



613.2

Ind

P

PEDOMAN PENYELENGGARAAN TIM TERAPI GIZI DI RUMAH SAKIT



613.2

nd

o

DEPARTEMEN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2009

Kh. 2694

MILIK PERPUSTAKAAN
DEP: KESEHATAN



613.2
Ind
p

PEDOMAN PENYELENGGARAAN TIM TERAPI GIZI DI RUMAH SAKIT

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Di bawah ini terdapat daftar isi yang menunjukkan urutan bab dan sub bab yang akan dibahas dalam buku ini. Daftar isi ini akan membantu pembaca untuk mengetahui secara singkat tentang isi dari buku ini.

Perpustakaan Depkes.-
No. Induk : 048/1-2010
gl. Terima: 25-1-2010
Dapat Dari : H

613.2
Ind
p

DEPARTEMEN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
JAKARTA 2009

Pedoman Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi Di Rumah Sakit
© 2009, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen
Kesehatan RI

15 cm x 21 cm

xx + 24 halaman

ISBN No. 978-979-9254-69-8

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak, mencetak dan menerbitkan
sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara dan bentuk
apapun juga tanpa seizin penulis dan penerbit

613.2 Katalog Dalam Terbitan. Departemen Kesehatan RI
Ind Indonesia. Departemen Kesehatan. Direktorat Jenderal
p Bina Pelayanan Medik
.Pedoman Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi di Rumah
Sakit- Jakarta
: Departemen Kesehatan RI, 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat-Nya penyusunan Pedoman Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi di RS ini dapat diselesaikan.

Maksud dari disusunnya pedoman ini adalah agar dapat dijadikan acuan dalam mengembangkan Tim Terapi Gizi di Rumah Sakit. Adanya Tim Terapi Gizi dimaksudkan sebagai upaya untuk mendukung upaya penurunan kasus malnutrisi di RS. Seperti diketahui angka kejadian malnutrisi di RS Indonesia masih tinggi, dan ini dapat mempengaruhi lama rawat, morbiditas dan mortalitas pasien.

Pedoman ini disusun Departemen Kesehatan sejak tahun 2007 dengan melibatkan organisasi seminari dan profesi seperti PERNEPARI, PDGKI, ASDI dan PERSAGI serta pihak-pihak yang terlibat dalam pelayanan gizi di RS lainnya. Diharapkan buku ini dapat dioperasionalkan di lapangan dengan baik dan bertanggungjawab.

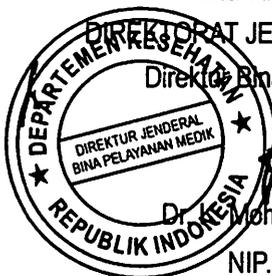
Akhir kata, tak ada gading yang tak retak, kritik serta saran untuk perbaikan pedoman ini di masa yang akan datang sangat kami harapkan.

Jakarta, Juli 2009

DEPARTEMEN KESEHATAN RI

DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK

Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik



Dr. Mohammad Akib, Sp.Rad, MARS

NIP. 195208201978071001

SAMBUTAN

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Pertama-tama dengan mengucapkan puji dan syukur ke hadirat Allah SWT, karena atas Rahmat dan Hidayah-Nya telah dapat disusun buku Pedoman Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi di Rumah Sakit.

Kasus malnutrisi merupakan masalah yang sering ditemukan pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit. Malnutrisi sendiri memiliki dampak buruk terhadap proses penyembuhan dan hasil pembedahan, serta turut meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas.

Buku pedoman ini disusun dalam rangka memberikan pelayanan gizi yang berkualitas sehingga dapat mencegah dan memperbaiki keadaan kurang gizi yang akhirnya dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas terutama pada pasien rawat inap. Dalam penanganan permasalahan gizi di RS, diperlukan kerjasama multidisiplin yang tergabung dalam Tim Terapi Gizi (TTG) yang antara lain terdiri dari dokter, nutrisionis, dietisien, perawat, farmasi dan profesi kesehatan lainnya.

Akhimya kepada semua pihak yang telah berperan dan memberikan kontribusi dalam proses penyusunan buku Pedoman Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi di Rumah Sakit ini, kami sampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya. Semoga buku pedoman ini dapat menjadi acuan dalam memberikan pelayanan kesehatan gizi yang berkualitas di Indonesia.

Jakarta, Juli 2009



SAMBUTAN

Dengan Rahmat Tuhan Yang Maha Esa maka akhirnya buku Pedoman Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi di Rumah Sakit dapat diterbitkan. Terbitnya buku ini berkat kerja sama Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan PERNEPARI (Perhimpunan Nutrisi Enteral dan Parenteral Indonesia) setelah melewati upaya yang luar biasa.

Sesuai dengan tujuan PERNEPARI untuk membantu pemerintah khususnya Departemen Kesehatan dalam pelaksanaan program kesehatan dan mendorong terbentuknya tim asuhan gizi disemua rumah sakit di Indonesia, dan PERNEPARI menyadari masih tingginya angka malnutrisi terutama pasien menjadi malnutrisi selama perawatan di rumah sakit.

Perlu diketahui bahwa Terapi Gizi di Rumah Sakit tidak dapat dipisahkan dengan terapi lainnya dan merupakan suatu bagian integral terapi pasien sehingga perlu dibentuk Tim Terapi Gizi seperti yang sudah dilakukan di negara maju dengan istilah NST (Nutrition Supporting Team) untuk menurunkan angka kesakitan, angka kematian dan lama perawatan di Rumah Sakit.

