



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

## **FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERUBAHAN STATUS GIZI PASIEN BEDAH DI IRNA B RSUP Dr.M.DJAMIL PADANG**

**SKRIPSI**



**IRENE MILASARI  
06921004**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG 2009**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya ucapkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmad dan hidayah-Nya serta petunjuk yang berlimpah sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul "*Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status gizi pasien bedah di IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang*". Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.

Selama penyusunan Skripsi ini dari awal sampai akhir tidak lepas dari dukungan berbagai pihak, oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof.Dr.Fadil Oenzil, Ph.D, SpGK, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.
2. Bapak Dr. Zulkarnain Edward, MS, Ph.D, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.
3. Ibu Hema Malini, S.Kp, MN dan Dra. Asterina, MS selaku pembimbing yang telah mengarahkan dan memberikan masukan sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
4. Dosen Penguji yang telah memberikan kritik dan saran terhadap penyusunan skripsi ini.

5. Seluruh dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang yang telah memberikan ilmu selama pendidikan saya.
6. Ibunda , suami serta anak-anak tercinta yang telah memberikan semangat , dorongan dan do'a tulus kepada saya dalam mempersiapkan diri untuk menjalani dan melalui semua tahapan dalam penyusunan skripsi ini.

Saya menyadari bahwa skripsi ini terdapat banyak kekurangan mengingat keterbatasan pengetahuan saya, karena itu saya mengharapkan masukan kritikan dan saran yang sifatnya membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhir kata kepada-Nya jualah kita berserah diri, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Padang, Juli 2009

**Wassalam**

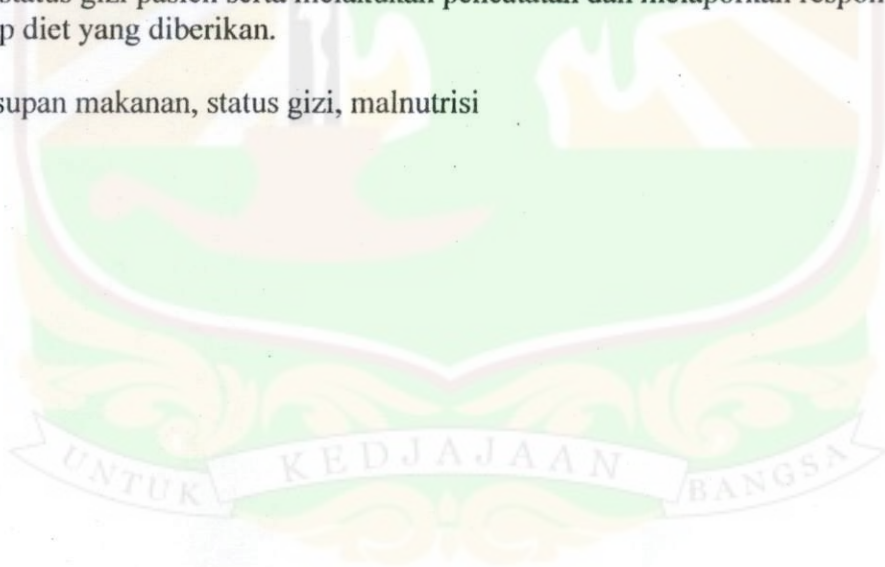
**Penulis**

UNTUK KEDJAJAAN BANGSA

## ABSTRAK

Dukungan nutrisi merupakan bagian dari terapi yang sangat berperan bagi kesembuhan pasien. Tingginya angka prevalensi malnutrisi di rumah sakit pada pasien menunjukkan masih kurangnya perhatian terhadap asuhan nutrisi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status gizi pasien bedah di IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 10 Maret – 28 Mei 2008. Jenis penelitian korelasi dengan pendekatan Cross Sectional. Jumlah sampel adalah 36 orang yang diambil secara purposive sampling. Data dikumpulkan dengan melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan pada awal pasien masuk dan setelah 1-2 minggu pasien dirawat, melakukan wawancara terhadap pelaksanaan monitoring pengukuran berat badan serta observasi terhadap pelaksanaan monitoring asupan makanan pasien oleh perawat. Analisa data menggunakan Chi Square. Hasil penelitian didapatkan 38,9 % pasien mengalami penurunan status gizi. Hampir sebagian (44,4 %) dilakukan monitoring pengukuran berat badan dan 36,1 % dilakukan monitoring asupan makanan. Secara signifikan terdapat pengaruh antara monitoring pengukuran berat badan dan monitoring asupan makanan terhadap perubahan status gizi pasien. Pengukuran berat badan dan tinggi badan pasien penting dilakukan agar asupan nutrisi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan energi total pasien. Peran perawat perlu ditingkatkan dalam memberikan asuhan nutrisi pasien terutama dalam menentukan dan mengevaluasi status gizi pasien serta melakukan pencatatan dan melaporkan respon klinis pasien terhadap diet yang diberikan.

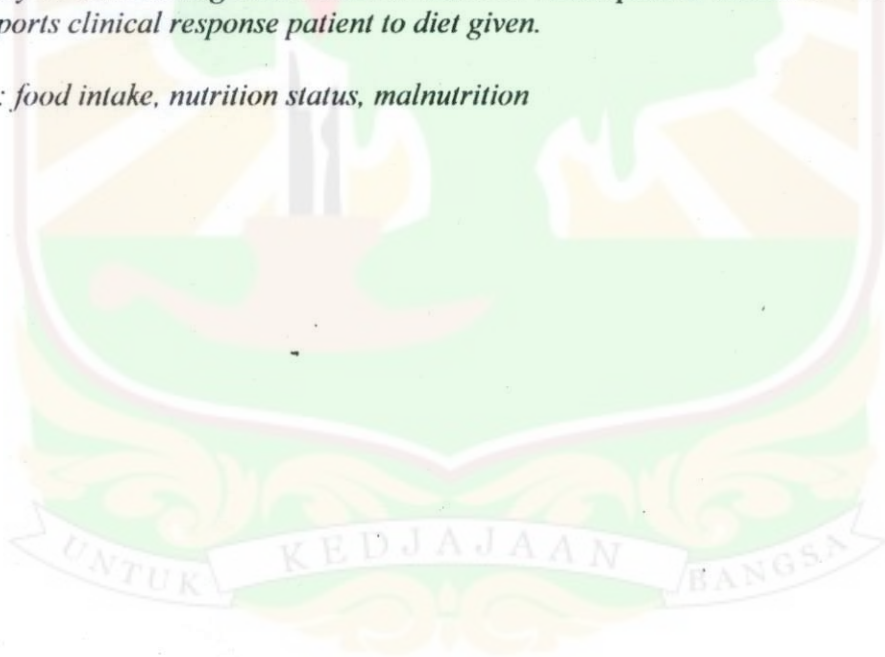
Kata kunci : asupan makanan, status gizi, malnutrisi



## ABSTRACT

*Nutrition support from is part of a real therapy stands for patient healing. Height of malnutrition prevalence number in hospital at patient shows that there are still lack of attention to nutrition upbringing. This research aim to know factors influencing change of nutrition status dissected patient in IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang. Retrieval of data is done on 10 March - 28 Mays 2008. Research type of correlation with approach Cross Sectional. Number of samples is 36 mans who taken in purposive sampling. Data is collected by doing measurement of body weight and body height in the early of admission patient and after 1-2 weeks patient is taken care, does interview to execution of measurement monitoring of body weight and observation to execution of monitoring patient food intake by nurse. Data analysis applies Chi Square. Result of research is got 38,9 % patient to experience degradation of nutrition status. 44,4 % is done measurement monitoring of body weight and 36,1 % is done monitoring food intake. In significant e is influence between measurement monitoring of body weight and monitoring food intake to change of nutrition status patient. Measurement of important body weight and patient body height is done that nutrition intake given as according to requirement of patient total energy. The role of nurse need to be improved in giving nutrition upbringing of patient especially in determining and evaluates nutrition status patient and does record-keeping and reports clinical response patient to diet given.*

*Keyword : food intake, nutrition status, malnutrition*



## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembaran Persetujuan Pembimbing.....	i
Lembaran Pengesahan Penguji.....	iii
Ucapan Terima Kasih.....	iv
Abstrak.....	vi
<i>Abstract</i> .....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Lampiran.....	xii

### BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	6

### BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Status Gizi.....	8
1. Defenisi.....	8
2. Klasifikasi Status Gizi.....	8
3. Kebutuhan Gizi Pasien Bedah.....	9
4. Pemenuhan Kebutuhan Individu Untuk Mempertahankan Status Gizi.....	10
B. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi.....	12

1. Monitoring Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan .....	12
2. Monitoring Asupan Makanan .....	15
3. Penggunaan Parenteral Nutrisi Yang Terlalu Lama .....	19

**BAB III KERANGKA KONSEPTUAL**

A. Kerangka Konseptual .....	21
B. Hipotesis Penelitian .....	21

**BAB IV METODE PENELITIAN**

A. Jenis Penelitian .....	23
B. Populasi dan Sampel .....	23
C. Tempat dan Waktu Penelitian .....	24
D. Defenisi Operasional .....	24
E. Cara Pengumpulan Data .....	25
F. Pengolahan dan Analisa Data .....	26

**BAB V HASIL PENELITIAN**

A. Gambaran Umum Penelitian .....	29
B. Analisa Univariat .....	29
C. Analisa Bivariat .....	30

**BAB VI PEMBAHASAN**

A. Perubahan Status Gizi .....	32
B. Pengaruh Pelaksanaan Monitoring Pengukuran Berat Badan dengan Perubahan Status Gizi .....	33

C. Pengaruh Monitoring Asupan Makanan dengan Perubahan Status Gizi .. 34

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan ..... 37

B. Saran ..... 37

Daftar Pustaka

Lampiran





## DAFTAR TABEL

- Tabel 1 : Penghitungan nilai Stres Faktor
- Tabel 2 : Prosedur kerja tim asuhan nutrisi
- Tabel 3 : Variabel Dependent
- Tabel 4 : Variabel Independent
- Tabel 5 : Distribusi Frekuensi Perubahan Status Gizi Pasien Bedah
- Tabel 6 : Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Monitoring Pengukuran BB Pasien Bedah
- Tabel 7 : Distribusi Frekuensi Monitoring Asupan Makanan Pasien Bedah
- Tabel 8 : Distribusi Frekuensi Pengaruh Pelaksanaan Monitoring BB Pasien Dengan Perubahan Status Gizi Pasien Bedah
- Tabel 9 : Distribusi Frekuensi Pengaruh Monitoring Asupan Makanan Pasien Dengan Perubahan Status Gizi Pasien

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Izin Penelitian
- Lampiran 2 : Pernyataan Bersedia Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Lembaran Kuisisioner
- Lampiran 4 : Lembaran Observasi
- Lampiran 5 : Lembaran Konsul
- Lampiran 6 : Kurikulum Vitae
- Lampiran 7 : Master Tabel
- Lampiran 8 : Hasil Analisa Data SPSS



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Upaya pemenuhan kebutuhan zat gizi pasien merupakan salah satu bentuk upaya penyembuhan pasien yang penting semenjak dulu. Berbagai penelitian di rumah sakit menunjukkan bahwa pemenuhan zat gizi yang optimal sangat bermanfaat dalam mengurangi jangka waktu perawatan dengan mempercepat proses penyembuhan, mengurangi terjadinya komplikasi, menurunkan mortalitas dan memperbaiki status gizi pasien (Rifza, 2004).

