

TUGAS AKHIR
ASUHAN GIZI TERSTANDAR
PADA PASIEN HEMIPARESIS DEXTRA SEQUELE, STROKE NON
HEMORAGIK DAN HIPERTENSI DI UNIT STROKE
RSUP Dr SARDJITO YOGYAKARTA



Disusun Oleh:
YUSRINA HUSNUL ABIDAH
NIM. P07131520031

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKESKEMENKES YOGYAKARTA PROFESI
DIETISIEN
2021

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

Asuhan Gizi Terstandar pada Pasien Hemiparesis Dextra
Sequele, Stroke Non Hemoragik, dan Hipertensi di Unit Stroke
RSUP Dr Sardjito Yogyakarta

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji
Pada tanggal :

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si.


NIP. 196303241986031001


(.....)

Anggota,

Nur Hidayat, SKM, M.Kes

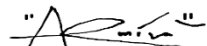
NIP. 196804021992031003


(.....)

Anggota,

Almira Sitasari, S.Gz., MPH, RD.

NIP. 198703042015032004


(.....)

Yogyakarta,.....2021

Ketua Jurusan Gizi




Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si.

NIP. 196303241986031001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul “Asuhan Gizi Terstandar pada Pasien Hemiparesis Dextra Sequele, Stroke Non Hemoragik dan Hipertensi di Unit Stroke RSUP Dr Sardjito Yogyakarta”. Penulis menyadari dalam proses penulisan tugas akhir ini tidak lepas dari bimbingan, pengarahan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si selaku Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
3. Setyowati, SKM, M.Kes, RD selaku Ketua Prodi Profesi Dietisien Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
4. Seluruh Tim Bidang Gizi Klinik Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta
5. Dr. Ir. I Made Alit Gunawan, M.Si. selaku Dosen Pembimbing Utama
6. Almira Sitasari, S.Gz., MPH, RD selaku Dosen Pembimbing Pendamping
7. Rofi Nur Hanifah Prihatini, S.Gz selaku Kepala Instalasi Gizi RSUP Sardjito Yogyakarta
8. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan moral dan material
9. Teman-teman rotasi yang selalu memberikan semangatnya untuk menyelesaikan laporan studi kasus ini
10. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa penulisan tugas akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak untuk perbaikan dan kelengkapan tugas akhir ini. Semoga dapat bermanfaat bagi penulis, institusi dan perkembangan ilmu pengetahuan.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	2
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI.....	4
DAFTAR TABEL.....	Error! Bookmark not defined.
BAB I.....	6
PENDAHULUAN	6
A. Latar Belakang.....	6
B. Tujuan (umum dan khusus)	7
C. Manfaat	8
BAB II.....	10
TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Gambaran Umum Penyakit Stroke	10
1. Definisi	10
2. Patofisiologis Stroke	11
3. Etiologi.....	12
4. Faktor Risiko Stroke.....	14
5. Gejala Awal Stroke	16
6. Penatalaksanaan Gizi.....	17
BAB III	22
METODE PENELITIAN.....	22
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus.....	22
B. Subyek Studi Kasus	22
C. Fokus Studi	22
D. Definisi Oprasional Fokus Studi.....	23
E. Instrument Studi Kasus	28
F. Metode Pengumpulan Data.....	28
G. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	29
H. Analisis Data dan Penyajian Data	29
I. Etika Studi Kasus	29
BAB IV	31
HASIL ASUHAN GIZI	31
A. Skrining Gizi.....	31

B. Data Personal (Ch).....	32
C. Riwayat Penyakit Dan Klien (Ch)	32
D. Riwayat Makan	33
E. Standar Pembanding (CS).....	34
F. Antropometri (AD.1.1)	35
G. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)	36
H. Biokimia (BD)	37
I. Terapi Medis Dan Fungsi.....	38
J. Diagnosis Gizi.....	38
K. Intervensi Gizi.....	39
L. Edukasi Gizi (E.1).....	41
M. Koordinasi Asuhan Gizi (RC):.....	41
N. Rencana Monitoring.....	42
O. Rencana Tindak Lanjut	42
BAB V	43
PEMBAHASAN	43
A. Antropometri.....	44
B. Biokimia.....	44
C. Fisik Klinis.....	45
D. Asupan Makan	47
E. Edukasi Gizi.....	50
BAB VI.....	52
PENUTUP.....	52
A. Kesimpulan	52
B. Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	54

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan urutan kedua penyakit mematikan setelah penyakit jantung. Serangan stroke lebih banyak dipicu karena hipertensi yang disebut silentkiller, diabetes melitus, obesitas dan berbagai gangguan aliran darah ke otak. Angka kejadian stroke didunia kira-kira 200 per 100.000 penduduk dalam setahun di indonesia diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke dan sekitar 25% atau 125.000 orang meninggal sedangkan sisanya mengalami cacat ringan bahkan bisa menjadi cacat berat (Pudiastuti, 2011).

Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak. Penyakit stroke telah banyak dijumpai di berbagai belahan dunia dan dapat dijumpai pada macam-macam kelompok umur. Stroke merupakan keadaan dimana terjadi gangguan neurologis yang bersifat lokal atau umum yang timbul secara mendadak, sehingga suplai darah ke jaringan otak terhenti dan dapat meyebabkan fungsi otak menjadi hilang atau rusak. Hal tersebut dikarenakan adanya perubahan pada pembuluh darah atau dikenal sebagai aterosklerosis. Hal ini membuat gangguan pada system peredaran darah ke otak, dimana terdapat dua jenis kategori yaitu Stroke Hemoragik (terdapat sumbatan), maupun stroke hemoragik (pendarahan) dengan lokasi yang terdapat pada fungsi otak secara keseluruhan (Saunderajen,2014).

Masalah stroke di Indonesia menjadi semakin penting dan mendesak baik stroke hemoragik maupun Stroke Hemoragik. di Indonesia stroke menempati urutan ketiga penyebab kematian setelah penyakit kanker dan jantung. dari data nasional yang didapat angka kematian yang diakibatkan oleh penyakit stroke sebesar 15,4 % (Lumbantobing, 2007). Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-

tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. gangguan peredaran darah di otak dapat berupa iskemia yaitu aliran darah berkurang atau berhenti pada sebagian daerah otak. Sedangkan gangguan peredaran lainnya adalah terjadinya peredaran otak karena dinding pembuluh darah robek.

Salah satu faktor risiko stroke adalah usia lanjut, sekitar 95% kasus stroke terjadi pada mereka yang berumur 45 tahun atau lebih, dan dua pertiga antaranya terjadi pada mereka yang berusia 65 tahun atau lebih. (Azwar Agoes, dkk, 2010). Salah satu faktor risiko terkena stroke adalah pola makan dan tingkat asupan yang salah. Pola makan terdiri dari jenis makanan, jumlah makanan dan frekuensi makan yang tidak sesuai, tidak sehat dan tidak seimbang (misalnya makanan yang kaya lemak jenuh, kolesterol, garam dan kurang buah serta sayuran) adalah salah satu faktor risiko mempercepat aterosklerosis (penyempitan dan pengerasan arteri), hipertensi, pembekuan darah, diabetes, dan masalah berat yang semuanya diketahui merupakan faktor risiko stroke (Valery Feigin, 2006).

Pada kasus kali ini, pasien terdiagnosa medis hemiparesis dextra sequele suspek sng dan hipertensi. Dimana 3 hari SMRS pasien mengeluhkan kelemahan anggota gerak kanan dan pelo, sehingga perlu dilakukan pengkajian gizi untuk penatalaksanaan diet pada pasien tersebut.

B. Tujuan (Umum dan Khusus)

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan penatalaksanaan terapi diet dan asuhan gizi pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorragic dan hipertensi

2. Khusus

- a. Mahasiswa mampu menginterpretasikan data subjektif dan objektif pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorragic dan hipertensi

- b. Mahasiswa mampu mengidentifikasi masalah gizi, patofisiologi penyakit, metabolisme penyakit dan interaksi, serta interaksi obat dan makanan pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorrhagic dan hipertensi
- c. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian biokimia pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorrhagic dan hipertensi
- d. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian fisik dan klinis pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorrhagic dan hipertensi
- e. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian dietary history pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorrhagic dan hipertensi
- f. Mahasiswa mampu menyusun diagnosis gizi pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorrhagic dan hipertensi
- g. Mahasiswa mampu menyusun intervensi gizi pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorrhagic dan hipertensi
- h. Mahasiswa mampu menyusun monitoring dan evaluasi pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorrhagic dan hipertensi
- i. Mahasiswa mampu melakukan konsultasi gizi pada pasien intervensi gizi pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorrhagic dan hipertensi

C. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa

- a. Sebagai media pembelajaran untuk memahami penatalaksanaan asuhan gizi klinik pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorrhagic dan hipertensi
- b. Meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan gizi, menganalisis masalah gizi dengan mengaitkan dengan metabolisme zat gizi, patofisiologi penyakit, hasil pemeriksaan laboratorium, serta interaksi obat dan makanan pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorrhagic dan hipertensi
- c. Mengetahui proses asuhan gizi rawat inap di RSUP Dr. Sardjito

2. Bagi Rumah Sakit

Dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan mengenai pemberian diet sesuai dengan kemampuan, kebutuhan, dan ketepatan diet di RSUP Dr. Sardjito dengan tujuan meningkatkan persentase kesembuhan pasien

3. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Menambah masukan dan informasi gizi kepada pasien dan keluarga tentang upaya terapi diet pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorragic dan hipertensiserta memberikan informasi tentang pengaturan makan, bahan makan yang dianjurkan dan yang tidak dianjurkan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien

4. Bagi Pembaca

Menambah wawasan mengenai proses pelaksanaan asuhan gizi pada pasien Stroke Hemoragik Sebagai literatur studi kasus berkaitan dengan penatalaksanaan pemberian makan pada pasien hemiparesis dextra sequele, stroke non hemorragic dan hipertensi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gambaran Umum Penyakit Stroke

1. Definisi

Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (WHO 2014). Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan kekurangan oksigen menyebabkan fungsi control gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi.

Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak. Berkurangnya aliran darah dan oksigen ini bisa dikarenakan adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya darah (Lionel, 2008).Stroke adalah cedera vaskular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh-pembuluh darah otak. Cedera dapat disebabkan oleh sumbatan bekuan darah,sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah. Semua ini menyebabkan kurangnya pasokan darah yang memadai. Stroke mungkin menampilkan gejala, mungkin juga tidak (stroke tanpa gejala disebut silent stroke), tergantung pada tempat dan ukuran kerusakan (Valery.2008).

Menurut (Juniadi, 2011) stroke ada dua jenis yaitu:

1) Stroke pendarahan (hemoragik)

Adalah stroke yang diakibatkan oleh pembuluh darah yang pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan merembus ke daerah otak dan merusaknya. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisajuga terjadi saat istirahat. kesadaran klien umumnya menurun.serangan sering terjadi pada usia 20-60 tahun

(Batticaca, 2008). Menurut Leila (2002), perdarahan otak dibagi menjadi 2 yaitu:

- a) Perdarahan subaraknoid (PSA). Darah yang masuk keselaput otak. Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisme berry. Perdarahan subaraknoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik, afasia).
- b) Perdarahan intraserebral (PIS). Darah yang masuk ke dalam struktur jaringan otak. Pecahnya pembuluh darah terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan edema otak.