PERNEPARI menyampaikan terima kasih kepada Departemen Kesehatan Republik Indonesia atas upaya merealisasikan terbitnya buku Pedoman Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi di Rumah Sakit ini. Dan semoga buku ini dapat menambah wawasan dan bermanfaat bagi pembaca dalam menangani masalah nutrisi pasien di Rumah Sakit.

Jakarta, Juni 2009

Ketua Umum PERNEPARI



dr. S. Sunatrio, SpAn, KIC

Sekretaris Umum PERNEPARI



dr. Hartono, MIM, Ph.D.



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK
NOMOR : HK. 00. 06. 3.4.1819
TENTANG
PEMBENTUKAN TIM TERAPI GIZI
DI RUMAH SAKIT

DIREKTUR JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK

- Menimbang** :
- a. Bahwa kasus malnutrisi merupakan masalah yang sering terjadi pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit
 - b. Bahwa kasus malnutrisi berdampak serius terhadap proses penyembuhan pasien dari penyakit dan pembedahan serta dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas
 - c. Bahwa dengan pelayanan gizi yang berkualitas tinggi dan pendekatan multidisiplin ilmu mempunyai keuntungan menurunkan morbiditas dan mortalitas
 - d. Bahwa sehubungan hal-hal tersebut diatas perlu dibentuk Tim terapi Gizi di Rumah Sakit yang anggotanya terdiri dari berbagai profesi

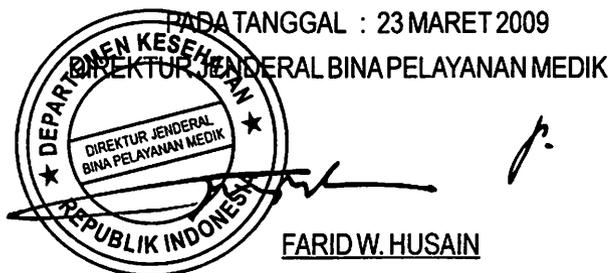
- Mengingat** :
1. Undang-Undang No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara tahun 1999 No.100 Tambahan Lembaran Negara No.3495)
 2. Undang-Undang No.32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara RI tahun 1996 No.49)
 3. Undang-Undang No.8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen
 4. Undang-Undang No.29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara RI tahun 2004 Nomor 116)
 5. Keputusan Presiden RI No.102 tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi dan Tatakerja Departemen Kesehatan
 6. Keputusan Menteri Kesehatan No. 436/Menkes/SK/VII/1993 tentang Standar Pelayanan Medis Indonesia
 7. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit
 8. Keputusan Menteri Kesehatan No.331/Menkes/SK/V/2006 tentang Rencana Strategis Departemen Kesehatan Tahun 2005-2009
 9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1575/Menkes/PER/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan
 10. Pedoman PGRS Pelayanan Gizi Rumah Sakit Departemen Kesehatan tahun 2005

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
- PERTAMA : Pembentukan Tim Terapi Gizi dengan struktur keanggotaan sebagaimana tersebut dalam lampiran keputusan ini
- KEDUA : Peran dan Fungsi Tim Terapi Gizi di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam diktum pertama tercantum dalam lampiran keputusan ini
- KETIGA : Dalam melaksanakan peran dan fungsinya Tim Terapi Gizi bertanggung jawab dan memberikan laporan pertanggungjawaban kepada Direktur RS
- KEEMPAT : Semua pembiayaan sehubungan dengan pelaksanaan keputusan ini dibebankan pada anggaran Rumah Sakit
- KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI : JAKARTA

PADA TANGGAL : 23 MARET 2009



FARID W. HUSAIN

NIP. 130 808 593

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Sekretaris Jenderal Depkes RI di Jakarta
2. Inspektur Jenderal Depkes RI di Jakarta

Tim penyusun:

dr. Sunatrio, SpAn, KIC

dr. Hartono, MM

dr. Abdullah Firmansah, MKes, SpGK

dr. Samuel Oetoro, MS, SpGK

Dr. dr. Johana Titus, MS, SpGK

Dr. dr. Yustina Anie Indrastuti, MSc, SpGK

dr. Suginarti, Mkes

drg Anwarul Amin, MARS

dr. Diar Wahyu Indriarti, MARS

dr. Syanti Ayu Anggraini

dr. Titiek Resmisari

Kontributor:

dr.Farid W Husain, Sp B

dr. Ratna Rosita, MPHM

dr. Mulya A Hasjmy, SpB, Mkes

dr.K.Mohammad Akib, Sp Rad, MARS

dr. Benny Philipi, SpBD

Prof. Dr. dr. Tatang Bistri SpAn, KNA

dr Julistio Djais, SpA (K), Mkes

dr. Jefta Munadjat, SpBP

Prof. Dr. Sunaryo, SpAn

Dr dr Meilani Kumala, MS, SpGK

dr Melani Marisa

Murni Indrarti Muhilal SKM Msc

Drs Bayu Teja Muliawan, Apt. M.Pharm.