Pelayanan kesehatan paripurna untuk seorang pasien secara teoritis diperlukan tiga jenis asuhan yaitu : asuhan medik, asuhan keperawatan dan asuhan nutrisi. Pelaksanaan asuhan nutrisi di rumah sakit diperlukan keterlibatan dan kerjasama yang erat antar profesi kesehatan dalam upaya pemenuhan gizi yang optimal. Kenyataannya, masalah kurang gizi merupakan masalah pada pasien rawat inap di rumah sakit sampai saat ini (Rifza, 2004).

Hasil berbagai penelitian, ditemukan angka prevalensi malnutrisi di rumah sakit cukup tinggi, tidak hanya di negara berkembang tapi juga di negara maju. Sebanyak 40%-50% penderita yang dirawat di rumah sakit dalam keadaan malnutrisi atau mengandung resiko untuk menjadi malnutrisi. Keadaan ini terdapat diseluruh dunia, bahkan di antara rumah sakit yang paling baik yang ada di negara maju (Galagher *et al*, 1996). Di Belanda, prevalensi malnutrisi di rumah sakit 40%, Swedia 17%-47%, Denmark 28%, di negara lain seperti Amerika, Inggris angkanya antara 40%-50% (Fatimah, 2002: Arrow Smith 2007).

Pengamatan pada 351 pasien yang dirawat di rumah sakit umum Australia ditemukan 45% dengan Hb rendah, 35% albumin rendah, serta 24% berat badan berkurang (Ajeg Bali, 2007).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sunita Almatsier di beberapa rumah sakit umum di Jakarta tahun 1991 menunjukkan 20% - 60% pasien menderita kurang gizi pada saat dirawat di rumah sakit. Penelitian yang dilakukan pada sample terbatas di bagian ruang bedah RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta, ditemukan 15%-70% pasien kurang gizi. Hal serupa juga pernah dilakukan terhadap 13 pasien geriatrik, didapatkan 55%-65% pasien kurang gizi. Di RS Sumber Waras Jakarta tahun 1995 pasien yang mengalami malnutrisi saat masuk 42,26%, sedangkan di RSPAD Gatot Subroto Jakarta tahun 2001 saat masuk, pasien malnutrisi 41,2% dan perlu terapi gizi 78,57%. Data terakhir di RS Hasan Sadikin Bandung 2006, prevalensi pasien malnutrisi 71,8% saat masuk rumah sakit, malnutrisi berat mencapai 28,9% (Wijoseno, 2007)

Pada pasien rawat inap, malnutrisi sudah dapat dideteksi sejak masa rawat 2 minggu (Dinarto, 2002). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Novi Megasari (2005) di bangsal penyakit dalam RS Dr. M. Djamil Padang, dilaporkan sebahagian besar pasien masuk rumah sakit dalam kondisi gizi kurang (56,67%) hanya 40% dengan gizi normal, 3,33% gizi lebih, setelah 2 minggu perawatan, ternyata tidak ada perbaikan status gizi pada pasien, didapatkan angka gizi kurang pada pasien yang diteliti meningkat menjadi 60%, gizi normal menjadi 36,67%, 3,33% gizi lebih. Hasil penelitian yang dilakukan Fithriyani (2007) di rumah sakit yang sama, didapatkan 23,8% pasien bedah digestif mengalami penurunan status

gizi setelah 5 hari pasca bedah, 66,7% pasien dengan status gizi tetap dan 9,5% pasien mengalami peningkatan status gizi.

Perubahan status gizi pasien tidak lepas dari peran dan tanggung jawab perawat. Ahli gizi RSCM Triyani Kresnawan, DCN, M. Kes di Jakarta mengungkapkan bahwa kurang gizi di rumah sakit sebenarnya karena masalah kurang peduli gizi. Banyak faktor yang mempengaruhi perubahan status gizi, diantaranya monitoring dan pencatatan berat badan dan tinggi badan yang tidak dilaksanakan, penyimpangan tanggung jawab petugas gizi dan tata laksana gizi, penggunaan parenteral nutrisi terlalu lama, kegagalan petugas dalam mengamati asupan makanan. Hal ini juga dipengaruhi oleh sarana dan keterampilan yang kurang memadai sehingga dalam pemberian makanan masih kurang serta belum ada pedoman penatalaksanaan asuhan gizi (Ajeg Bali, 2007).

Perawat merupakan penghubung utama antara pasien dengan anggota tim kesehatan lain. Perawat yang selama 24 jam kontak dengan klien dan keluarga memungkinkan untuk mengobservasi status fisik, mencatat dan melaporkan asupan makanan, penambahan atau kehilangan berat badan, respon klinis klien terhadap diet, membantu pasien pada waktu makan, melakukan pengukuran antropometri untuk menentukan dan mengevaluasi status gizi pasien.

Perawat merupakan posisi yang bagus untuk mengenal tanda-tanda nutrisi buruk dan mengambil langkah-langkah untuk mengawali perubahan. Kontak sehari-hari yang dekat dengan pasien dan keluarga memungkinkan perawat untuk mengobservasi penambahan atau kehilangan berat badan dan respon terapi pasien. Perawat dapat mengidentifikasi masalah aktual atau potensial dalam status nutrisi

dan mengimplementasikan terapi perawatan, medis dan nutrisi yang tepat untuk mengurangi atau membalikkan perubahan nutrisi (Potter, 2005).

Banyaknya faktor penyebab menurunnya nafsu makan, sehingga berpengaruh terhadap asupan makanan. Porsi makanan yang tidak habis dimakan seringkali hanya sebagai catatan tanpa diketahui penyebab ataupun pemecahannya. Hasil penelitian yang dikutip dari laporan Dr Nandavati di rumah sakit Husada, 30-60 % makanan dari dapur rumah sakit terbuang sia-sia. Penggunaan parenteral nutrisi yang terlalu lama menimbulkan komplikasi infeksi sehingga terjadi demam yang disebabkan oleh flebitis (Nandavati, 2005).

Penatalaksanaan nutrisi adalah prioritas untuk mengurangi kehilangan gizi selama periode hipermetabolisme dan untuk perbaikan selama masa penyembuhan. Periode awal dari penyembuhan luka sekitar 5-15 hari untuk operasi kecil dan lebih dari sebulan untuk operasi besar atau luka bakar. Selama masa ini luka mempunyai prioritas utama akan kebutuhan kalori, asam amino dan zat gizi lainnya yang diperlukan untuk penyembuhan (Courtney, 1997).

RSUP DR. M. Djamil Padang adalah Rumah Sakit rujukan (Top Referral) untuk Sumatera bagian tengah yang memiliki fasilitas yang memadai dan menunjang. Penyakit-penyakit yang memerlukan penanganan dan tindakan operasi biasanya akan dirujuk ke rumah sakit ini. Hasil pencatatan rekam medik RSUP DR. M. Djamil Padang bangsal bedah umum jumlah pasien pada tahun 2006 sebanyak 3.772 orang. Dari empat bangsal besar yaitu bangsal anak, penyakit dalam, bedah dan kebidanan, bangsal bedah termasuk bangsal dengan jumlah pasien terbanyak dengan lama hari rawatan antara 4-91 hari (Rekam Medis RSUP DR. M. Djamil Padang, 2006).

Instalasi Rawat Inap Bedah terdiri dari ruang Recovery Room, Bedah Pria, Bedah Wanita, Bedah Anak, Luka Bakar dan Trauma Center. Pasien yang masuk ke IRNA B ada melalui Poli Bedah, IGD serta pindahan dari instalasi lain seperti penyakit dalam, paru. Data tentang prevalensi kejadian malnutrisi untuk di RSUP DR. M. Djamil Padang belum ada.

Survey awal yang dilakukan di ruangan bedah pria, 6 orang di antara 10 pasien yang dirawat selama seminggu mengatakan terjadi penurunan berat badan. Sewaktu dilakukan penimbangan berat badan terhadap pasien 100% tidak mengetahui berat badan awal masuk rumah sakit. Wawancara dengan dokter yang menangani pasien di ruang bedah menyatakan hampir 50% pasien mengalami penurunan berat badan. disebabkan oleh proses penyakit dan prosedur diagnostik yang dijalankan pasien. Petugas gizi yang menangani gizi pasien bedah mengatakan perubahan status gizi pasien disebabkan oleh asupan yang tidak cukup, baik kualitas maupun kuantitas. Selama pasien dirawat harus dilakukan monitoring pengukuran berat badan, monitoring asupan makanan, perhatian terhadap pasien yang mendapatkan parenteral nutrisi. Hasil wawancara dengan perawat yang bertugas di bedah mengatakan monitoring pengukuran berat badan dan monitoring asupan makanan dilakukan tetapi tidak berkesinambungan. Pengukuran berat badan dilakukan hanya sewaktu pasien akan ditindak/operasi. Berdasarkan hal diatas perlu dilakukan penelitian terhadap beberapa faktor yang mempengaruhi perubahan status gizi yaitu monitoring pengukuran berat badan dan tinggi badan, monitoring asupan nutrisi di IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang.

## B. Perumusan Masalah

Berdasarkan hal diatas perlu diketahui mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya perubahan status gizi pasien bedah di ruang rawat inap bangsal bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang.

## C. Tujuan penelitian.

### 1. Tujuan Umum

Secara umum tujuan penelitian adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status gizi pasien bedah di ruang rawat inap bangsal bedah RSUP DR. M. Djamil Padang.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi perubahan status gizi pasien bedah awal masuk dan selama dirawat (setelah 1-2 minggu rawatan).
- b. Mengetahui distribusi frekuensi pelaksanaan monitoring pengukuran berat badan pada pasien bedah.
- c. Mengetahui distribusi frekuensi monitoring asupan makanan pada pasien bedah.
- d. Mengetahui pengaruh pelaksanaan monitoring pengukuran berat badan terhadap perubahan status gizi pasien bedah.
- e. Mengetahui pengaruh monitoring asupan makanan pasien terhadap perubahan status gizi pasien bedah



#### D. Manfaat penelitian

1. Sebagai bahan masukan bagi perawat untuk lebih meningkatkan program manajemen nutrisi mulai dari melakukan penilaian status nutrisi, merencanakan serta mengevaluasi status gizi pasien secara kontinyu.
2. Menambah wawasan ilmu pengetahuan bagi penulis.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Status Gizi

##### 1. Defenisi

Beberapa istilah yang perlu diketahui sebelum membahas lebih lanjut tentang status gizi. Istilah tersebut yaitu gizi (*nutrition*), keadaan gizi dan status gizi itu sendiri. Gizi adalah proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi. Keadaan gizi adalah keadaan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat-zat gizi tersebut, atau keadaan fisiologik akibat dari tersedianya zat gizi dalam seluler tubuh. Sedangkan status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variable tertentu, atau perwujudan dari nutrire dalam bentuk varibel tertentu. (Supariasa *et al*, 2002). Variabel-variabel yang digunakan dalam menentukan status gizi disebut indikator status gizi

##### 2. Klasifikasi Status gizi

Dalam menentukan klasifikasi status gizi harus ada ukuran baku yang sering disebut reference. Berdasarkan baku Harvard status gizi dapat dibagi menjadi empat yaitu :

- a. Gizi lebih untuk over weight, termasuk kegemukan dan obesitas.
- b. Gizi baik untuk well nourished.

