

**LAPORAN KASUS BESAR  
PRAKTEK KERJA LAPANGAN GIZI KLINIK  
PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR PADA  
PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN HEMIPARESE SINISTRA  
DI BANGSAL GLADIOL BAWAH KAMAR 3 BED 5  
RSUD Ir. SOEKARNO SUKOHARJO**



**Disusun Oleh :**

Aisha Widyadana Abidin

NIM 422021728002

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS DARUSSALAM GONTOR  
PONOROGO  
2024**

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**LAPORAN KASUS BESAR PKL GIZI KLINIS**  
**RSUD Ir. SOEKARNO KABUPATEN SUKOHARJO**  
**TAHUN 2024**

Disusun Oleh:

Aisha Widyadana Abidin

422021728002

Telah dinyatakan memenuhi syarat untuk diterima pada tanggal 4 September 2024

Menyetujui

**Pembimbing Lahan**



Sri Lanjari, S.Gz.  
NIP:1980024 2006042021

**Dosen Pembimbing**



Nur Amala S.Gz., M.Gz

Mengetahui

**Kepala Instalasi Gizi**



Farida Ika P, S.Gz., RD  
NIP. 19850429 201001 2 037

**Ketua Program Studi Ilmu Gizi**



Lulu' Luthfiya, S.Gz., M.P.H  
NIDN. 0718019203

**Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan**  
**Universitas Darussalam Gontor**



## KATA PENGANTAR

*Alhamdulillah* rabbil'alamin', segala puji bagi Allah SWT Tuhan semesta alam. Tiada Tuhan selain Dia, Yang Maha Pengasih, Maha Penyayang, Maha Pemberi Nikmat sehingga sampai saat ini kita masih diberi kenikmatan hidup. Atas ridho-Nya juga kita dapat menyusun dan melaksanakan kegiatan ini. Shalawat serta salam selalu kami curahkan kepada baginda Nabi Muhammad SAW.

Pada kesempatan ini tim penyusun mengucapkan banyak terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Rektor Universitas Darussalam Gontor, Al-Ustadz. Prof. Dr. KH. Hamid Fahmi Zarkasy, M.A.
2. Deputi Wakil Rektor Bidang Kepesantrenan Universitas Darussalam Gontor, Al-Ustadz Dr. KH. Fairuz Subakir Ahmad, M.A.
3. Deputi Wakil Rektor Bidang Administrasi Akademik Kemahasiswaan Universitas Darussalam Gontor Putri Kampus Mantingan, Al-Ustadz Nur Hadi Ihsan MIRKH.
4. apt. Amal Fadholah, M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Darussalam Gontor.
5. Al-Ustadzah Lulu' Luthfiyah, S.Gz., M.P.H, selaku Ketua Program Studi Gizi Universitas Darussalam Gontor.
6. Ibu Farida Ika.P.,S.Gz.RD Selaku Kepala Ruangan Instalasi Gizi RSUD Ir.Soekarno Kabupaten Sukoharjo serta Pembimbing Lapangan dari Ahli Gizi RSUD Ir.Soekarno
7. Ibu Sri Lanjari, S.Gz selaku pembimbing lapangan asuhan gizi klinik yang telah memberikan bimbingan, arahan, ilmu, kesabaran, dukungan, dan pengetahuan kepada kami hingga dapat menyelesaikan kegiatan ini
8. Al-Ustadzah Nur Amala, S.Gz., M.Gizi, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, ilmu, kesabaran, dukungan, dan pengetahuan kepada kami hingga dapat menyelesaikan kegiatan ini.

9. Al-Ustadzah Kartika Pibriyanti,S,KM.M.Gizi selaku dosen pembimbing ke 2 yang telah memberikan bimbingan, arahan, ilmu, kesabaran, dukungan, dan pengetahuan kepada kami hingga dapat menyelesaikan kegiatan ini.

Semoga Allah memberikan balasan yang setimpal berupa kebaikan dan kebahagiaan yang berlipat ganda kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses maupun laporan kegiatan ini. Akhir kata, semoga laporan kegiatan ini dapat bermanfaat bagi penyusun maupun semua pihak yang membutuhkan. Kami menyadari bahwa dalam penulisan laporan kegiatan kelompok ini masih terdapat keterbatasan dan kekurangan. Kami mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan laporan kegiatan PKL Klinik ini. Kami berharap semoga laporan kegiatan ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Sukoharjo, 27 Agustus 2024

penulis

## DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN .....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR .....	ii
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB 1 .....	1
PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Tujuan .....	2
1.3. Manfaat .....	3
BAB II .....	5
TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1. Stroke Non Hemoragik.....	5
1. Definisi.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Patofisiologi .....	6
2.2. Hemiparese Sinistra.....	7
1. Definisi.....	7
2. Etiologi.....	8
3. Patofisiologi .....	9
BAB III .....	12
GAMBARAN KASUS .....	12
3.2. Gambaran Kasus .....	12
SKRINING .....	14
4.1. Kesimpulan Skrining.....	14
BAB V .....	15
ASSESSMENT GIZI .....	15
5.1. Pengkajian Antropometri .....	15
5.2. Pengkajian Biokimia .....	16
5.3. Pengkajian Data Fisik dan Klinis .....	16

Tabel. 3 Pengkajian Data Fisik dan Klinis .....	16
5.4. Pengkajian data terkait gizi/makanan .....	17
BAB VI.....	21
DIAGNOSIS GIZI .....	21
BAB VII.....	22
INTERVENSI GIZI .....	22
7.1. Perencanaan .....	22
7.2. Prekripsi Diet .....	22
7.3. Implementasi .....	25
BAB VIII MONITORING, EVALUASI DAN TINDAK LANJUT .....	29
BAB IX.....	33
PEMBAHASAN KASUS .....	33
8.1. Monitoring Antropometri .....	33
8.2. Monitoring Keluhan .....	34
8.3. Monitoring Biokimia.....	36
8.6. Perkembangan Diet .....	46
BAB X .....	47
KESIMPULAN DAN SARAN .....	47
DAFTAR PUSTAKA .....	50
LAMPIRAN.....	52

## DAFTAR TABEL

Tabel 1 Pengkajian antropometri .....	15
Tabel 2 Pengkajian Biokimia .....	16
Tabel 3 Pengkajian Data Fisik dan Klinis .....	16
Tabel 4 Klasifikasi JNC VIII .....	16
Tabel 5 Pengkajian Asupan SQFFQ .....	17
Tabel 6 Hasil Asupan SQFFQ .....	18
Tabel 7 Hasil Asupan Recall 24 jam .....	18
Tabel 8 Terapi Medis .....	19
Tabel 9 Riwayat Pasien .....	20
Tabel 10 Diagnosis Gizi .....	21
Tabel 11 Rencana monitoring dan evaluasi .....	25
Tabel 12 Perbandingan Stadar Diet rumah sakit dengna kebutuhan .....	26
Tabel 13 Standar Diet dengan Rekomendasi Diet .....	26
Tabel 14 Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut .....	29
Tabel 15 Monitoring Antropometri .....	33
Tabel 16 Monitoring keluhan .....	34
Tabel 17 Monitoring Biokimia .....	36
Tabel 18 Monitoring Fisik dan Klinis .....	37
Tabel 19 Asupan Makan .....	38

## DAFTAR GAMBAR

Gambar. 1 asupan energi.....	40
Gambar. 2 asupan Protein .....	41
Gambar. 3 Diagram asupan lemak .....	42
Gambar. 4 Diagram asupan karbohidrat.....	43
Gambar. 5 Diagram Asupan natrium.....	44
Gambar. 6 Diagram asupan kolesterol .....	45



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Skrining .....	52
Lampiran 2 Riwayat makan FFQ 1 .....	53
Lampiran 3 Analisis FFQ.....	55
Lampiran 4 Recall 24 Jam.....	57
Lampiran 5 Analisis recall 24 jam .....	58
Lampiran 6 Menu hari 1.....	59
Lampiran 7 Menu hari 2.....	61
Lampiran 8 Hasil Recall Hari 1 dan Hari.....	63
Lampiran 9 Analisis Recall.....	66
Lampiran 10 Analisis recall 2 .....	68
Lampiran 11 Leaflet Diet Rendah Garam.....	70
Lampiran 12 DBMP .....	70

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit defisit neurologis yang disebabkan oleh perdarahan ataupun sumbatan yang dapat menimbulkan kecacatan ataupun kematian. Stroke juga menjadi penyebab utama kematian di hampir seluruh rumah sakit di Indonesia, yakni sebesar 14,5%. Stroke non hemoragik yaitu berhentinya aliran darah ke otak yang disebabkan karena penutupan kolestrol didalam dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang menyumbat bekuan darah ke otak (Wiratman, 2018).

Data World Health Organization (WHO) tahun 2016 menunjukkan bahwa stroke menduduki urutan kedua penyebab kematian dan urutan keenam penyebab kecacatan. Prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 sebanyak 10,9% (Kemenkes, 2018). Prevalensi stroke berdasarkan data dari DINKES Provinsi Jawa Tengah tahun 2017 menunjukkan bahwa jumlah stroke hemoragik (SH) sebesar 35,3%, sedangkan untuk stroke non hemoragik (SNH) sebesar 64,7%. Kabupaten Sukoharjo memiliki jumlah kasus SNH terbanyak sebesar 14,9% kasus (Jamaluddin, 2020).

Stroke non hemoragik merupakan kasus stroke yang sering terjadi dengan presentase 85% yang disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah akibat penyakit tertentu seperti aterosklerosis, arteritis, trombus dan embolus. Faktor risiko terjadinya stroke non hemoragik, antara lain hipertensi, diabetes mellitus (DM), hiperkolesterol, merokok, konsumsi alkohol, *Atrial fibrillation* dan faktor risiko lainnya seperti Obesitas, aktifitas fisik, penggunaan obat terlarang dan penggunaan kontrasepsi oral (Hardika, 2020).

Hipertensi (darah tinggi) terbukti telah menyebabkan kematian yang mencapai angka 8 juta orang/tahunnya. Di Asia Tenggara hampir 1,5 juta jiwa meninggal banyak disebabkan oleh penyakit hipertensi tiap

tahun, kondisi ini menjadikan darah tinggi menjadi faktor tertinggi penyebab kematian. Data Riskesdas (2018) menyatakan bahwa hipertensi terjadi pada kelompok umur 31-44 tahun (31,6%), umur 45-54 tahun (45,3%), umur 55-64 tahun (55,2%). Dari prevalensi hipertensi sebesar 34,1% diketahui bahwa sebesar 8,8% terdiagnosis hipertensi dan 13,3% orang yang terdiagnosis hipertensi tidak minum obat serta 32,3% tidak rutin minum obat. Hal ini menunjukkan bahwa ternyata sebagian besar penderita hipertensi tidak mengetahui bahwa dirinya mengalami gejala Hipertensi sehingga tidak mendapatkan pengobatan. Hipertensi merupakan faktor yang beresiko akan terjadinya penyakit jantung, gagal jantung kongesif, stroke, gangguan penglihatan dan penyakit ginjal, tekanan darah yang tinggi akan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi (Dian, 2019).

Asuhan gizi pada pasien dengan stroke non-hemoragik dilakukan karena nutrisi mempunyai peran penting dalam proses pemulihan dan pencegahan komplikasi lebih lanjut, Asuhan gizi yang tepat dapat membantu memastikan bahwa pasien menerima nutrisi yang dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan, menjaga keseimbangan energi, dan mencegah malnutrisi. Selain itu, diet yang terkontrol dapat membantu mengelola faktor risiko seperti hipertensi yang dapat mengurangi kemungkinan terjadinya stroke berulang. Oleh karena itu, intervensi gizi yang baik sangat penting

dalam manajemen jangka panjang pasien dengan stroke non-hemoragik.

## **1.2.Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa dapat melaksanakan pemberian asuhan gizi pada penatalaksanaan gizi pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparase Sinistra di Bangsal Gladiol Bawah Kamar 3 bed 5.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mahasiswa dapat melakukan skrining gizi pada pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparese Sinistra di Bangsal Gladiol Bawah Kamar 3 Bed 5.
- b. Mahasiswa dapat melakukan asesment berupa antropometri, biokimia, fisik klinis dan dietary history pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparese Sinistra di Bangsal Gladiol Bawah Kamar 3 Bed 5.
- c. Mahasiswa dapat menentukan dan merencanakan diagnosis gizi pada pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparese Sinistra di Bangsal Gladiol Bawah Kamar 3 Bed 5.
- d. Mahasiswa dapat melakukan intervensi gizi mulai dari perencanaan kebutuhan gizi dan penentuan diet yang sesuai pada pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparese di Bangsal Gladiol Bawah Kamar 3 Bed 5.
- e. Mahasiswa dapat melakukan monitoring dan evaluasi diet yang telah diberikan dengan melihat perkembangan pemeriksaan antropometri, fisik, klinis, dan laboratorium serta hasil assesment pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparese Sinistra di Bangsal Gladiol Bawah Kamar 3 Bed 5.
- f. Mahasiswa mampu melakukan konseling terkait dengan masalah gizi pada pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparese Sinistra di Bangsal Gladiol Bawah Kamar 3 Bed 5.

### **1.3. Manfaat**

1. Bagi Mahasiswa
  - a. Sebagai media pembelajaran untuk memahami penatalaksanaan asuhan gizi bagi pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparese Sinistra.
  - b. Meningkatkan ketrampilan praktikan dalam memberikan asuhan gizi, menganalisis masalah gizi dengan mengaitkan dengan

metabolisme zat gizi, patofisiologi penyakit, hasil laboratorium, interaksi obat makanan pada pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparase Sinistra.

c. Mengetahui proses asuhan gizi rawat inap di RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo.

## 2. Bagi Rumah Sakit

Dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan mengenai pemberian diet sesuai dengan kemampuan, kebutuhan dan ketepatan diet di RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo.

## 3. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Meningkatkan pengetahuan mengenai pengaturan makan atau diet terkait dengan kondisi, kemampuan dan kebutuhan pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparase Sinistra.

## 4. Bagi Pembaca

a. Menambah wawasan mengenai proses pemberian asuhan gizi terkait dengan pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparase Sinistra.

b. Sebagai literatur studi kasus berkaitan dengan penatalaksanaan pemberian makan pada pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparase Sinistra.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Stroke Non Hemoragik**

##### **1. Definisi**

Stroke adalah gangguan fungsional yang terjadi secara mendadak disebabkan karena kurangnya atau terputusnya aliran darah yang mengalir ke otak akibat adanya gumpalan darah, endapan plak, atau karena pecahnya pembuluh darah akibat tekanan darah yang tinggi secara tiba-tiba ke otak. Hal ini yang mengakibatkan sel-sel otak mengalami kekurangan oksigen serta energi dan menyebabkan kerusakan otak permanen yang berakibat kecacatan sampai dengan kematian dini (Kemenkes RI, 2016).

Stroke adalah penyebab utama kecacatan jangka panjang, namun stroke juga dapat dicegah. Faktor risiko terjadinya stroke antara lain usia, konsumsi yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, penggunaan tembakau, dan risiko metabolik. Menurut Kemenkes risiko terhadap kejadian stroke yang dapat diubah adalah , Penyebab stroke biasanya kombinasi dari beberapa faktor risiko seperti penggunaan tembakau, diet tidak sehat, obesitas, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol, hipertensi, diabetes, dan hyperlipidemia (Ayu, 2021).