Nehwati MKep, Skep

Yusnalaini Y. Mukawi, MSc

Laurens, Mkep

Editor:

dr Victor Tambunan, MS, SpGK

Triyani Kresnawan DCN, M.Kes

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Sambutan	iii
Sambutan Perhimpunan Nutrisi Enteral dan Parenteral Indonesia (PERNEPARI).....	v
Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI.....	vii
Tim Penyusun	xi
Daftar Isi	xiii
Daftar Singkatan	xv
Daftar Tabel	xvi
Daftar Gambar	xvii
Daftar Lampiran	xviii

BAB	Halaman
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Terminologi	4
C. Landasan Hukum	5
BAB II ORGANISASI TIM TERAPI GIZI	
A. Visi dan Misi	7
B. Tujuan	7
C. Pengorganisasian	8
BAB III KONSEP PELAYANAN TIM TERAPI GIZI	
A. Proses Terapi Gizi Baku	13

1. Skrining/Penapisan Gizi	13
2. Kajian Gizi	13
3. Diagnosis medis dan diagnosis gizi (penentuan masalah gizi)	14
4. Formulasi Rencana Terapi Gizi	14
5. Implementasi Terapi Gizi	15
6. Pemantauan dan Evaluasi Terapi Gizi	16
7. Konseling	16
BAB IV PENUTUP.....	17
Lampiran	18
Daftar Pustaka	19

DAFTAR SINGKATAN

RS	:	Rumah Sakit
BB	:	Berat Badan
TDG	:	Tim Dukungan Gizi
PGRS	:	Pelayanan Gizi Rumah Sakit
TTG	:	Tim Terapi Gizi
Pemepari	:	Perhimpunan Nutrisi Enteral dan Parenteral Indonesia
DPJP	:	Dokter Penanggung Jawab Pasien
SDA	:	Specific Dynamic Action

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
Tabel 1	Peranan Anggota Tim Terapi Gizi	12

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
Gambar 1.	Pengorganisasian Tim Terapi Gizi Rumah Sakit	9

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran		Halaman
Lampiran 1	Alogaritma Terapi Gizi	28

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Malnutrisi merupakan masalah yang sering terjadi pada pasien yang dirawat di rumah sakit (RS). Berbagai penelitian menunjukkan prevalensi malnutrisi pada pasien saat masuk RS besarnya sekitar 20%–60%. Malnutrisi berdampak buruk terhadap proses penyembuhan dan hasil pembedahan, serta menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Status gizi dapat memburuk selama perawatan di RS, dan pada pasien yang mengalami kehilangan berat badan (BB), secara bermakna dapat terjadi peningkatan risiko timbulnya kekambuhan dalam waktu yang cepat.

Prevalensi malnutrisi yang tinggi di RS, telah dilaporkan dari beberapa penelitian yang dilakukan, baik di negara maju maupun negara berkembang. Di RS University of Alabama, Amerika Serikat, pada tahun 1993, ditemukan kasus malnutrisi sebanyak 38%. Suatu penelitian di Kanada tahun 1994 yang melibatkan 200 pasien di RS, mendapatkan 31% pasien menderita malnutrisi berat atau sedang. Di RS University of Alabama, Amerika Serikat, pada tahun 1993, ditemukan kasus malnutrisi sebanyak 38%. Penelitian di empat buah RS di Inggris pada tahun 2000, yang melibatkan 850 pasien, menunjukkan satu dari lima pasien menderita malnutrisi.

Pada penelitian di Amerika Latin tahun 2002, yang melibatkan 9.360 subyek dari 13 negara, ditemukan kasus malnutrisi sebanyak 50,1% dan sejumlah 12,6% di antaranya menderita malnutrisi berat. Pada penelitian yang dilakukan oleh "Multi Center Elan" pada tahun 2002 yang melibatkan 9.348 subyek dari 13 negara ditemukan kasus malnutrisi sebanyak 50.2 % dan 11.2 % diantaranya merupakan malnutrisi berat. (Correria MITD & CamposACL, 2003)

Di Indonesia, Firmansyah pada penelitiannya di Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK Unpad-RS Dr. Hasan Sadikin, Bandung, mendapatkan pasien malnutrisi sebanyak 71,8% dan malnutrisi berat 28,9%. Penelitian Philippi tahun 1989 di RSCM, Jakarta, pada pasien kanker saluran cerna yang menjalani bedah mayor, menunjukkan angka malnutrisi sebanyak 45,9%. Sementara, Titus dkk tahun 1995 di RS Sumber Waras, Jakarta, melaporkan sebanyak 47,76% pasien yang dirawat, menderita gizi kurang. Penelitian Sudomo tahun 2001 di RSPAD Gatot Subroto, Jakarta, pada pasien perawatan Penyakit Dalam, menunjukkan angka malnutrisi 41,42% dan pasien pasca rawat yang perlu mendapat intervensi nutrisi berjumlah 78,57%.

Adanya tim dukungan gizi (TDG) di RS dalam menekan malnutrisi dan memberikan manfaat lainnya telah ditunjukkan oleh beberapa penelitian. Penelitian Weinsier dkk dan Hassel dkk, masing-masing tahun 1985 dan 1994, menunjukkan bahwa intervensi gizi oleh TDG 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 BB, mortalitas menurun, lama rawat lebih singkat, biaya perawatan lebih murah, dan kejadian rawat ulang berkurang). Analisis manfaat biaya juga menyatakan bahwa terdapatnya TDG di RS memberikan keuntungan yang signifikan bagi RS.

Walaupun berbagai penelitian menunjukkan manfaat dukungan gizi bagi pasien dan RS, namun upaya beberapa RS di Indonesia dalam pembentukan Tim Dukungan Gizi (TDG), yang mengacu pada struktur buku pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS) dan berada di bawah panitia (sub komite) asuhan gizi komite

medik, belum bekerja seperti yang diharapkan. Hal ini disebabkan panitia asuhan gizi komite medik bukan merupakan wadah pelayanan dan belum terdapat alur pelayanan sehingga tidak mungkin dapat merealisasikan pelayanan dukungan yang nyata dan belum terdapat alur rujukan kepada panitia asuhan gizi sehingga pelayannya belum optimal, disamping itu pelayanan gizi belum dianggap sebagai bagian terpadu dari perawatan pasien. Disamping itu, pasien masih mengeluarkan biaya untuk terapi gizi terutama enteral dan parenteral (biaya makan belum dipisahkan dari biaya perawatan) dan terapi gizi belum dianggap sebagai bagian terpadu terapi pasien.