2) Stroke non perdarahan (Non hemoragik)

Adalah stroke yang diakibatkan oleh penyumbatan sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju otak. Stroke iskemik mempunyai berbagai etiologi, tetapi pada prinsipnya disebabkan oleh aterosklerosis atau emboli, yang masing-masing akan mengganggu atau memutuskan aliran darah otak atau cerebral blood flow (CBF). Nilai normal CBF adalah 50-60ml/100mg/menit. Iskemik terjadi jika $CBF < 30\text{ml}/100\text{mg}/\text{menit}$. Jika CBF turun sampai $< 10\text{ml}/\text{mg}/\text{menit}$ terjadi kegagalan homeostatis, yang akan menyebabkan influx kalsium secara cepat, aktivitas protease, yakni suatu cascade atau proses berantai eksitotoksik dan pada akhirnya kematian neuron.

2. Patofisiologi Stroke

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah otak. Otak seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Stroke bukan merupakan penyakit tunggal tetapi merupakan kumpulan dari beberapa penyakit diantaranya hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, dan peningkatan lemak dalam darah atau dislipidemia. Penyebab utama stroke

adalah thrombosis serebral, arterosklerosis dan perlambatan sirkulasi serebral merupakan penyebab utama terjadinya thrombus (Smeltzer & Bare, 2002).

Otak merupakan jaringan yang memiliki tingkat metabolisme paling tinggi. Meskipun masa yang dimiliki hanya sekitar 2% dari masa keseluruhan tubuh. Jaringan otak menggunakan hingga 20% dari total curah jantung (Wahjoepramono, 2005). Aliran darah yang membawa glukosa dan oksigen ke otak sangat penting bagi kehidupan dan metabolisme sel-sel otak. Sel otak yang tidak teraliri aliran darah yang membawa glukosa dan oksigen dapat rusak bahkan menjadi mati. Ada beberapa kelainan yang diduga merupakan penyebab stroke pada dewasa muda. Akan tetapi aterosklerosis diduga sebagai penyebab primer dari penyakit stroke. Aterosklerosis merupakan kumpulan perubahan patologis pada pembuluh darah arteri, seperti hilangnya elastisitas dan menyempitnya lumen pembuluh darah (Juniadi, 2004).

Arteri lebih mudah terkena kerusakan akibat proses aterosklerosis ini adalah aorta, arteri koronaria, dan arteri-arteri yang mensuplai otak sehingga dapat mengakibatkan stroke. penyebab dari aterosklerosis ini tidak diketahui secara pasti. Kelainan ini dapat diakibatkan oleh kerusakan pada dinding pembuluh nadi (arteri) karena zat-zat kimia berbahaya seperti karbon monoksida dalam asap rokok, hipertensi, diabetes melitus, dan yang tersering adalah hiperlipidemia (kadar kolesterol darah yang tinggi) serangan stroke dapat terjadi secara fokal (sebagian) maupun global (keseluruhan) pada otak. Gejala fokal dan tanda-tanda gangguan fungsi otak pada stroke akan muncul sesuai dengan area dari jaringan otak yang mengalami gangguan aliran darah (Wahjoepramono, 2005). Penyempitan pembuluh darah otak mula-mula menyebabkan perubahan pada aliran darah dan setelah terjadi stenosis cukup hebat dan melampaui batas krisis terjadi pengurangan darah secara drastis dan cepat.

3. Etiologi

Adapun penyebab terjadinya stroke antara lain:

1) Pecahnya Pembuluh Darah

Akibat pecahnya pembuluh darah, maka darah akan keluar mengisi ruang tengkorak kepala. Tulang tengkorak merupakan suatu rongga

yang memiliki dinding yang kuat dan volume yang tetap. Karena itu, jika ada darah keluar, maka terjadi peningkatan tekanan darah di dalam otak. Efek ini akan menekan fungsi otak yang terkena sehingga pada akhirnya terjadi penurunan kesadaran secara tiba-tiba. Apabila darah dapat dievakuasi dengan segera, maka tekanan di dalam rongga kepala akan kembali normal dan diharapkan kesadaran dapat segera pulih. Keadaan seperti ini disebabkan karena tekanan darah yang mengalami peningkatan cukup tinggi. Secara fisiologis, tubuh memiliki mekanisme untuk menurunkan tekanan darah jika terjadi peningkatan tekanan darah. Akan tetapi dalam keadaan abnormal, mekanisme ini tidak dapat berjalan dengan baik sehingga menyebabkan pembuluh darah pada otak pecah (Arum, 2015).

2) Penyumbatan Pembuluh darah

Penyumbatan pembuluh darah pada otak mengakibatkan darah pada otak mengakibatkan darah yang membawa nutrisi tidak dapat sampai ke jaringan otak yang membutuhkan sehingga terjadi sedikit demi sedikit, tidak separah gangguan yang pertama, yaitu pecahnya pembuluh darah di otak (Arum, 2015).

3) Anomali Pembuluh Darah

Ketidaknormalan pembuluh darah yang menyuplai otak seperti aneurisma (pelebaran dinding pembuluh darah) dan malformasi arteriovenosa (kelainan pembentuk pembuluh darah arteri dan vena) adalah suatu keadaan yang sudah dimiliki seorang anak sejak lahir. Seseorang yang memiliki ketidaknormalan pada pembuluh darah seperti ini dapat hidup bertahun-tahun tanpa mengalami permasalahan apapun. Namun, pada suatu waktu pembuluh darah tersebut pecah dan menumpahkan isinya (darah) ke jaringan otak dan mengakibatkan stroke (Arum, 2015).

4. Faktor Risiko Stroke

Faktor resiko terjadinya stroke secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi (Arum, 2015)

a) Faktor Resiko Yang Tidak Dapat Dimodifikasi

1. Usia

Semakin bertambah usia, semakin besar pula resiko terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah. Pada orang-orang yang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh, termasuk otak (Arum, 2015)

2. Jenis Kelamin

Dibanding dengan perempuan, laki-laki cenderung beresiko lebih besar mengalami stroke karena laki-laki cenderung merokok. Bahaya terbesar dari rokok adalah merusak lapisan pembuluh darah pada tubuh (Arum, 2015).

3. Riwayat Keluarga

Jika salah satu keluarga pernah menderita stroke, maka kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke. Orang dengan riwayat stroke pada keluarga memiliki resiko lebih besar untuk terkena stroke dibanding orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarganya. maka dari itu, lakukan pengecekan tekanan darah secara rutin untuk memperkecil resiko stroke. selain itu, diskusikan dengan dokter agar dapat melihat dan memberi tahu apa saja yang harus di modifikasi dari gaya hidup manusia. ini bertujuan untuk meminimalkan resiko anda terkena stroke (Arum, 2015).

4. Perbedaan Ras

Fakta terbaru menunjukkan bahwa resiko stroke pada orang Afrika- Karibia sekitar dua kali lebih tinggi dari pada non- Karibia.

a) Faktor Resiko Yang Dapat Dimodifikasi

1. Hipertensi

Tekanan darah tinggi merupakan peluang terbesar terjadinya stroke. Hipertensi atau tekanan darah tinggi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang. Dengan pengurangan aliran darah ke otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama kelamaan jaringan otak akan mati (Arum,2015).

Tekanan darah yang meningkat secara perlahan merusak dinding pembuluh darah dengan memperkeras arteri dan mendorong terbentuknya bekuan darah dan aneurisme, yang semuanya mengarah pada stroke, terutama pada orang berusia di atas 45 tahun (Valery,2008).

2. Penyakit Jantung

Penyakit jantung seperti jantung koroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi faktor terbesar terjadinya penyakit stroke. Seperti kita ketahui, jantung merupakan pusat aliran darah di tubuh. Jika pusat pengaturan menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak secara mendadak ataupun bertahap (Arum, 2015).

3. Diabetes melitus

Diabetes melitus atau kencing manis mempunyai risiko mengalami stroke. Pembuluh darah pada penderita diabetes melitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak (Arum, 2015)

4. Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia adalah kondisi di mana kadar kolesterol dalam darah berlebih. LDL yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi seperti ini lama-kelamaan akan mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah ke otak

(Arum, 2015).kolesterol merupakan zat didalam darah diimana makin tinggi kolesterol semakin besar kemungkinan kolesterol tersebut tertimbun pada dinding pembuluh darah. hal ini menyebabkan saluran pembuluh darah menjadi sempit sehingga mengganggu suplai darah ke otak. Inilah yang menyebabkan terjadinya stroke non pendarahan (iskemik)atau penyempitan pada pembuluh darah jantung menyebabkan penyakit jantung (Junaidi,2011).

5. Obesitas

Obesitas atau overweight (kegemukan) merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL (low-density Lipoprotein) lebih tinggi di banding kadar HDL (high-Density Lipoprotein).

Untuk standar Indonesia seseorang dikatakan obesitas jika indeks massa tubuh melebihi 25 kg/m². Sebenarnya ada dua jenis obesitas atau kegemukan yaitu obesitas abdominal dan obesitas perifer. Obesitas abdominal ditandai dengan lingkar pinggang lebih dari 102 cm bagi pria dan 88 cm bagi wanita, sedangkan obesitas yang menyerupai pir (perifer), yaitu penumpukan lemak terjadi dibagian bawah seperti pinggul, dan paha (Arum, 2015)

.6. Merokok

Dari berbagai penelitian diketahui bahwa orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan yang menyebabkan pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah (Arum,2015).

5. Gejala Awal Stroke

Serangan awal stroke umumnya berupa gangguan kesadaran. Gangguan kesadaran berupa perasaan ingin tidur, kebingungan, sukar mengingat,

penglihatan kabur, dan sebagainya. Pada beberapa jam berikutnya gangguan kesadaran akan berlanjut, yang menurunkan kekuatan otot dan koordinasi, dalam bentuk sulit berkonsentrasi dalam membaca atau mendengar percakapan orang lain. Kemungkinan lain, si penderita akan merasa kesulitan dalam menyusun kata-kata atau melakukan pekerjaan sehari-hari seperti berdiri, berjalan, mengambil gelas, pensil, sendok dan garpu, atau menjatuhkan apa yang dipegang. Gangguan lain berupa ketidakmampuan mengontrol buang air kecil dan besar, kehilangan kemampuan untuk merasakan, mengalami kesulitan untuk menelan dan bernapas.

Gejala awal lainnya termasuk hilangnya kekerasan otot, seperti jari-jari dan tungkai yang terluca, kaki menjadi kaku, dan kehilangan koordinasi gerakan. Sebagian besar kasus stroke terjadi secara mendadak, sangat cepat dan menyebabkan kerusakan otak dalam beberapa menit. Stroke bisa menjadi bertambah buruk dalam beberapa jam sampai 1 atau 2 hari akibat bertambah luasnya jaringan otak yang mati. Perkembangan penyakit biasanya (tetapi tidak selalu) diselingi dengan periode stabil, dimana perluasan jaringan otak yang mati berhenti sementara atau terjadi beberapa perbaikan. Gejala dan tanda penderita dengan stroke akut tergantung daerah otak mana yang terkena.

6. Penatalaksanaan Gizi

a. Skrining Gizi

Skrining gizi merupakan proses yang sederhana dan cepat yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan/perawat serta cukup sensitif untuk mendeteksi pasien yang berisiko malnutrisi (Susetyowati, 2014).

