

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Pengertian Manajemen**

Pengertian manajemen menurut Reksohadiprodjo (1999) bisa berarti fungsi, peranan maupun keterampilan. Berdasarkan fungsinya, manajemen dapat dirumuskan sebagai suatu usaha merencanakan, mengorganisir, mengarahkan, mengkoordinasi dan mengendalikan kegiatan dalam suatu organisasi agar tercapai tujuan organisasi secara efisien dan efektif (Reksohadiprodjo, 1999; Noor, 2015; Wursanto, 1983). Kelima fungsi tersebut secara umum termasuk dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan (Usman, 2014). Manajemen sebagai peranan adalah antar pribadi pemberi informasi dan pengambil keputusan, dan manajemen dapat pula berarti pengembangan keterampilan, yaitu teknis, manusiawi dan konseptual (Reksohadiprodjo, 1999).

Menurut Noor (2015) pencapaian tujuan organisasi memerlukan alat-alat sarana (*tools*) sebagai syarat suatu usaha mencapai hasil yang ditetapkan. *Tools* ini dikenal dengan istilah 6M, yaitu *man* atau sumber daya manusia, *materials* atau bahan, *machines* atau peralatan, *method* atau tata laksana, *money* atau biaya dan *markets* atau pasar (Noor, 2015; Wursanto, 1983) atau 7M dengan penambahan *moral* atau kesusilaan (Wursanto, 1983).

Sumber daya manusia merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi (Wursanto, 1983) dan merupakan faktor yang paling menentukan dalam melakukan proses untuk mencapai tujuan (Noor, 2015). Menurut Sugiyono (2015), aspek sumberdaya manusia berkaitan dengan jumlah, kualifikasi dan kompetensi, pengorganisasian uraian tugas yang jelas, pengarahan, serta pengawasan dan pengendalian terhadap semua pegawai, agar pekerjaan yang dilaksanakan berjalan sesuai rencana.

Bahan dan peralatan merupakan dua komponen yang digunakan dalam proses atau kegiatan organisasi, sebagai sarana untuk mencapai tujuan organisasi (Noor, 2015). Peralatan yang digunakan dalam kegiatan organisasi meliputi jenis, jumlah dan kualitas peralatan kerja (Sugiyono, 2015; Wursanto, 1983).

Tata laksana adalah suatu pola kerja atau cara pelaksanaan yang diacu sebagai langkah memperlancar jalannya pekerjaan melalui penggunaan fasilitas-fasilitas yang tersedia, waktu, dan keuangan (Noor, 2015). Menurut Sugiyono (2015), tata laksana adalah prosedur dan tata laksana kerja yang digunakan untuk melakukan berbagai pekerjaan dalam organisasi, yang bisa dikelompokkan menurut fungsi, jenis dan sifatnya, sehingga memudahkan dalam kegiatan pengawasan dan pengendalian pekerjaan.

Menurut Noor (2015), aspek keuangan dalam organisasi merujuk pada sumber dana berupa uang sebagai alat tukar dan alat pengukuran nilai dengan

ukuran jumlah uang yang beredar dalam organisasi untuk pembiayaan operasional dan hasil yang dicapai. Sedangkan menurut Wursanto (1983) aspek keuangan merujuk pada perhitungan keuangan, pembiayaan, pembayaran dan pengelolaan keuangan organisasi.

Pemasaran berkaitan dengan bagaimana barang atau layanan organisasi dengan kualitas dan harga tertentu dapat dijual pada konsumen (Noor, 2015). Pemasaran juga berkaitan dengan promosi, sistem pemasaran dan selera konsumen (Wursanto, 1983).

## **2. Manajemen Pelayanan Gizi Rawat Inap**

Pelayanan gizi merupakan suatu upaya memperbaiki, meningkatkan gizi, makanan, dietetik masyarakat, kelompok, individu atau klien melalui rangkaian kegiatan pengumpulan, pengolahan, analisis, simpulan, anjuran, implementasi dan evaluasi gizi, makanan dan dietetik dalam rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sehat atau sakit (Kementerian Kesehatan, 2013).



Langkah-langkah asuhan gizi saling berkaitan satu dengan lainnya dan merupakan siklus yang berulang terus sesuai respon atau perkembangan pasien, yang bertujuan agar pasien rawat inap memperoleh ketepatan status gizi dan diet yang sesuai dengan kondisi kesehatannya dalam upaya mempercepat proses penyembuhan, mempertahankan dan meningkatkan status gizi (Kementerian Kesehatan, 2013). Bagi orang sakit, gizi dapat mempengaruhi proses penyembuhan penyakit, timbulnya komplikasi, lamanya hari rawat dan bahkan kematian (Kementerian Kesehatan, 2013; Budiningsih dan Hadi, 2004; Blades, 2000). Untuk itu, asupan makanan bagi orang sakit penting untuk diatur dalam jumlah dan jenis zat gizi yang sesuai kebutuhan (Kementerian Kesehatan, 2013), untuk mencegah kekurangan gizi yang dapat terjadi pada pasien di rumah sakit (Blades, 2000).

### **3. Manajemen Sumber Daya Manusia Pelayanan Gizi**

#### **Rawat Inap**

Sumberdaya manusia dalam sistem manajemen merupakan pelaksana kegiatan atau pekerjaan sesuai dengan tata laksana yang ditetapkan (Sugiyono, 2015; Noor, 2015). Manajemen sumberdaya manusia adalah pengelolaan terhadap pelaksana kegiatan yang meliputi jumlah, kualifikasi, kompetensi, pengorganisasian tugas, pengarahan, pengawasan dan pengendalian (Sugiyono, 2015).