Selain itu penyediaan enteral dan parenteral di RS belum optimal karena biaya sediaan tersebut belum seluruhnya terakomodir dalam biaya/anggaran RS, sehingga tidak seluruh pasien terpenuhi kebutuhan gizinya.

Berdasarkan hal tersebut, untuk merealisasikan pelayanan gizi yang berkualitas, pencegahan dan perbaikan keadaan kurang gizi, serta pencegahan dan penurunan morbiditas sebagai upaya mempersingkat lama rawat di RS dan penghematan biaya pasien maka dibutuhkan kerjasama multidisiplin yang bukan sekedar dukungan tetapi menjadi bagian terapi pasien dalam bentuk tim terapi gizi (TTG). Tim ini terdiri dari dokter yang berkompetensi dalam gizi klinik atau yang telah mendapat latihan gizi klinik, dietisien, perawat dan ahli farmasi sesuai dengan kompetensi masing-masing. TTG merupakan penyempurnaan TDG yang dalam PGRS, dan struktur TDG berada di bawah panitia asuhan gizi komite medik belum mewujudkan struktur operasional. Maka untuk mewujudkan pelayanan, TTG perlu di bawah- dan bertanggungjawab- kepada direktur (direktur medik) sehingga pasien belum mendapat pelayanan gizi yang optimal.

Merujuk kepada SK Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik nomor HK.00.06.3.4.1819 tentang Pembentukan Tim Terapi Gizi di RS, Departemen Kesehatan RI, Perhimpunan Nutrisi Enteral dan Parenteral Indonesia (Pernepari) dan organisasi gizi lainnya, dipandang perlu menyusun buku Pedoman Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi untuk realisasi dan optimalisasi pelayanan gizi klinik pasien rawat inap.

Buku Pedoman Penyelenggara Tim Terapi Gizi ini juga dapat merupakan acuan penyempurnaan buku PGRS, dan menjadi pedoman pelayanan gizi klinik RS bagi profesi yang melayani gizi klinik pada pasien rawat inap.

B. Terminologi:

Terapi Gizi : adalah pelayanan gizi klinik dan asuhan gizi yang merupakan bagian dari pelayanan medis untuk penyembuhan pasien yang diselenggarakan secara terpadu dengan upaya pelayanan gizi promotif, preventif dan rehabilitatif.

Sub Komite Terapi Gizi: merupakan unit kerja yang berada di bawah komite Medik RS yang beranggotakan Staf Medik Fungsional terkait. Sub Komite Terapi Gizi bertugas memberi masukan kepada pimpinan rumah sakit dalam menerbitkan kebijakan dan strategi untuk peningkatan mutu pelayanan gizi klinik dan asuhan gizi.

Tim Terapi Gizi (TTG) : merupakan sekelompok tenaga kesehatan di RS yang berkaitan penyelenggaraan terapi gizi meliputi dokter spesialis, dokter, dietisien, perawat ruangan serta Ahli Farmasi dan mempunyai komitmen untuk menyediakan waktu untuk pelayanan Gizi Klinik dalam TTG. Tim terapi gizi

dibentuk oleh pimpinan RS dan diketuai oleh dokter yang mempunyai kompetensi dalam bidang gizi klinik serta menyediakan waktu penuh untuk pelayanan GK.

C. Landasan Hukum

1. UU 23/1992 tentang Kesehatan
2. UU 8/1999 tentang Perlindungan 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 RS
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 374/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Gizi.

BAB II

ORGANISASI TIM TERAPI GIZI

Untuk mencapai tujuan terapi gizi yang baik maka dibutuhkan suatu organisasi yang dapat melaksanakan tugas-tugas dalam terapi gizi yang baku.

A. Visi & Misi

A. 1 Visi

Menjadi pusat pelayanan terapi gizi secara tim di Rumah Sakit, yang selalu berorientasi kepada kualitas pelayanan, efisiensi biaya, keselamatan dan kepuasan pasien.

B. 2 Misi

Memberikan pelayanan terapi gizi yang berkualitas dan menyeluruh yang berdasarkan bukti klinis (evidence based), teknologi dan ilmu pengetahuan terkini melalui :

- Peningkatan pengetahuan dan ketrampilan anggotanya
- Peningkatan tata kerja melalui penyusunan standard prosedur pelayanan terapi gizi
- Pelaksanaan pelayanan pada pelanggan internal maupun eksternal
- Pelaksanaan evaluasi berkala mengenai pelayanan terapi gizi dalam hal efisiensi biaya dan dampaknya.

B. Tujuan :

1. Tercapainya pelayanan gizi yang optimal sebagai bagian terapi dalam pelayanan holistik kepada pasien sehingga dapat mengurangi morbiditas, mortalitas dan lama rawat yang panjang.
2. Tercapainya efisiensi dan keefektifan dalam terapi gizi, baik dari segi klinis, fungsional, kepuasan pasien dan biaya.

