

TESIS

**PENYELENGGARAAN TIM TERAPI GIZI DI RUMAH SAKIT
UMUM PUSAT DR.WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR 2012**

*The Implementation Of Nutrition Therapy Team At Dr.Wahidin
Sudirohusodo Hospital in Makassar 2012*

EKA NURRAHMAH



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

**PENYELENGGARAAN TIM TERAPI GIZI DI RUMAH SAKIT
UMUM PUSAT DR.WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR 2012**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Sarjana

Program Studi
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Disusun dan diajukan oleh

EKA NURRAHMAH

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

LEMBAR PENGESAHAN SEMINAR TESIS

**PENYELENGGARAAN TIM TERAPI GIZI
DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR.WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR 2012**

Disusun dan Diajukan Oleh :

EKA NURRAHMAH

P180 321 0014

Menyetujui,

Komisi Penasehat

Prof. Dr. Dr. A. Razak Thaha., M.Sc
Ketua

Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS
Anggota

**Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat**

Ketua Konsentrasi

Dr. dr. Noer Bachry Noor., M.Sc

Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS

PRAKATA

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan nikmat iman, islam, serta ilmu pengetahuan yang tak terhingga sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Sungguh proses penyelesaian ini merupakan sebuah proses perjalanan panjang yang membutuhkan waktu, energi, dan kerja keras dengan penuh perjuangan dan pengorbanan.

Penyusunan tesis ini dengan judul “ **Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 2012** “ merupakan suatu proses pembelajaran dan pengalaman yang sangat berharga bagi penulis. Selesaiannya tesis ini bukan merupakan akhir dari perjuangan dalam menuntut ilmu namun merupakan awal yang baru bagi penulis dalam mengamalkan ilmu yang telah didapatkan selama proses perkuliahan di Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Keterbatasan dalam segala hal terutama dalam kemampuan menyebabkan penulis membutuhkan banyak bantuan, bimbingan, dan petunjuk dari berbagai pihak. Karena itu, dengan segala kerendahan hati, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tulus dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. **Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha., M.Sc** selaku pembimbing I dan **Dr.dr. Burhanuddin Bahar., MS** selaku pembimbing II yang dengan penuh kesabaran telah membimbing dan mengarahkan penulis hingga terselesaikannya tesis ini.
2. **Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes** , **Dr. dr. Citrakesumasari., M. Kes** dan **Prof.Dr.dr. Nurpudji A.Taslim.,MPH.,Sp.GK** selaku penguji yang telah memberikan saran dan kritik demi perbaikan tesis ini.
3. Bapak **Prof. Dr. Ir. Mursalim** selaku Direktur Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

4. Bapak **Prof. Dr. dr. Alimin Maidin, MPH** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat , Wakil Dekan, Dosen Pengajar serta seluruh karyawan yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Bapak **Dr. dr. Noer Bachry Noor., M. Sc** selaku ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
6. Bapak **Dr. dr. Burhanuddin Bahar., MS** selaku Ketua Konsentrasi Gizi Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, dosen-dosen pengajar beserta staf (**Kak Sri**) yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam bidang akademik.
7. Bapak Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Direktur Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo dan Kepala Instalasi Gizi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang telah memberikan kesempatan dan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian ini.
8. Seluruh informan yang dengan sabar dan ikhlas berperan serta dalam penelitian ini.
9. Seluruh keluarga yang merupakan sumber kekuatan dan ketabahan yang senantiasa memberikan motivasi dan dorongan selama perkuliahan, saudara ku **Arief Rahman, SP dan Nur Muawana.**
10. **Dr. A.Yasmin Syauki., M.Sc., Sp.GK** selaku kepala Instalasi Gizi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dan teman-teman di Instalasi Gizi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang senantiasa mengerti dan memudahkan penulis, **Widyawati, S.Gz, Dian Andayani M, S.Gz, Kartini, SST, Zulfiani, S.Gz, Hajriah, S.Gz, Kak Erniati,Amd, Kak Niar, Mas, Fahrul** dan seluruh teman-teman instalasi gizi yang lain.
11. Ibu **St. Fatimah, DCN.,M.Kes, Yustini., DCN.,M.Kes, Musyawah Tahir., SST.,M.Kes, Nusrah ningsih., SST., M.Kes, Asriaty., S.Gz., Ety Toban, SKM** dan ahli Gizi instalasi Gizi Rumah Sakit wahidin

Sudirohusodo lainnya yang telah memberikan informasi berkaitan dengan penelitian ini.

12. Teman-teman sejawat di Konsentrasi Gizi Pascasarjana Unhas Tahun 2010 yang senantiasa menjadi teman dalam suka dan duka.
13. Teman-teman yang senantiasa memberikan motivasi **Wiwi, Ani 01, eti, Ishak, kak adi, kak ansar, imam, sigit, adi, kak nia** dan semuanya.
14. Sahabat-sahabat yang selalu hadir di saat penulis membutuhkan dukungan dan motivasi untuk bangkit lagi dalam menyelesaikan tesis ini, **A.Wahyuniarsih, SP, dan Karmila, SH.**

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati, penulis mendedikasikan tesis ini kepada kedua orang tua tercinta, Ayahanda **Abdurrahman, SE** dan **Ir.St. Najmah** yang senantiasa memberikan dukungan moril, material, semangat dan menjadi contoh tauladan yang baik bagi penulis dalam menggapai cita serta tidak pernah berhenti mendoakan di dalam setiap sujudnya. Mudah-mudahan dengan adanya tesis ini, bisa memberikan kebanggaan dan kesenangan bagi orang tua tercinta.

Manusia adalah tempat segala lupa, khilaf dan salah, oleh karena itu penulis sangat menghargai bila ada saran dan kritik demi penyempurnaan tesis ini. Semoga tesis ini bernilai ibadah di sisi Allah SWT dan dapat memberikan manfaat untuk kita semua. Aamiin Ya Rabbal Aalamiin.

Makassar, Mei 2013

Eka Nurrahmah

ABSTRAK

EKA NURRAHMAH, *Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi Di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 2012 (Dibimbing oleh A.Razak Thaha dan Burhanuddin Bahar)*

Tujuan pada penelitian ini adalah untuk mengetahui peran tim terapi gizi dalam pelayanan gizi pasien di rumah sakit umum pusat DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar 2012.

Penelitian ini dilaksanakan di rumah sakit umum pusat DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar 2012. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yang bersifat eksplanatif dengan desain studi kasus (*case study*). Informan pada penelitian ini adalah ahli gizi, perawat, dokter spesialis, dan apoteker, dengan penentuan sampel secara *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan gizi rawat inap, diberikan kepada semua pasien yang dirawat inap termasuk pasien yang di IGD, pasien rawat inap yang memerlukan penanganan gizi yang maksimal, pasien yang memerlukan dukungan nutrisi enteral atau parenteral serta pasien dalam keadaan yang kritis (*Critical Ill*). Ahli gizi melakukan skrining awal pasien, bila skor ≥ 2 maka dietisien akan melakukan skrining lanjut. Kemudian dokter penanggungjawab pasien menentukan diet pasien berdasarkan status gizi, diagnosa medis dan kebutuhan gizi pasien berdasarkan hasil pengkajian awal medik. Ahli gizi ruangan membuat daftar permintaan makanan pasien untuk disampaikan ke Instalasi Gizi setiap hari. Kemudian dilakukan monitoring dan evaluasi berupa perubahan diet, bentuk makanan, asupan makanan, toleransi terhadap makanan yang diberikan, mual, muntah, keadaan klinis defekasi (diare atau konstipasi) dan hasil laboratorium. Hasil monitoring dan evaluasi merupakan bagian dari asuhan gizi, dicatat pada lembar terintegrasi dalam dokumen medik pasien. Namun masih terdapat peran dari masing-masing profesi yang belum dijalankan. Dari hasil penelitian ini diperoleh kesimpulan bahwa pelaksanaan terapi gizi di ruang rawat inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo cukup baik dan masih terdapat peran dari masing-masing profesi yang belum dijalankan sehingga Perlu ditingkatkan kerjasama dan komunikasi antar tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan gizi kepada pasien.

Kata kunci : Terapi Gizi, kualitatif

ABSTRACT

EKA NURRAHMAH, *The Implementation Of Nutrition Therapy Team In Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital Makassar 2012 (Supervised by A. Razak Thaha dan Burhanuddin Bahar).*

The purpose to determine the role of nutrition therapy team in the nutritional care of patients in Dr. Wahidin Sudirohsodo Hospital Makassar 2012.

This study was a qualitative study with case study design. The informans of this research are dietesiens, nurses, doctors, and pharmacists, by determining the sample using purposive sampling. The qualitative data were gathered by indepth interview, obsevation and document review.

