

**TUGAS AKHIR**

**ASUHAN GIZI PADA PASIEN STROKE NON HEMORRHAGIC  
DENGAN BRONKHITIS DAN HIPERTENSI URGENCY  
DI RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA**



Disusun Oleh:

**ARDHIANI AYU PUSPITARINI**

**P07131520032**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN YOGYAKARTA**

**JURUSAN GIZI**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI DIETISIEN**

**2021**

## HALAMAN PENGESAHAN

### TUGAS AKHIR

Asuhan Gizi Pada Pasien Stroke Non Hemorrhagic dengan Bronkhitis  
dan Hipertensi Urgency  
Di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan  
Penguji Pada tanggal :

### SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Setyowati, SKM, M.Kes

NIP. 196406211988032002

(  
.....)

Anggota,

Dr. Agus Wijanarka, S.SiT, M.Kes

NIP. 197403061998031002

(  
.....)

Anggota,

Tjaronosari, SKM, M.Kes

NIP 196102031985012001

(  
.....)

Yogyakarta,.....2021

Ketua Jurusan Gizi



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

NIP. 196303241986031001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul “Asuhan Gizi Pada Pasien Stroke Non Hemorrhagic dengan Bronkhitis dan Hipertensi Urgency Di 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. Setyowati, SKM, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Utama
6. Tjaronosari, SKM, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Pendamping
7. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan moral dan material
8. Teman-teman rotasi yang selalu memberikan semangatnya untuk menyelesaikan laporan studi kasus ini
9. 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.

Sleman, April 2021

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN .....	2
KATA PENGANTAR.....	3
DAFTAR ISI .....	4
PENDAHULUAN .....	6
A. Latar Belakang.....	6
B. Tujuan.....	6
C. Manfaat.....	7
BAB II .....	9
TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Stroke Non Hemoragik (SNH) .....	9
B. Hipertensi .....	10
C. Bronkhitis .....	13
D. Penatalaksanaan Gizi pada Pasien SNH, Bronkhitis, HT Urgency .....	15
BAB III.....	14
METODE PENELITIAN .....	14
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus .....	14
B. Subyek Studi Kasus .....	14
C. Fokus Studi.....	14
D. Definisi Oprasional Fokus Studi .....	15
E. Instrument Studi Kasus.....	20
F. Metode Pengumpulan Data .....	21
G. Tempat dan Waktu Studi Kasus .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
H. Analisis Data dan Penyajian Data .....	21
I. Etika Studi Kasus .....	22
BAB IV.....	23
HASIL .....	23
A. Identitas Pasien .....	23
B. Hasil Skrinning Gizi .....	24
C. Riwayat Makan (FH) .....	25
D. Standar Pembanding (CS) .....	28
F. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1) .....	30
G. Biokimia (BD) .....	30
H. Terapi Medis dan Fungsi .....	31
I. Diagnosis Gizi .....	32

J. Intervensi Gizi .....	32
K. Kolaborasi (RC) .....	35
L. Rencana Monitoring .....	35
BAB V .....	36
PEMBAHASAN.....	36
A. Skrining Gizi .....	36
B. Data Antropometri.....	36
C. Perkembangan data Biokimia.....	37
D. Perkembangan Data Klinik Fisik Pasien .....	37
E. Perkembangan Asupan Makan .....	38
F. Perkembangan Diagnosis Medis.....	40
G. Evaluasi Konseling Gizi .....	40
BAB V .....	31
PENUTUP .....	31
A. Kesimpulan.....	31
DAFTAR PUSTAKA.....	33
LAMPIRAN .....	34

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Setiap tahunnya di dunia, terdapat sekitar 795.000 kasus stroke, baik itu kasus baru maupun rekuren. 610.000 diantaranya adalah kasus yang baru dan 185.000 adalah kasus rekuren. Setiap 40 detik, seseorang di Amerika Serikat terkena serangan stroke dan setiap 4 menit seseorang di Amerika meninggal akibat stroke. Sebanyak 8,7% kasus stroke yang terjadi merupakan stroke iskemik (Stroke Non Hemoragik) yang terjadi akibat tersumbatnya aliran darah menuju ke otak. Pasien stroke iskemik memiliki risiko kematian 20%. Angka kelangsungan hidup setelah stroke iskemik pertama sekitar 65% pada tahun pertama, sekitar 50% pada tahun kelima, 30% pada tahun ke delapan dan 25% pada tahun ke sepuluh (Eka & Wicaksana, 2017).

Bronkitis merupakan penyakit infeksi saluran pernafasan akut yang sangat umum disertai flu atau kedinginan. Bronchitis dapat terjadi pada semua golongan usia. Pada beberapa orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah sangat rentan terkena bronchitis (Groshan, 2011) Bronchitis adalah hipersekresi mukus dan batuk produktif kronis berulang-ulang minimal selama 3 bulan pertahun atau paling sedikit dalam 2 tahun berturut-turut pada pasien yang diketahui tidak terdapat penyebab lain (Samer Qarah, 2007).

Dinegara barat kejadian bronchitis diperkirakan sekitar 1,3% dari antar populasi. Di Inggris dan Amerika penyakit paru kronik merupakan salah satu penyebab kematian dan ketidakmampuan pasien untuk bekerja (Aritonang, 2010) Sedangkan di Indonesia jumlah penderita bronchitis menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga adalah 53% laki laki dan 4% wanita. Diperkirakan sekitar 30.000 kematian dengan penyebab bronchitis setiap tahunnya (Indrawati, 2010)

### **B. Tujuan**

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan pemberian asuhan gizi pada penatalaksanaan gizi pasien SNH dengan Bronkhitis dan hipertensi urgency

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu menginterpretasikan data subjektif dan objektif pada pasien SNH dengan Bronkhitis dan hipertensi urgency
- b. Mahasiswa mampu mengidentifikasi masalah gizi, patofisiologi penyakit, metabolisme penyakit dan interaksi obat makanan pada pasien SNH dengan Bronkhitis dan hipertensi urgency
- c. Mahasiswa mampu menentukan dan menegakkan diagnosis gizi pada pasien SNH dengan Bronkhitis dan hipertensi urgency
- d. Mahasiswa mampu melakukan intervensi gizi mulai dari perencanaan kebutuhan gizi dan implementasi diet yang sesuai pada pasien SNH dengan Bronkhitis dan hipertensi urgency
- e. Mahasiswa mampu memonitoring dan mengevaluasi diet yang telah diberikan dengan melihat perkembangan pemeriksaan antropometri, fisik, klinis, dan laboratorium serta hasil assesment dari dokter spesialis dan perawat pada pasien SNH dengan Bronkhitis dan hipertensi urgency
- f. Mahasiswa mampu melakukan edukasi terkait dengan masalah gizi pada pasien SNH dengan Bronkhitis dan hipertensi urgency

## C. Manfaat

### 1. Bagi Mahasiswa

- a. Sebagai media pembelajaran untuk memahami penatalaksanaan asuhan gizi bagi pasien SNH dengan Bronkhitis dan hipertensi urgency
- 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 SNH dengan Bronkhitis dan hipertensi urgency
- c. Mengetahui proses asuhan gizi rawat jalan maupun rawat inap di RSUD Dr. Sardjito

## **2. Bagi Rumah Sakit**

Dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan mengenai pemberian diet sesuai dengan kemampuan, kebutuhan dan ketepatan diet di RSUD Dr. Sardjito