##### **2. Etiologi**

Menurut World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa 63% penyebab kematian di seluruh dunia disebabkan oleh penyakit tidak menular yaitu stroke atau setara dengan kematian 36 juta jiwa per tahun. Jumlah penderita stroke di seluruh dunia yang berusia di bawah 45 tahun terus meningkat. Pada konferensi ahli saraf internasional di Inggris dilaporkan bahwa terdapat lebih dari 1000 penderita stroke berusia kurang dari 30 tahun (Argye, 2017).

Penderita stroke biasanya banyak memiliki faktor risiko. Oleh karena itu stroke sering kali berulang. Jadi faktor-faktor risiko tersebut harus diobati seperti tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit jantung koroner, kadar kolesterol LDL darah yang tinggi, kadar asam urat darah tinggi, kegemukan, perokok, peminum alkohol dan stres (Junaidi, 2012). Hipertensi merupakan faktor risiko utama, baik pada stroke iskemik maupun stroke hemoragik. Makin tinggi tekanan darah, makin tinggi kemungkinan terjadinya stroke, baik perdarahan maupun iskemik. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak akan menimbulkan perdarahan dan ini sangat fatal karena akan terjadi interupsi aliran darah ke bagian distal disamping itu darah ekstrasvasal akan tertimbun sehingga akan menimbulkan tekanan intra kranial yang meningkat sedangkan menyempitnya pembuluh darah otak akan menimbulkan terganggunya aliran darah ke otak dan selsel otak akan mengalami kematian (Rasidji, 2023).

Kondisi yang dapat terjadi pada pasien stroke beragam, seperti kelumpuhan anggota gerak, bibir tidak simetris, bicara pelo atau afasia (tidak dapat berbicara), nyeri kepala, penurunan kesadaran, gangguan rasa, kelumpuhan bahkan sampai dengan kematian. Kehilangan fungsi tubuh akibat penyakit stroke mengakibatkan produktifitas pasien stroke terhalang dan berpengaruh pada status fungsional pasien stroke (Haghyonowati, 2020).

### **3. Patofisiologi**

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus.

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Argye, 2017).

## **2.2. Hemiparese Sinistra**

### **1. Definisi**

Hemiparesis berasal dari kata “hemi” yang berarti satu sisi, sementara “paresis” yang berarti kelemahan. Hemiparesis adalah kelemahan otot pada sisi tubuh, terjadi akibat stroke yang umumnya melibatkan otot-otot di lengan, wajah dan kaki Hemiparesis adalah suatu kondisi yang pada umumnya disebabkan oleh stroke atau cerebral palsy, multiple sclerosis, tumor otak dan penyakit lain dari sistem persarafan. Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa defisit neurologis fokal yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan sematamata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non-traumatis (Rahmah, 2023).

Ditemukan hampir 70-80% pasien yang terkena serangan stroke mengalami hemiparesis. Sekitar 20% pasien stroke akan mengalami peningkatan 19 fungsi motorik, tetapi pemulihan pasien yang mengalami hemiparesis bervariasi dan lebih dari 50% mengalami gangguan fungsi motorik kronis. Pasien yang mengalami hemiparesis akan mengalami kesulitan dalam menggerakkan kaki dan tangan serta



kesulitan berjalan serta kemungkinan besar bisa mengalami kehilangan keseimbangan. Akibat dari keadaan tersebut maka pasien akan mengalami kesulitan untuk melakukan kegiatan sehari-hari seperti berpakaian, makan, mengambil suatu benda dan pergi ke kamar mandi (Wardhana Y. , 2020).

## **2. Etiologi**

Data yang terkait dengan gejala yang timbul akibat hemiparesis yaitu kelemahan pada wajah (40%), kelemahan ekstremitas (50%) termasuk perubahan suara, nyeri bahu dan pembengkakan pada lengan. Kelemahan pada tangan menyebabkan ketergantungan dalam melaksanakan aktifitas sehari-hari. Kelemahan pada kaki (45%) dapat menyebabkan komplikasi imobilisasi seperti kesulitan berdiri, berjalan dan lamanya perawatan di Rumah Sakit. Sebanyak 55% pasien hemiparesis lebih banyak mengalami kelemahan tangan daripada kaki (Wardhana Y. , 2020).

Secara umum gejala hemiparesis biasanya terjadi pada sisi yang berlawanan cedera. Gejala hemiparesis antara lain kelumpuhan satu sisi tubuh yang melibatkan wajah, tangan dan kaki, kesulitan berbicara dan pemahaman kata, kesulitan makan dan menelan, kesulitan berjalan dan berdiri, kesulitan mempertahankan posisi tegak ketika duduk, kesulitan menjaga keseimbangan dengan mata tertutup dan kesulitan untuk mempertahankan kontrol kandung kemih. Tidak semua gejala di atas terjadi pada saat yang bersamaan pada semua pasien dengan hemiparesis (Nurhidayat, 2021).

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan hemiparesis yaitu terjadi pembekuan darah di kaki, atrofi otot, luka dekubitus karena tidak bergerak dan kontraktur. Secara lebih spesifik area otak yang rusak dan gejala yang terjadi dapat dibedakan sesuai dengan jenis hemiparesis, yaitu apabila sisi kanan hemiparesis, melibatkan cedera pada sisi kiri otak. Sisi kiri otak berfungsi untuk mengontrol bicara

dan bahasa. Klien yang menderita hemiparesis jenis ini dapat mengalami kesulitan bicara dan memahami apa yang di katakan oleh orang lain serta sulit untuk menentukan perbedaan sisi tubuh kiri dan kanan. Apabila sisi kiri hemiparesis, melibatkan cedera pada sisi kanan otak seseorang, dimana fungsi otak kanan yaitu untuk mengontrol proses belajar, mengontrol perilaku dan komunikasi non verbal. Cedera pada area ini akan menyebabkan seseorang berbicara secara berlebihan, memiliki rentang perhatian yang pendek serta mengalami gangguan memori (Rahmah, 2023).

### **3. Patofisiologi**

Hemiparesis merupakan kelumpuhan parsial satu sisi tubuh, hal ini umumnya disebabkan oleh lesi jaras kortikospinalis, yang berjalan turun dari kortikal neuron di lobus frontal ke motor neuron sumsum tulang belakang dan bertanggung jawab untuk gerakan otot-otot tubuh dan anggota tubuhnya. Pada jaras tersebut melewati beberapa bagian dari batang otak, yaitu midbrain, pons dan medulla, masing-masing saluran yang melintasi ke sisi yang berlawanan (*decussates*) pada bagian terendah dari medulla (membentuk struktur anatomi disebut sebagai piramida) dan turun di sepanjang sisi berlawanan dari sumsum tulang belakang untuk memenuhi kontralateral motor neuron (Ramadhani, 2019).

Sehingga satu sisi otak mengontrol pergerakan otot dari sisi berlawanan dari tubuh itu sendiri, dengan demikian gangguan saluran kortikospinalis kanan pada batang otak atau struktur otak atas menyebabkan hemiparesis pada sisi kiri tubuh dan sebaliknya. Di sisi lain, lesi jaras pada sumsum tulang belakang menyebabkan hemiparesis pada sisi yang sama dari tubuh. Otot-otot wajah. Karena inti wajah terletak di pons atas decussation tersebut, lesi jaras pada pons atau struktur atas menimbulkan hemiparesis pada sisi tubuh yang berlawanan dan paresis pada sisi yang sama dari wajah yang disebut

dengan hemiparesis kontralateral. Jika wajah pasien tidak terlibat, ini sangat sugestif dari lesi jaras pada bagian bawah batang otak atau medulla spinalis. Medulla spinalis merupakan struktur yang sangat kecil, sehingga jika terjadi lesi tidak terjadi kelumpuhan hanya untuk satu sisi saja, tetapi biasanya kedua sisi. Oleh karena itu lesi sumsum tulang belakang biasanya dapat menimbulkan kelumpuhan pada kedua lengan dan kaki (*quadriparesis*) atau kedua kaki (*paraparesis*) (Ramadhani, 2019).

### **2.3. Penatalaksanaan Gizi**

Pada pasien stroke dengan hipertensi diberikan modifikasi diet dengan mengurangi konsumsi garam, peningkatan asupan sayur dan buah serta biji-bijian, tidak dianjurkan makanan kemasan yang diawetkan seperti biscuit, krekers, cake dan kue lain yang dimasak dengan garam dapur atau soda kue. Dendeng, abon, sarden dan makanan kalengan tidak diperbolehkan bagi penderita hipertensi dikarenakan makanan kalengan dan diawetkan mengandung natrium yang tinggi untuk proses pengawetan. Terjadinya penurunan asupan makanan disebabkan karena gangguan mengunyah dan gangguan menelan (Ayu, 2021).

Bentuk makanan pada pasien stroke merupakan bagian penting dalam pengawasan pemberian asuhan gizi atau terapi nutrisi, hal tersebut berkaitan dengan pasien stroke mempunyai resiko tinggi mengalami aspirasi atau tersedak. Penurunan kemampuan makan pasien meningkatkan resiko terjadinya malnutrisi pada pasien stroke (Jamaluddin, 2020).

Asupan cairan yang cukup diperlukan untuk mencegah dehidrasi, terutama bagi pasien yang mengalami kesulitan menelan (*disfagia*). Air putih adalah pilihan terbaik, dan jika diperlukan, cairan dengan konsistensi yang lebih kental bisa diberikan. Untuk pasien dengan *disfagia*, tekstur makanan dan minuman perlu dimodifikasi agar lebih

mudah ditelan dan untuk mencegah aspirasi. Makanan bisa dihaluskan, dicincang, atau disajikan dalam bentuk bubur sesuai kebutuhan pasien (Dian, 2019).

Pemantauan status gizi secara rutin sangat penting untuk menilai efektivitas intervensi gizi. Diet mungkin perlu disesuaikan dengan perkembangan kondisi pasien, seperti perubahan dalam kebutuhan energi atau adanya komplikasi baru. Selain itu, edukasi dan konseling gizi sangat penting untuk pasien dan keluarganya agar mereka memahami pentingnya pola makan sehat, pemilihan makanan yang tepat, dan cara mengelola makanan di rumah untuk mendukung pemulihan pasien (Hardika, 2020).

Diet Tinggi Energi Tinggi Protein (Diet TETP) adalah jenis diet yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan kalori dan protein yang lebih tinggi dari rata-rata, terutama untuk individu dengan kondisi kesehatan tertentu yang membutuhkan asupan energi dan protein lebih tinggi. Tinggi Energi: Menyediakan asupan kalori yang lebih tinggi dari kebutuhan normal, biasanya dengan meningkatkan porsi makanan atau menambahkan sumber kalori padat seperti lemak sehat dan karbohidrat kompleks. Diet rendah garam adalah salah satu intervensi penting dalam pencegahan dan pengelolaan penyakit kronis yang semakin banyak dialami masyarakat Indonesia (Ayu, 2021).

### **BAB III**

#### **GAMBARAN KASUS**

##### **3.1. Identitas Pesein**

Nama	: Tn S
Tanggal Lahir	: 06/07/1960
Usia	: 64 tahun
Alamat	: Banaran Rt 001/Rw001 Sert Nguter Sukoharjo
Suku Bangsa	: Jawa
Pekerjaan	: Berjualan bakso keliling
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Masuk rumah sakit	: 8 Agustus 2024
Tanggal kasus	: 9 Agustus 2024
No.Rekam medis	: 00486394
Ruang/kelas	: Gladiol Bawah Kamar 3 bed 5
Diagnosis Medis	: Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparase Sinistra

##### **3.2. Gambaran Kasus**

Dihadapkan dengan pasien Tn S berusia 64 tahun datang ke Rumah Sakit Umum Daerah Ir. Soekarno Sukoharjo pada tanggal 8 Agustus 2024 dengan keluhan anggota gerak kiri kaku, pelo jika bicara, kesulitan mengunyah dan menelan. Riwayat penyakit terdahulu adalah pasien menderita penyakit hipertensi. Aktivitas fisik pasien sehari-hari adalah berjualan bakso keliling, sebelum masuk rumah sakit pasien mengkonsumsi daging kambing cukup banyak sehingga mulai terasa lemas dan anggota gerak kiri pasien kaku. Pasien masuk IGD dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik Dengan Hemoragik Sinistra. Saat dilakukan asessment pasien mengaku bahwa masih merasakan anggota gerak kiri kaku, pelo jika bicara.

Hasil pemeriksaan Antropometri pasien didapatkan LILA 24 cm dan Ulna 23 cm. Hasil pemeriksaan Biokimia Tn S yaitu kadar hemoglobin 14,4 g/dl, Gula darah sewaktu 117 mg/dl, Ureum 30,9 mg/dl dan kreatinin 0,93 mg/dl. Hasil pemeriksaan fisik klinis Tn S yaitu pasien dalam keadaan sadar, lemah yang ditandai dengan Respiratory 20x/menit, denyut nadi 65x/menit, suhu, 36,6 C dan tekanan darah 183/77 mmHg.

Pola makan pasien sebelum masuk rumah sakit yaitu makanan utama 3x sehari. Makanan pokok yang sering dikonsumsi adalah nasi 3xsehari. Lauk hewani yang sering dikonsumsi adalah ayam goreng, telur ceplok, kepala ayam goreng , daging kambing 2-3x seminggu. Lauk nabati yang sering dikonsumsi pasien adalah tahu dan tempe goreng 3-4 x seminggu, sayur yang sering dikonsumsi adalah sayur lodeh, cap jay, sayur asem, dan buah yang sering dikonsumsi adalah buah pir, pepaya 2-3 x seminggu.

Pada saat dirumah sakit, pasien mendapatkan diet Rendah Garam dengan bentuk makanan lunak (tim). Hasil Recall 24 jam dengan keluarga didapatkan bahwa asupan makan Tn S saat dirumah sakit yaitu makanan sumber karbohidrat berupa nasi tim dihabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi setiap makan, makanan sumber nabati  $\frac{1}{4}$  porsi, makanan sumber hewani  $\frac{1}{2}$  porsi dan sayur  $\frac{3}{4}$  porsi.. kurangnya asupan makan sumber energi, protein hewani dan nabati disebabkan karena kesulitan mengunyah dan menelan selain itu snack yang diberikan rumah sakit berupa pisang  $\frac{1}{2}$  porsi dan puding dimakan 1 porsi.

## **BAB IV**

### **SKRINING**

Sebelum dilakukan pengkajian gizi lebih lanjut, dilakukan skrining gizi pada pasien Tn S dengan menggunakan Skrining NRS (Nutritional Risk Screening) adalah suatu alat yang digunakan dalam bidang kesehatan untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami malnutrisi atau kekurangan gizi. Skrining ini biasanya dilakukan pada pasien yang dirawat di rumah sakit, terutama bagi mereka yang menderita penyakit kronis atau yang sedang menjalani prosedur medis yang dapat mempengaruhi status gizi mereka.

