

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Harapan dan Doa Kota Bengkulu merupakan satu-satunya rumah sakit milik Pemerintah Kota Bengkulu yang berlokasi di pusat kota, tepatnya di Jalan Letjend Basuki Rahmat No. 01. Rumah sakit ini berdiri di atas lahan seluas 11.651 m² dengan luas bangunan 1.350 m². RSUD ini didirikan berdasarkan Peraturan Daerah Kota Bengkulu Nomor 11 Tahun 2013 dan telah memperoleh kode registrasi dari Kementerian Kesehatan RI pada 28 Februari 2013. Berdasarkan izin operasional yang diterbitkan pada 22 Februari 2019, RSUD Harapan dan Doa ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C.

Upaya pengembangan layanan mencakup berbagai unit seperti Instalasi Gawat Darurat, Poli Umum, Poli Kebidanan dan Kandungan, Poli Penyakit Dalam, Poli Geriatri, Poli Anak, Poli Bedah, THT, Kulit dan Kelamin, Saraf, Gigi (Konservasi dan Prostodonti), Laboratorium Gigi, Poli Gizi, layanan terpadu seperti Poli VCT dan DOTS, serta poli-poli lainnya seperti Jantung, Ortopedi, Rehabilitasi Medik, dan Fisioterapi. Rumah sakit ini juga dilengkapi dengan Instalasi Radiologi, Layanan Hemodialisa, ruang rawat inap mulai dari kelas III hingga VIP, serta fasilitas khusus seperti ruang kebidanan, perinatologi, dan HCU.

Instalasi Gizi di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu mulai beroperasi pada Januari 2014 berdasarkan Izin Operasional

Sementara yang dikeluarkan oleh Wali Kota Bengkulu Nomor 49 Tahun 2013.

Unit ini terletak di bagian belakang area rumah sakit.

Pelayanan gizi yang diselenggarakan mencakup penerapan Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT), yang meliputi pelayanan gizi untuk pasien rawat jalan dan rawat inap, penyelenggaraan makanan, serta kegiatan penelitian dan pengembangan. Pelayanan asuhan gizi bagi pasien rawat inap dilakukan oleh tenaga nutrisisionis melalui tahapan skrining gizi, pemberian asuhan gizi, dan konseling gizi.

Visi dan Misi Instalasi Gizi RSHD Kota Bengkulu

1. Visi

Terwujudnya Pelayanan Gizi Yang Bermutu dan Profesional.

2. Misi

- a. Memberikan pelayanan gizi sesuai dengan standar.
- b. Memberikan pengetahuan diet untuk merubah perilaku menjadi hidup sehat.
- c. Memberikan pelayanan gizi sesuai kebutuhan diet pasien.
- d. Meningkatkan sumber daya manusia yang profesional dalam pelayanan gizi.

B. Gambaran Kasus

Tn. F usia 56 tahun Tinggi Badan 165 Cm Berat Badan 50,55 Kg status menikah, agama kristen masuk ke IGD RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu diagnosa medis pasien Stroke *ec snh* (Stroke Non-Hemoragik) dengan Hipertensi Stage 2, keluhan mulut miring ke kanan, pipi sebelah kiri

kaku dan suara pelo sejak bangun tidur pada jam 22.30 WIB. KU: lemah kesadaran composmentis. SMRS keluhan awalnya badan terasa berat sejak 5 jam, keluhan disertai badan terasa lemas dan susah untuk ditanya, kepala pusing, mual, muntah 2x tidak menyembrot, kejang disangkal, BAB dan BAK tidak ada keluhan. Pasien sempat ke Rumah Sakit Gading Medika dan diberikan obat dibawah lidah (pasien lupa nama obatnya). Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit stroke dari keluarga sebelumnya, tetapi pasien mempunyai riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu pasien juga merupakan perokok berat 2 bungkus perhari.

Pola makan pasien SMRS 2-3x makan utama 1-2 ctg nasi setiap hari mengonsumsi lauk hewani seperti ikan/ayam/telur 3-4x perminggu, suka mengonsumsi kopi 2-3x sehari, konsumsi roti putih dan kentang 3x perminggu, suka makanan yang manis, konsumsi gorengan 1-2x perminggu, sering konsumsi ikan asin hampir setiap hari, konsumsi *seafood* 3-4x perminggu, sate ayam 1-2x pebulan, suka konsumsi makanan bersantan 3-4x perminggu. Terapi obat: IVFD Nacl 20 tpm, Aspilet 1x1 Tab, Clopidogrel 1x 75 mg sesudah makan, Amlodipine 1 x 5 mg tablet, Inj. Omepranole 1 x 40 mg, Inj. Ondancetroan 2 x 4 mg, Inj. Citicoline 2 x 500 mg, Inj. Mecobalamine 2 x 500 mg. Pada pemeriksaan klinis di ruang rawat inap Madinah tanggal (19/12/2025) didapatkan Nadi: 81x/menit, TD: 168/102 mmHg, Suhu: 36 °C, SP02: 99%, Pernafasan 20x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal (19/12/2025) GDS 85 mg/dl , Ureum 61 mg/dl, Creatinin 1.0 mg /dl, Hemoglobin 13.3 g/dl, Hematokrit 41 mg/L, Trombosit 246.000 ul. Status gizi

pasien 18,7 Kg/m² tergolong normal.

1. Identitas Pasien

Nama	: Fhaeyuni Gea
Umur	: 56 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Berat Badan	: 50,55 kg
Panjang Ulna	: 25 cm
Pekerjaan Orang Tua	: Pensiunan
Agama	: Kristen
Alamat	: Jl. Pematang Said RT 15 RW 3 Kandang Limun
Diagnosa Medis	: Stroke ec snh (Stroke Non-Hemoragik) dengan Hipertensi Stage 2
DPJP	: dr. Muhammad Dhadang Setyawan
No.RM	: 344830
Ruang	: Ruang Madinah
Tanggal Kasus	: 19 Desember 2025 - 21 Desember 2025

C. Hasil Penelitian

1. Skrining Gizi

Hasil pengkajian skrining pasien menggunakan MST (*Malnutrition Screening Tool*) didapatkan bahwa pasien mengalami resiko malnutrisi sedang dengan skor 2, dimana pasien mengalami Penurunan nafsu makan disertai dengan penurunan berat badan yang terjadi dalam kurun waktu 6

bulan terakhir dimana pasien mengatakan berat sebelumnya biasanya antara 55 - 60 kg menjadi 50,55 kg, dan pasien memiliki diagnosis khusus yaitu Stroke *ec snh* (Stroke Non-Hemoragik) dengan Hipertensi Stage 2.

2. Asessment Gizi

a. Food History

Pengumpulan data terkait riwayat konsumsi makanan, penelitian ini menerapkan pendekatan kualitatif dengan memanfaatkan dua teknik utama. Pertama, digunakan metode *24-hour Food Recall* untuk merekam makanan yang dikonsumsi pasien sebelum menjalani perawatan serta selama masa intervensi di rumah sakit. Pencatatan dilakukan secara retrospektif, dari pukul 07.00 tanggal 19 Desember 2025 hingga pukul 07.00 tanggal 18 Desember 2025.

Kedua, digunakan *Food Frequency Questionnaire* (FFQ) pada tanggal 19 Desember 2025 guna menggali informasi mengenai seberapa sering pasien mengonsumsi berbagai jenis makanan dan minuman dalam jangka waktu tertentu. Sementara itu, untuk mendapatkan data asupan selama perawatan di rumah sakit, diterapkan metode *Food Weighing* dengan menimbang sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien.