## **3. Bagi Pasien Dan Keluarga Pasien**

Meningkatkan pengetahuan mengenai pengaturan makan atau diet terkait dengan kondisi, kemampuan dan kebutuhan pasien SNH dengan Bronkhitis dan hipertensi urgency

## **4. Bagi Pembaca**

- a. Menambah wawasan mengenai proses pemberian asuhan gizi terkait dengan pasien SNH dengan Bronkhitis dan hipertensi urgency
- b. Sebagai literatur studi kasus berkaitan dengan penatalaksanaan pemberian makan pada pasien SNH dengan Bronkhitis dan hipertensi urgency

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Stroke Non Hemoragik (SNH)**

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

Stroke adalah gangguan fungsi otak secara mendadak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan yang disebabkan Karena adanya sumbatan atau perdarahan. Akibatnya nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik, sehingga terjadi kematian jaringan otak yang dapat menyebabkan kelumpuhan atau kematian. Tanda dan gejala yang di timbulkan berbeda-beda sesuai dengan bagian otak yang terkena (Junaidi, 2011)

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

Faktor resiko penyebab terjadinya Stroke Non Hemoragik (SNH) dibedakan menjadi dua yaitu faktor resiko yang dapat dikontrol dan faktor resiko yang tidak dapat dikontrol (Indrawati et al., 2016). Faktor resiko terjadinya stroke yang dapat dikontrol terdiri dari : Hipertensi, penyakit jantung, kebiasaan merokok, hiperkolesterolemia, Gaya hidup, diet tinggi lemak, aktivitas fisik kurang, serta stres emosional dapat meningkatkan risiko terkena stroke. Seseorang yang sering mengonsumsi makanan tinggi lemak dan kurang melakukan aktivitas fisik rentan mengalami obesitas, diabetes melitus, aterosklerosis, dan penyakit jantung. Faktor resiko yang tidak dapat dikontrol terdiri dari usia, jenis kelamin, ras dan genetik.

Stroke non perdarahan (iskemik/infark) disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah otak. Otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah yang menuju ke otak lancar dan tidak mengalami hambatan. Namun jika persediaan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh sel-sel darah dan plasma terhalang oleh suatu bekuan darah terjadi thrombosis pada dinding arteri yang mensuplai otak maka akan terjadi stroke iskemik yang dapat berakibat kematian jaringan otak yang di suplai. (Junaidi, 2011).

### **3. Patofisiologi Penyakit**

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah kesetiap bagian otak terhambat karena trombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia (karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia karena akibat proses anemia dan kesukaran untuk bernafas.

Stroke karena embolus dapat mengakibatkan akibat dari bekuan darah, udara, palque, atheroma fragmen lemak. Jika etiologi stroke adalah hemorrhagi maka faktor pencetus adalah hipertensi. Abnormalitas vaskuler, aneurisma serabut dapat terjadi ruptur dan dapat menyebabkan hemorrhagi (Wijaya & Putri, 2013). Akibat penurunan CBF regional suatu daerah otak terisolasi dari jangkauan aliran darah, yang mengangkut O<sub>2</sub> dan glukose yang sangat diperlukan untuk metabolisme oksidatif serebral. Daerah yang terisolasi itu tidak berfungsi lagi dan karena itu timbulah manifestasi defisit neurologik yang biasanya berupa hemiparalisis, hemihipestesia, hemiparestesia yang bisa juga disertai defisit fungsi luhur seperti afasia (Mardjono & Sidharta, 2014).

## **B. Hipertensi**

### **1. Definisi Penyakit**

Hipertensi yang lebih dikenal dengan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yaitu sistolik = 140 mmHg dan diastolik = 90 mmHg yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan kematian. Lebih kurang 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi essensial atau primer yang belum diketahui penyebabnya, sedangkan sisanya adalah hipertensi sekunder yang

sudah jelas penyebabnya seperti kelainan pembuluh darah, gangguan kelenjar tiroid, dan lain – lain (Imelda 2018).

Hipertensi atau penyakit “darah tinggi” merupakan kondisi seseorang mengalami kenaikan tekanan darah baik secara lembut atau mendadak (akut). Hipertensi menetap (tekanan darah tinggi yang tidak menurun) merupakan faktor risiko terjadinya stroke, penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung, gagal ginjal, dan aneurisma arteri (penyakit pembuluh darah). Peningkatan tekanan darah yang relatif kecil, namun hal tersebut dapat menurunkan angka harapan hidup (Agoes et al 2011).

Hipertensi adalah keadaan peningkatan gejala tekanan darah yang akan berlanjut ke organ target seperti stroke (untuk otak), penyakit jantung koroner (untuk pembuluh darah jantung) dan hipertrophy (untuk otot jantung) dengan target organ di otak berupa stroke, hipertensi menjadi penyebab utama stroke yang membawa kematian (Bustan 2007)

## **2. Etiologi Penyakit**

Hipertensi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Tubuh akan bereaksi lapar, yang mengakibatkan jantung harus bekerja lebih keras untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Apabila kondisi tersebut berlangsung lama dan menetap akan menimbulkan gejala yang disebut sebagai penyakit darah tinggi. Hipertensi mencakup tekanan darah 140/90 mmHg (milimeter Hydragyrum atau milimeter air raksa) dan di atasnya (Lany Sustrani dkk 2005). Menurut Herbert Benson dkk (2012) berdasarkan etiologinya hipertensi dibedakan menjadi dua, yaitu:

- a. Hipertensi esensial (hipertensi primer atau idiopatik) adalah hipertensi yang tidak jelas penyebabnya, hal ini ditandai dengan terjadinya peningkatan kerja jantung akibat penyempitan pembuluh darah tepi. Lebih dari 90% kasus hipertensi

termasuk dalam kelompok ini. Penyebabnya adalah multifaktor, terdiri dari faktor genetik, gaya hidup, dan lingkungan.

- b. Hipertensi sekunder, merupakan hipertensi yang disebabkan oleh penyakit sistemik lain yaitu, seperti renal arteri stenosis, hyperaldosteronism, hyperthyroidism, pheochromocytoma, gangguan hormon dan penyakit sistemik lainnya. Prevalensinya hanya sekitar 5-10% dari seluruh penderita hipertensi.

Menurut Efendi Sianturi (2004) berdasarkan gejala klinis, hipertensi dibedakan menjadi dua, yaitu:

- a. Hipertensi benigna adalah keadaan hipertensi yang tidak menimbulkan gejalagejala, biasanya ditemukan pada saat check up. Hipertensi benigna, memberikan tekanan darah sistolik maupun diastolik belum meningkat, bersifat ringan atau sedang dan belum tampak kelainan dari kerusakan organ.
- b. Hipertensi maligna adalah keadaan hipertensi yang membahayakan, ditandai dengan kenaikan tekanan darah yang tiba-tiba dan tidak biasa ke level yang berbahaya, sering dengan angka diastolik 120-130 mmHg atau lebih. Hipertensi ini merupakan akibat komplikasi organ- organ seperti otak, jantung, ginjal. Hipertensi maligna merupakan emeregensis medik dan memerlukan terapi segera (Efendi S 2004).

### **3. Patofisiologi Penyakit**

Menurut Yusuf (2008), tekanan darah dipengaruhi oleh curah jantung dan tahanan perifer. Tubuh mempunyai sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut. Sistem tersebut ada yang bereaksi ketika terjadi perubahan tekanan darah dan ada juga yang bereaksi ketika terjadi perubahan tekanan darah secara akut. Sistem tersebut ada yang bereaksi ketika terjadi perubahan tekanan darah dan ada yang bereaksi lebih lama. Sistem yang cepat tersebut antara lain reflek kardiovaskular melalui

baroreseptor, reflek kemoreseptor, respon iskemia susunan saraf pusat, dan reflek yang berasal dari atrium, arteri pulmonalis, dan otot polos. Sistem lain yang kurang cepat merespon perubahan tekanan darah melibatkan respon ginjal dengan pengaturan hormon angiotensin dan vasopresor.

