

STUDI KUALITATIF PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR DI RUANG RAWAT INAP RS ST. ELISABETH SEMARANG

Tania Wijayanti, Niken Puruhita*

Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Jl.Dr.Sutomo No.14, Semarang, Telp (024) 8453708, Email : gizifk@undip.ac.id

ASBTRACT

Background : *Malnutrition at patients almost not resolved. According to a study which is performed in 2002, the declination of nutritional status accoured by 28,2% upon patients during hospitalization. The Standarized of Nutrition Care Process (NCP) as a nutrition services have a role to cure patients so that it is necessary to survey.*

Methods : *Descriptive research with qualitative methods. The qualitative data were gathered by indepth interview, participant obsevation and secondary data. The validity data was made by triangulation, parsing details of the research, auditing with mentors and confirmation research result in the subject of research.*

Result : *The NCP hasn't performed optimally. Dietitian wish NCP can be simplified. When nutrition assessment, dietitian not collect details about physical data of patients, nutrition diagnosis less accurate, in a few rooms nutrition diagnosis isn't done by dietitian, nutrition intervention and nutrition monitoring-evaluation it's done well. Internal factors are good education of NCP but the motivation can't enough motivate the dietitian to apply matriks in nutrition diagnosis. External factors that hospital policy about nutrition diagnosis not included and collaboration with another health workers already done.*

Conclusions : *The NCP should be supported from hospital policy or another authorities, health professions and dietitian comprehension about NCP.*

Keywords : *Standarized nutrition care process; qualitative*

ABSTRAK

Latar Belakang: *Banyaknya kejadian malnutrisi pada pasien di rumah sakit sering tidak teratasi dengan baik. Menurut penelitian tahun 2002, terjadi penurunan status gizi pada pasien sebesar 28,2% selama dirawat di rumah sakit. Proses Asuhan Gizi Terstandar sebagai bentuk pelayanan gizi merupakan hal yang berperan dalam penyembuhan pasien sehingga diperlukan penelitian terhadap subjek penelitian.*

Metode: *Penelitian deskriptif dengan metode kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan indepth interview, observasi partisipasi dan data sekunder. Keabsahan data dilakukan dengan triangulasi data, penguraian detail hasil penelitian, auditing dengan pembimbing, dan konfirmasi hasil penelitian pada subjek penelitian.*

Hasil: *Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) belum dilakukan secara optimal. Dietisien mengharapkan PAGT dapat disederhanakan. Saat assessmen gizi, dietisien belum secara detail mengumpulkan data fisik pasien, penentuan diagnosis gizi belum tepat, di beberapa ruangan diagnosis gizi tidak dilakukan oleh dietisien, intervensi gizi dan monitoring-evaluasi sudah dilakukan dengan baik. Faktor internal yaitu pengetahuan PAGT dietisien baik tapi motivasi yang mereka miliki belum cukup mampu untuk menjadikan dietisien menerapkan matriks pada diagnosis gizi. Faktor eksternal yaitu kebijakan rumah sakit tentang penegakkan diagnosis gizi belum dicantumkan dan kolaborasi antar tenaga kesehatan sudah berjalan.*

Kesimpulan: *Pelaksanaan PAGT harus didukung dari kebijakan rumah sakit atau lembaga berwenang lainnya, profesi kesehatan lain dan pemahaman dietisien tentang metode PAGT.*

Kata kunci : *proses asuhan gizi terstandar; kualitatif*

PENDAHULUAN

Malnutrisi pada pasien dapat terjadi sebelum dan sesudah dirawat di rumah sakit. Hal ini bisa terjadi karena dampak dari penyakit dan asupan gizi yang kurang.¹ Banyaknya kejadian malnutrisi pada pasien di rumah sakit sering tidak teratasi dengan baik, bila keadaan berlanjut lama, tubuh akan melakukan proses adaptasi seperti menurunnya nafsu makan dan memperlambat metabolik. Malnutrisi dapat mempengaruhi fungsi

dan penyembuhan setiap organ, seperti perubahan berat badan, fungsi jantung dan ginjal menurun, gangguan sistem saluran pencernaan, infeksi bakteri atau parasit dan luka sukar sembuh akibat sistem imun yang menurun, penurunan kapasitas fungsional dan kondisi metabolisme, komplikasi *re-feeding syndrome*, serta depresi pada pasien, sehingga penting menjadi perhatian bagi rumah sakit untuk melakukan perbaikan status gizi melalui

*)Penulis Penanggungjawab

pemenuhan kebutuhan energi sebagai upaya untuk mendukung proses kesembuhan pasien.^{2,3,4}

Berdasarkan penelitian di RS dr. Sardjito, RS dr. Jamil dan RS Sanglah pada tahun 2002, terjadi penurunan status gizi pada pasien sebesar 28,2% selama dirawat di rumah sakit.⁵ Tingginya prevalensi malnutrisi di rumah sakit mencerminkan kualitas pelayanan suatu rumah sakit.⁶ Kesembuhan dari seorang pasien yang menjalani proses pengobatan dipengaruhi oleh berat ringannya penyakit yang diderita dan proses pengobatan yang dialami di rumah sakit, ditunjang dengan asupan gizi yang diberikan. Pasien yang mengalami penurunan status gizi mempunyai masa rawat inap lebih panjang, menanggung biaya rumah sakit lebih tinggi, dan mempunyai risiko kematian di rumah sakit lebih tinggi.^{5,7,8} Upaya pemenuhan kebutuhan gizi untuk pasien rawat inap dilakukan melalui pelayanan pemberian makanan sesuai kebutuhan masing-masing pasien. Agar pemenuhan zat gizi dapat optimal maka diperlukan keterlibatan dan kerjasama antar berbagai profesi kesehatan yang sebagai pendukung tim asuhan gizi.⁹ Pelayanan gizi adalah salah satu pelayanan di rumah sakit yang memiliki peranan sederajat dengan pelayanan kesehatan lain di rumah sakit dalam usaha penyembuhan pasien.^{10,11}

Bentuk pelayanan gizi rumah sakit adalah Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) atau *Standardized Nutrition Care Process (NCP)* yang menjadi tanggungjawab dietisien sebagai tenaga kesehatan profesional yang berorientasi kerja dalam bidang pencegahan dan pengobatan penyakit terutama bidang makanan dengan gizi, baik di rumah sakit praktek pribadi atau di unit pelayanan kesehatan lainnya dengan tujuan agar kebutuhan asupan makanan pasien tercukupi, karena makanan adalah kebutuhan dasar manusia dan sangat dipercaya menjadi faktor pencegahan dan penyembuhan suatu penyakit.^{12,13} Serangkaian program asuhan gizi terstandar dimulai dari assessmen gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, monitoring dan evaluasi gizi menjadi tanggungjawab dietisien.^{14,15}

Berdasarkan hasil survey awal melalui wawancara dengan salah satu dietisien di RS St. Elisabeth Semarang membuktikan bahwa proses asuhan gizi sudah berpedoman pada PAGT walaupun belum sepenuhnya secara detail dapat diterapkan. Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti mendapatkan pertanyaan penelitian yakni apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi proses asuhan gizi terstandar di RS St. Elisabeth Semarang. Penelitian ini bertujuan untuk

mendeskripsikan bagaimana pelaksanaan program asuhan gizi terstandar di ruang rawat inap RS St. Elisabeth Semarang.