Hospitalization nutrition care provided to all patients including patients in the emergency room, patients who require maximum nutritional handlers, enteral or parenteral nutrition support and patients in critical ill. Nurse undertake early screening nutritional on every patientes and noting the results score within format screening. Dietetsien check the results screening beginning of patient, if score ≥ 2 then the dietesien will do the screening futher. The doctors determine diet patients based on nutritional status, medical diagnostic and nutritional needs patients based on the results of the assessment medic. Then dietesien order patients foods every day. Monitoring and evaluation about changes in diet, shape foods, intake of foods, tolerance food, nausea, vomiting, defecation (diarrhea or constipation) and results of laboratory. Results of monitoring and evaluation are recorded on medical report patient. The research result show that the implementation of nutrition therapy is well enough. For the role, it seems that the roles of each profession have not been implemented as good as should be.

Key words : Nutritional therapy, qualitative

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
PRAKATA	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Tim Terapi Gizi	8
B. Landasan Hukum	9
C. Pengorganisasian	10
D. Prosedur Kerja Asuhan Gizi	13
E. Konsep Pelayanan TTG	15
F. Hubungan Kerjasama	20

G. Metode Penelitian Kualitatif	22
H. Tahapan Penelitian Kualitatif	22
I. Kerangka Pemikiran	33
J. Definisi Konseptual	34
BAB III METODE PENELITIAN	38
A. Jenis Penelitian	38
B. Lokasi dan waktu Penelitian	38
C. Informan Penelitian	38
D. Tehnik Pengumpulan Data	38
E. Keabsahan Data	39
F. Instrumen Penelitian	40
G. Pengolahan dan Analisis Data	40
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	42
A. Karakteristik Informan	42
B. Pelayanan Gizi Rawat Inap	44
C. Skrining Gizi	46
D. Kajian Gizi	47
E. Penentuan diet	50
F. Diagnosa Gizi dan Medis	52
G. Formulasi Terapi Gizi	53
H. Implementasi Terapi Gizi.....	55
I. Monitoring dan Evalasi	55
J. Visite Bersama	57

K. Pertemuan berkala	59
L. Koordinasi Tim	60
M. Kendala	61
N. Alur Pelayanan	63
O. Lama Rawat	67
P. Analisis Makna	68
BAB V PENUTUP	93
A. Kesimpulan	105
B. Saran	106
DAFTAR PUSTAKA	107

DAFTAR TABEL

Nomor		halaman
1	Prosedur Kerja Asuhan Gizi	14
2	Karakteristik Informan	43

DAFTAR GAMBAR

Nomor		halaman
1	Pengorganisasian Tim Terapi Gizi	10
2	Alur Pelayanan Gizi	19
3	Hubungan Kerja Pelayanan Gizi Klinik dengan Pelayanan Pelayanan Dietetik, Keperawatan, dan Farmasi	21
4	Analisis Content	30
5	Pelaksanaan Asuhan Gizi Pasien	65
5	Alur Pelayanan Gizi Rawat Inap	66

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor		halaman
1	Matriks Hasil Wawancara	110

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah gizi kurang yang terjadi pada pasien di rumah sakit atau *hospital malnutrition* merupakan masalah yang sering terjadi pada pasien yang dirawat di rumah sakit (Correria, 2003). Gizi kurang memiliki dampak negatif pada hasil pasien dengan meningkatkan morbiditas, mortalitas, lama rawat di rumah sakit dan biaya (Allison, 2000).

Prevalensinya telah dilaporkan berada diantara 30%-50%. Sebuah penelitian di Amerika Latin menunjukkan bahwa 48,1% pasien dirawat di rumah sakit dengan kekurangan gizi, dengan gizi buruk sebesar 12,6% dari seluruh kelompok (Waitzberg, 2001). Sedangkan Penelitian di Amerika Latin tahun 2002 yang melibatkan 9.360 subyek dari 13 negara, ditemukan kasus gizi kurang sebanyak 50,1% dan sejumlah 12,6% diantaranya menderita gizi buruk. Pada penelitian yang dilakukan oleh Multi Center Elan pada tahun 2002 yang melibatkan 9.348 subyek dari 13 negara ditemukan kasus gizi kurang sebanyak 50,2% dan 11,2% diantaranya merupakan gizi buruk (Correria & Campos, 2003).

Dari berbagai hasil penelitian yang dilakukan di negara maju maupun berkembang, ditemukan angka prevalensi gizi kurang di rumah sakit cukup tinggi. Di Belanda, prevalensi gizi kurang di rumah sakit 40%, Swedia 17%-47%, Denmark 28%, di negara lain seperti Amerika dan Inggris angkanya

antara 40%-50% (Lipoeto, 2006). Studi di Asia Tenggara seperti di Malaysia mengungkapkan bahwa 71,4 % pasien mengalami hipoalbuminemia selama periode rawat inap (Shahar, 2002). Di rumah sakit Vietnam periode 2002-2004, Pham *et al* menemukan bahwa 56% pasien prabedah elektif mengalami gizi kurang (Sauer, 2010), meskipun tidak ada data seberapa banyak yang mengalami perburukan status nutrisi pascabedah. Studi epidemiologi di Amerika (1993) melaporkan 30% - 50 % pasien rawat inap diidentifikasi dalam keadaan gizi kurang. Studi lain dari Brazil (2001) berdasarkan data dari 25 rumah sakit menunjukkan bahwa 12.6% - 35,5% pasien di rumah sakit dalam keadaan gizi kurang (Sunatrio, 2009).

Untuk di Indonesia sendiri penelitian yang dilakukan di berbagai rumah sakit di Indonesia, prevalensi gizi kurang masih tergolong tinggi. Menurut Gallagher Allred, 1996 (dalam Daldiyono dan Thaha AR, 1998) mengungkapkan bahwa terdapat 40-45% pasien yang mengalami kekurangan gizi atau memiliki risiko gizi kurang di rumah sakit. Sekitar 12% diantaranya tergolong menderita gizi buruk. Masa rawat pasien dengan *hospital malnutrition* 90%, lebih lama dibandingkan pasien dengan gizi baik. Secara ekonomis masalah tersebut akan menambah beban biaya yang dikeluarkan pasien dan keluarganya bahkan oleh institusi rumah sakit. Hasil survei yang dilaksanakan di beberapa rumah. sakit menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang pada pasien merata. pada setiap, rumah sakit, baik rumah sakit kabupaten, rumah sakit swasta. maupun rumah sakit universitas. Hasil studi tersebut menemukan sebanyak 48% pasien

menderita, gizi kurang pada saat masuk rumah sakit dan setelah dua minggu mengalami perawatan di rumah sakit jumlah penderita gizi kurang meningkat menjadi 69%. (Soegih, 1998).

Di Indonesia, penelitian yang dilakukan pada pasien kanker saluran cerna di sub bagian Bedah Digestif Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, menunjukkan angka gizi kurang sebanyak 45,9% (Sunatrio, 2009). Sedangkan studi di Indonesia yang dilakukan di Jakarta, menghasilkan data bahwa dari sekitar 20-60% pasien yang telah menyandang status gizi kurang, 69%-nya mengalami penurunan status gizi selama rawat inap di rumah sakit (Lipoeto, 2006).

Tim asuhan gizi merupakan tim fungsional yang mengkoordinasikan penyelenggaraan asuhan gizi mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi. Tim ini dipimpin oleh seorang dokter dengan anggota yang terdiri dari dokter, nutrisisionis atau dietesien, perawat dan tenaga kesehatan lainnya (Depkes, 2006). Adanya tim terapi gizi di rumah sakit dalam menekan masalah gizi kurang dan memberi manfaat lainnya telah ditunjukkan oleh beberapa penelitian. Penelitian Weinsier dkk (1985) dan Hassel dkk (1994) menunjukkan bahwa intervensi gizi oleh tim terapi gizi dapat menurunkan angka kematian sebesar 23%, lama hari rawat berkurang 11,6%, dan kejadian rawat ulang berkurang 43% memberikan hasil yang lebih baik secara signifikan yaitu lebih sedikit pasien yang mengalami kehilangan berat badan, mortalitas menurun, lama rawat lebih singkat, biaya perawatan lebih murah, dan kejadian rawat ulang berkurang.

Analisis manfaat biaya juga menyatakan bahwa terdapatnya tim terapi gizi di rumah sakit memberikan keuntungan yang signifikan bagi rumah sakit (Weinsier, 1985; Hassel, 1994).