Kejadian hipertensi dimulai dengan adanya atherosklerosis yang merupakan bentuk dari arteriosklerosis (pengerasan arteri). Atherosklerosis ditandai oleh penimbunan lemak yang progresif pada dinding arteri sehingga mengurangi volume aliran darah ke jantung, karena sel-sel otot arteri tertimbun lemak kemudian membentuk plak, maka terjadi penyempitan pada arteri dan penurunan elastisitas arteri sehingga tidak dapat mengatur tekanan darah kemudian mengakibatkan hipertensi. Kekakuan arteri dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang dimanifestasikan dalam bentuk hipertrofi ventrikel kiri (HVK) dan gangguan fungsi diastolik karena gangguan relaksasi ventrikel kiri sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi. (Hull, 1996; dalam Panggabean 2006, Bustan 2007).

## **C. Bronkhitis**

### **1. Definisi Penyakit**

Menurut Dorland (2002), bronkhitis adalah peradangan satu atau lebih bronkus, dapat bersifat akut dan kronik. Gejala-gejala yang biasanya termasuk demam, batuk dan ekspektorasi. Bronkhitis akut adalah serangan bronkhitis dengan perjalanan penyakit yang singkat atau kurang berat, gejalagejala termasuk demam, batuk dan pilek. Serangan berulang mungkin menunjukkan bronkhitis kronis. Bronkhitis kronis adalah suatu bentuk penyakit obstruksi paru kronik, pada keadaan ini terjadi iritasi bronkhial dengan sekresi yang bertambah dan batuk produktif selama sedikitnya tiga bulan atau bahkan dua tahun berturut-turut, biasanya keadaan ini disertai emfisema paru.

## 2. Etiologi Penyakit

Secara umum penyebab bronkitis dibagi berdasarkan faktor lingkungan dan faktor host/penderita. Penyebab bronkitis berdasarkan faktor lingkungan meliputi :

- a. Infeksi virus : influenza virus, parainfluenza virus, respiratory syncytial virus (RSV), adenovirus, coronavirus, rhinovirus, dan lain-lain.
- b. Infeksi bakteri : Bordatella pertussis, Bordatella parapertussis, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, atau bakteri atipik (Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumonia, Legionella), dan Jamur
- c. Noninfeksi : polusi udara, rokok, dan lain-lain. Sedangkan faktor penderita meliputi usia, jenis kelamin, kondisi alergi dan riwayat penyakit paru yang sudah ada. Penyebab bronkitis akut yang paling sering adalah infeksi virus yakni sebanyak 90% sedangkan infeksi bakteri hanya sekitar < 10% (Jonsson J et al., 2008).

Menurut Ngastiyah (2003) pembagian bronchitis berdasarkan penyebab yaitu :

- a. Bronkitis Akut Penyebab bronkitis akut yang paling sering adalah virus seperti rhinovirus, respiratory syncytial virus (RSV), virus influenza, virus pada influenza, dan coxsakie virus.
- b. Bronkitis kronis Penyebab-penyebab bronkitis kronis misalnya asma atau infeksi kronik saluran nafas dan sebagainya. Faktor-faktor predisposisi dari bronkitis adalah alergi, perubahan cuaca, populasi udara dan infeksi saluran nafas atas kronik (Ngastiyah,2003).

## 3. Patofisiologi Penyakit

Bronkitis biasanya didahului oleh suatu infeksi saluran nafas bagian atas oleh virus dan infeksi bakteri sekunder oleh S.

Pneumonia atau hemophilus influenza. Adanya bahan-bahan pencemar udara juga memperburuk keadaan penyakit begitu juga dengan menghisap rokok. Anak 2 menampilkan batuk-batuk yang sering, kering tidak produktif dan dimulai berkembang berangsur-angsur mulai hari 3 – 4 setelah terjadinya rinitis. Penderita diganggu oleh suara-suara meniup selama bernafas (ronki) rasa sakit pada dada dan kadang-kadang terdapat nafas pendek. Batuk-batuk proksimal dan penyumbatan oleh sekresi kadang-kadang berkaitan dengan terjadinya muntah-muntah. Dalam beberapa hari, batuk tersebut akan produktif dan dahak akan dikeluarkan penderita dari jernih dan bernanah. Dalam 5 – 10 hari lendir lebih encer dan berangsur-angsur menghilang. Temuan-temuan fisik berbeda-beda sesuai dengan usia penderita serta tingkat penyakit. Pada mulanya anak tidak demam atau demam dengan suhu rendah serta terdapat tanda-tanda nasofaringtis. Infeksi konjungtiva dan rinitis. Kemudian auskultasi akan mengungkapkan adanya suara pernafasan bernada tinggi, menyerupai bunyi-bunyi pernafasan pada penyakit asma. Pada anak-anak dengan malnutrisi atau keadaan kesehatan yang buruk, maka otitis, sinusitis dan penumonia merupakan temuan yang sering dijumpai (Ngastiyah, 2003).

#### **D. Penatalaksanaan Gizi pada Pasien SNH, Bronkhitis, HT Urgency**

##### **1. 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 (eviden 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 periodic 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 Pasien SNH, Bronkhitis, HT, Urgency**

### **a. Penilaian Status Gizi**

Penilaian status gizi merupakan suatu kegiatan perhitungan yang menghasilkan gambaran keadaan keseimbangan zat gizi. Penilaian status gizi dibedakan menjadi dua yaitu penilaian status gizi langsung yang terdiri dari pengukuran antropometri, klinis dan biokimia sedangkan penilaian status gizi tidak langsung terdiri dari survei konsumsi makanan (Supariasa, 2013). Penilaian status gizi dengan metode antropometri bertujuan untuk mengetahui gambaran ukuran luasan tubuh. Penilaian antropometri meliputi berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas dan tebal lemak (Supariasa, 2013).

Penilaian status gizi pada pasien dengan keterbatasan gerak dapat dilakukan dengan pengukuran LiLA, BB dan TB. Pengukuran BB dan TB sulit untuk dilakukan apabila RS tidak mempunyai fasilitas Bed dengan timbangan (Hardjatmo, 2017).

### **b. 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)

Pada pasien stroke dengan hipertensi diberikan modifikasi diet dengan mengurangi konsumsi garam, peningkatan asupan kalium dari sayur dan buah serta biji bijian. Diet dengan prinsip tersebut biasa dikenal dengan diet DASH. Pada pasien hipertensi makanan yang tidak

diperbolehkan adalah 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. Konsumsi sayuran dan buah buahan segar dianjurkan untuk penderita hipertensi, tidak untuk sayur buah yang diawetkan (Hardinsyah, 2015).

Mencegah terjadinya penurunan asupan makanan pasien disebabkan karena gangguan mengunyah dan gangguan menelan

(Krause, 2017). 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 (Aspen, 2019). Penurunan kemampuan makan pasien meningkatkan resiko terjadinya malnutrisi pada pasien stroke.

Salah satu cara menghindari terjadinya malnutrisi pada pasien stroke adalah dengan memberikan makanan cair melalui route NGT. Memberikan makanan dalam bentuk cair bertujuan untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan tidak membebani kerja saluran cerna. Kandungan zat gizi makanan cair sebaiknya seimbang atau disesuaikan dengan kebutuhan pasien minimal 1kkal/ml ( persagi, 2020).