- c. Gizi buruk untuk under weight yang mencakup mild dan moderate PCM
- d. Gizi buruk untuk severe PCM (Protein Calori Malnutrition), termasuk marasmus, marasmik-kwasiokor dan kwasiokor. (Supariasa *et al*, 2002)

### 3. Kebutuhan gizi pasien bedah

#### a. Pasien prabedah

Pembedahan yang dijadwalkan untuk pagi hari, makanan kecil mungkin diperbolehkan pada malam sebelumnya. Pada pasien dehidrasi terutama lansia, cairan peroral sering kali dianjurkan sebelum operasi dilakukan. Masuknya makanan, air peroral harus tidak diberikan 8 sampai 10 jam sebelum operasi. Tujuan menunda pemberian makanan sebelum pembedahan adalah untuk mencegah aspirasi. Aspirasi terjadi ketika makanan dan air mengalami regurgitasi dari lambung dan masuk ke system paru (Brunner dan Suddart, 2002).

#### b. Pasien pasca bedah

Setelah pembedahan, makin cepat pasien dapat mentoleransi diet yang biasa maka makin cepat fungsi gastrointestinal normal akan pulih. Dengan makan makanan melalui mulut akan menstimulasi getah lambung, meningkatkan fungsi lambung serta peristaltik usus. Diet normal dapat diberikan bila pasien telah pulih benar dari efek anestesis dan tidak lagi merasa mual (Brunner dan Suddart, 2002).

#### c. Pasien keganasan/kanker

Kanker dapat menyebabkan efek merugikan yang berat bagi status gizi tidak hanya sel kanker yang mengalami zat gizi dari tubuh pasien, tapi pengobatan dan akibat fisiologis dari kanker dapat mengganggu dalam

MILIK  
UPT PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS ANDALAS

mempertahankan kecukupan gizi seperti operasi, terapi radiasi dan kemoterapi. Tujuan dari penatalaksanaan diit ini adalah untuk mengidentifikasi dan mencegah atau memperbaiki defisiensi gizi akibat kanker atau pengobatannya serta untuk mempertahankan atau memperbaiki kapasitas dan kualitas kehidupan.

#### 4. Pemenuhan kebutuhan individu untuk mempertahankan status gizi

##### a. Kebutuhan kalori

Istilah yang digunakan ahli gizi klinik untuk perhitungan total energy expenditure :

- 1) Basal metabolic rate (BMR) adalah kebutuhan metabolic terendah atau basal yang terjadi dalam suatu periode ketika pasien tidur selama jam-jam pertama pagi hari. Kondisi ini sering tidak digunakan di klinik.
- 2) Resting metabolic expenditure (RME), merupakan pengukuran pada pasien puasa yang sedang istirahat tenang paling sedikit  $\frac{1}{2}$  jam dalam lingkungan bersuhu netral. RME adalah 5-10% lebih tinggi daripada BMR dan merupakan pengukuran yang dipakai di klinik.
- 3) Diet induced thermogenesis (DIT), merupakan energi yang dipakai dalam asimilasi nutrient baik diberikan enteral ataupun parenteral. Dihitung dengan mengalikan RME dengan 0,1
- 4) Activity energy expenditure (AEE), tergantung pada jumlah kerja fisik yang dilakukan dan bervariasi pada orang aktif, mulai dari 500 kcal per hari pada orang yang banyak duduk sampai 3000 kcal

per hari pada buruh kasar. Pada pasien bedah yang bisa bangun dan berjalan keliling bangsal dihitung dengan mengalikan RME dengan 0,3.

Stress factor, dihitung sebagai berikut :

Tabel 1.

Status pasien	RME dikalikan dengan
Trauma tulang	0,3
Pasca operasi	0,1
Sepsis intra abdomen	0,3-0,5
Trauma kepala	
Sepsis serius atau pasien ICU dengan trauma	0,4-0,6
Luka bakar besar	Sampai 1

Sumber : Hill.G L, 2002

Menurut persamaan Harris-Benedict laju metabolisme basal dihitung dengan menggunakan persamaan :

$$\text{RME (untuk pria)} = 66 + (13,7 \times \text{BB dalam kg}) + (5 \times \text{TB dalam cm}) - (6,8 \times \text{usia dalam tahun})$$

$$\text{RME (untuk wanita)} = 655 + (9,6 \times \text{BB dalam kg}) + (1,7 \times \text{TB dalam cm}) - (4,7 \times \text{usia dalam tahun})$$

Setelah RME diperoleh, kebutuhan untuk total energy:

$$\text{Total energy} = \text{RME} + \text{Stress factor} + \text{DIT} + \text{AEE (Hill, 2000)}$$

b. Kebutuhan protein total

Kebutuhan protein harian yang dianjurkan untuk pria dewasa sehat adalah sekitar 50 gr per hari. Kebutuhan untuk pasien trauma dan setelah operasi adalah sekitar 1,2-2,4 g/kg/hari.

c. Vitamin

Vitamin adalah zat organik yang dibutuhkan untuk mempertahankan aktivitas sel. Dalam ilmu bedah keadaan defisiensi biasanya bersifat majemuk dan sindrom klinis sering bergabung dengan defisiensi protein dan energi serta vitamin lain.

d. Kebutuhan air dan elektrolit

Kebutuhan akan cairan dan elektrolit dapat lebih tinggi pada keadaan stress berat seperti pada luka bakar. Kebutuhan air pada pasien 25-40 ml/kg.

## **B. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi**

### **1. Monitoring pengukuran berat badan dan tinggi badan**

Pengukuran berat dan tinggi badan klien harus diperoleh ketika masuk rumah sakit atau lingkungan pelayanan kesehatan apapun. Apabila memungkinkan, klien harus ditimbang pada waktu yang sama setiap hari, pada skala yang sama dan dengan pakaian atau linen yang sama. Perubahan berat badan yang terakhir harus didokumentasi. Jika tinggi badan tidak dapat diukur dengan klien berdiri, rentang lengan atau jarak dari ujung jari ke ujung jari dengan lengan diulurkan penuh pada tingkat bahu, kurang lebih ketinggian orang dewasa (Perry, 2005).

Di rumah sakit, dalam penanganan suatu penyakit faktor gizi merupakan hal yang penting diperhatikan disamping pemberian terapi obat-obatan dan terapi lainnya. Penilaian yang tepat terhadap status gizi pasien dapat digunakan sebagai dasar perhitungan kebutuhan dan lamanya pemberian dukungan gizi yang

dibutuhkan pasien. Pada umumnya ada tiga jenis asuhan di rumah sakit, yaitu asuhan medis, asuhan gizi dan asuhan keperawatan. Asuhan gizi pasien di rumah sakit adalah suatu upaya untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal berdasarkan pengkajian gizi pasien, yang dilakukan secara terus menerus. Asuhan gizi meliputi kegiatan pengkajian gizi, penentuan masalah gizi, perencanaan kebutuhan gizi, pemberian/intervensi gizi, pemantauan dan evaluasi gizi. Tujuan utama asuhan gizi adalah berupaya memenuhi kebutuhan pasien terhadap zat gizi secara optimal. Dalam upaya pemenuhan zat gizi yang optimal pada pelaksanaan asuhan gizi diperlukan keterlibatan dan kerjasama yang erat antar profesi terkait yang tergabung dalam tim asuhan gizi. Profesi yang terlibat adalah dokter, perawat, dietisien dan profesi kesehatan lainnya sebagai pendukung seperti farmakolog, ahli patologi klinik, radiology, rekam medik dan administrasi.

#### **a. Penilaian Status gizi**

Penilaian status gizi pada pasien di rumah sakit bertujuan untuk menentukan status gizi pasien secara akurat, menentukan hubungannya dengan malnutrisi secara klinis, dan memonitor perubahan status gizi selama di rumah sakit. Berbagai metode dapat digunakan untuk menilai status gizi pasien selama di rumah sakit yaitu antropometri, biokimia, biofisik dan klinis.

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia, penggunaannya untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat, umumnya untuk survei klinis secara cepat, penilaian status gizi dengan biokimia digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan

malnutrisi yang lebih parah lagi, sedangkan biofisik digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik. (Supariasa *et al*, 2002).

### b. Indeks Antropometri

Parameter antropometri merupakan dasar penilaian status gizi. Kombinasi antara beberapa parameter disebut Indeks Antropometri. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB), Lingkar Lengan Atas menurut Umur (LLA/U), Indeks Massa Tubuh (IMT). (Supariasa *et al*, 2002).

Berat badan adalah salah satu ukuran antropometri yang sudah digunakan sejak lama dalam penentuan status gizi khususnya pada orang dewasa. Pengendalian berat badan dapat dikatakan berhasil jika seseorang dapat mencapai berat badan yang dianggap ideal untuk orang seusianya. Berat badan ideal seseorang sangat dipengaruhi oleh beberapa antara lain : umur, jenis kelamin, aktifitas fisis, dan keturunan. Banyak metoda atau cara yang dapat digunakan untuk mengetahui berapa sebenarnya berat badan ideal pada orang dewasa, antara lain :

$$\text{Indeks Massa Tubuh (IMT)} = \frac{\text{BeratBadan (kg)}}{\text{Tinggibada nkuadrat (m}^2\text{)}}$$

Adapun batasan atau rentang nilai IMT menurut Gray (1990) adalah :

- Underweight (kurus) : 18-20
- Desirable body weight (ideal) : 20-25
- Overweight (gemuk) : 25-30
- Obese : lebih dari 30 (Waspadji, 2003)



Tinggi badan merupakan ukuran tubuh yang menggambarkan pertumbuhan rangka. Berbeda dengan berat badan yang merupakan ukuran antropometri yang labil yang dapat menggambarkan status gizi saat ini, tinggi badan justru menggambarkan status gizi pada masa lalu. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Djumadias ditunjukkan adanya hubungan antara prevalensi status gizi berdasarkan dengan status ekonomi. Tinggi badan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain umur, gender, keturunan dan ras.

## **2. Monitoring asupan makanan.**

### **a. Peran Perawat dalam tim asuhan nutrisi.**

1. Melakukan kerjasama dengan dokter dan nutrisisionis/dietisien dalam memberikan pelayanan gizi kepada klien/pasien.
2. Membantu klien/pasien pada waktu makan.
3. Melakukan pengukuran antropometri untuk menentukan dan mengevaluasi status gizi klien/pasien.
4. Bersama dengan nutrisisionis/dietisien memantau masalah-masalah yang berkaitan dengan asupan gizi kepada klien/pasien.
5. Melakukan pemantauan, mencatat dan melaporkan asupan makanan dan respon klinis klien/pasien terhadap diet yang diberikan.

Klien yang sakit atau lemah seringkali memiliki nafsu makan yang buruk. Perawat dapat membantu klien untuk memahami faktor-faktor yang mengurangi nafsu makan. Salah satu pengaruh yang paling merusak asupan makanan adalah tes diagnostik, klien diminta untuk berpuasa. Dengan demikian makan klien tidak diberikan sampai klien kembali dari tes. Stres juga mempengaruhi asupan makanan. Klien yang khawatir tentang keluarga, keuangan, pekerjaan atau

penyakit yang tidak mampu makan untuk mengimbangi efek stress pada metabolisme (Perry, 2005).