Pada beberapa penelitian yang dilaksanakan di Amerika Serikat dan Kanada, tim terapi gizi terbukti berhasil digunakan untuk mengelola penyakit degenerative (Lipoeto, 2006). Walaupun berbagai penelitian menunjukkan manfaat dukungan gizi bagi pasien dan rumah sakit, namun upaya beberapa rumah sakit di Indonesia dalam pembentukan tim terapi gizi, yang mengacu pada struktur buku pedoman pelayanan gizi rumah sakit, belum bekerja seperti yang diharapkan. Penelitian di 33 rumah sakit se-Jabodetabek menyatakan bahwa kegiatan tim asuhan gizi belum sepenuhnya dilaksanakan, umumnya disebabkan oleh jumlah ahli gizi yang tidak memadai dan kerjasama dengan dokter belum berjalan dengan baik (Waspadji, 2002).

Kerjasama antar profesi yang dikemukakan dalam *colaborative health care theory* menunjukkan bahwa interaksi antara profesi kesehatan masih jarang dilakukan, dengan persentasi kerjasama dalam menyelesaikan masalah pasien paling rendah yaitu 22%, dibandingkan dengan penyelesaian masalah tanpa kerjasama sebanyak 78% (Kamarullah, 2006). Berdasarkan *First Regional Workshop on Patient Safety* (WHO) mengungkapkan bahwa "*Teamwork in health care is weak*", jadi dalam workshop ini ditemukan bahwa kerjasama antar anggota tim

asuhan gizi cukup lemah, inilah yang sedang diupayakan WHO untuk diperbaiki (WHO, 2006).

Suatu penelitian yang dilakukan di Eropa tahun 1999 terhadap pelaksanaan asuhan gizi, menemukan lima masalah utama yang umum yaitu : tidak jelasnya masalah tanggung jawab, kurangnya pengetahuan yang diperlukan, kurangnya peran pasien, kerjasama antar tim yang kurang kompak, dan kurangnya peran serta pihak rumah sakit. Untuk menyelesaikan masalah tersebut diperlukan suatu tim pendukung yang diayomi oleh pemerintah dan terdiri dari seluruh staf yang menangani pelayanan dan dukungan gizi termasuk jajaran manajemen rumah sakit (Beck, 2001).

Di beberapa rumah sakit di Indonesia, seperti RSUD kota Bekasi tim terapi gizi dikenal dengan sebutan tim terapi gizi medis (TGM) sedangkan di RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar dikenal dengan sebutan tim asuhan gizi. Di RSUD Kota Bekasi, asuhan gizi belum dilaksanakan secara terpadu dalam satu tim. Dalam prosedur tetap pelayanan gizi pasien rawat inap, disebutkan bahwa asuhan gizi dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan terapi gizi medis, namun saat ini belum terjadi koordinasi dan komunikasi yang baik antara dokter, perawat, ahli gizi, dan profesi lainnya. Peran ahli gizi dalam hal ini masih sangat sedikit terutama pada penentuan preskripsi diit. Penentuan diit pasien lebih sering dilakukan oleh dokter tanpa adanya koordinasi dengan ahli gizi, ahli gizi hanya berperan dalam

pemberian intervensi yaitu berupa penyediaan makanan dan konseling gizi (Chasbullah, 2011).

Pelayanan kesehatan khususnya gizi kepada pasien dapat berjalan lancar dan mencapai tujuan jika terdapat hubungan yang harmonis antara anggota tim asuhan gizi di rumah sakit (Ngadiarti, 2002). Tim asuhan gizi memegang peranan penting dalam pelayanan ini tetapi untuk mencapai sukses ia tidak dapat bekerja sendiri (Rosemary, 1999).

Berdasarkan uraian di atas, untuk merealisasikan pelayanan gizi yang berkualitas, pencegahan dan perbaikan keadaan kurang gizi, serta pencegahan dan penurunan morbiditas sebagai upaya mempersingkat lama rawat di rumah sakit, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui gambaran pelaksanaan tim terapi gizi di rumah rumah sakit.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana peran tim terapi gizi dalam pelayanan gizi pasien di rumah sakit ?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana peran tim terapi gizi dalam pelayanan gizi pasien di rumah sakit.

Tujuan Khusus :

1. Untuk mengetahui peran setiap anggota dalam tim terapi gizi di rumah sakit.
2. Untuk mengetahui kerjasama antar tim terapi gizi di rumah sakit.

3. Untuk mengetahui pelaksanaan alur terapi gizi di rumah sakit.
4. Untuk mengetahui lama rawat pasien di rumah sakit.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat memberikan pengetahuan peneliti mengenai gambaran penyelenggaraan tim terapi gizi di rumah sakit

2. Bagi Peneliti lain

Sebagai informasi ilmiah yang dapat dijadikan dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya.

3. Bagi Pelaksana Program/Institusi

Penelitian ini diharapkan berguna bagi pihak rumah sakit agar dapat memperbaiki pelaksanaan terapi gizi rumah sakit sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan gizi di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tim Terapi Gizi

Tim terapi gizi adalah sekelompok tenaga kesehatan di rumah sakit yang berkaitan penyelenggaraan terapi gizi meliputi dokter spesialis, dokter, dietisien, perawat ruangan serta ahli farmasi dan mempunyai komitmen untuk menyediakan waktu untuk pelayanan gizi dalam tim terapi gizi. Tim terapi gizi dibentuk oleh pimpinan rumah sakit dan diketuai oleh dokter (Depkes, 2009). Tim terapi gizi berhubungan dengan kesehatan pasien yang membaik, penurunan panjang rawat inap, dan biaya (Winkler, 2005).

Adapun tujuan dari tim terapi gizi yaitu :

1. Tercapainya pelayanan gizi yang optimal sebagai bagian terapi dalam pelayanan holistik kepada pasien sehingga dapat mengurangi morbiditas, mortalitas dan lama rawat yang panjang (Schneider, 2006).
2. Tercapainya efisiensi dan keefektifan dalam terapi gizi baik dari segi klinis, fungsional, kepuasan pasien dan biaya (Depkes, 2009).
 - a. Segi Klinis : pengukuran anatomis dan faal seperti berat badan, imbang nitrogen, serum albumin dan kadar koesterol,

termasuk juga akibat perawatan berupa insiden infeksi, rehospitalisasi dan pemakaian obat.

- b. Segi Fungsional : pengukuran kemampuan fisis, fungsi psikososial, dan berkurangnya keluhan nyeri atau ketidaknyamanan.
- c. Segi kepuasan pasien : mengukur pelayanan kesehatan untuk memenuhi harapan pasien dan dampak kualitas hidup.
- d. Segi biaya : penurunan beban biaya untuk pasien atau penanggung biaya (menurunkan lama rawat dan frekuensi visite dokter)

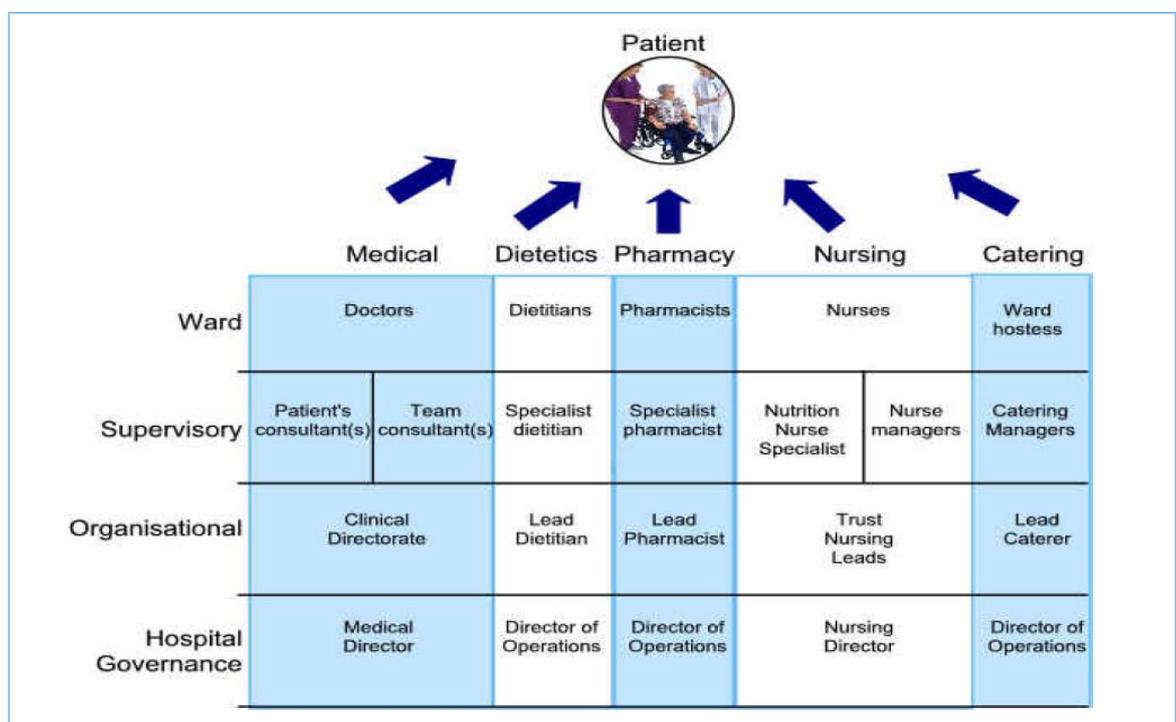
B. Landasan hukum

1. UU 23/ 1992 tentang kesehatan
2. UU 8/1999 tentang konsumen
3. UU 29/2004 tentang praktek kedokteran
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1045/MENKES/PER/XI/2006 tentang Pedoman organisasi Rumah sakit di lingkungan Departemen Kesehatan.
5. Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Nomor : HK.00.06.3.4.1819 tanggal 24 Maret 2007 tentang pembentukan tim terapi gizi di rumah sakit.
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.374/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Gizi.