## **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 bedrest 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

<b>Kode IDNT</b>	<b>Data Biokimia</b>	<b>Nilai Rujukan</b>
	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

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Nilai Normal</b>
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 nutrisionis. 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), nutrisurvey, 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

	<b>Indikator</b>	<b>Target</b>
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

<b>Fokus Studi</b>	<b>Metode Pengumpulan</b>	<b>Jenis Data</b>
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. 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.

## H. 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

#### A. Identitas Pasien

##### 1. Data Personal (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Data Personal
CH.1.1	Nama	Ny Mustakim
CH.1.1.1	Umur	69 th
CH.1.1.2	Jenis Kelamin	Perempuan
CH.1.1.5	Suku/etnik	Jawa
CH.1.1.9	Peran dalam keluarga	Ibu
	Diagnosis Medis	Bronkhitis, Hipertensi Urgency

##### 2. Riwayat Penyakit (CH)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1	Keluhan utama	Sesak nafas dan pusing
	Riwayat penyakit sekarang	Pasien merasa sesak memberat 7 hari SMRS dan nyeri telan sulit untuk makan
	Riwayat Penyakit dahulu	Hipertensi
	Riwayat pengobatan	Konsumsi obat untuk hipertensi Namun tidak diketahui obat apa

Nomor RM : 275152

Ruang Perawatan : Aster 13 A

Tanggal MRS : 16 April 2021

Tanggal pengambilan kasus : 18 April 2021

##### 3. Riwayat Klien yang Lain

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CH.2.1.5	Gastrointestinal	-
CH.2.1.8		Pasien tidak memiliki riwayat

CH.2.2.1 Perawatan

CH.3.1.1 Riwayat social

Kesimpulan : Pasien merupakan ibu rumah tangga dan seorang petani Pendidikan terakhir pasien adalah sekolah dasar. Usia 69 tahun dan juga seorang petani dengan suku jawa beragama islam terdiagnosa Bronkhitis dan Hipertensi Urgency. Pasien mempunyai riwayat hipertensi sebelumnya.

## B. Hasil Skrining Gizi

### Metode Skrining yang dipakai :

<b>SKRINING GIZI PASIEN GERIATRI</b>	No RM : 275152  Nama : Ny Mustakim L/P
Tanggal Masuk : 16 April 2021 Bronkhitis, HT	Diagnosa Masuk : SNH dengan  Ruang/ Kamar : Aster 13 A
A. Apakah terjadi penurunan asupan makan selama 3 bulan terakhir berkaitan dengan penurunan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau kesulitan menelan? <input checked="" type="radio"/> 0 = penurunan nafsu makan tingkat berat 1 = penurunan nafsu makan tingkat sedang 2 = tidak kehilangan penurunan nafsu makan	
B. Penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir 0 = penurunan berat badan > 3 kg (6,6 lbs) 1 = penurunan berat badan tidak diketahui <input checked="" type="radio"/> 2 = penurunan berat badan antara 1 dan 3 kg (2,2 dan 6,6 lbs) 3 = tidak terjadi penurunan berat badan	

<p>C. Mobilitas</p> <p>0 = hanya di atas kasur atau di kursi roda</p> <p>1 = dapat beranjak dari kursi/kasur, tetapi tidak mampu beraktivitas normal</p> <p>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>① = demensia tingkat berat atau depresi</p> <p>1 = demensia tingkat sedang</p>
<p>F. Body Mass Index (BMI)</p> <p>0 = BMI &lt; 70%</p> <p>1 = BMI 70.1 – 84.9%</p> <p>2 = BMI 85 – 110%</p> <p>3 = BMI ≥ 111%</p>
<p>Skor skrining (subtotal maksimal 14 poin)</p> <p>12 – 14 poin : status gizi normal</p> <p>0 – 7 poin : malnutrisi</p>

**Kesimpulan Hasil Skrining** : Berdasarkan hasil skrining MNA didapatkan 6 poin yang artinya pasien mengalami malnutrisi

C. Riwayat Makan (FH)

1. SQFFQ

IDNT	Jenis Data	Keterangan
FH 2.1	Riwayat Diet (pola makan)	Pasien memiliki kebiasaan makan 3 x sehari MP : Nasi 3x/hari @ 1ctg nasi LH : telur ayam goreng 2x/ minggu @ 1 butir, ikan lele 1x/minggu dimasak mangut @ 1

		<p>potong, ayam 1x/minggu di bacem LN : tahu atau tempe setiap makan digoreng atau disantan @1 ptg kecil Sayur : labu siam, kacang Panjang 2x/minggu disantan, sawi putih 1x/minggu dioseng santan, sop wortel dan buncis 2x/minggu, caysim dioseng 2x/minggu. Buah : papaya 2x/minggu @2 ptg, jeruk manis 1x/minggu @1buah, pisang 2x/minggu @ 1 buah Lain lain : kerupuk setiap kali makan @2 ptg Minuman : teh manis 2x/hari pagi dan sore @250 ml Riwayat makan terakhir : 7 hari SMRS pasien merasakan nyeri telan dan tidak dapat makan dengan biasa. Pasien lebih sering hanya mengonsumsi susu untuk makan</p>
FH 2.1.1	Pemesanan Diet	Saat pasien masuk RS pasien diberikan diet BRG
FH.2.1.2	Pengalaman Diet	-
FH.2.1.3	Lingkungan Makan	Yang mempersiapkan makanan pasien adalah pasien sendiri atau disiapkan oleh anak

FH.4.1	Pengetahuan tentang makanan dan gizi	Sudah pernah mendapatkan konsultasi gizi tentang apa saja yang boleh dimakan dan apa saja yang harus dikurangi
--------	--------------------------------------	--

**Kesimpulan :** Berdasarkan data yang didapat dari wawancara Bersama pasien dan keluarga pasien dapat disimpulkan bahwa pola makan pasien masih tergolong kurang baik karena pasien masih sering konsumsi makanan yang digoreng dan disantan. Konsumsi lauk hewani pasien masih kurang sedangkan untuk konsumsi lauk nabati sudah rutin setiap kali makan. 7 hari terakhir SMRS pasien mengalami nyeri telan sehingga nafsu makan pasien.

SQFFQ :

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan Oral	1031.7	39.3	44.1	125.8
Kebutuhan	1240	42	37	184.2
% Asupan	83%	93.5	119	68.2
<u>Interpretasi</u>	Baik	Baik	Lebih	Kurang

**Kesimpulan :** Berdasarkan hasil wawancara dengan keluarga pasien asupan makan pasien untuk energi dan protein tergolong baik sedangkan untuk lemak berlebih dan karbohidrat kurang.

2. Recall 24 jam

(FH.7.2.8)

Tanggal :17 April

2021

Makanan dari RS : BRG/SRG+CK

Makanan dari luar RS:-

	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Asupan oral	303,3	9,3	7	49,8
Kebutuhan	1240,8	42	37	184,2
% asupan	24,4%	22,1%	18,9%	27%
Interpretasi	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang

Kesimpulan : Berdasarkan hasil analisis persentase asupan makan hasil recall 24 jam pasien dengan makanan dari RS tergolong kurang yaitu <80% untuk total kebutuhan energi, protein, lemak, karbohidrat (WNPG, 2004).