Pelaksana pelayanan gizi rawat inap di rumah sakit dilakukan oleh Tim Asuhan Gizi (TAG) yang merupakan sekelompok tenaga profesi di rumah sakit yang terkait dengan pelayanan gizi pasien berisiko tinggi malnutrisi, terdiri dari dokter atau dokter spesialis, ahli gizi (dietisien), perawat, dan farmasi dari setiap unit pelayanan, yang bertugas bersama memberikan pelayanan paripurna yang bermutu (Kementerian Kesehatan, 2013).

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) memiliki peran sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2013):

- a. Bertanggung jawab dalam aspek gizi yang terkait dengan keadaan klinis pasien.
- b. Menentukan preskripsi diet awal (order diet awal).
- c. Bersama dietisien menetapkan preskripsi diet definitif.
- d. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya mengenai peranan terapi gizi.
- e. Merujuk klien/pasien yang membutuhkan asuhan gizi atau konseling gizi
- f. Melakukan pemantauan dan evaluasi terkait masalah gizi secara berkala bersama dietisien, perawat dan tenaga kesehatan lain selama klien/pasien dalam masa perawatan.

Tugas perawat dalam memberikan pelayanan asuhan gizi pada pasien meliputi (Kementerian Kesehatan, 2013):

- a. Melakukan skrining gizi pasien pada asesmen awal perawatan.
- b. Merujuk pasien yang berisiko maupun sudah terjadi malnutrisi dan atau kondisi khusus ke dietisien.
- c. Melakukan pengukuran antropometri yaitu penimbangan berat badan, tinggi badan/panjang badan secara berkala.
- d. Melakukan pemantauan, mencatat asupan makanan dan respon klinis klien/pasien terhadap diet yang diberikan dan menyampaikan informasi kepada dietisien bila terjadi perubahan kondisi pasien.
- e. Memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga terkait pemberian makanan melalui oral/enteral dan parenteral.

Data antropometri merupakan hasil pengukuran fisik pada individu, yang meliputi pengukuran berat badan (BB), tinggi badan (TB), tinggi lutut (TL), panjang depa (PD), tinggi duduk (TD), lingkaran lengan atas (LiLA),

tebal lemak, lingkaran pinggang dan lingkaran panggul (Kementerian Kesehatan, 2013).

Menurut Nursalam (2001) perawat harus memiliki dasar pendidikan dan keahlian yang memadai untuk menjamin kualitas layanan kepada konsumen dan menghindari kesalahan yang fatal, memahami semua tindakan yang dilakukan, baik dari segi keilmuan dan etika, serta mampu bekerjasama dengan profesi lain, memahami peran masing-masing pihak.

Tugas ahli gizi dalam memberikan pelayanan asuhan gizi pada pasien meliputi (Kementerian Kesehatan, 2013):

- a. Mengkaji hasil skrining gizi dari perawat dan order diet awal dari dokter.
- b. Melakukan asesmen/pengkajian gizi lanjut pada pasien yang berisiko malnutrisi, malnutrisi atau kondisi khusus.
- c. Mengidentifikasi masalah/diagnosa gizi berdasarkan hasil asesmen dan menetapkan prioritas diagnosis gizi.

- d. Merancang intervensi gizi dengan menetapkan tujuan dan preskripsi diet yang lebih terperinci untuk penetapan diet definitif serta merencanakan edukasi/konseling.
- e. Melakukan koordinasi dengan dokter terkait dengan diet definitif, dan dengan perawat, farmasi, dan tenaga lain dalam pelaksanaan intervensi gizi.
- f. Melakukan monitoring respon pasien terhadap intervensi gizi, dan evaluasi proses maupun dampak asuhan gizi.
- g. Memberikan penyuluhan, motivasi, dan konseling gizi pada klien/pasien dan keluarganya.
- h. Mencatat dan melaporkan hasil asuhan gizi kepada dokter.
- i. Melakukan assesmen gizi ulang (*re-assesment*) apabila tujuan belum tercapai.
- j. Mengikuti ronde pasien bersama tim kesehatan.
- k. Berpartisipasi aktif dalam pertemuan atau diskusi dengan dokter, perawat, anggota tim asuhan gizi lain,

klien/pasien, dan keluarganya dalam rangka evaluasi keberhasilan pelayanan gizi.

Tenaga gizi dalam pelayanan gizi rumah sakit adalah profesi gizi yang terdiri dari *Registered Dietisien (RD)* dan *Technical Registered Dietisien (TRD)* (Kementerian Kesehatan, 2013, 2014). *Registered dietisien* bertanggung jawab terhadap pelayanan asuhan gizi dan pelayanan makanan dan dietetik, sementara TRD bertanggung jawab membantu RD dalam melakukan asuhan gizi dan pelayanan makanan serta dietetik serta melaksanakan kewenangan sesuai dengan kompetensi (Kementerian Kesehatan, 2013). Proses Asuhan Gizi Terstandar yang dilaksanakan oleh ahli gizi pada pasien/klien dengan risiko masalah gizi dapat diketahui dari proses skrining gizi dan rujukan yang dilakukan oleh perawat (Kementerian Kesehatan, 2013).

Pelayanan gizi pada perspektif sumber daya manusia meliputi ketersediaan dietisien sesuai dengan peraturan dan kebutuhan rumah sakit, dan keikutsertaan

pegawai dalam pendidikan dan pelatihan (Kementerian Kesehatan, 2013). Leistra *et al.* (2014) mengidentifikasi bahwa keterlibatan perawat, motivasi dan pendidikan berkelanjutan ahli gizi, dan tanggung jawab yang jelas bagi perawat dan petugas gizi, akan mendukung pelaksanaan skrining gizi secara optimal.