Data *food history* didapatkan dengan wawancara langsung pada keluarga pasien tanggal 19 Desember 2025,

Tabel 4.1 *Food History*

Kode	Jenis Data	Data Pasien
FH.1 Asupan Makanan dan Zat Gizi		
FH 1.2.2.3	Pola makan Pasien sebelum masuk RS	Pasien sebelum MRS 2-3x makan pokok 1-2 ctg nasi setiap hari mengkonsumsi lauk hewani seperti ikan/ayam/telur 3-4x perminggu, suka mengonsumsi kopi 2-3x sehari, konsumsi roti putih dan kentang 3x perminggu, suka makanan yang manis, konsumsi gorengan 1-2x perminggu, sering konsumsi ikan asin hampir setiap hari, sate ayam 1-2x/minggu, suka konsumsi makanan bersantan 3-4x perminggu.
FH 1.2.2.3	Pola makan	Setelah masuk RS pasien makan dengan bentuk makanan lunak 3x makan utama, setiap kali makan pasien selalu menghabiskan makanannya.
FH 1.3.2.2	Cairan IV	IVFD Nacl 20 tpm
FH 2.1	Riwayat diet	Belum pernah melakukan diet tertentu.
FH.3 Pengobatan dan Terapi		
FH 3.1.	Obat-obatan	Inj. Omepranole 1 x 40 mg, Inj. Ondancetroan 2 x 4 mg, Inj. Citicoline 2 x 500 mg, Inj. Mecobalamine 2 x 500 mg, Aspilet 1x1 Tab, Clopidogrel 1x 75 mg sesudah makan, Amlodipine 1 x 5 mg tablet.
FH 7.3	Aktivitas Fisik	Aktifitas fisik pasien mengalami penurunan, pasien hanya berbaring di bed.

Kesimpulan : Berdasarkan data asupan makanan dan zat gizi, pasien memiliki riwayat pola makan yang tinggi natrium (garam), konsumsi makanan tinggi lemak dan gula sederhana cukup sering.

Data *Recall* 1x24 Jam sebelum masuk rumah sakit, pencatatan dilakukan secara retrospektif, dari pukul 07.00 tanggal 19 Desember 2025 hingga pukul 07.00 tanggal 18 Desember 2025.

Tabel 4.2 *Recall* 1x24 Jam

Zat Gizi	Kebutuhan	Total Asupan		Kategori
		Asupan	%	
FH 1.1 Asupan Energi	1.264 Kkal	1007,5 kkal	79,7%	Kurang
FH 1.5.3 Asupan Protein	61 g	36,8 g	60,3%	Kurang
FH 1.5.1 Asupan Lemak	58,5 g	44,3 g	75,7%	Kurang
FH 1.5.5 Asupan Karbohidrat	161,2 g	144 g	89,3%	Baik

(Sumber : Data Primer 2025)

Kesimpulan: Berdasarkan hasil *recall* 24 jam, diketahui bahwa asupan energi pasien hanya mencapai 79,7% dari kebutuhan sehingga tergolong kurang. Asupan protein sebesar 60,3% dan lemak 75,7% juga masih termasuk kategori kurang. Sementara itu, asupan karbohidrat berada pada kategori baik dengan persentase 89,3% dari kebutuhan.

Klasifikasi tingkat kecukupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat sebagai berikut (WNPG, 2014):

- a) 80% = Asupan zat gizi kurang.
- b) 80-110% = Asupan zat gizi baik.
- c) >110% = Asupan zat gizi lebih.

Tabel 4.3 Terapi Obat-Obatan

Nama Obat	Kegunaan	Interaksi Obat dg makanan
IVFD NaCl 0,9%	Mengganti cairan tubuh yang hilang akibat dehidrasi dan membantu menormalkan kadar natrium (garam) dan klorida dalam darah.	Tidak ada interaksi langsung dengan makanan karena diberikan secara intravena.
Clopidogrel 1x 75 mg	Mencegah penggumpalan darah berbahaya, mengurangi risiko stroke	Dapat berinteraksi dengan makanan tertentu seperti grapefruit (jeruk bali) yang dapat menurunkan efektivitas obat.
Aspilet 1x1 Tab	Membantu mencegah <i>Transient Ischemic Attack</i> (TIA/stroke ringan) dan stroke iskemik. Digunakan sebagai pengobatan tambahan pada pasien yang baru saja mengalami stroke.	Sebaiknya dikonsumsi setelah makan untuk mengurangi iritasi lambung.
Amlodipine 1 x 5 mg tablet	Digunakan utama untuk menurunkan tekanan darah tinggi (hipertensi). Obat ini bekerja dengan melebarkan pembuluh darah, sehingga aliran darah lebih lancar, meringankan kerja jantung, serta mencegah nyeri dada (angina).	Tidak terdapat interaksi signifikan dengan makanan, namun konsumsi grapefruit dapat meningkatkan kadar obat dalam darah sehingga berpotensi meningkatkan efek samping seperti hipotensi.
Inj Ondansetron 2x4 mg	Antiemetik: mencegah dan mengatasi mual serta muntah	Tidak ada interaksi langsung dengan makanan karena diberikan secara intravena.
Inj. Citicoline 2 x 500 mg	Digunakan pada pasien stroke, cedera otak, gangguan kesadaran, atau gangguan fungsi kognitif. Bekerja meningkatkan sintesis fosfolipid membran sel saraf dan memperbaiki fungsi neurotransmitter.	Tidak ada interaksi langsung dengan makanan karena diberikan secara intravena. Pada pemberian oral, dapat dikonsumsi dengan atau tanpa makanan.
Inj. Mecobalamine 2 x 500 mg.	Suplemen vitamin B12 aktif yang digunakan untuk mengatasi neuropati perifer (kerusakan saraf tepi) yang ditandai dengan kesemutan, mati rasa, atau nyeri	Tidak terdapat interaksi dengan makanan karena diberikan secara injeksi.

b. Antropometri Data

Data antropometri data didapatkan dengan pengukuran langsung pada tanggal 19 Desember 2025, pengukuran berat badan diukur dengan menggunakan timbangan injak dan pengukuran tinggi badan menggunakan panjang ulna karena keterbatasan pasien untuk berdiri tegak karena jika berdiri lama pasien sempoyongan.

Tabel 4.4 Pengukuran Antropometri Data

Kode	Pemeriksaan	Hasil Pengukuran
AD 1.1.2	Berat Badan	50,55 kg
	Ulna	25 cm
AD 1.1.1	Estimasi TB berdasarkan Ulna	$TB = 85,61 + (3,16 \times ulna)$ $= 85,61 + (3,16 \times 25 \text{ (cm)})$ $= 165 \text{ cm}$ Rumus persamaan Regresi Estimasi TB dipublikasikan oleh Ilayperuma
AD 1.1.5	Status gizi menurut IMT	18,75 Kg/m ² (Normal)
	Status gizi menurut percentile LILA	$\% LILA = \frac{\text{LILA di ukur}}{\text{nilai standar LILA}} \times 100\%$ $= \frac{27 \text{ cm}}{31,7 \text{ cm}} \times 100\%$ $= 85\% \text{ (Gizi Baik)}$
	Penurunan BB	56 – 50 = 6 Kg (10%) penurunan berat badan ringan
	BBI	$= (TB-100) \times 0,9$ $= (165-100) \times 0,9$ $= 58 \text{ kg}$