C. Pengorganisasian

Untuk mencapai tujuan dan sasaran yang optimal dari penyelenggaraan terapi gizi rumah sakit perlu adanya pengorganisasian baik struktur, maupun system pelayanannya serta pembagian tugas dan wewenang tenaga pelaksana yang jelas dan terinci baik secara administrative maupun secara teknis (PDGI,2009).

Organisasi tim terapi gizi dibentuk oleh pimpinan rumah sakit dan diketuai oleh dokter yang mempunyai kompetensi dalam bidang gizi klinik serta menyediakan waktu penuh untuk pelayanan gizi klinik. Anggota tim terapi gizi terdiri dari tenaga kesehatan di rumah sakit yang berkaitan penyelenggaraan terapi gizi meliputi dokter spesialis, dokter spesialis gizi klinik, dokter, dietisien, perawat ruangan serta farmasi.



Gambar 1. Pengorganisasian Tim Terapi Gizi (Elia, 2007)

Peran dan Fungsi anggota Tim Terapi gizi

- a) Dokter adalah pemimpin dalam tim terapi gizi yang berkompentensi gizi klinik. Kompetensi dicapai dengan mengikuti kursus/pelatihan terapi gizi yang diakui oleh Depkes dan IDI; memberikan keputusan akhir dalam pengelolaan gizi pasien (Philspen, 2009).
1. Anamnesis : keluhan utama, riwayat penyakit, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit dalam keluarga, riwayat masalah gizi, riwayat kelahiran.
 2. Pemeriksaan fisis : Analisis hasil pemeriksaan antropometri, pemeriksaan tingkat kesadaran dan tanda kegawatdaruratan dan pemeriksaan status generalis inspeksi, perkusis, palpasi, dan auskultasi.
 3. Tindakan : Menetapkan status gizi pasien, menentukan terapi gizi sesuai diagnosis, dan preskripsi terapi gizi(jenis, bentuk, jumlah frekuensi pemberian makanan).
- b. Dietesien diutamakan dietesien yang mempunyai kompetensi pelayanan dietetic rumah sakit atau dietesien yang telah berpengalaman kerja di rumah sakit minimal 2 tahun dan akan bertindak sebagai pemimpin tim jika dokter tidak memenuhi syarat untuk peran pemimpin tim; bertanggung jawab atas pemberian asuhan gizi, formulasi diet, nutrisi enteral, dan monitoring(Philspen, 2009).

1. Anamnesis : Kebiasaan makan sebelum sakit dan saat sakit, analisis asupan gizi (*food recall & food frequency* :sebelum sakit dan selama sakit).
 2. Pemeriksaan fisik : pemeriksaan antropometri awal.
 3. Tindakan : Analisis asupan makanan selama perawatan, menyediakan makanan sesuai preskripsi dokter, analisis asupan makanan (*food record* jumlah dan komposisi asupan).
- c. Perawat yang berpengalaman dan berkomitmen di bidang gizi klinik. Diutamakan bagi yang sudah mengikuti kursus yang berhubungan dengan pelayanan gizi klinik;bertanggung jawab atas pemberian dan pemantauan gizi (Philspen, 2009).
1. Anamnesis : Identitas pasien, mengkaji keluhan pasien, konsumsi makanan dan cairan beberapa hari terakhir, mengkaji perkembangan keluhan pasien, dan keluhan yang berkaitan dengan makanan (alergi dan lain-lain).
 2. Pemeriksaan fisik : Penimbangan berat badan dan ukur tinggi badan, evaluasi tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, dan pernapasan) dan kegawatdaruratan.
 3. Tindakan : pemantauan tanda vital, status gizi, intake-output cairan, perkembangan penyakit dan keluhan pasien, tanda-tanda infeksi, perawatan infuse dan nasogastric tube, membuat surat control ulang.

- d. Ahli Farmasi : apoteker yang diutamakan telah mengikuti kursus atau pelatihan farmasi klinik khususnya mixing dan compounding nutrisi parenteral yang diakui oleh Depkes dan atau organisasi profesi terkait (Depkes, 2009).

Tindakan : Mempersiapkan obat-obatan dan zat terkait, vitamin, mineral, elektrolit dan nutrisi parenteral serta menentukan kompatibilitas zat gizi yang akan diberikan kepada pasien (Elia, 2007).

D. Prosedur Kerja Asuhan Gizi

Berikut ini tabel tentang prosedur kerja asuhan gizi di ruang rawat inap.

Tabel 1. Prosedur Kerja Asuhan Gizi

No	Kegiatan	Mekanisme	Unsur Terkait	Penanggung Jawab
1	Penentuan Status Gizi			
	a. Klinis	Dilakukan untuk setiap pasien baru dan dimonitor setiap hari	Dokter	Dokter
	b. Deteksi	Dilakukan pada saat pasien baru masuk	Dokter	Dokter & Kep.ruangan
	c. Antropometri diukur BB dan TB/BB	Penimbangan dilakukan seminggu sekali	Perawat/ Dietesien	Kepala ruangan
	d. Laboratorium	Glukosa darah, Hb, Urinelengkap, feses	Dokter/ analisis	Dokter/analisis
	e. Anamnesis riwayat gizi	Wawancara	Dietesien	Dietesien
2	Intervensi			
	a. Klinis	Mengatasi semua gejala penyakit (hipoglikemia, hipotermia, dehidrasi, infeksi,dll	Dokter/ perawat	Dokter
	b. Diet	a) Menentukan diet b) Pemantauan c) Konsumsi makanan d) Status gizi e) Penyuluhan gizi f) Pemberian diet g) Persiapan pulang h) Pencatatan gizi	Dokter/ dietesien/ perawat	Dietesien/ perawat
3	Pelaporan	Berdasarkan rekam medik : 1.Ruang rawat jalan 2. Ruang rawat inap	Dokter/ Dietesien/ Perawat	Dokter/ Dietesien/ kepala ruangan

Sumber : PGRS, 2006

E. Konsep Pelayanan Tim Terapi Gizi

Tahapan proses terapi gizi terdiri dari skrining, kajian, diagnosis medic dan diagnosis gizi (pemantauan masalah gizi) formulasi terapi (intervensi gizi), pelaksanaan terapi, pemantauan dan evaluasi terapi, penyusunan rencana ulang terapi atau penghentian terapi (Depkes, 2009).

Langkah-langkah :

1. Skrining gizi

Didefinisikan sebagai suatu proses untuk mengidentifikasi individu yang kekurangan gizi atau yang beresiko untuk kekurangan gizi untuk menentukan apakah penilaian gizi terperinci ditunjukkan (Aspen, 2010). Pasien yang berisiko harus diidentifikasi oleh proses skrining dalam waktu 24 jam setelah masuk rumah sakit dan reskreening secara berkala (Weekes, 2004).

Skrining sebaiknya bersifat sederhana dan cepat. Data skrining umumnya meliputi umur, jenis kelamin, diagnosis medis, berat badan, tinggi badan, perubahan berat badan dan diet yang sedang dijalankan (Depkes, 2009).

2. Kajian Gizi (*Assesment nutrition*)

Kajian gizi dilakukan pada pasien yang masuk dalam kategori malnutrisi maupun risiko malnutrisi. Kajian gizi harus didokumentasikan dan tersedia untuk semua penyedia perawatan pasien. Maksud dari pengkajian gizi adalah untuk mendokumentasikan parameter nutrisi awal, mengidentifikasi factor

resiko gizi dan kekurangan zat gizi tertentu, menetapkan kebutuhan gizi individu, dan mengidentifikasi factor-faktor medis, psikososial, dan sosial ekonomi. Data yang diperoleh dari pengkajian gizi digunakan untuk mendiagnosa dan mendokumentasikan adanya kekurangan gizi (ADA, 1994; Lacey, 2003).