Kebutuhan tenaga gizi RD dan TRD menurut kelas rumah sakit diatur agar petugas dapat melaksanakan pelayanan gizi yang baik dan berkualitas untuk menjamin keamanan pasien (Tabel 2.1). Namun pada Rumah Sakit yang belum memiliki tenaga gizi sesuai klasifikasi dapat memanfaatkan tenaga gizi yang dimiliki dan secara bertahap melakukan peningkatan kemampuan serta pembinaan tenaga tersebut agar memenuhi kualifikasi yang ditentukan (Kementerian Kesehatan, 2013).

Tabel 2.1. Kebutuhan tenaga gizi berdasarkan kelas rumah sakit

Rumah Sakit	Registered Dietisien (RD) (orang)	Technical Registered Dietisien (RD) (orang)	Kebutuhan Tenaga Gizi (orang)
Kelas A	56	16	72
Kelas B	22	15	37
Kelas C	18	12	30
Kelas D	9	14	23

Sumber: Kementerian Kesehatan (2013)

Indikator yang dapat digunakan untuk menilai atau mengukur mutu pelayanan gizi berdasarkan aspek sumber daya manusia adalah indikator yang mencirikan arah dari penampilan seperti “Indikator yang diinginkan”. Indikator tersebut merupakan indikator untuk menilai penampilan yang diinginkan mendekati 100 % yang dalam pelayanan gizi dan dietetik, banyak kondisi yang memerlukan kepatuhan sampai mendekati 100%, misalnya dokumentasi asuhan gizi lengkap, akurat dan relevan (Kementerian Kesehatan, 2013).

#### **4. Manajemen TataLaksana Pelayanan Gizi Rawat Inap**

Pelaksanaan asuhan gizi rawat inap dilakukan menggunakan tata laksana yang telah ditetapkan oleh

Kementerian Kesehatan berupa Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS) dan Pedoman Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT). Tata laksana yang diterapkan dalam pelayanan gizi rawat inap meliputi proses pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi meliputi perencanaan, penyediaan makanan, penyuluhan/edukasi, dan konseling gizi, serta monitoring dan evaluasi gizi (Kementerian Kesehatan 2013).

Kementerian Kesehatan (2014) menyatakan bahwa tata laksana kerja dituangkan dalam Standar Prosedur Operasional (SPO) yang merupakan langkah-langkah (tata urutan) yang harus dilakukan sebagai pedoman bagi siapa saja yang akan melakukan pekerjaan tertentu secara terkendali dan konsisten. Selain itu dapat dilengkapi pula dengan Intruksi Kerja (IK) yang merupakan bagian dan aplikasi dari SPO yang berorientasi pada teknis suatu pekerjaan, contohnya instruksi kerja penulisan formulir asesmen/pengkajian gizi, penulisan formulir asuhan gizi, atau pengisian formulir terintegrasi.

Tata laksana asuhan gizi rawat inap dimulai dengan proses skrining gizi awal yang bertujuan untuk mengidentifikasi pasien yang beresiko, tidak beresiko malnutrisi, atau kondisi khusus seperti kelainan metabolik, hemodialisis, anak, geriatri, kanker dengan kemoterapi/radiasi, luka bakar, pasien dengan imunitas menurun, atau sakit kritis (Kementerian Kesehatan, 2013). Kementerian Kesehatan (2014) menyatakan kondisi khusus pasien adalah pasien dengan penurunan imunitas, penyakit ginjal kronik, hemodialisis, geriatri, kanker kemoterapi, luka bakar, diabetes mellitus, penurunan fungsi ginjal berat, sirosis hepatis, transplantasi, cedera kepala berat, pneumonia berat, stroke, bedah digestif, atau patah tulang pinggul.

Menurut RS Cipto dan Persagi (2002), pasien khusus yang menderita penyakit diabetes mellitus, penyakit jantung, dan pembuluh darah memerlukan standar makanan khusus diet selama perawatan di rumah sakit. Hal ini karena diet pada penyakit diabetes mellitus,

penyakit jantung dan penyakit pembuluh darah memiliki tujuan tertentu, syarat-syarat yang harus dipenuhi, jenis makanan yang boleh diberikan, dan makanan yang tidak boleh diberikan (RS Cipto dan Persagi, 2002).

Kementerian Kesehatan (2011) membagi kriteria lanjut usia menjadi tiga kategori yaitu pra lanjut usia 45-59 tahun, lanjut usia 60-69 tahun, dan lanjut usia risiko tinggi  $\geq 70$  tahun atau 60 tahun dengan masalah kesehatan. Ardriani dan Wirjatmadi (2013) menyatakan bahwa penampilan penyakit pada usia lanjut (lansia) sering berbeda dengan pada usia dewasa atau muda, karena penyakit pada lansia merupakan gabungan dari kelainan-kelainan yang timbul akibat penyakit dan proses menua, yaitu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau menggantikan diri serta mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita.

Skrining gizi idealnya dilakukan pada pasien baru 1 x 24 jam setelah pasien masuk rumah sakit dengan metoda yang singkat, cepat dan disesuaikan dengan kondisi rumah sakit. Metoda skrining gizi antara lain *Malnutrition Universal Screening Tools (MUST)*, *Malnutrition Screening Tools (MST)*, *Nutrition Risk Screening (NRS) 2002* (Kementerian Kesehatan, 2013, 2014), *Nutrition Service Screening Assessment (NSSA)*, *Short Nutrition Assessment Questionnaire (SNAQ)*, *Subjective Global Assessment (SGA)* (Susetyowati, 2015). Ada beberapa instrumen penapisan gizi yang dapat dilakukan pada pasien lanjut usia khususnya untuk gizi kurang, antara lain *Mini Nutritional Assessment (MNA)* dan *Nutritional Screening Initiative (NSI)* (Kementerian Kesehatan, 2011; Susetyowati, 2015).