METODE PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan di RS St. Elisabeth Semarang pada bulan Agustus-September 2012. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang dilakukan dengan pendekatan kualitatif.¹⁶ Metode kualitatif dapat memudahkan peneliti untuk mendeskripsikan pelaksanaan PAGT dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Jenis data yang di kumpulkan yaitu gambaran RS St. Elisabeth Semarang meliputi instalasi gizi dan ruang rawat inap beserta jadwal kerja dietisien.

Subjek penelitian dipilih dengan metode *purposive sampling* yang dipilih tidak secara acak melainkan didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri.^{17,18,19} Kriteria subjek penelitian adalah dietisien rawat inap RS St. Elisabeth Semarang, dengan tingkat pendidikan DIII, DIV dan S1 gizi serta bersedia menjadi subjek penelitian dengan mengisi *informed consent*, sedangkan kriteria eksklusi adalah subjek penelitian yang meninggal dan memutuskan untuk berhenti menjadi partisipan pada saat proses penelitian berlangsung.

Pelaksanaan PAGT yang dilakukan dietisien di ruang rawat inap diperoleh melalui observasi partisipasi, kemudian dideskripsikan sesuai tahapan yang ada di PAGT, yaitu assessmen gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, monitoring dan evaluasi gizi. *Indepth interview* dilakukan kepada seluruh dietisien di rumah sakit tersebut untuk melihat pelaksanaan PAGT di ruang rawat inap, meliputi assessmen gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi dan monitoring-evaluasi gizi, selain itu faktor internal yaitu pengetahuan tentang PAGT adalah hasil tahu tentang proses asuhan gizi terstandar yang didapatkan melalui kuisisioner kemudian di kategorikan, dan motivasi dietisien adalah sesuatu yang ada dalam diri subjek yang mendorong subjek dalam praktik proses asuhan gizi terstandar yang meliputi keinginan dan alasan subjek untuk melakukan proses asuhan gizi terstandar terhadap pasiennya, sedangkan faktor eksternal yaitu kebijakan rumah sakit seperti Standar Prosedur Operasional (SPO) dan kolaborasi antara dietisien, dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain yang ada di ruang perawatan. Pengambilan data sekunder juga dilakukan untuk melengkapi data tentang kebijakan rumah sakit mengenai SPO yang sudah berjalan. Total subjek penelitian ada 9 dietisien. Alat yang digunakan untuk pengambilan data

adalah peneliti sendiri dengan bantuan pedoman wawancara semi-terstruktur, perekam suara, kuisisioner pengetahuan tentang PAGT dan catatan lapangan.

Keabsahan data penelitian didapatkan melalui empat kriteria yaitu derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*).¹⁶ *Credibility* diperoleh melalui proses triangulasi data pada penanggung jawab instalasi gizi RS St. Elisabeth Semarang dengan cara wawancara pada penanggung jawab instalasi gizi RS St. Elisabeth Semarang, selain itu hasil rekaman *indepth interview* juga dapat menjadi bukti kredibilitas data penelitian bukan rekayasa.¹⁶ *Transferability* didapatkan dengan menguraikan secara detail hasil pengumpulan data yang didapat, kemudian diberikan penjelasan mengenai hasil *indepth interview* tersebut dalam bentuk naratif menceritakan hasil rekaman dan catatan lapangan kemudian ada pembahasan menggunakan jurnal dan sumber lain yang sesuai dengan topik penelitian.¹⁶ *Dependability* dilakukan dengan adanya pemeriksaan (*auditing*), peneliti melakukan *auditing* bersama pembimbing penelitian.¹⁶ *Confirmability* dilakukan peneliti pada

saat *indepth interview* kedua untuk mengkonfirmasi hasil wawancara dan untuk menambah keakuratan penelitian.¹⁶

Analisa data dilakukan bersamaan dengan proses pengumpulan data. Proses analisis data dimulai dengan mengumpulkan seluruh data *indepth interview*, observasi, hasil kuisisioner dan catatan lapangan. Selanjutnya dilakukan koding dan mengintegrasikan hasil analisis dalam bentuk deskriptif.^{16,20,21}

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Rumah sakit St. Elisabeth adalah rumah sakit Katolik tipe B non-pendidikan yang berlokasi di Jl. Kawi no.1 Semarang Jawa Tengah. Rumah sakit ini berada dibawah tanggung jawab Yayasan Perkumpulan Suster St. Fransiskus. Rumah sakit St. Elisabeth Semarang resmi dibuka 18 Oktober 1927 dan pada tahun 2009 mendapatkan akreditasi penuh tingkat lengkap dari Departemen Kesehatan RI. Kemudian, RS St. Elisabeth Semarang menerima penghargaan dari walikota Semarang sebagai peringkat I (satu) Evaluasi Rumah Sakit Sayang Ibu Bayi Tingkat Kota Semarang.

Tabel 1. Distribusi Dietisien Berdasarkan Karakteristik

No	Karakteristik	n = 9	%
1	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	1	11,1
	Perempuan	8	88,8
2	Umur		
	20-40 tahun	7	77,7
	>40 tahun	2	22,2
3	Tingkat Pendidikan		
	DIII	6	66,6
	DIV	2	22,2
	S1	1	11,1

Berdasarkan tabel, didapatkan proporsi lelaki (1 orang) dan perempuan (8 orang) dengan rentang umur 20-40 tahun sebanyak 7 orang dan >40 tahun sebanyak 2 orang. Rentang usia tersebut termasuk ke dalam usia produktif sehingga diharapkan masih dapat melaksanakan pekerjaan. Tingkat pendidikan dietisien bervariasi. Sebagian besar dietisien (6 orang) DIII, 2 orang DIV, dan 1 orang S1. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka mempunyai hubungan dengan pengetahuan proses asuhan gizi terstandar. Singkatan kuotasi untuk responden adalah “D” yang berarti dietisien.

Secara garis besar dietisien memiliki tugas dan tanggung jawab di ruang rawat inap, rawat jalan dan dapur instalasi gizi. Dietisien di ruang rawat inap hanya mengurus pasien, sedangkan distribusi makanan pasien dilakukan oleh penata gizi. Di setiap ruang rawat inap terdapat tenaga kesehatan dan dikepalai oleh seorang suster. RS St. Elisabeth memiliki 15 ruang rawat inap yang dibagi berdasarkan kelas VVIP, VIP, kelas I, II, dan III. Tiga dari 15 ruang rawat inap belum memiliki tenaga dietisien tetap yang bertanggungjawab dalam menentukan gizi pasien. Setiap dietisien

bertanggung jawab 1 atau 2 ruangan karena tenaga dietisien yang masih kurang.

1. Pelaksanaan Proses Asuhan Gizi Terstandar di RS St. Elisabeth Semarang

Asuhan gizi yang dijalankan dietisien di ruang rawat inap berpedoman pada Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) di Indonesia, walaupun dalam kenyataan di lapangan belum sepenuhnya setiap tahapan dalam metode

PAGT dapat dijalankan. Dietisien merasa kesulitan dalam mengaplikasikan teoritis metode tersebut di lapangan. Hal ini dikarenakan dietisien belum menguasai PAGT secara mendalam, sehingga merasa kesulitan dalam penentuan matriks. Akibatnya butuh waktu lama dalam melakukan asuhan gizi dengan metode tersebut, berikut ungkapan dietisien tersebut:

EDIII: "...asuhan gizi disini tetep sistematis tapi kalo yang full dari ncp sendiri sama kayak dari sononya emang 100% belum, tapi kita tetep mencoba dengan sistem asuhan gizinya itu, jadi bukannya lepas sama sekali dari pagt."