(Sumber: Data primer antropometri pasien, 2025)

Kesimpulan: Berdasarkan data antropometri di atas, status gizi pasien menurut IMT tergolong kategori normal.

c. Biokimia Data

Data dari pemeriksaan laboratorium didapatkan dari aplikasi GIZ RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu, yang dibukakan oleh perawat ruangan pada tanggal 19 Desember 2025 meliputi

pemeriksaan hasil GDS, Ureum, Kreatinin, Hemoglobin, Hematokrit, Trombosit. Pasien yang diperiksa pada tanggal 19 Desember 2025 pada saat pasien masuk ke RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

Tabel 4.5 Pemeriksaan Biokimia Data

Kode	Pemeriksaan	19/12/2025			
		Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
BD 1.5.2	GDS	85 mg/dL	<200	mg/dl	Normal
	Leukosit	9.200 ul	5000-10.000 ul	ul	Normal
	Ureum	61 mg/dL	10-50 mg/dL	mg/dl	Tinggi
BD 1.10.1	Kreatinin	1.0 mg/dL	0,7-1,5 mg/dL	mg/dl	Normal
BD 1.10.2	Hemoglobin	13.3 g/dL	14-18 g/dL	g/dl	Rendah
	Hematokrit	41 mg/L	33-52 mg/dL	mg/dl	Normal
	Trombosit	246.000 ul	150.000–500.000 ul	ul	Normal
Pemeriksaan Penunjang: • CT Scan Kepala Kesan: Infark Cerebri Corona Radiata Dextra dan Capsula Interna Bilateral • Thorax AP/PA Kesan: Elongatio Aorta Dan Aorthosclerlosis Arcus Aorta					

(Sumber: Data Rekam Medis 2025)

Kesimpulan: Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa hasil pemeriksaan ureum pasien termasuk kategori tinggi yaitu 61 mg/dL, dan hasil pemeriksaan hemoglobin pasien dalam kategori rendah menunjukkan pasien mengalami anemia ringan.

d. Fisik /Klinis

Data fisik dan klinis pasien didapatkan dari hasil pemeriksaan oleh

perawat ruangan secara rutin setiap pagi, pemeriksaan ini dicatat dalam buku rekam medis pasien.

1) Data Fisik

Data hasil pemeriksaan fisik pasien yang diperoleh melalui wawancara langsung pada tanggal 19 Desember 2025.

Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik

Kode	Data Fisik	Hasil
PD 1.1.1	Penampilan keseluruhan kepala	Pasien merasakan badan terasa lemas
PD 1.1.7	Ekstremitas	Tangan kiri susah digerakkan
	Kesadaran	Composmentis
PD 1.1.14.5	Kelemahan otot	Pipi kiri terasa kaku dan suara pelo
PD 1.1.5.24	Mual	Ada mual
PD 1.1.5.27	Muntah	Muntah 2x tidak menyemprot
PD 1.1.16	Saraf	Mulut miring ke kanan
PD 1.1.16.12	Pusing	Vertigo

(Sumber: Data primer hasil anamnesis pasien 2025)

Kesimpulan: Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, pasien dalam keadaan umum lemah dengan tingkat kesadaran *Composmentis* (CM) yaitu pasien dalam keadaan sadar sepenuhnya, pasien juga menunjukkan adanya gangguan pada sistem neurologis dan motorik yang konsisten dengan gejala klinis stroke non hemoragik.

2) Data Klinis

Data pemeriksaan tanda tanda vital pasien yang diperoleh dari perawat ruangan pada tanggal 19 Desember 2025.

Tabel 4.7 Pemeriksaan Klinis

PD 1.1.21 Tanda-tanda vital

Pemeriksaan	19/12/2025			
	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
Tekanan darah	168/102	<140/90	mmHg	Tinggi
Nadi	81	60-100	x/menit	Normal
Suhu	36	36-37	°C	Normal
Pernapasan	20	16-20	x/menit	Normal
SP02	99	98-100	%	Normal

(Sumber: Data Rekam Medis 2025)

Kesimpulan: Berdasarkan hasil pemeriksaaan data klinis yaitu tanda-tanda vital, menunjukkan pasien dalam kondisi hipertensi stage 2 yaitu 168/102 mmHg.

e. *Client History*

Data *client history* didapatkan dengan wawancara langsung ke pasien meliputi riwayat personal, riwayat sosial, dan riwayat medis.

Tabel 4.8 Client History

CH.1 Riwayat Personal		
CH 1.1	Nama	Tn. F
CH 1.1.1	Usia	56 Tahun
CH 1.1.3	Jenis kelamin	Laki-laki
	Riwayat Merokok	Perokok aktif
CH.2 Riwayat Medis		
Riwayat penyakit sekarang		Stroke <i>ec snh</i> (Stroke Non-Hemoragik) dengan Hipertensi stage 2
Riwayat medis		Pasien sempat ke Rumah Sakit Gading Medika dan diberikan obat dibawah lidah (pasien lupa nama obatnya). SMRS keluhan awalnya badan terasa berat sejak 5 jam, keluhan disertai badan terasa lemas dan susah untuk ditanya, kepala pusing, mual, muntah 2x tidak menyemprot.
Riwayat penyakit keluarga		Tidak ada riwayat penyakit dari keluarga
Riwayat penyakit terdahulu		Hipertensi sejak 5 tahun yang lalu

CH.3 Riwayat Sosial		
CH 1.1.8	Pendidikan	SLTP
CH 3.1.7	Agama	Kristen
CH 3.1.6	Pekerjaan	Pensiunan
CH 3.1.5	Alamat	Pematang Said RT 15 RW 3 Kendang Limun

(Sumber: Data primer hasil wawancara pasien 2025)

Kesimpulan: Tn. F berusia 56 tahun, pendidikan SLTP, agama kristen pekerjaan pensiunan dan perokok aktif.

2. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi diberikan berdasarkan hasil asessment pasien yang tidak normal/bermasalah meliputi hasil asessment *food history*, biokimia data, fisik/klinis, dan perilaku pasien.

- a. **NI 2.1** Asupan oral tidak adekuat berkaitan dengan stroke non hemoragik ditandai dengan hasil recall energi 79,7% (kurang), protein 60,3% (kurang), lemak 75,7% (kurang)
- b. **NB 1.3** Tidak siap untuk merubah gaya hidup berkaitan dengan ketidakinginan atau ketidaktertarikan dalam merubah/menerapkan informasi ditandai dengan masih suka mengonsumsi makanan tinggi natrium.