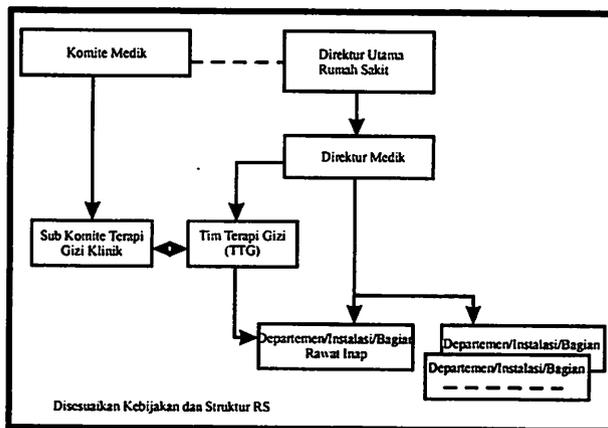
- Segi klinis: pengukuran anatomis dan faal seperti berat badan, imbangan Nitrogen, serum albumin dan kadar kolesterol, termasuk juga akibat perawatan berupa insidens infeksi, rehospitalisasi dan pemakaian obat.
- Segi fungsional: pengukuran kemampuan fisis, fungsi psikososial, dan berkurangnya keluhan nyeri atau ketidaknyamanan.
- Segi kepuasan pasien: mengukur pelayanan kesehatan untuk memenuhi harapan pasien dan dampak pada kualitas hidup.
- Segi biaya: penurunan beban biaya untuk pasien atau penanggung biaya (menurunkan lama rawat dan frekuensi visite dokter).

C. Pengorganisasian

Organisasi TTG dibentuk oleh pimpinan RS dan diketuai oleh dokter yang mempunyai kompetensi dalam bidang Gizi klinik serta menyediakan waktu penuh untuk pelayanan Gizi Klinik. Anggota TTG terdiri dari tenaga kesehatan di RS yang berkaitan penyelenggaraan terapi gizi meliputi dokter spesialis gizi klinik, dokter spesialis, dokter, dietisien, perawat ruangan serta Ahli Farmasi.

Agar TTG dapat berfungsi secara optimal maka dibuat pengorganisasian dan jalur koordinasi pelayanan gizi klinik sebagai berikut :

Gb.2.1 PENGORGANISASIAN TIM TERAPI GIZI RUMAH SAKIT



SUB KOMITE TERAPI GIZI :

Sub komite terapi gizi adalah unit kerja di bawah komite Medik RS yang beranggotakan Staf Medik Fungsional terkait yang bertugas memberi masukan kepada pimpinan rumah sakit dalam menerbitkan kebijakan dan strategi untuk peningkatan mutu pelayanan gizi klinik dan asuhan gizi.

Peran dan fungsi

◆ Pendidikan dan pelatihan

Menyusun dan mengembangkan modul pelatihan /pendidikan interdisipliner sesuai dengan yang telah ditetapkan mengenai terapi gizi bagi dokter, dietisien, perawat dan farmasi di lingkungan rumah sakit

◆ Penelitian dan penapisan teknologi

1. Bersama dengan unit terkait di rumah sakit melakukan penelitian terhadap penerapan terapi gizi atau uji klinis produk baru untuk dukungan gizi dan metabolik
2. Menyusun parameter kajian metabolik dan status gizi

TIM TERAPI GIZI

Susunan personil Tim Terapi Gizi,

Tim Terapi Gizi beranggotakan :

- Dokter spesialis gizi klinik
- Dokter spesialis yang berkompetensi gizi klinik
- Dokter yang berkompetensi gizi klinik
- Dietisien
- Perawat
- Ahli Farmasi

Tim Terapi Gizi dipimpin oleh Dokter spesialis gizi klinik atau dokter spesialis yang berkompentensi gizi klinik, atau dokter yang berkompentensi gizi klinik. Kompetensi dicapai dengan mengikuti kursus / pelatihan terapi gizi yang diakui oleh Depkes dan IDI.

- Dietisien: diutamakan dietisien yang mempunyai kompetensi pelayanan dietetik RS atau dietisien yang telah berpengalaman kerja di rumah sakit minimal 2 tahun
- Perawat : perawat yang berpengalaman dan berkomitmen di bidang gizi klinik. Diutamakan bagi yang sudah mengikuti kursus yang berhubungan dengan pelayanan gizi klinik.
- Ahli Farmasi : Apoteker yang diutamakan telah mengikuti kursus atau pelatihan farmasi klinik khususnya mixing and compounding nutrisi parenteral yang diakui oleh Depkes dan/atau organisasi profesi terkait.

Peran dan Fungsi

- Pelayanan pada pasien rawat inap
Kajian status gizi dan metabolik dan pengelolaan pasien yang membutuhkan terapi gizi oral, enteral maupun parenteral, serta pengawasannya melalui visite tim.
- Pencatatan dan Pelaporan
 - o Dilakukan oleh semua anggota tim sesuai dengan fungsi masing-masing anggota.
- Program kemitraan
 - o Menyusun program terapi terpadu bersama dokter-dokter yang merawat atau Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
 - o Menyusun pertemuan berkala
 - o Menyusun program kerjasama dalam bidang penelitian dan pendidikan bersama unit unit terkait di dalam maupun luar rumah sakit.