Perawat yang melakukan skrining gizi dalam pengkajian keperawatan, mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh,

akurat, singkat dan berkesinambungan dengan kriteria proses sebagai berikut (Nursalam, 2001):

- a. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan mempelajari data penunjang (pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, catatan klien lainnya).
- b. Sumber data adalah klien, keluarga atau orang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain.
- c. Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien saat ini, masa lalu, dan resiko-resiko tinggi masalah kesehatan yang dialami pasien.

Ketepatan dan kecermatan petugas dalam melakukan skrining gizi menjadi penentu proses asuhan gizi terutama bagi pasien yang memiliki resiko malnutrisi atau dengan penyakit khusus. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008, yang di dalamnya berisi standar minimal pelayanan gizi, menegaskan pentingnya

pemberian gizi yang tepat kepada pasien sehingga tidak ada toleransi terhadap kejadian kesalahan pemberian diet.

Skrining gizi yang dilakukan di rumah sakit untuk menilai resiko malnutrisi atau kondisi khusus pasien, menggunakan kriteria sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2013, 2014):

- a. Penurunan berat badan.
- b. Berkurangnya asupan makanan.
- c. Pasien dengan diagnosis kondisi khusus seperti pasien dengan kelainan metabolik, hemodialisa, diabetes, jantung, darah tinggi, ginjal atau pasien geriatri.

Hasil skrining gizi yang menyatakan bahwa pasien dengan status gizi baik atau tidak berisiko malnutrisi akan mendapatkan pelayanan gizi normal dan dianjurkan dilakukan skrining ulang setelah 1 minggu. Jika hasil skrining ulang berisiko malnutrisi maka dilakukan proses asuhan gizi terstandar (Kementerian Kesehatan, 2013, 2014).

Hasil skrining gizi terhadap pasien yang menunjukkan pasien mengalami resiko malnutrisi akibat penurunan berat badan dan berkurangnya asupan makanan, atau termasuk dalam kriteria pasien khusus, maka pasien menjalani proses asuhan gizi terstandar (PAGT) (Gambar 2.2) (Kementerian Kesehatan, 2013).



Gambar 2.2. Proses asuhan gizi pasien rawat inap (Kementerian Kesehatan, 2013)

Pada proses asuhan gizi terstandar, ahli gizi melakukan pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi dan monitoring serta evaluasi gizi (ADIME) (Kementerian Kesehatan, 2013, 2014). Pada setiap tahapan asuhan gizi terstandar dilakukan prosedur

penilaian, pemeriksaan, pemberian makanan dan pengawasan (Tabel 2.2).

Tabel 2.2. Tatalaksana asuhan gizi terstandar

<b>Tahapan</b>	<b>Prosedur</b>
Asesmen Gizi	Pemeriksaan: 1) Anamnesis riwayat gizi; 2) Data Biokimia, tes medis dan prosedur (termasuk data laboratorium); 3) Pengukuran antropometri; 4) Pemeriksaan fisik klinis; dan 5) Riwayat personal.
Diagnosis Gizi	Mencari pola hubungan data asesmen gizi dan kemungkinan penyebabnya. Memilah masalah gizi yang spesifik dan menyatakan masalah gizi secara singkat dan jelas. Penulisan menggunakan konsep <i>PES (Problem Etiologi and Signs/Simptoms)</i> .
Intervensi Gizi	Melakukan perencanaan (tujuan dan preskripsi diet) dan implementasi intervensi gizi.
Monitoring dan Evaluasi Gizi	Monitoring dan evaluasi gizi untuk mengetahui respon pasien terhadap intervensi dan tingkat keberhasilannya. Dilakukan melalui monitoring perkembangan, mengukur hasil, dan evaluasi hasil.

Sumber: Kementerian Kesehatan (2013)

Aturan pelaksanaan asuhan gizi rawat inap di rumah sakit dituangkan dalam standar pelayanan gizi dengan indikator mutu pelayanan gizi agar tercapai pelayanan gizi yang optimal (Kementerian Kesehatan, 2013). Pelayanan gizi di rumah sakit dikatakan berkualitas jika hasil pelaksanaan sesuai dengan standar dan prosedur

yang berlaku (Kementerian Kesehatan, 2013). Pada manajemen tata laksana pelayanan gizi, penilaian menggunakan indikator berdasarkan pelayanan yang diberikan, khususnya indikator proses yang merupakan indikator untuk mengukur elemen pelayanan yang disediakan oleh institusi yang bersangkutan, misalnya persentase pasien yang mendapat layanan tertentu dan tindaklanjutnya (Kementerian Kesehatan, 2013).

Penggunaan standar indikator dalam *Good Nutritional Practice (GNP)* dapat meningkatkan kesesuaian pemberian nutrisi hingga mencapai lebih dari 75% (Holst *et al.*, 2014). Menurut Leistra *et al.* (2014), faktor yang mendukung pelaksanaan tata laksana skrining gizi meliputi dipersyaratkannya kelengkapan dokumen skrining gizi, adanya kejelasan tanggung jawab, tata laksana yang sederhana, mudah dan cepat, dan dijadikan indikator kinerja pelayanan.