3. Diagnosis gizi dan diagnosis medis

Diagnosis gizi adalah identifikasi dan pelabelan yang menggambarkan kejadian yang sebenarnya, risiko, atau potensi untuk mengembangkan masalah gizi untuk mengobati secara independen. Ada tiga domain dalam diagnosis gizi yaitu (1) *Intake*, terlalu banyak atau terlalu sedikit makanan/zat gizi yang dikonsumsi dibandingkan dengan kebutuhan;(2)*Clinical*, masalah gizi yang berhubungan dengan kondisi fisik/medical;(3)*Behavioral/environmental*, pengetahuan, sikap, kepercayaan, lingkungan, keamanan pangan, keterbatasan memperoleh makanan(Lacey, 2003). Diagnosis gizi berbeda dengan diagnose medis. Diagnose medis didefinisikan sebagai suatu penyakit atau patologi organ tertentu atau system tubuh yang dapat diobati atau dicegah. Sebuah perubahan diagnosis gizi sebagai perubahan respon pasien/klien/kelompok. Sedangkan diagnosis medis tidak berubah selama penyakit atau kondisi ada (Lacey, 2003).

4. Rencana Terapi gizi

Rencana terapi akan diciptakan dari analisis yang komprehensif dari informasi yang dikumpulkan dari banyak aspek perawatan. Rencana terapi gizi harus mencakup energi dan kebutuhan zat gizi dan tujuan asupan, rute pemberian, penetapan bentuk dan kepekatan makanan serta tujuan jangka pendek dan jangka panjang (Russell, 2007)

5. Implementasi terapi gizi

Pelaksanaan implementasi gizi meliputi beberapa aspek yaitu pemberian makanan sesuai dengan rancangan diet serta pemberian konseling dan edukasi gizi sesuai dengan kesepakatan dan kebijakan rumah sakit. Kegiatan ini dilakukan oleh tim sesuai dengan kompetensi dan kewenangan masing-masing (Depkes, 2009).

6. Monitoring dan Evaluasi terapi gizi

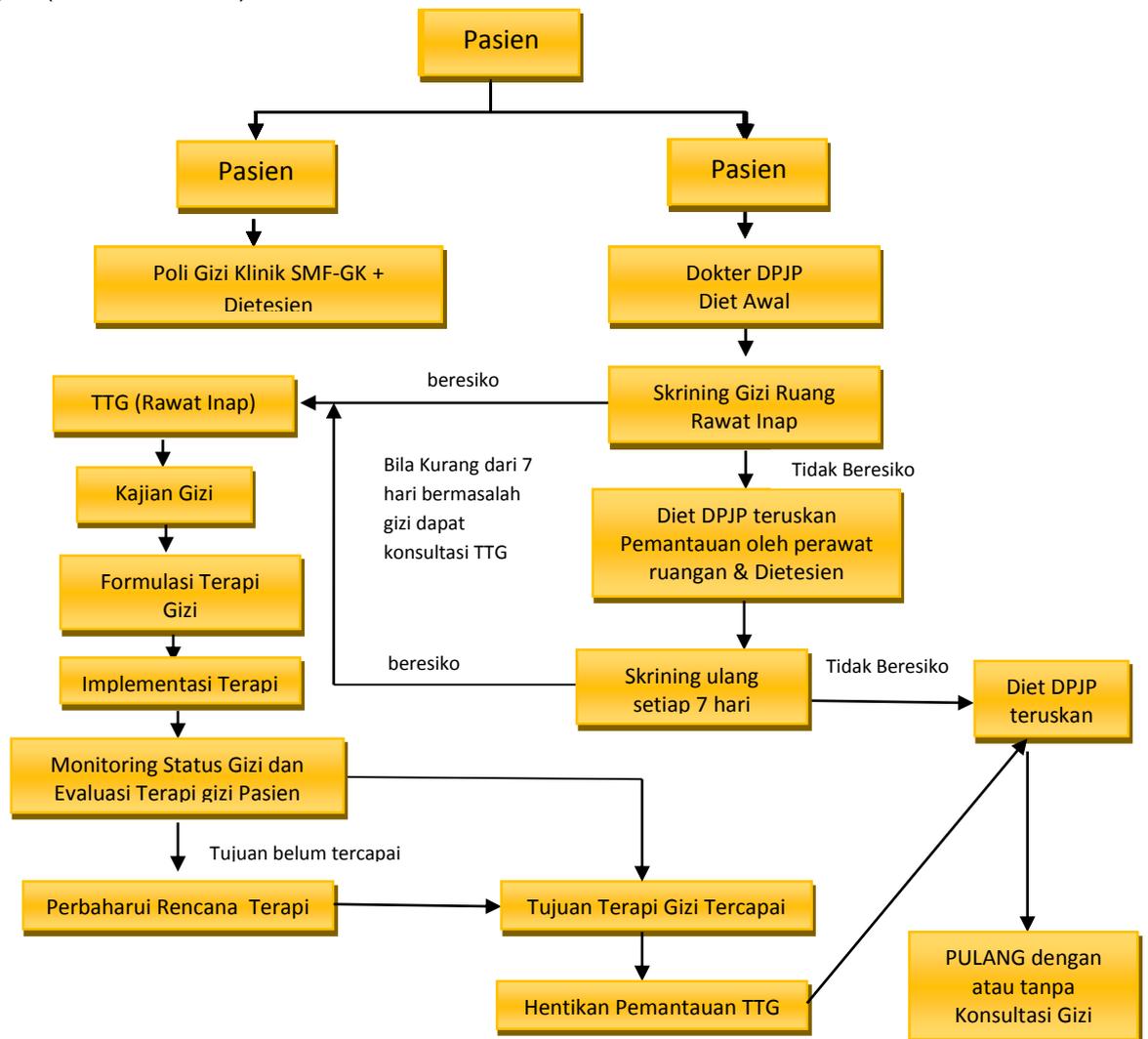
Rencana untuk monitoring efek dari intervensi terapi gizi harus dinyatakan dalam rencana asuhan gizi. Frekuensi monitoring tergantung dari keparahan penyakit, tingkat metabolic stress dan derajat malnutrisi (Aspen, 2002). Pemantauan khususnya mengacu pada pengukuran status pasien/klien/kelompok pada rencana tindak lanjut yang berkaitan dengan diagnosis gizi, intervensi, dan hasil. Sedangkan evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dari temuan saat ini dengan status sebelumnya, tujuan intervensi, atau standar referensi. Sumber data monitoring dan evaluasi terapi gizi meliputi tanda-tanda klinis dan kelebihan atau kekurangan zat gizi,

status fungsional, tanda-tanda vital, asupan gizi actual, berat badan, data laboratorium dan perubahan dalam fungsi gastrointestinal(Lacey, 2003).

7. Konseling

Tujuan konseling adalah memberikan edukasi untuk memahami dan mampu merubah perilaku diet sesuai dengan yang dianjurkan. Konseling diberikan kepada pasien dan atau keluarga yang membutuhkan untuk mendapatkan penjelasan tentang diet yang harus dilaksanakan oleh pasien sesuai dengan penyakit dan kondisinya (Depkes, 2009).

Rangkaian langkah tersebut bertujuan untuk memberi dampak pelayanan gizi yang optimal bagi pasien. Adapun alur pelayanan asuhan gizi (PDGKI, 2009):



