	78.3	48.8	4.1	4.8	5.9
%Pemenuhan				33.3%	39.2%	34.8%	30.1%	4.1%	35%		35.8%
Bubur nasi	bubur nasi		275	200.5	3.6	0.3	44	0	0.3	0.3	0.3
Orak-arik	Wortel		40	10.3	0.4	0.1	1.9	24	0	0	0
	Cambah		20	24.4	2.6	1.3	1.9	2.8	0.8	0.3	0.2

Menu	Bahan	Berat		E	P	L	KH	Na	PUFA	MUFA	SFA
		URT	Gram	kkal	gr	gr	gr	mg	g	g	g
	Kubis		40	9.9	0.5	0.1	1.7	4.8	0	0	0
	tahu		40	30.4	3.2	1.9	0.8	2.8	1.1	0.4	0.3
	kecap		5	3	0.5	0	0.3	279.3	0	0	0
	bawang putih		5	4.4	0.1	0	1	0.3	0	0	0
	minyak kelapa		3	25.9	0	3	0	0	0.1	0.2	2.6
	bawang merah		5	2.2	0.1	0	0.5	0.2	0	0	0
Bandeng goreng	ikan bandeng		40	33.6	5.9	0.9	0	16	0.2	0.4	0.2
	tepung tapioka		30	114.3	0.1	0	27.4	2.7	0	0	0
	minyak kelapa		3	25.9	0	3	0	0	0	0.3	2.4
Subtotal				484.7	17.1	10.7	79.5	332.9	2.5	1.9	6
%pemenuhan				29.3%	27.6%	23.3%	30.6%	27.7%	17.1%		36.4%
Total				1626.2	56.7	44.9	247.5	407.2	19.3		23.5
Kebutuhan				1655	62	46	260	1200	25.7		16.5
%Pemenuhan				98.3%	91.5%	97.6%	95.2%	33.9%	75.1%		142.4%
Kecukupan				Normal	Normal	Normal	Normal	Kurang	Kurang		Lebih

4.6 Nutrition Education

Tabel 4.7 Nutrition Education

E – Nutritional Education
<p>Tujuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan pengetahuan klien mengenai makanan untuk penderita stroke dan hipertensi - Meningkatkan pengetahuan pasien tentang pentingnya konsumsi sayur buah
<p>Materi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tentang makanan yang yang dianjurkan dan tidak dianjurkan untuk penderita stroke dan hipertensi - Menjelaskan jenis pengolahan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan untuk penderita stroke dan hipertensi - menjelaskan tentang pentingnya konsumsi sayur buah
<p>Media: Leaflet</p>
<p>Sasaran: Ny. Y dan anak</p>
<p>Metode : Diskusi</p> <p>Durasi : 20 menit</p> <p>Tempat : Rawat Inap Ruang Multazam kamar 6F RS Siti Khodijah</p>

4.7 Monitoring dan Evaluasi

Tabel 4.8 Monitoring dan evaluasi

Parameter	Waktu	Metode	Target Pencapaian
Antropometri			
AD-1.1.7 LILA	Setiap hari	Pengukuran LILA	Mempertahankan status gizi normal
Fisik/klinis			
PD-1.1.1 Penampilan keseluruhan (Badan Lemas)	setiap hari	Observasi dan wawancara	Badan sudah tidak lemas seperti sebelumnya
PD-1.1.5 Sistem Pencernaan (Mual, Nafsu makan menurun,		Observasi dan wawancara	Mual sudah berkurang dari sebelumnya Adanya peningkatan nafsu makan dari sebelumnya
PD-1.1.6.2 Kepala (pusing)		Observasi dan wawancara	Kepala tidak terasa pusing
PD-1.1.9 Tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu)	3 x sehari (pagi,siang, dan sore)	Melihat rekam medis	Tekanan darah mencapai normal $\leq 140/90$ mmHg Nadi normal 80-120x/menit Suhu normal 36-37 ⁰ C
Food History			
FH-1.1.1.1 Total Asupan Energi	Setiap hari	Recall dan comstock	Total asupan energi 90-110% (energy = 1655 kkal)
FH-1.5.2.1 Total Asupan Protein			Total asupan protein 90-110% (protein 62 gr)
FH-1.5.1.1 Total Asupan Lemak			Total asupan lemak 90-110% (46 gr)
FH-1.5.1.2 SFA			Total asupan SFA 90-110% (SFA = 16,5 gr)
FH Lemak tak jenuh			Total asupan lemak tak jenuh 90 – 110 % (25,7 gr)
FH-1.5.3.1 Total Asupan Karbohidrat			Total asupan karbohidrat 90-110% (260 gr)
FH-1.6.2.7 Asupan Natrium			Total asupan natrium $\geq 77\%$ (natrium < 1200 mg)

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Antropometri

Pengukuran antropometri pada awal masuk rumah sakit menggunakan pengukuran LILA karena pasien lemas dan tidak mampu berdiri. Sedangkan pengukuran tinggi badan tidak dilakukan karena pasien sudah mengetahui tinggi badan yaitu 155 cm. Untuk pengukuran LILA didapatkan hasil yaitu 27 cm.