#### **4.1. Kesimpulan Skrining**

Berdasarkan hasil skrining NRS 2002 didapatkan pada skrining awal didapatkan asupan makanan pasien menurun seminggu terakhir, dilanjutkan pada skrining lanjut lanjut 1 didapatkan skor 2 asupan 25-50% dari kebutuhan, dilanjutkan pada skrining lanjut 2 didapatkan pasien dengan diagnosa stroke, dan usia >65 mendapatkan skor 0. Sehingga dapat disimpulkan hasil skrining pasien Tn S yaitu mendapatkan skor 4 dengan kategori berisiko malnutrisi. Hasil skrining terlampir.

**BAB V**  
**ASSESSMENT GIZI**

**5.1. Pengkajian Antropometri**

**Tabel. 1 Pengkajian antropometri**

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
AD.1.1.1	Tinggi (estimasi)	Badan : 158,2 cm
AD 1.1.2	Berat (estimasi)	Badan : 49,3 cm
AD 1.1.4	Perubahan Badan	Berat :-
AD.1.1.5	IMT % Lila LILA RL	: 75% <b>(Gizi Kurang)</b> : 24 : 23

Sumber data primer, Agustus 2024

Kesimpulan : Berdasarkan hasil antropometri dengan TB estimasi didapatkan 158,2 cm, BB estimasi 49,3 cm, dan Status gizi berdasarkan lila didapatkan 75% tergolong Gizi Kurang.

$$\begin{aligned} \text{Estimasi BB} &= (2,592 \times \text{LILA}) - 12,902 \\ &= (2,592 \times 23) - 12,902 \\ &= 49,3 \text{ kg} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Estimasi TB} &= 85,61 + (3,16 \times \text{Ulna}) \\ &= 85,61 + (3,16 \times 23) \\ &= 158,2 \text{ cm} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Status Gizi berdasarkan \%LILA} &= \frac{\text{lila pengukuran}}{\text{lila standar}} \times 100 \% \\ &= \frac{24}{31,2} \times 100 \% \\ &= 75\% \text{ (kurang)} \end{aligned}$$



## 5.2. Pengkajian Biokimia

**Tabel. 2 Pengkajian Biokimia**

Kode IDNT	Data Biokimia	Hasil	Nilai Rujukan	Ket.
	Hb	14,4 g/dl	13,2-17,3	Normal
	GDS	117 mg/dl	70-120mg/dl	Normal
	Ureum	30,9 mg/dl	0-31 mg/dl	Normal
	Creatinin	0,93 mg/dl	0,6-1,1 mg/dl	Normal

Sumber data sekunder, rekam medik RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo, Agustus 2024

Kesimpulan : Dari hasil pemeriksaan biokimia dapat disimpulkan bahwa nilai biokimia Hemoglobin, GDS, Ureum dan Creatinin Tn S normal.

## 5.3. Pengkajian Data Fisik dan Klinis

**Tabel. 3 Pengkajian Data Fisik dan Klinis**

Kode IDNT	Data Fisik Klinis	Hasil
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	: Tampak lemas, anggota gerak kiri kaku, kesulitan mengunyah dan menelan, lidah pelo
PD.1.1.2	Bahasa Tubuh	:-
PD.1.1.6	Kepala dan mata	:-
PD.1.1.9	Vital sign	:-
	Nadi	:65x/menit (Normal)
	Suhu	:36,6 C (Normal)
	Respirasi	:20x/menit (Normal)
	Tekanan darah	:183/105 (Tinggi)
PD 1	Sistem Pencernaan	: susah BAB

Sumber data primer dan rekam medik RSUD Ir Soekarno Sukoharjo, Agustus 2024. Kesimpulan : Tn S tampak lemas, mengalami anggota gerak kiri kaku, dan kesulitan mengunyah dan menelan, lidah pelo, tekanan darah tinggi yaitu 183/105 dalam kategori Hipertensi II.

**Tabel. 4 Klasifikasi JNC VIII**

Klasifikasi	Sistol (mmHg)	Diastol (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Tingkat 1	140-159	90-99
Hipertensi Tingkat 2	>160	>100

#### 5.4. Pengkajian data terkait gizi/makanan

##### 1. Asupan makan dan pola makan

##### a. Kualitatif

**Tabel. 5 Pengkajian Asupan SQFFQ**

Golongan	Jenis	Porsi	Berat	Frekuensi
Makanan pokok	Nasi	1 ½	200	2-3x/hari
Lauk hewani	Ayam goreng	1 ptg	50 gr	2-3x/minggu
	Telur ceplok ayam	1 btr	50 gr	2x/hari
	Kepala ayam goreng	1 ptg	50 gr	2-3x/minggu
	Daging kambing	2 ptg	100 gr	2-3x/minggu
Lauk nabati	Tahu goreng	1 ptg	50 gr	3-4x/minggu
	Tempe bacem/tempe goreng	1 ptg	50 gr	3-4x/minggu
Sayur lodeh	Kacang	¼ gls	20 gr	2-3x/minggu
	Terong	¼ gls	30 gr	2-3x/minggu
	Labu siam	½ gls	25 gr	2-3x/minggu
Sayur asem	jagung	1 ptg	20 gr	2-3x/minggu
	Kacang	¼ gls	25 gr	2-3x/minggu
	Labu siam	¼ gls	25 gr	2-3x/minggu
	Daun so	¼ gls	5 gr	2-3x/minggu
Cap jay	Wortel	½ gls	20 gr	2-3x/minggu
	Sawi hijau	½ gls	25 gr	2-3x/minggu
	Kembang kol	½ gls	30 gr	2-3x/minggu
Buah	pir	1 buah	100 gr	2-3x/minggu
	pepaya	1 ptg	100 gr	2-3x/minggu
Susu	Susu kental manis	1 gls	200 ml	1x/hari
Santan	Santan	1 sdm	5 ml	2-3x/minggu

Sumber data primer, Agustus 2024

##### 1) Pola makan sebelum masuk rumah sakit

Berdasarkan tabel 5 , dapat disimpulkan bahwa pola makan pasien sebelum masuk rumah sakit yaitu makanan utama 2-3x sehari. Makanan pokok yang sering dikonsumsi adalah nasi 2-3x sehari. Lauk hewani yang sering di konsumsi adalah Ayam goreng, telur ayam, kepala ayam dan

daging kambing 2- 3x seminggu. Lauk nabati yang sering dikonsumsi pasien adalah tahu dan tempe 3-4x/minggu .sedangkan sayur yang biasanya dikonsumsi adalah sayur lodeh, sayur asem, cap jay 2-3x/minggu, buah yang sering dikonsumsi yaitu pir dan pepaya 2-3x/minggu dan pasien suka mengkonsumsi susu kental manis di setiap pagi.

- 2) Pada saat di rumah sakit pasien mendapatkan diet Rendah Garam dengan betuk makanan lunak (TIM). Asupan makan Tn s saat di rumah sakit yaitu sumber karbohidrat berupa nasi tim dihabiskan ½ porsi, makanan sumber lauk hewani dihabiskan ½ porsi makanan sumber nabati dihabiskan ¼ porsi dan sayur di habiskan ½ porsi. Kurangnya asupan makan sumber energi, protein hewani, protein nabati, sayur disebabkan karena kesulitan dalam mengunyah makanan, selain itu snack yang diberikan rumah sakit yang berupa buah dimakan ½ porsi dan agar-agar dihabiskan 1 porsi.

b. Kuantitatif

- 1) Pola makan sebelum masuk rumah sakit (SQFFQ)

**Tabel. 6 Hasil Asupan SQFFQ**

	Energi	Protein	Lemak	Kh	Na	Kolesterol
Asupan oral	1949,5	53,2	20,8	207,1	353,8	336,3
Kebutuhan	2150	65	70	415	1300	300
%Asupan	90%	81%	29%	49%	27%	168%
Interpretasi	<b>baik</b>	<b>baik</b>	<b>kurang</b>	<b>kurang</b>	<b>kurang</b>	<b>lebih</b>

Sumber data primer, Agustus 2024

Kesimpulan : Berdasarkan tabel 6 diatas hasil SQFFQ asupan lemak, karbohidrat dan natrium kurang dari kebutuhan dan asupan energi, protein dalam kategori baik, kolesterol dalam kategori lebih

- 2) Asupan makan masuk rumah sakit (Recall 24 jam)

**Tabel. 7 Hasil Asupan Recall 24 jam**

	Energi	Protein	Lemak	Kh	Na	Kolesterol
Asupan oral	858,6	35,6	22,1	129	74,4	112,5
Kebutuhan	2090	98	46,4	393	600	300
%Asupan	41%	36%	47%	32%	18%	56%
Interpretasi	<b>kurang</b>	<b>kurang</b>	<b>kurang</b>	<b>kurang</b>	<b>kurang</b>	<b>kurang</b>

Sumber data primer, Agustus 2024

Kesimpulan : Berdasarkan hasil recall 24 jam Asupan energi, protein, lemak, karbohidrat, dan natrium kurang dari kebutuhan.

Kategori asupan sesuai rekomendasi Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG 2004) terbagi 3 kategori

- a. Baik : 80-110%
- b. Kurang : <80%
- c. Lebih >110%.

2. Pengetahuan Terkait Gizi

Pasien dan keluarga belum mendapatkan edukasi terkait pasien.

3. Aktivitas Fisik

a. Sebelum sakit

Sebelum pasien didiagnosa Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparase Sinistra, pasien sebagai kepala rumah tangga dengan pekerjaan berdagang bakso keliling setiap hari.

b. Saat sakit

Pasien saat ini bedrest karena lemas, anggota gerak kiri pasien kaku.

4. Kemampuan menerima makanan

Saat ini pasien dalam keadaan sadar lemas, pasien mengalami kesulitan saat mengunyah

5. Terapi medis

**Tabel. 8 Terapi Medis**

Kode IDNT	Jenis Terapi Medis	Fungsi	Interaksi dengan makanan
FH.3.1	Infus RL 20tpm	Menjaga keseimbangan cairan	Mengandung natrium, kalium, kalsium yang mempengaruhi keseimbangan cairan tubuh
	Inj citicolin	Meningkatkan fungsi otak dan fungsi neurologis	Bisa dikonsumsi bersamaan dengan makanan
	Piracetam	Meningkatkan metabolisme otak dan aliran darah	Melakusksn

Gibgo Biloba	Memperbaiki aliran darah ke otak	Makanan alami mengurangi pendarahan
Inj Asering	mengisi kembali volume cairan dalam pembuluh darah	Bisa dikonsumsi bersamaan dengan makanan

Sumber data rekam medik RSUD Ir Soekarno Sukoharjo, Agustus 2024

Kesimpulan : Terapi medis yang digunakan adalah infus RL 20tpm dan Inj citicolin, peracetam dan linkgo plibiobak dan injeksi asering.

#### 6. Pengkajian data riwayat pasien

**Tabel. 9 Riwayat Pasien**

Jenis Data	Data Personal
Nama	Tn S
Umur	64 tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki
Peran dalam keluarga	Kepala Keluarga
Riwayat medis/keluarga	Tidak ada
Keluhan	Anggota gerak kiri kaku, pelo jika bicara
Riwayat penyakit sekarang	Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparase Sinistra
Riwayat penyakit dahulu	Hipertensi
Riwayat social	
-Agama	Islam
-Pekerjaan	Swasta (Berjualan bakso keliling)
-Suku	Jawa

Sumber data primer dan rekam medik RSUD Ir Soekarno Sukoharjo, Agustus 2024

Kesimpulan : Berdasarkan riwayat pasien, Tn s berusia 64 tahun peran dalam keluarga sebagai kepala keluarga, penyakit sekarang yaitu Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparase Sinistra dan Riwayat penyakit dahulu hipertensi, aktivitas sehari-hari yaitu berjualan bakso keliling.

**BAB VI**  
**DIAGNOSIS GIZI**

**6.1. Diagnosis Gizi**

**Tabel. 10 Diagnosis Gizi**

Domain	Problem	Etiologi	Sign and symptom
NI.2.1	Asupan oral tidak adekuat	Kesulitan mengunyah	Hasil recall energi 41%, protein 36%, lemak 47% dan karbohidrat 32% kurang dari kebutuhan
NI. 5.4	Penurunan kebutuhan tinggi natrium	Riwayat penyakit Hipertensi	Hasil tekanan darah 183/105 mmhg
NI.5.1	Peningkatan kebutuhan energi dan protein	Status Gizi Kurang	Status Gizi menurut LILA 75% kategori kurang
NB 1.1	Kurangnya pengetahuan terkait gizi dan makanan	Asupan lemak tinggi	Pasien sering mengkonsumsi lauk yang digoreng dan bersantan 3-4x/minggu

1. NI-5.1 Peningkatan kebutuhan energi dan protein berkaitan Status Gizi Kurang ditandai dengan Status Gizi menurut LILA 75% kategori kurang
2. NI-2.1 Asupan oral tidak adekuat berkaitan dengan kesulitan mengunyah ditandai dengan hasil recall Energi 41%, protein 36% lemak 47% dan karbohidrat 32% kurang dari kebutuhan
3. NI 5.4 Penurunan kebutuhan zat gizi natrium berkaitan dengan Riwayat penyakit dahulu hipertensi ditandai dengan tekanan darah tinggi 183/105 mmhg
4. NB 1.1 Kurangnya pengetahuan terkait gizi dan makanan berkaitan dengan asupan lemak tinggi ditandai dengan pasien sering mengkonsumsi lauk yang digoreng dan bersantan 3-4x/minggu

## **BAB VII**

### **INTERVENSI GIZI**

#### **7.1. Perencanaan**

Jenis : Diet Tinggi Energi Tinggi Protein Rendah Garam  
Bentuk makanan : Biasa  
Cara pemberian : Oral  
Frekuensi : 3x makan 2 x selingan

#### **7.2. Prekripsi Diet**

##### 1. Tujuan Diet

- a. Memberikan asupan makanan yang adekuat sesuai keadaan pasien untuk mencapai status gizi normal
- b. Membantu menurunkan tekanan darah mencapai normal

##### 2. Prinsip diet

- a. Tinggi energi Tinggi Protein
- b. Rendah garam

##### 3. Syarat dan prinsip diet

- a. Energi tinggi sesuai kebutuhan sesuai kebutuhan asupan pasien
- b. Protein tinggi yaitu 2 gr/kg BB
- c. Lemak cukup 20% dari kebutuhan
- d. Karbohidrat cukup dari total energi di kurangi jumlah protein dan lemak
- e. Vitamin dan mineral cukup sesuai dengan kebutuhan gizi
- f. Natrium 600 gr sesuai diet Rendah garam II
- g. Kolesterol 300 mg
- h. Makanan diberikan dalam bentuk mudah dicerna

#### 4. Perhitungan Kebutuhan Zat Gizi

$$\begin{aligned}\text{Estimasi TB} &= 85,61 + (3,16 \times \text{Ulna}) \\ &= 85,61 + (3,16 \times 23) = 158,2 \text{ cm}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Estimasi BB} &= (2,593 \times \text{LILA}) - 12,902 \\ &= (2,593 \times 24) - 12,902 = 49,3 \text{ kg}\end{aligned}$$

Rumus Harris

$$\begin{aligned}\text{Bennedict} &= 66,5 + (13,75 \times \text{BB}) + (5,003 \times \text{TB}) - 6,75 \times \text{U} \\ &= 66,5 + (13,75 \times 49,3) + (5,003 \times 158,2) - 6,75 \times 64 \\ &= 66,5 + 677,87 + 791,92 - 432 \\ &= 1104,29 \text{ kkal}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{TEE} &= 1104,29 \times \text{fa} \times \text{fs} \\ &= 1104,29 \times 1,2 \times 1,2 \\ &= 1590,18 + 500 \text{ kkal} \\ &= 2090 \text{ kkal}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Protein} &= 2 \times \text{BB} \\ &= 2 \times 49,3 \\ &= 98 \text{ gr}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Lemak} &= 20\% \times \text{kkal} \\ &= 20\% \times 2090 \\ &= 418/9 \\ &= 46,4 \text{ gr}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Karbohidrat} &= 2090 - (98 + 418) \\ &= 1574/4 \\ &= 393 \text{ gr}\end{aligned}$$

$$\text{Natrium} = 600 \text{ mg}$$

$$\text{Kolesterol} = 300 \text{ mg}$$



## 5. Perencanaan Konseling Gizi

Sasaran : pasien dan keluarga

Materi :

- a. Diet Tinggi Energi Tinggi Protein
- b. Memberikan contoh makanan yang dianjurkan, dibatasi ataupun dihindari.
- c. Motivasi kepada pasien agar memakan makanan yang disajikan di rumah sakit.
- d. Motivasi kepada keluarga pasien agar terus mendukung pasien dalam menjalani perawatan di rumahsakit dan diet yang diberikan.
- e. Mengevaluasi dengan memberikan pertanyaan terkait materi yang diberikan.