3. Intervensi Gizi

Preskripsi Diet (NP)	
NP – 1.1 Nama Diet	Diet Stroke dan DASH
NP – 1.1 Prinsip Diet	Rendah Lemak, Rendah Natrium
NP – 1.1 Tujuan Diet	a) Mencukupi kebutuhan energi dan zat gizi pasien stroke hingga mencapai $\geq 80\%$. b) Membatasi konsumsi penggunaan natrium dengan membatasi penggunaan garam pada makanan pasien.
NP – 1.1 Syarat Diet	a) Energi sesuai kebutuhan yaitu, 25 kkal/kg BB/hari yaitu 1.450 kkal b) Protein diberikan yaitu 1,2 g/kg BB/hari yaitu sebesar 61 gram/hari. c) Lemak 30% sesuai kebutuhan sebesar 48 gram/hari. Komposisi lemak yang dianjurkan terdiri atas lemak jenuh (<i>saturated fatty acid/SFA</i>) sebesar 5% dari total energi, lemak tidak jenuh ganda (<i>polyunsaturated fatty acid/PUFA</i>) sebesar 10% dari total energi, dan lemak tidak jenuh tunggal (<i>monounsaturated fatty acid/MUFA</i>) sebesar 20% dari total energi. Pengaturan jenis lemak ini bertujuan untuk membantu mengendalikan tekanan darah. d) Karbohidrat diberikan sebesar 51% sesuai kebutuhan energi yaitu 185 gram/hari

	e) Kolesterol < 200 mg/hari f) Serat 30 gr/hari g) Asupan natrium dibatasi 1.083 mg/hari.
NP – 1.1 Perhitungan Kebutuhan Energi	Energi = 25 Kkal/kg BBI/hari = 25 Kkal x 58 kg = 1.450 kkal
NP – 1.1 Perhitungan Kebutuhan Zat Gizi Makro	Protein = 1,2 g/kg BB/Hari = 1,2 x 50,55 = 61 g % = $\frac{61 \times 4 \times 100\%}{1.264}$ = 19% Lemak = $\frac{30\% \times 1.450}{9}$ = 48 gram/hari 1) Lemak jenuh = 5% x 1.450 kkal = 72,5 g 2) PUFA = 10% x 1.450 kkal = 145 g 3) MUFA = 20% x 1.450 kkal = 290 g Karbohidrat = $\frac{51\% \times 1.450}{4}$ = 184,8 gram/hari
NP – 1.1 Bentuk makanan	Pemberian bentuk makanan lunak dikarenakan keadaan umum pasien yang lemas, mual, serta pusing.
NP – 1.1 Frekuensi Makan	Pemberian rekuensi 3x makan utama karena pasien stroke dianjurkan untuk makan dengan porsi kecil namun sering, hal ini bertujuan untuk memudahkan proses pencernaan dan mencegah tersedak.
NP – 1.1 Jalur pemberian	Pemberian asupan melalui jalur oral dilakukan karena pasien tidak mengalami kesulitan dalam proses

	mengunyah maupun menelan, serta tidak ditemukan adanya gangguan pada rongga mulut dan tenggorokan.	
Edukasi Gizi (E-1)		
Topik	Diet Stroke dan DASH	
Tempat	Ruang Madinah No.328 RSUD Harapan dan Doa	
Waktu	21 Desember 2025	
Sasaran	Pasien dan Keluarga	
Metode	Ceramah	
Media	Leaflet, buku foto makanan	
Materi	a) Menjelaskan mengenai penyakit stroke dan diet stroke b) Jenis makanan yang dianjurkan dan makanan yang perlu dibatasi c) Anjuran kepada pasien agar tidak mengonsumsi makanan selain dari rumah sakit. d) Contoh menu sehari yang bisa diterapkan pasien dirumah.	
Koordinasi Asuhan Gizi (RC-1)		
No.	Tenaga Kesehatan	Koordinasi
1.	Dokter	Koordinasi dengan dokter untuk mengetahui diagnosa medis pasien
2.	Perawat ruangan	Memperoleh izin untuk mengakses rekam medis pasien
3.	Apoteker	Koordinasi dengan apoteker untuk mengetahui obat-obatan yang diberikan pada pasien
4.	Ahli gizi ruangan	Diskusi mengenai kondisi pasien untuk diambil menjadi studi kasus dan rencana asuhan gizi

4. Monitoring dan Evaluasi

a. Asupan Makan

Monitoring dan evaluasi asupan makan pasien dilakukan setiap hari dengan perbandingan antara jumlah asupan makanan pasien dengan kebutuhan gizi yang telah ditetapkan. asupan pasien dalam sehari.

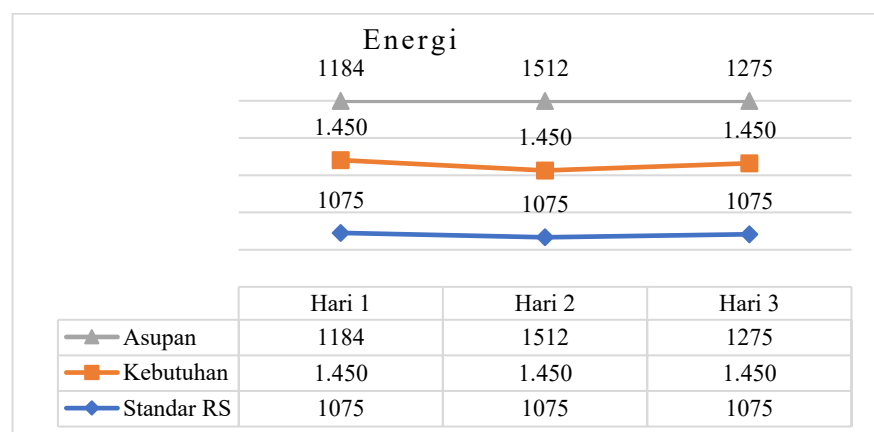
1) Asupan Energi

Sumber energi utama pasien berasal dari karbohidrat, protein, dan lemak yang terdapat pada makanan utama serta makanan tambahan dari luar rumah sakit.

Tabel 4.11 Monitoring Asupan Energi

Energi	19/12/25	20/12/25	21/12/25
Standar Rumah Sakit	1075	1075	1075
Kebutuhan	1.264	1.264	1.264
Asupan	1.184	1.425	1.275
%	82%	104%	88%

(Sumber : Data Hasil Recall, 19-21 Desember 2025)



Gambar 4.1 Monitoring Asupan Energi

Kesimpulan: Berdasarkan hasil monitoring asupan energi pasien selama tiga hari monitoring mengalami peningkatan dari 82% pada hari pertama menjadi 104% pada hari kedua, kemudian menurun menjadi 88% pada hari ketiga. Rata-rata asupan energi pasien telah memenuhi kebutuhan energi harian dan termasuk dalam kategori cukup.

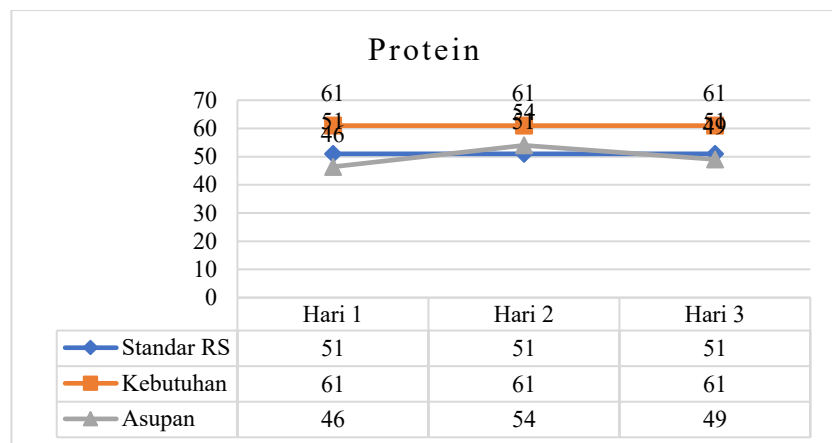
2) Asupan Protein

Sumber protein yang dikonsumsi pasien selama 3 hari adalah telur, ikan, dan ayam.