Tabel 5.1. Hasil monitoring antropometri selama 3 hari

Pengukuran	Awal	11/9/2019	12/9/2019	13/9/2019
LILA	27 cm	27 cm	27 cm	27 cm
Tinggi Badan	155 cm	155 cm	155 cm	155 cm

Tidak terjadi perubahan pada ukuran LILA karena LILA bias berubah minimal satu bulan. Begitu juga dengan tinggi badan.

5.2 Biokimia

Untuk pemeriksaan biokimia tidak terjadi perubahan dan tidak dilakukan pengecekan laboratorium selama tiga hari pemantauan. Cek biokimia hanya dilakukan saat pasien awal masuk rumah sakit dan pemeriksaan biokimia meliputi GDA, Hemoglobin, Hematocrit, RBC, MCV, MCHC, MCH dan WBC. Saat awal masuk rumah sakit hasil biokimia menunjukkan normal semua hanya kadar hematocrit menunjukkan kurang tetapi batas atas.

Tabel 5.2. Hasil Uji Biokimia

Pemeriksaan	Nilai normal	Awal	Hari ke-1 11/9/2019	Hari ke-2 12/9/2019	Hari ke-3 13/9/2019
GDA	< 200 mg/dL	110 mg/dl	-	-	-
HB	12 – 14 g/dl	13.7 g/dl	-	-	-
HCT	40 - 48 %	39.9 %	-	-	-
RBC	4 – 5 $10^6\mu\text{L}$	4.60 $^6\mu\text{L}$	-	-	-
MCV	82 – 92 fL	86.7 fL	-	-	-
MCHC	33 – 36 g/dL	34.4 g/dL	-	-	-
MCH	27 – 33 pg	29.8 pg	-	-	-
WBC	3.5 – 10 L 103/mm ³	7.71 L 103/mm ³	-	-	-

5.3 Fisik/Klinis

Tabel 5.3. Hasil Pemeriksaan Fisik/Klinis

Pemeriksaan	Waktu	Awal	Hari ke-1 (11/9/2019)	Hari ke-2 (12/9/2019)	Hari ke-3 (13/9/2019)
Penampilan Keseluruhan	Siang	Badan lemas	Mual	Keluhan berkurang dari sebelumnya	Keluhan berkurang dari sebelumnya Nafsu makan normal
Sistem Pencernaan		Mual			
		Nafsu makan menurun			
Tekanan Darah	Pagi	150/90 mmHg	140/80 mmHg	140/80 mmHg	140/80 mmHg
	Siang	130/80 mmHg	140/90 mmHg	140/80 mmHg	140/80 mmHg
	Sore	90/80 mmHg	120/80 mmHg	140/90 mmHg	150/80 mmHg
Nadi	Pagi	88x/menit	80x/menit	88x/menit	88x/menit
	Siang	88x/menit	88x/menit	88x/menit	88x/menit
	Sore	80x/menit	92x/menit	90x/menit	90x/menit
Suhu	Pagi	36,2 °C	36,1 °C	36,4 °C	36,1 °C
	Siang	36,8 °C	36,6 °C	36,5 °C	36,5 °C
	Sore	36,6 °C	37 °C	36,4 °C	36,3 °C

Pada awal pemeriksaan fisik/klinis Ny. Y memiliki beberapa keluhan yaitu badan lemas, mual dan nafsu makan menurun. Pada pemantauan hari pertama Ny. Y masih mengalami mual dan nafsu makan belum membaik. Sedangkan untuk tekanan darah sudah menurun dan berada pada range normal dari pada awal masuk rumah sakit. Untuk tekanan darah harus dipantau secara berkala karena pasien mempunyai riwayat hipertensi dan sekarang menderita stroke. Untuk denyut nadi Ny. Y berada di range normal terus yaitu 80-120x/menitnya. Sedangkan untuk suhu tubuh Ny. Y mengalami naik turun tetapi masih berada pada batas normal dan tidak mengalami demam selama perawatan di rumah sakit.