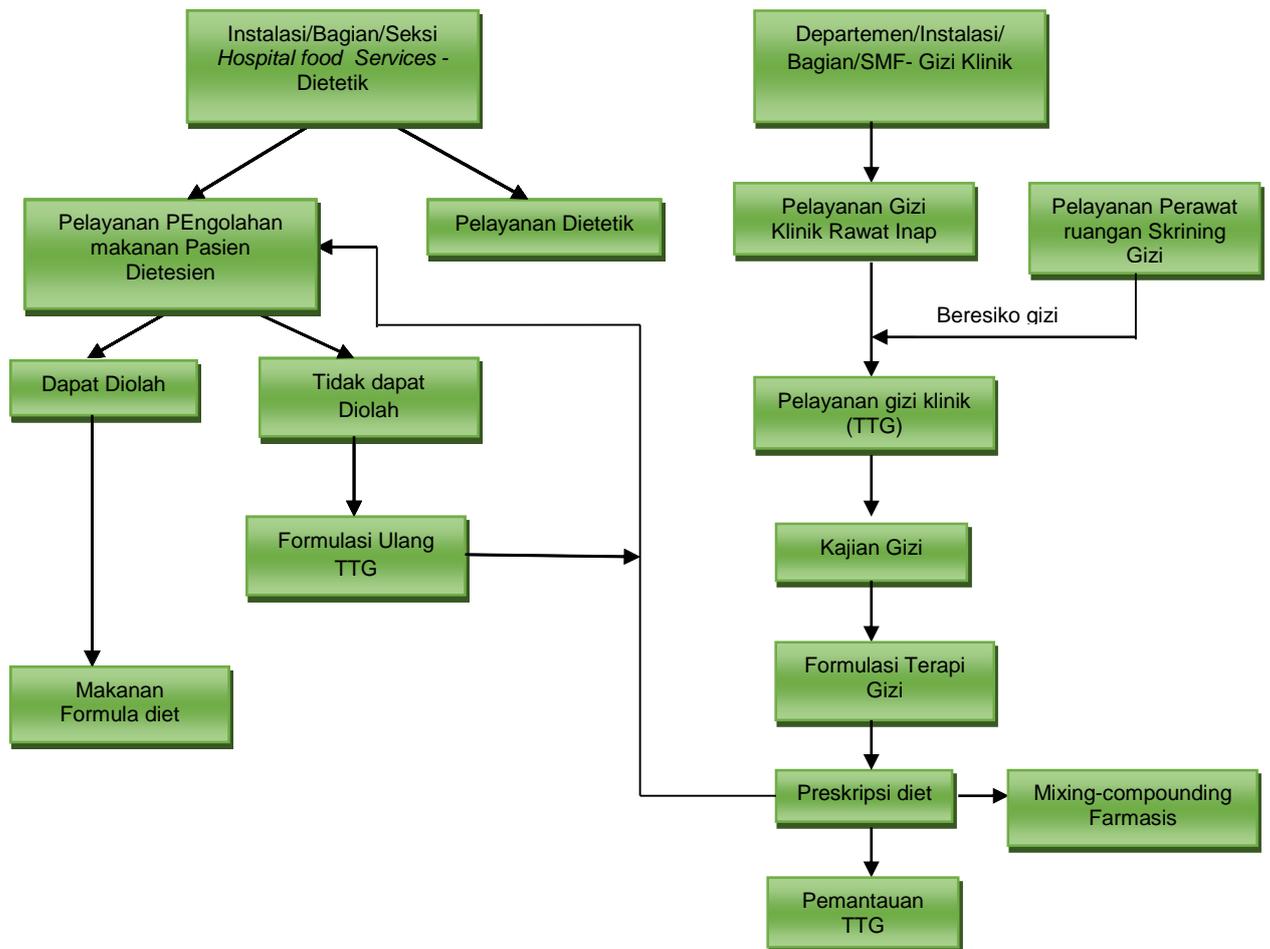
Gambar 2. Alur Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi rumah sakit dilakukan pada pasien rawat jalan (dilaksanakan oleh SMF Gizi Klinik dibantu oleh ahli gizi). Dan pasien rawat inap, setelah pemeriksaan klinis, diagnosis. Dan termasuk diet awal, perawat ruangan melakukan skrining. Bagi pasien bermasalah atau berisiko malnutrisi, langsung dikirim ke tim terapi gizi (TTG) untuk dilakukan

pengkajian gizi, formulasi terapi gizi. Dan selanjutnya implementasi terapi gizi yang dilanjutkan monitoring/pemantauan serta evaluasi terapi gizi. Bila tujuan terapi gizi tercapai, tim terapi gizi memutuskan penghentian pemantauan selanjutnya diteruskan oleh Dokter penanggungjawab (DPJP). Dan bila tujuan belum tercapai dilakukan pembaharuan rencana terapi gizi.

F. Hubungan kerjasama Dokter dengan dietesien, farmasi dan perawat.

Untuk tercapainya tujuan terapi gizi pada pasien perlu adanya koordinasi yang baik antara dokter dengan dietesien, farmasi dan perawat sehingga preskripsi yang disusun oleh dokter tim terapi gizi dapat diracik dan makanan pasien yang disajikan sejalan dengan rencana terapi gizi pasien. Agar tercapai koordinasi yang baik maka pelayanan tim terapi gizi, perlunya dibuat standar prosedur operasional (SPO) dan pertemuan rutin untuk evaluasi pelayanan yang telah diberikan. Disamping itu, perlu adanya koordinasi dalam hal ketenagaan (PDGKI, 2009).



Gambar 3 Hubungan Kerja Pelayanan Gizi Klinik dengan Pelayanan Dietetik, Keperawatan, Farmasi

Hubungannya dalam tim adalah sesuai kompetensi dan fungsi masing-masing, pada terapi gizi dan pemantauan. Pasien bermasalah gizi pasca skrining yang dilakukan, selanjutnya pelayanan gizi oleh tim terapi gizi dan bertanggung jawab pada pengkajian status gizi, formulasi dan preskripsi terapi gizi. Preskripsi nutrisi oral akan diteruskan ke instalasi dietetik untuk pengolahan makanan pasien, sedangkan preskripsi nutrisi enteral dan parenteral diteruskan ke unit *mixing-compounding* yang diracik

oleh farmasis dari instalasi farmasi. Bila preskripsi dokter Tim terapi gizi tidak dapat diolah oleh instalasi dietetik atau tidak dapat diracik oleh unit *mixing-compounding*, maka perlu dibahas dan dilakukan formulasi ulang.

G. Metode Penelitian Kualitatif

Metode penelitian kualitatif adalah pendekatan yang temuan-temuan penelitiannya tidak diperoleh melalui prosedur statistik atau bentuk perhitungan lainnya, prosedur ini menghasilkan temuan-temuan yang diperoleh dari data-data yang dikumpulkan dengan menggunakan beragam sarana. Sarana itu meliputi pengamatan dan wawancara, namun bisa juga mencakup dokumen, buku, kaset video, dan bahkan data yang telah dihitung untuk tujuan lain, misalnya data sensus(Suryana, 2007).

Dalam penelitian kualitatif langkah-langkah/tahap-tahapan itu secara garis besar dibagi kedalam tiga bagian, yaitu; 1) Tahapan persiapan/pralapangan, 2) Tahapan pekerjaan lapangan, dan 3) Tahapan analisis data. Bila dilihat, maka tidak ada bedanya dengan tahapan yang dilakukan pada pendekatan kuantitatif. Akan tetapi yang membedakannya adalah di dalam isi masing-masing tahapan tersebut, terutama dalam pekerjaan lapangan dan analisis data.

H. TAHAPAN PENELITIAN KUALITATIF

Ada beberapa pendapat dalam memperinci tahapan kegiatan kualitatif, seperti yang dikemukakan oleh John W. Creswell dalam bukunya *Research Design; Qualitative and Quantitative Approaches*

(1994), menyebutkan bahwa tahapan atau prosedur dalam pendekatan kualitatif meliputi langkah-langkah sebagai berikut;

1. *The Assumptions Of Qualitative Designs*
2. *The Type of Design*
3. *The Researcher's Role*
4. *The Data Collection Procedures*
5. *Data Recording Procedures*
6. *Data Analysis Procedures*
7. *Verification Steps*
8. *The Qualitative Narrative*

Sedangkan dari Matthew B. Miles dan A. Michael Huberman yang diterjemahkan oleh Tjetjep Rehendy R. yang berjudul Analisis Data Kualitatif (1992), tahap-tahapan penelitian kualitatif itu meliputi langkah-langkah sebagai berikut;

- 1) Membangun Kerangka Konseptual
- 2) Merumuskan Permasalahan Penelitian
- 3) Pemilihan Sampel dan Pembatasan Penelitian
- 4) Instrumentasi
- 5) Pengumpulan Data
- 6) Analisis Data
- 7) Matriks dan Pengujian Kesimpulan.

Pendapat lain dari Dr. Endang S Sedyaningsih Mahamit (2006) tahapan penelitian kualitatif meliputi;

- 1) Menentukan permasalahan
- 2) Melakukan studi literatur
- 3) Penetapan lokasi
- 4) Studi pendahuluan
- 5) Penetapan metode pengumpulan data; observasi, wawancara, dokumen diskusi terarah
- 6) Analisa data selama penelitian
- 7) Analisa data setelah; validasi dan reliabilitas
- 8) Hasil; cerita, personal, deskripsi tebal, naratif, dapat dibantu table frekuensi.

Tahap-tahapan penelitian kualitatif itu meliputi langkah-langkah sebagai berikut;

A) PERSIAPAN

- 1) Menyusun rancangan penelitian

Penelitian yang akan dilakukan berangkat dari permasalahan dalam lingkup peristiwa yang sedang terus berlangsung dan bisa diamati serta diverifikasi secara nyata pada saat berlangsungnya penelitian. Peristiwa-peristiwa yang diamati dalam konteks kegiatan orang-orang/organisasi.