Faktor lain yang mempengaruhi asupan makanan pasien di rumah sakit yaitu rasa nyeri, perubahan situasi/lingkungan, gangguan pemasukan makanan, waktu pemberian makanan dan pemberian obat tidak tepat. Akumulasi dari keadaan tersebut menyebabkan pasien jatuh pada keadaan malnutrisi. Pemberian nutrisi yang disesuaikan dengan kebutuhan dapat meningkatkan berat badan. Kepada pasien selalu diberi pesan untuk menghabiskan porsi makanannya, tetapi pada umumnya ada makanan sisa (Rahayuningsih, 2001).

#### **b. Peran Dokter, dietisien, farmakolog**

##### **1. Dokter**

- a) Berperan sebagai ketua tim asuhan gizi yang bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan secara keseluruhan.
- b) Bertanggung jawab dalam aspek gizi yang terkait dengan keadaan klinis diagnosa masalah gizi klien/pasien
- c) Menentukan diet klien/pasien bersama nutrisionis/dietisien.
- d) Memberikan penjelasan kepada klien/pasien dan keluarganya tentang peranan terapi diet.
- e) Merujuk klien/pasien untuk konseling dan terapi gizi.
- f) Melakukan pemantauan dan evaluasi berkala bersama anggota tim selama klien/pasien dalam masa perawatan.

##### **2. Dietisien**

- a) Mengkaji status gizi klien/pasien berdasarkan data rujukan.
- b) Melakukan anamnesis riwayat diet klien/pasien.

- c) Menerjemahkan rencana diet ke dalam bentuk makanan yang disesuaikan dengan kebiasaan makan serta keperluan terapi.
- d) Memberikan saran kepada dokter berdasarkan hasil pemantauan/evaluasi terapi gizi.
- e) Memantau masalah yang berkaitan dengan asuhan gizi kepada klien/pasien, bersama dengan perawat ruangan.
- f) Memberikan penyuluhan, motivasi dan konseling gizi pada pasien/klien dan keluarganya.
- g) Melakukan kunjungan keliling (visite) baik sendiri maupun bersama dengan tim asuhan gizi kepada klien/pasien.
- h) Mengevaluasi status gizi klien/pasien secara berkala. Asupan makanan, dan bila perlu melakukan perubahan diet pasien berdasarkan hasil diskusi dengan tim asuhan gizi.
- i) Mengkomunikasikan hasil terapi gizi kepada semua anggota tim asuhan gizi.
- j) Berpartisipasi aktif dalam pertemuan/diskusi dengan dokter, perawat, anggota tim asuhan gizi lain, klien/pasien dan keluarganya dalam rangka evaluasi keberhasilan pelayanan gizi.
- k) Menentukan rencana diet awal/ sementara bilamana belum ada penentuan diet dari dokter.
- l) Melakukan pemantauan interaksi obat dan makanan dengan tim asuhan gizi lainnya.

UNIVERSITAS ANDALAS  
KEDJAJAAN BANGSA

## 3. farmakolog

- a) Farmakolog adalah orang yang bertanggungjawab terhadap obat-obatan dan cairan parenteral yang dibutuhkan. Ia memberi masukan tentang sifat-sifat farmakokinetik obat, metabolisme obat, interaksi antara obat dengan obat, serta interaksi antara obat dengan zat gizi.
- b) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap cairan parenteral pendukung yang digunakan dan mengusulkan perubahan bila perlu.
- c. **Prosedur kerja tim asuhan nutrisi.**

Tabel 2

N0	Kegiatan	Mekanisme	Unsur Terkait	Penjawab
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 & Karu
	c. Antropometri di ukur BB dan TB	Penimbangan dilakukan seminggu sekali	Perawat/Dietisien/Nutritions	Kepala Ruangan
	d. Laboratorium	Glukosa darah, Hb, Urine lengkap, feses	Dokter/Analisis	Dokter/Analisis
	e. Anamnesis riwayat gizi	Wawancara	Dietisien/Nutritions	Dietisien/Nutritions

MILIK  
UPT PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS ANDALAS

2.	Intervensi			
	a. Klinis	Mengatasi semua gejala penyakit (hipoglikemia, hipotermia, dehidrasi, infeksi, dll)	Dokter/Perawat	Dokter
	b. Diet	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menentukan diet</li> <li>2) Pemantauan</li> <li>3) Konsumsi makanan</li> <li>4) Status gizi</li> <li>5) Penyuluhan gizi</li> <li>6) Pemberian diet</li> <li>7) Persiapan pulang</li> <li>8) Pencatatan gizi</li> </ol>	Dokter/Dietisien/Nutrisions/Perawat	Dietisien/Perawat
3.	Pelaporan	Berdasarkan rekam medis : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ruang rawat jalan</li> <li>2) Ruang rawat inap</li> </ol>	Dokter/Dietisien/Nutrisions/Perawat	Dokter/Dietisien/Kepala Ruangan

Sumber : Makalah Pelatihan Asuhan Nutrisi (Dedji Elfian, SKM, 2005).

### 3. Penggunaan parenteral nutrisi yang terlalu lama

Nutrisi parenteral adalah larutan nutrisi yang adekuat yang terdiri dari glukosa, asam amino, lipid, mineral dan vitamin yang diberikan melalui kateter perifer atau kateter intravena sentral (Perry, 2005). The Programme on Technology and Health Care of the Georgetown University School of medicine menyelenggarakan suatu forum untuk menetapkan pedoman praktek untuk profesi kesehatan mengenai teknik nutrisi parenteral total (Pillar & Perry, 1990; Hill, 2002). Forum Georgetown memberi kesan bahwa indikasi primer untuk

penggunaan TPN adalah disfungsi saluran cerna. Ini bisa diterapkan secara khusus pada keadaan – keadaan berikut dalam bedah umum :

- a. Pra bedah, untuk memperbaiki prognosis
- b. Pasca bedah, untuk pasien dengan ileus atau infeksi luka, atau bila fungsi saluran cerna tidak memadai untuk jangka lama
- c. Untuk penyakit radang usus, pankreatitis, dan enteroktomi massif
- d. Untuk pasien dengan malnutrisi protein energi yang mengalami gagal organ, sepsis mayor, beberapa keganasan dan trauma

Sejumlah komplikasi bisa terjadi selama pemberian nutrisi parental, namun dengan manajemen yang benar dan berpengalaman, kebanyakan dari komplikasi bisa dihindari, atau jika terjadi bisa dideteksi dini dan ditangani secara wajar dan berhasil. Komplikasi akibat pemasangan kateter atau akibat infus yang berlangsung lama adalah pneumo/hemotorax, emboli udara, tromboflebitis, infeksi sepsis. Respon metabolic akibat trauma, luka bakar atau sepsis seperti hipermetabolisme, proteolisis resistensi insulin, dapat menimbulkan malnutrisi kalori protein yang progresif.



## BAB III

### KERANGKA KONSEPTUAL

#### A. Kerangka Konseptual

Pada penelitian ini akan dilihat bagaimana pengaruh monitoring pengukuran berat badan dan monitoring asupan makanan dengan perubahan status gizi pasien. Apakah ada pengaruh antara faktor-faktor tersebut dengan perubahan status gizi pasien bedah di ruang rawat inap bangsal bedah RSUP. DR. M. Djamil Padang.



#### B. Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis nol : Tidak ada pengaruh antara monitoring pengukuran berat badan dengan perubahan status gizi pasien
2. Hipotesis Alternatif : Terdapat pengaruh antara monitoring pengukuran berat badan dengan perubahan status gizi pasien

3. Hipotesis Nol : Tidak ada pengaruh monitoring asupan makanan dengan perubahan status gizi pasien
4. Hipotesis Alternatif : Terdapat pengaruh monitoring asupan makanan dengan perubahan status gizi pasien





## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### A. Jenis Penelitian.

Jenis penelitian yang dilakukan adalah korelasi dengan menggunakan pendekatan bersifat Cross Sectional untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi pasien yang dirawat di IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang.

#### B. Populasi dan Sampel

Populasi adalah semua pasien pria dan wanita dewasa yang akan di operasi di IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang dan perawat yang berdinasi di IRNA B RSUP DR M. Djamil Padang. Sampel diambil secara purposive sampling dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel berjumlah 36 orang.

Kriteria inklusi :

1. Bersedia menjadi responden dengan mengisi informed consent.
2. Pasien yang bisa diukur berat badan dan tinggi badan, tidak tirah baring lama, tidak terpasang gips.
3. Pasien baru masuk dari poli bedah.
4. Tidak terdapat edema, asites dan dehidrasi.
5. Pasien dengan kesadaran penuh.
6. Perawat yang dinas di ruang bedah pria dan bedah wanita.

Kriteria eksklusi :

1. Tidak bersedia menjadi responden.
2. Terdapat edema, asites, dehidrasi

### C. Tempat & waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober 2007 sampai dengan Juli 2009. Waktu pengumpulan data dilakukannya pada tanggal 10 Maret – 28 Mei 2008. Tempat penelitian di ruang bedah pria dan wanita IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang.

### D. Defenisi Operasional

Tabel 3. Variabel Dependent

N o	Variabel	Defenisi Operasional	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
1.	Perubahan status gizi	Perubahan status gizi pasien setelah 1-2 minggu rawatan dimulai saat awal Berat badan dan Tinggi badan diukur Dengan rumus : Indeks Massa Tubuh = $\frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan kuadrat (m}^2\text{)}}$ Sesuai menurut rentang Gray.	- Timbangan - Meteran	Ordinal	1. Meningkat: Bila IMT setelah 1-2 minggu meningkat 2. Tetap : Bila IMT setelah 1-2 minggu tidak mengalami peningkatan dan penurunan. 3. Menurun: Bila IMT pasien setelah 1-2 minggu mengalami penurunan.

Tabel 4. Variabel Independent

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
1.	Monitoring pengukuran berat badan dan tinggi badan	Mengetahui apakah pengukuran berat badan dan tinggi badan pasien dilaksanakan pada setiap pasien sekali dalam seminggu.	Kuisisioner	Ordinal	1. Dilakukan : jika monitoring pengukuran BB ada dilaksanakan. 2. Tidak dilakukan : jika monitoring pengukuran BB tidak dilaksanakan.
2	Monitoring asupan makanan	Mengetahui apakah perawat melakukan tindakan sesuai dengan perannya dalam tim asuhan nutrisi pasien di ruangan	Observasi	Ordinal	1. Dilakukan: bila semua peran perawat dilaksanakan. 2. Tidak dilakukan : bila salah satu peran perawat tidak dilaksanakan

### E. Cara pengumpulan data

Teknik pengumpulan data yang digunakan antara lain :

#### 1. Data primer

- a) Data langsung dikumpulkan oleh peneliti dengan melakukan pengukuran terhadap berat badan dan tinggi badan pasien pada awal masuk dan 1-2 minggu setelah pengambilan data .
- b) Pengumpulan data dengan menggunakan kuisisioner dan lembaran observasi

## 2. Data sekunder

Data yang diambil dari catatan medik pasien meliputi : identitas pasien dan diagnosa penyakit

### F. Pengolahan dan Analisa Data

#### 1. Pengolahan data

Data yang terkumpul diolah secara manual dengan metoda tabulasi, sedangkan analisi dilakukan secara deskriptif menggunakan tabel frekuensi yang disusun berdasarkan hasil pengumpulan data.