## **5. Manajemen Peralatan dan Bahan dalam Pelayanan**

### **Gizi Rawat Inap**

Menurut Tando (2013) perlengkapan dapat disebut juga sebagai barang atau peralatan adalah segala sesuatu yang berwujud dan dapat diperlakukan secara fisik untuk penyelenggaraan kegiatan pokok maupun penunjang dalam organisasi. Manajemen perlengkapan mampu menjawab tujuan dan bagaimana cara mencapai tujuan dengan ketersediaan bahan perlengkapan yang tersedia setiap saat bila dibutuhkan dan dapat dipergunakan secara efisien dan efektif (Tando, 2013). Tujuan manajemen perlengkapan adalah agar tersedia barang atau bahan dalam jumlah yang tepat dan mutu yang memadai, melalui pengadaan, penyaluran, penyimpanan, dan pemeliharaan (Tando, 2013).

Peralatan dan bahan dalam pelayanan gizi yang digunakan oleh perawat dan ahli gizi meliputi alat pengukuran antropometri dan bahan untuk mencatat atau lembar isian keperawatan dan asuhan gizi (Kementerian

Kesehatan, 2013, 2014). Alat untuk mendapatkan data antropometri pasien meliputi alat ukur tinggi dan berat badan dewasa, alat ukur *skinfold thickness caliper*, alat ukur Lingkar Lengan Atas (LiLA), alat ukur Lingkar Kepala (LK), alat ukur Tinggi Lutut (Kementerian Kesehatan, 2013). Rumah sakit harus memiliki peralatan penunjang kegiatan asesmen gizi dengan jumlah dan kualitas yang sesuai (Kementerian Kesehatan, 2013).

Formulir yang diperlukan dan mendukung kegiatan pelayanan gizi di ruang rawat inap terdiri dari formulir skrining gizi, formulir skrining lanjut, formulir asuhan gizi, formulir permintaan konseling gizi (Kementerian Kesehatan, 2013) dan formulir evaluasi asuhan gizi (Kementerian Kesehatan, 2014). Kementerian Kesehatan (2013) menyebutkan terdapat berbagai berkas untuk mencatat pelayanan gizi di ruang rawat inap yaitu:

- a. Buku catatan makanan pasien berisi nama pasien dan diet dibuat setiap hari untuk rekapitulasi order diet.
- b. Formulir catatan makanan sisa yang tidak dihabiskan.

- c. Formulir permintaan makanan untuk pasien baru.
- d. Formulir pembatalan makanan untuk pasien pulang.
- e. Formulir perubahan diet.
- f. Formulir permintaan makan pagi, siang dan sore.
- g. Laporan harian tentang kegiatan penyuluhan
- h. Catatan asuhan gizi rawat inap.
- i. Laporan kegiatan asuhan gizi rawat inap.

Indikator yang dapat digunakan untuk menilai atau mengukur mutu pelayanan gizi berdasarkan aspek peralatan dan bahan adalah indikator berdasarkan pelayanan yang diberikan seperti “Indikator struktur”. Indikator tersebut merupakan indikator untuk menilai ketersediaan dan penggunaan peralatan yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan (Kementerian Kesehatan, 2013).

## **6. Sistem Dokumentasi Pelayanan Gizi Rawat Inap**

Untuk memantau dan menilai pencapaian indikator yang telah ditetapkan, diperlukan data atau informasi yang diperoleh dari catatan dan laporan terkait

dengan aspek yang akan dinilai. Pencatatan dilakukan pada setiap langkah kegiatan sedangkan pelaporan dilakukan berkala sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit (bulanan/triwulan/tahunan) (Kementerian Kesehatan, 2013). Catatan dan laporan yang dibuat berisi data berupa kenyataan yang menggambarkan suatu kejadian-kejadian dan kesatuan nyata dari hasil proses pengamatan atau observasi, yang diperlukan untuk perkiraan, pertimbangan dan pengambilan keputusan (Sutabri, 2005).

Kementerian Kesehatan (2014) menyatakan bahwa pelayanan asuhan gizi yang bermutu memenuhi langkah-langkah mulai dari pengkajian (asesmen), diagnosis, intervensi dan monitoring dan evaluasi gizi, serta dilakukannya pengawasan dan pengendalian. Dalam menunjang tercapainya tujuan ketepatan asuhan gizi dan layanan gizi yang bermutu maka dibutuhkan pendokumentasian untuk setiap tahapan kegiatan asuhan gizi.

Dokumentasi pelayanan asuhan gizi dituangkan dalam rekam medis dan merupakan proses yang berkesinambungan yang dilakukan selama PAGT berlangsung (Kementerian Kesehatan, 2014). Pencatatan yang dilakukan harus memenuhi kriteria relevan, akurat dan terjadwal dengan tujuan sebagai sarana komunikasi dan informasi yang berkelanjutan dalam tim kesehatan serta menjamin keamanan dan kualitas pemberian asuhan gizi yang dilakukan (Kementerian Kesehatan, 2014). Menurut Nursalam (2011) dokumentasi adalah salah satu alat yang sering digunakan dalam komunikasi keperawatan dalam memvalidasi asuhan keperawatan, sarana komunikasi antar tim kesehatan lainnya, dan merupakan dokumen paten dalam pemberian asuhan keperawatan. Manfaat komunikasi dalam pendokumentasian meliputi penggunaan ulang untuk keperluan yang bermanfaat, mengkomunikasikan kepada tenaga perawat lainnya dan tenaga kesehatan, apa yang

sudah dan akan dilakukan kepada pasien (Nursalam 2011).

Kementerian Kesehatan (2013) dan Kementerian Kesehatan (2014) mengatur format khusus dokumen untuk mencatat proses asuhan gizi adalah Asesmen, Diagnosis, Intervensi, Monitoring–Evaluasi (ADIME) namun dapat juga dilakukan dengan metoda *Subjective, Objective, Assessment and Planning* (SOAP), sepanjang kesinambungan langkah langkah PAGT dapat tercatat dengan baik. Tata cara pengisiannya adalah menuliskan tanggal dan waktu, data yang berkaitan pada setiap langkah PAGT, dan membubuhkan tanda tangan dan nama jelas setiap kali menulis pada catatan medik (Kementerian Kesehatan (2014).