Tabel 4.12 Monitoring Asupan Protein

Protein	19/12/25	20/12/25	21/12/25
Standar Rumah Sakit	51	51	51
Kebutuhan	61	61	61
Asupan	46	54	49
%	76%	92%	80%

(Sumber : Data Hasil Recall, 19-21 Desember 2025)



Gambar 4.2 Monitoring Asupan Protein

Kesimpulan: Berdasarkan grafik, persentase asupan protein pasien mengalami peningkatan dari hari pertama ke hari kedua,

namun kembali menurun pada hari ketiga (80%). Meskipun terjadi peningkatan selama periode monitoring, asupan protein pasien masih belum mencapai kebutuhan protein harian yang telah ditetapkan.

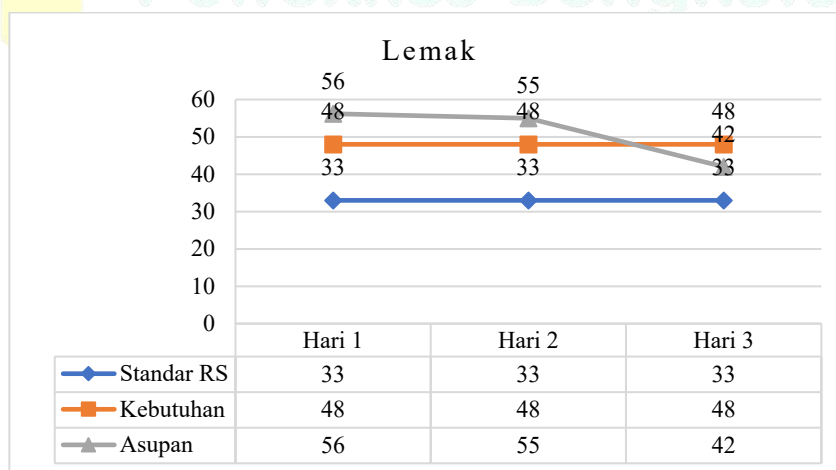
3) Asupan Lemak

Sumber lemak utama pada menu pasien adalah minyak yang digunakan dalam pengolahan makanan, serta lauk hewani dan nabati seperti telur, ayam, ikan, tempe, dan tahu.

Tabel 4.13 Monitoring Asupan Lemak

Lemak	19/12/25	20/12/25	21/12/25
Standar Rumah Sakit	33	33	33
Kebutuhan	59	59	59
Asupan	56	55	42
%	117%	115%	88%

(Sumber : Data Hasil Recall, 19-21 Desember 2025)



Gambar 4.3 Monitoring Asupan Lemak

Kesimpulan: Persentase asupan lemak pasien mengalami penurunan selama tiga hari monitoring, yaitu dari 117% pada hari pertama menjadi 115% turun pada hari kedua lebih lanjut menjadi

88% pada hari ketiga. Hasil tersebut menunjukkan bahwa asupan lemak pasien cenderung menurun dan pada hari pertama lemak yang dikonsumsi berlebih.

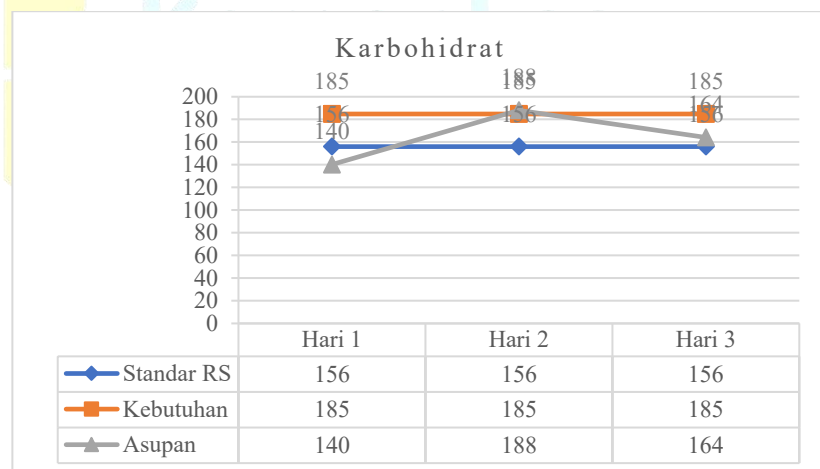
4) Asupan Karbohidrat

Sumber karbohidrat utama pasien sebagian besar berasal dari nasi tim.

Tabel 4.14 Monitoring Asupan Karbohidrat

Karbohidrat	19/12/25	20/12/25	21/12/25
Standar Rumah Sakit	156	156	156
Kebutuhan	161	161	161
Asupan	140	173	164
%	76%	102%	89%

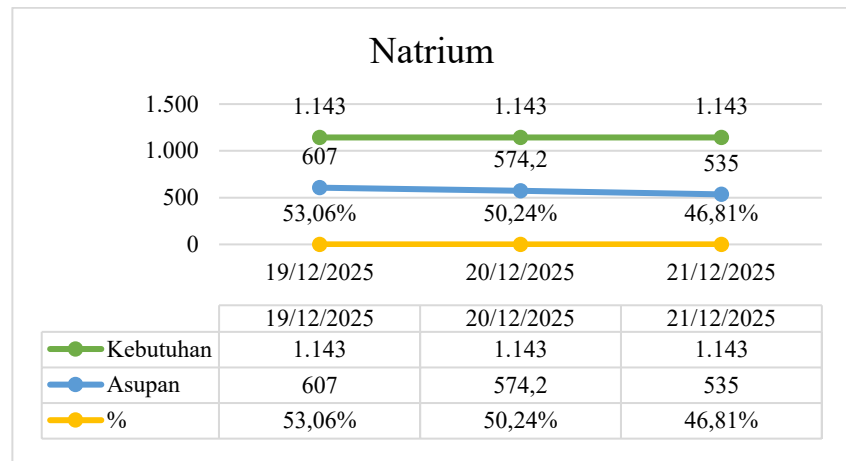
(Sumber : Data Hasil Recall, 19-21 Desember 2025)



Gambar 4.4 Monitoring Asupan Karbohidrat

Kesimpulan: Kebutuhan asupan karbohidrat pasien dalam sehari sebesar 185 g. Gambar 4.4 menunjukkan terjadi peningkatan asupan karbohidrat dari monev pertama 76% menjadi 102% karena pasien mengonsumsi makanan dari luar berupa kue basah dan buah apel. Monitoring pada hari ketiga turun menjadi 89%.

5) Asupan Natrium



Gambar 4.5 Monitoring Asupan Natrium

Kesimpulan: Asupan natrium mengalami peningkatan dari 535 mg pada hari pertama menjadi 607 mg pada hari kedua, kemudian sedikit menurun menjadi 574 mg pada hari ketiga. Secara keseluruhan, asupan natrium pasien sudah dibawah batas <1143 mg.

b. Antropometri

Monitoring dan evaluasi antropometri pasien dilakukan pada hari pertama intervensi yaitu pada pagi hari jam 10.00 WIB dan hari ketiga intervensi pada pagi hari jam 09.30 WIB dengan membandingkan berat badan pasien pada hari pertama dengan berat pasien pada hari ke tiga atau hari terakhir intervensi.

Tabel 4.15 Hasil Monitoring Antropometri

Pemeriksaan	Hasil Monitoring Antropometri		
	19/12/2025	20/12/2025	21/12/2025
BB	50,55 Kg	-	50,55 Kg

(Sumber: Data antropometri 19-21 Desember 2025)

Kesimpulan: Berdasarkan monitoring pada hari pertama intervensi berat badan pasien adalah 50,55 kg dan hari ke tiga intervensi berat badan pasien tetap berada pada 50,55 kg yang artinya tidak ada penurunan berat badan pada pasien.

c. Biokimia Data

Hasil monitoring dan evaluasi pemeriksaan biokimia data pada tanggal 19 Desember 2025 sampai dengan 21 Desember 2025.