Langkah-langkah pengolahan data sebagai berikut : (Budiarto, 2002)

##### a) Editing (pemeriksaan data)

Semua lembaran observasi yang telah diisi, diperiksa kembali semua jawaban yang diobservasi tersebut.

Kegiatan ini bertujuan untuk menjaga kualitas data, kebenaran data dan kelengkapan data agar dapat diproses lebih lanjut.

##### b) Coding (pengkodean data)

Setelah lembaran observasi diperiksa maka masing-masing lembaran observasi diberi kode.

Kegiatan ini bertujuan untuk mengklasifikasikan jawaban tertentu secara *mutuality exclusive* (tidak tumpang tindih).

##### c) Entry (memasukkan data)

Memasukkan data yang telah diberi kode ke dalam seperangkat alat berupa master tabel.

##### d) Cleaning (membersihkan data)

Melakukan pengecekan data dan membersihkan data kembali dari kelebihan-kelebihan data saat memasukkan data di dalam master tabel.

## 2. Analisa data

### a). Analisa Univariat

Analisa univariat yaitu seluruh variabel yang akan digunakan dalam analisa tabulasi frekuensi.

#### 1) Perubahan status gizi pasien

Distribusi frekuensi perubahan status gizi pasien diolah dengan cara membandingkan IMT awal masuk pasien dengan IMT setelah 1-2 minggu dirawat. Dengan rumus :  $IMT =$

Keterangan : meningkat : bila  $IMT I < IMT II$

Tetap : bila  $IMT I = IMT II$

Menurun : bila  $IMT I > IMT II$

#### 2) Monitoring pengukuran berat badan dan tinggi badan.

Monitoring pengukuran berat badan dan tinggi badan untuk melihat pelaksanaan pengukuran berat badan dan tinggi badan pasien.

Keterangan : Dilakukan

Tidak dilakukan.

#### 3) Monitoring asupan makanan.

Monitoring asupan makanan pasien dengan cara menggunakan lembar observasi. Nilai dari masing-masing yang diobservasi dijumlahkan, dibagi dengan banyaknya peran perawat yang diobservasi kali 100%.

Rumus yang digunakan :  $P = \frac{f}{n} \times 100 \%$

Keterangan : P = Persentase

f = frekuensi jawaban

n = jumlah responden

Dengan kriteria :

Dilakukan : bila semua peran perawat dilaksanakan.

Tidak dilakukan : bila salah satu peran perawat tidak dilaksanakan.

b) Analisa bivariat

Analisa bivariat untuk melihat hubungan antara dua variabel yang diduga berpengaruh dengan perubahan status gizi pasien, monitoring pengukuran berat badan dan tinggi badan dengan perubahan status gizi pasien, monitoring asupan makanan dengan perubahan status gizi pasien.

Data yang didapat akan diolah dengan Statistical Program for Social Science (SPSS) secara computerized dengan batas kemaknaan 0,05 dengan ketentuan bermakna apabila  $p < 0,05$  dan tidak bermakna apabila  $p > 0,05$  serta Confident Interval (CI) 95% (Dahlan, 2004).

Data yang telah dipersentasekan dianalisa dengan menggunakan Chi Square dengan rumus sebagai berikut :

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

$X^2$  = Chi Square yang dicari

O = Hasil Observasi

E = Nilai yang diharapkan  
(Budiarto, 2002)

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### A. Gambaran Umum Penelitian.

Penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap IRNA B RSUP. DR. M. Djamil Padang dari tanggal 10 Maret – 28 Mei 2008. Adapun jumlah sampel yang diambil sesuai dengan jumlah populasi 40 adalah 36 responden, laki-laki 17 orang dan perempuan 19 orang.

#### B. Analisa Univariat.

##### 1. Perubahan Status Gizi Pasien.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Perubahan Status Gizi Pasien Bedah di ruang rawat inap IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang Tahun 2008

Indeks Massa Tubuh	Frekuensi	%
Menurun	14	38,9
Tetap	22	61,1
Meningkat	0	0
Total	36	100

Tabel diatas menunjukkan bahwa responden yang mengalami penurunan IMT adalah kurang dari sebahagian (38,9 %).

##### 2. Monitoring Pengukuran Berat Badan.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Monitoring Pengukuran BB Pasien Bedah di ruang rawat inap IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang Tahun 2008

Monitoring Pengukuran BB	Frekuensi	%
Tidak Dilakukan	20	55,6
Dilakukan	16	44,4
Total	36	100

MILIK  
UPT PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS ANDALAS

Tabel diatas menunjukkan bahwa yang dilakukan monitoring pengukuran BB adalah hampir sebahagian (44,4 %).

### 3. Monitoring Asupan Makanan

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Monitoring Asupan Makanan Pasien Bedah di ruang rawat inap IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang Tahun 2008

Monitoring Asupan Makanan	Frekuensi	%
Tidak Dilakukan	23	63,9
Dilakukan	13	36,1
Total	36	100

Tabel diatas menunjukkan bahwa responden yang dilakukan monitoring asupan makanan adalah kurang dari sebahagian (36,1 %).

### C. Analisa Bivariat

#### 1. Pengaruh Pelaksanaan Monitoring Berat badan pasien dengan Perubahan Status Gizi Pasien

Tabel 8. Hubungan Monitoring BB Pasien dengan Perubahan Status Gizi Pasien Bedah di ruang rawat inap IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang Tahun 2008

Monitoring pengukuran BB	Perubahan Status Gizi				Total	%
	Menurun	%	Tetap	%		
Tidak dilakukan	12	60,0	8	40,0	20	100
Dilakukan	2	12,5	14	87,5	16	100
Total	14	38,9	22	61,1	36	100

$p = 0,010$

Tabel diatas menunjukkan bahwa yang tidak dilakukan monitoring pengukuran berat badan adalah sebahagian besar (60,0 %) mengalami penurunan status gizi dan kurang dari sebahagian (40,0 %) tetap. Secara statistik terdapat pengaruh yang signifikan antara monitoring perubahan berat badan dilakukan



dengan perubahan status gizi pasien. Artinya terdapat hubungan yang bermakna antara monitoring pengukuran berat badan dengan perubahan status gizi pasien,  $p = 0,010$  ( $p < 0,05$ ).

## 2. Pengaruh Monitoring Asupan Makanan Pasien dengan Perubahan Status Gizi Pasien

Tabel 9. Hubungan Monitoring Asupan Makanan Pasien dengan Perubahan Status Gizi Pasien Bedah di ruang rawat inap IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang Tahun 2008

Monitoring Asupan Makanan	Perubahan Status Gizi				Total	%
	Menurun	%	Tetap	%		
Tidak dilakukan	13	55,5	10	43,5	23	100
Dilakukan	1	7,7	12	92,3	13	100
Total	14	38,9	22	61,1	36	100

$p = 0,011$

Tabel di atas terlihat bahwa yang tidak dilakukan monitoring asupan makanan adalah sebahagian (55,5 %) mengalami penurunan status gizi dan hampir sebahagian (43,5 %) tetap. Secara Statistik terdapat pengaruh yang kuat antara monitoring asupan makanan terhadap perubahan status gizi pasien. Artinya terdapat hubungan yang bermakna antara asupan makanan pasien dengan perubahan status gizi pasien,  $p = 0,011$  ( $p < 0,05$ )

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Perubahan Status Gizi Pasien Bedah Awal Masuk dan Selama Dirawat.**

Berdasarkan hasil penelitian, sebahagian pasien awal masuk rumah sakit dengan gizi normal (50 %), 33,3 % dengan gizi kurus, 13,9 % gemuk dan 2,8 % obese. Setelah 1- 2 minggu perawatan didapatkan kurang dari sebahagian ( 38,9 %) mengalami penurunan status gizi. Penurunan status gizi pada pasien seharusnya dapat ditanggulangi dengan pemberian dukungan nutrisi yang optimal dan tepat bagi pasien. Tapi sayangnya dari penelitian yang dilakukan selama 1-2 minggu perawatan ternyata tidak ada perbaikan status gizi.

Tidak berbeda jauh dengan studi prospektif di Amerika (1976), didapatkan 48 % pasien rawat inap rumah sakit mengalami malnutrisi sejak 2 minggu masa rawat (Dinarto, 2002).

Status gizi mempunyai efek yang penting dalam penyembuhan penyakit. Pasien dengan malnutrisi menjadi apatis, depresi, lemah dan kehilangan keinginan untuk sembuh sehingga meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas.

#### **B. Monitoring Pengukuran Berat Badan Pasien Bedah**

Hasil penelitian dari monitoring pengukuran berat badan didapatkan sebahagian ( 55,6% ) tidak dilakukan, sehingga perubahan berat badan pasien yang berdampak terhadap perubahan status gizi pasien tidak diketahui. Sejalan dengan pendapat Supariasa (2002) yang mengatakan bahwa pengukuran terhadap berat badan pasien dapat membantu secara tepat dan akurat untuk mendeteksi

keadaan gizi pasien dan dapat mengevaluasi status gizi pasien pada periode tertentu.

Hasil observasi peneliti di ruangan bedah, pengukuran berat badan pasien yang tidak dilakukan pada tiap minggunya, terdapat berbagai penyebab diantaranya seperti belum adanya prosedur tetap mengenai pengkajian nutrisi pasien sehingga perawat kurang mengetahui apa yang akan dilakukan untuk mengkaji kebutuhan nutrisi pasien, belum ditegaskannya antara tugas perawat dengan tugas tim kesehatan lainnya sehingga perawat terkadang mengerjakan tugas yang bukan bagiannya.

Wawancara dengan perawat di ruangan bedah, pelaksanaan pengukuran berat badan pasien dilakukan pada pasien yang akan dioperasi dan biasanya tidak berkesinambungan.

### **C. Monitoring Asupan Makanan.**

Hasil penelitian dari monitoring asupan makanan didapatkan sebahagian (63,9%) tidak dilakukan. Kurangnya monitoring asupan makanan pasien terutama dalam menentukan dan mengevaluasi status gizi didapatkan 58,3 % tidak dilakukan, sehingga pemberian kalori makanan tidak berdasarkan status gizi pasien pada saat itu.

Menurut Sunatrio ( 2007, dikutip dalam Wijoseno, 2007 ) menyatakan kurangnya pelaksanaan monitoring asupan makanan pasien dapat menyebabkan terjadinya berbagai komplikasi-komplikasi selama perawatan, memperlama masa penyembuhan yang berakibat memperlama masa rawat inap sehingga memberatkan pasien dan keluarga karena memikirkan biaya perawatan.

Pelaksanaan monitoring asupan makanan yang kurang pada pasien dapat disebabkan oleh masih kurangnya pengetahuan petugas dalam asupan nutrisi pasien, kurangnya kepedulian petugas dalam memperhatikan asupan makanan pasien dan kurangnya pemahaman terhadap manfaat nutrisi terhadap proses penyembuhan penyakit pasien ( Ajeg Bali, 2007 ).

Sejalan dengan hasil wawancara peneliti terhadap perawat di ruangan bedah, kurangnya pelaksanaan monitoring asupan makanan disebabkan kurangnya pengetahuan perawat diruangan tentang asupan nutrisi, kurangnya sosialisasi serta diskusi-diskusi atau pertemuan yang membahas tentang masalah-masalah yang berhubungan dengan asupan nutrisi pasien bedah.