Mereka mengakui sebenarnya metode ini dapat membantu pemecahan masalah. Hal ini disebabkan oleh sistematika yang terperinci

dan *output* yang lebih baik dari metode konvensional. Salah satu tanggapan dari dietisien adalah sebagai berikut :

EDIII: "Sebenarnya lebih sistematis. Ndak mungkin kan udah disusun begitu ndak ada output yang benefit ndak mungkin juga. Sejauh ini sangat membantu karena istilahnya kalo pake ncp kan lebih terperinci, kita ndak kelewatan, dari medis masuk, dari nutrisinya masuk, behaviour masuk."

Dietisien merasakan adanya perubahan apabila melakukan PAGT, yaitu semakin jelasnya pembagian kerja antar tenaga kesehatan di ruang rawat inap RS St. Elisabeth itu sendiri. Masing-masing tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab dan wewenang yang

berbeda tetapi tetap pada satu tujuan, yaitu pelayanan kesehatan pada pasien. Hal ini juga berguna untuk mengurangi tumpang-tindihnya pekerjaan di rumah sakit. Penjelasan dietisien tentang hal ini :

EDI: "Dibandingkan dengan tidak melakukan pagt, tetep bagus dengan sistem pagt, karena ahli gizi bener-bener bekerja sesuai dengan teori dan ilmunya digunakan secara aktif tidak menunggu perintah."

a. Proses pelaksanaan assessmen gizi

Proses assessmen gizi di RS St. Elisabeth selama ini sudah dilaksanakan sesuai metode PAGT, walaupun ada yang belum maksimal dilakukan. Pasien baru akan didata oleh perawat dan

dikoordinasikan dengan dietisien jika pasien tersebut memerlukan asuhan gizi. Dietisien mengumpulkan data dari perawat dalam bentuk catatan medis kemudian akan melakukan assessmen gizi pada pasien, penuturan dietisien tersebut :

EDVII: "Biasanya perawat langsung melaporkan ke saya, dari dokter gini, menurut ahli gizi, soalnya itu pasien tidak bisa untuk makan minum tapi ndak mau di pasang sonde, menurut ibu bagaimana karena ibu yang bertanggungjawab. Saya lihat CM dibaca dari awal, sebelum sakit seperti apa, data-data itu sebagai bahan untuk mendatangi ke pasien, setelah terkumpul saya mendatangi pasien mencari data yang dibutuhkan."

Pengukuran antropometri dilakukan langsung pada pasien, namun jika kondisi tidak memungkinkan maka dietisien

memperkirakan parameter antropometri berupa berat badan dan tinggi badan pada keluarganya. Berikut penuturannya:

EDII: "Ya kalau pasiennya sadar kita tanyakan, tapi kalau tidak ke keluarganya."

Untuk pengumpulan data laboratorium, dietisien biasanya mengetahui data tersebut dari laporan dokter yang ada di catatan medis, dari data tersebut dietisien juga dapat mengetahui keadaan pasien. Hal selanjutnya, data fisik dan klinis pasien diambil dari perawat karena form asuhan gizi sebelumnya tidak menyertakan perihal data fisik dan klinis.

Tahap berikutnya adalah *dietary history*. Dietisien menanyakan secara detail karena sangat penting untuk penentuan diet pasien nantinya, biasanya dietisien bertanya bagaimana pola makan, kebiasaan makan pasien, aktivitas fisik, ketersediaan makanan, kemampuan untuk menerima

makanan kemudian dietisien akan menghitung pemenuhan kebutuhan gizi pasien tersebut. Tahap terakhir dari *assessment gizi* adalah data riwayat personal. Dietisien menanyakan pada pasien tentang keluhan utama, riwayat penyakit sekarang maupun terdahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat obat-obatan dan keadaan sosial ekonomi.

b. Proses pelaksanaan diagnosis gizi

Pembaharuan form asuhan gizi menuntut dietisien melakukan diagnosis gizi yang sebelumnya tidak pernah dilakukan. Kurangnya pelatihan membuat dietisien merasa kesulitan. Berikut penuturan salah satu dietisien :

EDV: "...masalahnya latihan masih kurang ya, kalo aku ya, kan kita juga tanya-tanya, masih belajar nggak selalu buat tuh bener, butuh koreksi juga, tetap harus bawa contekan-contekan."

Langkah pertama dalam penentuan diagnosis gizi adalah penentuan matriks diagnosis. Pada langkah ini dietisien merasa kesulitan dalam penentuan diagnosis gizi dengan menggunakan matriks diagnosis. Hal ini yang menyebabkan metode ini jarang sekali dilakukan. Tahap berikutnya sebelum menentukan rumusan diagnosis adalah

penentuan *problem, etiology* dan *sign-symptoms* (PES). Apabila dietisien menyertakan matriks pada PES maka yang biasanya terjadi adalah waktu yang digunakan terlalu lama. Menurut penuturan salah satu dietisien, jika hal ini dilakukan maka hanya akan membuang waktu percuma, seperti penuturan di bawah ini :

EDVII: "Kalo seperti yang di tuntutan di NCP tidak kami lakukan tapi pada dasarnya yang dimaksud NCP kami lakukan. Terus terang saja pernah coba, kan kami mau pakai form baru sesuai ncp yang baru, itu waktunya hilang deh. Mbak liat sendiri kalo sehari pasien saya pb 5, kerjakan satu domain intake domain apa itulah pusing, karena ini lebih ke teknisnya, pasien mau pelayanan cepat tapi baik, kalau kerja cuma nulis terus, otomatis yang lainnya juga nyoroti. Baik sih emang cuma secara practice apalagi dengan fluktuasi pasien tinggi ditempat kami, hehehe."

Salah satu dietisien mengharapkan agar metode PAGT dapat disederhanakan

sehingga dapat mudah dilakukan. Berikut penjelasannya :

EDVII: "Mungkin perlu di sederhanakan, kami berusaha mau menyederhanakan tanpa mengurangi yang dikehendaki di pagt tapi bisa cepet sesuai tuntutan disini, ndak plek kayak ncp, kapan selesnya, kapan mengerjakan yang lain."

c. Pelaksanaan Intervensi Gizi

Pemberian intervensi gizi selalu dilakukan pada setiap pasien yang membutuhkan. Selama ini intervensi gizi yang dijalankan sudah sesuai dengan diagnosis gizi yang ditentukan. Tahapan pelaksanaan intervensi gizi yang biasa dilakukan dietisien adalah melakukan perencanaan diit, edukasi dan atau konseling gizi. Dalam hal ini dietisien tidak merasa kesulitan.

Dietisien melakukan implementasi diet yang sesuai dengan bentuk dan jenis diet yang telah di tentukan, setelah itu diberikan edukasi dan atau konseling gizi sesuai dengan kebutuhan pasien. Hal ini juga dietisien tidak memiliki kesulitan dalam menjalankannya karena selalu berkoordinasi dengan dokter dan perawat.

Proses penerapan diet oleh dietisien, pemberian obat oleh dokter, dan asuhan keperawatan oleh perawat dilakukan secara bersama-sama. Setelah dietisien menentukan bentuk dan jenis diet pasien, lalu dituliskan di catatan medik dan form khusus yang akan diberikan ke penata gizi yang akhirnya akan diteruskan ke dapur instalasi gizi untuk diproses.