Data yang dicatat dalam rekam medis pada setiap langkah PAGT dapat dilihat pada tabel 2.3.

Tabel 2.3. Pencatatan data asuhan gizi

<b>Prosedur</b>	<b>Pencatatan</b>
Asesmen Gizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Data yang terkait dengan pengambilan keputusan berupa riwayat gizi, riwayat personal, hasil laboratorium, antropometri, hasil pemeriksaan fisik klinis, diet order dan perkiraan kebutuhan zat gizi.</li> <li>b. Mencatat semua hal yang berhubungan dengan masalah gizi.</li> <li>c. Persepsi, nilai dan motivasi pasien.</li> </ul>
Diagnosis Gizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pernyataan diagnosis gizi dengan format <i>Problem Etiologi and Signs/Symptoms</i>.</li> <li>b. Melakukan kajian mendalam sehingga diagnosis gizi benar-benar berkaitan dan dapat dilakukan intervensi gizi.</li> </ul>
Intervensi Gizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tujuan dan target intervensi</li> <li>b. Rekomendasi diet atau rencana yang akan dilakukan sehubungan dengan diagnosis gizi, spesifik dan individual</li> <li>c. Rekomendasi makanan/suplemen atau perubahan diet.</li> <li>d. Edukasi gizi</li> <li>e. Konseling gizi</li> <li>f. Koordinasi asuhan gizi</li> <li>g. Rencana rujukan dan tindak lanjut</li> </ul>
Monitoring dan Evaluasi Gizi	Indikator yang akan dimonitor (berat badan, asupan, hasil laboratorium, gejala klinis yang berkaitan) untuk menentukan keberhasilan intervensi. Perkembangan terhadap tujuan, faktor pendorong maupun penghambat, rencana tindak lanjut intervensi gizi.

Sumber: Kementerian Kesehatan (2013, 2014)

Menurut Nursalam (2001) tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu.

Pengkajian akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu. Lebih lanjut Nursalam (2001) menyebutkan bahwa sumber data pasien berasal dari keterangan pasien, catatan pasien oleh anggota tim kesehatan, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan diagnostik, catatan medis, dan perawat lain.

Masalah yang sering dijumpai dalam pengumpulan data meliputi ketidakmampuan mengorganisir data dasar, kehilangan data yang telah dikumpulkan, data yang tidak relevan, adanya duplikasi data, mispersepsi data, tidak lengkap, adanya interpretasi data dalam mengobservasi perilaku, dan kegagalan dalam mengambil data dasar terbaru (Nursalam, 2001).

Kinerja perawat dan ahli gizi dapat diketahui melalui dokumen rekam medis yang memuat tentang penentuan dan asuhan gizi yang diberikan (Kementerian Kesehatan, 2013). Rencana asuhan gizi tercatat dalam

rekam medis dengan indikator 100% dan dalam catatan asuhan terintegrasi dengan penilaian pada aspek (Kementerian Kesehatan, 2013):

- a. Ketepatan waktu penentuan rencana asuhan gizi.
- b. Pemenuhan prinsip pendokumentasian rencana asuhan gizi dalam rekam medis dan catatan asuhan terintegrasi.
- c. Dilaksanakannya monitoring.
- d. Kesesuaian pelaksana pemberi asuhan gizi yaitu dietisien.
- e. Kesesuaian intervensi pada pasien.

## **B. Penelitian Pendahuluan**

Berdasarkan penelusuran terhadap kepustakaan yang ada, ditemukan beberapa penelitian terdahulu yang memiliki persamaan dan perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan sebagaimana ditampilkan dalam Tabel 2.4.

Tabel 2.4. Penelitian pendahuluan

No	Nama Penulis dan Tahun	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
1	Emy Shinta Dewi, Martha Irene Kartasurya, dan Sriatmi, (2015)	Analisis Implementasi Pelayanan Gizi di RSUD Tugurejo Semarang.	Implementasi pelayanan gizi belum optimal berkaitan dengan komunikasi kebijakan tidak jelas atau tidak konsisten, tugas, wewenang, SOP dan mekanisme pertanggungjawaban tugas tidak jelas atau tidak dipahami oleh petugas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meneliti manajemen pelayanan gizi di rumah sakit.</li> <li>2. Menggunakan tata laksana observasi dan wawancara secara mendalam.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penelitian secara kualitatif dengan pengumpulan melalui <i>indepth interview</i>, <i>focus group discussion</i> dan observasi. Pengolahan data dengan tata laksana <i>content analysis</i>.</li> <li>2. Meneliti juga komunikasi dan sikap dalam pelayanan gizi, selain SDM, implementasi dan struktur birokrasi.</li> <li>3. Informan utama ahli gizi, pramumasak dan pramusaji. Informan triangulasi adalah Kabid Penunjang, Ka. Instalasi Gizi, Ka. Ruang Perawatan dan pasien dari kelas 1, 2 dan 3.</li> </ol>