#### D. Standar Pemanding (CS)

Kode IDNT	Jenis Data	Keterangan
CS.1.1.1	Estimasi Kebutuhan Energi	$\begin{aligned} \text{BMR} &= 655 + (9,6 \times 49,5) + (1,8 \times 155) - \\ & (6,8 \times 69) \\ &= 655 + 475,2 + 279 - 469,2 \\ &= 940 \\ \text{TEE} &= \text{Energi Basal} \times \text{F A} \times \text{FS} \\ &= 940 \times 1,1 \times 1,2 \\ &= 1240,8 \end{aligned}$
CS.2.1.1	Estimasi Kebutuhan Protein	$\begin{aligned} \text{Protein} &= 0,85 \times \text{BB} \\ &= 0,85 \times 49,5 \\ &= 42 \text{ gr} \end{aligned}$
CS.2.2.1	Estimasi Kebutuhan Lemak	$\begin{aligned} \text{Lemak} &= 25\% \times \text{kebutuhan energy} \\ &= 25\% \times 1240,8 \text{ kkal} \\ &= 336 : 9 \\ &= 37 \text{ gr} \end{aligned}$
CS.2.3.1	Estimasi Kebutuhan Karbihidrat	$\begin{aligned} \text{KH} &= 1240,8 - 168 - 336 \\ &= 736,8 : 4 \end{aligned}$

		= 184,2 gr
CS.5.1.1	Rekomendasi BBI	BBI (TB – 100) = (155 – 100) x 90% = 49,5

#### E. Antropometri (AD.1.1)

Kode IDNT	Jenis Data	<u>Keterangan</u>
AD.1.1.1	Estimasi Tinggi Badan	= 68,777 + (3,536 x 24,5) = 68,777 + 86,632 =155
AD 1.1.2	Berat Badan	-
AD 1.1.4	Perubahan Berat Badan	Pasien mengalami penurunan berat badan namun belum diketahui pasti.
AD.1.1.5	Percentile LILA	= Lila ukur/Lila standart x 100% = 22/29.9 x 100% = 73,5 %
	LILA	= 22 cm
	Ulna	= 24 cm

**Kesimpulan :** Berdasarkan pengukuran Panjang ulna pasien didapatkan estimasi tinggi badan yaitu 155 cm sedangkan dengan pengukuran LILA digunakan untuk menentukan status gizi pasien dengan percentile LILA. Didapatkan bahwa status gizi pasien masuk dalam kategori gizi kurang. Menurut keluarga pasien mengalami penurunan berat badan tetapi tidak diketahui pasti jumlah penurunan berat badan yang dialami oleh pasien.

## F. Pemeriksaan Fisik/Klinis (PD.1.1)

KODE IDNT	Jenis Data	Awal Masuk RS
PD.1.1.1	Penampilan Keseluruhan	Ku : Lemah Kesadaran : compos mentis
PD.1.1.2	Bahasa tubuh	Dapat berkomunikasi dengan baik, respon terhadap lingkungan baik.
PD.1.1.6	Kepala dan Mata	Nyeri kepala sampai leher sebelah kanan
PD.1.1.9	Vital Sign Nadi Suhu Respirasi Tekanan darah	101x/menit (Normal) 36°C (Normal) 26x/menit (Normal) 186/110 mmHg (Tinggi)
<b>Pemeriksaan Penunjang :</b> RO Thorax Kesan : Bronkhitis Cardiomegali ringan		

**Kesimpulan :** Berdasarkan pemeriksaan fisik klinik, pasien dalam keadaan compos mentis dan respon terhadap lingkungan baik, pasien mengalami nyeri telan dan pusing saat awal kasus. Tekanan darah pasien tinggi menunjukkan pasien mengalami hipertensi dan respirasi pasien tinggi sejalan dengan keluhan pasien saat masuk rumah sakit yaitu sesak nafas. Hasil pemeriksaan thorax pasien mengalami bronchitis da cardiomegaly ringan.

## G. Biokimia (BD)

Kode IDNT	Jenis Data	Awal Masuk RS	Nilai Rujukan	Keterangan
	Leukosit	10,27	3.6 -11 ribu/ul	N
	Eritrosit	5,15	3.8-5.2	N
	HB	13,5	11.7-15.5 gr/dl	N
	HT	39,6	35-47 %	N
	Trombosit	215	140-440 ribu/ul	N
	MPV	7,45	7.2-11.1 fl	N
	Neutrofil	71,5	50-70 pg	T
	Limfosit	23,9	25 – 40 %	R
	Monosit	4	2-8 %	N

	Ureum	51	15-40	T
	Kreatinin	1,16	0.45-0.75 mg/dl	T
	Natrium	140	135-147 mmol/L	N
	Kalium	3,70	3,5-5 mmol/L	N
	Klorida	100	95-105 mmol/L	N
	SGOT	36	0 - 35	T
	SGPT	13	0 - 35	N

**Kesimpulan :** Berdasarkan nilai laboratorium pasien menunjukkan adanya infeksi ditandai dengan kadar neutrophil meningkat dan limfosit menurun. Hasil laboratorium ini berkaitan dengan diagnosa pasien bronchitis. Ureum Kreatinin pasien meningkat berkaitan dengan adanya dehidrasi pada pasien.

#### H. Terapi Medis dan Fungsi

Kode IDNT	Terapi Medis	Fungsi	Interaksi
CH.3.1	Pantoprazole	Mengurangi produksi asam lambung berlebih	Menurunkan penyerapan B12 yang berikatan dengan protein
	Ceftriaxone	Sebagai antibiotic untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri	Hindari konsumsi dengan grape fruit karena dapat menginaktifkan enzim metabolisme pada usus
	Inj Resfar	Sebagai antibiotic untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri	-
	Amlodipin	Menurunkan tekanan darah	
	Salbutamol	Mengatasi sesak nafas akibat penyempitan	

**Kesimpulan :** Pasien mengalami hipertensi saat masuk rumah sakit sehingga diberikan obat amlodipine untuk menurunkan tekanan darah pasien. pantoprazole diberikan karena pasien mengalami mual muntah dan merasa perut panas. Pasien datang dengan keluhan sesak dan batuk berdahak sehingga

diberikan inj resfar untuk mengencerkan dahak dan salbutamol untuk mengatasi sesak nafas pasien.

## I. Diagnosis Gizi

### 1. Domain Intake

	<b>DIAGNOSIS GIZI</b>	<b>INTERVENSI</b>
P	NI 2.1 Asupan makanan dan minuman oral tidak adekuat	Meningkatkan asupan makan pasien.
E	Berkaitan dengan kondisi pasien kesulitan menelan	
S	Hasil recall 24 jam E=24,4% P=22,1% L=18,9% KH=27%	
P	NI 5.4 Penurunan kebutuhan natrium	Pembatasan natrium 800 mg / hari
E	Berkaitan dengan riwayat hipertensi	
S	Tekanan darah 162/111 mmhg	

### 2. Domain Behavior

	<b>DIAGNOSIS GIZI</b>	<b>INTERVENSI</b>
P	Belum siap untuk melakukan perubahan diet	Motivasi pasien dan keluarga pasien untuk menjalankan diet sesuai dengan kebutuhan pasien
E	Berkaitan dengan kurangnya dukungan keluarga untuk kontrol diri	
S	Ditandai dengan pola makan pasien lebih sering digoreng dan disantan	

## J. Intervensi Gizi

### 1. Tujuan

- a. Mencegah adanya penurunan berat badan pasien
- b. Meningkatkan asupan makan pasien sesuai dengan kebutuhan
- c. Membantu menurunkan dan menstabilkan tekanan darah pasien

## 2. Preskripsi Diet

### Pemberian Makanan dan Selingan (ND.1)

- a. ND.1. : Jenis DIIT : RG/BS/ Oral
- b. ND.1.2.1 : Rute : Oral
- c. ND.1.5 : Bentuk : Saring
- ND.1.3 : Jadwal/Frekuensi Pemberian : 3x makan utama
- d. Energi : 1240,8 kkal
- e. Protein : 42 gram
- f. Lemak : 37 gram
- h. Karbohidrat : 184,2 gram

## 3. Implementasi Diet Rumah Sakit (Standar diet Saring)

	Energi (Kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
Standar Diet Saring	1267	34,5	27	259,3
Infus	-	-	-	-
Total	1267	34,5	27	259,3
Kebutuhan (Planning)	1240,8	42	37	184,2
% standar	102%	82,1%	72,9%	137%

**Kesimpulan :** Standart diet RS sudah sesuai dengan kebutuhan pasien, namun dilakukan modifikasi standart pada menu yang akan diberikan.