Media : leaflet diet, DBMP

Metode : konsultasi dan tanya jawab

Waktu : 15 mnt

Tempat : Cempaka bawah.

6. Rencana monitoring evaluasi

**Tabel. 11 Rencana monitoring dan evaluasi**

Parameter	Pengukuran	Metode	Target pencapaian
Anamnesis	Lemas, anggota gerak kiri kaku, kesulitan mengunyah makanan	Wawancara	Keluhan berkurang
Antropometri	LILA, dan Ulna	Pengukuran estimasi menggunakan metlin di awal dan akhir assesment	Status gizi mendekati
Biokimia	LDL Kolesterol	Kolaborasi dengan analis setiap hari	Nilai normal
Fisik, klinis	TD, suhu, nadi, RR, SPO2	Pemeriksaan fisik klinis kolaborasi dengan perawat	Nilai normal
Asupan (energi, protein, lemak, karbohidrat, natrium, kolesterol)		Recall 24 jam,	Asupan makanan >80%

**7.3. Implementasi**

1. Kajian terapi diet

a. Pemberian Diet Harian

Intervensi hari pertama yaitu memberikan diet sesuai dengan kebutuhan pasien. Pada implemenasinya, diet yang diberikan kepada pasien sesuai dengan diet standar rumah sakit.

Jenis : Diet TKTPRG

Bentuk: Biasa (nasi)

Rute : Oral

Frekuensi : 3x makanan utama 2x selingan

b. Perbandingan Standar Diet dengan Kebutuhan

**Tabel. 12 Perbandingan Standar Diet rumah sakit dengan kebutuhan**

	Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat
Standar Diet RS	2422,6	89,8	51,5	400,6
Kebutuhan	2090	98	46,4	393
%pemenuhan	114%	91%	110%	101%

Kesimpulan : Standar rumah sakit memenuhi 114% energi, 91% protein, 110% lemak, 101% karbohidrat

**Tabel. 13 Standar Diet dengan Rekomendasi Diet**

	Standar diet RS	Rekomendasi Diet
Pagi	Nasi 200 gr	Nasi 200 gr
	Lauk Hewani 50 gr	Lauk Hewani 50 gr
	Lauk Nabati 50 gr	Lauk Nabati 50 gr
	Sayur 75 gr	Sayur 75 gr
	Teh 200 ml	Teh 200 ml
Snack	Snack 50 gr	Snack 50 gr
Siang	Nasi 200 gr	Nasi 200 gr
	Lauk hewani 100 gr	Lauk hewani 100 gr
	Lauk Nabati 50 gr	Lauk Nabati 50 gr
	Sayur 75 gr	Sayur 75 gr
	Buah 100 gr	Buah 100 gr
2. E	Snack 50 gr	Snack 50 gr
	Sari kacang hijau 12, 5 gr	Sari kacang hijau 12, 5 gr
Snack <sup>d</sup> 16.00 u	Nasi 200 gr	Nasi 200 gr
	Lauk hewani 100 gr	Lauk hewani 100 gr
	Lauk Nabati 50 gr	Lauk Nabati 50 gr
	Sayur 75 gr	Sayur 75 gr
Malam <sup>k</sup> a s	Nasi 200 gr	Nasi 200 gr
	Lauk hewani 100 gr	Lauk hewani 100 gr
	Lauk Nabati 50 gr	Lauk Nabati 50 gr
	Sayur 75 gr	Sayur 75 gr
<b>Energi</b>	<b>2422,6</b>	<b>2090</b>
<b>Protein</b>	<b>89,8</b>	<b>98</b>
<b>Lemak</b>	<b>51,5</b>	<b>46,4</b>
<b>Karbohidrat</b>	<b>400,6</b>	<b>393</b>

3. Edukasi dan konseling gizi
  - a. Tujuan : Memberikan pengetahuan kepada pasien dan keluarga terkait Diet Tinggi Energi Tinggi Protein Rendah Garam
  - b. Sasaran : pasien dan keluarga pasien
  - c. Tempat : Gladiol Bawah 3.5
  - d. Waktu : 9.00-09.30
  - e. Media : leaflet, DBMP
  - f. Metode : Ceramah, diskusi
  - g. Materi:
    - 1) Diet TKTPRG
    - 2) Memberikan contoh makanan yang dianjurkan, dibatasi ataupun dihindari
    - 3) Motivasi kepada pasien agar memakan makanan yang disajikan di rumah sakit
    - 4) Motivasi kepada keluarga pasien agar terus mendukung pasien dalam menjalani perawatan di rumahsakit dan diet yang diberikan
    - 5) Mengevaluasi dengan memberikan pertanyaan terkait materi yang diberikan
4. Koordinasi dengan Tim Kesehatan Lain

Koordinasi dengan tenaga kesehatan lain meliputi bekerjasama dengan tenaga medis lain yang terlibat dalam proses perawatan pasien. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain meliputi dokter, perawat, dan ahligizi ruangnya.

  - a. Dokter

Koordinasi dengan dokter dilakukan untuk memperoleh informasi mengenai diagnosis medis dan diet yang diberikan untuk pasien melalui catatan medis pasien sehingga intervensi gizi sesuai dengan kondisi klinis pasien.
  - b. Perawat

Koordinasi dengan perawat dilakukan untuk memantau kondisi fisik klinis pasien melalui catatan medis, buku asuhan keperawatan, ataupun koordinasi secara langsung sehingga dapat dilakukan intervensi lebih lanjut sesuai dengan perkembangan pasien.

c. Ahli Gizi Ruangan

Koordinasi dengan ahli gizi ruangnya yaitu untuk memantau kondisi pasien dan memberikan masukan terkait perkembangan pasien.

**BAB VIII MONITORING, EVALUASI DAN TINDAK LANJUT**

**Tabel. 14 Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut**

Monitoring Assesment Gizi								
Hari	Diagnosa	Keluhan	Antropometri	Biokimia	Fisik	Asupan	Monitoring Diagnosa Gizi	Evaluasi dan Tindak lanjut
0	Obs Hemiprase Sinistra susp strok	Anggota gerak kiri kaku, kesulitan mengunyah makanan	Lila : 24 Ulna : 23 %Lila : 75%	-	TD : 183/105 Nadi : 65 Suhu : 36,6 RR : 20	Energi : 858,6 kkal (41%) Protein : 35,6 gr (36%) Lemak ; 22,1 (47%) Karbohidrat : 129 gr (393) 32% Natrium : 74,4 (18%)	NI-5.1 Peningkatan kebutuhan energi dan protein berkaitan Satus Gizi Kurang ditandai dengan Status Gizi menurut LILA 75% kategori kurang NI-2.1 Asupan oral tidak adekuat berkaitan dengan kesulitan menelan (lidah pelo) ditandai dengan hasil recall Energi 41%, protein 36% lemak 47% dan karbohidrat 32% kurang dari kebutuhan NI 5.4 Penurunan kebutuhn zat gizi natrium berkaitan dengan	Keluhan : Keluhan yang dialami pasien menurun, anggota gerak kiri kaku, kesulitan mengunyah makanan Antropometri : Status gizi kurang Biokimia : LDL kolesterol tinggi Fisik Klinis : nadi, suhu, RR (normal) TD(Tinggi) Asupan makan : E,P,L,KH termasuk kategori kurang Terapi diet : TKTPRG 2090kkal Bentuk makanan : Lunak Pemberian :

							Riwayat penyakit dahulu hipertensi ditandai dengan tekanan darah tinggi  183/105 mmhg	oral Frekuensi : 3x makan utama, 2x selingan Edukasi: memberikan pengetahuan dan motivasi untuk meningkatkan asupan
1	SNH dengan Hemiprase Sinistra	Keluhan yang dialami menurun, Anggota gerak kiri kaku, kesulitan mengunyah dan menelan, lidah pelo, batuk tidak berdahak	Lila : 24 Ulna : 23 %Lila : 75%	LDL kolesterol : 136,4 mg/dl	TD : 162/91 Nadi : 75 Suhu : 36,2 RR : 20	Energi : 1274 kkal (60%) Protein : 40,9 gr (41%) Lemak ; 30,5 (46,4%) Karbohidrat : 198,5 gr 50% Natrium : 161,8 (26%)	NI-5.1 Peningkatan kebutuhan energi dan protein berkaitan Satus Gizi Kurang ditandai dengan Status Gizi menurut LILA 75% kategori kurang NI-2.1 Asupan oral tidak adekuat berkaitan dengan kesulitan menelan (lidah pelo) ditandai dengan hasil recall Energi 60%, protein 41% lemak 46,4% dan karbohidrat 50% kurang dari	Keluhan : Keluhan yang dialami pasien menurun, anggota gerak kiri kaku, kesulitan mengunyah dan menelan Batuk tidak berdahak Antropometri : Status gizi kurang Biokimia : LDL kolesterol tinggi Fisik Klinis : nadi, suhu, RR (normal) TD(Tinggi) Asupan makan : E,P,L,KH termasuk kategori kurang Terapi diet :

							kebutuhan NI 5.4 Penurunan kebutuhn zat gizi natrium berkaitan dengan Riwayat penyakit dahulu hipertensi ditandai dengan tekanan darah tinggi 176/96 mmhg	TKTPRG 2090kkal Bentuk makanan : Lunak Pemberian : oral Frekuensi : 3xmakan utama, 2x selingan Edukasi: memberikan penetahuan dan motivasi untuk meningkatkan asupan
2	SNH Dengan Hemiparase Sinistra	Keluhan yang dialami menurun, Anggota gerak kiri kaku, kesulitan mengunyah dan menelan, lidah pelo, batuk tidak berdahak, susah BAB	Lila : 24 Ulna : 23 %Lila : 75%		TD : 162/91 Nadi : 75 Suhu : 36,2 RR : 20	Energi : 1889 kkal (80%) Protein : 62,8 gr (64%) Lemak ; 39 (85%) Karbohidrat : 321,2 gr 80% Natrium : 149,5 (24%)	NI-5.1 Peningkatan kebutuhan energi dan protein berkaitan Satus Gizi Kurang ditandai dengan Status Gizi menurut LILA 75% kategori kurang NI-2.1 Asupan oral tidak adekuat berkaitan dengan dengan kesulitan menelan (lidah pelo) ditandai dengan hasil recall Energi	Keluhan : keluhan yang dialami pasien menurun anggota gerak kiri kaku, kesulitan mengunyah dan menelan Batuk tidak berdahak, susah BAB Antropometri :Status gizi kurang Biokimia : LDL kolesterol tinggi Fisik Klinis :nadi, suhu, RR (normal)



							80%, protein 64% lemak 85% dan karbohidrat 80% kurang dari kebutuhan NI 5.4 Penurunan kebutuhn zat gizi natrium berkaitan dengan Riwayat penyakit dahulu hipertensi ditandai dengan tekanan darah tinggi 162/91 mmhg	TD(Tinggi) Asupan makan : E,P,L,KH termasuk kategori kurang Terapi diet : TKTPRG 2090 kkal Bentuk makanan : Lunak Pemberian : oral Frekuensi : 3xmakan utama, 2x selingan Edukasi: memberikan pengetahuan dan motivasi untuk meningkatkan asupan
--	--	--	--	--	--	--	---	---

Sumber data primer dan sekunder rekam medik RSUD Ir Soekarno Sukoharjo, Agustus 2024

## **BAB IX**

### **PEMBAHASAN KASUS**

Gambaran umum pada kasus ini adalah Tn S masuk ke rumah sakit pada tanggal 8 Agustus 2024 dengan keluhan anggota gerak kiri kaku dan kesulitan dalam menerima makanan (lidah pelo) selama 2 hari di rumah ketika tidak mengkonsumsi obat hipertensi beberapa hari. Riwayat penyakit terdahulu adalah pasien menderita penyakit hipertensi dengan tekanan darah tinggi yang diperiksa di puskesmas. Pasien masuk dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik Dislipidemia.

#### **8.1. Monitoring Antropometri**

**Tabel. 15 Monitoring Antropometri**

Antropometri	Awal	Akhir
Lila	24	24
Ulna	23	23
Status Gizi menurut Lila	75%	75%

Sumber : Data primer, Agustus, 2024

Berdasarkan pengukuran antropometri pada saat awal pertama pengambilan kasus dan akhir monitoring diketahui tidak terdapat perubahan hasil. Pengambilan antropometri disesuaikan dengan kondisi pasien. Dalam kasus ini pasien dalam kondisi bedrest dan tidak dapat diukur berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) aktualnya, sehingga diperlukan metode estimasi. Untuk melakukan estimasi berat badan dan tinggi badan diperlukan ukuran lingkaran lengan atas (LILA) dan panjang ulna atau tinggi lutut yang merupakan parameter yang berkorelasi dengan berat badan orang dewasa (Mulyasari, 2018)

Pengukuran LILA merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi, karena mudah, murah dan cepat, tidak memerlukan data umur yang terkadang susah diperoleh, serta dapat memberikan gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit (Maulina, 2019). Hasil pengukuran LILA diketahui sebesar 24 estimasi berat badan menurut Lila didapatkan 49,3 kg dan jika dihitung

menggunakan rumus dihasilkan %LILA sebesar 75% dengan kategori gizi kurang. Kategori status gizi berdasarkan %LILA (WHO-NCHS) yaitu <70% (gizi buruk), 70,1-84,9% (gizi kurang), 85-110% (gizi baik), 110-120% (overweight) dan >120 (obesitas).

Tinggi Badan aktual dapat diestimasi menggunakan metode tidak langsung dari pengukuran panjang ulna. Dibandingkan dengan pengukuran tinggi lutut, panjang ulna paling mudah dan tidak akan mengalami pemendekan seiring usia. Halini dilakukan dengan cara individu diukur panjang ulna dari bagian ujung siku (olecranon process) sampai tulang menonjol pergelangan tangan (styloid process) (CDC) .Selanjutnya, panjang ulna tersebut dimasukan kedalam persamaan untuk mendapatkan Tinggi Badan estimasi (Suffandini, 2019) Hasil pengukuran panjang ulna didapatkan 23 cm dan perhitungan estimasi tinggi badan menurut panjang ulna didapatkan tinggi badan 158,2 cm.