#### **D. Pengaruh Pelaksanaan Monitoring Pengukuran Berat Badan dengan Perubahan Status Gizi.**

Hasil penelitian dari pelaksanaan monitoring pengukuran berat badan pasien, didapatkan 44,4 % dilakukan, sebahagian pasien (55,6 %) tidak dilakukan monitoring pengukuran berat badan. Perubahan status gizi pada pasien yang tidak dilakukan monitoring pengukuran berat badan didapatkan 60 % mengalami penurunan, 40 % status gizi tetap. Terdapat pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan monitoring pengukuran berat badan dengan perubahan status gizi pasien,  $p = 0,010$ .

Berdasarkan hasil penelitian, berat badan pasien yang mengalami penurunan terjadi rata-rata 2 – 3 kg (2 %). Penurunan berat badan akut 10-15 % dalam 2-3 minggu akan memberi efek dramatis pada fungsi tubuh. Penurunan

melebihi 30 % berhubungan dengan penurunan fungsi visceral, morbiditas yang jelas dan insiden kematian bermakna ( Sabiston, 1995 ).

Meskipun perubahan berat badan pasien yang diteliti menurut standar IMT tidak begitu bermakna, tetapi pasien akan memperoleh energi kurang dari yang diperlukan sehingga akan terus-menerus kehilangan berat badan. Pada keadaan ini monitoring pengukuran berat badan secara teratur merupakan cara yang baik untuk memonitor perubahan status gizi pasien.

Perubahan status gizi pada monitoring pengukuran berat badan yang dilakukan didapatkan 12,5 % mengalami penurunan, 87,5 % status gizi tetap. Penurunan berat badan terjadi pada pasien yang menderita kanker dan berhubungan dengan metabolisme. Pasien kanker dapat menyebabkan efek merugikan yang berat bagi status gizi. Tidak hanya sel kanker yang mengambil zat gizi dari tubuh pasien, tetapi pengobatan dan akibat fisiologis dari kanker dapat mengganggu dalam mempertahankan kecukupan gizi pasien ( Moore, 1997).

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Fithriyani (2007 ) didapatkan 76,2 % pasien mengalami penurunan berat badan setelah 5 hari pasca bedah.

Menurut Samsuridjal ( 2006 ) menyatakan bahwa sekitar 75 % status gizi pasien mengalami penurunan, oleh karena itu penilaian perubahan berat badan pasien setiap satu minggu perawatan selama di rumah sakit perlu dilaksanakan sehingga penurunan status gizi dapat dicegah, sementara monitoring pengukuran berat badan tidak dilaksanakan sepenuhnya pada setiap pasien. Pentingnya mengetahui terjadinya penurunan berat badan pada pasien yang akan dibedah

adalah dapat merencanakan usaha mengurangi komplikasi yang akan terjadi dan dapat menentukan strategi pemberian nutrisi pra dan pasca bedah, serta dapat memilih jenis pembedahan tanpa menunda pembedahan yang kadang berakibat buruk pada pasien ( Lalisang, 2003 ).

#### **E. Pengaruh Monitoring Asupan Makanan dengan Perubahan Status Gizi.**

Berdasarkan hasil penelitian, sebahagian besar ( 63,9 % ) pelaksanaan monitoring asupan makanan tidak dilakukan. Perubahan status gizi pada pasien yang tidak dilakukan monitoring asupan makanan didapatkan 56,5 % mengalami penurunan, 43,5 % status gizi tetap. Terdapat perbedaan yang signifikan antara pelaksanaan monitoring asupan makanan terhadap perubahan status gizi pasien,  $p = 0,011$ .

Hal ini disebabkan kurangnya monitoring asupan makanan pasien terutama dalam menentukan dan mengevaluasi status gizi. Hasil observasi yang dilakukan terhadap perawat dalam menentukan dan mengevaluasi status gizi pasien didapatkan 58,3 % tidak dilakukan, sehingga pemberian kalori makanan tidak berdasarkan status gizi pasien pada saat itu.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Megasari ( 2007 ) di ruangan penyakit dalam, dimana kalori yang diberikan rumah sakit 73,33 % pasien tidak mencukupi kebutuhan kalori totalnya..

Perubahan status gizi pasien juga disebabkan karena pasien tidak menghabiskan makanan yang diberikan walaupun sebenarnya kalori yang diberikan rumah sakit cukup. Hasil observasi yang dilakukan terhadap perawat dalam melakukan pencatatan dan melaporkan asupan makanan dan respon klinis pasien terhadap diet yang diberikan didapatkan 55,6 % tidak dilakukan.

Pasien yang mengalami anoreksia, depresi, muntah, stres akan mempengaruhi asupan makanan. Stress akan meningkatkan katabolisme tubuh dengan cara glikogenolisis dan glukoneogenesis, sedangkan lipolisis ditekan, sehingga sebahagian besar menggunakan sumber protein tubuh untuk energi. Pasien yang khawatir tentang keluarga, keuangan, pekerjaan atau penyakit sehingga pasien tidak makan yang cukup untuk mengimbangi efek stres pada metabolisme tubuh pasien ( Sabiston, 1995 ).

Hal ini membutuhkan pengawasan oleh tim dukungan nutrisi terutama perawat untuk memantau dan mencatat apakah makanan yang diberikan kepada pasien habis atau tidak dan mencari pemecahan masalahnya. Hasil penelitian yang dilakukan Nandavati ( 2005 ) didapatkan 30 – 60 % makanan dari dapur rumah sakit terbuang sia-sia. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan dirumah sakit pemantauan dan pencatatan asupan makanan dan respon klinis pasien terhadap diet hanya dilakukan pada kasus-kasus tertentu saja misal pada penyakit kanker stadium lanjut, pasien post operasi dengan masalah gangguan pencernaan.

Semestinya setelah makan, asupan makanan setiap pasien dievaluasi dan dicatat. Perawat berbagi tanggung jawab dengan ahli gizi untuk mengevaluasi asupan makanan pasien. Pengetahuan ahli gizi akan nutrisi normal dan terapi nutrisi membantu perawat dalam merancang suatu rencana yang memenuhi tujuan nutrisi pasien. Pendidikan pasien tentang diet terapeutik harus menjadi tanggung jawab yang dibagi ( Potter, 2006 ) .

Asupan makanan posisinya sejajar dengan obat. Pengobatan saja tidak cukup jika tidak dibarengi asupan makanan. Karena masa penyembuhan butuh energi yang didapat dari makanan. Penelitian yang dilakukan di RS Sumber

Waras (2005) di Jakarta Barat, diketahui pasien yang mendapat dukungan nutrisi menjalani masa perawatan yang lebih pendek dari pasien yang tidak mendapat dukungan nutrisi.





## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 36 pasien sampel penelitian yang dirawat di ruang bedah pria dan wanita IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Kurang dari sebahagian pasien mengalami penurunan IMT.
2. Sebahagian didapatkan pasien tidak dilaksanakan monitoring berat badannya.
3. Sebahagian besar didapatkan pasien tidak dilaksanakan monitoring asupan makanan pasien.
4. Terdapat pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan monitoring pengukuran berat badan dengan perubahan status gizi pasien.
5. Terdapat pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan monitoring asupan makanan dengan perubahan status gizi pasien.

#### B. Saran

1. Bagi perawat perlu ditingkatkan lagi perhatian terhadap perannya dengan cara menentukan dan mengevaluasi status gizi pasien serta melakukan pencatatan dan melaporkan asupan makanan dan respon klinis pasien terhadap diet yang diberikan.
2. Bagi Instansi Rumah Sakit terutama perawat di bangsal bedah perlu dibuat prosedur tetap yang jelas tentang pengkajian nutrisi pasien, serta perlu

diadakan diskusi-diskusi atau pertemuan yang membahas tentang pelaksanaan asuhan nutrisi pada pasien.

3. Bagi peneliti selanjutnya, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang kurangnya pelaksanaan monitoring asuhan nutrisi pada pasien di rumah sakit.



## DAFTAR PUSTAKA

- Ajeng(2007).*Faktor-faktor Mempengaruhi Status Gizi Pasien Selama Di Rawat*, diakses dari <http://www.balipost.co.id/April 2007>.
- Arikunto.S.(2000).*Standar Prosedur Penelitian Suatu Praktek Pendekatan*.Jakarta:PT.Rineka Cipta.
- Brunner dan Suddart.(2002).*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*.Ed.8.Vol 1.Jakarta:EGC.
- Budiarto.E.(2002).*Biostatistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*.Jakarta:EGC
- Dahlan.M.S.(2004).*Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*.Jakarta:Arkans
- Dedi Elfian.(2005).*Peran Asuhan Gizi dalam Pelayanan Kesehatan Paripurna RS & Peranan Dokter, Ahli Gizi, Perawat dalam Asuhan Gizi*.Bagian Instalasi Gizi RS. Dr.M.Djamil Padang (Makalah)
- Dinarto.(2002).*Tim Nutrisi*.Vol.1no.1.Gizi Medik Indonesia.Bagian Ilmu Gizi FKUI.Jakarta.
- Fatimah.N.(2002).*Malnutrisi di Rumah Sakit*. Gizi Medik Indonesia.Vol:1 no.1.Bagian Ilmu Gizi FKUI.Jakarta.
- Fitriyana.(2003).*Gambaran Status Gizi dan Asupan Zat Gizi Makro Pada Pasien yang Dirawat di Bangsal Penyakit Dalam RSUP DR M. Djamil Padang*.Fakultas Kedokteran Universitas Andalas (Skripsi).

- Fithriyani.(2007).*Gambaran Perubahan Status Gizi pada Pasien Bedah Digestif di Bagian Bangsal Bedah RS.Dr.M.Djamil Padang*.Program Studi Ilmu Keperawatan Unand (Skripsi)
- Hill.GL.(2002).*Buku Ajar Nutrisi Bedah (Disorders of Nutrition and Metabolism in Clinical Surgery :Understanding and Management)*.Cet 1.Jakarta:Farmedia hal 84-116
- Lalisang.(2003).Dampak Pembedahan Mayor Elektif Pada Status Nutrisi.Majalah Kedokteran Indonesia.vol:53.no.3.Jakarta
- Nandavati.(2005).*Nutrisi*.Bagian Diklat RS Husada : Jakarta
- Notoadmojo.S.(2005).*Metodologi Penelitian Kesehatan*.Ed.3.Jakarta:PT.Rineka Cipta
- Megasari.(2005).*Pengaruh Konsumsi Kalori Terhadap Perubahan IMT dan Berat Badan Pasien Rawat Inap Bangsal Penyakit Dalam RS.Dr.M.Djamil Padang*.Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang (Skripsi)
- Moore.(1997).Buku Pedoman Terapi Diet dan Nutrisi.Ed II.Jakarta:Hipokrates
- Nursalam.(2001).*Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*.Jakarta
- .Perry.P.(2005).*Buku Ajar Fundamental Keperawatan . Konsep,Proses,dan Praktik*.Ed 4 Vol : 2.Jakarta:EGC
- Rahayuningsih.S.(2001).*Malnutrisi, Penyakit dan Pelayanan Gizi*.Majalah Kedokteran Indonesia.Vol.51.no.11
- Rekam Medik RS.Dr.M.Djamil padang.(2006).*Data Rawat Inap Pasien Bedah 2006*.Padang.Arsip