Berbagai metode dalam skrining gizi dapat digunakan dan dipilih yang terbaik berdasarkan praktik berbasis bukti (evidence based practice) dan kemampuan sumber daya rumah sakit. Jika pasien berisiko malnutrisi atau sudah malnutrisi dan/atau dengan kondisi penyakit yang memerlukan modifikasi zat gizi, akan dilanjutkan dengan asuhan gizi, dan jika tidak berisiko malnutrisi akan dilakukan skrining ulang secara periodik 7 hari kemudian. Proses asuhan gizi terdiri dari empat tahap atau yang disebut

dengan ADIME yakni (1) Asesmen gizi, (2) Diagnosis gizi, (3) Intervensi gizi, (4) Monitoring dan Evaluasi gizi (Persagi, 2020).

b. Manajemen Terapi Nutrisi

1) Penilaian Status Gizi

Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari nutrire dalam bentuk variabel tertentu. Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian, yaitu antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. (Supariasa, 2016)

2) Intervensi Gizi

Intervensi gizi adalah tindakan terencana yang dirancang untuk mengubah ke arah positif dari perilaku, kondisi lingkungan terkait gizi atau aspek aspek kesehatan individu (termasuk keluarga dan pengasuh), kelompok sasaran tertentu atau masyarakat tertentu (Persagi, 2020).

1. Penatalaksanaan Diet Pada Penyakit Stroke

a) Tujuan :

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

Syarat Diet :

- 1) Energi diberikan cukup, yaitu 25-45 kkal/kgBB.
- 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 penyakit disertai komplikasi Gagal Ginjal Kronik (GGK), protein diberikan rendah yaitu 0,6 g/kgBB.

- 3) lemak cukup, yaitu 20-25% dari kebutuhan energi total.
- 4) Karbohidrat cukup. Yaitu 60-70% dari kebutuhan energi total.
- 5) Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan pasien c)

Jenis Diet dan Indikasi pemberian :

- 1) Fase akut (24-48 jam)

Fase akut adalah keadaan tidak sadarkan diri atau kesadaran menurun. Pada fase ini diberikan makanan parenteral dan dilanjutkan dengan makanan enteral.

- 2) Fase pemulihan

Fase pemulihan adalah fase dimana pasien sudah sadar dan tidak mengalami gangguan fungsi menelan (disfagia). Makanan diberikan per oral secara bertahap dalam bentuk makanan cair, makanan saring, makanan lunak dan makanan biasa.

c. Penilaian Konsumsi dan Asupan Makan

Penilaian konsumsi makan bertujuan untuk mengetahui kebiasaan makan dan gambaran tingkatan kecukupan bahan makanan dan zat gizi pada tingkat individu. Metode pengukuran penilaian konsumsi makan tingkat individu dibedakan menjadi kuantitatif dan kualitatif (Supriasa, 2020). Berikut ini metode penilaian konsumsi makan:

- 1) Metode Recall 24 Jam

Prinsip metode recall 24 jam adalah mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu. Hal penting yang perlu diketahui adalah bahwa data yang diperoleh dari recall 24 jam cenderung lebih bersifat kualitatif. Oleh sebab itu, untuk mendapatkan data kuantitatif, jumlah konsumsi makanan individu ditanyakan secara teliti dengan

menggunakan alat URT (sendok, gelas, piring, dan lain-lain). Apabila pengukuran hanya dilakukan 1 kali, data yang diperoleh kurang representative untuk menggambarkan kebiasaan makanan individu. Dengan demikian, recall 24 jam sebaiknya dilakukan berulang – ulang dan tidak dilakukan dalam beberapa hari berturut – turut.

- 2) Metode SQ-FFQ (Semi Quantitatif Food Frequency Quosionaire) Food Frequency Questionnaire adalah metode untuk memperoleh data tentang frekuensi konsumsi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu seperti hari, minggu, bulan atau tahun. Dengan food frequency dapat diperoleh gambaran pola konsumsi bahan makanan secara kualitatif, tapi karena periode pengamatan lebih lama dan dapat membedakan individu berdasarkan rangking tingkat konsumsi zat gizi, maka cara ini paling sering digunakan dalam penelitian epidemiologi gizi.

FFQ sering dilengkapi dengan ukuran khas setiap porsi dan jenis makanan untuk memperoleh asupan gizi secara relatif atau mutlak, kebanyakan. Karena itu FFQ tidak jarang ditulis sebagai riwayat pangan semikuantitatif (semiquantitative food history). Asupan zat gizi secara keseluruhan diperoleh dengan jalan menjumlahkan kandungan zat gizi masing-masing pangan. Sebagian FFQ justru memasukkan pertanyaan tentang bagaimana makanan biasanya diolah, penggunaan makanan suplemen, serta makanan bermerek lain.

- (c) Penilaian Sisa Makanan Metode Comstock

Sisa Makanan merupakan suatu indikator yang menggambarkan belum optimalnya kualitas penyelenggaraan makanan di rumah sakit. Hal ini disebabkan sisa makanan pasien dapat menjadi suatu indikator dari keberhasilan penyelenggaraan makanan di rumah sakit.

Sisa makanan merupakan suatu dampak dari sistem pelayanan gizi di rumah sakit. Hal ini merupakan suatu implementasi dari pelayanan gizi dan aspek perilaku pasien. Banyaknya sisa makanan dalam piring pasien mengakibatkan masukan gizi kurang selama pasien dirawat. Kebutuhan gizi merupakan salah satu faktor yang harus diperhatikan atau dipertimbangkan dalam menyusun menu pasien.

Penyelenggaraan makanan yang baik ketika pemberian makanan sehat yang terdiri dari makanan pokok, lauk, sayur- sayuran dan buah dalam jumlah yang cukup, dan dapat dihabiskan oleh pasien. Sisa makanan dibedakan menjadi dua yaitu : a) Waste yaitu makanan yang hilang karena tidak dapat diperoleh atau diolah atau makanan hilang karena tercecer. b) Plate waste yaitu makanan yang terbuang karena setelah dihidangkan tidak habis dikonsumsi.

Sisa makanan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan, kelompok umur, cita rasa makanan, kelas perawatan, lama perawatan dan penyakit mempengaruhi sisa makanan pasien. Jika faktor-faktor ini baik, maka persepsi pasien terhadap makanan yang disajikan akan baik sehingga makanan yang disajikan dikonsumsi habis. Jika persepsi pasien terhadap makanan yang disajikan kurang, maka makanan yang disajikan tidak dikonsumsi habis dan akan meninggalkan sisa (Supariasa, 2016)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus

Jenis dan rancangan penelitian yang dilakukan dalam penelitian dengan judul Asuhan Gizi Terstandar pada Pasien Hemiparesis Dextra Sequele, Stroke Non Hemoragik dan Hipertensi di Unit Stroke RSUP Dr Sardjito Yogyakarta merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek penelitian ini adalah pasien Pasien Hemiparesis Dextra Sequele, Stroke Non Hemoragik dan Hipertensi di Unit Stroke RSUP Dr Sardjito Yogyakarta

1. Pasien yang terdiagnosis medis Hemiparesis Dextra Sequele, Stroke Non Hemoragik dan Hipertensi
2. Pasien rawat inap yang memerlukan asuhan gizi minimal selama 3 hari
3. Kesadaran baik
4. Dapat berkomunikasi dengan baik
5. Bersedia menjadi responden

C. Fokus Studi

1. Skrining gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Hemiparesis Dextra Sequele, Stroke Non Hemoragik dan Hipertensi yang baru masuk ke rumah sakit disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik serta sesuai kesepakatan dengan rumah sakit.
2. Pengkajian gizi (Assessment) pasien rawat inap dengan penyakit Hemiparesis Dextra Sequele, Stroke Non Hemoragik dan Hipertensi meliputi data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan (Dietary History).

3. Analisis diagnosis gizi pasien rawat inap dengan penyakit Hemiparesis Dextra Sequele, Stroke Non Hemoragik dan Hipertensi ranah klinis dan behaviour menggunakan pendekatan problem, etiology, dan symptom (PES)
4. Analisis intervensi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Hemiparesis Dextra Sequele, Stroke Non Hemoragik dan Hipertensi meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien.
5. Analisis monitoring dan evaluasi gizi pada pasien rawat inap dengan penyakit Hemiparesis Dextra Sequele, Stroke Non Hemoragik dan Hipertensi

D. Definisi Oprasional Fokus Studi

1. Pasien rawat inap dengan penyakit Hemiparesis Dextra Sequele, Stroke Non Hemoragik dan Hipertensi

2. Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, jenis kelamin, usia, riwayat penyakit, diagnosis medis, dan lain-lain. Nama pasien biasanya disamarkan sedangkan jenis kelamin, usia, riwayat penyakit, dan diagnosis medis dinyatakan dengan jelas. Metode pengambilan data identitas pasien dilakukan dengan cara melihat rekam medis pasien.

3. Skrining Gizi

Skrining gizi merupakan tahap awal yang dilakukan untuk mengetahui risiko terjadinya malnutrisi atau tidak pada pasien yang baru masuk ke rumah sakit. Formulir skrining gizi awal yang digunakan pada penelitian ini yaitu MNA-SF

4. Pengkajian Gizi (Assessment)

Pengkajian gizi dilakukan untuk menggali informasi pasien agar dapat diidentifikasi masalah gizi pasien. Pengkajian gizi (Assessment) terdiri dari pengambilan data antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan riwayat makan.

- a. Antropometri

Data antropometri adalah data yang dapat diukur dengan alat ukur. Data antropometri terdiri dari berat badan dan tinggi badan. Keduanya dapat diukur dengan bermacam-macam alat sesuai dengan kondisi pasien. Apabila pasien dengan kesadaran baik, dapat berdiri dan berjalan pengukuran berat badan dapat menggunakan timbangan injak dan tinggi badan menggunakan microtoice sehingga didapatkan data antropometri yang aktual. Sedangkan, untuk pasien yang tidak dapat berdiri atau dalam keadaan besdrest pengukuran menggunakan estimasi yaitu untuk berat badan menggunakan estimasi LILA dan tinggi badan menggunakan Panjang ULNA. Pengukuran LILA maupun panjang ULNA dapat menggunakan satu alat ukur yaitu metlin. Data antropometri dapat digunakan untuk mengetahui status gizi pasien melalui perhitungan IMT dan apabila tidak memungkinkan menggunakan IMT dapat menggunakan persentil LILA. Selain itu, data antropometri digunakan untuk menghitung kebutuhan gizi pasien.

b. Biokimia

Data biokimia didapat dari hasil laboratorium yang berasal dari hasil rekam medis pasien. Data biokimia yang digunakan adalah hasil laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi pasien dengan penyakit Hemiparesis Dextra Sequele, Stroke Non Hemoragik dan Hipertensi Adapun nilai normal laboratorium sebagai penunjang diagnosis gizi dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 1. Data Nilai Normal Biokimia

Kode IDNT	Data Biokimia	Nilai Rujukan
	Leukosit	4,50-11,50
	Eritrosit	4,00-5,40
	Hemoglobin	12-15
	Hematokrit	35-49
	Trombosit	150-450
	Netrofil	50-70
	Albumin	3,97-4,94
	SGOT	<32

	SGPT	<33
	Bun	8-23
	Creatinin	0,5-0,9
	Natrium	136-145
	Kalium	3,5-5,1
	Klorida	98-107
	Magnesium	1,6-2,40
	Kalsium	2,20-2,55

c. Fisik/klinis

Pemeriksaan fisik seperti mual/muntah dan oedema/ascites didapatkan dari observasi dan rekam medis pasien dari awal proses asuhan gizi. Sedangkan, pemeriksaan klinis seperti tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu didapatkan dari data rekam medis pasien. Adapun nilai normal dari data fisik/klinis dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 2. Data Nilai Normal Fisik/Klinis

Pemeriksaan	Nilai Normal
Tekanan darah	<120/<80 mmHg
Nadi	60 – 100 x/menit
Respirasi	20 – 30 x/menit
Suhu	36 - 37°C

d. Riwayat Makan (Dietary History)

Data riwayat makan (dietary history) adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien meliputi data riwayat makan pasien terdahulu (kebiasaan makan) menggunakan metode SQFFQ, data riwayat makan sehari sebelum masuk rumah sakit menggunakan metode food recall 24 jam. Setelah data riwayat makan pasien didapatkan, kemudian data tersebut dibandingkan dengan kebutuhan/standar rumah sakit yang ada dan disimpulkan berdasarkan WNPG (2014) baik asupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat:

- a) Baik : 80-110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.
- b) Kurang : <80% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.
- c) Lebih : >110% kebutuhan gizi pasien gagal ginjal kronik atau standar rumah sakit.

5. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi adalah kegiatan mengidentifikasi dan memberi nama masalah gizi. Pembuatan diagnosis gizi berdasarkan pada hasil asesmen gizi yang dilakukan oleh nutrisisionis. Komponen asesmen gizi meliputi: antropometri, biokimia, fisik-klinis, riwayat gizi, riwayat personal. Disamping itu, dalam membuat diagnosis gizi, juga perlu melihat faktor penyebab timbulnya masalah (etiologi). Diagnosis gizi dibedakan menjadi tiga domain, meliputi domain intake (NI), domain klinis (NC), dan domain behavior (NB).

Domain intake yang umum terjadi pada pasien gagal ginjal kronis antara lain: (a) NI-1.2 Asupan makanan dan minuman peroral tidak adekuat; (b) NI-3.2 Asupan cairan berlebih; dan (c) NI.5.4 Penurunan kebutuhan zat gizi tertentu. Domain klinis yang biasa terjadi pada pasien gagal ginjal kronik antara lain: (a) NC-2.2 Perubahan nilai laboratorium terkait gizi; dan (b) NC-3.4 Peningkatan berat badan yang tidak diinginkan. Domain behavior yang biasa terjadi pada pasien gagal ginjal kronik antara lain: (a) NB-1.4 Ketidakmampuan memonitor diri sendiri, dan (b) NB-1.7 Pemilihan makanan yang tidak diinginkan.

6. Intervensi Gizi

Intervensi gizi dilakukan untuk mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapan terkait perilaku yang berhubungan dengan penyakit gagal

ginjal kronik. Intervensi gizi meliputi tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet, dan perhitungan kebutuhan gizi pasien. Maka diperlukan alat bantu dalam menganalisis zat gizi yaitu Tabel Komposisi Pangan Indonesia (TKPI), nutrisurvei, dan kalkulator.

Selain itu, intervensi gizi meliputi kolaborasi serta konseling dan edukasi gizi. Kolaborasi merupakan kegiatan dalam mengomunikasikan rencana, proses, dan hasil monitoring evaluasi kegiatan asuhan gizi dengan tenaga kesehatan/institusi/dietisien lain yang dapat membantu dalam merawat atau mengelola masalah yang berkaitan dengan gizi. Konseling dan edukasi gizi yang meliputi tujuan pemberian, sasaran, strategi penyampaian materi, materi yang diberikan, dan metode pemberian gizi. Konseling dan edukasi gizi dilakukan untuk merubah perilaku gizi dan aspek kesehatan pasien. Dalam hal ini diperlukan alat bantu seperti daftar penukar bahan makanan dan leaflet.

7. Monitoring dan Evaluasi Gizi

Monitoring dan evaluasi meliputi: antropometri, biokimia, fisik atau klinis, dan asupan makan yang diperoleh dengan cara melihat rekam medis pasien, observasi, dan wawancara langsung. Metode yang digunakan dalam memonitoring asupan makan pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit yaitu menggunakan metode visual Comstock dan metode food recall 24 jam untuk mengetahui asupan makan dari luar rumah sakit dalam sehari.

Tabel 3. Rencana Monitoring dan Evaluasi

	Indikator	Target
Antropometri	BB, TB, status gizi	Status gizi normal
Biokimia	Nilai Hb, nilai albumin dan elektrolit	Menuju nilai normal

Klinis/Fisik	Tekanan Darah, nadi, suhu, respirasi, Keluhan pasien	Tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu normal, Keluhan pasien berkurang
Asupan Zat Gizi	Asupan energi, protein, lemak karbohidrat	Asupan > 80%

E. Instrument Studi Kasus

Dalam penelitian ini alat dan bahan yang digunakan adalah:

1. Alat tulis
2. Formulir persetujuan responden
3. Formulir PAGT
4. Formulir skrining gizi
5. Formulir recall 24 jam
6. Formulir SQFFQ
7. Formulir Comstock
8. TKPI dan Daftar Penukar Bahan Makanan
9. Leaflet Diet Gagal Ginjal Kronik
10. Microtoise
11. Timbangan injak digital
12. Pita LILA/metlin
13. Laptop/komputer

F. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1 Rencana Metode Pengumpulan Data

Fokus Studi	Metode Pengumpulan	Jenis Data
--------------------	---------------------------	-------------------

Identitas pasien	Rekam medis	Data sekunder
Skrining Gizi	Wawancara	Data primer
Antropometri	Pengukuran langsung	Data primer
Biokimia	Rekam medis	Data sekunder
Fisik	Observasi, rekam medis	Data primer, sekunder
Klinis	Rekam medis	Data sekunder
Riwayat makan untuk pengkajian (assessment)	Wawancara	Data primer
Riwayat makan untuk monitoring evaluasi	Observasi, wawancara	Data primer, sekunder

G. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap pada tanggal

H. Analisis Data dan Penyajian Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan secara deskriptif. Penyajian data pada penelitian ini yaitu dalam bentuk narasi/tekstular dan tabel.

I. Etika Studi Kasus

Peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada prinsip etik yang meliputi:

1. Pemberian Persetujuan (Informed Consent)

Peneliti memberikan Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP) kepada calon subjek penelitian. PSP terdiri dari: Judul dan nama peneliti, tujuan penelitian, kriteria pemilihan subjek, manfaat penelitian, prosedur penelitian, partisipasi sukarela, jaminan kerahasiaan, dan kemudahan kontak peneliti. Jika responden bersedia menjadi responden, maka responden dan keluarga/wali responden harus menandatangani surat persetujuan. Jika tidak maka peneliti tidak akan memaksa dan akan menghormati haknya.

2. Menghormati Privasi (Respect for Privacy) dan Kerahasiaan (Confidentiality)

Penelitian yang dilakukan harus menjunjung tinggi martabat subjek dan menghargai has asasi subjek. Peneliti menjamin kerahasiaan segala informasi

responden termasuk identitas pasien dan data yang didapat hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

3. Manfaat/berbuat baik (Beneficien) dan Tidak merugikan (Non-Maleficence)

Peneliti hendaknya memberikan manfaat yang maksimal untuk subjek penelitian dan berusaha meminimalisir dampak yang merugikan bagi subjek penelitian. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, maupun stress pada subjek penelitian.

BAB IV
HASIL ASUHAN GIZI

A. Skrining Gizi

Form MNA-SF

Tabel 4. Form Skrining MNA-SF

Skrining Gizi
<p>A. Apakah terjadi penurunan asupan makan selama 3 bulan terakhir berkaitan dengan penurunan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau kesulitan menelan?</p> <p>0 = penurunan nafsu makan tingkat berat 1 = penurunan nafsu makan tingkat sedang 2 = tidak kehilangan penurunan nafsu makan</p>
<p>B. Penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir</p> <p>0 = penurunan berat badan > 3 kg (6,6 lbs) 1 = penurunan berat badan tidak diketahui 2 = penurunan berat badan antara 1 dan 3 kg (2,2 dan 6,6 lbs) 3 = tidak terjadi penurunan berat badan</p>
<p>C. Mobilitas</p> <p>0 = hanya di atas kasur atau di kursi roda 1 = dapat beranjak dari kursi/kasur, tetapi tidak mampu beraktivitas normal 2 = mampu beraktivitas normal</p>
<p>D. Menderita penyakit psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir</p> <p>0 = ya 2= tidak</p>
<p>E. Masalah neuropsikologis</p> <p>0 = demensia tingkat berat atau depresi 1 = demensia tingkat sedang 2 = tidak ada masalah psikologis</p>
<p>F. Body Mass Index (BMI)</p> <p>0 = BMI < 19 1 = BMI 19 – <21 2 = BMI 21 – <23 3 = BMI ≥ 23</p>

Skor skrining (7 point)

12 – 14 poin : status gizi normal

8 – 11 poin : berisiko malnutrisi

0 – 7 poin : malnutrisi

Berdasarkan skriningn MNA, pasien termasuk malnutrisi sehingga perlu dilakukan pengkajian gizi.

B. Data Personal (Ch)

Tabel 5. Data Personal

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Ny. Sn
CH.1.1.1	Umur	85 tahun
CH.1.1.2	Jenis Kelamin	Perempuan
CH.1.1.6	Suku/etnik	Jawa
CH.1.1.9	Peran dalam Keluarga	Nenek
	Diagnosis Medis	Hemiparesis dextra sequele, Stroke non Hemorrhagic dan Hipertensi

C. Riwayat Penyakit Dan Klien (Ch)

Tabel 6. Data Riwayat Penyakit

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2	Riwayat Penyakit	Riwayat hipertensi 2 tahun yang lalu
CH.2.1	Keluhan Pasien	Kelemahan anggota gerak kiri, dan bicara pelo
CH.2.1.5	Gastrointestinal	Beberapa gigi geligi tanggal, kesulitan mengunyah
CH.2.1.8 “	Imun/Alergi makanan	Tidak ada alergi
CH.2.2	Perawatan	Hemiparesis dextra sequele suspek SNH, dan hipertensi
CH.3.1	Riwayat sosial/ekonomi	Pasien termasuk dalam ekonomi menengah, pendidikan terakhir SD

Kesimpulan Riwayat klien: pasien memiliki riwayat hipertensi 2 tahun yang lalu, pasien datang dengan keluhan pelo dan kelemahan anggota gerak kiri, saat ini pasien dirawat dengan diagnosis Hemiparesis dextra sequele SNH, dan hipertensi, Kesulitan mengunyah dan menelan disebabkan adanya penurunan tingkat kekuatan otot yang disebabkan karena adanya gangguan pada syaraf (Mahan, et al., 2017). Pasien termasuk dalam ekonomi menengah, pendidikan terakhir SD