Tabel 4.16 Monitoring Pemeriksaan Klinis

Pemeriksaan	19/12/2025	20/12/2025	21/12/2025	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
GDS	85 mg/dL	-	-	<200	mg/dl	Normal
Leukosit	9.200 ul	-	-	5000-10.000 ul	ul	Normal
Ureum	61 mg/dL	-	-	10-50 mg/dL	mg/dl	Tinggi
Creatinin	1.0 mg/dL	-	-	0,7-1,5 mg/dL	mg/dl	Normal
Hemoglobin	13.3 g/dL	-	-	14-18 g/dL	g/dl	Rendah
Hematokrit	41 mg/L	-	-	33-52 mg/dL	mg/dl	Normal
Trombosit	246.000 ul	-	-	150.000–500.000 ul	ul	Normal

Pemeriksaan Penunjang:

- **CT Scan Kepala**

Kesan: Infark Cerebri Corona Radiata Dextra dan Capsula Interna Bilateral

- **Thorax AP/PA**

Kesan: Elongatio Aorta Dan Aorthoscleriosis Arcus Aorta

(Sumber: Data Rekam Medis 19-21 Desember 2025)

Kesimpulan: Tidak terdapat pemeriksaan laboratorium terbaru pada saat melakukan 3 hari intervensi pada pasien.

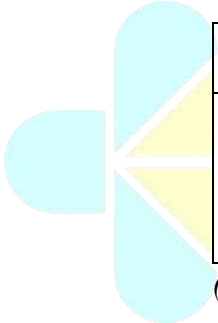
d. Fisik & Klinis

Monitoring dan evaluasi fisik dan klinis pasien dilaksanakan setiap hari berdasarkan dari pemeriksaan dari perawat ruangan berupa pemeriksaan klinis yaitu tanda tanda vital pasien.

a. Fisik

Hasil monitoring dan evaluasi pemeriksaan data fisik pada tanggal 19 Desember 2025 sampai dengan 21 Desember 2025.

Tabel 4.17 Monitoring Pemeriksaan Fisik



Kode	19/12/2025	19/12/2025	19/12/2025
	Hasil	Hasil	Hasil
PD 1.1.1	Pasien merasakan badan terasa lemas kepala pusing, pipi kiri terasa kaku, mual, muntah	Kepala masih terasa pusing, tangan kiri susah digerakkan, pipi kiri terasa kaku	Kepala pusing, tangan kiri susah digerakkan, pipi kiri terasa kaku

(Sumber: Data anamnesis 19-21 Desember 2025)

Kesimpulan: Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi selama tiga hari intervensi, kondisi fisik pasien menunjukkan perbaikan bertahap yang ditandai dengan berkurangnya keluhan pipi kiri terasa kaku pada hari kedua dan ketiga. Meskipun demikian, pasien masih mengalami pusing dan kesulitan menggerakkan tangan kiri hingga hari ketiga, yang menunjukkan bahwa gangguan fungsi motorik pasien belum pulih secara optimal.

b. Klinis

Hasil monitoring dan evaluasi pemeriksaan data fisik pada tanggal 19 Desember 2025 sampai dengan 21 Desember 2025.

Tabel 4.18 Monitoring Pemeriksaan Klinis

Pemeriksaan	19/12/25	19/12/25	19/12/25	Nilai Rujukan	Satuan
	Hasil	Hasil	Hasil		
TD	168/102	155/92	146/91	<140/90	mmHg
Nadi	81	62	60	60-100	x/menit
Suhu	36	35,7	35,1	36-37	°C
RR	20	20	21	16-20	x/menit
SP02	99	99	98	98-100	%

(Sumber: Data Rekam Medis 19-21 Desember 2025)

Kesimpulan: Data monitoring pasien selama tiga hari observasi menunjukkan adanya penurunan tekanan darah dari 168/102 mmHg (hipertensi stage 2) pada hari pertama menjadi 155/92 mmHg pada hari kedua dan 146/91 mmHg pada hari ketiga yang termasuk kategori hipertensi stage 1 (Kemenkes RI, 2024). Penurunan tekanan darah secara bertahap ini menunjukkan adanya respons positif terhadap intervensi atau manajemen klinis yang diberikan, meskipun tekanan darah pasien masih berada pada kategori hipertensi stage 1.

D. Pembahasan

1. Skrining gizi

Hasil pengkajian skrining pasien menggunakan MST (*Malnutrition Screening Tool*) didapatkan bahwa pasien mengalami risiko malnutrisi sedang dengan skor 2, menurut teori gizi dan medis seperti yang dirujuk dalam panduan klinis Kementerian Kesehatan RI, (2019) gangguan neurologis yang timbul akibat stroke dapat menyebabkan terjadinya

malnutrisi. Pada pasien stroke non hemoragik, terutama yang mengalami gangguan vestibular seperti vertigo, dapat muncul gejala mual, muntah, dan pusing, kondisi ini berpotensi menurunkan nafsu makan dan asupan makan pasien (Sari *et al.*, 2020).

Berdasarkan penelitian Masitha *et al.* (2021), kondisi ini memperlambat penyembuhan otak, meningkatkan risiko komplikasi medis, memperpanjang masa rawat inap, dan menurunkan tingkat kelangsungan hidup pasien (Masitha *et al.*, 2021). Hasil ini mendukung pentingnya intervensi gizi terutama pada pasien yang mengalami malnutrisi.

2. Asessment Gizi

a. *Food History*

Berdasarkan hasil wawancara langsung menggunakan metode *Food Frequency Questionnaire* (FFQ), diketahui bahwa pasien memiliki pola makan utama 2–3 kali sehari dengan konsumsi kopi 2–3 kali sehari. Pasien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan asin gurih seperti ikan asin hampir setiap hari, makanan manis, gorengan, *seafood*, dan makanan bersantan beberapa kali dalam seminggu.

Penelitian Mawaddha *et al.* (2025) data yang diperoleh hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara perilaku konsumsi garam (*p value* = 0,003) dan pola makan (*p value* = 0,002) dengan kejadian hipertensi pada kelompok usia dewasa (45-59 tahun) di

Dusun Lengkok Desa Kualu Nenas wilayah kerja UPT. Puskesmas Tambang (Mawaddha *et al.*, 2025).

Berdasarkan hasil *recall* konsumsi makanan selama 24 jam, diperoleh informasi bahwa asupan energi pasien (79,7%), menurut teori WNPG (2014) tingkat kecukupan energi <80% termasuk kategori kurang. Energi memiliki peran penting dalam mempertahankan fungsi tubuh dan mendukung proses penyembuhan. Asupan energi yang tidak mencukupi dalam waktu lama dapat menyebabkan penurunan status gizi, memperlambat pemulihan pasien dan memperpanjang lama rawat inap (Fatimah and Fayasari, 2024).

b. Antropometri

Pada saat penelitian, pengukuran berat badan dilakukan secara langsung menggunakan timbangan injak karena pasien masih mampu berdiri tegak dalam waktu singkat. Sementara itu, Pengukuran tinggi badan secara langsung tidak dapat dilakukan mengingat kondisi pasien yang tidak mampu berdiri terlalu lama, sehingga dilakukan pengukuran panjang ulna menggunakan pita *metline* untuk mengestimasi tinggi badan pasien.