Apabila ada pasien yang tidak bersedia diberikan diet, maka dietisien akan memberikan edukasi gizi kembali. Bila pasien tetap tidak bersedia maka dietisien akan mewajibkan pasien untuk menandatangani surat pernyataan sebagai bukti agar dikemudian hari tidak ada kesalahpahaman, berikut penjelasan dietisien tersebut :

EDVII: "...kalo misalnya pasien ndak mau makan, saya memberi penerangan, kalau pasien ndak diberi makan seperti ini resiko banyak, kalo keluarga menolak biasanya harus tandatangan penolakan tindakan terapi gizi, soalnya kalo pasien menolak untuk di diit sedangkan butuh di diit, nanti jadi kesalahan rumah sakit kalo tidak ada bukti tertulis kalo mereka menolak, seperti itu mbak."

d. Monitoring-Evaluasi Gizi

Setelah dilakukan intervensi gizi pada pasien, maka dietisien selalu melakukan monitoring dan evaluasi gizi. Pada tahap monitoring-evaluasi gizi ini dietisien sudah melakukannya dengan baik dan semaksimal mungkin. Dietisien memonitoring gizi pasien setiap harinya dengan cara mengecek sisa makan (*comstock*) pasien dan mengunjungi ke pasien setiap harinya untuk menanyakan langsung pada pasien apakah bisa menerima diet yang diberikan dan keluhan-keluhan lainnya.

Dietisien akan melaporkan perkembangan pasien di catatan medis dan disesuaikan dengan hasil monitoring dari dokter dan perawat, selain itu dietisien juga melakukan evaluasi minimal 2 kali sebelum pasien dinyatakan sembuh dan pulang. Dietisien akan mengecek ulang apakah diet yang diterapkan dapat mengatasi tanda dan gejala pada pasien. Apabila belum ada perkembangan dari pasien maka dietisien akan melakukan *reassessment* sampai kondisi pasien membaik, berikut penjelasan dietisien tersebut :

EDV: "...biasanya kita liat comstock itu loh kalo mau evaluasi, gitu."

EDIX: "...kalau ada hasil terbaru terus kita evaluasi, ada ndak diet yang harus di ubah, terus makanannya pasien gimana bisa ndak dengan diet tadi, bisa habis ndak atau ada keluhan muntah, kalau udah kek gitu, waktu mau pulang, kita berikan edukasi-konseling gizi."

2. Faktor Internal

a. Pengetahuan PAGT

Dietisien diberikan 25 pertanyaan mengenai PAGT. Setelah menerima

pengujian pengetahuan, diketahui bahwa 9 dietisien tergolong memiliki pengetahuan yang baik, hal ini didapat setelah mencapai nilai di atas rata-rata. Dari 9 dietisien tadi,

7 diantaranya memiliki presentase di atas 75% dan sisanya dibawah 75% yang berjumlah 2 dietisien.

Pengetahuan mengenai PAGT didapatkan dietisien melalui berbagai kesempatan seperti, seminar, pelatihan ataupun saat di bangku kuliah. Dari 9 dietisien, lima diantaranya sudah mengikuti pelatihan, seminar PAGT dan saat perkuliahan, kemudian 1 dietisien sudah

mengikuti seminar PAGT saja, dan sisanya yang berjumlah 3 dietisien belum mendapatkan PAGT dari seminar, pelatihan ataupun perkuliahan. Hal ini dikarenakan tidak semua dietisien dapat mengikuti seminar dan pelatihan tersebut. Untuk itu, rumah sakit memberikan ketentuan adanya diskusi bersama ataupun pelatihan internal agar bisa disosialisasikan bersama, seperti ungkapan dietisien berikut ini :

EDI: "Asuhan gizi kami sering juga melakukan pelatihan sendiri sekaligus untuk menghemat anggaran dan melatih temen-temen untuk berorganisasi dan juga menjadi pelatih sekaligus untuk apa istilahnya, menanggil, mengundang temen-temen lain se-Jawa Tengahlah minimal itu. Seperti asuhan gizi pasien stroke, pasien gagal ginjal itu juga pernah kami lakukan."

b. Motivasi Dietisien

Motivasi dietisien dalam menjalankan tugas dan tanggungjawab cukup beragam. Salah satu motivasinya adalah pelayanan dan perubahan pola makan pasien menjadi lebih baik sehingga membuat dietisien merasa dibutuhkan oleh pasien. Motivasi

menjadi penggerak terhadap suatu tujuan, sehingga ada beberapa dietisien yang berkata motivasi mereka karena rasa ingin tahu, kepuasan diri sendiri dan keinginan menjadi seorang dietisien sejak di bangku pendidikan. Berikut beberapa ungkapan dietisien tersebut :

EDIV: "...selain itu saya juga pengen lebih pinter dong, gitu aja sih motivasinya.."

EDVII: "Jujur saja saya jenuh bila di instalasi gizi tapi saya mendapatkan kebahagiaan di ruangan (rawat inap), disana ketemu banyak orang, banyak profesi, banyak karakter itu merupakan suatu hiburan dan terus terang saja suka, enak...istilahnya merupakan suatu keluarga."

Adapula motivasi berdasarkan peraturan dari rumah sakit. Dietisien saat di rawat inap melakukan kewajiban dan

tanggung jawab terhadap profesinya dengan melaksanakan proses asuhan gizi terstandar, seperti ungkapan dibawah ini :

EDV: "Itu memangkan tugas kami toh, sebagai dietisien. Masalah gaji sih otomatis, tapi dietisien ruangan kan memang tugasnya salah satunya seperti itu.."

Selain itu, dietisien juga mengharapkan adanya *reward* apabila

mereka melakukan PAGT pada pasien, berikut ini ungkapan dietisien tersebut :

EDV: "Disini belum ada reward, dulu rencana seperti itu tapi kayaknya belum di acc."

3. Faktor Eksternal

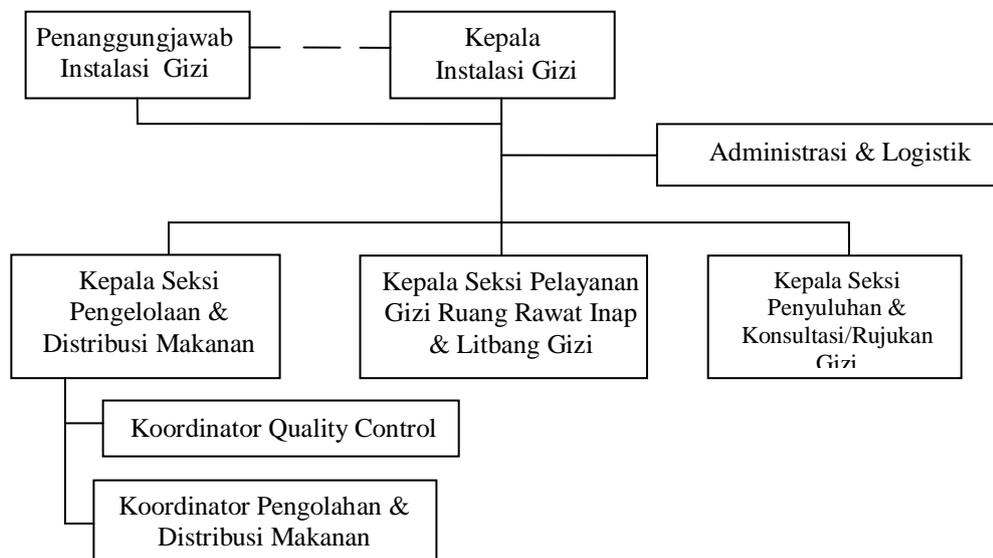
a. Kebijakan Rumah Sakit Tentang PAGT

Peraturan dan rincian tugas dietisien di ruang rawat inap, rawat jalan maupun instalasi gizi dibuat oleh dietisien sendiri

dan disetujui oleh pimpinan rumah sakit, sehingga apa yang tertulis disitu adalah apa yang mereka kerjakan dengan berdasarkan kemampuan masing-masing. Menurut pengakuan dietisien, kebijakan rumah sakit

mengenai tanggung jawab dan wewenang sangat mendukung mereka untuk berkembang sesuai dengan profesi mereka. Rumah sakit menentukan tugas dan

tanggungjawab dietisien yang terbagi menjadi dua, yaitu secara struktural dan fungsional. Secara struktural bisa dilihat dari bagan berikut ini :



Bagan 1. Struktur organisasi berdasarkan 129/SK.01.03 tanggal 2 Januari 2007.