D. Riwayat Makan

Tabel 7. Data Riwayat Makan

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH.2.1	Riwayat Diet (pola makan)	Pola makan 3 kali sehari Cemilan 1-2 kali sehari Makanan Pokok: Nasi 1/2 ctg @ 50 gr Lauk Hewani: telur 2-3x/minggu @ 50 gr, ikan laut 2-3x/minggu @ 50 gr. Lauk Nabati: tempe, tahu (bacem,goreng, bb kuning) 2-3x/minggu @ 25 g Sayuran: biasanya sayur bening, tumis buncis 2-3x/hari @ 100 gr Buah: buah 1-2x/hari biasanya pisang, pepaya @ 100 gr Cemilan biasanya gorengan, roti Air putih 8 gls/ hari Pasien sering mengonsumsi kopi moccacino 1x/hari
FH.2.1.1	Pemesanan diet	Diet kelas 1 dan 2 (bubur, lauk cincang) RG
FH.2.1.2	Pengalaman Diet di rumah	Tidak ada
FH.2.1.3	Lingkungan Makan	yang menyiapkan makanan adalah adik pasien
FH 4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Belum pernah mendapatkan edukasi diet

Kesimpulan Riwayat Makan: Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien diketahui bahwa pasien mempunyai riwayat mengonsumsi makanan tinggi natrium hal tersebut tergambar dari lauk hewani seperti ikan laut dan kopi kemasan yang dikonsumsi pasien dalam frekuensi yang sering. Asupan natrium yang meningkat menyebabkan tubuh meretensi cairan sehingga dapat meningkatkan volume darah. Jantung harus memompa keras untuk mendorong volume darah yang meningkat melalui ruang (pembuluh darah) yang semakin sempit sehingga akibatnya adalah hipertensi (Sobel, et al., 2015). Sejalan dengan penelitian Lumantobing (2011) bahwa hipertensi adalah faktor risiko pertama dalam terjadinya serangan stroke dengan

kekuatan asosiasi yang kuat telah dibuktikan. Pemilihan bahan makanan, minuman dan cara pengolahan makanan yang kurang tepat dapat dikarenakan kurangnya edukasi, sulit melakukan perubahan diet dan persepsi yang salah tentang makanan yang membentuk kebiasaan makan.

Pasien belum pernah mendapat edukasi diet. Pemberian edukasi mempunyai dampak pada peningkatan pengetahuan pasien mengenai pengaturan dan pemilihan makanan (Persagi, 2011). Pengaruh pemberian makan atau diet terkait penyakit yang sesuai dengan kebutuhan berdampak pada tingkat penyembuhan dan pencegahan komplikasi (Soegond, 2015).

E. Standar Pemanding (CS)

Tabel 8. Standar Pemanding

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi Kebutuhan Energi	BMR= 25 kkal/BBI 25 kkal x 50,4 kg = 1260 kkal TEE= BMR x FA x FS = 1260 kkal x 1,1 x 1,1 = 1524,6 kkal
CS.2.1.1	Estimasi Kebutuhan Lemak	25% x 1524,6 kkal = 45,35 g
CS.2.2.1	Estimasi Kebutuhan Protein	1,2 g/BBI 1,2 x 50,4 kg 60,36 g
CS.2.3.1	Estimasi Kebutuhan Karbohidrat	1524,6-381,15-241,44 =902,01/4 =225,5 g
CS.5.1.1	Rekomendasi BB/ IMT/ pertumbuhan	50,4 kg

SQFFQ (FH 1.2.1)

Tabel 9. Data SQFFQ

	Energi	Protein	Lemak	KH
Asupan Oral	1150	35	30	178
Kebutuhan	1524,6	60,36	45,35	225,5
% Asupan	75,4	57,9	66,1	78,9

Kesimpulan: Berdasarkan hasil wawancara kebiasaan makan SMRS dengan pasien diketahui bahwa asupan energi, protein, lemak dan

karbohidrat pasien tergolong kurang karena belum mencapai 80% (WNPG, 2004), hal dikarenakan porsi makan pasien yang sedikit serta secara kuantitas dan kualitas asupan makan pasien saat dirumah kurang.

Menurut WNPG (2004) : Pemenuhan 80-110% = Baik

Pemenuhan >110% = Lebih

Pemenuhan < 80% = Kurang

Recall 24 jam (FH.7.2.8)

Tabel 10. Data Recall 24 Jam

	Energi	Protein	Lemak	KH
Asupan Oral	1125,3	33,75	31,25	182,8
Kebutuhan	1524,6	60,36	45,35	225,5
% Asupan	73,8	55,9	68,9	81

Kesimpulan : Berdasarkan hasil wawancara kebiasaan makan SMRS dengan pasien diketahui bahwa asupan energi, protein, lemak pasien tergolong kurang karena belum mencapai 80% sedangkan asupan karbohidrat pasien cukup (WNPG, 2004). hal ini dikarenakan porsi makan pasien yang sedikit serta nafsu makan pasien yang menurun.

Menurut WNPG (2004) : Pemenuhan 80-110% = Baik

Pemenuhan >110% = Lebih

Pemenuhan < 80% = Kurang

F. Antropometri (AD.1.1)

Tabel 11. Data Antropometri

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD.1.1	TB/Panjang Badan	156 cm
AD.1.2	Berat Badan	42 kg
AD.1.4	Perubahan Berat Badan	-
AD.1.5	IMT	17,2

Kesimpulan Status Gizi: Berdasarkan perhitungan indeks standart antropometri didapat IMT pasien adalah 17,2 sehingga dapat disimpulkan bahwa status gizi pasien adalah gizi kurang (underweight). Pengukuran status gizi pada orang dewasa yaitu $BB/(TB)^2$ (Kemenkes, 2013).

G. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)

Tabel 12. Data Pemeriksaan Fisik/Klinis

Kode IDNT	Data Fisik/Klinis	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	Keadaan Umum: - Penurunan kesadaran, GCS : E4V5M6 - Kelemahan anggota gerak kiri (+), pelo (+)
PD.1.1.5	Sistem pencernaan	Tidak ada gangguan pencernaan
PD 1.8.7	Ekstremitas	Kekuatan - - - RF +3 +3 RP - - +3 +3 - - Clonus - -
PD.1.1.8	Mata	Pupil isokor 3m/3m
PD 1.1.11	Kepala	- RC + + - RK + + - Hasil pemeriksaan MSCT pada tanggal 24 Mei 2021: • Old sesuai dengan terotor anterior • Atrofi cerebri • Deviasi septum nasi kearah sinistra dengan jarak lk 0,6 mm dan sudut 11 derajat • Limfadenophaty regio colli dextra level Iib • Tak tampak kelainan pada neurocranium maupun viscerocranium

PD.1.16	Syaraf, Kognitif, Perasaan	PN VII et XII dextra UMN
PD.1.17	Vital sign	TD : 177/66 mmHg N : 61x/mnt RR: 20x/menit Suhu:36,6 ⁰ C

Kesimpulan: pasien mengalami kelemahan anggota gerak kiri, pelo dan hipertensi. Menurut Harsono (2018) serangan stroke yang menyerang belahan otak sebelah kiri menyebabkan terjadinya kelumpuhan/ kelemahan motorik yang ada pada sisi tubuh sebelah kanan. Serangan stroke dapat disebabkan oleh salah satu faktor resiko peningkatan tekanan darah yang tidak terkontrol (Krause, 2017).

H. Biokimia (BD)

Tabel 13. Data Pemeriksaan Biokimia

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Ket
	Leukosit	9,69 10 ³ μL	4,50-11,50	Normal
	Eritrosit	3,6710 ⁶ μL	4,00-5,40	Rendah
	Hemoglobin	10,5 mg/dl	12-15	Rendah
	Hematokrit	31 %	35-49	Rendah
	Trombosit	471 x 10 ³ μL	150-450	Tinggi
	Netrofil	67,6	50-70	Normal
	Albumin	3,17 g/dl	3,97-4,94	Rendah
	SGOT	13 U/L	<32	Normal
	SGPT	9 U/L	<33	Normal
	Bun	8,80 mg/dl	8-23	Normal
	Creatinin	0,54 mg/dl	0,5-0,9	Normal
	Natrium	132 mmol/L	136-145	Rendah
	Kalium	4,2 mmol/L	3,5-5,1	Normal
	Klorida	99 mmol/L	98-107	Normal
	Magnesium	1,90 mmol/L	1,6-2,40	Normal
	Kalsium	2,09 mmol/L	2,20-2,55	Rendah

Kesimpulan: Berdasarkan data laboratorium pasien mengalami anemia. Anemia adalah suatu keadaan dengan kadar hemoglobin lebih rendah dari normal, anemia juga berarti suatu kondisi ketika terdapat defisiensi ukuran/jumlah eritrosit atau kandungan hemoglobin(Nur, 2010). Asupan zat gizi berperan dalam pembentukan sel darah merah. Asupan zat gizi yang tidak mencukupi dapat mengganggu pembentukan sel darah merah. Padahal umur sel darah merah di dalam darah harus selalu dipertahankan cukup banyak. Terganggunya pembentukan sel darah merah bisa disebabkan makanan yang dikonsumsi kurang mengandung zat gizi terutama zat-zat gizi penting seperti besi, asam folat, vitamin B12, protein, vitamin C dan zat gizi penting lainnya (Zarianis, 2006)

I. Terapi Medis Dan Fungsi

Tabel 14. Data Terapi Medis dan Fungsi

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan makanan
ND 6	Inf NaCl	Pengobatan dehidrasi isotonik ekstraseluler, depleksi natrium, merangsang kerja syaraf	Tidak ada
	Clopidogrel	untuk mencegah stroke dan serangan jantung pada penderita penyakit jantung atau gangguan pembekuan darah	Dapat menyebabkan gangguan pencernaan, seperti nyeri perut, Hindari makan buah grapefruit atau minum jus grapefruit karena meningkatkan efek samping
	Folic acid	Membantu pembentukan sel darah merah	Dapat diberikan sebelum atau sesudah
	Miniaspi	sebagai anti-platelet atau pengencer darah yang dapat digunakan untuk mencegah proses agregasi platelet (keping darah atau trombosit) pada pasien yang mengalami	Dapat dikonsumsi sebelum dan setelah makan
	Nifedipin	Untuk menurunkan tekanan darah	Dapat meningkatkan ekresi urin
	Paracetamol	Sebagai pereda nyeri dna menurunkan suhu tubuh	Dapat menyebabkan mual dan muntah

Kesimpulan: Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa pasien mengkonsumsi obat yang mempunyai efek samping pusing, mual dan muntah. Penurunan asupan makan dipengaruhi oleh adanya penurunan fungsi peristaltik yang disebabkan karena pemberian obat (Serpa, et al.,2003).

J. Diagnosis Gizi

Domain Intake (Ni)

NI.2.1 Asupan oral in adekuat berkaikatan dengan gangguan neurologis (stroke) dibuktikan dengan pelo, kelemahan anggota gerak kanan dan asupan 73,8%.

Domain Clinis (Nc)

NC.1.1 Kesulitan mengunyah berkaitan dengan faktor fisiologis dan gangguan fungsi neurologis (stroke) ditandai dengan gigi gegili tanggal, kelemahan anggota gerak kanan dan pelo.