Status gizi pasien berdasarkan perhitungan IMT yaitu dalam kategori status gizi normal. Menurut teori gizi klinik, status gizi yang baik berperan dalam mempertahankan massa otot, fungsi imun, serta mendukung proses pemulihan dan rehabilitasi pasien stroke (Kasim

and Pateda, 2020). Status gizi normal yang dimiliki pasien merupakan faktor yang mendukung proses pemulihan (Ko and Shin, 2022).

c. Biokimia Data

1) Ureum

Kadar ureum tinggi secara teori berkaitan erat dengan stroke non hemoragik. Kondisi ini mencerminkan gangguan fungsi ginjal atau dehidrasi berat, yang secara tidak langsung memicu aterosklerosis (pengerasan pembuluh darah) dan memperburuk kontrol tekanan darah, sehingga meningkatkan risiko penyumbatan aliran darah ke otak (Kemenkes RI, 2019). Peningkatan kadar ureum penurunan konsumsi cairan pada pasien stroke non hemoragik dapat menyebabkan terjadinya dehidrasi (Hons *et al.*, 2023).

Gejala mual dan muntah yang dialami pasien dapat menyebabkan dehidrasi. Kondisi ini dapat memperlambat proses pemulihan pasien stroke, meningkatkan komplikasi kardiovaskular, serta memperburuk luaran klinis pasien stroke non hemoragik akut (Hao *et al.*, 2025).

2) Hemoglobin

Rendahnya kadar hemoglobin pada pasien stroke non hemoragik dapat disebabkan oleh anemia inflamasi, penyakit kronis, malnutrisi, serta penurunan asupan makan akibat kondisi

klinis pasien. Penelitian Zhang *et al.* (2021) menunjukkan bahwa pasien anemia memiliki risiko kematian 1 tahun sebesar 1,73 kali lebih tinggi dibanding pasien dengan hemoglobin normal, serta memiliki risiko *poor functional outcome* sebesar 1,36 kali lebih tinggi (Zhang *et al.*, 2021).

Hemoglobin rendah memicu dan memperparah stroke non hemoragik. Berdasarkan literatur internasional, kondisi ini menyebabkan penurunan suplai oksigen ke otak dan berdampak pada peningkatan risiko kematian, kecacatan parah, serta serangan stroke berulang (Isadora *et al.*, 2021).

3) CT Scan Kepala

Berdasarkan hasil CT-scan kepala, pasien mengalami infark cerebri pada corona radiata dextra dan capsula interna bilateral. Lesi pada area tersebut dapat menyebabkan gangguan fungsi motorik karena corona radiata dan capsula interna merupakan bagian dari jalur penghantaran impuls saraf yang menghubungkan korteks serebri dengan pusat-pusat saraf di bawahnya. Kerusakan pada jalur ini dapat menimbulkan kelemahan anggota gerak dan gangguan fungsi wajah Pada bagian tubuh yang berada di sisi kontralateral terhadap lokasi lesi (Sutia *et al.*, 2020).

Temuan ini sejalan dengan kondisi pasien yang mengalami kelemahan ekstremitas kiri dan deviasi sudut mulut, serta

didukung oleh laporan kasus Zheng-hua *et al.* (2025) yang menunjukkan bahwa infark pada corona radiata dapat menyebabkan hemiparesis dan gangguan fungsi wajah akibat terganggunya jalur saraf motorik (Zheng-hua *et al.*, 2025).

4) Thorax AP/PA

Hasil pemeriksaan Foto Rontgen Thorax menunjukkan kesan Elongatio Aorta dan Aorthosclerlosis Arcus Aorta. Pada pasien stroke non hemoragik, elongasi aorta sering ditemukan terutama pada pasien usia lanjut dan memiliki riwayat hipertensi jangka panjang (Catherine and Widjaya, 2023). Proses penuaan menyebabkan perubahan degeneratif pada dinding aorta berupa penurunan elastisitas serat elastin dan peningkatan kolagen sehingga aorta menjadi lebih kaku dan memanjang.

Kondisi ini berperan sebagai faktor risiko terjadinya stroke karena plak aterosklerotik dapat memicu pembentukan trombus atau emboli yang menghambat aliran darah ke otak (Mubder *et al.*, 2026).

d. Fisik/klinis

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, pasien menunjukkan adanya gangguan pada sistem neurologis dan motorik. Berdasarkan penelitian Jevenzley Maxvell Hanson *et al.* (2024), gejala yang paling sering ditemukan pada pasien stroke non hemoragik adalah kelemahan pada satu sisi tubuh, bicara pelo, dan vertigo (Hanson *et al.*, 2024). Gejala tersebut sering terjadi karena area tertentu di otak mengalami

kekurangan pasokan darah dan oksigen akibat penyumbatan pembuluh darah (Prabhakaran *et al.*, 2026)

Berdasarkan hasil pemeriksaan klinis pasien mengalami hipertensi stage 2 (168/102 mmHg). Berbagai penelitian epidemiologi berskala besar menunjukkan bahwa semakin tinggi tekanan darah, semakin besar pula risiko terjadinya stroke (Alifariki *et al.*, 2026). Studi oleh Adawiyah & Sinaga, (2024) meneliti hubungan faktor genetik dan usia dengan kejadian hipertensi di Puskesmas Pasar Minggu Jakarta Selatan tahun 2024 menegaskan bahwa faktor keturunan memiliki peran penting dalam terjadinya hipertensi. Hipertensi yang tidak terkontrol pada pasien stroke dapat meningkatkan risiko stroke berulang, kerusakan pembuluh darah otak, kecacatan, hingga kematian (Martina *et al.*, 2025). Hasil ini mendukung pentingnya intervensi gizi dengan pemberian diet stroke dan DASH terutama pada pasien stroke yang mengalami hipertensi.

e. Client History

Pasien memiliki riwayat merokok yang merupakan faktor risiko stroke, penelitian yang dilakukan Al Raffi and Panji Purnomo (2024) Kandungan nikotin pada rokok memicu penyempitan pembuluh darah yang berdampak pada meningkatnya tekanan darah. Karbon monoksida dan zat kimia lainnya merusak lapisan endotel pembuluh darah, memicu pembentukan plak aterosklerosis, yang dapat menyebabkan stroke non hemoragik (Wang *et al.*, 2024). Oleh karena

itu, semakin lama dan sering seseorang merokok, semakin tinggi risiko stroke-nya. Menurut penelitian, riwayat merokok meningkatkan risiko stroke 2 hingga 4 kali lipat dibandingkan non perokok (Timur *et al.*, 2025).

