

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Objek dan Subjek Penelitian**

###### **a. Gambaran Objek Penelitian**

Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman merupakan pengembangan atau perluasan unit usaha dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Rumah sakit pertama kali beroperasi pada tanggal 15 Februari 2009 dan baru mendapatkan ijin operasional pada tanggal 16 Juni 2010 dengan SK Ijin operasional sementara Nomor 503/0299a/DKS/2010. Pimpinan Pusat Muhammadiyah adalah merupakan pemilik dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman. Pemerintah mengakui Persyarikatan Muhammadiyah sebagai badan hukum dengan dikeluarkannya SK Badan Hukum Nomor: I-A/8.a/1588/1993 tertanggal 15 Desember 1993. Status

akreditasi Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman adalah Paripurna berdasarkan Surat Keputusan Akreditasi yang dikeluarkan oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Nomor: KARS-SERT/485/XII/2016 tertanggal 21 Desember 2016 dan berlaku hingga 9 November 2019.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman mempunyai visi mewujudkan Rumah Sakit Pendidikan Utama dengan keunggulan dalam pelayanan kesehatan, pendidikan dan riset dengan sistem jejaring dan kemitraan yang kuat pada tahun 2018. Visi ini dijabarkan dalam misi yaitu:

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, menyeluruh dan holistik untuk setiap tingkatan masyarakat melalui pendekatan promotif, preventif, perawatan dan pengobatan dan rehabilitatif.
2. Menyelenggarakan pendidikan kedokteran dan kesehatan yang unggul dan Islami dalam rangka menyiapkan insan yang berkarakter.

3. Menyelenggarakan penelitian dan pengabdian masyarakat dalam bidang kedokteran dan kesehatan.
4. Menyelenggarakan dakwah Islam melalui pelayanan dan pendidikan kedokteran dan kesehatan.

Jenis layanan yang diberikan oleh Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping terdiri dari layanan medis dan penunjang medis berupa:

1. Gawat darurat 24 jam.
2. Klinik spesialis sebanyak 12 spesialis yaitu Kebidanan, Anak, Penyakit Dalam, Paru, Jantung, Bedah umum, Ortopedi, Gigi, THT, Mata, Saraf dan Kulit Kelamin.
3. Rawat inap yang terdiri dari 135 tempat tidur, terbagi menjadi kelas VIP, Utama, kelas 1, 2 dan 3.
4. Kamar bayi terdapat 15 tempat tidur.
5. Perawatan intensif terdapat 4 tempat tidur, Kamar operasi, Unit Hemodialisa, Laboratorium, Fisioterapi, Radiologi, Farmasi rumah sakit, Gizi, Bina rohani, Pemulsaran jenazah.

Instalasi gizi sebagai layanan penunjang medis, operasionalnya sesuai dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II Nomor: 0319/SK.3.2/IV/2015 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi, dengan ruang lingkup kegiatan pelayanan gizi di RS PKU Muhammadiyah Gamping terdiri dari:

1. Penyelenggaraan Makanan.
2. Pelayanan Gizi Rawat Inap.
3. Pelayanan Gizi Rawat Jalan.
4. Penelitian dan Pengembangan Gizi.

Pelayanan gizi rawat inap terdistribusi pada beberapa ruang perawatan, sebagai berikut:

1. ICU/ICCU (ruang kritis).
2. Firdaus (ruang VIP).
3. Naim.
4. Wardah.
5. Zaitun.
6. Al Kausar (ruang kelas 3 dewasa laki-laki).

7. Arroyan (ruang kelas 3 dewasa perempuan).

## b. Gambaran Subjek Penelitian

Subjek penelitian terdiri dari perawat, ahli gizi dan rekam medis pasien di ruang perawatan bangsal kelas 3 Al Kausar dan Arroyan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping. Perawat yang menjadi responden sebanyak 30 orang dan perawat yang menjadi informan sebanyak 5 orang. Ahli gizi yang menjadi responden sebanyak 2 orang yang juga berperan sebagai informan dalam penelitian.

Karakteristik perawat di ruang Al Kausar dan Arroyan RS PKU Muhammadiyah Gamping ditampilkan dalam Tabel 4.1.

Tabel 4.1. Distribusi perawat di ruang Al Kausar dan Arroyan

Ruang	Pendidikan		Jumlah (orang)
	Ners (orang)	D3 Keperawatan (orang)	
Al Kausar	5	10	15
Arroyan	6	9	15
Total	11	19	30

Sumber: Bagian SDM RS PKU Muhammadiyah Gamping (2017)

Berdasarkan tabel 4.1 total perawat dari kedua ruang perawatan berjumlah 30 orang. Perawat dengan pendidikan Ners di ruang Al Kausar sebanyak 5 orang dan di ruang Arroyan sebanyak 6 orang, sedangkan D3 Keperawatan di ruang Al Kausar sebanyak 10 orang dan di ruang Arroyan sebanyak 9 orang. Ahli gizi dalam penelitian ini berjumlah 2 orang dengan pendidikan S1 Gizi.

Rekam medis pasien yang dijadikan subjek penelitian berjumlah 30 berkas dan karakteristiknya dibagi berdasarkan jenis kelamin, diagnosa penyakit dan umur (Tabel 4.2).

Tabel 4.2. Distribusi rekam medis pasien berdasarkan jenis kelamin, diagnosa penyakit dan umur pasien

<b>Karakteristik Pasien</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Prosentase (%)</b>
<b>Jenis kelamin</b>		
Perempuan	15	50
Laki-laki	15	50
<b>Total</b>	30	100
<b>Diagnosa</b>		
Jantung	10	33,33
Diabetes	10	33,33
Hipertensi	10	33,33
<b>Total</b>	30	100
<b>Umur</b>		
< 45 tahun	2	6,66
45-59 tahun	14	46,66
60-69 tahun	8	26,66
> 70 tahun	6	20
<b>Total</b>	30	100

Sumber: Rekam Medis RS PKU Muhammadiyah Gamping (2017)

Berdasarkan Tabel 4.2., persentase pasien dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 15 orang (50%) dan laki-laki 15 orang (50%). Pasien dengan diagnosa penyakit jantung 10 orang (33,33%), diabetes 10 orang (33,33%) dan hipertensi 10 orang (33,33%). Pasien berusia < 45 tahun sebanyak 2 orang (6,66%), antara 45-49 tahun sebanyak 14 orang (46,66%), antara 60-69

tahun sebanyak 8 orang (26,66%), dan berusia > 70 tahun sebanyak 6 orang (20%).

Lama hari rawat atau *Length of Stay (LoS)* pasien kurang dari 7 hari, atau rata-rata sekitar 3-4 hari, baik pasien dengan jantung, diabetes atau hipertensi. Penilaian gizi awal pasien yang dirawat menggunakan metode *malnutrition screening tools (MST)* dari rumah sakit sesuai dengan standar Kemenkes (PGRS). Metode ini digunakan untuk penilaian status gizi pada pasien dewasa.

## **2. Hasil Penelitian**

### **a. Manajemen Sumber Daya Manusia Pelayanan Asuhan Gizi**

#### **i. Sumber Daya Manusia Perawat**

Perawat di Bangsal Al Kausar dan Arroyan berjumlah 39 orang. Pada saat penelitian, perawat yang menjadi responden berjumlah 30 orang dikarenakan 3 orang perawat pelaksana sedang cuti saat dilakukan pengambilan data, 4 orang tidak masuk

dalam kriteria inklusi dan 2 orang kepala ruangan tidak terlibat sebagai responden. Karakteristik perawat di Bangsal Al Kausar dan Arroyan ditampilkan pada tabel 4.3.

Tabel 4.3. Karakteristik perawat berdasarkan umur dan pendidikan

<b>Karakteristik Perawat</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Prosentase (%)</b>
<b>Umur</b>		
15-24 tahun	6	20
25-34 tahun	24	80
<b>Total</b>	30	100
<b>Pendidikan</b>		
Ners/S1 Keperawatan	11	36,67
D3 Keperawatan	19	63,33
<b>Total</b>	30	100

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Dari Tabel 4.3. diketahui mayoritas responden perawat berada dalam rentang usia 25-34 tahun sebanyak 24 orang (80%), sedangkan rentang umur 15-24 tahun sebanyak 6 orang (20%). Perawat dengan latar belakang pendidikan S1 Ners 11 orang (36,67%) dan 19 orang (63,33%) D3 Keperawatan.

Untuk mendapatkan informasi tentang tingkat pengetahuan perawat terhadap pengisian form

asesmen nutrisi digunakan kuisisioner yang berisi pertanyaan terkait pemahaman tata laksana pengisian form asesmen nutrisi yang meliputi kelengkapan isi formulir, kemudahan pengisian formulir, ketepatan substansi isi formulir dan ketepatan waktu pengisian formulir (Tabel 4.4).

Tabel 4.4. Tingkat pengetahuan perawat tentang pengisian form asesmen nutrisi

Tingkat pengetahuan	Asesmen Nutrisi		Pola Nutrisi dan Metabolik		Kebutuhan Edukasi (diet dan nutrisi)	
	F	%	f	%	f	%
Kurang	3	10	1	3	0	0
Cukup	3	10	12	40	6	20
Baik	24	80	17	57	24	80
<b>Total</b>	30	100	30	100	30	100

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Tingkat pengetahuan perawat sebagaimana dimuat dalam Tabel 4.4 menunjukkan bahwa pengetahuan perawat pada pengisian asesmen nutrisi dan pola nutrisi serta metabolik berada pada kategori kurang, cukup dan baik, sedangkan pengetahuan perawat pada pengisian kebutuhan edukasi berada pada kategori cukup dan baik.

Perawat memiliki tanggung jawab untuk mengisi secara lengkap form asesmen nutrisi pada saat pasien masuk di rawat inap. Hasil pengisian form asesmen nutrisi yang termuat dalam lembar asesmen awal keperawatan ditampilkan pada Tabel 4.5.