K. Intervensi Gizi

Tujuan :

- Meningkatkan asupan pasien menjadi > 80%
- Membantu mencapai status gizi optimal
- Membantu mengontrol tekanan darah

Rekomendasi modifikasi diet:

ND 1. Makanan dan Snack

ND1.2 Modifikasi komposisi makanan dan snack

(Jenis Diet):

ND 1.2.1 Modifikasi Tekstur: lunak (bubur) lauk cincang

ND 1.2.2 Modifikasi Energi: 1524,46 kkal

ND 1.2.3 Modifikasi Protein: 60,65 g

ND 1.2.4 Modifikasi KH: 225,5

ND 1.2.5 Modifikasi Lemak: 46,35 g

ND 1.2.6 Modifikasi Natrium: <1200 mg

ND 1.2.7 Modifikasi pemberian: 3 kali makan utama 2 kali snack

Implementasi Diet Rumah Sakit (standar diet lunak kelas I dan II (bubur))

Tabel 15. Implementasi Diet Rumah Sakit

	Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat
Standar Diet RS	1659,46	60,65	51,19	231,48
Infus				
Kebutuhan/Planing	1524,6	60,36	46,35	225,5
% standar/kebutuhan	108,8	100,4	110,4	102,6

Kesimpulan: Standar diet RS memenuhi planing kebutuhan pasien

Rekomendasi Diet/makanan sehari:

Tabel 16. Rekomendasi Diet

	Standar Diet RS	Rekomendasi
Makan Pagi	BBN 300 gr L. hewani 50 g L. nabati 25 g Sayur 100 g Susu 200 cc	BBN 300 gr L. hewani 50 g L. nabati 25 g Sayur 100 g Susu 200 cc
Selingan Pagi	Bb kacang ijo 200 cc	Bb kacang ijo 200 cc
Makan Siang	BBN 300 gr L. hewani 50 g L. nabati 25 g Sayur 100 g Buah (pisang) 50 g	BBN 300 gr L. hewani 50 g L. nabati 25 g Sayur 100 g Buah (pisang) 50 g
Selingan Sore	Teh manis 200 cc Snack 1 pc	Teh manis 200 cc Snack 1 pc
Makan Malam	BBN 300 gr L. hewani 50 g L. nabati 25 g Sayur 100 g Buah (pisang) 50 g	BBN 300 gr L. hewani 50 g L. nabati 25 g Sayur 100 g Buah (pisang) 50 g
NILAI GIZI	Energi: 1659,46 Protein: 60,65 Lemak: 51,19 Karbohidrat: 231,48	Energi: 1659,46 Protein: 60,65 Lemak: 51,19 Karbohidrat: 231,48

L. Edukasi Gizi (E.1)

E .1.1 Tujuan Edukasi

- Meningkatkan pengetahuan pasien mengenai diet Rendah garam
- Meningkatkan pengetahuan pasien mengenai asupan tinggi kalsium, magnesium dan kalium untuk membantu menurunkan tekanan darah
- Meningkatkan pengetahuan pasien mengenai jenis-jenis garam

E . 1.2 Prioritas Modifikasi

- Meningkatkan pengetahuan pasien mengenai diet Rendah garam

M. Koordinasi Asuhan Gizi (RC):

Tabel 17. Koordinasi Asuhan Gizi

No	Tenaga Kesehatan	Koordinasi
1	Ahli gizi	Diskusi mengenai pemberian diet pasien dan asuhan gizi, dengan memberikan diet kelas I dan II bentuk lunak (bubur) lauk cincang
2	Pasien dan keluarga pasien	Meminta persetujuan keluarga pasien untuk melakukan intervensi terhadap asupan pasien selama dirawat di rumah sakit, menanyakan data diri dan kebiasaan makan, menanyakan asupan setiap hari, memberikan konseling dan edukasi terkait gizi
3	Perawat ruangan	Menanyakan perkembangan pasien baik dari tanda-tanda vital dan perawatan pasien
4	Dokter saraf	Menanyakan rencana tindak lanjut pasien
5	Fisioterapi	Diskusi tentang perkembangan fungsi tubuh dan komunikasi pasien
6	Pramusaji	Melakukan pengecekan diet dan menginformasikan perubahan diet pasien

N. Rencana Monitoring

Tabel 18. Tabel Hasil Monitoring dan Evaluasi

	Indikator	Waktu Pengukuran	Target
Antropometri	BB, TB, status gizi	25/05/2021 dan 29/05/2021	Status gizi normal
Biokimia	Nilai Hb, nilai albumin dan elektrolit	24/05/2021 s/d 28/05/2021	Menuju nilai normal
Klinis/Fisik	Tekanan Darah, nadi, suhu, respirasi, Keluhan pasien	24/05/2021 s/d 28/05/2021	Tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu normal, Keluhan pasien berkurang
Asupan Zat Gizi	Asupan energi, protein, lemak karbohidrat	25/05/2021 s/d 28/05/2021	Asupan > 80%

O. Rencana Tindak Lanjut

Berdasarkan pengamatan terakhir status gizi pasien masih dalam kategori underweight selain itu pasien juga masih mengalami anemia dan hipertensi, edukasi yang diberikan kepada pasien dan keluarga tentang diet rendah garam, dan edukasi tentang diet tinggi kalium, magnesium dan kalsium serta edukasi tentang jenis-jenis garam.

BAB V
PEMBAHASAN

A. Antropometri

Pengukuran antropometri tidak dapat dilakukan pada akhir pengamatan dikarenakan kondisi pasien yang lemah, sehingga tidak ada perubahan data antropometri yaitu berat badan aktual pasien 42 kg dan tinggi badan 156 cm. Berdasarkan perhitungan IMT didapat hasil 17,2 dengan status gizi underweight pada pasien (kemenkes 2013). Berdasarkan perhitungan berat badan ideal, pasien mempunyai berat badan ideal 50,4 kg. (soelistjo dkk, 2019)

B. Biokimia

Pengukuran biokimia dilakukan untuk menganalisis penyakit guna mendukung diagnosis gizi, mengawasi efektifitas intervensi medis, dan mengevaluasi intervensi dalam NCP. Berikut adalah data biokimia pasien selama pengamatan.

Tabel 19. Data Monitoring Biokimia

Data Biokimia	Nilai Rujukan	24	25	26
Leukosit	4,50-11,50	9,69 $10^3\mu\text{L}$	-	-
Eritrosit	4,00-5,40	3,67 $10^6\mu\text{L}$	-	-
Hemoglobin	12-15	10,5 mg/dl	-	-
Hematokrit	35-49	31 %	-	-
Trombosit	150-450	471 x $10^3\mu\text{L}$	-	-
Netrofil	50-70	67,6	-	-
Albumin	3,97-4,94	3,17 g/dl	-	-
SGOT	<32	13 U/L	-	-
SGPT	<33	9 U/L	-	-
Bun	8-23	8,80 mg/dl	-	-
Creatinin	0,5-0,9	0,54 mg/dl	-	-
Natrium	136-145	132 mmol/L	-	-
Kalium	3,5-5,1	4,2 mmol/L	-	-
Klorida	98-107	99 mmol/L	-	-
Magnesium	1,6-2,40	1,90 mmol/L	-	-
Kalsium	2,20-2,55	2,09 mmol/L	-	-
HbA1c	4-6,5	-	5,9	-
Asam urat	2,4-5,7	-	3,7	-

GDP	70-99	-	105	-
Kolesterol total	<200	-	143	-
HDL	>40	-	36	-
Trigliserid	<200	-	80	-

LDL	<100	-	88	-
-----	------	---	----	---

Pada saat assessment pasien mengalami anemia. Selama 3 hari pengamatan data biokimia pasien tidak dilakukan pengecekan ulang, sehingga pasien masih tergolong anemia. Anemia adalah suatu keadaan dengan kadar hemoglobin lebih rendah dari normal, anemia juga berarti suatu kondisi ketika terdapat defisiensi ukuran/jumlah eritrosit atau kandungan hemoglobin (Nur, 2010). Asupan zat gizi berperan dalam pembentukan sel darah merah. Asupan zat gizi yang tidak mencukupi dapat mengganggu pembentukan sel darah merah. Padahal umur sel darah merah di dalam darah harus selalu dipertahankan cukup banyak. Terganggunya pembentukan sel darah merah bisa disebabkan makanan yang dikonsumsi kurang mengandung zat gizi terutama zat-zat gizi penting seperti besi, asam folat, vitamin B12, protein, vitamin C dan zat gizi penting lainnya (Zarianis, 2006)

C. Fisik Klinis

Pada saat assessment pasien datang dengan tekanan darah yang tinggi, pelo, kelusitan berkomunikasi dan dan kelemahan anggota gerak kanan. Berikut adalah data pengamatan fisik klini pasien:

Tabel 20. Hasil Monitoring Fisik/Klinis

Nilai Klinis/ Fisis	Waktu pengukuran			
	25	26	27	28
KU	Lemah (+), sulit berkomunikasi, pelo (+) kelemahan gerak kanan GCS:E4V5M6	Lemah (+), sulit berkomunikasi, pelo (+) kelemahan anggota gerak kanan GCS:E4V6	Lemah (+), komunikasi membaik, kelemahan gerak kanan membaik GCS: E4V5M6	Lemah (+), membaik, anggota gerak kanan membaik GCS: E4V5M6

Tekanan Darah	164/64 mmHg	157/62 mm/Hg	179/68 mmHg	174/65 mmHg
RR	20x/mnt	20x/mnt	20x/mnt	20x/mnt
Nadi	97x/menit	94x/menit	61x/menit	74x/menit
Suhu	36,4 ^o C	36,3 ^o C	36,7 ^o C	36,4 ^o C

Berdasarkan data perkembangan fisik klinis pasien dari tanggal 25 Mei 2021 s/d 28 Mei 2021 diketahui bahwa saat pasien masuk rumah sakit hingga akhir dilakukannya monitoring terhadap TTV, tekanan darah pasien masih tergolong tinggi. Salah satu faktor resiko dari stroke adalah hipertensi, dimana pasien memiliki riwayat hipertensi. Hipertensi atau tekanan darah tinggi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang. dengan pengurangan aliran darah ke otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama kelamaan jaringan otak akan mati (Arum,2015).

Tekanan darah yang meningkat secara perlahan merusak dinding pembuluh darah dengan memperkeras arteri dan mendorong terbentuknya bekuan darah dan aneurisme, yang semuanya mengarah pada stroke, terutama pada orang berusia di atas 45 tahun (Valery,2008). Pada perkembangan keluhan utama yang dialami pasien yaitu kelemahan anggota gerak kanan, pelo dan kesulitan berkomunikasi berangsur membaik. Untuk nadi, respirasi, dan suhu pasien masih naik turun namun tidak terlalu ekstrim dan masih dalam rentang normal.