5.4 Perubahan Diet Pasien

Tabel 5.4. Perubahan Diet Pasien

Keterangan	Awal	Hari 1 11/09/2019	Hari 2 12/09/2019	Hari 3 13/09/2019
Jenis Diet	Diet Stroke (BKRK)	Diet Stroke (BKRK)	Diet Stroke (BKRK)	Diet Stroke (BKRK)
Bentuk Makanan	Makanan Biasa	Makanan Biasa	Makanan Biasa	Makanan Biasa
Kebutuhan	1655 kkal	1655 kkal	1655 kkal	1655 kkal

Pada Ny. Y selama tiga hari proses pemantauan tidak terjadi perubahan diet. Saawa awal MRS Ny. Y diberikan diet BKRG (Bubur Kasar Rendag Garam). Diberikan bubur dengan alasan Ny. Y pelo agar mudah dalam hal mengunyah dan diberikan rendah garam karena Ny. Y mempunyai riwayat penyakit hipertensi sejak 3 tahun lalu. Hal tersebut guna mengantisipasi kenaikan tekanan darah, karena hipertensi dapat memperparah keadaan Ny. Y saat ini yang terkena Stroke. Bentuk makanan diberikan makanan biasa karena Ny. Y masih sadar dan tidak ada gangguan menelan.

5.5 Riwayat Makan

Pengamatan dan pemberian diet pada Ny. Y dilakukan selama tiga hari selama Ny. Y dirawat di ruang rawat inap multazam 6F di RS Siti Khodijah. Kebutuhan eneri Ny. Y sebesar 1655 kkal perhari dan dipenuhi melalui asupan oral karena Ny. Y tidak terdapat masalah kesulitan menelan hanya saja sedikit sulit untuk mengunyah karena pelo. Kebutuhan energy Ny. Y telah dihitung menggunakan rumus perhitungan energy dengan penyakit stroke yang di derita Ny. Y dan disesuaikan dengan kriteria konsumsi sebagai berikut:

Tabel 5.5 Kriteria tingkat konsumsi

No.	Kategori	Range
1	Kelebihan	$\geq 120\%$
2	Normal	90-110%
3	Defisit Ringan	80-89%
4	Defisit Sedang	70-79%
5	Defisit Berat	$<70\%$

Sumber : Depkes 1996

Asupan makanan Ny. Y yang dari rumah sakit disesuaikan dengan total kebutuhan yang sudah dihitung sebelumnya kemudian dituangkan pada makanan yang dilakukan dengan cara pemorsian sesuai dengan perencanaan menu. Selain itu asupan makanan Ny. Y diketahui dengan metode food recall 24 jam yang dilakukan setiap hari selama tiga hari pengamatan. Metode tersebut dilakukan dengan cara wawancara dan mencatat jenis serta jumlah asupan yang dikonsumsi Ny. Y selama 24 jam yang terkait asupan yang diberikan dari RS atau mendapat asupan selain dari RS. Metode food recall dipilih karena bias mendapatkan informasi secara detail tentang jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi pasien dan tidak membebani pasien. Berikut perhitungan food recall 24 jam Ny. Y dibandingkan dengan kebutuhan dan penyajian sehingga dapat diketahui persentase asupan yang diterima oleh ny. Y.