Rifza.(2004).*Pelaksanaan Asuhan Nutrisi Rumah Sakit*.Bagian Instalasi Gizi

RS.Dr.M.Djamil Padang (Makalah)

Sabiston.(1995).*Buku Ajar Bedah*,bagian I.Alih bahasa P.Adrianto.Jakarta.EGC

Samsuridjal.(2006).*Nutrisi Pada Pasien di Rumah Sakit*.Konsultasi kesehatan

Supariasa. I.(2002).*Penilaian Status Gizi*.Jakarta:Penerbit Buku Kedokteran EGC

Waspadji..(2003).*Pengkajian Status Gizi Studi Epidemiologi*.Jakarta.Penerbit

FKUI

Wijoseno.*Malnutrisi*.diakses dari <http://wijoseno.livejournal.com/13> Desember

2007



**DEPARTEMEN KESEHATAN RI**  
**DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK**  
**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**Jl. Perintis Kemerdekaan Telp. 32373**

Padang, 29 Februari 2008

Nomor : LB.00.02.07.1779  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Pengambilan Data  
          a.n. Irene Milasari

Kepada Yth;  
Sdr. Ketua PSIK  
Fakultas Kedokteran Unand  
di  
Padang

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Saudara No.0150/J16.2/PL/PSIK/2008 tanggal 22 Februari 2008 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Irene Milasari  
No.BP/NIM : 06 921 004  
Institusi : PSIK FK Unand Padang

Untuk mendapatkan informasi di RSUP DR. M. Djamil Padang dalam rangka pembuatan karya tulis yang berjudul:

**"Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Status Gizi Pasien Bedah di Irna B Bedah RSUP DR. M. Djamil Padang"**

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Semua informasi yang diperoleh di RSUP DR. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain
2. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Perpustakaan RSUP DR. M. Djamil Padang
3. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

  
Direktur Utama  
Direktur Umum, SDM & Pendidikan  
Dr. H. Aguswan, SpRM, MARS  
NIP. 140 207 723

Tembusan:

1. Ka. Dinas Kesehatan & Kessos Prop. Sumatera Barat
2. Ka. Irna B Bedah RSUP DR. M. Djamil Padang
3. yang bersangkutan
4. arsip

## PEERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Unand yang bernama Irene Milasari (BP. 06921004) dengan judul "Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status gizi pasien bedah di IRNA B RSUP DR. M. Djamil Padang".

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak berakibat negatif terhadap saya sehingga jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan akan dirahasiakan.

Demikian pernyataan ini saya buat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yang Membuat

Responden

UNTUK KEDJAJAAN BANGSA

( \_\_\_\_\_ )

## Lembaran Pengukuran

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status gizi  
pasien bedah di ruang rawat inap bangsal bedah  
RS. Dr. M. Djamil Padang

Tanggal pengambilan data :

No. Responden :

### A. Identitas Responden

Nama Responden :

No. RM :

Tanggal masuk RS :

Jenis kelamin :

Umur :

Diagnosa medis :

### B. Pemeriksaan Fisik

1. Berat badan awal pengukuran (kg) :

2. Berat badan setelah 2 minggu :

3. Tinggi badan (cm) :

4. Indeks Massa Tubuh (IMT) :

5. Oedem : ( ) Ada ( ) Tidak ada

Asites : ( ) Ada ( ) Tidak ada

Dehidrasi : ( ) Ada ( ) Tidak ada



## LEMBARAN OBSERVASI

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status gizi  
pasien bedah di ruang rawat inap bangsal bedah  
RS. Dr. M. Djamil padang

Identitas Responden

No. Responden :

1. Nama (Initial) :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Pekerjaan :
5. Pendidikan :
6. Alamat :
7. Tanggal masuk RS :

Beri Tanda Check list (V) pada tempat yang telah disediakan.

Kegiatan	Dilakukan (1)	Tidak Dilakukan (0)
<b>A. Monitoring Pengukuran Berat badan</b>		
<b>B. Monitoring Asupan Makanan.</b>		
1. Melakukan kerjasama dengan Tim Nutrisi dalam memberikan pelayanan gizi.		
2. Memberikan bantuan pada pasien saat makan		
3. Menentukan dan mengevaluasi status gizi pasien.		

4. Memantau masalah-masalah yang berkaitan dengan asuhan gizi pada pasien.		
5. Melakukan pencatatan dan melaporkan asupan makanan dan respon klinis pasien terhadap diet yang diberikan.		

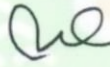
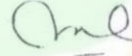
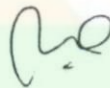



UNIVERSITAS ANDALAS  
FACULTY OF NUTRITION AND DIETETICS

## LEMBARAN KONSUL

**Nama** : IRENE MILASARI  
**No. BP** : 06921004  
**Judul** : Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status gizi pasien rawat inap di bangsal bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang

**Pembimbing I** : HEMA MALINI, SKp. MN  
**KEGIATAN BIMBINGAN SKRIPSI**




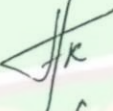

Tanggal Bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing
22/6 2009.	P'Baiki urai sara kutma y last penulite do perbhsan	
25/6 2009.	P'Baiki urai sara. Terbahs abstrak Indonesia dan Bahasa Inggris.	
30/6 2009.	Kursus Akhir Acc Sjian haine	 

**MILIK**  
**UPT PERPUSTAKAAN**  
**UNIVERSITAS ANDALAS**

## LEMBARAN KONSUL

Nama : IRENE MILASARI  
No.BP : 06921004  
Judul : Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status gizi pasien bedah di ruang rawat inap bengsal bedah  
Pembimbing II : Dra. Asterina, MS

### UNIVERSITAS ANDALAS KEGIATAN BIMBINGAN SKRIPSI

Tanggal Bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing
25 - 6 - 2009	- perbaiki sesuai saran	
09 - 6 - 2009	- perbaikan BAB VI & BAB VII	
1 - 7 - 2009	- Tambahkan abstrak	
3 - 7 - 2009	- Perbaiki abstrak dim bls Inggris	
6 - 7 - 2009	Konsul lengkap acc utl uplan akhir	

## CURICULUM VITAE

### A. Identitas

Nama : IRENE MILASARI  
No. Bp : 06921004  
Tempat/tanggal lahir : Duri, 14 Desember 1974  
Agama : Islam  
Negeri Asal : Sawah Lunto  
Status : Kawin  
Nama Ayah : MARTIN (Alm)  
Nama Ibu : DJALIAS  
Nama suami : PARNO  
Alamat : Jl. Sawah Lunto III No. 179 Perumnas Siteba  
Padang

### B. Riwayat Pendidikan

- a. SDN 006 Sebanga Duri, tamat tahun 1987.
- b. SMPN II Sebanga Duri, tamat tahun 1990.
- c. SMAN I Sebanga Duri, tamat tahun 1993.
- d. AKPER DEPKES Padang, tamat tahun 1996.
- e. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas  
Andalas.

C. Riwayat Pekerjaan : Pegawai Negeri di RS. Dr. M. Djamil Padang

**MASTER TABEL**  
**PERUBAHAN STATUS GIZI PASIEN BEDAH DI IRNA B RSUP M.DJAMIL PADANG TAHUN 2008**

No	Inisial pasien	JK	Umur	Perubahan Status gizi						Perubahan Status Gizi			Diagnosa Medis
				TB (m)	TB (cm)	BBI(Kg)	BBI(Kg)	IMT I	IMT II	Awal	1-2 mgg	Kriteria	
1	Tn.F	L	20	1.69	169	58	56	20.31	19.61	normal	kurus	menurun	Haemorrhoid
2	Tn.M	L	59	1.55	155	50	50	20.81	20.81	normal	normal	tetap	H.Inguinalis
3	Tn.D	L	18	1.74	174	61	61	20.15	20.15	normal	normal	tetap	Hidrocelle
4	Tn.Z	L	44	1.69	169	73	71	25.56	24.86	gemuk	normal	menurun	T.Parotis
5	Tn.A	L	24	1.67	167	58	58	20.80	20.80	normal	normal	tetap	Hemorrhoid
6	Tn.An	L	32	1.61	161	54	51	20.83	19.68	normal	kurus	menurun	Fistula Ani
7	Tn.R	L	19	1.61	161	58	56	22.38	21.60	normal	normal	tetap	Palatoschizes
8	Tn.As	L	12	1.49	149	35	35	15.77	15.77	kurus	kurus	tetap	Keloid
9	Tn.J	L	19	1.63	163	42	40	15.81	15.06	kurus	kurus	menurun	Ca.Recti
10	Tn.Aw	L	63	1.6	160	51	51	19.92	19.92	kurus	kurus	tetap	Lipoma
11	Tn.Mr	L	19	1.71	171	55	55	18.81	18.81	kurus	kurus	tetap	Gynacomastic
12	Tn.S	L	52	1.5	150	43	41	19.11	18.22	kurus	kurus	menurun	Basalioma
13	Tn.Ma	L	43	1.67	167	78	78	27.97	27.97	gemuk	gemuk	tetap	Soft tissu tumor
14	Tn.R	L	45	1.58	158	61	61	24.44	24.44	normal	normal	tetap	Haemorrhoid
15	Tn.Ad	L	64	1.68	168	59	56	20.90	19.84	normal	kurus	menurun	T.Mandibula
16	Tn.Zi	L	46	1.62	162	61	59	23.24	22.48	normal	normal	tetap	Melanoma
17	Tn.Mo	L	44	1.7	170	60	60	20.76	20.76	normal	normal	tetap	App.kronis
18	Ny.Ar	P	42	1.55	155	55	55	22.89	22.89	normal	normal	tetap	Tumor mammae
19	Nn.N	P	18	1.57	157	40	37	16.23	15.01	kurus	kurus	menurun	Tumor Thyroid
20	Ny.S	P	60	1.61	161	51	51	19.68	19.68	kurus	kurus	tetap	Tomor pd paha
21	Ny.Su	P	27	1.54	154	60	58	25.30	24.46	gemuk	normal	menurun	Kontraktur
22	Ny.Nd	P	71	1.56	156	50	48	20.55	19.72	normal	kurus	menurun	T.Thyroid
23	Ny.Y	P	45	1.57	157	62	60	25.15	24.34	gemuk	normal	menurun	T.Parotis
24	Ny.Se	P	53	1.54	154	61	58	25.72	24.46	gemuk	normal	menurun	Tumor mammae
25	Ny.Np	P	52	1.47	147	53	53	24.53	24.53	normal	normal	tetap	T.Mammae
26	Ny.H	P	57	1.4	140	34	32	17.35	16.33	kurus	kurus	menurun	Haemorrhoid
27	Nn.A	P	17	1.6	160	42	42	16.41	16.41	kurus	kurus	tetap	App.kronis
28	Ny.Fy	P	40	1.48	148	37	37	16.89	16.89	kurus	kurus	tetap	T.Mammae
29	Ny.Mb	P	51	1.45	145	65	65	30.92	30.92	obese	obese	tetap	App.kronis
30	Ny.Mt	P	37	1.5	150	50	50	22.22	22.22	normal	normal	tetap	App.kronis
31	Ny.Ry	P	38	1.65	165	52	50	19.10	18.37	kurus	kurus	menurun	Tumor thyroid
32	Ny.Ar	P	38	1.56	156	56	56	23.01	23.01	normal	normal	tetap	App.kronis
33	Ny.Hs	P	31	1.61	161	51	51	19.68	19.68	kurus	kurus	tetap	Sp.Astrocytoma
34	Ny.Nv	P	40	1.69	169	59	59	20.66	20.66	normal	normal	tetap	FAM
35	Ny.Sr	P	58	1.46	146	49	49	22.99	22.99	normal	normal	tetap	FAM
36	Ny.Wt	P	34	1.62	162	54	52	20.58	19.81	normal	kurus	menurun	Ca.Recti