D. Asupan Makan

Perkembangan asupan makan pasien dilakukan pada tanggal 25 Mei 2021 sampai dengan 28 Mei 2021. Implementasi diet yang diberikan kepada pasien adalah diet RG kelas I dan II dengan bentuk lunak (bubur dan lauk cincang). Berikut merupakan asupan makan pasien selama pengamatan:

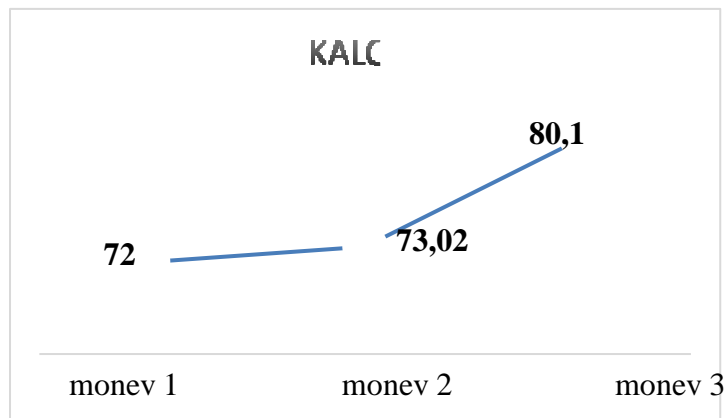
Tabel 21. Hasil Monitoring Asupan Makan

	Energi(kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)	Na (mg)
Hari ke 1					
Asupan	1098,6	41,2	38,3	169,8	524,8
Kebutuhan	1524,6	60,36	45,35	225,5	<1200
%pemenuhan	72,05	68,3	88,4	75,2	-
Hari ke 2					
Asupan	1113,4	43,8	40,7	189,9	775,3
Kebutuhan	1524,6	60,36	45,35	225,5	<1200

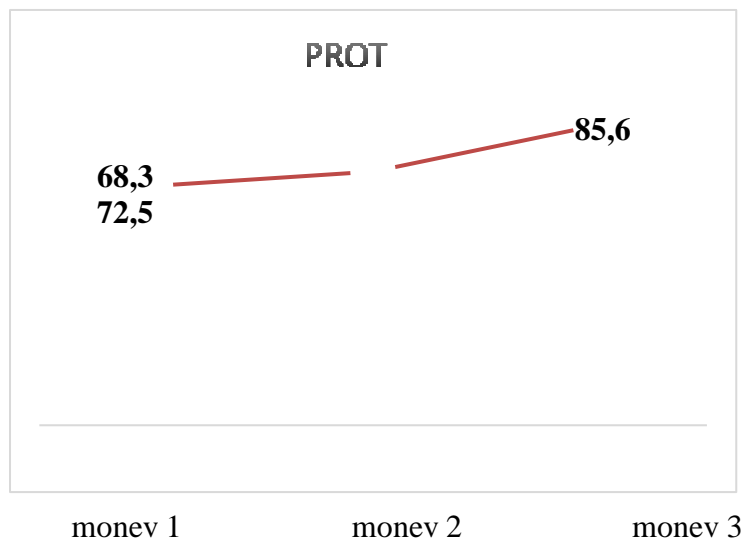
%pemenuhan	73,02	72,5	89,7	84,2	-
Hari ke 3					
Asupan	1221,2	51,7	47,3	193,5	593,5
Kebutuhan	1524,6	60,36	45,35	225,5	<1200
%pemenuhan	80,1	85,6	104,2	85,8	-

Adapun grafik perkembangan asupan Ny Sn dapat dilihat dibawah ini:

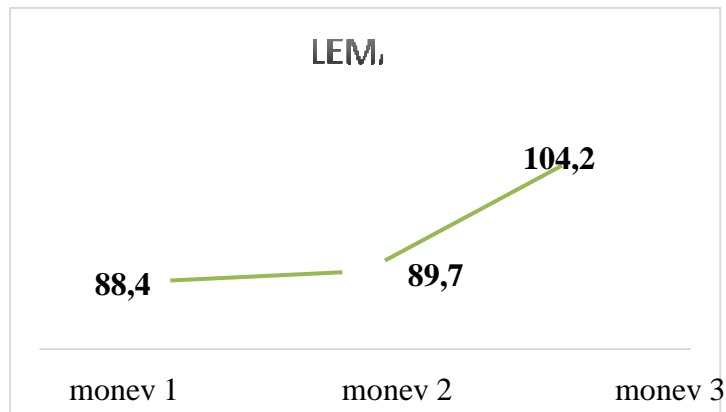
1. Asupan kalori



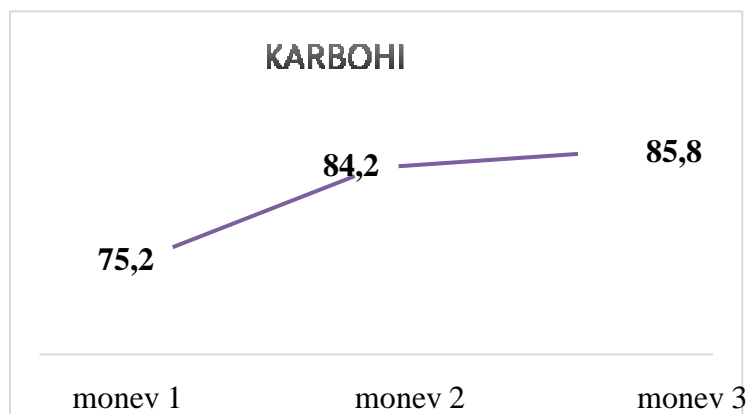
2. Asupan Protein



3. Asupan Lemak



4. Asupan Karbohidrat



Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa asupan pasien mengalami peningkatan. Pada hari pertama pengamatan asupan pasien masih dibawah 80%, hal ini dikarenakan pasien masih belum terbiasa dengan menu yang disajikan rumah sakit, selain itu pasien juga mengalami penurunan nafsu makan. Faktor terkait karakteristik pasien sendiri ternyata memiliki hubungan signifikan terhadap terjadinya underfeeding seperti status gizi dan keparahan penyakit.

Pada hari kedua asupan pasien mengalami peningkatan menjadi 73,02% hal ini dikarenakan hal ini dikarenakan kondisi fisik maupun motivasi pasien untuk menghabiskan makanan mulai membaik sehingga asupan juga mulai terdapat peningkatan. Pada

hari ketiga asupan pasien sudah mencapai 80,1% pemenuhan, sehingga pada hari ketiga asupan pasien sudah mencapai target, hal ini dikarenakan kondisi fisik dan klinis pasien juga mengalami perbaikan. Selain itu faktor dukungan keluarga juga mempengaruhi asupan makan pasien dimana pasien diberi dukungan dan dibantu dalam menghabiskan makanan oleh cucu pasien. hal ini sejalan dengan penelitian Suryani (2009) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan pemenuhan asupan pada pasien hipertensi.

Adapun asupan natrium dan kalium pasien selama 3 hari pengamatan masih masuk dalam target yaitu <1200 mg hal ini dikarenakan diet yang diberikan kepada pasien adalah diet rendah garam, untuk membantu mengontrol tekanan darah pasien. Asupan natrium yang meningkat dapat menyebabkan tubuh meretensi cairan sehingga dapat meningkatkan volume darah. Jantung harus memompa keras untuk mendorong volume darah yang meningkat melalui ruang (pembuluh darah) yang semakin sempit sehingga akibatnya adalah hipertensi (Sobel, et al., 2015).

E. Edukasi Gizi

Edukasi dilakukan untuk mendukung terlaksananya terapi diet. Edukasi diet diberikan kepada pasien dan keluarga pasien dengan metode lisan dan leaflet. Setiap hari pasien diberi motivasi untuk menghabiskan makanan yang disajikan oleh rumah sakit. Edukasi yang diberikan berupa edukasi mengenai diet Rendah garam, pasien juga akan diberikan edukasi tentang jenis-jenis garam dan makanan apa yang dianjurkan dan dibatasi serta zat gizi yang dapat membantu menurunkan tekanan darah seperti makanan yang mengandung tinggi kalium, magnesium dan kalsium. Pada saat edukasi gizi dijelaskan tentang pengertian diet, tujuan diet, syarat diet, prinsip pengaturan makan. Selain itu pasien juga diedukasi mengenai kebiasaan makan pasien sering mengonsumsi kopi.

Edukasi dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang diet yang sedang dijalankan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang menunjukkan bahwa pengetahuan pasien meningkat menjadi baik setelah diberikan

pengetahuan tentang media leaflet (Simatupang, 2017). Selain itu asupan makan pasien juga dari hari ke hari mengalami peningkatan, hal ini menunjukkan bahwa sikap dan perilaku pasien dipengaruhi oleh edukasi gizi yang telah diberikan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil asuhan gizi dan monitoring evaluasi selama 9 kali makandapat disimpulkan bahwa:

1. Assessment
 - a. Pasien dengan diagnosis medis hemiparesis dextra sequele suspek, stroke non hemoragic dan hipertensi, hasil skrining MNA berisiko malnutrisi
 - b. Berdasarkan data laboratorium, kadar hemoglobin dan albumin rendah
 - c. Keluhan pasien lemah, pelo, kelemahan anggota gerak kanan
 - d. Asupan makan pasien sebelum dilakukan intervensi baik energi, protein, lemak dan karbohidrat termasuk kategori kurang
2. Diagnosis Gizi
 - a. NI.2.1 Asupan oral inadekuat berkaikatan dengan gangguan neurologis (stroke) dibuktikan dengan pelo, kelemahan anggota gerak kanan dan asupan 73,8%.
 - b. NC.1.1 Kesulitan mengunyah berkaitan dengan faktor fisiologis dan gangguan fungsi neurologis (stroke) ditandai dengan gigi gegili tanggal, kelemahan anggota gerak kanan dan pelo
3. Intervensi
 - a. Kebutuhan gizi pasien yaitu 1524,6 kkal, protein 60,36 gram, lemak 46,35 gram, karbohidrat 225,5 gram, natrium <1200 mg
 - b. Diet yang diberikan adalah Diet kelas I dan II, RG dalam bentuk lunak (bubur lauk cincang).
 - c. Edukasi gizi diberikan kepada pasien dan keluarga pasien mengenai pemberian diet RG terkait fisiologis pasien.
4. Monitoring dan Evaluasi
 - a. Berdasarkan hasil pemantuan hasil laboratorium pasien tidak

dilakukan pengecakan ulang

- b. Berdasarkan hasil pemantauan fisik/klinis, tekanan darah pasien masih tergolong tinggi namun keluhan sudah tidak ada.
- c. Asupan makan pasien mengalami peningkatan.

B. Saran

- Sebaiknya pada standar diet rumah sakit diberikan jumlah zat gizi natrium

DAFTAR PUSTAKA

- Aronson, Doron, Rayfield, E J, 2002. *Cardiovaskular diabetology*. Diakses tanggal 27 Februari 2015
- Bitzur R, Cohen H, Kamari Y, Shaish H, Harat D. Triglycerides and HDL cholesterol: stars or second lead in diabetes. *Diabetes care*. 2009;32(2):373–77
- Brunner & Suddarth, (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta EGC
- Bustan, M. N. 2007. *Epidemiologi : penyakit tidak menular*. Cetakan 2. Jakarta : Rineka Cipta
- Depkes (2017) *Sebagian Besar Penderita Hipertensi tidak Menyadarinya*, Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI
- Henderina. (2010). *DM Pada Lansia, Kasus Besar Interna*. Diakses 3 November 2011.
- International Diabetes Federation [IDF]. (2014). *IDF Diabetes ATLAS 4th Edition*. ISBN-13: 978-2-930229-71-3. ADA
- Kemendes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemendes RI
- Kemendes RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kraut JA, Kurtz I. Toxic Alcohol Ingestions: Clinical Features, Diagnosis, and Management. ***Clinical Journal American Society Nephrology***. 2008; 3:208-25
- Krisnatuti & Yehrina. (2008). *Diet Sehat Untuk Penderita Diabetes Melitus*. Jakarta: Penebar Swadaya
- Linder, MC. 2010. *Biokimia Nutrisi dan Metabolisme dengan Pemakaian secara Klinis*. UI Press: Jakarta.
- Masharani, U. 2011. *Diabetes Mellitus*. In Mc Phee, S. J., Papadakis, M. A., & Rabow, M. W. 2011. *Current Medical Diagnosis and Treatment 2012*. New York: McGraw-Hill
- Mehmet K. Central Vertigo and Dizziness: Epidemiology, Differential Diagnosis, and Common Causes. ***The Neurologist***: 2008;14(6):355-64.