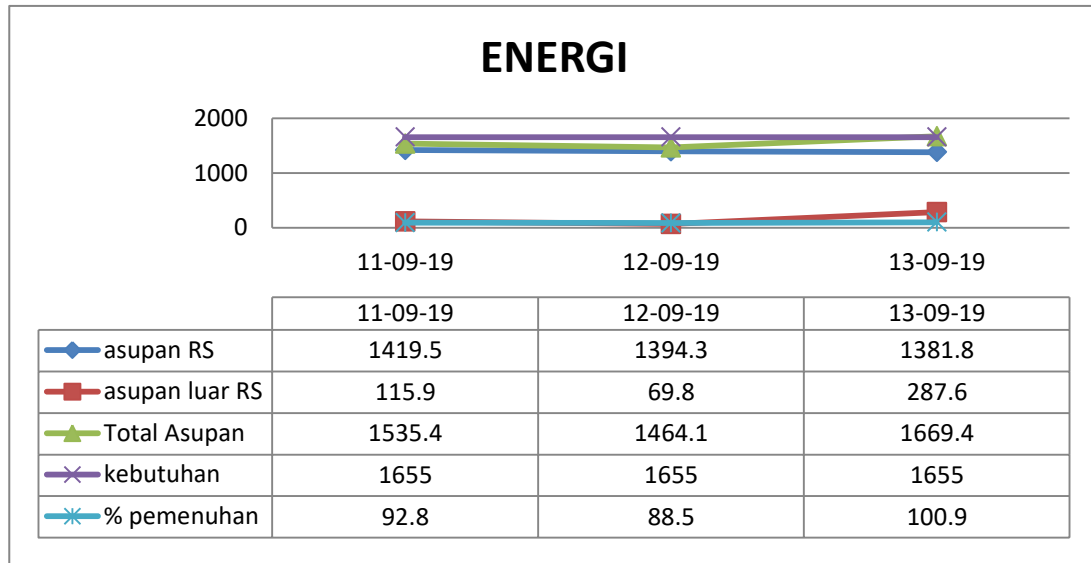
Tabel 5.6 Asupan Ny. Y selama tiga hari

Tgl	Keterangan	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)	Na (mg)
11/09/19	Kebutuhan	1655	62	46	248	1200
	Penyajian	1580.4	57.7	49.4	226.8	832
	Asupan di RS	1419.5	53.8	48.7	193	982.8
	Asupan dari luar RS	115.9	0.8	0.2	31.2	5
	Total Asupan	1535.4	54.6	48.9	224.2	987.8
	%Asupan	92.8%	88.1%	106.3%	90.4%	82.3%
12/09/19	Kebutuhan	1655	62	46	248	1200
	Penyajian	1624.4	56.4	46.8	240.3	383.5
	Asupan di RS	1394.3	52.1	46.4	190.4	536.2
	Asupan dari luar RS	69.8	0.6	1.8	13.4	2
	Total asupan	1464.1	52.7	48.2	203.8	538.2
	%Asupan	88.5%	85%	104.8%	82.2%	44.9%
13/09/19	Kebutuhan	1655	62	46	248	1200
	Penyajian	1626.2	56.7	44.9	247.5	407.2
	Asupan di RS	1381.8	52.5	43.8	193.6	546
	Asupan dari luar RS	287.6	9.2	3.2	54.5	639.5
	Total asupan	1669.4	61.7	47	248.1	1185.5
	%Asupan	100.9%	99.5%	102.2%	100%	98.8%
Kebutuhan		1655	62	46	248	1200
Rata-rata asupan		1556.3	56.3	48.0	225.4	903.8
%Rata-rata asupan		94%	90.9%	104.4%	90.9%	75.3%

Sumber : Data Primer Terolah, 2019

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa asupan Ny. Y pada pemantauan hari pertamamemenuhi kebutuhan sehari hanya saja kurang pada asupan protein. Pada hari pertama Ny. Y tidak menghabiskan seluruh makanan/diet yang diberikan dari rumah sakit. Tetapi Ny. Y juga mengonsumsi makanan dari luar Rumah sakit yang bias menambah kalori untuk mememnuhi kebutuhan. Sedangkan untuk hari kedua masih belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan dalam sehari karena Ny. Y tidak sepenuhnya menghabiskan makanan dari rumah sakit karena nafsu makan menurun tetapi Ny. Y juga mengonsumsi makanan selain dari umah sakit yang dapat menyumbang kalori. Untuk pemantauan hari ke tiga masih sama tidak semua habis tetapi mendapat asupan makan selain dari rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara pada pada hari pertama pemantauan Ny. Y ada tambahan konsumsi pisang hijau 1 buah, pada hari kedua konsumsi bubur sum-sum tanpa juruh, dan pada hari ke 3 konsumsi roti tawar sebanyak 3 slice.