Tabel 4.5. Kelengkapan pengisian lembar asuhan gizi di bangsal Al Kausar dan Arroyan di RS PKU Muhammadiyah Gamping

Kelengkapan pengisian	Asesmen Nutrisi		Pola Nutrisi dan Metabolik		Kebutuhan Edukasi (diet dan nutrisi)	
	f	%	f	%	f	%
Lengkap	25	83,33	8	26,7	13	43,3
Tidak lengkap	5	16,7	22	73,3	17	56,7
<b>Total</b>	30	100	30	100	30	100

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Dari Tabel 4.5, dapat ditentukan bahwa kelengkapan lembar asuhan gizi dengan urutan tertinggi adalah asesmen nutrisi, kemudian kebutuhan edukasi dan urutan terakhir Pola nutrisi dan metabolik.

Sebaran keterisian dari lembar asuhan gizi oleh perawat di bangsal Al Kausar dan Arroyan ditampilkan pada Tabel 4.6, yang memperlihatkan

bahwa pernyataan yang diisi lengkap oleh perawat meliputi tanggal lahir pasien, dan asesmen nutrisi (skor MST). Sebanyak 12 pernyataan lain keterisiannya berkisar antara 33 hingga 96%.

Tabel 4.6. Sebaran keterisian lembar asuhan gizi oleh perawat di bangsal Al Kausar dan Arroyan di RS PKU Muhammadiyah Gamping (n=30)

Pengkajian pasien pada Form rm 13b	Terisi		Tidak terisi		Keterangan
	f	%	f	%	
<b>Asesmen Nutrisi</b>					
Tanggal lahir pasien	30	100	0	0	Terisi lengkap dengan stiker barcode
Alasan masuk / keluhan utama	25	83,33	5	16,67	Belum terisi lengkap berupa diagnosis penyakit dengan tulisan tangan.
Asesmen nutrisi (skor MST)	30	100	0	0	Terisi lengkap berupa nilai mulai dari 0 sd $\geq 4$ dengan tulisan tangan
<b>Pola Nutrisi</b>					
Antropometri (BB, TB, IMT)	10	33.33	20	66.67	Belum terisi lengkap
Pemeriksaan Laboratorium	14	46.67	16	53.33	Belum terisi lengkap, hasil laboratorium ada dalam lembar terpisah
Tanda klinis	17	56.67	13	43.33	Belum terisi lengkap
Riwayat nutrisi	23	76.67	7	23.33	Belum terisi lengkap
Porsi makan	24	80.00	6	20.00	Belum terisi lengkap
Diet	29	96.67	1	3.33	Belum terisi lengkap
Jenis diet	24	80.00	6	20.00	Belum terisi lengkap
Terpasang NGT (tgl)	26	86.67	4	13.33	Belum terisi lengkap
Tujuan NGT	9	30.00	21	70.00	Belum terisi lengkap
Jumlah minum	16	53.33	14	46.67	Belum terisi lengkap
<b>Kebutuhan Edukasi</b>					
Edukasi diet dan nutrisi	13	43,33	17	56,67	Tidak terisi lengkap, karena bila dari skor MST < dari 2, maka belum perlu asuhan gizi.

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Pengujian terhadap hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan keterisian lembar asuhan gizi dimulai dengan melakukan uji normalitas data menggunakan *test normality Kolmogorov-Smirnov* pada 3 (tiga) data yaitu hasil pengisian asesmen nutrisi, pola fungsional dan kebutuhan edukasi. Selanjutnya dilakukan uji korelasi menggunakan *Rank-Spearman's* jika data terdistribusi tidak normal, dan menggunakan uji *Pearson Correlation* jika data terdistribusi normal.

Hasil pengujian hubungan antara tingkat pengetahuan dengan keterisian lembar asuhan gizi adalah sebagai berikut:

- a. Hubungan pengetahuan perawat tentang pengisian asesmen nutrisi dengan keterisian formulir asesmen nutrisi.

Hasil uji normalitas pada penelitian didapatkan nilai  $p < 0,02$  yaitu  $sig < 0,05$  (0,002) atau data

tidak homogen, sehingga distribusi data dikatakan tidak normal.

Hasil uji *Rank-Spearman's* hubungan pengetahuan dan keterisian asesmen nutrisi didapatkan hasil sig 0,262 ( $p > 0,05$ ). Hasil ini menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dan keterisian asesmen nutrisi.

- b. Hubungan pengetahuan perawat tentang pengisian pola fungsional dengan keterisian formulir pola fungsional.

Hasil uji normalitas didapatkan nilai  $p > 0,05$  yaitu sig  $> 0,109$  yang artinya data terdistribusi normal.

Hasil uji hubungan menggunakan *Pearson Correlation* pada pengetahuan perawat dan keterisian lembar pola fungsional didapatkan hasil sig (2-tailed) 0,008 ( $p < 0,05$ ), yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan perawat dan keterisian lembar pola fungsional. Nilai *pearson correlation* sebesar -0,476 yang berarti

hubungan tersebut adalah hubungan negatif dengan pengertian bahwa semakin tinggi pengetahuan maka semakin rendah keterisian lembar pola fungsional.

- c. Hubungan pengetahuan pengisian kebutuhan edukasi dengan keterisian kebutuhan edukasi.

Hasil uji normalitas pada penelitian didapatkan nilai  $p < 0,03$  yaitu  $\text{sig} < 0,05$  (0,003) atau data tidak homogen, sehingga distribusi data dikatakan tidak normal. Hasil uji *Rank-Spearman's* hubungan pengetahuan dan keterisian kebutuhan edukasi didapatkan hasil  $\text{sig} 0,528$  ( $p > 0,05$ ), hasil ini menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dan keterisian kebutuhan edukasi.

## ii. Sumber Daya Manusia Ahli Gizi

Ahli gizi memiliki tanggung jawab untuk mengisi secara lengkap form penilaian gizi yang terdiri dari Formulir Asuhan Gizi, Formulir Skrining Ulang Gizi, Catatan Perkembangan Pasien

Terintegrasi, dan Catatan Edukasi. Pengisian form-form tersebut berdasarkan hasil penilaian terhadap kondisi pasien yang meliputi status gizi pasien dan kondisi khusus yang menyertai pasien. Rekam medis yang ditelaah adalah rekam medis pasien dengan kondisi khusus yaitu pasien diabetes mellitus atau jantung atau hipertensi. Hasil pengisian form penilaian gizi oleh ahli gizi ditampilkan pada Tabel 4.7.

Tabel 4.7. Keterisian formulir penilaian gizi oleh ahli gizi (n=30)

Formulir Penilaian Gizi	Terisi Lengkap		Terisi Sebagian		Tidak terisi	
	F	%	f	%	f	%
Asuhan Gizi	0	0	0	0	30	100
Skринing Ulang Gizi	0	0	0	0	30	100
CPPT	14	46,67	0	0	16	53,33
Catatan Edukasi	0	0	7	21,37	23	78,63

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Berdasarkan Tabel 4.7. diketahui bahwa formulir asuhan gizi keterisiannya 0%, formulir skrining ulang gizi 0%, CPPT 14 berkas (46,67%), dan catatan edukasi 7 berkas (21,37%). Pada catatan

edukasi sebanyak 7 rekam medis yang terisi sebagian, data yang tidak lengkap adalah pada kolom penerima edukasi dan catatan.

## **b. Manajemen Tata Laksana Pelayanan Asuhan Gizi**

Manajemen tata laksana pelayanan asuhan gizi yang diberikan rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping terbagi menjadi 2 tahap, yaitu pertama tata laksana asesmen nutrisi oleh perawat di ruang rawat inap, dan tahap kedua berupa penilaian asuhan gizi oleh ahli gizi.

### **i. Tata Laksana Asesmen Nutrisi Oleh Perawat**

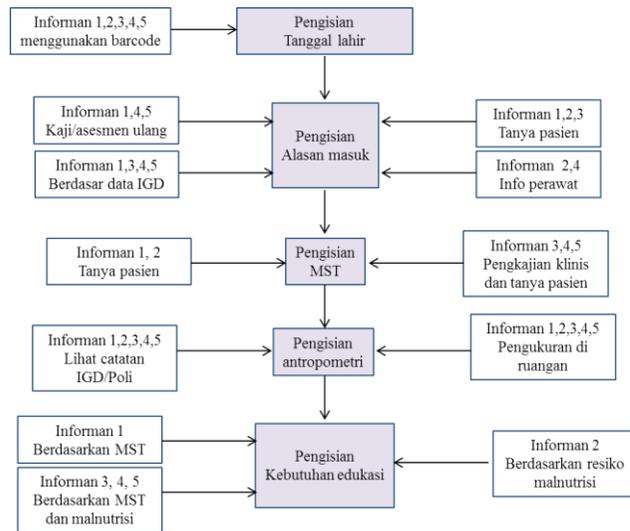
Perawat ruang rawat inap menilai status gizi pasien yang baru masuk ruang perawatan menggunakan Formulir Asesmen Awal Keperawatan (RM 13.b) untuk mengumpulkan data pendukung atau data terkait dengan asuhan gizi yang menjadi tanggung jawab perawat, berupa:

1. Tanggal lahir pasien (umur pasien).
2. Alasan masuk atau keluhan utama.

3. Asesmen nutrisi dengan menghitung skor *Malnutrition Screening Tools* (MST).
4. Data antropometri (berat badan, tinggi badan dan IMT).
5. Riwayat nutrisi (anoreksia, mual, muntah), dan kebutuhan edukasi (diet dan nutrisi).

Pengisian asesmen nutrisi yang dilakukan oleh perawat disesuaikan dengan tata laksana yang telah ditetapkan. Hasil coding wawancara dengan perawat mengenai tata laksana pengisian asesmen nutrisi ditampilkan pada Tabel 4.14.

Alur pertanyaan pada saat wawancara dengan informan perawat ditampilkan pada Gambar 4.1.