## 8.2. Monitoring Keluhan

**Tabel. 16 Monitoring keluhan**

Hari ke 1	Hari ke 2
Anggota gerak kiri kaku	Keluhan pasien menurun
Kesulitan mengunyah dan menelan	Anggota gerak kiri kaku
Batuk tidak berdahak	Kesulitan mengunyah
	Batuk tidak berdahak
	Susah BAB

Sumber data primer , Agustus 2024

Keluhan yang terjadi pada hari ke 0 anggota gerak kiri kaku dan kesulitan mengunyah sehingga asupan makanan belum terpenuhi dengan baik karena adanya kesulitann menerima makanan, karena untuk nafsu makan atau mual muntah pasien tidak ada masalah. Pada hari ke 1 diperoleh keluhan Anggota gerak kiri kaku, kesulitan mengunyah dan batuk tidak berdahak, pasien mengeluh setiap batu dada yang dirasakan

sesak, pada hari ke 2 Anggota gerak kiri kaku, mengunyah, batuk tidak berdahak, dan susah BAB,

Permasalahan yang muncul pada penderita stroke diantaranya akan terjadi kelemahan pada sisi tubuhnya yang menyebabkan kemandirian dan mobilitas menjadi berkurang sehingga akan membutuhkan bantuan. Gangguan tersebut terjadi secara kompleks, tergantung topis lesi yang terkena, gangguan tersebut dapat berupa gangguan motorik, gangguan sensorik, pola sinergis dan bahkan asosiasi. Hal tersebut dapat menimbulkan gangguan koordinasi dan keseimbangan gerak volunter sehingga mencegah terjadinya kontraktur dan keterbatasan. Peran fisioterapi pada kasus stroke berperan dalam mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi (Wardhana Y. , 2020)

Pasien stroke dapat pula menunjukkan gejala bicara tidak jelas (pelo) atau tidak dapat bicara (afasia). Hal ini pada umumnya disebabkan oleh karena kelumpuhan saraf otak nomor 12 atau lobus fronto-temporal di otak. Tanyakan nama dan alamat pasien. Lihat apakah ia mengerti maksud pertanyaan anda. Dengarkan baik-baik apakah bicaranya pelo. Mintalah ia menjulurkan lidah. Pada keadaan normal lidah akan terjulur lurus. Pada keadaan stroke lidah akan miring ke sisi yang lumpuh. Semua pasien dengan gangguan bicara mendadak harus dicurigai sebagai stroke. Disartria/ afasia ditemukan pada kurang lebih 50% kasus stroke. Penelitian Shigematsu, et al., (2013) ada 1693 kasus stroke di Jepang memperlihatkan bahwa kelemahan anggota gerak terdapat pada 79,7% kasus infark serebral, dan gangguan bicara pada 52,5% kasus. (Rizaldy, 2019)

Gejala stroke sangat ditentukan oleh bagian otak yang terkena. Salah satu kata kunci yang ada pada stroke adalah sifatnya yang mendadak. Seseorang yang pada awalnya baik-baik saja, dan menunjukkan gangguan sistem saraf yang bersifat mendadak harus dicurigai sebagai stroke. Perubahan tingkah laku, penurunan tajam penglihatan, gangguan

lapang pandang, gangguan menelan yang bersifat mendadak haruslah dicurigai sebagai stroke sampai terbukti bukan. (Ramadhani, 2019)

### 8.3. Monitoring Biokimia

**Tabel. 17 Monitoring Biokimia**

<b>Data Biokimia</b>	<b>9 Agustus 2024</b>	<b>10 Agustus 2024</b>	<b>11 Agustus 2024</b>	<b>12 Agustus 2024</b>
Hemoglobin	14,4 g/dl (Normal)	-	14,4 g/dl (Normal)	14,4 g/dl (Normal)
GDS	117 mg/dl (Normal)		114 mg/dl (Normal)	114 mg/dl (Normal)
Ureum	30,9 mg/dl (Normal)		30,9 mg/dl (Normal)	30,9 mg/dl (Normal)
Creatinin	0,93 mg/dl (Normal)		0,93 mg/dl (Normal)	0,93 mg/dl (Normal)
HDL kolesterol	45,8 mg /dl (Normal)		45,8 mg/dl (Normal)	45,8 mg/dl (Normal)
LDL Kolesterol	136,4 mg/dl (Tinggi)		136 mg/dl (Tinggi)	136 mg/dl (Tinggi)

Sumber data rekam medik RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo, Agustus 2024

Selama dilakukan monitoring pemeriksaan laboratorium dilakukan pada tanggal 10 Agustus 2024 dengan hasil Hemoglobin, Ureum, Creatinin, GDS, HDL kolesterol kategori normal, dan LDL kolesterol kategori tinggi, dilakukan pemeriksaan kembali pada tanggal 11 Agustus 2024 dengan hasil Hemoglobin, Ureum, Creatinin, GDS, HDL kolesterol kategori normal dan LDL kolesterol kategori tinggi.

Pembatasan asupan lemak atau kolesterol perlu diperhatikan karena kelebihan berbagai zat termasuk kolesterol darah dapat mengakibatkan risiko penyakit jantung koroner. Kolesterol yang berlebih akan mengendap di pembuluh darah akan menyumbat pembuluh darah. Penyumbatan ini menyebabkan kerja otot jantung meningkat. Dampak kelebihan kolesterol yang lain yaitu hipertensi, karena besarnya tekanan pada pembuluh darah akibat sumbatan pada pembuluh darah perifer. Semakin bertambah usia perlu diwaspadai risiko terkena hiperkolesteromia dengan menghindari beberapa seperti memelihara

indeks masa tubuh pada batas normal . Pemeriksaan berkala kadar kolesterol darah juga dapat mengantisipasi hiperkolesteromia lebih dini (Syamsuddin, 2022)

#### 8.4. Fisik/Klinis

**Tabel. 18 Monitoring Fisik dan Klinis**

	Pemeriksaan kondisi umum	Pemeriksaan Klinis				
		TD	Nadi	RR	Suhu	SPO2
9 Agustus 2024	sedang	189/101	64	20	36,3	99
10 Agustus 2024	sedang	176/96	83	20	36	99%
11 Agustus 2024	sedang	162/91	75	20	36,2	98%
12 Agustus 2024	sedang	179/99	72	20	36,4	98

Sumber data rekam medik RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo, Agustus 2024

Berdasarkan monitoring dan evaluasi fisik klinis pasien yang dilakukan selama 2 hari, tekanan darah pasien termasuk kategori hipertensi stage II menurut JNC 8 tekanan darah sistolik <160mmhg dan diastolik <100 mmhg termasuk alam kategori hipertensi tingkat II.

Banyak faktor yang dapat memengaruhi kejadian stroke, diantaranya yaitu umur, jenis kelamin, keturunan, ras, hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes melitus, merokok, aterosklerosis, penyakit jantung, obesitas, konsumsi alkohol, stres, kondisi sosial ekonomi yang mendukung, diet yang tidak baik, aktivitas fisik yang kurang dan penggunaan obat anti hamil. Namun dari banyaknya faktor yang memengaruhi kejadian stroke hanya hipertensi yang secara signifikan memengaruhi kejadian stroke sedangkan kadar lipid dan kebiasaan merokok tidak secara signifikan berhubungan dengan kejadian stroke (Hardika, 2020)

Faktor risiko stroke dibedakan menjadi dua, yaitu : faktor yang tidak dapat diubah adalah usia, jenis kelamin, faktor keturunan, dan ras.

Sedangkan yang tidak dapat diubah adalah hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, merokok, alkohol, obesitas, dan diet yang tidak baik. Misbach melaporkan penyebab utama terjadinya stroke di 28 rumah sakit di Indonesia, yaitu : hipertensi (73,9%), merokok (20,41%), dan diabetes mellitus (17,3%). Hipertensi merupakan faktor risiko stroke paling penting yang dapat dimodifikasi baik bagi laki-laki ataupun wanita. Hipertensi dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya stroke sekitar dua sampai empat kali). (Rahmah, 2023).

### 8.5. Asupan Makan Pasien

**Tabel. 19 Asupan Makan**

Keterangan	E	P	L	KH	Na	Kolesterolo
1						
Kebutuhan	2090	98	46,4	393	600	200
Perencanaan	2179,9	85,2	56,3	352,7	211,3	131
Asupan RS	1274	40,9	30,5	198,5	161,8	75,8
Asupan non RS	0	0	0	0	0	0
Total asupan	1274	40,9	30,5	198,5	161,8	75,8
% asupan Kategori	<b>60% kurang</b>	<b>41% kurang</b>	<b>66% kurang</b>	<b>50% kurang</b>	<b>26% kurang</b>	<b>37% kurang</b>
2						
Kebutuhan	2090	98	46,4	393	600	200
Perencanaan	2238,5	89,9	50,9	365	231,2	148
Asupan RS	1889	62,8	39	321,2	149,5	96,3
Asupan non RS	0	0	0	0	0	0
Total asupan	1889	62,8	39	321,2	149,5	96,3
% asupan Kategori	<b>80,8% baik</b>	<b>64% kurang</b>	<b>85% baik</b>	<b>81% baik</b>	<b>24% kurang</b>	<b>48% kurang</b>
Rata-rata asupan % asupan kategori	<b>75% kurang</b>	<b>52% kurang</b>	<b>73% kurang</b>	<b>66% kurang</b>	<b>36% kurang</b>	<b>42% kurang</b>

Berdasarkan tabel diatas pada hari pertama persentase asupan energi yaitu 60%, protein 41%, lemak 66%, karbohidrat 50%, natrium 26%, dan kolesterol 37%. Pada hari kedua terdapat peningkatan pada asupan energi yaitu 80,8%, lemak 85% dan karbohidrat 81% termasuk kategori baik sedangkan protein 64%, natrium 24% dan kolesterol 48% meningkat dibandingkan dengan hari pertama tetapi masih dalam kategori kurang, dikarenakan pasien mempunyai keluhan kesulitan mengunyah makanan.

Rata-rata asupan energi sebesar 75%, protein 52%, lemak 73%, karbohidrat 66% natrium 36% dan 42% kolesterol Dalam kategori kurang. Penyebab asupan makan kurang dikarenakan kesulitan dalam menerima makanan ( lidah pelo) Asupan pasien pada intervensi pertama kurang, pada intervensi di hari kedua terdapat peningkatan dan mencukupi kebutuhan kecuali asupan protein kurang dari kebutuhan.

Kategori asupan sesuai rekomendasi Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG 2004) terbagi 3 kategori

- a. Baik : 80-110%
- b. Kurang : <80%
- c. Lebih >110%

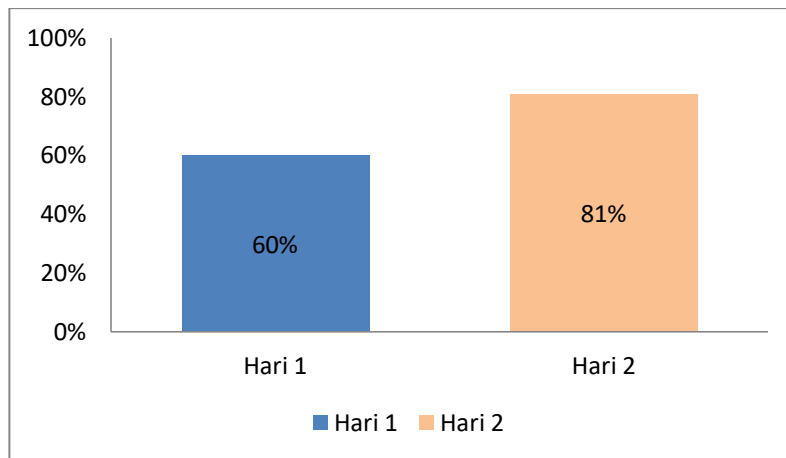
Pemantauan asupan makanan dilakukan dengan tujuan untuk menilai asupan zat gizi yang dikonsumsi pasien . pemantauan asupan makan, dilakukan selama 2 hari yang kemudian dilakukan evaluasi terhadap asupan makanannya. Evaluasi tersebut dilakukan untuk mengetahui presentase jumlah asupan makan pasien yang kemudian dibandingkan dengan zat gizi sesuai hasil perhitungan

Konsumsi makanan merupakan faktor utama untuk memenuhi kebutuhan gizi sebagai sumber tenaga, mempertahankan tubuh dalam menghadapi serangan penyakit dan untuk pertumbuhan. Makanan yang dikonsumsi dalam jumlah sedikit merupakan faktor penyebab kurangnya energi dan protein (Supariasa,2020).



Pada tabel diatas, rata-rata asupan energi sebesar 75%, protein 52%, lemak 73%, karbohidrat 66% natrium 36% dan 61% kolesterol Dalam kategori kurang. Penyebab asupan makan kurang dikarenakan kesulitan dalam menerima makanan ( lidah pelo) Asupan pasien pada intervensi pertama kurang, pada intervensi di hari kedua terdapat peningkatan dan mencukupi kebutuhan kecuali asupan protein kurang dari kebutuhan.

a. Monitoring asupan energi



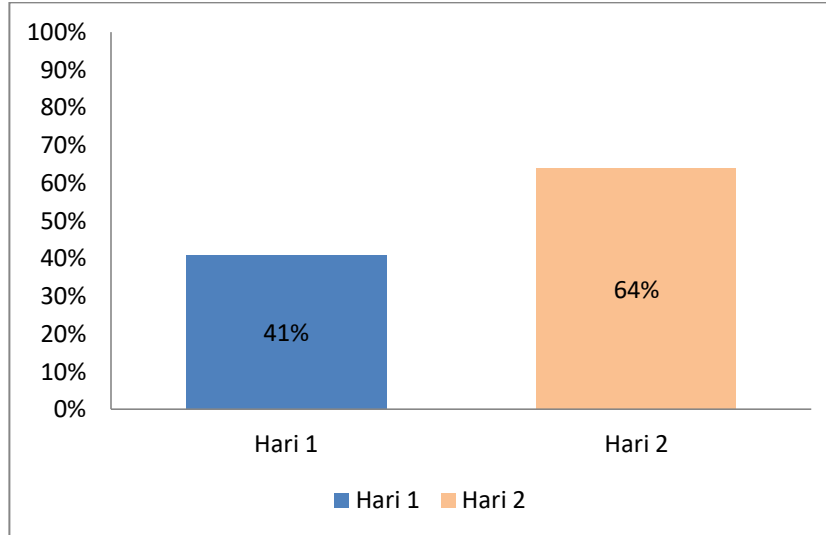
**Gambar. 1 asupan energi**

Berdasarkan diagram diatas, dapat dilihat bahwa hari ke 1 asupan energi sebanyak 60% termasuk dalam kategori kurang karena pasien kesulitan dalam mengunyah makanan, pada hari ke 2 ada peningkatan asupan energi sebanyak 80,8%, pasien sudah diberikan edukasi untuk menghabiskan makanan rumah sakit namun masih termasuk kategori kurang karena adanya kesulitan menunyah makanan dan keluhan pasien adanya batuk dan sesak jadi pasien untuk meningkatkan asupan makanan sedikit demi sedikit.