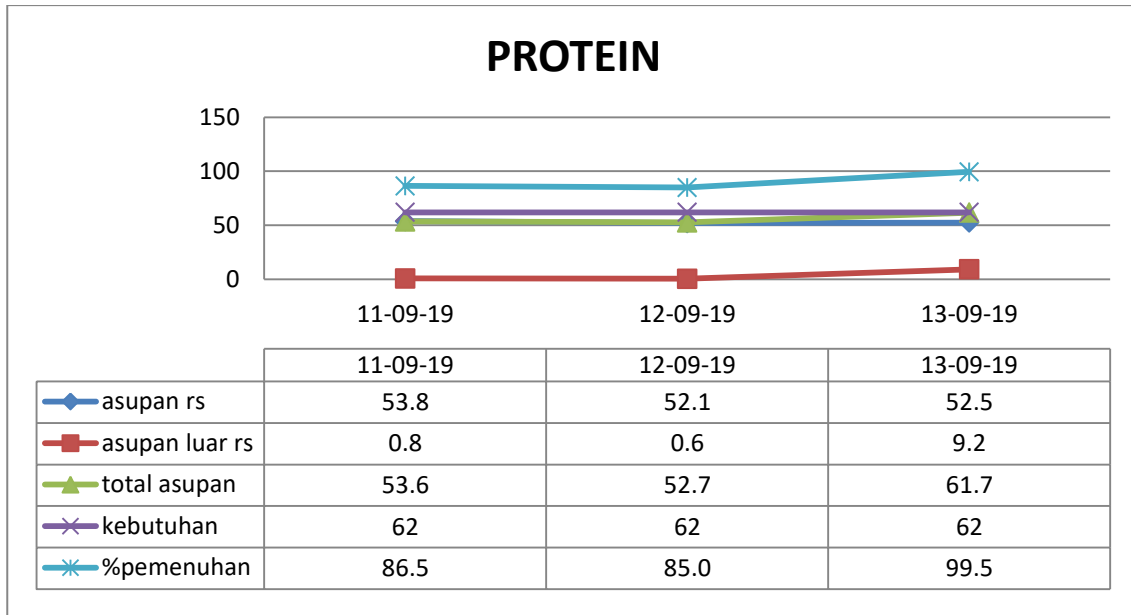
5.5.1 Asupan Energi



Grafik 5.1 Perbandingan kebutuhan dengan asupan energy Ny. Y selama tiga hari

Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui bahwa total asupan energy Ny. Y selama tiga hari. Dalam pemenuhan energi pada hari kedua pemantauan masih kurang. Kebutuhan energy setiap harinya sudah disesuaikan dengan perhitungan kebutuhan yang sudah disesuaikan dengan penyakit yang diderita oleh Ny. Y yaitu stroke. Makanan yang diperoleh dari rumah sakit tidak sepenuhnya dihabiskan tetapi Ny. Y mengonsumsi makanan selain dari rumah sakit. Hal itu juga dapat menyumbang energi untuk pemenuhan kebutuhan dalam sehari. Pada hari pertama Ny Y konsumsi pisang hijau 1 buah , sedangkan hari ke dua ada tambahan konsumsi bubur sum-sum tanpa juruh sebanyak 1 cup kecil dan hari ketiga ada tambahan konsumsi roti tawar sebanyak 3 slice.

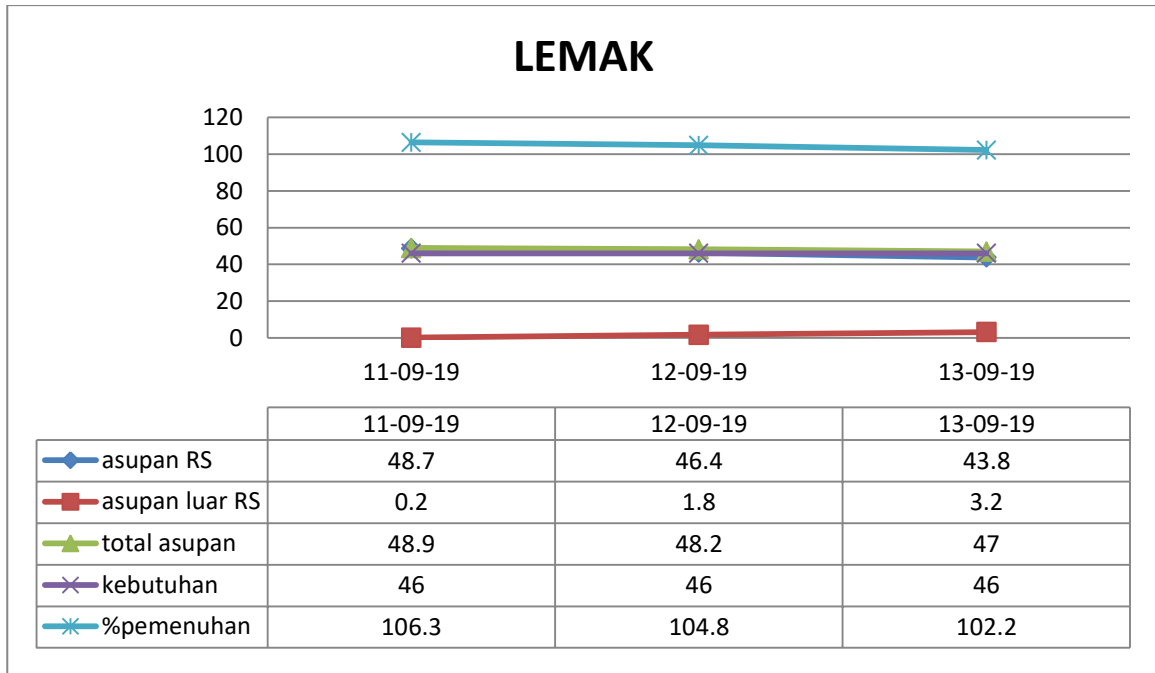
5.5.2 Asupan Protein



Grafik 5.2. Perbandingan Kebutuhan Dengan Asupan Protein Ny. Y selama 3 hari

Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa asupan protein selama tiga hari pemantauan hanya pada hari ketiga yang sudah memenuhi kebutuhan protein dalam sehari. Asupan protein berkisar antara 52,7 sampau 9,2 gr/hari. Pada hari ketiga ada penambahan protein yang lumayan jumlahnya dari asupan luar RS. Setelah dilakukan wawancara kepada keluarga pasien ternyata pasien konsumsi roti tawar sebanyak 3 slice tanpa selai. Hal tersebut sangat menyumbang kebutuhan protein dalam sehari sehingga kebutuhan protein sdalam sehari dapat terpenuhi walaupun makanan/diet yang diberikan dari rumah sakit tidak dihabiskan sepenuhnya.