Gambar 4.1. Alur pertanyaan pada informan perawat tentang tata laksana pengisian asesmen nutrisi

Tabel 4.8. Hasil koding wawancara tentang tata laksana pengisian asesmen nutrisi dengan lima perawat sebagai informan

Informan	Evaluasi					Tematik
	Pengisian tanggal lahir	Pengisian alasan masuk	Pengisian MST	Pengisian antropometri	Pengisian Edukasi	
Informan 1	Stiker barcode	Kaji ulang, lihat catatan poli/IGD, tanya pasien	Tanya pasien	Lihat catatan poli/IGD, atau ukur di ruang rawat inap	Berdasarkan nilai MST	Barcode, kaji ulang, tanya pasien, catatan poli/IGD dan ukur, data MST
Informan 2	Stiker barcode	Info perawat sebelumnya dan validasi ulang	Tanya pasien	Diukur di ruang rawat inap, lihat catatan IGD/poli	Pasien berisiko malnutrisi	Barcode, validasi, tanya pasien, catatan poli/IGD dan ukur, data resiko malnutrisi
Informan 3	Stiker barcode	Tanya pasien, baca hasil IGD	Tanya pasien dan lihat kondisi pasien	Diukur di ruang rawat inap, lihat catatan poli/IGD	Pasien berisiko malnutrisi, MST>2	Barcode, kaji ulang, tanya pasien dan hasil IGD, kondisi pasien, catatan poli/IGD dan ukur, data MST>2
Informan 4	Stiker barcode	Asesmen ulang, Tanya perawat sebelumnya	Pengkajian dan tanya pasien	Salin catatan poli/IGD atau diukur di ruangan	Pasien berisiko malnutrisi, data MST	Barcode, asesmen ulang, tanya pasien dan pengkajian, catatan poli/IGD dan ukur, data resiko malnutrisi/MST
Informan 5	Stiker barcode	Asesmen ulang, baca rekam medis poli/IGD	Tanya pasien dan lihat klinis pasien	Lihat catatan poli, pengukuran di ruangan rawat inap	Pasien berisiko malnutrisi, berdasarkan data MST	Barcode, asesmen ulang, tanya dan lihat klinis pasien, catatan poli dan ukur, data resiko malnutrisi/MST

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Kegunaan data tanggal lahir pasien adalah untuk menentukan kategori pasien dalam kelompok rentan gizi. Penulisannya telah menggunakan sistem stiker barcode sesuai pernyataan perawat:

*“Bentuknya barcode, berupa stiker isinya tanggal, bulan dan tahun pasien. Untuk umur pasien ada di dalam data lembar biru” (Informan Perawat 2).*

*“Pakai stiker barcode, isinya tanggal, bulan dan tahun pasien, kalau umur adanya dilembar formulir yang lain” (Informan Perawat 3).*

Data alasan masuk atau keluhan utama berisi informasi jenis penyakit yang menjadi alasan atau keluhan utama pasien dirawat. Kegunaan pentingnya adalah untuk mengetahui apakah pasien termasuk dalam kondisi khusus meliputi penurunan imunitas, penyakit ginjal kronik hemodialisis, geriatri, kanker kemoterapi, luka bakar, diabetes mellitus, penurunan fungsi ginjal berat, sirosis hepatitis, transplantasi, cedera kepala berat, pneumonia berat, stroke, bedah digestif, dan patah tulang punggung.

Cara perawat mengisi data alasan masuk berdasarkan orientasi pasien, informasi perawat sebelumnya, atau menanyakan pada pasien seperti pernyataan berikut:

*“Saat pasien baru masuk, biasanya ada orientasi pada pasien untuk ruangan, PPJP, DPJP, sambil kami asesmen ulang. Operan dulu dengan perawat sebelumnya, sehingga sudah ada clue nya, diagnosanya ini. Diverifikasi ulang dengan datang lagi ke pasien kemudian ditanyakan keluhannya, jadi pengisian alasan ini berdasarkan validasi ulang” (Informan Perawat 2).*

*“Sebelum pasien dikirim keruangan, perawat poli atau IGD sudah memberitahu apa alasan pasien dirawat, bisa juga dengan menanyakan pada pasien nya langsung saat melakukan pengkajian dan dengan membaca rekam medis dari poli atau IGD, serta saat serah terima dengan perawat sebelumnya” (Informan Perawat 5).*

Metode *Malnutrition Screening Tool* (MST) digunakan untuk dapat menentukan kondisi awal status gizi pasien dengan mengajukan dua pertanyaan pada pasien atau keluarga pasien yaitu:

1. Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak direncanakan dalam 6 bulan terakhir?

2. Apakah asupan makanan berkurang karena tidak ada nafsu makan?

Skor MST bernilai 0 sd  $\geq 4$  dengan masing-masing nilai memiliki kriteria status gizi pasien yaitu risiko ringan (skor MST: 0-1), risiko sedang (skor MST: 2-3), dan risiko tinggi (skor MST:  $\geq 4$ ).

Perawat mengisi ceklist asesmen nutrisi dengan cara bertanya kepada pasien sebagaimana pernyataan berikut:

*“Menanyakan langsung dua pertanyaan yang ada dalam form pada pasien, kemudian langsung diceklist dalam formulir asesmen awal keperawatan” (Informan Perawat 1).*

*“Saat melakukan pengkajian pada pasien, menanyakan langsung pertanyaan yang ada dalam form pada pasien, kemudian baru diceklist dalam formulir ini” (Informan Perawat 2).*

Antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu yang dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain pengukuran berat badan (BB) dan tinggi badan (TB), kemudian menghitung Indeks Masa Tubuh dari rasio tersebut. Perawat melakukan

pengisian berat badan dan tinggi badan menggunakan timbangan dan meteran di ruang perawatan, sebagaimana pernyataan berikut:

*”Pasiennya dari poli atau IGD biasanya BB sudah ditimbang, jika masih kurang, maka kami timbang diruangan dengan timbangan yang ada diruangan, TB kami ukur pakai meteran. Pasien yang masih bisa berdiri diukur pakai meteran yang berdiri. Kalau pasiennya tidak bisa bangun, diukur ditempat tidur” (Informan Perawat 1).*

*”Pasiennya dari poli atau IGD sudah ada catatannya jadi tinggal disalin. Jika belum ada data BB dan TBnya. Pasien ditimbang di ruangan dengan timbangan yang ada di ruangan, TB kami ukur pakai meteran, pasien yang masih bisa berdiri diukur pakai meteran yang berdiri, kalau pasiennya tidak bisa bangun, diukur ditempat tidur atau ditanya tingginya berapa” (Informan Perawat 4).*

Riwayat nutrisi sebelum masuk rumah sakit atau saat masuk rumah sakit berupa keluhan anoreksia, mual, dan muntah harus ditanyakan oleh perawat agar dapat diberikan asuhan gizi yang sesuai dengan kebutuhan klinis pasien. Pengisian ceklist kebutuhan edukasi dilakukan perawat dengan berdasarkan data resiko malnutrisi yang dialami pasien, sebagaimana pernyataan berikut:

*“Pasien berisiko malnutrisi, dasarnya hasil dari MST, bila hasil lebih dari dua, artinya pasien perlu edukasi diet dan nutrisi dari ahli gizi” (Informan Perawat 2).*

*“Pasien yang perlu edukasi gizi itu pasien-pasien yang punya risiko malnutrisi, dasarnya hasil MST. Bila hasil lebih dari dua, pasien perlu edukasi diet dan nutrisi dari ahli gizi, kemudian baru diceklist kebutuhan edukasi diet dan nutrisinya” (Informan Perawat 5).*

Perawat dalam pengisian asesmen nutrisi perlu merujuk pada Standar prosedur operasional yang telah ditetapkan dan telah dilatih agar lebih memahami bagaimana cara pengisian yang sesuai tata laksana yang baku. Hasil coding wawancara dengan perawat mengenai aturan pengisian asesmen nutrisi ditampilkan pada Tabel 4.9.

Tabel 4.9. Hasil koding wawancara tentang aturan pengisian asesmen nutrisi dengan lima perawat sebagai informan

Informan	Evaluasi		Tematik
	SPO pengisian formulir	Penjelasan dan pelatihan cara pengisian	
Informan 1	Ada SPO, belum pernah baca, disimpan di komputer, bentuk soft copy	Tidak ada pelatihan atau penjelasan, mengisi diajarkan perawat senior	SPO soft berkas di komputer, belum dibaca, tidak ada pelatihan
Informan 2	Ada SPO di komputer	Tidak ada pelatihan atau penjelasan, ada bimbingan, supervise perawat senior	SPO di komputer, tidak ada pelatihan
Informan 3	Tidak hapal, ada di komputer	Tidak ada pelatihan, ada penjelasan, diajarkan mengisi oleh perawat senior	SPO di komputer, tidak ada pelatihan
Informan 4	Ada SPO, ada di komputer	Bimbingan dari bagian keperawatan, mengisi diajarkan dan disupervisi perawat senior	SPO soft berkas di komputer, tidak ada pelatihan
Informan 5	Ada banyak SPO pengisian, tidak hapal judul, ada di komputer	Ada penjelasan dari bagian keperawatan, pengisian diajarkan perawat senior	Ada banyak SPO di komputer, tidak ada pelatihan

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Perawat dalam mengisi Formulir Asesmen Awal Keperawatan merujuk pada Standar prosedur operasional sebagaimana ungkapan berikut:

*“Cara pengisian formulir ada SPOnya, termasuk formulir asesmen awal keperawatan, ada dalam komputer, bentuknya soft copy” (Informan Perawat 4).*

*“Ada banyak SPO cara pengisian formulir yang ada, tapi saya tidak hapal judulnya, karena banyak sekali SPOnya, semuanya ada dalam komputer” (Informan Perawat 5).*

Hasil pengisian asesmen nutrisi yang dilakukan oleh perawat selanjutnya dikonsultasikan kepada ahli gizi untuk mendapatkan penilaian dan penanganan atau pemberian asuhan gizi yang sesuai. Hasil coding wawancara dengan perawat mengenai tata laksana koordinasi perawat dengan ahli gizi ditampilkan pada Tabel 4.10.