## 4. Relomendasi Diet

Waktu Makan	Golongan Bahan	Standar Diet RS	Rekomendasi
<b>Makan Pagi</b>	Bubur saring	200	200
	Lauk hewani	50	-
	Lauk nabati	-	-
	Air gula	25	25
<b>Selingan</b>	Teh manis	200	-
	Susu Entramix	-	200
<b>Makan Siang</b>	Bubur saring	200	200
	Lauk hewani	50	-
	Lauk nabati	25	-
	Sayur	50	-
	Jus Buah	100	-

	Minyak	5	-
	Air gula	-	25
<b>Selingan</b>	Teh manis	200	-
	Susu Entramix	-	200
<b>Makan Sore</b>	Bubur saring	200	200
	Lauk hewani	50	-
	Lauk nabati	25	-
	Sayur	50	-
	Minyak	5	-
	Air gula	-	25
<b>Selingan</b>	Susu Entramix	-	200

## 5. Domain Konseling (C)

### a. Tujuan

Memberikan edukasi tentang pembatasan konsumsi natrium pemilihan bahanmakanan, proses pengolahan dan makanan sesuai kebutuhan pasien.

- 1) Sasaran : Keluarga pasien
- 2) Tempat : Bangsal Aster kamar 13A
- 3) Waktu : 20 menit
- 4) Permasalahan gizi : hipertensi
- 5) Metode : konseling dan tanya jawab
- 6) Media : Leaflet diit rendah garam
- 7) Materi : Pengaturan diit rendah garam

## 6. Domain Edukasi

### Gizi (E.1) E.1.1.

#### Tujuan Edukasi

Meningkatkan pengetahuan keluarga pasien terkait dengan diet yang diberikan yaitu RG II, serta memberikan motivasi kepada keluarga pasien untuk melakukan perubahan kebiasaan makan sesuai dengan kondisi pasien.

#### E. 1.2. Prioritas Modifikasi

Memberikan makanan dengan prioritas konsumsi lauk hewani dan nabati. Modifikasi pada bentuk makanan yang dikonsumsi sesuai kebutuhan pasien

#### K. Kolaborasi (RC)

No	Tenaga Kesehatan	Koordinasi
1	Ahli gizi	Menentukan diet dan perubahan diet
3	Perawat ruangan	Perkembangan TTV pasien dan evaluasi nyeri telan
4	Apoteker	-
5	Pasien dan keluarga pasien	Memberikan pengertian kepada keluarga pasien untuk memberikan makanan cair kental pasien sesuai dengan jadwal pemberian yang sudah dijelaskan dengan tepat waktu
6	Tenaga pengolahan	Pemesanan diit
7	Pramusaji	Mengantar makan kepada pasien sesuai dengan jadwal

#### L. Rencana Monitoring

Pengukuran	Hal yang diukur	Waktu	Anamnesis
Antropometri	BB	Akhir kasus	Dapat ditimbang
Biokimia	-	-	-
Klinis/fisik	Tekanan darah, nyeri telan, mual	Setiap hari	Tekanan darah normal dan tidak terdapat nyeri telan dan mual
Dietary	Asupan Makan Energi	Setiap hari	Terpenuhi target 80-110% dari total

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Skrining Gizi**

Pasien datang ke RSUD Dr. Sardjito dengan keluhan sesak nafas, nyeri telan, sulit untuk makan dan pusing. Skrining gizi dilakukan setelah pasien masuk bangsal aster pada tanggal 18 Maret 2021. Skrining gizi dilakukan menggunakan form skrining MNA. Form skrining MNA merupakan perangkat atau tool yang sudah tervalidasi dan sesuai dengan kondisi RS (Suharyati dkk., 2019). Hasil skrining Ny. Mustakim didapatkan skor 7 sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami malnutrisi.

Menurut Setyowati (2014), Skrining gizi merupakan proses yang sederhana dan cepat yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan/perawat serta cukup sensitive untuk mendeteksi pasien yang berisiko malnutrisi atau tidak. Komponen prinsip skrining gizi menurut European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) yaitu :

1. Kondisi aktual atau terkini, yakni pengukuran antropometri seperti Indeks Massa Tubuh (IMT) atau Lingkar Lengan Atas (LLA)
2. Kondisi yang stabil, yakni perubahan berat badan yang diperoleh dari riwayat gizi pasien ataupun data pengukuran sebelumnya dalam rekam medis. Penurunan berat badan >5% dalam 3 bulan dianggap signifikan
3. Kondisi yang akan memburuk, yakni sejauh mana asupan gizi menurun setelah skrining. Jika terjadi asupan gizi lebih rendah dibanding kebutuhannya, akan berisiko terhadap penurunan berat badan
4. Kondisi penyakit yang mempercepat penurunan status gizi, yakni penyakit yang berisiko terhadap peningkatan stres metabolik dan menurunkan nafsu makan, seperti bedah mayor, sepsis, dan multitrauma (Rasmussen et al., 2010).

#### **B. Data Antropometri**

Antropometri merupakan suatu metode yang digunakan untuk melakukan penilaian status gizi (Supariasa, 2014). Pengukuran antropometri merupakan pengukuran yang penting dalam melakukan screening gizi dan pemantauan status gizi (Auyeung, 2009). Pengambilan data antropometri dilakukan pada hari Minggu, 18 april 2021 dengan menggunakan data lingkaran lengan atas dan Panjang ulna. Dari pengukuran LILA didapatkan hasil 73,5% sehingga dapat dikatakan status gizi pasien masuk kedalam gizi kurang. Selama pengamatan 3 hari tidak dilakukan pengukuran ulang pada pasien dikarenakan pasien masih bedrest.

#### C. Perkembangan data Biokimia

Tidak pemeriksaan lebih lanjut untuk data biokimia

#### D. Perkembangan Data Klinik Fisik Pasien

Parameter	19/04/2021	20/04/2021	21/04/2021
Kesadaran	CM	CM	CM
Keluhan Utama	Lemas  Sesak nafas (+) Pusing (+ + ) Nyeri telan (+++) Leher kembang	Lemas  Sesak nafas (-) Pusing (+ ) Nyeri telan (+++) Leher kembang (+) Muntah (-) Residu baik	Lemas  Sesak nafas (-) Pusing (-) Nyeri telan (+++) Leher kembang (+) Muntah (-) Residu baik
TD	170/78mmHg	142/92 mmHg	130/90 mmHg
Suhu	36 °C	36°C	36 °C
Nadi	97x/menit	82x/menit	89x/menit
Respirasi	20x/menit	20x/menit	20x/menit

Berdasarkan data perkembangan fisik klinis yang didapat pada hari pertama intervensi tekanan darah pasien tinggi yaitu 170/78 mmHg, hal

ini disebabkan oleh pasien tidak bisa tidur saat malam hari. Pada pengamatan hari ke dua dan hari ketiga tekanan darah pasien berangsur menurun pada akhir pengamatan tekanan darah pasien 130/90 mmHg. Tekanan darah pasien menurun dikarenakan pada hari kedua pengamatan pasien sudah mulai bisa tidur saat malam hari serta tidak terlalu merasa cemas seperti awal pengamatan, selain itu pasien mendapatkan terapi obat yang dapat menurunkan tekanan darah pasien.