Kesulitan menelan makanan sering terjadi pada pasien stroke. Hal ini terjadi karena disfungsi dan inkoordinasi otot faring dan central nervous system kehilangan kontrol terhadap fungsi menelan. Hal ini sangat berhubungan dengan terjadinya malnutrisi, infeksi saluran pernapasan, dehidrasi, bertambahnya jumlah hari rawat, dan bahkan

kematian. Oleh karena itu, diagnosis dan penanganan dini sangat dibutuhkan dalam penatalaksanaan gizi (Haghyonowati, 2020)

b. Monitoring asupan protein



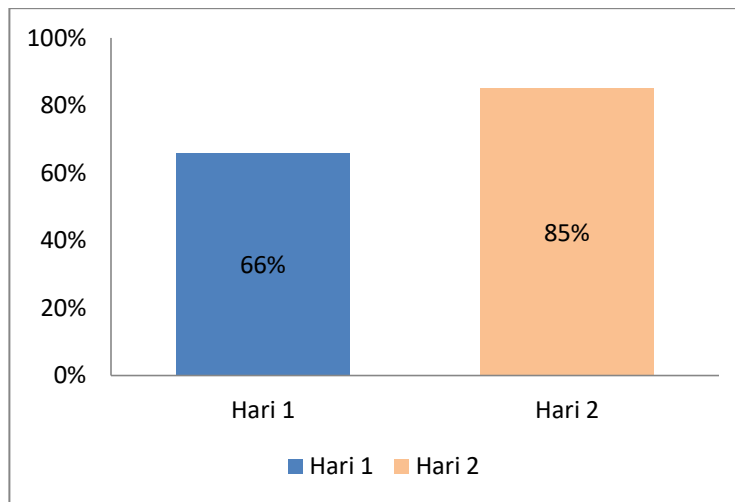
**Gambar. 2 asupan Protein**

Berdasarkan diagram diatas, dapat dilihat bahwa asupan protein pada hari ke 1 menuju hari ke 2 terdapat peningkatan yaitu pada hari 1 asupan protein sebanyak 41% termasuk dalam kategori kurang karena pasien kesulitan dalam mengunyah makanan, pada hari ke 2 ada peningkatan asupan protein sebanyak 64%, karena keluhan pasien sudah mulai menurun dan pasien diberikan edukasi untuk menghabiskan makanan rumah sakit karena adanya gangguan dalam menerima makanan dan keluhan pasien adanya batuk dan sesak jadi pasien untuk meningkatkan asupan makanan sedikit demi sedikit.

Salah satu nutrien yang dibutuhkan dalam hal ini adalah protein, khususnya albumin. Peranan albumin yang menjanjikan bagi penderita stroke antara lain fungsinya sebagai anti oksidan, kemampuannya mempertahankan integritas mikrovaskular (permeabilitas vaskular), memodulasi respon inflamasi, dan efek antikoagulannya, di samping tentu saja fungsi metaboliknya. Asupan makan berkurang akibat terganggunya kemampuan makan sementara kebutuhan energi meningkat

akibat stress oleh kejadian stroke, maka tubuh akan menggunakan jaringan lemak dan protein untuk mengatasinya. Jaringan otot yang banyak mengandung simpanan protein akan berkurang karena tubuh memerlukan asam-asam amino untuk ditukar dengan asam-asam lemak yang tidak dapat digunakan dalam upaya menghasilkan glukosa. (Novarina, 2020)

c. Monitoring Asupan lemak



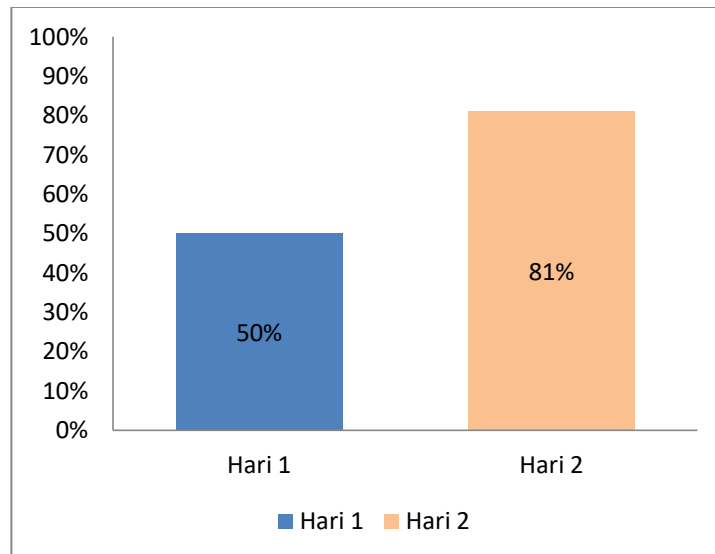
**Gambar. 3 Diagram asupan lemak**

Berdasarkan diagram diatas, dapat dilihat bahwa hari ke 1 asupan lemak sebanyak 66% termasuk dalam kategori kurang karena pasien kesulitan dalam mengunyah makanan, pada hari ke 2 ada peningkatan asupan lemak sebanyak 85%, pasien sudah diberikan edukasi untuk menghabiskan makanan rumah sakit namun masih termasuk kategori kurang karena adanya gangguan dalam menerima makanan dan keluhan pasien adanya batuk dan sesak jadi pasien untuk meningkatkan asupan makanan sedikit demi sedikit.

Karena asupan makan berkurang akibat terganggunya kemampuan makan sementara kebutuhan energi meningkat akibat stress oleh kejadian stroke, maka tubuh akan menggunakan jaringan lemak dan protein untuk mengatasinya. Tubuh akan menggunakan simpanan lemak yang

jumlahnya besar sebagai bahan bakar untuk menghasilkan glukosa dari molekul gliserolnya. Konsumsi lemak juga perlu di batasi untuk pasien stroke karena salah satu faktor risiko terjadinya stroke adalah dislipidemia yang setiap tahun angka kejadian dislipidemia sendiri semakin meningkat. Kolesterol adalah komponen esensial membran struktural semua sel otak dan saraf, jika terlalu banyak mengkonsumsi lemak akan mengakibatkan penumpukan lemak yang dapat menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah atau mengakibatkan pengapuran dan pengerasan pada pembuluh darah atau yang sering disebut dengan aterosklerosis

d. Monitoring asupan karbohidrat



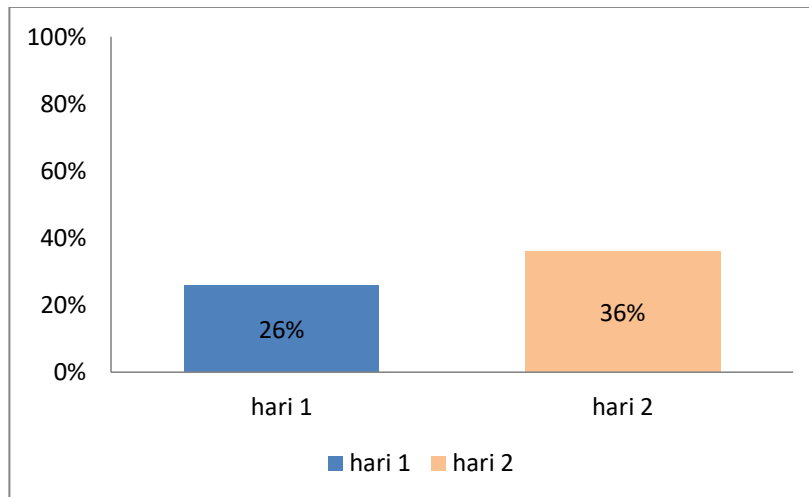
**Gambar. 4 Diagram asupan karbohidrat**

Berdasarkan diagram diatas, dapat dilihat bahwa hari ke 1 asupan karbohidrat sebanyak 50% termasuk dalam kategori kurang karena pasien kesulitan dalam mengunyah makanan, pada hari ke 2 ada peningkatan asupan karbohidrat sebanyak 81%, pasien sudah diberikan edukasi untuk menghabiskan makanan rumah sakit namun masih termasuk kategori kurang karena adanya gangguan dalam menerima makanan dan keluhan

pasien adanya batuk dan sesak jadi pasien untuk meningkatkan asupan makanan sedikit demi sedikit

Konsumsi sumber karbohidrat diperlukan untuk status gizi tetapi untuk pasien stroke perlu diperhatikan karena karbohidrat merupakan sumber energi utama untuk kebutuhan tubuh, yang melebihi asupan akan menyebabkan penyakit kronis seperti obesitas, resistensi insulin, dan stroke. Telah dikemukakan bahwa kuantitas dan kualitas karbohidrat mempengaruhi kesehatan metabolisme. Makanan dengan indeks glikemik (IG) dan beban glikemik (GL) yang tinggi telah terbukti meningkatkan risiko stroke (Novarina, 2020)

e. Monitoring Asupan natrium



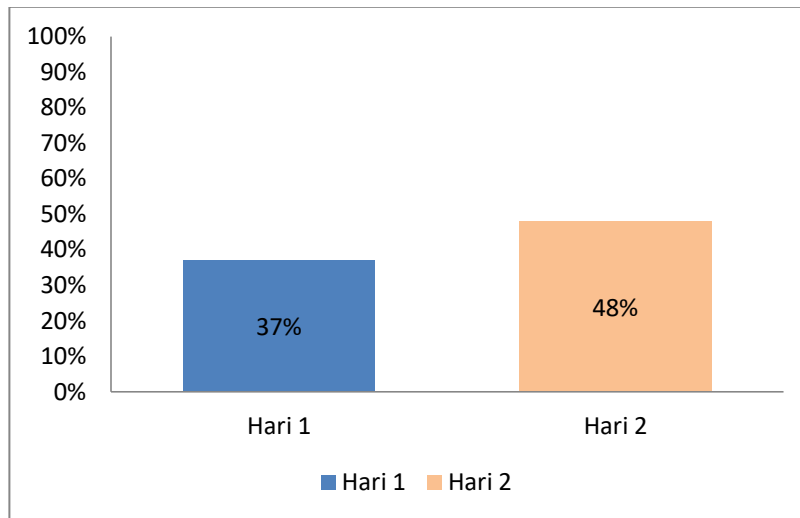
**Gambar. 5 Diagram Asupan natrium**

Berdasarkan diagram di atas , dapat dilihat bahwa hari ke 1 asupan natrium sebanyak 26% termasuk dalam kategori kurang , pada hari ke 2 ada peningkatan asupan karbohidrat sebanyak 36%. Pembatasan natrium perlu diperhatikan untuk pasien stroke terutama dengan tekanan darah yang tinggi. Kelebihan konsumsi natrium berkepanjangan dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah dan hipertensi.

Terdapat kaitan antara asupan natrium yang berlebihan dengan tekanan darah tinggi pada individu. 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, bahwa hipertensi adalah faktor risiko pertama dalam terjadinya serangan stroke dengan kekuatan asosiasi yang kuat telah dibuktikan (Ayu, 2021)

f. Monitoring asupan kolesterol



**Gambar. 6 Diagram asupan kolesterol**

Berdasarkan diagram diatas , dapat dilihat bahwa hari ke 1 asupan kolesterol sebanyak 37% termasuk dalam kategori kurang , pada hari ke 2 ada peningkatan asupan kolesterol sebanyak 48% masih dalam kategori kurang. Pembatasan kolsetrol perlu diperhatikan pada pasien dengan diagnosa stroke non hemoragik karena Peningkatan kadar kolesterol dalam darah (hiperkolesterolemia) mengawali terjadinya pelonjakan lemak tubuh yang pada akhirnya menyebabkan peningkatan tekanan darah. Dengan demikian, hiperkolesterolemia beresiko menyebabkan arteriosklerosis, yang kemudian menyebabkan kerusakan sistem kardiovaskuler, meliputi jantung, pembuluh darah dan darah kolesterol adalah salah satu faktor risiko terjadinya stroke berulang. Karena orang

yang memiliki riwayat kadar kolesterol yang tinggi dapat memicu terjadinya penyumbatan pembuluh darah di otak (Syamsuddin, 2022).

Kadar kolesterol total yang rendah akan menyebabkan endotel serebrovaskuler menjadi rapuh, sehingga lebih rentan terhadap terjadinya mikroaneurisma yang merupakan temuan patologis utama pada Perdarahan Intracerebral, Stroke dapat disebabkan oleh jumlah lipid yang abnormal di dalam darah, seperti adanya peningkatan kadar kolesterol total, peningkatan trigliserida, ataupun penurunan kadar High Density Lipoprotein (HDL) (Aini, 2019)

## 8.6. Perkembangan Diet

**Tabel. 20 Perkembangan Diet**

Hari ke	Jenis diet	Bentuk Makanan	Cara pemberian	Frekuensi
1	Diet TKTPRG	Biasa	Oral	3x makanan utama 2xselingan
2	Diet TKTPRG	Biasa	Oral	3x makanan utama 2xselingan

Sumber : Data Primer, Agustus 2024

Terapi diet yang diberikan dari implementasi hari pertama sampai hari kedua yaitu diet TKTPRG. Diet TKTP bertujuan untuk memenuhi kebutuhan energi dan protein yang meningkat untuk mencegah dan mengurangi kerusakan jaringan tubuh, diberikan untuk mengatasi masalah dan risiko malnutrisi pada pasien dan meningkatkan berat badan hingga mencapai status gizi normal (Suharyati, 2023).

Diet Rendah Garam diberikan bertujuan untuk menurunkan tekanan darah dan membantu menghilangkan retensi garam atau cairan dalam jaringan tubuh, diet rendah garam yang diberikan kepada pasien yaitu Diet rendah garam II (600-800mg). jenis diet ini diperbolehkan menggunakan ½ sdt garam dapur pada proses pengolahan makanan.

Pasien yang mendapatkan diet ini sebaiknya menghindari konsumsi bahan makanan tinggi natrium. Pemberian makanan sehari sama seperti diet rendah garam I. diet ini diberikan kepada pasien yang mengalami asites, edema atau hipertensi sedang (Nyoman, 2022).