Tabel 4.10. Hasil koding wawancara tentang tata laksana koordinasi perawat dengan ahli gizi

Subjek	Evaluasi		Tematik
	Persiapan	Teknik komunikasi	
Informan 1	Kumpulkan berkas pasien	Telepon	Kumpulan berkas dan menelepon ahli gizi
Informan 2	Kumpulkan data pasien	Telepon dan bicara langsung saat visite	Kumpulan berkas, menelepon ahli gizi dan bertemu saat visite
Informan 3	Kumpulkan data pasien	Telepon dan bicara langsung saat visite	Kumpulan berkas, menelepon ahli gizi dan bertemu saat visite
Informan 4	Kumpulkan data pasien 1 hari	Telepon	Kumpulan berkas dan menelepon ahli gizi
Informan 5	Kumpulkan data pasien	Telepon	Kumpulan berkas dan menelepon ahli gizi

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Hasil pengisian perawat pada Formulir Asesmen Awal Keperawatan (RM 13.b) akan ditelaah lebih lanjut oleh ahli gizi pada saat melakukan kunjungan/visite kepada pasien. Perawat melakukan koordinasi dengan ahli gizi terhadap pasien yang memerlukan asuhan gizi melalui pemberitahuan

telepon atau pada saat ahli gizi melakukan visite, sebagaimana pernyataan berikut:

*“Meminta pada ahli gizi via telpon, kalau ada pasien perlu konsul gizi. Dan juga saat ahli gizi visite keruangan” (Informan Perawat 2).*

*“Kami kumpulkan dulu seluruh data pasien yang perlu asuhan gizi, baru kemudian kami telpon dan juga saat ahli gizi visite keruangan kami ingatkan kalau ada pasien perlu konsul gizi” (Informan Perawat 3).*

## **ii. Tata Laksana Pelayanan Asuhan Gizi oleh Ahli**

### **Gizi**

Ahli gizi melaksanakan asuhan gizi berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO) Nomor Dokumen 30-GZ/X/2016 tentang Asesmen Gizi Lanjut, yang mensyaratkan dua penilaian yaitu:

1. Hasil skor MST dari skrining asesmen nutrisi awal oleh perawat yang tertulis dalam Formulir Asesmen Awal Keperawatan (RM 13.b).
2. Kondisi khusus pada pasien rawat inap.

Penilaian pertama kondisi gizi yang dilakukan oleh ahli gizi didasarkan pada data-data awal yang

terdapat pada Formulir Asesmen Awal Keperawatan (RM 13.b) yang diisi oleh perawat. Hasil coding wawancara dengan ahli gizi sebagai dasar pemberian asuhan gizi pada pasien ditampilkan pada Tabel 4.11.

Tabel 4.11. Hasil coding wawancara tentang penilaian awal ahli gizi terhadap kondisi nutrisi pasien

Subjek	Evaluasi		Tematik
	Penilaian	Kelengkapan data pendukung	
Informan 1	MST dan kebutuhan edukasi	Lengkap, dicek ulang	Nilai kondisi gizi, catatan lengkap, konfirmasi
Informan 2	Asesmen nutrisi dan pola nutrisi	Lengkap, dicek ulang data RM	Nilai kondisi gizi, catatan lengkap, konfirmasi

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Ahli gizi dalam melakukan penilaian kondisi gizi pasien didasarkan pada data awal yang terdapat pada Formulir Asesmen Awal Keperawatan (RM 13.b) sebagaimana pernyataan berikut:

*”Ceklist skrining awal, dan data yang menyangkut gizi atau yang mendukung kearah gizi saya baca semua. Saya fokuskan MST, termasuk juga ceklist kebutuhan edukasi” (Informan Ahli Gizi 1).*

*”Asesmen nutrisi, ceklist pola nutrisi, saya perlukan untuk menentukan apakah pasien perlu asuhan gizi” (Informan Ahli Gizi 2).*

Pasien yang dirawat dengan kondisi khusus dan nilai MST tertentu mendapatkan prosedur penilaian yang lebih rinci oleh ahli gizi. Hasil coding wawancara dengan ahli gizi tentang prosedur penanganan dan tindaklanjut pada pasien khusus dan nilai MST 0 dan 1 ditampilkan pada Tabel 4.12.

Tabel 4.12. Hasil coding wawancara dengan ahli gizi tentang prosedur penanganan dan pencatatan pada pasien khusus dan nilai MST 0 dan 1

Subjek	Evaluasi		Tematik
	Penanganan	Pencatatan	
Informan 1	Edukasi	CPPT	Edukasi, catat dalam CPPT
Informan 2	Asesmen ulang	CPPT	Asesmen ulang, catat dalam CPPT

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Hasil coding wawancara dengan ahli gizi tentang prosedur penanganan dan tindaklanjut pada pasien khusus dan nilai MST lebih dari 2 ditampilkan pada Tabel 4.13.

Tabel 4.13. Hasil coding wawancara dengan ahli gizi tentang prosedur penanganan dan pencatatan pada pasien khusus dan nilai MST lebih dari 2

Subjek	Evaluasi		Tematik
	Penanganan	Pencatatan	
Informan 1	Asesmen Gizi Lanjut	ADIME dan CPPT	Asesmen Gizi Lanjut, ADIME dan CPPT
Informan 2	Asesmen Gizi Lanjut	ADIME dan CPPT	Nilai kondisi gizi, catatan lengkap, konfirmasi

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Ahli gizi dalam memberi pertimbangan dan keputusan pemberian asuhan gizi dan pencatatan asuhan gizi pada pasien dengan MST nilai 0 atau nilai 0-1 dan pasien penderita diabetes mellitus atau hipertensi atau jantung, sebagaimana pernyataan berikut ini:

*”Tindaklanjutnya tidak selalu dengan asesmen lanjut, tapi dengan melakukan edukasi dan dicatat dalam CPPT, sama seperti yang ada dalam SPO” (Informan Ahli Gizi 1).*

*”Tindaklanjutnya dengan asesmen ulang, pasien datang, misalnya pasien DM dengan MST nilai nol, kemudian di asesmen dan dicatat dalam CPPT, seperti juga pasien-pasien yang malnutrisi, asupannya kurang, sama seperti yang ada dalam SPO. Bila tertulis diform skrining ulang otomatis*

*akan ada catatan juga di CPPT. Jika pasien yang kronik tapi kondisinya cukup stabil cukup dicatat di CPPT saja” (Informan Ahli Gizi 2).*

Pasien dengan nilai MST 2 hingga 3 dan pasien penderita diabetes mellitus atau hipertensi atau jantung, penanganan oleh ahli gizi adalah sebagaimana pernyataan berikut ini:

*“Nilainya sama atau lebih dari dua, maka langsung dicatat didalam form asuhan gizi lanjut, yang ada format ADIME. Saya catat juga dalam form CPPT, jadi saya double, supaya bisa terbaca juga sama bagian lain, karena terintegrasi juga” (Informan Ahli Gizi 1).*

*“ MST nilainya dua atau dua ke atas, dicatat didalam form asesmen gizi lanjut, yang ada ADIMEnya, dan juga dalam form CPPT. Saya dua kali, karena CPPT itu merupakan kolaborasi supaya dokternya tahu ahli gizi sudah melakukan asuhan apa saja dan bisa terbaca juga sama bagian lain” (Informan Ahli Gizi 2).*

Menurut ahli gizi, koordinasi dengan perawat jika ada pasien yang memerlukan asuhan gizi telah berjalan dengan baik dan dilakukan melalui telepon, sebagaimana pernyataan berikut:

*“Permintaan konsul gizi tidak melulu dari perawat, kadang dari dokternya. Koordinasi via telpon dari perawat. Biasanya pagi saya sudah ditelpon, dingatkan oleh perawat, karena ada pasien yang perlu konsul gizi. Karena kami ahli gizi hanya dinas shift pagi saja, jadi bila ada pasien yang masuk malam dan perlu konsul gizi, maka akan diaprah dari perawat malam kepada perawat pagi, trus perawat pagi telpon kami’ (Informan Ahli Gizi 1).*

*“Permintaan konsul via telpon dari perawat. Dari dokter juga masih ada permintaan untuk konsul gizi. Permintaan konsul dari dokter lewat perawat untuk memberikan info pasien-pasien yang perlu konsul’ (Informan Ahli Gizi 2).*

### **c. Manajemen Peralatan dan Bahan Pelayanan Asuhan Gizi**

Peralatan dan bahan yang digunakan pada pelayanan gizi adalah alat ukur dan lembar formulir asuhan gizi. Alat ukur digunakan oleh perawat atau ahli gizi untuk memperoleh data kondisi pasien melalui pengukuran langsung. Aspek alat ukur yang dinilai meliputi jumlah, fungsi dan perawatan.

Lembar formulir asuhan gizi adalah lembar yang digunakan perawat atau ahli gizi untuk mencatat hasil

pengukuran atau perhitungan atau pengkajian pasien. Penilaian lembar formulir asuhan gizi meliputi jumlah dan ketersediaan formulir dalam berkas rekam medis pasien.

Peralatan dan bahan yang perlukan perawat dan ahli gizi dalam pemberian asuhan gizi meliputi:

- a. Peralatan bagi perawat ruangan terdiri dari timbangan badan, pengukur tinggi badan, alat hitung (kalkulator), tensimeter, pengukur waktu (stopwatch/jam), pengukur suhu tubuh. Bahan terdiri dari formulir asesmen awal keperawatan (RM. 13.b), formulir CPPT (RM. 08) dan formulir edukasi (RM.10)
- b. Peralatan bagi ahli gizi terdiri dari timbangan badan, pengukur LiLa, buku daftar bahan makanan penukar, alat hitung (kalkulator) dan buku menyusun diet berbagai penyakit, daftar tabel dari BAPEN. Bahan terdiri dari formulir asuhan gizi (RM.19.e) dan formulir skrining ulang gizi (RM.19.f).

Jumlah peralatan perawat di bangsal Arroyan dan Al Kausar ditampilkan pada Tabel 4.14.