Pada pengamatan hari pertama pasien dalam keadaan sesak kemudian pusing. Pada hari kedua pasien masih merasa pusing namun di akhir pengamatan pasien tidak merasakan pusing, Nyeri telan pada pasien pada awal pengamatan hingga akhir masih terasa dan sulit untuk makan sehingga pada hari kedua pengamatan dilakukan pemasangan selang NGT. Residu dari NGT pasien pada hari pertama dan kedua baik tidak terdapat mual dan muntah.

#### E. Perkembangan Asupan Makan

Tanggal	Uraian	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	KH (gram)
	Asupan Oral	520,8	15	12,3	85,9
<b>19/04/2021</b>	Asupan Luar RS	-	-	-	-
	Kebutuhan	1240,8	42	37	184,2
	% asupan	41,9%	35,7%	33,2%	46,6%
	Kategori	<u>Kurang</u>	<u>kurang</u>	<u>kurang</u>	<u>kurang</u>
	Asupan oral RS	907,8	31,4	28	129,4
	Asupan Parenteral	-	-	-	-
<b>20/04/2021</b>	Asupan Luar RS	-	-	-	-
	Total	907,8	31,4	28	129,4
	Kebutuhan	1240,8	42	37	184,2
	% asupan	73,1%	74,7%	75,6%	70,2%
	Kategori	<u>Kurang</u>	<u>Kurang</u>	<u>baik</u>	<u>kurang</u>

	Asupan oral RS	1134,9	39,3	35	161,7
	Asupan Parenteral	-	-	-	-
<b>21/04/2021</b>	Asupan Luar RS	-	-	-	-
	Kebutuhan	1240,8	42	37	184,2
	% asupan	91,4%	93,5%	94,5%	87%
	Kategori	Baik	baik	baik	baik

Pelaksanaan Intervensi	19/4/2021	20/4/2021	21/4/2021
Jenis diet	RG	RG	RG
Bentuk makanan	SRG + CK	Cair Kental	Cair Kental

Energi	24,4	41,9	73,1	91,4
Protein	22,1	35,7	74,7	93,5
Lemak	18,9	33,2	75,6	94,5
Karbohid	27,0	46,6	70,2	87,0

Monitoring dan evaluasi makan Ny Mus dilakukan pada tanggal 19 april 2021 sampai tanggal 21 april 2021. Saat awal kasus didapatkan hasil recall 24 jam asupan pasien dengan persentase E=24,4% P=22,1% L=18,9% KH 27%. Pada recall 24 jam pasien mendapatkan bubur saring dan susu entramix saat pagi hari wawancara, untuk makan sore dan makan siang hari sebelumnya pasien mendapatkan bubur nasi rendah garam.

Pada intervensi hari pertama diberikan bubur saring dengan gula merah serta tambahan susu entramix. Didapatkan persentase E=41,9% P=35,7% L=33,2% KH=46,6%. Asupan makan pasien tidak dapat memenuhi kebutuhan pasien dikarenakan pasien mengalami nyeri telan dan muntah setiap kali ada makanan masuk.

Pada intervensi hari kedua pasien menggunakan selang NGT dan dilakukan perubahan diet dengan cair kental susu entramix 200 cc dengan 4x pemberian dan dilakukan pemantauan residu yang ada. Asupan diit pasien didapatkan persentase E= 73.1% P=74.7% L=75.6% KH=70.2%. Kemudian untuk hari ke 3 intervensi diberikan 5x pemberian dan didapatkan persentase asupan E=91.4% P=93.5% L=94.5% KH= 87%.

## **F. Perkembangan Diagnosis Medis**

Pasien masuk dengan diagnose bronchitis dan hipertensi urgency, namun pasien mempunyai keluhan nyeri telan yang sudah lama kemudian pasien dirujuk untuk dirawat oleh dokter THT setelah dilakukan pemeriksaan pasien suspect Ca laring. Kemudian dilakukan rawat bersama antara dokter penyakit dalam dan dokter syaraf dan didapatkan diagnose akhir pasien yaitu stroke non hemoragic yang mengakibatkan pasien nyeri telan saat mengkonsumsi makanan. Adanya penurunan fungsi neurologis pada pasien mengakibatkan pasien mengalami disfagia atau nyeri telan, pasien stroke yang menderita disfagia akan lebih berisiko malnutrisi dibandingkan pasien stroke tanpa disfaghia (Martino, R, Martin, R.E.,& Black, S, 2012).

## **G. Evaluasi Konseling Gizi**

Konseling gizi merupakan bagian dari terapi gizi yang dilaksanakan dalam kegiatan memberikan edukasi atau konseling kepada keluarga pasien atau penunggu pasien (Susetyowati,2014). Saat perencanaan awal konseling setelah assessment dilakukan diberikan konseling mengenai diet rendah garam dikarenakan hari pertama intervensi pasien masih makan dengan oral. Kemudian saat pelaksanaan konseling pasien pulang dengan menggunakan selang NGT sehingga topik utama konseling gizi yang dilakukan adalah diet makanan cair. Pemberian edukasi pada studi kasus ini terkait dengan pemilihan bahan makanan, tujuan pemberian makanan, syarat pemberian makan dan cara pembuatan makanan cair blenderize. Diharapkan dengan adanya terapi edukasi ini pasien lebih jelas dan dapat menaati diet yang disarankan.

Konseling gizi kepada keluarga pasien telah dilakukan pada tanggal 26 April 2021. Sasaran konseling dilakukan pada keluarga pasien dan dingarkan oleh pasien juga. Materi yang diberikan saat konseling adalah penjelasan tentang syarat dan tujuan diet makanan cair, jadwal pemberian dan jumlah cc yang diberikan setiap kali jadwal pemberian. Penjelasan mengenai kelebihan

dan kekurangan masing masing formula, formula komersial dan formula blenderize. Selanjutnya konseling dilakukan menjelaskan tentang porsi dan jenis bahan makanan apa saja yang dapat digunakan untuk membuat formula serta langkah langkah pembuatan dan cara cek kekentalan saat akhir proses sebelum formula blenderize diberikan. Untuk formula komersial dijelaskan mengenai takaran susu dan air yang digunakan untuk membuat makanan cair.