- Muhammad Nur. Pengaruh suplementasi Fe terhadap kadar haemoglobin dan prestasi belajar anak sekolah dasar di Kecamatan Peukan Baro Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam. Tesis. Universitas Sumatera Utara; 2010
- Pandelaki (2009). Buku ajar ilmu penyakit dalam edisi5, Jakarta: Internal publishing pp: 1930-46
- Perdossi. **Vertigo Patofisiologi, Diagnosis dan Terapi**. Jansen Pharmaceuticals. Jakarta. 2000.
- Price Sylvia A, Wilson Lorraine M. Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta: EGC; 2012
- Simatupang R, Pengaruh Pendidikan Kesehatan Melalui Media Leaflet Tentang Diet DM Terhadap Pengetahuan Pasien DM di RSUD Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2017;1(2):164-165.
- Smeltzer & Bare. (2008). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth/ editor, Suzzane C. Smeltzer, Brenda G. Bare; alih bahasa, Agung Waluyo, dkk. Jakarta: EGC
- Soewondo P., & Hendarto H., 2009. Buku Ajar Penyakit Dalam: Asidosis Laktat, Jilid III, Edisi 4, Jakarta: FK UI pp. 1917
- Subekti I., 2009. Buku Ajar Penyakit Dalam: Neuropati Diabetik, Jilid III, Edisi 4, Jakarta: FK UI pp. 1948
- Suiraoaka, 2012. Mengenal, Mencegah, dan Mengurangi Faktor Risiko 9 Penyakit Degeneratif. Yogyakarta : Nuha Medika
- Sutarni S, Malueka RG, dan Gofir A. **Bunga Rampai Vertigo**. Yogyakarta: Gadjah MadaUniversity Press. 2015
- Tandra H. 2009. Osteoporosis. Jakarta. PT Gramedia Pustaka Utama
- Waspadji S., 2009. Buku Ajar Penyakit Dalam: Komplikasi Kronik Diabestes, Mekanisme Terjadinya, Diagnosis dan Strategi Pengelolaan, Jilid III, Edisi 4, Jakarta: FK UI pp. 1923-24.
- Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG). 2004. Jakarta : Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia

World Health Organization (WHO) 2014. Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva, World Health Organization, Departement of Noncommunicable disease surveillance

Zarianis. The effect of iron-vitamin c and vitamin c supplementation on hemoglobin level of anemic elementary school children at sayung subdistrict demak district. (Tesis). Semarang. Universitas Diponegoro; 2006

Lampiran

Asupan hari ke 1

Tabel 22. Lampiran Rencana Menu

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi (Kcal)	Protein (g)		Lemak	H A	Natrium	
					Hewani	Nabati				
Makan Pagi	bubur	Beras giling masak	50	89,0	0,0	1,1	0,1	20,3	0,0	
	sambal daging kreni	Daging anak sapi	20	38,0	3,8	0,0	2,4	0,0	20,0	
	tempe gadong	Tempe kedele murni	20	29,8	0,0	3,7	0,8	2,5	0,0	
	sup sayur	wortel	30	12,6	0,0	0,4	0,1	2,8	21,0	
			Minyak kelapa sawit	5	45,1	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0
		semangka	Semangka	125	35,0	0,0	0,6	0,3	8,6	5,0
S				249,5	3,8	5,7	8,6	34,3	46,0	
Snack Pagi	lepet jagung	Jagung segar kuning	10	14,0	0,0	0,5	0,1	3,3	0,0	
		Tepung terigu	10	36,5	0,0	0,9	0,1	7,7	0,2	
S				50,5	0,0	1,4	0,3	11,0	0,2	
Makan Siang	bubur	Beras giling masak	50	89,0	0,0	1,1	0,1	20,3	0,0	
	ayam bb rujak	ayam	50	151,0	9,1	0,0	12,5	0,0	50,0	
	soto kudus	Soto Kudus	50	19,0	1,3	0,0	1,2	0,9	0,0	
	tempe bacem	Tempe kedele murni	10	14,9	0,0	1,8	0,4	1,3	0,0	

	Minyak kelapa sawit	5	45,1	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0
--	---------------------	---	------	-----	-----	-----	-----	-----

Sub				319,0	10,4	2,9	19,1	22,5	50,0
Snack Sore	Misoa	Misoa	25	86,3	0,0	2,1	0,6	19,5	0,0
		Daging anak sapi	5	9,5	1,0	0,0	0,6	0,0	5,0
		wortel	15	6,3	0,0	0,2	0,0	1,4	10,5
		Telur ayam	15	24,3	1,9	0,0	1,7	0,1	23,7
		Tepung terigu	10	36,5	0,0	0,9	0,1	7,7	0,2
Sub				162,9	2,9	3,2	3,1	28,7	39,4
Makan Sore	Bubur	Beras giling masak nasi	75	133,5	0,0	1,6	0,1	30,5	0,0
	Rolade bandeng	bandeng	35	45,2	7,0	0,0	1,7	0,0	0,0
	Pesona jagung	Jagung segar kuning	25	35,0	0,0	1,2	0,3	8,3	0,0
		Minyak kelapa sawit	5	45,1	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0
	Jeruk	jeruk manis	100	45,0	0,0	0,9	0,2	11,2	2,0
		Garam dapur	1						387,2
Sub				316,8	7,0	4,0	7,3	53,3	2,0
Sub				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total				1098,6	41,2		38,3	169,8	524,8

Asupan hari ke 2

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi (Kcal)	Protein (g)		Lemak	HA (g)	Natrium
					Hewani	Nabati			
Makan Pagi	bubur	Beras giling masak nasi	50	89,0	0,0	1,1	0,1	20,3	0,0
	telur semur	Telur ayam	50	81,0	6,4	0,0	5,8	0,4	79,0
	sup	labu siam	10	2,6	0,0	0,1	0,0	0,7	0,0
		Wortel	10	4,2	0,0	0,1	0,0	0,9	7,0
		Minyak kelapa sawit	5	45,1	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0
	tahu magel	tahu	20	13,6	0,0	1,6	0,9	0,3	2,4
	Sub				235,5	6,4	2,8	11,8	22,6
Snack Pagi	roti coklat	Roti	40	99,2	0,0	3,2	0,5	20,0	212,0
		Coklat manis, batang	5	23,6	0,0	0,1	1,5	3,1	25,0
Sub				122,8	0,0	3,3	2,0	23,1	237,0
Makan Siang	bubur	Beras giling masak nasi	70	124,6	0,0	1,5	0,1	28,4	0,0
	telur opor	Telur ayam	50	81,0	6,4	0,0	5,8	0,4	79,0
		Santan peras, dengan air	10	12,2	0,0	0,2	1,0	0,8	0,4
	savour bening	Bavam	10	3,6	0,0	0,4	0,1	0,7	0,4
		Wortel	10	4,2	0,0	0,1	0,0	0,9	7,0
		Minyak kelapa sawit	5	45,1	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0

		pepaya	100	46,0	0,0	0,5	0,0	12,2	4,0
		tahu	25	17,0	0,0	2,0	1,2	0,4	3,0
Sub Total				333,7	6,4	4,6	13,1	43,7	93,8
Snack Sore	sus fla	Tepung terigu	10	36,5	0,0	0,9	0,1	7,7	0,2
		Susu kental manis	5	16,8	0,4	0,0	0,5		7,5
		Telur ayam	5	8,1	0,6	0,0	0,6	0,0	7,9
		Mentega	2	14,5	0,0	0,0	1,6	0,0	19,7
Sub Total				75,9	1,1	0,9	2,8	7,8	35,3
Makan Sore		Beras giling masak nasi	60	89,0	0,0	1,1	0,1	20,3	0,0
		bandeng	35	45,2	7,0	0,0	1,7	0,0	0,0
		labu siam	50	13,0	0,0	0,3	0,1	3,4	0,0
		Minyak kelapa sawit	5	45,1	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0
		Garam dapur	1						387,2
		kangkung	25	7,3	0,0	0,8	0,1	1,4	16,3
		Pisang Susu	50	46,0	0,0	0,5	0,3	11,7	4,5
Sub Total				245,5	7,0	2,6	7,1	36,7	20,8
Sub Total				75,9	1,1	0,9	2,8	7,8	35,3
Total Asupan				1113,4	43,0		40,7	183,9	775,3

Asupan hari ke 3

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Berat	Energi (Kcal)	Protein (g)		Lemak	HA	Natrium	
					Hewani	Nabati				
Makan Pagi	Bubur	Beras giling masak nasi	60	106,8	0,0	1,3	0,1	24,4	0,0	
	Daging sapi bb	Daging anak sapi	30	57,0	5,7	0,0	3,6	0,0	30,0	
	Gulai savur	ketimun		10	1,2	0,0	0,1	0,2	0,3	0,5
		sawi		20	4,4	0,0	0,5	0,1	0,8	2,3
			Minyak kelapa sawit	5	45,1	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0
			kacang panjang	20	8,8	0,0	0,5	0,1	1,6	1,0
	Sub				223,3	5,7	2,3	9,0	27,0	33,9
Snack Pagi	bubur kacang ijo	Kacang ijo	30	103,5	0,0	6,7	0,4	18,9	0,0	
		Santan peras, dengan air	10	12,2	0,0	0,2	1,0	0,8	0,4	
	Sub				115,7	0,0	6,9	1,4	19,6	0,4
Makan Siang	Bubur	Beras giling masak nasi	60	106,8	0,0	1,3	0,1	24,4	0,0	
	Ayam bb bistik	ayam	50	151,0	9,1	0,0	12,5	0,0	50,0	
	Sayur laksa	sawi		10	2,2	0,0	0,2	0,0	0,4	1,2
		buncis		20	7,0	0,0	0,5	0,0	1,5	7,0

		Minyak kelapa sawit	5	45,1	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0
	semangka	Semangka	80	22,4	0,0	0,4	0,2	5,5	3,2
	Tempe gadon	Tempe kedele murni	10	14,9	0,0	1,8	0,4	1,3	0,0
Sub Total				357,5	9,7	4,2	18,8	33,1	69,3
Snack Sore	Roti abon	Abon	15	47,2	8,3	0,0	1,3	0,0	0,0
		Tepung terigu	10	36,5	0,0	0,9	0,1	7,7	0,2
Sub Total				83,7	8,3	0,9	1,5	7,7	0,2
Makan Sore	Bubur	Beras giling masak nasi	50	89,0	0,0	1,1	0,1	20,3	0,0
	Ayam bb rica	ayam	50	151,0	9,1	0,0	12,5	0,0	50,0
	Tahu bb kuning	Tahu	20	13,6	0,0	1,6	0,9	0,3	2,4
	Sayur kimlo	wortel	20	8,4	0,0	0,2	0,1	1,9	14,0
		Kacang kapri (biji segar)	2	2,0	0,0	0,1	0,0	0,4	0,2
		Minyak kelapa sawit	3	27,1	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0
		Kol kembang	25	6,3	0,0	0,6	0,1	1,2	7,5
		Garam dapur	1						387,2
	Pisang ambon	Pisang ambon	85	84,2	0,0	1,0	0,2	21,9	15,3
Sub Total				381,4	9,1	4,6	16,8	46,0	89,4
Sub Total				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total Asupan				1221,2	51,7		47,3	193,5	593,3