Tabel 4.14. Jumlah dan kondisi peralatan perawat di Bangsal Arroyan dan Al Kausar

Jenis Alat	Bangsal Arroyan		Bangsal Al Kausar	
	Jumlah (unit)	Kondisi	Jumlah (unit)	Kondisi
Timbangan badan	2	baik	1	baik
Tensimeter	5	baik	5	baik
Thermometer	2	baik	4	baik
Mistar	1	baik	3	baik
Stopwatch/jam	1	baik	4	baik
Alat hitung	1	baik	1	baik

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Peralatan pengukuran berat badan dan tinggi badan digunakan oleh perawat untuk mengetahui kondisi pasien. Hasil coding wawancara dengan perawat tentang penggunaan alat ukur oleh perawat ditampilkan pada Tabel 4.15.

Tabel 4.15. Hasil coding wawancara dengan perawat tentang penggunaan alat ukur oleh perawat

Subjek	Evaluasi			Pencatatan inventaris	Tematik
	Jumlah	Penggunaan alat	Kalibrasi		
Informan 1	Cukup	Di ruang rawat inap	ya	tidak tahu	Alat mencukupi di ruang rawat inap, ada kalibrasi namun tidak tahu tentang inventaris alat
Informan 2	Cukup	Di ruangan rawat inap	ya	ya	Alat mencukupi di ruang rawat inap, ada kalibrasi dan ada inventaris alat
Informan 3	Cukup	Di ruang rawat inap	ya	tidak tahu	Alat mencukupi di ruang rawat inap, ada kalibrasi namun tidak tahu inventaris alat
Informan 4	Cukup	Di ruangan rawat inap	ya	ya	Alat mencukupi, di ruang rawat inap, ada kalibrasi dan ada inventaris alat
Informan 5	Cukup	Di ruang rawat inap	ya	tidak tahu	Alat mencukupi di ruang rawat inap, ada kalibrasi namun tidak tahu inventaris alat

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Peralatan di bangsal Arroyan dan Al Kausar jumlahnya mencukupi dan keseluruhannya dalam kondisi baik serta laik pakai. Untuk mengetahui kondisi fisik pasien, perawat melakukan pengukuran langsung menggunakan peralatan yang tersedia atau bila tidak memungkinkan karena alasan keterbatasan pasien maka nilai pengukuran didasarkan pada keterangan pasien atau keluarga pasien, sebagaimana pernyataan berikut:

*”Berat badan kami timbang di ruangan dengan timbangan. Tinggi badan kami ukur pakai meteran, pasien yang masih bisa berdiri diukur pakai meteran yang berdiri, kalau pasiennya tidak bisa bangun diukur ditempat tidur atau ditanya tingginya berapa” (informan Perawat 2).*

*“Pasien kiriman poli biasanya ditimbang, tapi kalau pasien kiriman IGD, karena pasien gawat biasanya jarang ditimbang, jadi kalau tidak ada catatan BB nya, kalau pasien masih bisa berdiri, kami timbang diruangan pas saat awal masuk. Tapi kalau pasiennya tidak kuat, kami cuma tanya aja BBnya. Kalau tinggi badan juga gitu cara ngisinya, trus kami ceklist dalam form pola nutrisi. Mengukurnya pakai timbangan dan meteran yang ada diruangan sendiri” (informan Perawat 5).*

Peralatan yang ada, dicatat didalam dokumen inventaris, memiliki kartu kontrol, perawatan rutin oleh bagian teknisi elektromedik rumah sakit, dan didokumentasikan secara lengkap oleh kepala bangsal. Manajemen peralatan tersebut sebagaimana dinyatakan oleh perawat berikut ini:

*“Alat-alat dikontrol kalibrasinya sama petugas elektromedik, kalau jumlah alat dikontrol sama supervisor ruangan, ada laporan tentang inventaris alatnya juga” (Informan Perawat 2).*

*“Peralatan dikontrol terus oleh bagian elektromedik, ada jadwalnya dan ada kartu kalibrasinya juga, kalau jumlah alatnya dikontrol oleh supervisor ruangan ini” (Informan Perawat 5).*

Peralatan pengukuran yang digunakan oleh ahli gizi digunakan untuk mengukur IMT dan kondisi pasien agar akurat dalam penentuan asuhan gizi. Hasil coding wawancara dengan perawat tentang penggunaan alat ukur oleh perawat ditampilkan pada Tabel 4.16.

Tabel 4.16. Hasil coding wawancara dengan ahli gizi tentang penggunaan alat ukur oleh ahli gizi

Subjek	Evaluasi			Tematik
	Jumlah	Pengukuran	Konfirmasi pasien	
Informan 1	Cukup	Menggunakan alat	Tidak	Alat mencukupi. Pengukuran menggunakan alat namun tidak konfirmasi ulang pada pasien
Informan 2	Cukup	Menggunakan alat	ya	Alat mencukupi. Pengukuran menggunakan alat dan dikonfirmasi pada pasien

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Ahli gizi dalam melakukan pengukuran antropometri yang meliputi berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, indeks masa tubuh, dan tinggi lutut menggunakan peralatan, sebagaimana pernyataan berikut:

*“Kalau pasiennya masih bisa bangun, kami ukur berat dan tingginya langsung pakai timbangan dan meteran untuk menghitung IMT, tapi kalau pasiennya tidak bisa bangun (apalagi tidak sadar, misalnya koma), kami cukup mengukur panjang lengan dari bahu sampai siku dan mengukur lingkaran lengan atas sesuai dengan cara dari BAPEN. Disini sudah ada tabel ukurannya berat, umur, jenis kelamin dan kategori malnutrisi atau tidak pasiennya” (Informan Ahli Gizi 1).*

*“Saya tanya pasien atau keluarganya berapa berat dan tinggi pasien, atau saya ukur panjang lengan*

*dari bahu sampai siku dan ukur lingkaran lengan atasnya pasien” (Informan Ahli Gizi 2).*

Lembar formulir asesmen awal keperawatan (RM.13.b) yang memuat skrining gizi awal, lembar formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) (RM.08) dan lembar formulir catatan edukasi (RM. 10) diperiksa oleh ahli gizi dalam proses penilaian asuhan gizi. Formulir-formulir yang telah diisi perawat dan formulir yang akan digunakan oleh ahli gizi merupakan kelengkapan bahan yang ada dalam manajemen bahan di asuhan gizi. Hasil coding wawancara dengan ahli gizi tentang manajemen formulir asuhan nutrisi ditampilkan pada Tabel 4.17.

Tabel 4.17. Hasil coding wawancara dengan ahli gizi tentang manajemen formulir asuhan nutrisi

Subjek	Evaluasi			Tematik
	Formulir asesmen nutrisi	Formulir asuhan gizi	Formulir skrining ulang gizi	
Informan 1	Membuka formulir	Dibawa saat visite	Dibawa saat visite	Ahli gizi membaca formulir yang telah terisi. Formulir yang akan diisi dibawa saat visite
Informan 2	Membaca formulir	Dibawa saat visite	Dibawa saat visite	Ahli gizi membaca formulir yang telah terisi. Formulir yang akan diisi dibawa saat visite

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Ahli gizi melakukan monitoring dan evaluasi terhadap ketersediaan dan pengisian lembar formulir asesmen nutrisi, formulir asuhan gizi dan formulir skrining ulang gizi. Monitoring dan evaluasi ahli gizi terhadap formulir asesmen nutrisi dilakukan dengan cara memastikan adanya formulir tersebut dalam rekam medis pasien dan membaca isi formulir, sebagaimana diungkapkan oleh ahli gizi, sebagai berikut:

*“Formulir asesmen nutrisi adanya didalam formulir asesmen awal keperawatan, diisi oleh perawat.*

*Bagian gizi melakukan kontrolnya dengan membaca, mempelajari tulisan yang telah diisi oleh perawat. Kami usahakan untuk sempat membuka seluruh status pasien rawat inap yang baru masuk, membaca lembar CPPT, catatan dokter, kemudian kami lakukan visite ke pasien yang sangat memerlukan perhatian khusus asuhan gizi” (Informan Ahli Gizi 1). “Formulir asesmen nutrisi itu, ada dalam lembar formulir asesmen awal keperawatan, diisi oleh perawat, asesmen nutrisi, pola nutrisi dan edukasi. Lembarannya ada di ruang keperawatan. Kami bagian gizi mengontrolnya saat visite ke ruangan, membaca yang diisi perawat, juga CPPT, catatan dokter. Diusahakan sempat membaca seluruh status pasien baru masuk. Kami lakukan visite ke pasien yang sangat memerlukan perhatian asuhan gizi” (Informan Ahli Gizi 2).*

Monitoring dan evaluasi ahli gizi terhadap formulir asuhan gizi dilakukan dengan cara terlebih dahulu memastikan apakah pasien memerlukan asuhan gizi, namun dalam pelaksanaannya dapat menggunakan formulir asuhan gizi atau dialihkan menggunakan formulir CPPT, sebagaimana diungkapkan oleh ahli gizi, sebagai berikut:

*“Kontrolnya dengan formulir ini dipegang oleh petugas gizi, dan dibawa saat visite ke pasien. Bila*

*ada pasien yang perlu asuhan gizi, petugas gizi langsung mengisi formulir ini dan dimasukkan dalam berkas RM. Sekarang kami jarang gunakan formulir ini, karena banyak ceklist yang harus diisi, sedangkan pasien yang divisite cukup banyak dan waktunya ga cukup, trus disepakati kalau kami boleh mengisi dilembar CPPT dengan pulpen warna ungu, saat persiapan akreditasi RS, serta pasien selalu dimonitor dan catatannya ada di lembar CPPT sampai pulang” (Informan Ahli Gizi 1).*