Tabel 1. PERANAN ANGGOTA TIM TERAPI GIZI

No	Kegiatan	Dokter	Dietisien	Perawat	Farmasi
1.	Skrining Gizi.			Perawat TTG atau Perawat ruang rawat inap (sesuai kebijakan rumah sakit)	
2.	Anamnesis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan utama 2. Riwayat penyakit 3. Riwayat penyakit dahulu 4. Riwayat penyakit dalam keluarga 5. Riwayat masalah gizi 6. Riwayat kelahiran" 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebiasaan makan sebelum sakit dan saat sakit 2. Analisis asupan gizi (<i>food recall & Foodfrequency</i>: - sebelum sakit - selama sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas Pasien 2. Mengkaji keluhan pasien 3. Konsumsi makanan dan cairan beberapa hari terakhir 4. Mengkaji perkembangan keluhan pasien 5. Keluhan yang berkaitan dengan makanan (alergi dan lain-lain) 	
3.	Pemeriksaan fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisis hasil pemeriksaan Antro-pomeri 2. Pemeriksaan tingkat kesadaran dan tanda kegawatdaruratan 3. Pemeriksaan status generalis inspeksi, perkusis, palpasi dan auskultasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan antropometri awal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penimbang BB dan ukur TB/PB 2. Evaluasi tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, dan pernafasan) dan kegawat daruratan 	
4.	Tindakan	<ul style="list-style-type: none"> - Menetapkan status gizi pasien - Menentukan terapi gizi sesuai diagnosis - Preskripsi terapi gizi (jenis, bentuk, jumlah frekuensi pemberian makanan) 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisis asupan makanan selama perawatan - Menyediakan makanan sesuai preskripsi dokter - Analisis asupan makanan (<i>food record</i> jumlah dan komposisi asupan) 	<p>Pemantauan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda vital - status gizi, - in take-output cairan, - perkembangan penyakit dan keluhan pasien - tanda-tanda infeksi, perawatan infus dan Nasogastric tube - membuat surat kontrol ulang 	<p>Mempersiapkan obat-obatan dan zat terkait, vitmin, mineral, elektrolit, dan nutrisi parenteral.</p> <p>Menentukan kompatibilitas zat gizi yang akan diberikan kepada pasien.</p>

BAB III

KONSEP PELAYANAN TIM TERAPI GIZI

A. PROSES TERAPI GIZI BAKU

Tahapan langkah proses terapi gizi terdiri dari skrining/penapisan, kajian, diagnosis medik dan diagnosis gizi (penentuan masalah gizi) formulasi terapi (intervensi gizi), pelaksanaan terapi, pemantauan dan evaluasi terapi, penyusunan rencana ulang terapi atau penghentian terapi. Rangkaian langkah tersebut bertujuan untuk memberi dampak terapi yang optimal bagi pasien dan mempunyai keefektifan biaya. (lihat bagan)

Langkah-langkah

1. SKRINING/ PENAPISAN GIZI

Skrining gizi bertujuan mengidentifikasi status gizi pasien yang masuk dalam kategori malnutrisi atau resiko malnutrisi, sehingga membutuhkan kajian gizi yang lebih mendalam. Metoda skrining dan kategori malnutrisi ditetapkan oleh tim.

Skrining sebaiknya bersifat sederhana dan cepat. Data skrining umumnya meliputi umur, gender, diagnosa medis, berat badan, tinggi badan, perubahan berat badan dan diet yang sedang dijalankan.

Pelaksanaan skrining dapat dilakukan oleh anggota tim yang berwenang sesuai kompetensinya.

2 KAJIANGIZI

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

Kajian gizi merupakan proses sistematis dalam pengambilan, verifikasi dan interpretasi data untuk menetapkan masalah gizi yang berkaitan dengan

penyakitnya, status gizi dan perubahan metaboliknya. Kajian ini merupakan dasar formulasi terapi gizi.

Komponen kajian gizi

- Riwayat makan, medis, obat-obatan dan lain-lain yang terkait dengan masalah gizi
- Pemeriksaan fisis termasuk pengukuran antropometri
- Pemeriksaan laboratorium dan penunjang lainnya.

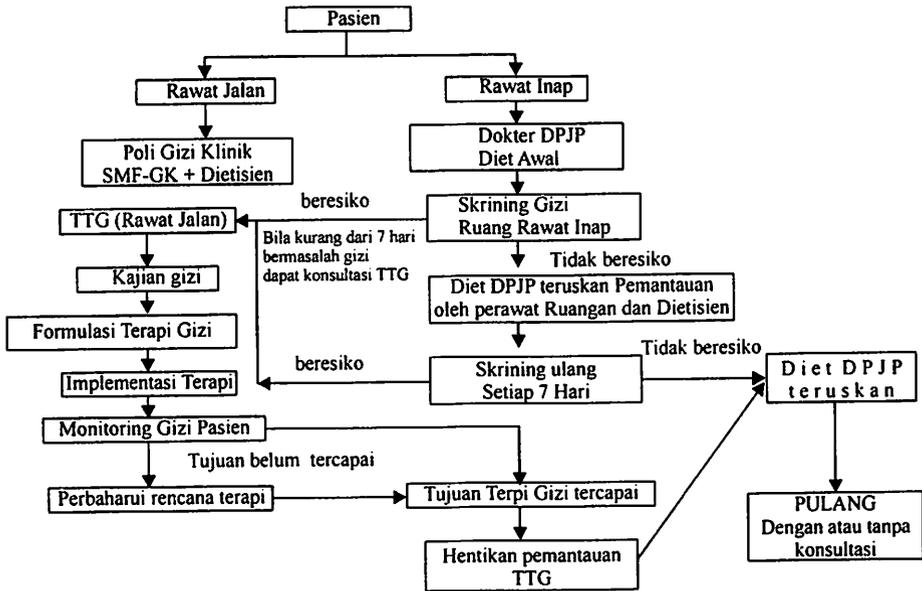
3. DIAGNOSIS MEDIS DAN DIAGNOSIS GIZI (PENENTUAN MASALAH GIZI)

4. FORMULASI RENCANA TERAPI GIZI

- Penetapan waktu dimulainya pemberian terapi gizi
- Penetapan kebutuhan energi. Perhitungannya bergantung pada berat badan, umur, jenis kelamin, aktivitas fisis, Specific dynamic action (SDA) dan perubahan fisiologis dan metabolisme tubuh.
- Penetapan komposisi zat gizi pembentuk energi. Komposisinya bergantung pada diagnosis penyakit, perubahan metabolisme dan fungsi organ. Misalnya, KH sederhana untuk penderita DM harus rendah dan komposisi lemak untuk penderita gagal paru harus tinggi.
- Penetapan kebutuhan vitamin, mineral, elektrolit dan cairan. Kebutuhan vitamin dan mineral umumnya sesuai dengan diagnosis penyakit, perubahan metabolisme dan fungsi organ.
- Penetapan rute pemberian (oral, enteral, parenteral) dan frekuensi pemberian makanan per hari.
- Penetapan bentuk dan kepekatan (viskositas) makanan bergantung pada kondisi saluran cerna dan cara pemberian.