## **BAB X**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan gizi dapat disimpulkan :

1. Hasil skrining pasien yang dilakukan menggunakan form NRS 2002 didapatkan hasil pasien beresiko malnutrisi dengan nilai skor 4
2. Assesment gizi pasien
  - a. Pasien memiliki diagnosis Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparase Sinistra
  - b. Keluhan utama pasien yaitu anggota gerak kiri kamu, kesulitan dalam menerima makanan, batuk tidak berdahak, susah BAB
  - c. Hasil pemeriksaan biokimia pasien memiliki hb, GDS, Ureum dan kreatinin normal
  - d. Hasil berdasarkan pemeriksaan fisik/klinis pasien terlihat lemas, tekanan darah tinggi 183/105 mmhg termasuk hipertensi kelas II
  - e. Berdasarkan riwayat gizi pasien memiliki kebiasaan makan yang kurang baik dibuktikan dengan hasil presentase asupan makan berdasarkan FFQ asupan energi 74%, protein 54%, lemak 62%, karbohidrat 67% dan Na 38% termasuk kategori kurang, dan hasil recall 24 jam energi 41%, protein 36%, lemak 47%, karbohidrat 32% Na 18%, kolesterol 56% kurang dari kebutuhan
3. Diagnosis Gizi
  - a. NI-5.1 Peningkatan kebutuhan energi dan protein berkaitan Satus Gizi Kurang ditandai dengan Status Gizi menurut LILA 75% kategori kurang



- b. NI-2.1 Asupan oral tidak adekuat berkaitan dengan dengan kesulitan mengunyah makanan ditandai dengan hasil recall Energi 41%, protein 36% lemak 47% karbohidrat 32%, natrium 36%, kolesterol kurang dari kebutuhan
  - c. NI 5.4 Penurunan kebutuhan zat gizi natrium berkaitan dengan Riwayat penyakit dahulu hipertensi ditandai dengan tekanan darah tinggi 183/105 mmhg
  - d. NB 1.1 Kurangnya pengetahuan terkait gizi dan makanan berkaitan dengan asupan lemak tinggi ditandai dengan pasien sering mengkonsumsi lauk yang digoreng dan bersantan 3-4x/minggu
4. Intervensi
- Jenis yang diberikan TKTPRG 2090 kkal Makanan diberikan secara oral dalam bentuk makanan biasa (nasi) frekuensi 3x makanan utama 2x selingan
5. Monitoring dan Evaluasi
- a. Anamnesis : anggota gerak kiri kaku, kesulitan mengunyah
  - b. Antropometri : Status Gizi kurang dengan %Lila 75%
  - c. Biokimia : Hb, Ureum, Kreatinin, GDS , HDL LDL kolesterol Normal
  - d. Fisik Klinis : Tekanan darah, nadi, suhu, RR normal
  - e. Asupan makan : rata-rata asupan energi sebesar 75%, protein 52%, lemak 73%, karbohidrat 36% dan natrium 24%. Dalam kategori kurang
6. Konsultasi Gizi
- Konsultasi gizi dilakukan dengan materi diet TKTPRG dengan ceramah dan tanya jawab kepada pasien dan keluarga. Lokasi konsultasi di bangsal Gladiol Bawah 3.5 menggunakan media leaflet yang berisikan tujuan, bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan disertai contoh menu sehari beserta beratnya disesuaikan dengan ukuran rumah tangga (URT) serta bahan penukar.

## **B. Saran**

1. Keluarga pasien diharapkan memberikan dukungan kepada pasien untuk pemulihan pasien dengan menjaga asupan makan pasien supaya gizi seimbang dan menghindari tinggi natrium
2. Bagi pasien setelah pulang dari rumah sakit diharapkan pasien mampu menerapkan pola makan dan diet yang dianjurkan

## DAFTAR PUSTAKA

- Aini, A. Q. (2019). Perbedaan Kadar Kolesterol Total Antara Penderita Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik. Skripsi. Surakarta, *Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Argye, E. H. (2017). American Stroke Association. *Journal American Heart Association*, 35 : 181-185.
- Ayu, A. (2021). *Asuhan Gizi Pada Pasien Stroke*, Journal Keperawatan
- Dian, S. (2019). Pemberian Penyukuhan Hipertensi Sebagai Upaya Peningkatan Pengetahuan dan Pencegahan Hipertensi di Masyarakat Desa Jatingarang Sukoharjo., *Jurnal Politeknik Pratama* 21:11-13
- Haghyonowati. (2020). Penatalaksanaan Gizi pada pasien stroke dengan disfagia. RSUP Dr Kariadi. *Jurnal Medical Hospital*, 5:90-92
- Hardika, D. (2020). Faktor Risiko yang Mempengaruhi Terjadinya Stroke Non Hemoragik pada Pasien di RS Charitas dan RS Myria Palembang. *Journal Akademika*. 114-119
- Jamaluddin. (2020). *Peningkatan Fleksibilitas Sendi pada Pasien Stroke dengan Terapi Tali Temali*. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 74-78.
- Kemenkes. (2016). Riset Kesehatan Dasar. *Angka Kematian Stroke Di Indonesia*.
- Maulina, M. (2019). Gambaran Karakteristik dan Status Gizi Berdasarkan LILA. *Jurnal Malikussaleh* 78-79
- Michalska. (2019). The Knowledge and Awareness of Hypertension Among Patients With Hypertension in Central Poland. *Journal Angiology*. 525-532
- Mulyasari, I. (2018). Lingkar lengan atas dan Panjang Ulna Sebagai Parameter Antropometri Untuk Memperkirakan Berat Badan dan Tinggi Badan. Skripsi. *Universitas Ngudi Waluyo*.
- Novarina, V. (2020). *Nutrisi dan Imunitas pada Stroke*. Gorontalo: CV Athra Samudra.
- Nurhidayat. (2021). Tingkat Ketergantungan Activity Daily Living Pada Pasien Stroke Iskemik dan Hemoragik. *Jurnal Kesehatan Mesencephalon*. 367-369
- Nyoman, D. (2022). *Asuhan Gizi Klinik*. Jakarta.

- Rahmah, D. (2023). Management Fisioterapi Pada Kasus Hemiparese Sinistra Stroke Non Hemoragik. *Journal of Innovation Research adn Knowledge*. 568-570
- Ramadhani, R. (2019). Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Hemiparase melalui Latihan Range of Motiion. *Journal Telenursing*, 354-363.
- Rasidji. (2023). Penatalaksanaan Hipertensi. *Universitas Tarumanegara*.
- Rizaldy, P. (2019). Pengertian, Gejala Tindakan, perawatan, Penceahan Stroke. *Jurnal Repostiry*
- Rizqiputri, S. (2022). Faktor Risiko pada Pasien Dislipidemia. *Jurnal Implementa Husada*.
- Suffandini, N. (2019). Validitas Estimasi Tinggi Badan Berdasarkan Tinggi Lutut. Skripsi, *Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Suharyati. (2023). Penuntun Diet dan Terapi Gizi. Jakarta.
- Syamsuddin, F. (2022). Kadar Kolesterol Denan Kejadian Stroke Berulang. *Jurnal Ilmu Kesehatan*.
- Wardhana, Y. (2020). Non Hemoragik Sinistra Dengan InfraRed, Transcuneous Selectrical.
- Wardhana, Y. (2020). Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Stroke Hemiparese. Skripsi, *Universitas Widya Husada, Semarang*
- Wiratman, A. (2018). *Buku Ajar Neurologi*. Jakarta: Departemen Neurologi FK UI.

**LAMPIRAN**

**Lampiran. 1 Skrining**

**NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS-2002)**

*Skrining Awal*

No	KRITERIA	JAWABAN	
		YA	TIDAK
1.	Apakah IMT < 20,5 ?		v
2.	Apakah pasien kehilangan BB dalam 3 bulan terakhir ?		v
3.	Apakah asupan makanan menurun seminggu terakhir ?	V	
4.	Apakah pasien dengan penyakit berat ?		v
Jika tidak untuk semua criteria skrining (Ulang seminggu kemudian)			
Jika ada 1/lebih criteria dengan jawaban ya (skrining lanjut)			

*Skrining lanjut I*

RISIKO GIZI	KRITERIA
Absen (Skor=0)	Status gizi normal
Ringan (skor=1)	Kehilangan BB >5% dalam 3 bulan atau asupan 50-75% dari kebutuhan
<b>Sedang (skor=2)</b>	Kehilangan BB >5% dalam 2 bulan atau IMT 18,5-20,5 atau asupan 25-50% dari kebutuhan
Berat (skor=3)	Kehilangan BB >5% dalam 1 bulan (>15% dalam 3 bulan) atau IMT 18,5 atau asupan 0-25% dari kebutuhan

*Skrining lanjut II*

RISIKO GIZI	KRITERIA
Absen (skor=0)	Kebutuhan gizi normal
Ringan (skor=1)	Fraktur, pasien kronik (sirosis hati, COPD, HD rutin, diabetes, kanker)
<b>Sedang (skor=2)</b>	Bedah mayor, stroke, pneumonia berat, kanker darah
Berat (skor=3)	Cidera kepala, transplantasi sumsum, pasien ICU

**KESIMPULAN**

	Skrining lanjut I	Skrining lanjut II	Usia >65 tahun	TOTAL SKOR
<b>SKOR</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>4</b>
<b><del>RISIKO MALNUTRISI/TIDAK RISIKO</del></b>				

Skor >3 : risiko malnutrisi, perlu perencanaan gizi secara dini

Skor <3 : tidak berisiko malnutrisi atau bisa dilakukan skrining seminggu kemudian

## Lampiran 2 Riwayat makan FFQ 1

Bahan Makanan	Frekuensi			
	hari	mingu	urt	porsi
Nasi	2-3		2 gls	200
Bubur				
Mie telur				
Bihun				
Kentang				
Singkong				
Ubi				
Roti tawar				
Jagung				
Telur ayam	2		1 gr	50
Sosis				
Kepala ayam		2-3	1 ptg	50
Daging ayam		2-3	1 ptg	50
Daging kambing		2-3	2 ptg	100
Bakso				
Nuget				
Hati ayam				
Udang				
Ikan lele				
Ikan kakap				
Ikan bawal				
Ikan mujaer				
Abon				
Kacang hijau				
Kacang kedelai				
Tahu		3-4	1 ptg	50 gr
tempe		3-4	1 ptg	50 gr
Kacang		2-3	¼ gls	20 gr
Terong		2-3	¼ gls	30 gr
Santan		2-3	½ gls	25 gr
jagung		2-3	1 sdm	5 ml
Kacang		2-3	1 ptg	20 gr
Labu siam		2-3	¼ gls	25 gr
Daun so		2-3	¼ gls	25 gr
Wortel		2-3	¼ gls	5 gr

Sawi hijau		2-3	½ gls	20 gr
Kembang kol		2-3	½ gls	25 gr
Kacang		2-3	½ gls	30 gr
Terong		2-3	½ gls	20 gr
pir		2-3	1 buah	100
Pepaya		2-3	1 ptg	100
Alpukat				
Semangka				
Mangga				
Apel				
Pisang mas				
Pisang ambon				
Pisang kepok				
Pisang raja				
salak				
Susu kotak				
Keju				
Susu kental manis	1		1 gl	200
Gorengan				

### Lampiran 3 Analisis FFQ

---

---

#### Analysis of the food record

---

---

Food	Amount	energy	carbohydr.
nasi	600 g	1078.4 kcal	238.8 g
telur ayam	100 g	155.1 kcal	1.1 g
daging ayam	21 g	62.5 kcal	0.0 g
daging ayam bagian kepala	30 g	44.4 kcal	0.0 g
daging kambing	28 g	41.7 kcal	0.0 g
tahu	28 g	21.3 kcal	0.5 g
tempe kedele murni	28 g	55.7 kcal	4.8 g
kacang panjang biji	16 g	5.6 kcal	1.3 g
terong belanda / ungu	12 g	3.4 kcal	0.8 g
labu siam mentah	20 g	4.0 kcal	0.9 g
santan	5 g	1.6 kcal	0.3 g
jagung	8 g	11.8 kcal	2.5 g
daun melinjo	2 g	2.1 kcal	0.4 g
wortel	8 g	2.9 kcal	0.6 g
sawi hijau	10 g	2.8 kcal	0.4 g
kembang kool mentah	12 g	3.0 kcal	0.6 g
pisang rebus	42 g	53.3 kcal	14.1 g

Meal analysis: energy 1549.5 kcal (100 %), carbohydrate 267.1 g (100 %)



=====

=====

**Result**

=====

=====

Nutrient content	analysed value	recommended value/day	percentage fulfillment
energy	1949.5 kcal	2036.3 kcal	76 %
protein	53.2 g(14%)	60.1 g(12 %)	88 %
fat	20.8 g(16%)	69.1 g(< 30 %)	42 %
carbohydr.	207.1 g(70%)	290.7 g(> 55 %)	92 %
cholesterol	336.3 mg	-	-
sodium	353.8 mg	-	-

#### Lampiran 4 Recall 24 Jam

Waktu	Menu	Bahan	Berat
Pagi	Nasi	Beras	100
	Telur ceplok	Telur	50
		Minyak	5
	Sayur asem	Terong	30
Kacang		35	
Malam	Nasi	Beras	100
	Soto	Taoge	15
		Kol	30
		Ayam	20
Siang	Nasi	Beras	100
	Soto	Tauge	15
		Kol	30
			Ayam

## Lampiran 5 Analisis recall 24 jam

### Analysis of the food record

Food	Amount	energy	carbohydr.
bubur nasi	200 g	145.8 kcal	32.0 g
daging ayam	50 g	148.9 kcal	0.0 g
tahu	50 g	38.0 kcal	0.9 g
sayur bayam wortel	74 g	14.0 kcal	3.0 g
soto	75 g	81.0 kcal	6.5 g
nasi	100 g	175.0 kcal	40.0 g
soto	75 g	81.0 kcal	6.5 g
nasi	100 g	175.0 kcal	40.0 g

Meal analysis: energy 858.6 kcal (100 %), carbohydrate 129.0 g (100 %)

### Result

Nutrient content	analysed value	recommended value/day	percentage fulfillment
energy	858.6 kcal	2036.3 kcal	42 %
protein	35.6 g(17%)	60.1 g(12 %)	59 %
fat	22.1 g(23%)	69.1 g(< 30 %)	32 %
carbohydr.	129.0 g(61%)	290.7 g(> 55 %)	44 %
cholesterol	112.5 mg	-	-
sodium	74.4 mg	-	-

### Lampiran 6 Menu hari 1

Waktu	Menu	Bahan	gr	E	P	L	KH	Na	Ch
Siang	Nasi	Beras	100	360	0,6	0	79,5	0	0
	Ayam bestik	Daging ayam	50	142,2	13,4	9,4	0	3,2	21
		Kecap diet	5	15,1	0	0	5	12	0
		Gula diet	10	30,1	0	0	10,5	11	0
	Tahu rolade	tahu	40	30,4	3,2	1,9	10,5		2
		Tepung tapioka	5	19	0	0	4,6	0,2	0
		telur	5	7,8	0,6	0,5	0,1	3	0
	sop	wortel	35	12,6	0,3	0,2	2,8		0
		kentang	35	21,7	0,7	0,1	4,7	0,4	
		kapri	5	1,7	0,1	0	0,4		43
		minyak	2	17,2	0	2	0		0
	buah	pepaya	100	32	0,6	0,4	7,2	1	0
snack	Sosis basah	telur	35	7,8	0,6	0,5	0,1	14	0
		Daging ayam	10	12,6	0,3	0,2	2,8	0,1	0
		wortel	5	21,7	0,7	0,1	4,7	6	0,3
16.00	S kacang hijau	Kacang hijau	12,5	46,3	2,9	0,2	7,1	3	9
		Gula	10	39,4	0	0	2,4	2	0
sore	nasi	beras	100	360	67	0,6	79,5		
	Ayam asam manis	Daging ayam	75	99,5	9,5	3,8	8,5	4	21
		gula	5	19,3	0	0	5	0,1	1
	Orak arik	wortel	45	12,6	0,3	0,2	2,8		2
		buncis	35	12,2	0,7	0,1	2		
		minyak	2	17,2	0	2	0	0,5	0,3
pagi	nasi	beras	100	360	6,7	0,6	79,5	1,3	
	Opor telur	telur	50	77,6	6,3	5,3	0,6		11
		gula	5	30,1	0	0	0,5	2	
	Tahu bb opor	tahu	50	38	4,1	2,4	0,9	3	
		gula	5	30,1	0	0	10,5	6,4	
	Sop gambas	gambas	50	18,5	1,9	0,1	3,7		

		kapri	5	1,7	0,1	0	0,4	2	2
		wortel	20	1,2	0,2	0,1	1,6	0	0
	teh	teh	1	1,2	0,2	0,1	1,6	5	0
		gula	10	38,7	0	10,5	0		
snack	Zebra cake	Tepung terigu	20	77,8	21	0,2	0,15	0,8	4
		telur	10	15,5	1,3	1,1	0,1		0,8
		gula	10	19,7	0	0	0,7	211 ,3	0
TOTAL				2179, 9	85,2	50,3	352,7	161 ,8	131
KEBUTU HAN				2090	98	46,4	393	600	75,8
PERSENT ASE				104%	86%	108 %	89%	26 %	37%