No	Nama Penulis dan Tahun	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
2	Dewi Marhaeni Diah Herawati, Anggun Rafisa, dan Ahmad Yani, (2015).	Analisis Pelayanan Gizi Rumah Sakit dengan Pendekatan <i>Health Technology Assesment (HTA)</i>	Peran manajemen rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan gizi rumah sakit lebih baik Situs 2 dari pada Situs 1 dimana manajemen telah melakukan kerjasama dengan dokter spesialis gizi untuk praktik dan menjadi konsultan dalam pelayanan. Teknologi pelayanan gizi ada 2 hal yaitu pelayanan asuhan gizi dan penyelenggaraan makan.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan tata laksana campuran (<i>mix-methode</i>).</li> <li>2. Meneliti tentang layanan asuhan gizi pasien rawat inap.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan perbandingan layanan asuhan gizi dan penyelenggaraan makanan pada dua rumah sakit dan dua kasus pasien dengan penyakit yang berbeda. RS situs 1 dengan pasien gagal ginjal kronik dan RS situs 2 dengan pasien diabetes mellitus.</li> <li>2. Analisis data kuantitatif dilakukan secara deskriptif dan kualitatif dilakukan secara <i>content analysis</i>.</li> </ol>

No	Nama Penulis dan Tahun	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
3	Rizki Muliawardani dan Ahmad Ahid Mudayana, (2016).	Analisis Manajemen Pelayanan Gizi Di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta	Perencanaan pelayanan gizi sudah dilaksanakan dengan baik dan sesuai dengan PGRS, pengorganisasian sudah tersusun dengan baik, pelaksanaan pelayanan gizi sudah berjalan dengan baik dan sesuai dengan PGRS tetapi kegiatan asuhan belum berjalan dengan rutin, karena terdapat rangkap pekerjaan pada petugas, sedangkan pengawasan sudah berjalan dengan baik, dan evaluasi sudah berjalan dengan baik.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meneliti manajemen pelayanan gizi di rumah sakit meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi.</li> <li>2. Menggunakan tata laksana observasi dan wawancara secara mendalam.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan tata laksana deskriptif kualitatif .</li> <li>2. Informan dalam penelitian ini yaitu kepala penunjang medis, kepala instalasi gizi, ahli gizi, juru masak dan pramusaji.</li> </ol>

No	Nama Penulis dan Tahun	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
4	Campbell <i>et.al</i> (2002)	<i>Assessment of nutritional status in hospital in-patients.</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penaatan pengukuran berat badan sebesar 67%, berat dan tinggi badan sebesar 41%.</li> <li>2. Berat badan dicatat untuk menilai keseimbangan cairan atau dosis obat, bukan untuk menilai status gizi.</li> <li>3. Tidak ada data yang menunjukkan pengukuran berat badan atau berat badan dan tinggi badan dapat digunakan untuk menilai pengaruh manajemen nutrisi pada pasien.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengukuran kinerja asesmen nutrisi pada pasien rawat inap.</li> <li>2. Data dikumpulkan dalam database dan hasil dianalisis menggunakan sistem komputer.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jenis penelitian: survey dengan sampel acak</li> <li>2. Membagi pasien berdasarkan lima kelompok penyakit</li> </ol>

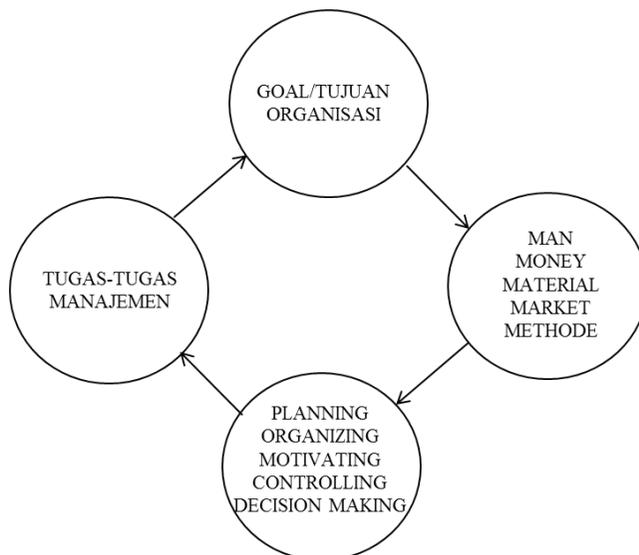
No	Nama Penulis dan Tahun	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
5	Thomas <i>et.al</i> , (2000)	<i>Nutritional Management in Long-Term Care: Development of a Clinical Guideline</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat panduan klinis menjadi dua bagian, satu dirancang untuk staf perawat, staf tata boga, dan ahli gizi, dan yang kedua dirancang untuk dokter, apoteker, dan ahli gizi.</li> <li>2. Panduan Klinis digunakan untuk mencegah dan mengelola malnutrisi pasien dalam perawatan yang lama.</li> <li>3. Panduan Klinis disajikan secara linear menggunakan algoritma</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meneliti manajemen gizi pasien rawat inap</li> <li>2. Mengevaluasi panduan manajemen nutrisi yang sudah berjalan di RS selama ini</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sampel pasien yang diteliti diseleksi berdasarkan pasien yang dalam perawatan jangka panjang.</li> <li>2. Membuatkan model panduan manajemen nutrisi yang baru.</li> </ol>

No	Nama Penulis dan Tahun	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
6	Cicilia Lihawa, Muhammad Mansur, dan Tri Wahyu S (2015)	Faktor-faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Dokter di Ruang Rawat Inap RSI Unisma Malang	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat hubungan antara susunan form RM yang kurang sistematis dengan ketidaklengkapan pengisian rekam medis.</li> <li>2. Membuat rancangan form RM terintegrasi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meneliti kelengkapan pengisian berkas rekam medis pasien rawat inap.</li> <li>2. Meneliti pengaruh ketidaklengkapan RM berdasarkan kategori: SDM, tata laksana, sarana dan prasarana.</li> <li>3. Menggunakan instrumen kuisioner dengan pertanyaan tertutup (iya-tidak).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sampel penelitian adalah dokter.</li> <li>2. Analisis data menggunakan diagram <i>fishbone</i>, tata laksana <i>USG (Urgency, Seriousness, and Growth)</i>, dan tapisan <i>McNamara</i>.</li> </ol>