Penetapan cara, bentuk dan kepekatan dapat dilihat pada lampiran algoritma pemberian terapi gizi.

Gb. 3.1 ALUR PELAYANAN TIM TERAPI GIZI



Keterangan : Pelayanan GK pasien rawat jalan dilaksanakan oleh SMF GK yang dibantu oleh dietisien. Pada pasien rawat inap, setelah pemeriksaan klinis, diagnosis, dan terapi termasuk diet awal oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien /DPJP (dokter yang bertanggung jawab dalam penatalaksanaan pasien sesuai bidang spesialisasinya). Perawat ruangan melakukan skrining gizi. Bagi pasien bermasalah atau berisiko malnutrisi, langsung di kirim ke TTG untuk dilakukan pengkajian gizi, formulasi terapi gizi. Dan selanjutnya impelementasi terapi gizi yang dilanjutkan monitoring/pemantauan serta evaluasi terapi gizi. Bila tujuan terapi gizi tercapai, TTG memutuskan penghentian pemantauan atau pemantauan selanjutnya diteruskan oleh DPJP. Dan bila tujuan belum tercapai dilakukan pembaharuan rencana terapi gizi

5. IMPLEMENTASI TERAPI GIZI

Pelaksanaan implementasi gizi meliputi beberapa aspek yaitu pemberian makanan ssuai 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. Hasil kegiatan ini berupa pasien mendapat pelayanan gizi secara holistik.

6. PEMANTAUAN DAN EVALUASI TERAPI GIZI

Pemantauan dan evaluasi terapi gizi bertujuan untuk menilai proses dan keberhasilan implementasi terapi gizi serta rencana tindak lanjut terapi.

Pemantauan dan evaluasi meliputi penetapan jadwal pelaksanaan dengan ruang lingkup antara lain:

- Dampak pemberian makanan terhadap status gizi, toleransi saluran cerna dan status hemodinamik serta kondisi metabolik pasien.
- Faktor-faktor yang mempengaruhi asupan gizi seperti : kondisi nafsu makan, jumlah makanan yang tidak dimakan (sisa), makanan dari luar rumah sakit yang dimakan, reaksi saluran cerna terhadap makanan dan lain-lain.

7. KONSELING

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

Konseling diberikan kepada pasien dan atau keluarganya yang membutuhkan untuk mendapatkan penjelasan tentang diet yang harus dilaksanakan oleh pasien sesuai dengan penyakit dan kondisinya.

Konseling dilakukan oleh anggota tim sesuai dengan kompetensinya.

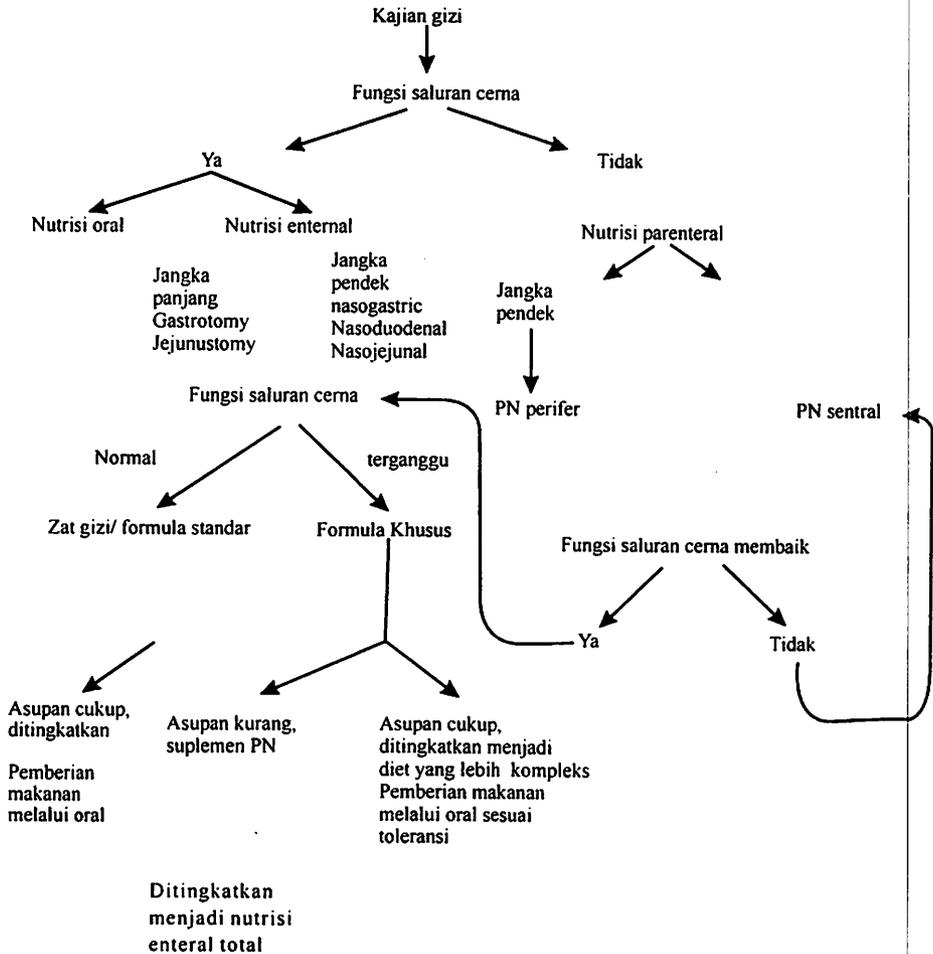
BAB IV PENUTUP

Terapi gizi merupakan bagian dari pelayanan medis yang memberi kontribusi penyembuhan pasien dan menurunkan angka malnutrisi RS, lama hari rawat dan biaya perawatan.