Secara fungsional terbagi dua yaitu berdasarkan jadwal kerja dan tempat kerja. Jadwal kerja di instalasi gizi adalah jam 05.30, 07.00, dan 10.00, kemudian tempat

kerja adalah di instalasi gizi, ruang rawat inap dan ruang rawat jalan. Berikut ungkapan beberapa dietisien mengenai alur kerja di instalasi gizi RS St.Elisabeth :

EDI: "...yang satu berdasarkan jadwal kerja, yang satu berdasarkan tempat kerja. Kalau jadwal kerja kan ada yang masuk setengah enam, yang kedua masuk jam tujuh istilahnya jam kantor, yang ketiga masuk siang itu jam sepuluh. Hmm, itu jadwal kita istilahkan fleksi-time berdasarkan kebutuhan, lalu berdasarkan tempat kerja sih ada yang dinas di instalasi gizi dia mengawasi dalam produk di instalasi gizi, satu orang biasanya, dari persiapan sampe pengolahan kemudian melihat percencanaannya sesuai ndak, sampe distribusinya di instalasi gizi."

Bentuk makanan dan jenis diet bagi pasien yang berada di ruang rawat inap yang belum memiliki dietisien tetap akan

ditentukan oleh dokter, namun dokter juga dapat berkonsultasi dengan dietisien ruang rawat inap lainnya. Berikut penjelasannya :

EDIX: "Ada 2 eh 3 ruangan yang belum terjamah asuhan gizi jadi istilahnya mereka kayak sempet iri juga, kok kita ndak ada ahli gizi yang setiap hari datang, ndak setiap hari visit, yah karena keterbatasan jumlah, kita kan cuma bersembilan sedangkan ruangnya banyak, jadi ngerangkep-ngerangkep tugasnya gitu."

EDVI: "Kan ruangan itu ruangan anak yah, jadi biasanya dokter anak lebih mengerti, biasanya kalau ada yang perlu dikonsultasikan dengan ahli gizi ya kami tinggal menerima panggilan. Tapi kami tidak stay di ruangan tersebut."

Dalam menjalankan kewajiban dan wewenang, selalu diadakan monitoring dan evaluasi setiap hari dan dua bulanan

dengan form penilaian, seperti ungkapan dietisien sebagai berikut:

EDI: "...untuk kinerjanya dengan pake form, jadi di checklist apakah sudah sesuai dengan sistem asuhan gizi yang seharusnya dilakukan atau ndak sekaligus sebagai penyegaran, jadi yang namanya kerja kan butuh evaluasi, kalo ndak ada evaluasi nanti terlenta."

b. Kolaborasi

Sistem kolaborasi di ruang rawat inap RS St. Elisabeth diwujudkan dengan adanya kerjasama antar tenaga kesehatan di ruang perawatan. Setiap profesi melakukan tugasnya terhadap pasien kemudian mencatat intervensi dan perkembangan pasien di catatan medis. Kendala yang biasa terjadi di ruang rawat inap RS St. Elisabeth karena komunikasi secara lisan masih kurang. Tidak

selalu dietisien bisa bertemu langsung dengan dokter yang biasanya melakukan visit pagi pada pasien sedangkan dietisien siang hari.

Biasanya dokter akan menghubungi dietisien melalui telepon untuk berdiskusi apabila sulit bertemu ataupun melalui perawat yang berjaga 24 jam di ruang perawatan, penjelasan dietisien berikut ini :

EDIII: "...kolaborasi dengan ketemu tatap muka mungkin bisa dibilang sangat susah ya kita liat kesibukan dokter sibuk kan datang bisa jam 9, besok bisa jam 3 sore baru datang. Biasanya kita lewat perawat. Nah disitu juga ada formulir asuhan gizi kita udah nyatet semua disitu dari anamnesa tadi, trus untuk riwayat seperti apa, kondisi sekarang seperti apa, juga hasil monev dicatet disitu juga, jadi ada lembaran khusus nanti sampaikan ke perawat."

Adanya interaksi antara dietisien dengan dokter dapat dilihat ketika terjadi perbedaan pendapat mengenai intervensi gizi yang dilakukan. Menurut salah satu pernyataan dietisien, kerjasama antara dietisien, dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain di ruang perawatan tersebut dipengaruhi oleh kemampuan dan

pembawaan diri setiap masing-masing profesi agar dapat meningkatkan kepercayaan satu sama lain, sehingga masing-masing profesi bisa bekerja sesuai dengan bidangnya dan surat keputusan rumah sakit yang ada, berikut ungkapan dietisien tentang kolaborasi dietisien dan dokter :

EDVII: "Sangat dibutuhkan kolaborasi, dokternya harus care, kalau tidak kita tidak bisa masuk. Care nya dokter itu di tentukan oleh kemampuan kita, kalau kita tidak mampu, pengetahuan tidak mampu, dokter perlu seperti ini, dokter nganu begini, kok sampai menyanggah, alasannya seperti apa, kalau kita tidak menguasai bidang kita ya ndak akan bisa diterima dan juga istilahnya dokter tidak akan tau kalau kita tidak eksis."

Menurut dietisien, kolaborasi antar tenaga kesehatan di ruang perawatan sangat mendukung terciptanya suasana nyaman saat bekerja. Adanya rasa percaya kepada masing-masing profesi untuk melakukan tugasnya juga

dapat membangkitkan gairah kerja dietisien sendiri. selain itu dietisien bisa menjalankan PAGT dengan dukungan dari profesi lainnya, seperti penuturan dietisien ini :

EDVI: "kalo dengan teman-teman dokter dan perawat dan sebagainya kalo ndak ada kolaborasi kan kita kalau di ruangan juga males tho."

EDI: "Karena kerja di rumah sakit itukan kerjasama dengan sistem teamwork, bukan menunggu perintah. Kalau dulu kan dokter yang ngatur, dokter yang memerintah. Kalau sekarang dokter yang menentukan diagnosis penyakitnya, perawat melakukan asuhan keperawatannya, gizi melakukan asuhan gizi dengan bekerjasama saling mengisi."