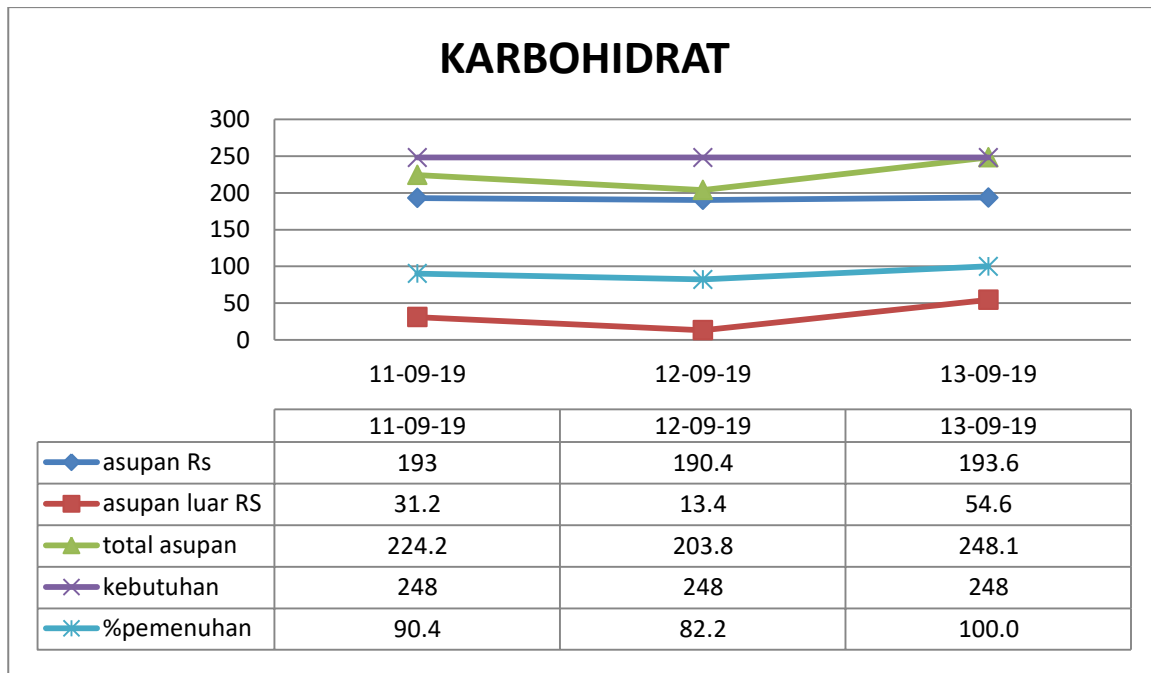
5.5.3 Asupan Lemak



Grafik 5.3 Perbandingan Kebutuhan Dengan Asupan Lemak Ny. Y selama tiga hari

Berdasarkan grafik diatas dapat terlihat asupan lemak lemak Ny. Y selama tiga hari. Konsumsi lemak Ny. Y sudah memenuhi kebutuhan sehari yaitu berkisar 47 gram/hari sampai 48.9 gram/hari. Selain makanan/diet dari rumah sakit yang digunakan untuk memenuhi kebututuhan dalam sehari Ny. Y juga konsumsi makanan selain dari RS. Hal tersebut juga dapat menyumbang dalam pemenuhan kebutuhan lemak. Dapat dilihat ditabel bahwa asupan luar RS pada hari ke tiga penyumbang nilai yang paling besar diantara 2 hari lainnya. Setelah dilakukan wawancara dengan metode recall kepada keluarga ternyata Ny. Y konsumsi roti tawar pada hari ke-3 sehingga memiliki kandungan lemak yang berasal dari bahan baku roti tawar. Sedangkan untuk hari pertama Ny. Y ada tambahan konsumsi pisang hijau jadi lemak hanya menyumbang sedikit karena buah sedikit mengandung lemak. Untuk hari kedua juga tidak menyumbang terlalu banyak karena pada hari kedua Ny. Y konsumsi bubur sum-sum tanpa juruh.