**MASTER TABEL  
MONITORING PENGUKURAN BB PASIEN  
BEDAH DI RSUP DR.M.DJAMIL PADANG**

No	Inisial pasien	JK	Umur	Perubahan Status Gizi			Monitoring pengukuran
				Awal	1-2 mgg	Kriteria	BB
1	Tn.F	L	20	normal	kurus	menurun	Tidak dilakukan
2	Tn.M	L	59	normal	normal	tetap	dilakukan
3	Tn.D	L	18	normal	normal	tetap	dilakukan
4	Tn.Z	L	44	gemuk	normal	menurun	Tidak dilakukan
5	Tn.A	L	24	normal	normal	tetap	dilakukan
6	Tn.An	L	32	normal	kurus	menurun	Tidak dilakukan
7	Tn.R	L	19	normal	normal	tetap	dilakukan
8	Tn.As	L	12	kurus	kurus	tetap	dilakukan
9	Tn.J	L	19	kurus	kurus	menurun	Tidak dilakukan
10	Tn.Aw	L	63	kurus	kurus	tetap	dilakukan
11	Tn.Mr	L	19	kurus	kurus	tetap	dilakukan
12	Tn.S	L	52	kurus	kurus	menurun	Tidak dilakukan
13	Tn.Ma	L	43	gemuk	gemuk	tetap	Tidak dilakukan
14	Tn.R	L	45	normal	normal	tetap	dilakukan
15	Tn.Ad	L	64	normal	kurus	menurun	Tidak dilakukan
16	Tn.Zi	L	46	normal	normal	tetap	dilakukan
17	Tn.Mo	L	44	normal	normal	tetap	dilakukan
18	Ny.Ar	P	42	normal	normal	tetap	dilakukan
19	Nn.N	P	18	kurus	kurus	menurun	Tidak dilakukan
20	Ny.S	P	60	kurus	kurus	tetap	Tidak dilakukan
21	Ny.Su	P	27	gemuk	normal	menurun	Tidak dilakukan
22	Ny.Nd	P	71	normal	kurus	menurun	dilakukan
23	Ny.Y	P	45	gemuk	normal	menurun	Tidak dilakukan
24	Ny.Se	P	53	gemuk	normal	menurun	Tidak dilakukan
25	Ny.Np	P	52	normal	normal	tetap	dilakukan
26	Ny.H	P	57	kurus	kurus	menurun	Tidak dilakukan
27	Nn.A	P	17	kurus	kurus	tetap	dilakukan
28	Ny.Fy	P	40	kurus	kurus	tetap	Tidak dilakukan
29	Ny.Mb	P	51	obese	obese	tetap	dilakukan
30	Ny.Mt	P	37	normal	normal	tetap	Tidak dilakukan
31	Ny.Ry	P	38	kurus	kurus	menurun	Tidak dilakukan
32	Ny.Ar	P	38	normal	normal	tetap	Tidak dilakukan
33	Ny.Hs	P	31	kurus	kurus	tetap	Tidak dilakukan
34	Ny.Nv	P	40	normal	normal	tetap	Tidak dilakukan
35	Ny.Sr	P	58	normal	normal	tetap	Tidak dilakukan
36	Ny.Wt	P	34	normal	kurus	menurun	dilakukan

**MASTER TABEL**  
**MONITORING ASUPAN MAKANAN**  
**DI BANGSAL BEDAH RSUP DR.M.DJAMIL PADANG**  
**TAHUN 2008**

No.	Inisial Pasien	JK	Umur	Monitoring Asupan Makanan						Kriteria
				1	2	3	4	5	Jlh	
1	Tn.F	L	20	0	0	0	1	0	1	Tidak dilakukan
2	Tn.M	L	59	1	1	1	1	1	5	Dilakukan
3	Tn.D	L	18	1	1	1	1	1	5	Dilakukan
4	Tn.Z	L	44	1	1	0	1	0	3	Tidak dilakukan
5	Tn.A	L	24	1	1	1	1	1	5	Dilakukan
6	Tn.An	L	32	1	0	0	1	0	2	Tidak dilakukan
7	Tn.R	L	19	1	1	0	0	0	2	Tidak dilakukan
8	Tn.As	L	12	1	1	1	1	1	5	Dilakukan
9	Tn.J	L	19	0	0	0	0	1	1	Tidak dilakukan
10	Tn.Aw	L	63	0	1	0	0	0	1	Tidak dilakukan
11	Tn.Mr	L	19	1	1	1	1	1	5	Dilakukan
12	Tn.S	L	52	0	0	0	0	0	0	Tidak dilakukan
13	Tn.Ma	L	43	0	1	0	0	0	1	Tidak dilakukan
14	Tn.R	L	45	1	1	1	1	1	5	Dilakukan
15	Tn.Ad	L	64	1	0	0	0	1	2	Tidak dilakukan
16	Tn.Zi	L	46	0	0	0	0	0	0	Tidak dilakukan
17	Tn.Mo	L	44	-1	1	1	1	1	5	Dilakukan
18	Ny.Ar	P	42	1	1	1	1	1	5	Dilakukan
19	Nn.N	P	18	0	0	0	0	1	1	Tidak dilakukan
20	Ny.S	P	60	0	1	0	0	0	1	Tidak dilakukan
21	Ny.Su	P	27	1	0	0	0	0	1	Tidak dilakukan
22	Ny.Nd	P	71	0	1	0	0	0	1	Tidak dilakukan
23	Ny.Y	P	45	1	1	1	1	0	4	Tidak dilakukan
24	Ny.Se	P	53	1	0	0	0	0	1	Tidak dilakukan
25	Ny.Np	P	52	1	1	1	1	1	5	Dilakukan
26	Ny.H	P	57	0	1	0	0	0	1	Tidak dilakukan
27	Nn.A	P	17	1	1	1	1	1	5	Dilakukan
28	Ny.Fy	P	40	0	0	1	0	0	1	Tidak dilakukan
29	Ny.Mb	P	51	1	1	0	0	0	2	Tidak dilakukan
30	Ny.Mt	P	37	0	0	0	0	0	0	Tidak dilakukan
31	Ny.Ry	P	38	0	1	0	1	0	2	Tidak dilakukan
32	Ny.Ar	P	38	0	0	0	0	0	0	Tidak dilakukan
33	Ny.Hs	P	31	1	1	1	1	1	5	Dilakukan
34	Ny.Nv	P	40	1	1	1	1	1	5	Dilakukan
35	Ny.Sr	P	58	0	1	0	0	0	1	Tidak dilakukan
36	Ny.Wt	P	34	1	1	1	1	1	5	Dilakukan





## HASIL PENGOLAHAN DATA

### Frequencies

**Statistics**

	N		Mean	Std. Error of Mean	Median	Mode	Std. Deviation	Minimum	Maximum
	Valid	Missing							
Umur Responden	36	0	39.78	2.639	41.00	19	15.833	12	71
Tinggi Badan (cm)	36	0	1.5844	.01400	1.5900	1.60 <sup>a</sup>	.08399	1.40	1.74
Berat Badan I	36	0	56.9167	2.06881	56.0000	51.00 <sup>a</sup>	12.41284	35.00	103.00
Berat Badan II	36	0	56.1944	2.04311	55.5000	51.00	12.25869	35.00	101.00
IMT I	36	0	22.6578	.74169	22.7850	19.68 <sup>a</sup>	4.45014	15.77	35.64
IMT II	36	0	22.3736	.73550	22.0950	19.68	4.41297	15.01	34.95
Penurunan IMT	36	0	.2836	.06813	.0000	.00	.40880	-.46	1.23

<sup>a</sup>. Multiple modes exist. The smallest value is shown

### Frequency Table

**Perubahan Status Gizi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menurun	14	38.9	38.9	38.9
	Tetap	22	61.1	61.1	100.0
	Total	36	100.0	100.0	

**Monitoring Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak dilakukan	20	55.6	55.6	55.6
	Dilakukan	16	44.4	44.4	100.0
	Total	36	100.0	100.0	

**Monitoring Asupan Makanan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak dilakukan	23	63.9	63.9	63.9
	Dilakukan	13	36.1	36.1	100.0
	Total	36	100.0	100.0	

Crosstabs

Monitoring Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan \* Perubahan Status Gizi

Crosstab

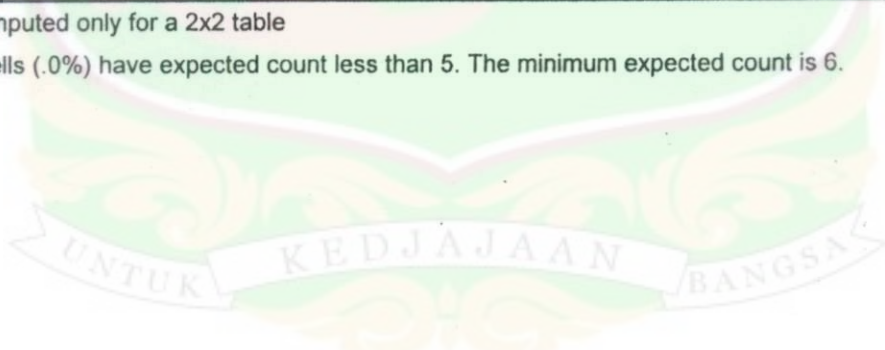
			Perubahan Status Gizi		Total
			Menurun	Tetap	
Monitoring Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan	Tidak dilakukan	Count	12	8	20
		% within Monitoring Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan	60.0%	40.0%	100.0%
	Dilakukan	Count	2	14	16
		% within Monitoring Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan	12.5%	87.5%	100.0%
Total		Count	14	22	36
		% within Monitoring Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan	38.9%	61.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.439 <sup>b</sup>	1	.004		
Continuity Correction <sup>a</sup>	6.559	1	.010		
Likelihood Ratio	9.137	1	.003		
Fisher's Exact Test				.006	.004
Linear-by-Linear Association	8.205	1	.004		
N of Valid Cases	36				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.22.



## Monitoring Asupan Makanan \* Perubahan Status Gizi

### Crosstab

			Perubahan Status Gizi		Total
			Menurun	Tetap	
Monitoring Asupan Makanan	Tidak dilakukan	Count	13	10	23
		% within Monitoring Asupan Makanan	56.5%	43.5%	100.0%
	Dilakukan	Count	1	12	13
		% within Monitoring Asupan Makanan	7.7%	92.3%	100.0%
Total		Count	14	22	36
		% within Monitoring Asupan Makanan	38.9%	61.1%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.333 <sup>b</sup>	1	.004		
Continuity Correction <sup>a</sup>	6.405	1	.011		
Likelihood Ratio	9.571	1	.002		
Fisher's Exact Test				.005	.004
Linear-by-Linear Association	8.101	1	.004		
N of Valid Cases	36				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.06.