PEMBAHASAN

1. Proses Asuhan Gizi Terstandar

Kesulitan dalam penerapan PAGT secara teoritis oleh dietisien di RS St. Elisabeth Semarang menyebabkan pelaksanaannya masih belum optimal, namun menurut mereka bahwa penerapan sistem terstandar seperti ini dapat memberikan pelayanan gizi yang lebih baik sehingga menghasilkan *output* yang lebih baik pula. Secara teoritis, PAGT telah disusun dengan sistematis dan menggunakan bahasa yang cukup mudah dipahami.^{22,23}

Penelitian sebelumnya mengatakan bahwa selain tingkat pemahaman dietisien mengenai PAGT yang masih kurang. Waktu menjadi bagian utama dalam pelaksanaan PAGT. Hal ini sesuai dengan pedoman menurut American Dietary Association (ADA) yaitu "*quality documentation of the assessment, diagnosis, intervention, monitoring and evaluation step should be relevant, accurate and timely.*"²⁴

a. Assesmen Gizi

Pengambilan data pasien melalui proses assessmen telah lama dilakukan oleh dietisien. Hal ini menyebabkan tidak banyaknya kendala yang berarti. Namun, pelaksanaan tahap awal dari PAGT ini belum maksimal. Data fisik klinis tidak tercantum di dalam form asuhan gizi sebab tidak adanya komponen di dalamnya. Untuk mengetahui mengenai hal ini, dietisien dapat meminta data yang tertulis di catatan medis.

Assesmen gizi merupakan pengambilan data keseluruhan yang dilakukan oleh dietisien menggunakan antropometri, data laboratorium, data fisik/klinis, riwayat makan dan penyakit.²⁵ Adanya pembaharuan form asuhan gizi menjadi sesuai standar PAGT termasuk hasil evaluasi mereka agar dietisien dapat mengumpulkan data secara lengkap dan relevan. Tersedianya komponen data fisik dan klinis pada form PAGT yang baru membuatnya lebih baik jika dibanding form sebelumnya. Karena sesungguhnya tujuan dari melakukan assessmen gizi

adalah dietisien dapat meninjau kembali data yang sudah di kumpulkan untuk menentukan faktor yang mempengaruhi status gizi dan kesehatan, lalu mengelompokkan data untuk mengidentifikasi diagnosis gizi, kemudian menggabungkan data yang ada.²⁶

b. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi telah diterapkan untuk setiap pasien meskipun tidak melalui matriks diagnosis. Hambatan berupa ketidaklancaran dietisien dalam mengolah matriks menyebabkan tersitanya waktu, ketidakakuratan sistematika komponen *Problem, Etiology, Sign Symptom* (PES). Di sisi lain, manajemen rumah sakit mewajibkan pemberian pelayanan kesehatan yang cepat dan akurat.

Penelitian mengenai analisis beban kerja dietisien dalam melaksanakan PAGT di RS Hasan Sadikin menyebutkan hal yang sama, bahwa pada tahap diagnosis gizi masalah yang sering muncul adalah problem yang diangkat kurang sesuai, etiologi kurang jelas, penggalan data yang kurang dalam tentang faktor penyebab dari *pathophysiological, psychosocial, situational cultural* atau masalah lingkungan, dan tanda-gejala tidak jelas.²⁷

Agar lebih mudah dilaksanakan di lapangan, dietisien mengharapkan metode diagnosis yang lebih sederhana tanpa mengurangi esensinya. Melihat kenyataan itu, dibutuhkan lebih banyak pelatihan mengenai PAGT agar dietisien lebih terbiasa, karena setiap pasien dapat memiliki lebih dari satu masalah gizi dan dapat hilang ketika masalah tersebut teratasi walaupun berdasarkan diagnosis medis, penyakit pasien masih tetap sama selama perawatan.^{28,29} Diagnosis gizi yang telah ditentukan harus potensial karena sebagai dasar dalam memilih intervensi gizi dan mengevaluasi perkembangan kondisi pasien secara efektif.³⁰

c. Intervensi Gizi

Pelaksanaan Intervensi gizi telah dilakukan dengan baik untuk setiap pasien. Dietisien mengakui tidak adanya kendala dalam melakukan intervensi gizi baik dalam prakteknya ataupun dalam penulisan di catatan medis. Dietisien lebih mudah dalam merencanakan intervensi dan memberikan implementasi gizi pada pasien dikarenakan dietisien yang secara bergantian mengurus di dapur instalasi gizi lebih mengenal jenis makanan.

Intervensi yang dilakukan adalah memberikan edukasi dan konseling gizi pada pasien sehingga perubahan pola makan pasien tidak hanya dilakukan di rumah sakit tapi dapat di aplikasikan di kehidupan sehari-hari. Ketika dietisien menggunakan PAGT dengan tepat, maka pelayanan akan terfokus dalam memilih dan melaksanakan intervensi gizi secara efektif yaitu spesifik terhadap pemecahan masalah dan mencapai *outcome* pasien yang diharapkan.³¹

d. Monitoring dan Evaluasi Gizi

Tahap terakhir dalam PAGT adalah melakukan monitoring-evaluasi gizi. Pelaksanaan monitoring evaluasi gizi berjalan lancar dan sesuai dengan peraturan rumah sakit dan PAGT. Walaupun dietisien tidak selama 24 jam di ruang rawat inap tapi mereka selalu mengetahui keadaan pasien dari perawat yang berjaga di ruang rawat inap. Evaluasi gizi pasien pun selalu dilakukan dietisien, sehingga dietisien dapat melihat apakah intervensi yang dikerjakan sudah mencapai sasaran atau tidak. Apabila dalam evaluasi itu disimpulkan bahwa intervensi yang dikerjakan tidak mencapai sasaran, maka bila diperlukan dapat dilakukan modifikasi atau perubahan dari rencana intervensi gizi.³²

Hasil monitoring-evaluasi gizi digunakan sebagai bahan evaluasi manajemen pelayanan kesehatan di RS St. Elisabeth. Hal ini digunakan untuk mengetahui kinerja dietisien apakah sudah sesuai dengan SPO dan untuk mengetahui terjadinya perubahan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut.³²

2. Faktor Internal

a. Pengetahuan PAGT

Pengetahuan yang dimiliki oleh dietisien dapat mendorong mereka dalam pelaksanaan PAGT di rumah sakit. Sayangnya pengetahuan yang dimiliki tidak menumbuhkan sikap yang sesuai dan tidak menjadikannya kebiasaan. Sehingga pelaksanaan PAGT tidak pernah optimal. Kendala yang dihadapi akan dapat terselesaikan jika proses ini selalu dilakukan, mengingat semua karena belum terbiasa melakukan PAGT sesuai standar yang ada.³³

Untuk menumbuhkan sikap dan menjadikannya kebiasaan perlu dilakukan pelatihan. Hal ini akan menumbuhkan kesadaran dan kinerja dietisien dalam pelaksanaan PAGT. Namun sayangnya tidak semua dietisien dapat mengikuti pelatihan, sedangkan setiap lima tahun dilakukan uji kompetensi agar kualitas dietisien tetap terjaga.³⁴ Menurut Kepmenkes nomor 374/Menkes/ SK/III/2007, dietisien mempelajari bidang dietetik yaitu pelayanan gizi atau asuhan gizi pada beberapa penyakit khususnya bedah, penyakit dalam, penyakit anak, obstetri dan ginekologi, penyakit syaraf, ICU/ICCU dan kulit/mata. Peraturan ini memaksa setiap dietisien untuk dinamis, mengikuti perkembangan ilmiah yang ada. Untuk mengatasi kesenjangan antar dietisien, perlu dilakukan diskusi bersama.