- 2) Memilih lapangan

Sesuai dengan permasalahan yang diangkat dalam penelitian, maka dipilih lokasi penelitian yang digunakan sebagai sumber data, dengan mengasumsikan bahwa dalam penelitian kualitatif, jumlah (informan) tidak terlalu berpengaruh dari pada konteks. Juga dengan alasan-alasan

pemilihan yang ditetapkan dan rekomendasi dari pihak yang berhubungan langsung dengan lapangan, seperti dengan kualitas dan keadaan sekolah (Dinas Pendidikan). Selain didasarkan pada rekomendasi-rekomendasi dari pihak yang terkait juga melihat dari keragaman masyarakat yang berada di sekitar tempat yang menempatkan perbedaan dan kemampuan potensi yang dimilikinya.

3) Mengurus perizinan

Mengurus berbagai hal yang diperlukan untuk kelancaran kegiatan penelitian. Terutama kaitannya dengan metode yang digunakan yaitu kualitatif, maka perizinan dari birokrasi yang bersangkutan biasanya dibutuhkan karena hal ini akan mempengaruhi keadaan lingkungan dengan kehadiran seseorang yang tidak dikenal atau diketahui. Dengan perizinan yang dikeluarkan akan mengurangi sedikitnya ketertutupan lapangan atas kehadiran kita sebagai peneliti.

4) Menjajagi dan menilai keadaan

Setelah kelengkapan administrasi diperoleh sebagai bekal legalisasi kegiatan kita, maka hal yang sangat perlu dilakukan adalah proses penjajagan lapangan dan sosialisasi diri dengan keadaan, karena kitalah yang menjadi alat utamanya maka kitalah yang akan menentukan apakah lapangan merasa terganggu sehingga banyak data yang tidak dapat digali/tersembunyikan/disembunyikan, atau sebaliknya bahwa lapangan menerima kita sebagai bagian dari anggota mereka sehingga data apapun dapat digali karena mereka tidak merasa terganggu.

5) Memilih dan memanfaatkan informan

Ketika kita menjajagi dan mensosialisasikan diri di lapangan, ada hal penting lainnya yang perlu kita lakukan yaitu menentukan partner kerja sebagai “mata kedua” kita yang dapat memberikan informasi banyak tentang keadaan lapangan. Informan yang dipilih harus benar-benar orang yang independen dari orang lain dan kita, juga independen secara kepentingan penelitian atau kepentingan karier.

6) Menyiapkan instrumen penelitian

Dalam penelitian kualitatif, peneliti adalah ujung tombak sebagai pengumpul data (instrumen). Peneliti terjun secara langsung ke lapangan untuk mengumpulkan sejumlah informasi yang dibutuhkan. Peneliti sebagai instrumen utama dalam penelitian kualitatif, meliputi ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Peneliti sebagai alat peka dan dapat bereaksi terhadap segala stimulus dan lingkungan yang bermakna atau tidak dalam suatu penelitian;
- b. Peneliti sebagai alat dapat menyesuaikan diri dengan aspek keadaan yang dapat mengumpulkan data yang beragam sekaligus;
- c. Tiap situasi adalah keseluruhan, tidak ada instrumen berupa test atau angket yang dapat mengungkap keseluruhan secara utuh;
- d. Suatu interaksi yang melibatkan interaksi manusia, tidak dapat difahami oleh pengetahuan semata-mata;
- e. Peneliti sebagai instrumen dapat segera menganalisis data yang diperoleh;

- f. Hanya manusia sebagai instrumen dapat mengambil kesimpulan dari data yang diperoleh;
- g. Dengan manusia sebagai instrumen respon yang aneh akan mendapat perhatian yang seksama. (Sanafiah,1990)

Dalam rangka kepentingan pengumpulan data, teknik yang digunakan dapat berupa kegiatan:

a. Observasi,

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan melakukan pengamatan langsung terhadap subjek (partner penelitian) dimana sehari-hari mereka berada dan biasa melakukan aktivitasnya. Pemanfaatan teknologi informasi menjadi ujung tombak kegiatan observasi yang dilaksanakan, seperti pemanfaatan Tape Recorder dan Handy Camera.

b. Wawancara,

Wawancara yang dilakukan adalah untuk memperoleh makna yang rasional, maka observasi perlu dikuatkan dengan wawancara. Wawancara merupakan teknik pengumpulan data dengan melakukan dialog langsung dengan sumber data, dan dilakukan secara tak berstruktur, dimana responden mendapatkan kebebasan dan kesempatan untuk mengeluarkan pikiran, pandangan, dan perasaan secara natural. Dalam proses wawancara ini didokumentasikan dalam bentuk catatan tertulis dan Audio Visual,

hal ini dilakukan untuk meningkatkan kebernilaian dari data yang diperoleh.

c. Studi Dokumentasi,

Selain sumber manusia (human resources) melalui observasi dan wawancara sumber lainnya sebagai pendukung yaitu dokumen-dokumen tertulis yang resmi ataupun tidak resmi.

7) Persoalan etika dalam penelitian

Peneliti akan berhubungan dengan orang-orang, baik secara perorangan maupun secara kelompok atau masyarakat, akan bergaul, hidup, dan merasakan serta menghayati bersama tata cara dan tata hidup dalam suatu latar penelitian. Persoalan etika akan muncul apabila peneliti tidak menghormati, mematuhi dan mengindahkan nilai-nilai masyarakat dan pribadi yang ada. Dalam menghadapi persoalan tersebut peneliti hendaknya mempersiapkan diri baik secara fisik, psikologis maupun mental.

B) LAPANGAN

1) Memahami dan memasuki lapangan

Memahami latar penelitian; latar terbuka; dimana secara terbuka orang berinteraksi sehingga peneliti hanya mengamati, latar tertutup dimana peneliti berinteraksi secara langsung dengan orang. Penampilan, Menyesuaikan penampilan dengan kebiasaan, adat, tata cara, dan budaya latar penelitian. Pengenalan hubungan peneliti di lapangan, bertindak netral dengan peran serta dalam kegiatan dan hubungan akrab dengan

subjek. Jumlah waktu studi, pembatasan waktu melalui keterpenuhan informasi yang dibutuhkan.

2) Aktif dalam kegiatan (pengumpulan data)

Pendekatan kualitatif yang dipergunakan beranjak dari bahwa hasil yang diperoleh dapat dilihat dari proses secara utuh, untuk memenuhi hasil yang akurat maka pendekatan ini menempatkan peneliti adalah instrumen utama dalam penggalian dan pengolahan data-data kualitatif yang diperoleh. Berbeda dengan pendekatan kuantitatif yang menafsirkan data-data kuantitatif (angka-angka) dari alat yang berupa angket, penelitian kualitatif atau sering disebut dengan metode naturalistik memiliki karakteristik sebagai berikut :

- a) Data diambil langsung dari setting alami;
- b) Penentuan sampel secara purposif;
- c) Peneliti sebagai instrumen pokok;

Lebih menekankan pada proses dari pada produk, sehingga bersifat deskriptif analitik;

- a) Analisa data secara induktif atau interpretasi bersifat idiografik, dan;
- b) Menggunakan makna dibalik data (Nasution, 1988).

C) PENGOLAHAN DATA

1. Reduksi Data

Data yang diperoleh ditulis dalam bentuk laporan atau data yang terperinci. Laporan yang disusun berdasarkan data yang diperoleh direduksi, dirangkum, dipilih hal-hal yang pokok, difokuskan pada hal-hal yang

penting. Data hasil mengihtiarikan dan memilah-milah berdasarkan satuan konsep, tema, dan kategori tertentu akan memberikan gambaran yang lebih tajam tentang hasil pengamatan juga mempermudah peneliti untuk mencari kembali data sebagai tambahan atas data sebelumnya yang diperoleh jika diperlukan.

2. Display Data

Data yang diperoleh dikategorisasikan menurut pokok permasalahan dan dibuat dalam bentuk matriks sehingga memudahkan peneliti untuk melihat pola-pola hubungan satu data dengan data lainnya.

3. Analisis Data

Contoh analisis data yang dipergunakan seperti model Content Analisis, yang mencakup kegiatan klarifikasi lambang-lambang yang dipakai dalam komunikasi, menggunakan kriteria-kriteria dalam klarifikasi, dan menggunakan teknik analisis dalam memprediksikan. Adapun kegiatan yang dijalankan dalam proses analisis ini meliputi : (1) menetapkan lambang-lambang tertentu, (2) klasifikasi data berdasarkan lambang/symbol dan, (3) melakukan prediksi atas data.



Gambar 4. Analisis Content (Burhan Bungin : 2003)

4. Mengambil Kesimpulan dan Verifikasi

Dari kegiatan-kegiatan sebelumnya, langkah selanjutnya adalah menyimpulkan dan melakukan verifikasi atas data-data yang sudah

diproses atau ditransfer kedalam bentuk-bentuk yang sesuai dengan pola pemecahan permasalahan yang dilakukan.