3. Diagnosis Gizi

a. NI 2.1 asupan oral tidak adekuat

Asupan oral tidak adekuat (P) berkaitan dengan stroke ec SNH (E) ditandai dengan hasil recall energi 79,7% (kurang), protein 60,3% (kurang), lemak 75,7% (kurang) (S/S). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Riana *et al.* (2024) di RSUD Kota Bandung terhadap 55 orang responden yang mengalami stroke iskemik, responden terbanyak (87,3%) memiliki diagnosa asupan gizi dengan masalah gizi asupan oral inadekuat (Riana *et al.*, 2024).

b. NI 5.4 penurunan kebutuhan zat gizi (natrium)

Penurunan Kebutuhan Zat gizi (Natrium) (P) berkaitan dengan hipertensi (E) ditandai dengan hasil pengukuran tekanan darah kategori tinggi (168/102 mmHg) (S/S). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lasty (2023) di RS A Surabaya dimana pada pasien stroke mengalami penurunan kebutuhan natrium berkaitan dengan hipertensi (Lasty, 2023).

c. NC 3.2 penurunan berat badan yang tak diharapkan

Pasien mengalami penurunan berat badan sebanyak 6 kg (10%) yang menunjukkan adanya risiko malnutrisi. Penelitian Sari *et al.*

(2020) menunjukkan bahwa defisit neurologis akibat stroke dapat menyebabkan perburukan status gizi selama perawatan dan meningkatkan risiko malnutrisi. Selain itu, penelitian Amalia & Putri (2022) menemukan bahwa sekitar 51,9% pasien stroke fase akut mengalami malnutrisi (Amalia and Putri, 2020).

d. NB 1.5 kurangnya pengetahuan tentang makanan dan gizi

Pasien memiliki pengetahuan gizi yang kurang ditandai dengan kebiasaan mengonsumsi gorengan, ikan asin hampir setiap hari, dan minum kopi 2–3 kali per hari. Pola makan tersebut dapat memperburuk hipertensi karena makanan tinggi lemak dan natrium berhubungan dengan peningkatan tekanan darah serta risiko stroke. Oleh karena itu, edukasi gizi diperlukan agar pasien memahami pemilihan makanan yang sesuai untuk hipertensi dan stroke.

4. Intervensi Gizi

Intervensi gizi diberikan berdasarkan assessment gizi yang meliputi *food history*, antropometri data, biokimia data, fisik/klinis, riwayat pasien serta diagnosis gizi. Intervensi gizi yang diberikan kepada pasien berupa pemberian makanan sesuai dengan kebutuhan pasien selama dirumah sakit yaitu diet stroke dan DASH, sesuai teori pada Penuntun Diet dan Terapi Gizi karena pasien mengalami stroke disertai hipertensi yang memerlukan pengaturan asupan natrium, lemak jenuh, dan kolesterol.

Penelitian terdahulu juga menyatakan bahwa pemberian diet stroke dapat membantu memenuhi kebutuhan gizi pasien serta mendukung proses

pemulihan kondisi klinis pasien stroke (Luthfi *et al.*, 2024). Pengelolaan diet dengan kondisi disfagia pada pasien stroke dapat memperbaiki status gizi, fungsi fisik, kemampuan menelan, dan menurunkan lama perawatan di rumah sakit (Mangalik *et al.*, 2023).

Selain pemberian intervensi berupa pemberian makan pasien juga diberikan intervensi berupa edukasi dengan media leaflet. Berdasarkan hasil penelitian oleh Sudirman and Monoarfa (2024), menunjukkan bahwa pemberian edukasi terstruktur memberikan pengaruh signifikan terhadap peningkatan pemahaman penderita hipertensi mengenai pengelolaan penyakitnya. Edukasi pola makan sehat efektif dalam meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengaturan makan, membantu menurunkan risiko stroke berulang, serta mendukung percepatan perbaikan status gizi pasien (Renata *et al.*, 2026).

5. Monitoring dan Evaluasi Gizi

a. Asupan Makan

Rata-rata asupan pasien selama 3 hari rawat inap termasuk dalam kategori cukup, karena kondisi klinis pasien mulai membaik, respon tubuh terhadap stres stroke mulai stabil dan pasien tidak mengalami disfagia sehingga pasien mampu menghabiskan makanan yang diberikan rumah sakit dan masih mengonsumsi makanan dari luar rumah sakit yang dibawa keluarga, seperti bakwan, kue basah, pepaya, dan buah pear.

Penelitian Resmi & Sunardi (2025) menyatakan bahwa

pemenuhan kebutuhan energi yang adekuat berperan penting dalam mencegah katabolisme berlebih, mendukung pemulihan neurologis, serta membantu perbaikan status gizi pasien selama proses rehabilitasi. Namun, konsumsi makanan dari luar rumah sakit dapat memengaruhi kepatuhan pasien terhadap diet yang telah direncanakan dan meningkatkan kemungkinan ketidaksesuaian asupan dengan diet rumah sakit (Misini *et al.*, 2025).

Hasil monitoring menunjukkan bahwa asupan protein pasien mengalami peningkatan dan secara umum berada dalam kategori cukup. Protein memiliki peran penting dalam mempertahankan status gizi, mempercepat pemulihan kondisi klinis, serta mendukung perbaikan jaringan dan fungsi tubuh selama masa perawatan (Rahma, 2024). Asupan protein yang cukup bagi pasien juga sangat penting untuk mencegah komplikasi (Kasim and Pateda, 2020). Secara tidak langsung, Hasil penelitian Khoirunnisaa (2022) juga menunjukkan bahwa asupan protein yang cukup membantu kemampuan menelan pasien sehingga dapat menerima makanan oral secara bertahap.

Hasil pemantauan dan evaluasi selama tiga hari menunjukkan bahwa asupan natrium pasien belum memenuhi kebutuhan harian sebesar 1.300 mg sebagaimana tercantum dalam Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia. Secara keseluruhan, asupan natrium pasien masih tergolong kurang dibandingkan kebutuhan.

Asupan natrium yang kurang dari kebutuhan terjadi karena pembatasan klinis. Pasien yang menjalani program diet rendah garam memang sengaja dibatasi asupan natriumnya (Lubis *et al.*, 2025). Akibatnya, meski makanan yang disajikan dihabiskan, total gram natrium yang masuk tetap di bawah angka kecukupan gizi (AKG) normal. Pembatasan asupan natrium dapat membantu menurunkan tekanan darah dan menurunkan risiko komplikasi kardiovaskular serta stroke (Lubis *et al.*, 2025).

b. Antropometri

Berdasarkan monitoring berat badan pasien tidak ada perubahan yang signifikan karena pasien masih dalam pemulihan kondisi hipertensi yang mana tekanan darahnya tinggi sehingga diet yang diberikan difokuskan untuk menurunkan tekanan darah pasien. Pelaksanaan pemantauan pada studi kasus ini memiliki keterbatasan karena hanya dilakukan selama tiga hari sedangkan penurunan berat badan yang realistis adalah 0,5–1 kg per minggu (Kemenkes RI, 2025). Hasil studi Luthfi *et al.*, (2024) menyimpulkan bahwa tidak ada perbedaan perubahan berat badan pada pasien penyakit degeneratif yang mendapatkan pelaksanaan PAGT dengan metode konvensional.

c. Biokimia Data

Tidak ada pemeriksaan data biokimia ulang selama intervensi.

d. Fisik/Klinis

Hasil monev pasien selama tiga hari intervensi gejala fisik klinis

pasien sudah mulai berkurang. Namun, tekanan darah pasien masih mengalami hipertensi stage 1 meskipun diberikan diet rendah garam dan rendah lemak. Hal ini dapat disebabkan karena kondisi Stroke *ec* SNH pasien yang memicu terjadinya hipertensi berkepanjangan. Tekanan darah tinggi yang berlangsung dalam jangka waktu lama tanpa pengendalian dapat memicu hialinisasi pada pembuluh darah otak, yang ditandai dengan penebalan dan degenerasi lapisan otot pembuluh darah (Puspitasari, 2020).

Meskipun demikian terdapat indikasi respons yang positif terhadap intervensi atau manajemen klinis yang sedang berjalan. Pemberian diet rendah lemak dan rendah garam serta beberapa terapi medis dari tenaga kesehatan lain seperti pemberian obat Amlodipine 1 x 5 mg tablet untuk mengurangi komplikasi dari penyakit stroke, termasuk hipertensi (Rahma, 2024).