Manajemen rumah sakit wajib memberikan dukungan terhadap TTG dalam bentuk kebijakan dan operasional dengan membentuk Tim Terapi Gizi, meningkatkan profesionalisme tenaga dan penetapan biaya makan pasien dipisahkan dari biaya perawatan, sehingga biaya terapi gizi merupakan bagian dari biaya makan pasien.

Keberadaan Tim Terapi Gizi seyogyanya merupakan salah satu kriteria standar pelayanan rumah sakit dan dijadikan kriteria penilaian akreditasi. Sehingga mutu pelayanan gizi RS dapat ditingkatkan secara berkesinambungan

ALOGARITMA TERAPI GIZI



DAFTAR PUSTAKA

1. Cederholm T, Jagren C, Hellstrom K. Outcome of protein energy malnutrition in elderly medical patients. *Am J Med* 1995; 98:67-74.
2. Corish CA, Flood P, Mulligan S, Kennedy NP. Apparent low frequency of under nutrition in Dublin hospital in-patients: should we review the anthropometric thresholds for clinical practice? *Br J Nutr* 2000; 84:325-35.
3. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional Status? *J Parenter Enteral Nutr* 1987; 11:8-13.
4. Gariballa SE. Malnutrition in hospitalized elderly patients: when does it matter? *Clin Nutr* 2001; 20:487-91.
5. Mc Whirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994; 308:945-8.
6. Friedman JM, Jensen GL, Smiciklas-Wright H, McCamish MA. Predicting early nonelective hospital readmission in nutritionally compromised older adults. *Am J Clin Nutr* 1997; 65:1714-20.
7. Bistran BR, Blackburn GL, Hallowel E, Heddle R. Protein status of general surgical patients. *JAMA* 1974; 230:858-860.
8. Bistran BR, Blackburn GL, Vitale J, et al. Prevalence of malnutrition in general medical patients. *JAMA* 1976; 235:1567-1570.
9. Agradi E, Messina V, Campanella G, et al. Hospital malnutrition: incidence and prospective evaluation of general medical patients during hospitalization. *Acta Vitaminol Enzymol* 1984; 6:235-242.
10. Weinsier RL, Hunker EM, Krumdieck CL, Butterworth CE. Hospital Malnutrition: a prospective evaluation of general medical patients during the course of hospitalization. *Am J Clin Nutr* 1979; 32:418-426.
11. Hill GI, Pickford I, Young GA, et al. Malnutrition in surgical patients: an unrecognized problem. *Lancet* 1977; 1:689-692.

12. Sullivan DH, Moriarty MS, Chemoff R, Lipschitz DA. Patterns of care: an analysis of the quality of nutritional care routinely provided to elderly hospitalized veterans. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1989;13:249-254.
13. Messner RL, Stephens N, Wheeler WE, Hawes MC. Effect of admission nutritional status on length of hospital stay. *Gastroenterol Nurs* 1991; Spring:202-205.
14. Mowe M, Bohmer T. The prevalence of undiagnosed protein-calorie undernutrition in a population of hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:1089-1092.
15. Robinson G, Goldstein M, Levine GM. Impact of nutritional status on DRG length of stay. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1987; 11:49-51.
16. Detsky As, Smalley PS, Chang J. Is this patient malnourished? *JAMA* 1994; 271:54-58.
17. Coats KG, Morgan SL, Bartolucci AA, Weinsier RL. Hospital-associated malnutrition: a reevaluation 12 years later. *J Am Diet Assoc* 1993; 93:27-33.
18. Edington J, Boorman J, Durrant ER, et al. Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. *Clin Nutr* 2000; 19:191-195.
19. Correia MITD. Latin-American Nutrition Study or Estudio Latinoamericano de Nutricion (ELAN) results 2002, personal communication.
20. Weinsier TL, Heimburger DC, Samples CM, et al. Cost containment: A contribution of aggressive nutritional support in burn patients. *J Burn Care Rehabil* 1985; 6:436.
21. Hassel JT, Games AD, Shaffer B, et al. Nutrition support team management of enterally fed patients in a community hospital is cost-beneficial. *J Am Diet Assoc* 1994; 94:993-998.
22. O'Brien DD, Hodges RE, Dat AT, et al. Recommendations of nutrition support team promote cost containment. *J Parenter Enteral Nutr* 1986; 10:300-302.
23. Bowman LC, Williams R, Sanders M, et al. Algorithm for nutritional support:

- Experience of the metabolic and infusion support service of St. Jude Children's Research Hospital. *Int J Cancer Suppl* 1998; 11:76-80.
24. Ochoa JB, Magnuson B, Swintowsky M, et al. Long-term reduction in the cost of nutritional intervention achieved by a nutrition support service. *Nutr Clin Pract* 2000; 15:174-180.
 25. Pattison D, Young A. Effect of a multi-disciplinary care team on the management of gastrostomy feeding. *J Hum Nutr Diet* 1997; 10:103-109.

MILIK PERPUSTAKAAN
DEP: KESBHTAN

21021



**PERPUSTAKAAN
DEPARTEMEN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**



002002462



ISBN 978-979-9254-69-8