*“Kontrolnya dengan formulir ini dipegang langsung oleh saya, dan saya dibawa saat visite ke pasien. Bila ada pasien yang perlu asuhan gizi, baru ditulis dilembar ini, tapi sekarang kami menulisnya di lembar CPPT atau lembar edukasi. Karena saat tim survey akreditasi ada masukan dan kesepakatan untuk menghemat waktu biar sempat visite ke pasien, jadi lembar yang asuhan gizi jarang dipakai lagi sekarang. Saya langsung mengisi formulir CPPT atau edukasi gizi saja, pakai pulpen warna ungu. Sesuai kesepakatan kalau ahli gizi tulisannya warna ungu, trus pasien selalu dimonitor sampai pulang” (Informan Ahli Gizi 2).*

Monitoring dan evaluasi ahli gizi terhadap formulir skrining ulang gizi dilakukan dengan cara pengisiannya sesuai kebutuhan pasien, sebagaimana diungkapkan oleh ahli gizi, sebagai berikut:

*“Pengontrolan terhadap formulir ini dengan dipegang sendiri oleh petugas gizi, dan langsung diisi oleh petugas, karena tidak semua pasien memerlukannya” (Informan Ahli Gizi 1).*

*“Pengontrolan formulir ulang gizi juga sama, dipegang oleh saya, dan langsung diisi saat visite. Jadi saat akan visite ke pasien saya bawa formulir ini dalam map saya” (Informan Ahli Gizi 2).*

## **B. Pembahasan**

### **1. Penerapan Manajemen Sumber Daya Manusia Dalam Pelayanan Asuhan Gizi**

#### **a. Sumber Daya Manusia Perawat**

Sumberdaya manusia dalam sistem manajemen merupakan pelaksana kegiatan atau pekerjaan sesuai dengan metode yang ditetapkan (Sugiyono, 2015; Noor, 2015), dan merupakan faktor yang paling menentukan dalam melakukan proses untuk mencapai tujuan (Noor, 2015). Pelayanan asuhan gizi rawat inap dimulai dengan proses skrining gizi awal yang bertujuan untuk mengidentifikasi pasien yang beresiko, tidak beresiko malnutrisi atau kondisi khusus (Kementerian Kesehatan, 2013). Kegiatan skrining gizi awal dilakukan oleh

perawat yang harus memiliki kualifikasi dan kompetensi yang sesuai tugas dan fungsinya (Sugiyono, 2015), dengan cara mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan (Nursalam, 2001).

Perawat sebagai sumber daya manusia di rumah sakit harus menjalankan kegiatan atau pekerjaan yang sesuai dengan tata laksana yang telah ditetapkan (Noor, 2015) dan memiliki kemampuan dan pendidikan yang memadai agar kualitas layanan yang diberikan pada konsumen dapat berkualitas dan terhindar dari kesalahan yang fatal (Nursalam, 2001). Pada penelitian ini didapatkan data bahwa perawat yang bekerja bangsal Arroyan dan Al Kausar telah memiliki standar pendidikan yang sesuai yaitu Ners (S1 Keperawatan) atau D3 Keperawatan, serta masa kerja yang telah lebih dari 1 tahun, yang hal ini merupakan aspek dasar yang harus dipenuhi dalam manajemen sumber daya manusia di rumah sakit. Menurut Nursalam (2001) perawat harus

memiliki dasar pendidikan dan keahlian yang memadai untuk menjamin kualitas layanan kepada konsumen. Hal ini karena kompetensi perawat berkaitan erat dengan kinerja perawat yang dilakukan di instalasi rawat inap rumah sakit (Langingi dkk., 2015) dan bahkan pada tingkatan kinerja di rumah sakit (Parulian dkk., 2014).

Selain kompetensi, perawat juga perlu memahami dan mengetahui detil pekerjaan yang harus dilakukan berupa tindakan yang dilakukan berdasarkan aspek keilmuan dan etika, mampu bekerjasama dengan profesi lain, dan memahami peran masing-masing pihak (Nursalam, 2001). Pengetahuan perawat mengenai prosedur pengisian dokumen dan pentingnya seluruh data pasien diisi dengan benar, menjadi aspek penting sumber daya manusia dalam sebuah pekerjaan asuhan keperawatan (Kencanangingtyas dkk., 2014).

Penelitian ini mendapatkan temuan bahwa tingkat pengetahuan perawat dalam pengisian formulir asuhan keperawatan pada aspek asesmen nutrisi, pola

nutrisi dan metabolik, dan kebutuhan edukasi, didominasi oleh kategori baik. Kondisi ini menunjukkan bahwa perawat telah mengetahui hal-hal yang perlu dilakukan dalam pengisian formulir asuhan keperawatan. Hal ini senada dengan yang dinyatakan oleh Kencanangingtyas dkk. (2014) bahwa pengetahuan yang rinci terhadap formulir yang harus dilengkapi oleh perawat menjadi dasar bagi tingkat keterisian formulir keperawatan. Menurut Bawelle dkk. (2013) pengetahuan merupakan faktor penting dalam diri perawat untuk mengambil keputusan pada pasien. Demikian juga sebaliknya, jika perawat tidak memiliki pengetahuan yang memadai maka ada kecenderungan untuk tidak mematuhi standar yang berlaku atau berkinerja rendah di rumah sakit (Pamuji dkk., 2008; Permana dan Adisasmito, 2005).

Aspek penting dalam pengelolaan sumber daya manusia adalah mengelola bagaimana terjadi kesetaraan antara pengetahuan yang dimiliki oleh karyawan dengan

tindakan atau kinerja yang dihasilkannya (Yanti dan Warsito, 2013). Pada penelitian ini didapatkan hasil hubungan antara pengetahuan yang dimiliki perawat dengan keterisian rekam medis yang berkaitan dengan asuhan gizi yaitu bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dengan keterisian formulir asesmen nutrisi, terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dengan keterisian formulir pola fungsional, dan tidak ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan keterisian formulir kebutuhan edukasi (Tabel 4.18).

Tabel 4.18. Hasil pengujian hubungan antara tingkat pengetahuan dengan keterisian lembar asuhan gizi dalam rekam medis

<b>Uji hubungan pengetahuan-ketersisian rekam medis</b>	<b>Metode pengujian</b>	<b>Sig.</b>	<b>Penjelasan</b>
Asesmen nutrisi	<i>Rank-Spearman's</i>	0.262	Tidak ada hubungan
Pola fungsional	<i>Pearson Correlation</i>	0.008	Ada hubungan
Kebutuhan edukasi	<i>Rank-Spearman's</i>	0.528	Tidak ada hubungan

Sumber: Hasil analisis data (2017)

Berdasarkan Tabel 4.18 diketahui bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dengan keterisian

formulir pola fungsional yang bersifat negatif dengan besaran nilai *pearson correlation* -0,476, yang artinya semakin tinggi pengetahuan perawat maka keterisian formulir pola fungsional semakin rendah. Pada dua uji hubungan yang lainnya, yaitu antara pengetahuan dengan asesmen nutrisi dan pengetahuan dengan kebutuhan edukasi didapatkan hasil tidak ada hubungan yang berarti bahwa apa yang dipahami dan diketahui oleh perawat ternyata dalam implementasinya tidak sebagaimana pengetahuannya tersebut.

Pengetahuan perawat dalam pengisian asesmen nutrisi, pola fungsional, dan kebutuhan edukasi seharusnya berbanding lurus dengan keterisian formulir tersebut dalam rekam medis, karena pengetahuan kemudian diimplementasikan dalam kegiatan pengisian data. Tidak adanya hubungan atau ada hubungan namun bersifat negative, mengindikasikan bahwa pengetahuan yang dimiliki perawat perlu dilatih secara langsung dan

berkala agar menjadi setara bahwa apa yang diketahui adalah apa yang dilakukan dalam asuhan keperawatan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Mandagi dkk. (2015) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kompetensi perawat dengan kinerja perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan. Lebih lanjut Mandagi dkk. (2015) memberikan penjelasan mengenai tidak adanya hubungan antara kompetensi dengan kinerja perawat adalah sebagai sesuatu yang tidak biasa karena seharusnya memang ada hubungan antara kompetensi dengan kinerja, dimana kompetensi merupakan sebuah kemampuan untuk melaksanakan suatu pekerjaan yang dilandasi atas keterampilan, pengetahuan, dan sikap yang dituntut oleh suatu pekerjaan.

Beberapa peneliti menyatakan bahwa terpenuhinya pelaksanaan pekerjaan yang menjadi tanggung jawab perawat tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan saja (Pamuji dkk., 2008; Bawelle dkk.,

2013), namun dipengaruhi juga oleh faktor-faktor yang lain seperti motivasi dan persepsi perawat terhadap pekerjaannya (Natasia dkk., 2014), pemberian pemahaman oleh pihak manajemen pada perawat mengenai pentingnya pencatatan dan pelaporan sebagai upaya penerapan asuhan keperawatan yang profesional (Yanti dan Warsito, 2013), adanya keterlibatan dan tanggung jawab yang jelas bagi perawat dalam menjalankan tugas (Leistra *et al.*, 2014), adanya peluang, pengakuan, tanggung jawab, kompensasi, kondisi kerja, supervisi dan hubungan interpersonal (Hartati dan Hardoyo, 2011), motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruangan (Labe dkk., 2016), kompetensi dan komunikasi interpersonal perawat (Parulian dkk., 2014), adanya supervisi kepala ruangan (Nindyanto dkk., 2017), adanya motivasi kerja, kompetensi, dan disiplin kerja perawat (Langingi dkk., 2015), faktor intrinsik perawat yang terdiri dari prestasi,

pengakuan, pekerjaan itu sendiri, dan pengembangan potensi (Pakudek dkk., 2014).

Terdapat penulis lain yang menyatakan beberapa faktor yang tidak mempengaruhi atau tidak berhubungan dengan pelaksanaan pekerjaan yang menjadi tanggung jawab perawat seperti usia dan lama kerja (Natasia dkk., 2014; Nindyanto dkk., 2017), tingkat pendidikan (Pamuji dkk., 2008; Natasia dkk., 2014; Nindyanto dkk., 2017), kompetensi perawat (Mulyono dkk., 2013), dan motivasi kerja perawat (Langingi dkk., 2015). Sedangkan kendala yang dihadapi perawat dalam pelaksanaan pekerjaan yang menyebabkan terjadinya ketidaksesuaian kinerja meliputi sistem budaya kerja, keterbatasan fasilitas, kurangnya supervisi dan sosialisasi, penerapan sistem kompensasi, dan motivasi diri perawat (Pamuji dkk., 2008), adanya tugas rangkap, kurangnya pengetahuan perawat mengenai tugas dan wewenangnya, rendahnya pendidikan, pengetahuan,

sikap dan perilaku perawat, dan kurangnya referensi (Permana dan Adisasmito, 2005).