5. Meningkatkan Keabsahan Hasil

1) Kredibilitas (Validitas Internal)

Keabsahan atas hasil-hasil penelitian dilakukan melalui : Meningkatkan kualitas keterlibatan peneliti dalam kegiatan di lapangan; Pengamatan secara terus menerus; Triangulasi, baik metode, dan sumber untuk mengecek kebenaran data dengan membandingkannya dengan data yang diperoleh sumber lain, dilakukan, untuk mempertajam tilikan kita terhadap hubungan sejumlah data; Pelibatan teman sejawat untuk berdiskusi, memberikan masukan dan kritik dalam proses penelitian; Menggunakan bahan referensi untuk meningkatkan nilai kepercayaan akan kebenaran data yang diperoleh, dalam bentuk rekaman, tulisan, copy-an , dll; Membercheck, pengecekan terhadap hasil-hasil yang diperoleh guna perbaikan dan tambahan dengan kemungkinan kekeliruan atau kesalahan dalam memberikan data yang dibutuhkan peneliti.

2) Transferabilitas

Bahwa hasil penelitian yang didapatkan dapat diaplikasikan oleh pemakai penelitian, penelitian ini memperoleh tingkat yang tinggi bila para pembaca laporan memperoleh gambaran dan pemahaman yang jelas tentang konteks dan fokus penelitian.

3) Dependabilitas dan Conformabilitas

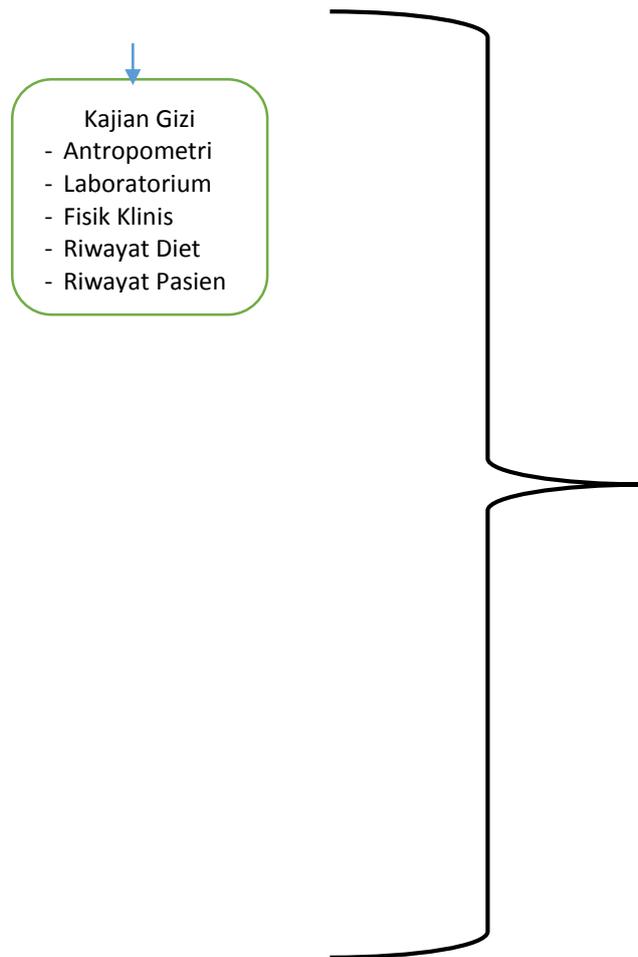
Dilakukan dengan audit trail berupa komunikasi dengan pembimbing dan dengan pakar lain dalam bidangnya guna membicarakan permasalahan-permasalahan yang dihadapi dalam penelitian berkaitan dengan data yang harus dikumpulkan.

6. Narasi Hasil Analisis

Pembahasan dalam penelitian kualitatif menyajikan informasi dalam bentuk teks tertulis atau bentuk-bentuk gambar mati atau hidup seperti foto dan video dan lain-lain. Dalam menarasikan data kualitatif ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu; 1) Tentukan bentuk (form) yang akan digunakan dalam menarasikan data. 2) Hubungkan bagaimana hasil yang berbentuk narasi itu menunjukkan tipe/bentuk keluaran yang sudah di desain sebelumnya, dan. 3) Jelaskan bagaimana keluaran yang berupa narasi itu mengkoparasikan antara teori dan literasi-literasi lainnya yang mendukung topik.

I. Kerangka Pemikiran

Pelayanan terapi gizi diberikan kepada pasien yang bermasalah gizi dalam bentuk Tim Terapi Gizi. Tim ini terdiri dari dokter, dietisien, perawat, dan farmasi yang secara aktif melakukan skrining, pengkajian status gizi, memberikan mengusulkan terapi gizi, serta melakukan pemantauan terhadap pasien rawat inap yang bermasalah gizi. Untuk tercapainya tujuan terapi gizi pada pasien perlu adanya koordinasi yang baik antar dokter, dietisien, keperawatan dan farmasi sehingga preskripsi diet dapat diracik dan makanan pasien yang disajikan sejalan dengan rencana terapi gizi pasien. Tahapan proses terapi gizi terdiri dari skrining, kajian, diagnosis medik dan diagnosis gizi (penentuan masalah gizi) formulasi terapi (intervensi), pelaksanaan terapi, pemantauan dan evaluasi terapi, penyusunan rencana ulang terapi atau penghentian terapi.



J. Definisi Konseptual

1. Skrining gizi

didefinisikan sebagai suatu proses untuk mengidentifikasi individu yang kekurangan gizi atau yang berisiko untuk kekurangan gizi, sehingga membutuhkan kajian gizi yang lebih mendalam (Aspen, 2010).

2. Kajian Gizi (*Assesment nutrition*)

Kajian gizi dilakukan pada pasien yang masuk dalam kategori malnutrisi maupun risiko malnutrisi. Kajian gizi harus

didokumentasikan dan tersedia untuk semua penyedia perawatan pasien. Maksud dari pengkajian gizi adalah untuk mendokumentasikan parameter nutrisi awal, mengidentifikasi factor resiko gizi dan kekurangan zat gizi tertentu, menetapkan kebutuhan gizi individu, dan mengidentifikasi factor-faktor medis, psikososial, dan sosial ekonomi. Data yang diperoleh dari pengkajian gizi digunakan untuk mendiagnosa dan mendokumentasikan adanya kekurangan gizi (ADA, 1994; Lacey, 2003).

3. Diagnosa medis dan diagnosa gizi

Diagnosa medis didefinisikan sebagai suatu penyakit atau patologi organ tertentu atau system tubuh yang dapat diobati atau dicegah. Diagnosis gizi adalah identifikasi dan pelabelan yang menggambarkan kejadian yang sebenarnya, risiko, atau potensi untuk mengembangkan masalah gizi untuk mengobati secara independen (Lacey, 2003).

4. Formulasi Rencana Terapi gizi

Rencana terapi akan diciptakan dari analisis yang komprehensif dari informasi yang dikumpulkan dari banyak aspek perawatan. Rencana terapi gizi harus mencakup energi dan kebutuhan zat gizi dan tujuan asupan, rute pemberian, penetapan bentuk dan kepekatan makanan serta tujuan jangka pendek dan jangka panjang (Russell, 2007).

5. Implementasi terapi gizi

Pelaksanaan implementasi gizi meliputi beberapa aspek yaitu pemberian makanan sesuai dengan rancangan diet serta pemberian konseling dan edukasi gizi sesuai dengan kesepakatan dan kebijakan rumah sakit. Kegiatan ini dilakukan oleh tim sesuai dengan kompetensi dan kewenangan masing-masing (Depkes, 2009).

6. Monitoring dan Evaluasi terapi gizi

Rencana untuk monitoring efek dari intervensi terapi gizi harus dinyatakan dalam rencana asuhan gizi. Frekuensi monitoring tergantung dari keparahan penyakit, tingkat metabolic stress dan derajat malnutrisi (Aspen, 2002). Pemantauan khususnya mengacu pada pengukuran status pasien/klien/kelompok pada rencana tindak lanjut yang berkaitan dengan diagnosis gizi, intervensi, dan hasil. Sedangkan evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dari temuan saat ini dengan status sebelumnya, tujuan intervensi, atau standar referensi. Sumber data monitoring dan evaluasi terapi gizi meliputi tanda-tanda klinis dan kelebihan atau kekurangan zat gizi, status fungsional, tanda-tanda vital, asupan gizi actual, berat badan, data laboratorium dan perubahan dalam fungsi gastrointestinal(Lacey, 2003).

7. Konseling

Tujuan konseling adalah memberikan edukasi untuk memahami dan mampu merubah perilaku diet sesuai dengan yang dianjurkan.

Konseling diberikan kepada pasien dan atau keluarga yang membutuhkan untuk mendapatkan penjelasan tentang diet yang harus dilaksanakan oleh pasien sesuai dengan penyakit dan kondisinya (Depkes, 2009).