Keluarga pasien memperhatikan selama konseling diberikan di akhir konseling saat ditanyakan kembali materi apa yang disampaikan keluarga pasien dapat menjelaskan dan menyebutkan apa saja yang telah disampaikan saat konseling gizi berlangsung. Keluarga pasien menanyakan tentang merk susu apa saja yang bisa digunakan untuk makanan cair selain susu entramix seperti yang digunakan di rumah sakit.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

1. Pasien masuk RS dengan diagnose bronchitis dan hipertensi urgency
2. Hasil skrining pasien menunjukkan pasien mengalami malnutrisi saat ini
3. Status gizi pasien berdasarkan percentile LILA yaitu 73,5%
4. Hasil pemeriksaan fisik/klinis diketahui pasien dalam kondisi lemah, kesadaran CM, keluhan pasien yaitu sesak nafas, nyeri telan, susah makan, pusing, leher kencang dan muntah.
5. Persentase asupan makan pasien sebelum pengamatan masuk dalam kategori cukup kurang <80% energi 24.4% , protein 22.1% , lemak 18.9% , karbohidrat 27%
6. Kebiasaan makan pasien masih sering konsumsi lauk yang digoreng dan disantan, seminggu sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami nyeri telan sehingga asupan makan pasien defisit.
7. Diagnosis gizi yang ditegakkan berdasarkan assessment gizi yaitu: **NI 2.1** Asupan makanan dan minuman oral tidak adequate berkaitan dengan kondisi pasien nyeri telan dengan mual muntah. **NC 5.4** Penurunan kebutuhan natrium berkaitan dengan riwayat hipertensi ditandai dengan tekanan darah 162/111 mmHg
8. Hasil pemantauan asupan makan pasien selama 3 hari adalah :
  - a. Berdasarkan hasil recall, asupan energi pasien pada hari pertama sebanyak 41.9% hari kedua 73.1% hari ketiga 91.4%
  - b. Berdasarkan hasil recall, asupan protein pasien pada hari pertama sebanyak 35.7% hari kedua 74.7% hari ketiga 93.5%
  - c. Berdasarkan hasil recall, asupan lemak pasien pada hari pertama sebanyak 33.2% hari kedua 75.6% hari ketiga 94.5%
  - d. Berdasarkan hasil recall, asupan karbohidrat pasien pada hari pertama sebanyak 46.6% hari kedua 70.2% hari ketiga 87%

9. Konseling gizi yang diberikan kepada keluarga pasien tentang makanan cair yang dapat diberikan kepada pasien baik dari formula komersial atau formula yang dibuat sendiri formula blenderize.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arif, Mansjoer, et al. 2000. Kapita Selekta Kedokteran. Edisi 3. Jakarta: Medica Aesculpalus, FKUI
- Batticaca, Fransisca B. 2018. Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan. Jakarta: Salemba Medika
- Junaidi, Iskandar., 2011. Stroke Waspada! Ancamannya. Yogyakarta : ANDI.
- Kemenkes. Riset Kesehatan Dasar. 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Ngastiyah. 2005. Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam. Edisi I. Jakarta: EGC
- Nurarif & Kusuma Hardhi. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis & NANDA NIC NOC. Jogjakarta: Medi Ation
- Persatuan Ahli Gizi Indonesia dan Asosiasi Dietisien Indonesia. 2020. Penuntun Diet dan Terapi Gizi. Jakarta : EGC
- Pudiasuti, R. D. (2011). Penyakit Pemicu STROKE ( DILENGKAPI POSYANDU LANSIA DAN POSBINDU PTM ). Yogyakarta.
- Supariasa I Dewa Nyoman et al. (2014). Penilaian Status Gizi. Jakarta: EGC
- Supariasa IDN Dkk. Penilaian Status Gizi. Jakarta: EGC; 2013
- Susetyowati. 2014. Penerapan Skrining Gizi Di Rumah Sakit. Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada Press.
- Wahyuningsih, Retno. 2013. Penatalaksanaan Diet Pada Pasien. Yogyakarta. Graha Ilmu
- Wahyuningsih, Retno. 2019. Penatalaksanaan Diet Pada Pasien. Yogyakarta. Graha Il

## LAMPIRAN

## FORMULIR RECALL 24 JAM MAKANAN DAN MINUMAN

Nama : Ny Mus Hari/ Tanggal : Senin 19/4/2021  
 Umur/Jenis kelamin : 69 th/ Perempuan Hari ke :  
 Alamat : Pewawancara : Ardhiani Ayu

No	Makan	Menu	Bahan Makanan	URT	Berat	Kandungan Gizi			KH
						Energi	Protein	Lemak	
	Pagi					36.4	0.6	0.1	8
			Gula merah		7	26.3	-	-	6.8
					25	111.9	3.9	3.4	15.9
		Susu							
	Siang	Bubur saring			50	36.4	0.6	0.1	8
			Gula merah		12.6	56.4	2	1.7	8
	Sore	Susu			50.7	227	7.9	7	32.3
		entramix							



**FORMULIR RECALL 24 JAM MAKANAN DAN MINUMAN**

13.00	Susu entramix			50.7	227	7.9	7	32.3
15.00	Susu entramix			50.7	227	7.9	7	32.3
22.00	Susu entramix			50.7	227	7.9	7	32.3
					1134.8	39.3	35	161.7





# FORMULA ENTERAL

## FORMULA ENTERAL



Nama : Ny. Mustakim Umur : 69 tahun Alamat : Trayem Bendo  
Sirahan

Tanggal : 26 April 2021

### Tujuan Diet

- Memberikan makanan dalam bentuk cair untuk memenuhi kebutuhan gizi
- Meringankan kerja saluran cerna dan menghindari mual muntah

### Syarat Diet

- Tidak merangsang saluran cerna
- Kandungan energi minimal 1 kkal/ml
- Cek kekentalan dengan sendok makan (pastikan kekentalan sama seperti susu )

### Jadwal Pemberian

- 06.00 (pagi) / 200cc
- 10.00 (siang) / 200cc
- 14.00 (siang) / 200cc
- 18.00 (sore) / 200cc

□ 22.0 (malam) /200c

Makanan yang di berikan dalam bentuk cair

Dapat diberikan dengan formula blenderize atau formula komersial

Kelebihan blenderize :

- Bahan yang digunakan biasa digunakan dirumah
- Harga masih terjangkau

Kekurangan blenderize :

- Tidak praktis
- Memerlukan waktu lama
- alat yang digunakan

harus selalu steril

Kelebihan formula komersial :

- Praktis
- Siap disajikan kapan saja
- Tidak memerlukan waktu

lama

Kekurangan komersial :

- Harga lebih mahal

Formula blenderize

Nama Bahan	URT	Berat (gram)
Makanan pokok (bubur nasi, Bubur saring) *pilih salah satu	3 sdm	30
Lauk hewani (putih telur, ayam, ikan) kukus *pilih salah satu	½ ptg	30
Lauk nabati (tahu, tempe) kukus *pilih salah satu	¼ ptg	15
Sayur ( wortel, brokoli, jagung muda, labu siam, gambas, labu kuning) kukus *pilih salah satu	2 sdm	20
Minyak	1 sdt	5
Gula pasir	2 sdm	20
Susu skim	1 sdm	10
Air	¾ gls	150



Nilai gizi persajian

Formula blenderize

Energi : 210,7 kkal Protein : 8,5g Lemak : 6 g Karbohidrat : 31,5

Cara pembuatan

1. Masukkan semua bahan ke dalam blender
2. blender semua bahan hingga halus
3. Saring bahan yang sudah diblender
4. Cek kekentalan dengan sendok makan (pastikan kekentalan sama seperti susu)
5. Formula siap disajikan

## Formula komersial

Nama formula	Frekuensi pemberian
Susu entramix	200cc

Nilai gizi persajian Energi : 227 kkal Protein : 7,9 g Lemak : 7 g Karbohidrat : 32,3 g

### cara pembuatan

1. Tuangkan 3 ½ sendok takar formula entramix ke dalam 180 ml air matang hangat.
2. Aduk hingga larut.
3. Formula entramix siap diberikan melalui sonde