Rumah sakit secara mandiri mengadakan program pendidikan dan pelatihan bagi dietisien untuk meningkatkan kualitas mereka. Diskusi bersama ini juga dilakukan untuk mengatasi kesulitan-kesulitan yang mungkin timbul pada diri dietisien ketika mereka memecahkan kasus pasien. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Pasal 23 Ayat 5 Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, dan dalam rangka pemberian izin perlu mengatur registrasi tenaga kesehatan dengan Peraturan Menteri Kesehatan.³⁵ Pelatihan mengenai proses asuhan gizi terstandar perlu dilakukan karena dapat terjadi peningkatan pengetahuan dan sikap dietisien terhadap

pelayanan gizi ruang rawat inap. Tetapi untuk tetap menjaga agar kinerja dietisien tidak menurun, perlu dilaksanakan supervisi dan evaluasi kinerja secara periodik.³⁶

b. Motivasi Dietisien

Dalam menjalankan tugas sebagai dietisien di ruang rawat inap, setiap dietisien memiliki motivasi yang berbeda. Motivasi berdasarkan rasa ingin tahu dan kepuasan pribadi dari dietisien mendukung mereka untuk melaksanakan PAGT. Mereka memiliki keinginan untuk mempelajari hal yang baru, sehingga selalu ada perkembangan pada profesi mereka sebagai dietisien. Selain itu ada dietisien yang merasa bahwa suatu pelayanan sebagai motivasi untuk mendukung terciptanya pelaksanaan PAGT karena merupakan wujud dari tanggungjawab pada Tuhan dan profesi. Kemudian, dietisien mengakui bahwa motivasinya untuk menjalankan PAGT di ruang rawat inap karena sudah menjadi ketentuan dari peraturan rumah sakit. Dietisien tersebut menganggap apa yang sudah menjadi kebijakan maka harus dilakukan. Motivasi seperti ini juga mendukung kinerja dietisien agar lebih disiplin dan bertanggungjawab.

Motivasi merupakan faktor psikologis yang menunjukkan minat individu terhadap pekerjaan, rasa puas, dan ikut bertanggungjawab terhadap aktivitas atau pekerjaan yang dilakukan.³⁷ Setiap dietisien memiliki motivasi yang berbeda dalam praktek PAGT. Namun motivasi yang mereka miliki belum cukup mampu untuk menjadikan dietisien bekerja sesuai dengan yang seharusnya. Semisal untuk pemakaian matriks diagnosis yang jarang sekali diterapkan dalam penentuan diagnosis gizi sebagai komponen PAGT.

3. Faktor Eksternal

a. Kebijakan Rumah Sakit

Kebijakan rumah sakit dapat mendukung namun juga dapat menghambat kinerja dietisien. Kebijakan rumah sakit yang mendukung kinerja dietisien, yaitu program peningkatan kualitas dietisien, dengan diadakannya pendidikan dan pendidikan formal atau non formal. Tidak semua dietisien mengikuti pendidikan ini, sehingga

delegasi yang dikirimkan harus menyosialisasikannya ke dietisien yang lain. Hal ini bisa dilakukan dengan metode diskusi.

Dietisien memiliki fungsi ganda yaitu secara struktural dan fungsional. Mereka merumuskan kebijakan menyangkut keseluruhan perihal pelayanan gizi, dari instalasi gizi hingga rawat inap dan jalan. Sesuai dengan bagan struktur organisasi 129/SK.01.03, apa yang mereka rumuskan menjadi tanggungjawab dan wewenang dietisien, maka itulah yang waiib mereka kerjakan. Peraturan ini dapat menghambat kinerja dietisien di ruang rawat inap karena beban kerja dietisien yang banyak dan tidak disesuaikan dengan jumlah tenaga kerja dietisien itu sendiri. Menurut perhitungan secara rumus beban tenaga kerja, RS St. Elisabeth di anjurkan untuk menambah 2 dietisien lagi agar seimbang antara jumlah tenaga dan beban kerja.

Untuk pasien di ruang rawat inap tanpa dietisien tetap, penyusunan diet dan jenisnya diatur oleh dokter. Jika terdapat kesulitan dalam penentuannya, dokter dapat berkolaborasi dengan dietisien ruangan lain. Hal ini dikarenakan kurangnya tenaga dietisien, walaupun menurut SPO Instalasi Gizi, dietisien yang bertanggung jawab terhadap penentuan diet dan bentuk makanan pasien rawat inap. Adanya prosedur tetap dalam menjalankan pelayanan kesehatan pada tenaga kesehatan di rumah sakit berfungsi memperjelas *job description* tiap profesi tenaga kesehatan sehingga dapat menjadi tolak ukur keberhasilan suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit.^{38,39} Selain itu, belum adanya kebijakan rumah sakit mengenai penentuan diagnosis gizi yang wajib dilakukan oleh dietisien, sesuai dengan ketentuan profesi.

Evaluasi pada kebijakan rumah sakit dilakukan setahun sekali. Sesuai dengan Surat Keputusan Direksi No.002/ SK. 01.03 tentang Pengesahan dan Pemberlakuan Kerangka Acuan Direktorat Penunjang Medik RS St. Elisabeth Semarang dengan tujuan meningkatkan pelayanan yang berkualitas sehingga memuaskan pasien dan keluarga.

b. Kolaborasi

Proses kolaborasi yang ada di ruang rawat inap RS St. Elisabeth Semarang sudah cukup berjalan baik. Adanya dukungan dari dokter dan perawat untuk dietisien melakukan PAGT menjadi salah satu faktor yang mendukung terciptanya PAGT yang baik. Walaupun terkadang ada ketidakcocokan jadwal antara dietisien dan dokter tapi dapat teratasi dengan bantuan perawat ataupun komunikasi dengan telepon.

Setiap profesi dapat saling percaya dan paham terhadap tanggungjawab masing-masing. Hal ini dapat menurunkan risiko tumpang tindih pekerjaan. Kolaborasi merupakan proses kompleks yang membutuhkan sharing pengetahuan yang direncanakan dengan sengaja dan menjadi tanggung jawab bersama untuk merawat pasien.⁴⁰

Kolaborasi yang baik antar tenaga kesehatan juga dapat meningkatkan kualitas hubungan dengan pasien karena dipengaruhi oleh pengetahuan, pengalaman dan kesiapan pasien sendiri untuk berubah.⁴⁰ Bentuk kolaborasi yang dilakukan antarprofesi tenaga kesehatan yaitu, membuat assessmen untuk pasien berdasarkan diskusi bersama, memberikan informasi kepada pasien secara bersama, memberi intervensi pada pasien, melakukan diskusi rutin untuk membahas kondisi pasien, menilai status gizi pasien dan menilai status kesehatan pasien, serta mengevaluasi pasien sebelum pulang dari rumah sakit.⁹

KETERBATASAN PENELITIAN

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu waktu penelitian dan observasi partisipasi yang kurang karena peraturan rumah sakit yang membatasi. Hal ini mengakibatkan peneliti tidak dapat mengamati lebih dalam proses dan perilaku subjek selama proses asuhan gizi terstandar.

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kesimpulan

Pelaksanaan PAGT di RS St. Elisabeth Semarang sudah dilakukan dari mulai assessmen gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi dan monitoring-evaluasi gizi, namun pelaksanaannya masih belum optimal karena beberapa kendala, yaitu :

- a. Penentuan diagnosis gizi kurang tepat karena kesulitan dalam penentuan matriks.
- b. Masih ada penentuan diagnosis gizi yang dikerjakan oleh profesi selain dietisien.
- c. Form PAGT yang digunakan belum memenuhi syarat.

Hal ini disebabkan oleh :

- a. Faktor internal : dietisien merasa penggunaan terminologi dalam PAGT terlalu rumit dan mereka ingin disederhanakan.
- b. Faktor eksternal : kebijakan rumah sakit tentang kompetensi penegakan diagnosis gizi belum ada.

2. Saran

- a. Perlu ditingkatkan pelatihan mengenai PAGT pada seluruh dietisien.
- b. Perlu adanya perumusan metode PAGT yang lebih sederhana oleh ASDI, PERSAGI atau lembaga yang berwenang agar mudah diterapkan.
- c. Adanya penambahan dietisien agar kualitas dan kuantitas kinerja dietisien dapat meningkat seimbang.
- d. Perlu adanya peraturan KEPMENKES atau rumah sakit yang menyebutkan bahwa diagnosis gizi harus ditentukan oleh dietisien.
- e. Penerapan sistem reward punishment sehingga dietisien selalu termotivasi untuk menjalankan PAGT.

DAFTAR PUSTAKA

1. Braunchweig C, Gomez S, Sheeam P. Impact of declines in nutritional status on outcomes in adult patients hospitalized for more than 7 days. *Journal of the American Dietetic Association*. 2000;100: 1316-24
 2. Syamsiatun Nurul H, Hadi H, Julia M. Hubungan antara status gizi awal dengan status pulang dan lama rawat inap pasien dewasa di rumah sakit. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 2004;1:23-9
 3. Chasbullah, I. Pengaruh pelaksanaan asuhan gizi dengan pendekatan terapi gizi medis terhadap asupan makanan dan lama rawat inap di Rumah Sakit Umum kota Bekasi [tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2007
 4. Pakaya, A. Pengaruh pelaksanaan asuhan gizi dengan pendekatan terapi gizi medis terhadap intake makan dan status gizi pasien rawat inap RSUD M.M Dunda dan RSUD Prof. Dr. Aloe Saboe Gorontalo [tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2004
 5. Budiningsari Dwi R, Hadi H. Pengaruh perubahan status gizi pasien dewasa terhadap lama rawat inap dan biaya rumah sakit. *Jurnal Gizi klinik Indonesia*. 2004;1: 35-45
-

6. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*. 2003;3:235-9
 7. Anggraeni Devinta D. Persepsi tim asuhan gizi dan pelaksanaan asuhan gizi di ruang rawat inap RSUP dr. Kariadi Semarang. Universitas Diponegoro, 2009
 8. Secker D. Pediatric nutritional assessment: a comparison of clinical judgment and objective measures. *Canadian Inventory of Nutrition and Dietetic Associated Resources*. 2003
 9. Sari Siska P. Pengaruh penanganan asuhan gizi kolaborasi antarprofesi tenaga medis terhadap asupan makanan pasien geriatri rawat inap RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. Universitas Gadjah Mada. 2009
 10. Komalawati D. Pengaruh lama rawat inap terhadap sisa makanan pasien anak di Rumah Sakit Umum dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Universitas Gadjah Mada, 2005
 11. Sarwono W. Partnership and teamwork in nutrition care. Pusat Diabetes dan Lipid Divisi Metabolik Endokrin Departemen Ilmu Penyakit Dalam. FKUI/RSUPN CM; 2011
 12. Kieselhorst KJ, Skates J, Pritchett E. 2005. American Dietetic Association : Standards of practice in nutrition care and updated standards of professionals performance. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2005;105: 641-5
 13. Iwaningsih S. Manajemen food waste. PIN; Jakarta, 17-19 Maret 2011
 14. American Dietetics Association. International dietetics & nutrition terminology (IDNT) reference manual; Standardized language for the nutrition care process. Third Edition.
 15. Persagi & Asdi. Pengembangan konsep nutrition care process (NCP) proses asuhan gizi terstandar (PAGT). 2011.
 16. Utarini A. Metode penelitian kualitatif. Yogyakarta: UGM; 2000
 17. Saryono, Anggraeni MD. Metodologi penelitian kualitatif dalam bidang kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010
 18. Sarwono J. Metode Penelitian Kuantitatif & Kualitatif. Edisi ke-1. Bandung: Graha Ilmu; 2006
 19. Neuman WL. *Social Research Methods: Qualitative and quantitative approaches*. Third Edition. Allyn & Bacon. 1991
 20. Sugiyono. Memahami penelitian kualitatif. Edisi ke-4. Bandung; Alfabeta; 2008.
 21. Moleong LJ. Metodologi penelitian kualitatif. Bandung: Remaja Rosdakarya; 2010
 22. Dwiyantri, D. Pengaruh asupan makanan terhadap kejadian malnutrisi di Rumah Sakit. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 2003
 23. Mahan L, Kathleen. Intake: Analysis of the diet. In: Stumph SE, Raymond Janice L, editors. *Krause's Food and the Nutrition Care Process*. USA: Elsevier, 2012; p. 131-4.
 24. Aisah I. Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja ahli gizi ruang rawat inap dalam pelayanan gizi di Rumah Sakit dr. Sardjito Yogyakarta. 2005
 25. Gibson RS. *Principles of Nutritional Assessment*. Second Edition. New York: Oxford University Press; 2005
 26. Litchford Mary D. *Nutrition Care Process: Role of CDM*. www.casesoftware.com
 27. Utami GN. Analisis beban kerja dan kinerja dietisien dalam melaksanakan NCP di ruang inap Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung. UGM; 2011
 28. Mathieu J, Foust M, Ouelette P. Implementing nutrition diagnosis, step two in the nutrition care process and model: challenges and lessons learned in two health care facilities. *Journal of the American Dietetic Association*, reprinted in *nutrition diagnosis: A critical step in the nutrition care process*. 2005;165-70
 29. Rolfes, S.D., Pinna, K., Whitney, E. *Understanding normal and clinical nutrition*. USA: Wadsworth Cengage Learning, 2009
 30. Yufrida L. Peranan proses asuhan gizi terstandar terhadap asupan gizi, status gizi dan lama rawat inap pada pasien rawat inap di RSUP dr. Hasan Sadikin, Bandung. 2010
 31. Hakel-Smith N, Lewis NM. A standardized nutrition care process and language are essential components of a conceptual model to guide and document nutrition care and patient outcomes. *J Am Diet Assoc*. 2004
 32. Atkins M, Hammond C, Hotson B. Canadian perspective on the nutrition care process and internal dietetics and nutrition terminology. 2010.
 33. Syah, Muhibbin. *Psikologi Belajar*. Cetakan ke-2. Jakarta: Rajawali Pers. 2003
 34. Utami GN. Analisis beban kerja dan kinerja dietisien dalam melaksanakan NCP di ruang inap Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung. UGM; 2011
 35. Departemen Kesehatan RI. Keputusan Menkes RI, Pasal 23 Ayat (5) Undang-Undang Nomor 36. Tentang Kesehatan, 2009
 36. Nurlela, I. Pengaruh pelatihan asuhan gizi dalam meningkatkan kinerja ahli gizi terhadap pelayanan gizi ruang rawat inap di RSUD dr. Soetomo Surabaya. 2011.
 37. Rokhmaloka Abdillah. Analisis pengaruh gaya kepemimpinan dan motivasi kerja terhadap kinerja pegawai. Universitas Diponegoro: Semarang, 2011
 38. Budi N. Pandangan manajemen RS terhadap peran dan kinerja pelayanan gizi. PIN 2011.
 39. Riana Alfi H. Standar pelayanan minimal rumah sakit. 2011.
 40. Brenda Freshman, editors. *Collaboration across the disciplines in health care*. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury, Massachusetts, 2010.
-