#### **b. Sumber Daya Manusia Ahli Gizi**

Standar Prosedur Operasional (SPO) Nomor Dokumen 30-GZ/X/2016 tentang Asesmen Gizi Lanjut, yang ditetapkan oleh Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping untuk penilaian gizi menjadi acuan bagi ahli gizi untuk melakukan tindakan penilaian gizi. Selain itu substansi dalam formulir isian juga dapat mengarahkan urutan proses pengisian dan pengambilan kesimpulan terhadap keseluruhan data yang didapatkan agar pasien mendapatkan pelayanan yang optimal.

Hasil penelitian menemukan bahwa dalam rekam medis pasien yang menjadi objek penelitian tidak ditemukan Formulir Asuhan Gizi (RM 19e), padahal formulir ini adalah formulir yang seharusnya digunakan ahli gizi untuk menilai dan menentukan jenis asuhan gizi yang akan diterapkan pada pasien. Kondisi ini mengindikasikan bahwa isi dan langkah-langkah dalam

Formulir Asuhan Gizi (RM 19e) tidak dijadikan acuan oleh ahli gizi dalam menilai status kondisi dasar gizi pasien dan kebutuhannya untuk diberi pelayanan gizi sesuai ADIME atau pelayanan gizi biasa. Hal ini tentunya bertentangan dengan tugas ahli gizi yang seharusnya melakukan asesmen atau pengkajian gizi lanjut pada pasien yang beresiko malnutrisi, malnutrisi atau kondisi khusus (Kementerian Kesehatan, 2013).

Selanjutnya, penelitian ini ini juga mendapatkan hasil berupa keterisian formulir CPPT sebesar 46,67% dan formulir catatan edukasi sebesar 21,37%. Kondisi ini mengindikasikan bahwa ahli gizi belum memahami prosedur mengenai implementasi asesmen gizi lanjut. Sedangkan pengisian catatan edukasi yang tidak dilakukan ahli gizi terhadap seluruh pasien yang memiliki resiko penyakit disebabkan karena ahli gizi menganggap bahwa pasien yang dirawat adalah pasien kronis, perawatan ulang, dan pasien tersebut sudah paham terhadap penyakitnya, pantangan makanan serta

anjurannya diet yang dahulu pernah diberikan. Anggapan atau persepsi ahli gizi tersebut pada dasarnya tidak tepat karena edukasi pada pasien yang memiliki resiko penyakit adalah sebuah kewajiban yang harus dilakukan walaupun pasien tersebut adalah pasien yang dirawat ulang.

Leistra *et al.* (2014) menjelaskan bahwa pelaksanaan skrining oleh ahli gizi dapat berjalan optimal jika adanya motivasi dan pendidikan berkelanjutan ahli gizi serta tanggung jawab yang jelas untuk ahli gizi. Menurut Nurlela dkk. (2006) pelatihan asuhan gizi pada ahli gizi dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap ahli gizi dalam pemberian layanan gizi di ruang rawat inap, dan kinerja ahli gizi berupa kepatuhan pada standar dan hasil pelayanan.

Penelitian yang dilakukan oleh Supu dkk. (2014) mengungkapkan bahwa standar pelayanan minimum gizi yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan harus menjadi acuan dalam pemberian asuhan gizi. Monitoring

dan evaluasi juga harus dilakukan oleh petugas gizi untuk memantau dampak dari intervensi gizi dan melaporkannya pada dokter atau tenaga kesehatan lainnya (Sulistiyanto dkk., 2017).

Keterisian formulir skrining ulang gizi (RM.19.f) sebesar 0% disebabkan karena lama hari rawat atau *Length of Stay (LoS)* berkisar antara 3 hingga 4 hari. Dengan merujuk pada aturan Kementerian Kesehatan (2013, 2014) yang menyatakan bahwa skrining ulang gizi dilaksanakan setelah pasien menjalani perawatan selama 7 hari, maka pasien dengan lama rawat inap 3 hingga 4 hari tidak memerlukan atau tidak menjalani skrining ulang gizi.

## **2. Penerapan Manajemen Tata Laksana Dalam Pelayanan**

### **Asuhan Gizi**

#### **a. Tata Laksana Asesmen Nutrisi oleh Perawat**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien jantung, diabetes mellitus dan hipertensi didominasi oleh pasien lanjut usia. Hal ini sesuai dengan yang disebutkan

oleh Notoatmojo (2014), dan Gowan dan Mery (2001) dalam Simanjutak dkk (2014), bahwa usia merupakan faktor risiko terpenting pada munculnya penyakit seperti jantung, diabetes mellitus dan hipertensi, dan pada umumnya dimulai pada usia 40 tahun. Selain itu, menurut Notoadmojo (2014) dan Kementerian Kesehatan (2013), pasien usia lanjut juga memiliki kecenderungan memiliki kasus penyakit yang terkait dengan gizi (*nutrition-related disease*), hal ini disebabkan karena pasien usia lanjut termasuk ke dalam kelompok rentan gizi. Gangguan pada kesehatan mulut yang sering terjadi pada lansia juga merupakan faktor resiko terjadinya ketidakseimbangan asupan gizi (Wijaya dkk., 2012; Angraini dkk., 2013). Pasien dengan penyakit jantung, diabetes mellitus, atau hipertensi juga termasuk dalam pasien kondisi khusus yang perlu penanganan asuhan gizi secara tepat (Kementerian Kesehatan, 2013).

Pada penelitian ini ditemukan bahwa tata laksana skrining gizi yang digunakan perawat dalam melakukan asesmen nutrisi berupa Formulir Asesmen Awal Keperawatan (RM 13.b) telah sesuai standar Perhimpunan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) karena memuat aspek pengkajian, diagnosis keperawatan, sampai dengan perencanaan tindakan. Menurut PPNI (2000) dalam Nursalam (2001), dinyatakan bahwa standar praktik keperawatan profesional diterapkan dengan menggunakan tahapan secara terstruktur dalam proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, sampai dengan perencanaan tindakan. Pengkajian dengan metode MST untuk asesmen nutrisi pada pasien dewasa telah sesuai dengan regulasi yang berlaku. Demikian pula halnya pada pengukuran antropometri juga telah menggunakan metode yang sah (Kementerian Kesehatan, 2013). Sedangkan kebutuhan edukasi sebagai perencanaan tindakan untuk diet dan nutrisi pada pasien rawat inap adalah bentuk

implementasi dari keputusan yang diambil oleh perawat setelah melakukan pengkajian pada pasien agar mendapatkan pelayanan asuhan gizi sesuai dengan respon individu dari ahli gizi (Nursalam, 2001).

Hasil penelitian juga menemukan bahwa metode asesmen nutrisi digunakan untuk semua pasien. Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan oleh Susetyowati dkk. (2014), bahwa asesmen nutrisi harus dilakukan pada setiap pasien rawat inap paling lambat 1 x 24 jam pada saat pasien masuk rumah sakit, untuk mencegah terjadinya malnutrisi di rumah sakit dan pemberian intervensi gizi secara tepat dan sedini mungkin. Metode standar asesmen nutrisi yang dapat digunakan telah tersedia, sehingga rumah sakit dapat memilih sesuai kondisi dan kesiapannya (Susetyowati dkk., 2012).

Keberadaan standar prosedur operasional yang berisi panduan untuk pengisian lembar penilaian keperawatan akan memberikan optimalisasi ketepatan waktu pengisian dan substansi data yang diperlukan

(Permana dan Adisasmito, 2005; Pamuji dkk., 2008). Pada Penelitian ini diketahui bahwa RS Muhammadiyah PKU Gamping telah memiliki standar pengisian lembar asesmen nutrisi berupa standar prosedur operasional asuhan keperawatan yang disimpan dalam format digital atau dalam berkas di komputer. Sebagai sebuah acuan maka prosedur asuhan keperawatan harus mudah diakses dan diketahui oleh perawat, sehingga penyimpanan dalam format digital atau berkas di komputer perlu dilengkapi dengan format cetak dan disimpan pada tempat yang mudah diakses perawat.

Pada penelitian ini didapatkan data bahwa standar pengisian belum dipahami secara mendalam oleh perawat, tidak ada pelatihan pengisian, dan adanya akses yang terbatas ke SPO yang disimpan dalam format digital. Menurut Yanti dan Warsito (2013), standar atau pedoman pengisian form asuhan keperawatan diperlukan untuk memastikan perawat mengisi sesuai aturan, dan sudah semestinya disosialisasikan kepada perawat.

Untuk itu maka, penyebarluasan dan sosialisasi sebuah pedoman sebagai metode dalam memandu pekerjaan harus dilakukan agar metode benar-benar dijadikan acuan kerja (Pamuji dkk., 2008; Asmirajanti, 2016). Menurut Dewi dkk. (2015), dan Nurhaidah dkk. (2016), optimalisasi implementasi pelayanan gizi dipengaruhi oleh pemahaman mengenai standar operasional prosedur dan kebijakan rumah sakit. Hal ini karena minimnya sosialisasi terhadap prosedur dan tata cara pengisian form asuhan keperawatan yang ada di rumah sakit akan menyebabkan rendahnya kualitas dokumentasi yang dilakukan oleh perawat (Yanti dan Warsito, 2013). Berdasarkan kondisi ini, penyebarluasan informasi, sosialisasi dan penjelasan pengisian perlu dilakukan pada perawat baru, dilakukan pendampingan pengisian, dan supervisi dari perawat senior agar dapat dipastikan bahwa pengisian lembar asesmen nutrisi telah sesuai dengan metode pengisian yang ditetapkan.