**Lampiran 7 Menu hari 2**

Waktu	Menu	Bahan	gr	E	P	L	KH	Na	Ch
Siang	Nasi	Beras	100	360	0,6	0	79,5	0	0
	Bakso rambutan	Daging ayam	35	176,7	10,9	15	0	3,2	21
		bihun	5	19	0	0	4,6	12	0
		tepung	5	19	0	0	5,6	11	0
		telur	5	7,8	0,6	0,6	0,5		2
	Rolade tuna bb rujak	Ikan tuna	25	29,3	5,8	0,7	0	0,2	0
		Tepung terigu	5	18,2	0,5	0,1	3,8	3	0
		Telur	5	7,8	0,6	0,5	0,1		0
		gula	2	1,7	0	2	0	0,4	
	Tempe bb rujak	tempe	50	99,5	9,5	3,8	8,5		43
		gula	2	17	0	2	0		0
	Sup tekwan	wortel	40	14,4	0,4	0,2	0	1	0
		kapri	25	8,7	0,5	0,1	2	14	0
		Kacang polong	5	1,1	0,1	0	0,3	0,1	0
		minyak	2	17,2	0	2	0	6	0,3
buah		pisang	100	126	1,4	0,2	37,6	3	9
snack	Bongko mutiara	mutiara	12,5	40,3	3,9	0,2	7,1	2	0
		gula	10	39,4	0	0	9,4		
16.00	S kacang hijau	Kacang hijau	12,5	40,3	2,9	0,2	7,1	4	21
		gula	10	30,4	0	0	9,4	0,1	1
sore	nasi	beras	100	360	0,6	0	79,5		2
	Daging sapi terik	Daging sapi	50	176,7	10,9	15	0		
		gula	5	19	0	0	4,6	0,5	0,3
	Ayam saus tiram	Daging ayam	25	148,9	9,1	12,5	0	1,3	
		gula	10	39,4	0	0	9,4		11
	Tahu bb tiram	tahu	50	28	4,1	03,4	0,9	2	
		gula	5	19	0	0	5	3	
	Ca japan wortel	Labu siam	35	7	0,3	0,1	1,5	6,4	

		wortel	40	14,4	0,4	0,2	0,2		
		minyak	2	17,2	0	2	0	2	2
Pagi	nasi	beras	100	360	0,6	0	79,5	0	0
	Ayam bb rujak	Daging ayam	50	148,9	9,1	12, 5	0	5	0
		gula	10	38,7	0	0	10		
	Tempe bb rujak	tempe	50	99,5	9,5	0,2	0	0,8	4
		gula	2	7,1	0,3	1	0,8	0	0
								3,2	21
	Sup timun wortel	timun	25	3,2	0,2	6	0,7	12	0
		wortel	45	16,2	0,5	0,3	3,6	11	0
		minyak	2	17,2	0	2	0		2
	teh	teh	1	1,5	0	0	0,4	0,2	0
		gula	10	39,4	0	0	0,4	3	0
snack	Bolu panggang	Tepung terigu	30	109,2	3,1	22, 9			0
		telur	5	19,7	0	0	4,7	0,4	
		gula	10	15,5	1,3	1,1	0,1		43
TOTAL				2293	87,8	51, 1	393	231, 2	148
kebutuha n				2090	89,8	46, 8	393	149, 5	96,3
%				91%	97%	10 9%	100%	24%	48%

### Lampiran 8 Hasil Recall Hari 1 dan Hari

waktu	Nama masakan	Bahan makanan	berat
Siang	Nasi	Beras	45
4	Ayam bestik	Daging ayam	25
		Kecap diet	5
		Gula diet	2
	Tahu rolade	tahu	20
		Tepung tapioka	2
		telur	2
	sop	wortel	25
		kentang	20
		kapri	5
		minyak	2
	buah	pepaya	50
snack	Sosis basah	telur	35
		Daging ayam	10
		wortel	5
16.00	S kacang hijau	Kacang hijau	12,5
		Gula	10
sore	nasi	beras	50
	Ayam asam manis	Daging ayam	25
		gula	2
	Orak arik	wortel	15
		buncis	35
		minyak	2
pagi	nasi	beras	50
	Opor telur	telur	25
		gula	5
	Tahu bb opor	tahu	20
		gula	5
	Sop gambas	gambas	20
		kapri	5
		wortel	10
	teh	teh	1
		gula	10
snack	Zebra cake	Tepung terigu	20



Hasil Recall hari ke 2

waktu	Nama masakan	Bahan makanan	berat
Siang	Nasi	Beras	75
	Bakso rambutan	Daging ayam	35
		bihun	5
		tepung	5
		telur	5
	Rolade tuna bb rujak	Ikan tuna	25
		Tepung terigu	5
		Telur	5
		gula	2
	Tempe bb rujak	tempe	20
		gula	2
	Sup tekwan	wortel	20
		kapri	25
		Kacang polong	5
		minyak	2
buah		pisang	50
snack	Bongko mutiara	mutiara	12,5
		gula	10
16.00	S kacang hijau	Kacang hijau	12,5
		gula	10
sore	nasi	beras	75
	Daging sapi terik	Daging sapi	20
		gula	5
	Ayam saus tiram	Daging ayam	25
		gula	10
	Tahu bb tiram	tahu	20
		gula	5
	Ca japan wortel	Labu siam	15
		wortel	40
		minyak	2
Pagi	nasi	beras	100
	Ayam bb rujak	Daging ayam	50

		gula	10
	Tempe bb rujak	tempe	50
	Sup timun wortel	timun	10
		wortel	15
		minyak	2
	teh	teh	1
		gula	10
	Bolu panggang	Tepung terigu	30
		telur	5
		gula	10

## Lampiran 9 Analisis Recall

### Analysis of the food record

Food	Amount	energy	carbohydr.
nasi	100 g	179.7 kcal	39.8 g
daging ayam	50 g	148.9 kcal	0.0 g
gula jawa diet	10 g	30.1 kcal	10.5 g
tahu	40 g	30.4 kcal	0.8 g
telur ayam	5 g	7.8 kcal	0.1 g
tepung terigu	5 g	18.2 kcal	3.8 g
pepaya	100 g	39.0 kcal	9.8 g
kapri muda mentah	20 g	7.0 kcal	1.6 g
wortel	10 g	3.6 kcal	0.8 g
kentang	10 g	6.2 kcal	1.4 g

Meal analysis: energy 470.8 kcal (37 %), carbohydrate 68.4 g (34 %)

nasi	100 g	179.7 kcal	39.8 g
daging ayam	25 g	74.5 kcal	0.0 g
gula pasir	10 g	39.4 kcal	9.4 g
buncis mentah	20 g	7.0 kcal	1.6 g
wortel	25 g	9.0 kcal	2.0 g

Meal analysis: energy 309.5 kcal (24 %), carbohydrate 52.8 g (27 %)

nasi	100 g	179.7 kcal	39.8 g
telur ayam	50 g	77.6 kcal	0.6 g
tahu	25 g	19.0 kcal	0.5 g
gambas / oyong mentah	20 g	4.0 kcal	0.9 g
wortel	10 g	3.6 kcal	0.8 g

Meal analysis: energy 283.9 kcal (22 %), carbohydrate 42.5 g (21 %)

teh	1 g	0.5 kcal	0.1 g
gula pasir	10 g	38.7 kcal	10.0 g

adonan tepung terigu	20 g	72.8 kcal	15.3 g
telur ayam	10 g	15.5 kcal	0.1 g
gula pasir	10 g	39.4 kcal	9.4 g
minyak kelapa	5 g	43.1 kcal	0.0 g

Meal analysis: energy 210.0 kcal (16 %), carbohydrate 34.9 g (18 %)

=====  
=====

**Result**

=====  
=====

Nutrient content	analysed value	recommended value/day	percentage fulfillment
energy	1274.3 kcal	2036.3 kcal	63 %
protein	40.9 g(13%)	60.1 g(12 %)	68 %
fat	30.5 g(24%)	69.1 g(< 30 %)	51 %
carbohydr.	198.5 g(63%)	290.7 g(> 55 %)	68 %
cholesterol	75,8 mg	-	-
sodium	131 mg	-	-

## Lampiran 10 Analisis recall 2

### Analysis of the food record

Food	Amount	energy	carbohydr.
nasi	100 g	179.7 kcal	39.8 g
daging ayam	40 g	119.1 kcal	0.0 g
wortel	20 g	7.2 kcal	1.6 g
pisang	50 g	63.5 kcal	16.8 g
tempe kedele murni	50 g	99.5 kcal	8.5 g
galantin	25 g	61.9 kcal	3.1 g
gula jawa diet	10 g	30.1 kcal	10.5 g
nasi	100 g	175.0 kcal	40.0 g
daging ayam	50 g	148.9 kcal	0.0 g
tahu	50 g	38.0 kcal	0.9 g
gula jawa diet	5 g	15.1 kcal	5.3 g
wortel	30 g	10.8 kcal	2.4 g
nasi	100 g	179.7 kcal	39.8 g
tempe kedele murni	50 g	99.5 kcal	8.5 g
daging ayam	35 g	104.2 kcal	0.0 g
wortel	35 g	12.6 kcal	2.8 g
mutiara	30 g	104.7 kcal	25.4 g
gula pasir	10 g	39.4 kcal	9.4 g

Meal analysis: energy 1489.0 kcal (100 %), carbohydrate 214.7 g (100 %)

=====  
=====  
**Result**  
=====  
=====

Nutrient content	analysed value	recommended value/day	percentage fulfillment
energy	1889.0 kcal	2036.3 kcal	73 %
protein	62,8 g(17%)	60.1 g(12 %)	104 %
fat	39 g(26%)	69.1 g(< 30 %)	66 %
carbohydr.	312,2 g(57%)	290.7 g(> 55 %)	74 %
cholesterol	96,3 mg	-	-
sodium	149.4 mg	-	-

## Lampiran 11 Leaflet Diet Rendah Garam

**Daftar Diet Rendah Garam**

Daftar diet rendah garam adalah daftar menu makanan yang mengandung sedikit garam. Tujuan dari diet rendah garam adalah untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah komplikasi kesehatan lainnya.

**Prinsip Diet Rendah Garam:**

1. Hindari makanan yang mengandung banyak garam.
2. Pilih makanan yang rendah garam.
3. Hindari makanan yang mengandung banyak lemak jenuh.
4. Pilih makanan yang kaya serat.
5. Hindari makanan yang mengandung banyak gula.
6. Pilih makanan yang mengandung banyak vitamin dan mineral.

**Contoh Menu Diet Rendah Garam:**

Pukul	Menu	Ukuran	Sifat
Pukul 07.00	Roti tawar, Telur rebus, Sayuran, Buah	1 roti, 1 butir, 1 piring, 1 potong	Utuh
Pukul 10.00	Sup ayam, Sayuran, Buah	1 mangkuk, 1 piring, 1 potong	Utuh
Pukul 13.00	Rendang daging, Nasi, Sayuran, Buah	1 piring, 1 piring, 1 potong, 1 potong	Utuh
Pukul 16.00	Roti tawar, Telur rebus, Sayuran, Buah	1 roti, 1 butir, 1 piring, 1 potong	Utuh

**Daftar Diet Rendah Garam**

RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo

**DAFTAR DIET RENDAH GARAM**

Nama: \_\_\_\_\_  
 Umur: \_\_\_\_\_  
 Tinggi Badan: \_\_\_\_\_  
 Berat Badan: \_\_\_\_\_  
 Alamat: \_\_\_\_\_

Tanggal: \_\_\_\_\_

**CATATAN:**

1. Daftar ini supaya di tunjukkan kepada setiap kunjungan.
2. Apabila daftar rusak atau hilang, minta gantinya kepada petugas gizi.

**INSTALASI GIZI RSUD Ir. SOEKARNO SUKOHARJO**

## Lampiran 12 DBMP

**DAFTAR PENUKAR BAHAN MAKANAN I**

**DAFTAR BAHAN MAKANAN PENUKAR**

Berikut ini dicantumkan 7 golongan bahan makanan. Bahan makanan pada tiap golongan dalam jumlah yang disajikan pada daftar berikut ini. Oleh karena itu setiap saat dapat saling menukar. Untuk mengetahui, dapat dengan melihat 1 satuan peneruk.

**GOLONGAN VII MINTAK**

Bahan makanan ini hampir seluruhnya terdiri dari lemak. Setiap satuan peneruk mengandung 45 kalori dan 8 gram lemak.

Bahan makanan	Berat (g)	URT
Minyak goreng	5	1/2 sdm
Margarin	5	1/2 sdm
Margarin	5	1/2 sdm
Kalapa	30	1 pjtg kol
Kacang-kacang	30	1/2 sdm
Beras	50	1/2 gls
Lentil	5	1/2 pjtg kol
Lentil	5	1/2 pjtg kol

**Keterangan Besar Porsi**

Abj	Isah	Bar	Besar
bj <td>bjj</td> <td>ptg</td> <td>pteng</td>	bjj	ptg	pteng
kcl	kccit	sdm	senduk
bks	bangkar	sdh	senduk teh
pk	pak	glt	gelas
sdg	sedang	ckr	congk

**DAFTAR BAHAN MAKANAN PENUKAR**

Bahan makanan	Berat (g)	URT
Nasi	100	1/4 gls
Nasi tim	200	1/2 gls
Bubur beras	400	2/3 gls
Nasi jagung	100	1/4 gls
Kentang	200	2/3 bjt bar
Singkong (*)	100	1/2 pjtg sdg
Telur	200	1/2 bjt bar
Ubi	150	1/2 bjt bar
Bechot manis	50	5 bh
Roti putih	80	4 iris
Roti gandum	50	5 bh ber

**GOLONGAN I BAHAN MAKANAN SUMBER HIDRAT ARANG**

Bahan makanan	Berat (g)	URT
Mozzarella (*)	40	1/2 sdm
Tapang beras	50	1/2 sdm
Tapang jagung (*)	40	1/2 sdm
Tapang tahu (*)	40	1/2 sdm
Tapang tempe	50	1/2 sdm
Tapang tahu (*)	40	1/2 sdm
Tapang tahu (*)	40	1/2 sdm
Mie basah	100	1/2 gls
Mie kering	50	1/2 gls
Pastorment	45	1/2 sdm
Silene	50	1/2 gls
Makaroni	50	1/2 gls

**Instalasi Gizi**

RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo