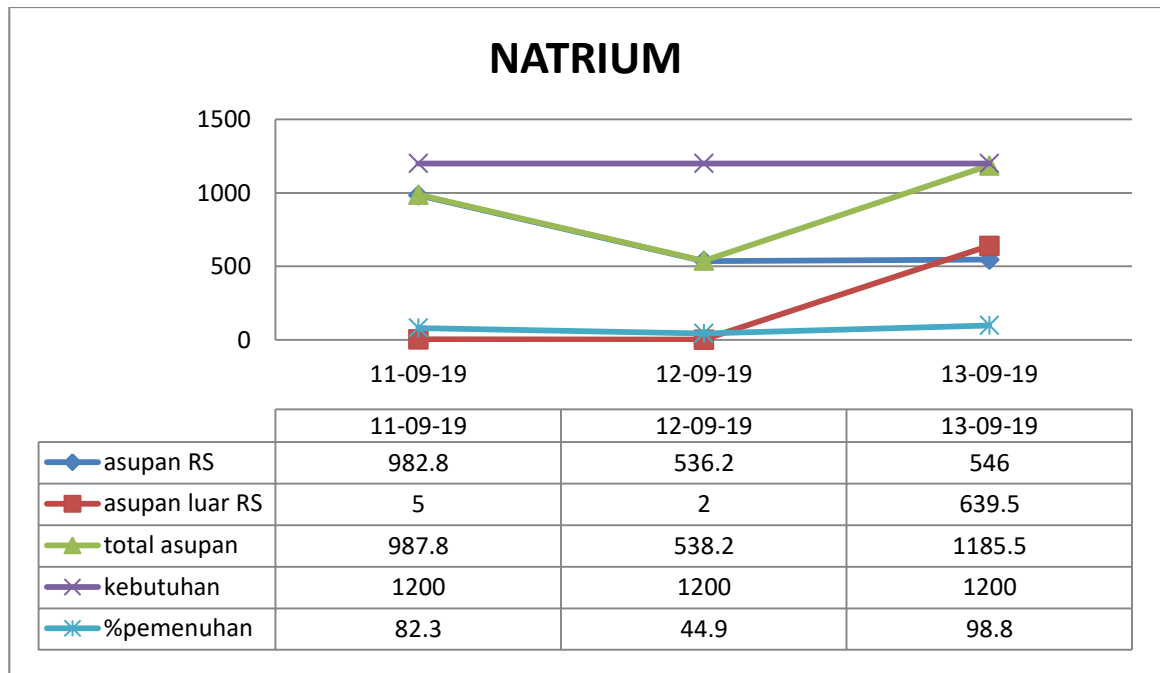
5.5.4 Asupan Karbohidrat



Grafik 5.4. Perbandingan kebutuhan dengan asupan karbohidrat Ny. Y selama 3 hari

Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui asupan karbohidrat setiap harinya yang dikonsumsi Ny. Y untuk memenuhi kebutuhan. Secara global kebutuhan karbohidrat Ny. Y sudah terpenuhi hanya untuk pemantauan hari ke -2 masih kurang untuk asupan karbohidratnya. Pemenuhan kebutuhan karbohidrat tidak hanya didapatkan dari makanan diet dari rumah sakit tetapi juga dipenuhi dari makanan luar rumah sakit. Saat dilakukan wawancara dengan keluarga pasien pada hari pertama pemantauan ada tambahan asupan pisang hijau. Dimana pisang hijau mengandung tinggi karbohidrat sehingga dapat membantu memenuhi kebutuhan karbohidrat walaupun bubur kasar dari rumah sakit tidak selalu dihabiskan oleh Ny. Y. Untuk hari kedua Ny. Y konsumsi bubur sum-sum dan pada hari ketiga konsumsi roti tawar. Roti tawar sebagai penyumbang yang paling tinggi diantara yang lain karena bahan dari roti tawar adalah tepung dan karbohidrat yang terkandung pada tepung juga tinggi sehingga dapat menyumbang pemenuhan kebutuhan karbohidrat Ny. Y.

5.5.5 Asupan Natrium



Grafik 5.5 Perbandingan kebutuhan dan asupan natrium Ny. Y selama tiga hari

Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat asupan natrium selama tiga hari. Asupan natrium Ny. Y berasal dari asupan Rumah sakit yang berasal dari makanan diet dan berasal dari Infuz PZ. Selain itu ada asupan natrium dari luar rumah sakit yaitu berasal dari asupan tambahan yang dikonsumsi oleh Ny. Y. dalam diet nya Ny. Y diberikan diet rendah garam jadi kebanyakan asupan Rumah sakit natrium berasal dari infuz PZ. Sedangkan untuk asupan luar Rumah Sakit setelah dilakukan wawancara dengan metode food recall untuk mengetahui asupan Ny. Y yang dikonsumsi selain dari makanan rumah sakit ternyata pada hari pertama konsumsi pisang hijau tetapi tidak menyumbang asupan natrium yang signifikan. Untuk hari kedua Ny. Y konsumsi bubur sum-sum yang dibuat tanpa diberikan garam sehingga asupan natrium tidak tinggi. Akan tetapi pada hari ketiga diketahui asupan luar rumah sakit menyumbang asupan natrium yang sangat signifikan. Hal tersebut disebabkan pada hari ke-3 Ny. Y konsumsi roti tawar dimana oangan olahan dan diawetkan pasti mempunyai kandungan natrium yang tinggi. Sehingga pada hari ketiga penyumbang asupan natrium tertinggi, tetapi asupan natrium masih berada pada range normal.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Pengamatan yang dilakukan kepada Ny. Y dilakukan selama tiga hari. Dilakukan dari observasi awal, perencanaan menu, pemorsian sampai monitoring. Selama pemantauan tiga hari kepada Ny. Y selalu dilakukan dari pemorsian makan pagi sampai makan sore dan juga dilakukan penimbangan terhadap sisa makanan yang diberikan dari rumah sakit. Selain pemantauan asupan pasien melalui sisa makan juga dilakukan wawancara kepada keluarga pasien tentang asupan yang dikonsumsi selain dari makanan rumah sakit. Selain itu juga dilakukan monitoring terhadap antropometri, biokimia, dan fisik/klinis yang dilakukan dengan melihat rekam medis pasien dan wawancara terhadap pasien dan keluarga setiap hari. Selama tiga hari pengamatan asupan Ny. Y sudah terpenuhi sesuai dengan kebutuhannya, tetapi pada pengamatan konsumsi asupan Ny. Y hari kedua belum memenuhi. Untuk memenuhi kebutuhan gizi Ny. Y mendapatkan asupan makanan/diet dari Rumah Sakit selain itu juga konsumsi makanan dari luar karena makanan dari rumah sakit tidak selalu dihabiskan. Selain itu juga diberikan edukasi terhadap pasien dan keluarga pasien terkait diet untuk penderita stroke dengan riwayat hipertensi. Agar dapat memonitoring makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi oleh penderita stroke dengan riwayat hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Agreayu, Cintya. Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke Pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD KAbupaten SOlok Selatan Periode 1 Januari 2010 – 31 Juni 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas* vol 2 : 2.
- Almatsier, Sunita. (2007). *Penuntun Diet*. Jakarta: PT Gramedia Utama
- E.J. Corwin. *Buku Saku Patofisiologi (Terjemahan) [monograph online]*. Jakarta: EGC; 2001.
- Ghani, Lannywati. 2015. Faktor Risiko Dominan Penderita Stroke Di Indonesia. Jakarta. *Buletin Penelitian Kesehatan* Vol. 44 : 1
- Hariyanti, Tita, dkk. 2015. Health Seeking Behaviour Pada Pasien Stroke. *Jurnal Kedokteran Brawijaya* vol 28 : 3.
- Haris, Syafruddin dan Taralan Tambunan. 2009. Hipertensi pada Sindrom Metabolik. *Sari Pediatri* Vol. 11 : 4.
- Nuarima, Agnesia Kartikasari. 2012. Faktor Risiko Hipertensi Pada Masyarakat Di Desa Kabongan Kidul, Kabupaten Rembang. Semarang : Fakultas Kedokteran.
- Puguh, Sri Kristiyawati dkk. 2009. Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan* Vol.1 : 1
- Rospitaria, Almina Taringan, Zulhaida Lubis, dan Syarifah. 2018. Pengaruh Pengetahuan, Sikap dan Dukungan Keluarga Terhadap Diet Hipertensi DI Desa Hulu Kecamatan Pancur Baru Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan* Vol 11 : 1.
- Suwita, Syahda. 2014. Tata Laksana Nutrisi Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Berbagai Faktor Risiko. *Serial Kasus Spesialis Ilmu Gizi Klinis*. Fkui.

Lampiran 1. Foto makanan Ny. K selama tiga hari



Makan Pagi 11/9/19



Makan Siang 11/9/19



Makan Sore 11/9/19



Makan Pagi 12/9/19



Makan Siang 12/9/19



Makan Sore 12/9/19



Makan Pagi 13/9/19



Makan Siang 13/9/19



Makan Sore 13/9/19

Lampiran 2. Leaflet Stroke dan Leaflet Hipertensi