## **b. Tata Laksana Pelayanan Asuhan Gizi oleh Ahli Gizi**

Penelitian ini menunjukkan bahwa hasil pengisian asesmen nutrisi oleh perawat pada Formulir Asesmen Awal Keperawatan (RM 13.b) selanjutnya akan ditelaah lebih mendalam oleh ahli gizi pada saat melakukan kunjungan atau visite kepada pasien. Dengan berpedoman pada Standar Prosedur Operasional (SPO) Nomor Dokumen 30-GZ/X/2016 tentang Asesmen Gizi Lanjut, maka penentuan asuhan gizi terstandar dinilai berdasarkan skor MST dari skrining asesmen nutrisi awal oleh perawat yang tertulis dalam formulir asesmen awal keperawatan, dan kondisi khusus pada pasien rawat inap. Menurut Herawati dkk. (2015), ahli gizi bertugas dan memiliki kewenangan dalam menentukan dan menangani pasien beresiko malnutrisi melalui tahap pengkajian status gizi dan diagnosis gizi. Sehingga dengan adanya standar operasional prosedur asesmen gizi lanjut dapat mengarahkan ahli gizi untuk melakukan tahapan kegiatan yang sesuai dengan aturan.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa substansi dalam SPO Asesmen Gizi Lanjut di RS PKU Muhammadiyah Gamping mensyaratkan adanya tindak lanjut asuhan gizi berdasarkan kriteria nilai MST dan kondisi khusus pasien berupa penulisan ADIME pada CPPT, dan perlu asuhan gizi dengan mengisi form asuhan gizi (Tabel 4.19).

Tabel 4.19. Prosedur asuhan gizi oleh ahli gizi di RS PKU Muhammadiyah Gamping

<b>Nilai MST</b>	<b>Kondisi khusus pasien</b>	<b>Tindak lanjut dan pencatatan</b>
0	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, patah tulang punggung	Menuliskan ADIME pada CPPT (RM 08)
1	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, patah tulang punggung	Perlu asuhan gizi, mengisi form asuhan gizi (RM 19e), bila belum perlu asuhan gizi, catat ADIME pada form CPPT (RM 08)
≥ 2	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, patah tulang punggung	Perlu asuhan gizi dan dicatat pada form asuhan gizi lanjut (RM 19e)

Sumber: diolah dari Standar prosedur operasi Asesmen Gizi Lanjut RS PKU Muhammadiyah Gamping (2016)

Bila merujuk pada Tabel 4.24, maka ahli gizi tidak selalu menggunakan form asuhan gizi lanjut untuk memberikan pelayanan pada pasien yang beresiko malnutrisi dan termasuk pasien kondisi khusus. Namun bila merujuk pada aturan yang tertuang dalam Pedoman Gizi Rumah Sakit (Kementerian Kesehatan, 2013) dan Pedoman Proses Asuhan Gizi Terstandar (Kementerian Kesehatan, 2014) seharusnya ketika pasien termasuk dalam kategori khusus maka harus ditangani asuhan gizinya secara paripurna melalui metode PAGT. Melalui metode PAGT maka dapat diterapkan pemberian nutrisi yang sesuai (Susetyowati dkk., 2014), dan asupan makannya dapat mempengaruhi hingga menstabilkan kondisi pasien dengan diabetes mellitus (Yunita dkk., 2013), dan hipertensi (Rahadiyanti dkk, 2015).

Selain itu, bila menggunakan form RM 19e maka ahli gizi harus melengkapi empat aspek penilaian meliputi tanggal lahir pasien, diagnosis klinis, resiko malnutrisi dan kondisi khusus pasien, untuk kemudian

dilakukan pengambilan keputusan tindaklanjut, apakah pasien belum perlu asuhan gizi (skrining gizi ulang 1 minggu kemudian) atau perlu asuhan gizi, dan akan dilanjutkan dengan asesmen gizi lanjutan berupa ADIME. Tata laksana yang tertuang dalam Form Asuhan Gizi (RM 19e) telah sesuai dengan aturan yang dipersyaratkan oleh Kementerian Kesehatan (2014), karena telah mengakomodir seluruh penilaian atau asesmen yang dibutuhkan untuk pemberian asuhan gizi lanjutan pada pasien rawat inap. Menurut Pedoman Gizi Rumah Sakit (Kementerian Kesehatan, 2013), Pedoman Proses Asuhan Gizi Terstandar (Kementerian Kesehatan, 2014) dan Penuntun Diet (Bagian Gizi RSCM dan PAGI, 2002), untuk asuhan gizi lanjut perlu mengacu pada jenis penyakit tertentu, kelompok umur geriatri dan nilai MST.

Penelitian ini menghasilkan temuan tentang ketidaksesuaian antara Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang Asesmen Gizi Lanjut dengan Form RM

19e tentang Asuhan Gizi yang digunakan oleh ahli gizi untuk melakukan penilaian pada pasien yang memiliki kondisi khusus, yaitu:

1. Standar Prosedur Operasional menilai pasien dengan MST 0-1 dalam kategori yang sama, namun penilaian pada Form RM 19e tidak hanya didasarkan pada formulir asuhan keperawatan, namun ahli gizi harus menilai keseluruhan pasien yang masuk rawat inap karena dalam Form RM 19e menyebutkan/menyediakan penilaian mulai dari skor MST 0 sd  $\geq 4$ .
2. Standar Prosedur Operasional menilai pasien dengan MST dan kondisi khusus yang tidak terintegrasi, sedangkan penilaian pada Form RM 19e menggabungkan antara skor MST dengan kondisi khusus yang tidak saling meniadakan, dengan aturan bahwa bila nilai MST 0 sampai dengan  $\geq 4$  atau pasien memiliki kondisi khusus, maka pasien harus

mendapat asuhan gizi melalui asesmen gizi lanjut (RM 19e).

Pada penelitian ini rekam medis pasien sejumlah 30 berkas yang diteliti kelengkapan lembar asuhan gizinya adalah pasien dengan penyakit jantung, DM, atau hipertensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak dijumpai adanya Formulir Asuhan Gizi (RM 19e) yang seharusnya diisi oleh ahli gizi dalam 30 berkas rekam medis, karena asuhan gizi sudah dituangkan dalam formulir CPPT dengan bentuk ADIME (RM 08). Hasil ini menunjukkan bahwa tata laksana pelayanan asuhan gizi berupa Standar prosedur operasi (SPO) menjadi acuan petugas untuk melaksanakan kegiatan, sehingga substansi SPO harus sesuai dengan standar yang berlaku. Selain itu, agar pasien mendapatkan pelayanan yang semestinya, dan pentingnya pasien mendapatkan asupan makanan yang sesuai dengan kondisi khusus yang dialami pasien (Dwiyanti dkk., 2004). Ketelitian dan peranan ahli gizi sangat penting

dalam melakukan skrining pasien yang berisiko malnutrisi agar dapat memberikan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan klinis pasien, sehingga diharapkan bisa mempersingkat masa perawatan serta mempercepat proses penyembuhan (Zulaekah dan Widowati, 2009).

### **3. Penerapan Manajemen Peralatan/Bahan Dalam Pelayanan Asuhan Gizi**

Kementerian Kesehatan (2015) menyatakan bahwa peralatan kesehatan berperan penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Kondisi dan fungsi peralatan kesehatan yang baik dapat mendukung pelayanan kesehatan. Pengelolaannya perlu dilakukan secara terpadu mulai dari perencanaan, pengadaan, penerimaan, pengoperasian, pemeliharaan, inventarisasi dan penghapusan.

Pada penelitian ini didapatkan hasil yaitu peralatan untuk melakukan pengukuran antropometri, pengukuran tanda vital di bangsal Arroyan dan Al Kausar serta peralatan yang digunakan oleh ahli gizi jumlahnya

mencukupi, dalam kondisi baik dan laik pakai. Jumlah, jenis dan kondisi peralatan dicatat didalam dokumen inventaris, memiliki kartu kontrol, dilakukan perawatan rutin oleh bagian teknisi elektromedik rumah sakit, dan didokumentasikan secara lengkap oleh kepala bangsal. Dari Penelitian ini juga diketahui bahwa formulir yang digunakan pada asuhan gizi selalu tersedia di nurse station dan dipantau oleh perawat agar tidak terjadi kekosongan. Manajemen peralatan dan bahan dalam pelayanan asuhan gizi telah dilakukan secara baik untuk menjamin kinerja pengukuran yang akurat.

Hal ini sesuai dengan penelitian Dewi dkk (2015) yang menyatakan bahwa ketersediaan peralatan dapat mempengaruhi metode pelaksanaan asuhan gizi di rumah sakit. Selain itu pihak manajemen dan pengelola unit pelayanan, teknisi serta operator di rumah sakit harus mampu melakukan pengelolaan peralatan dengan baik sesuai dengan peran dan tanggung jawabnya masing-

masing, yaitu memastikan ketersediaan, kualitas dan efisiensi alat (Kementerian Kesehatan, 2015).

Menurut Labe dkk. (2016) dukungan sarana prasarana memiliki hubungan dengan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Adanya peralatan kerja di rumah sakit sangat penting bagi perawat dalam menjalankan tugasnya sehari-hari (Kambey dkk., 2017). Selain itu, sarana-prasarana yang tidak memadai memiliki risiko sebesar 11,135 kali lebih besar terhadap penurunan kinerja dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan (Labe dkk., 2016).

Inventarisasi alat perlu dilakukan secara sistematis agar mudah dalam penelusuran pemeliharaan dan kalibrasi (Dinas Kesehatan Jabar, 2012). Pemeliharaan diupayakan dilakukan secara dan preventif, bukan korektif karena akan mempengaruhi kinerja pelayanan asuhan gizi (Faruq dkk, 2017; Suparjo, 2004 dalam Angkasawati dkk., 2008). Perawatan rutin juga diperlukan untuk memastikan alat dapat digunakan pada saat diperlukan (Angkasawati dkk., 2008).