No	Nama Penulis dan Tahun	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
7	Gini Wuryandari (2013)	Peningkatan Kelengkapan Rekam Medis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekapitulasi penilaian hasil pengisian rekam medis pasien rawat inap dibagi berdasarkan kategori kelengkapan 48,61%, kebenaran sebesar 26,80% dan legalitas 36,53%.</li> <li>2. Tiga faktor yang mempengaruhi hasil pengisian RM, yaitu: material, pengetahuan prosedur dan pengetahuan alur.</li> <li>3. Hasil pengisian rekam medis termasuk kategori jelek disebabkan pengaruh dari proses pengisian rekam medis pada semua jenis profesi serta pengetahuan prosedur rendah dan pengetahuan alur rekam medis yang rendah.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meneliti kelengkapan pengisian berkas rekam medis pasien rawat inap.</li> <li>2. Meneliti tentang pengaruh manajemen proses pengisian terhadap hasil pengisian rekam medis.</li> <li>3. Menggunakan instrumen kuisioner.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sampel penelitian adalah: dokter, perawat dan petugas administrasi.</li> <li>2. Analisis data penelitian ini menggunakan analisis deskriptif diagnostik yaitu menganalisis kondisi format dan kondisi waktu dalam menunjang pengisian rekam medis.</li> <li>3. Menindaklanjuti hasil dengan melakukan <i>FGD (Focus Group Discussion)</i></li> </ol>

### C. Kerangka Teori

Menurut Wursanto (1983) organisasi dijalankan oleh komponen penyusunnya yaitu sumber daya manusia, keuangan, peralatan, pasar, dan tata laksana untuk mencapai tujuan organisasi. Dalam pelaksanaannya organisasi menjalankan fungsi pengawasan, pengelolaan, pengarahan, pengendalian dan pembuatan keputusan. Komponen penyusun organisasi dan fungsi organisasi saling bersinergi dalam dinamika untuk meningkatkan hasil yang dirancang oleh organisasi.

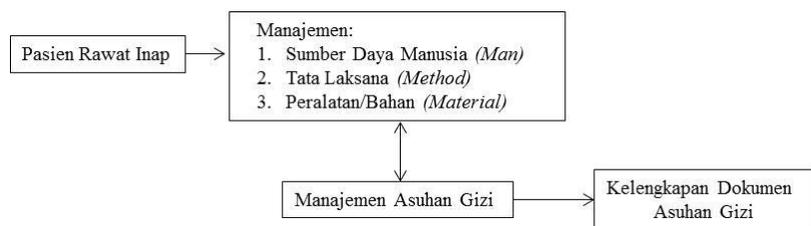


Gambar 2.3. Siklus tugas-tugas manajemen  
Sumber: Wursanto (1983)

Menurut Reksohadiprodjo (1999) manajemen dapat berlangsung karena peranan antar pribadi dalam memberi informasi dan pengambil keputusan. Dengan demikian sumber daya manusia menjadi pusat dalam menjalankan fungsi manajemen karena kemampuannya untuk mengelola setiap komponen organisasi yaitu keuangan, peralatan, pasar, dan tata laksana.

#### D. Kerangka Konsep

Konsep manajemen asuhan gizi yang dilaksanakan pada pasien rawat inap dirumah sakit dapat dijabarkan dengan gambar 2.4.



Gambar 2.4. Bagan kerangka konsep

Proses asuhan gizi pasien rawat inap di rumah sakit merupakan sebuah proses manajemen yang menggunakan tata laksana, sumber daya manusia pelaksana, dan

peralatan/bahan. Tata laksana yang digunakan merupakan aturan standar yang dituangkan dalam Standar Prosedur Operasional (SPO) Asuhan Keperawatan yang mengatur antara lain mengenai pendataan identitas pasien dan penyakitnya, skrining gizi awal, dan data lainnya yang terkait dengan status gizi pasien. Data awal pasien yang teridentifikasi memenuhi syarat skrining lanjut, kemudian dianalisis menggunakan tata laksana skrining lanjut oleh ahli gizi berdasarkan SPO Asuhan Gizi.

Perawat dan ahli gizi merupakan sumber daya manusia tenaga kesehatan yang menjalankan peran pengelolaan dan penggunaan tata laksana yang telah ditentukan. Kecermatan perawat dan ahli gizi dalam menjalankan SPO menjadi penentu dalam proses asuhan gizi yang akan dilakukan pada pasien. Peralatan dan bahan berupa alat untuk mengobservasi pasien dan mencatat dalam formulir harus tersedia dalam jumlah yang memadai dan dalam kondisi baik.

Seluruh proses manajemen asuhan gizi berupa tata laksana, sumber daya manusia, dan peralatan/bahan, berdasarkan pelaksanaan dan kesesuaiannya dapat diketahui dengan memeriksa rekam medis. Sehingga untuk mengetahui berjalannya proses manajemen asuhan gizi salah satu alat untuk mengukurnya adalah ketepatan, kesesuaian dan kelengkapan dalam mengisi rekam medis.

#### **E. Hipotesis dan Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan telaah pustaka sebagaimana diuraikan di atas dapat diajukan hipotesis dan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

- a. Terdapat hubungan antara sumber daya manusia perawat dan ahli gizi dengan kelengkapan dokumen status gizi pasien rawat inap.
- b. Terdapat hubungan antara tata laksana pelayanan asuhan gizi dengan kelengkapan dokumen status gizi pasien rawat inap.

c. Terdapat hubungan antara peralatan dan bahan pada instalasi gizi dengan kelengkapan dokumen status gizi pasien rawat inap.