

SKRIPSI

**STUDI KUALITATIF PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR (PAGT)
DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT HARAPAN
DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2020**



DISUSUN OLEH :

**DERI ANDIKA PUTRA
NIM P0.5130216012**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKES KEMENKES BENGKULU
PRODI STUDI SARJANA TERAPAN
GIZI DAN DIETETIKA
2020**

SKRIPSI

**STUDI KUALITATIF PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR (PAGT)
DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT HARAPAN
DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2020**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Program Studi Diploma IV Gizi Dan Dietetika
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**

DISUSUN OLEH:

**DERI ANDIKA PUTRA
NIM. P05130216012**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
PRODI DIV GIZI DAN DIETETIKA
TAHUN 2020**

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**STUDI KUALITATIF PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR (PAGT)
DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT HARAPAN
DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2020**

Yang Dipersiapkan dan Dipresentasikan Oleh :

**Deri Andika Putra
NIM : P0.5130216012**

**Skripsi ini telah diperiksa dan disetujui
untuk dipresentasikan di hadapan Tim Penguji
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu Jurusan Gizi**

Oleh :

Dosen Pembimbing Skripsi

Pembimbing I,



**Tetes Wahyu, SST., M.Biomed
NIP. 198106142006041004**

Pembimbing II,



**Yenni Okfrianti, STP., MP
NIP. 197910072009122001**

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**STUDI KUALITATIF PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR (PAGT)
DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT HARAPAN
DAN DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2020**

Yang Dipersiapkan dan Dipersentasikan Oleh:

**Deri Andika Putra
NIM : P05130216012**

**Skripsi Ini Telah Di Uji dan Dipertahankan di Hadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Bengkulu Jurusan Gizi
Pada Tanggal 27 April 2020**

dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Ketua Dewan Penguji,



**Dr. Tonny C Maigoda, SKM., MA
NIP. 196110011981031003**

Penguji I,



**Miratul Haya, SKM., M.Gizi
NIP. 197308041997032003**

Penguji II,



**Tetes Wahyu, SST., M.Biomed
NIP. 198106142006041004**

Penguji III,



**Yenni Okfrianti, STP., MP
NIP. 197910072009122001**

**Mengesahkan
Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



**Kamsiah, SST., M.Kes
NIP. 197408181997032002**

RIWAYAT HIDUP



- Nama : Deri Andika Putra
- Jenis Kelamin : Laki-laki
- Tempat Tanggal Lahir: Bengkulu, 13 September 1998
- Agama : Islam
- Alamat : Jl. Wr Supratman, Gg Juwita, No.068 Kota Bengkulu
- Nama Orang Tua :
- a. Ayah : M. Agus Lahatta
 - b. Ibu : Yurni Sulaya
- Pendidikan :
- a. SD Negeri 69 Kota Bengkulu
 - b. SMP Negeri 7 Kota Bengkulu
 - c. SMKS 16 Farmasi Kota Bengkulu
 - d. Prodi DIV Gizi Dan Dietitika Poltekkes Kemenkes Kota Bengkulu
- Email : deantra13@gmail.com

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

- ❖ Tidak peduli seberat apapun atau tidak mungkin untuk dicapai, kau tidak boleh menyerah dengan tujuanmu.
- ❖ Ujian memberikan kesempatan yang bagus untuk mengetahui arti menang dan kalah atau kuat dan lemah. Raihlah kesuksesan dan kemunduran sebanyak yang kalian bisa

PERSEMBAHAN

Dengan segala puja dan puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa dan atas dukungan dan doa dari orang-orang tercinta, akhirnya skripsi ini dapat dirampungkan dengan baik dan tepat pada waktunya. Oleh karena itu, dengan rasa bangga dan bahagia saya haturkan rasa syukur dan terimakasih saya kepada:

- ❖ Tuhan YME, karena hanya atas izin dan karuniaNya maka skripsi ini dapat dibuat dan selesai pada waktunya. Puji syukur yang tak terhingga pada Tuhan penguasa alam yang meridhoi dan mengabulkan segala doa.
- ❖ Kedua orang tua saya, yang telah memberikan dukungan moril maupun materi serta doa yang tiada henti untuk kesuksesan saya, karena tiada kata seindah lantunan doa dan tiada doa yang paling khusuk selain doa yang terucap dari orang tua. Ucapan terimakasih saja takkan pernah cukup untuk membalas kebaikan orang tua.

- ❖ Bapak dan Ibu Dosen pembimbing, penguji dan pengajar, yang selama ini telah tulus dan ikhlas meluangkan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada ternilai harganya, agar saya menjadi lebih baik. Terimakasih banyak Bapak dan Ibu dosen, jasa kalian akan selalu terpatri di hati.
- ❖ Saudara saya (Kakak dan ayuk iparku), yang senantiasa memberikan dukungan, semangat, senyum dan doanya untuk keberhasilan ini, cinta kalian adalah memberikan kobaran semangat yang menggebu, terima kasih dan sayang ku untuk kalian.
- ❖ Sahabat dan Teman Tersayang, tanpa semangat, dukungan dan bantuan kalian semua tak kan mungkin aku sampai disini, terima kasih untuk canda tawa, tangis, dan perjuangan yang kita lewati bersama dan terimakasih untuk kenangan manis yang telah mengukir selama ini. Dengan perjuangan dan kebersamaan kita pasti bisa! Semangat!!

Terima kasih yang sebesar-besarnya untuk kalian semua, akhir kata saya persembahkan skripsi ini untuk kalian semua, orang-orang yang saya sayangi. Dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat dan berguna untuk kemajuan ilmu pengetahuan di masa yang akan datang, Aamiinnn.

**Program Studi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika, Jurusan Gizi Poltekkes
Kemenkes Bengkulu
Skripsi April 2020**

Deri Andika Putra

**STUDI KUALITATIF PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR (PAGT)
DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT HARAPAN DAN DOA KOTA
BENGKULU TAHUN 2020**

xii + 87 halaman, 3 tabel, 9 lampiran

ABSTRAK

Latar Belakang. Praktik asuhan gizi yang tidak memenuhi standar di rumah sakit menyebabkan munculnya beberapa hambatan terhadap kebutuhan dan preferensi setiap pasien. Salah satu hambatan sering dihadapi rumah sakit dalam upaya penyembuhan pasien. Tujuan penelitian untuk mendapatkan gambaran tentang peranan faktor internal dan faktor eksternal dalam penerapan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

Metode. Penelitian kualitatif dengan pendekatan Fenomenologi. Fenomenologi adalah metode yang dilakukan oleh peneliti untuk mengetahui fenomena yang terjadi secara alamiah. Metode fenomenologi menekankan pada pengalaman manusia dan bagaimana manusia menginterpretasikan pengalamannya.

Hasil. Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) yang belum dilakukan secara optimal. Dalam proses penerapan PAGT dietisien mengharapkan perbaikan sistem kerja antar tenaga kesehatan dan penyederhanaan sistem PAGT di rumah sakit, serta tak luput dietisien mengharapkan untuk didukung oleh kebijakan rumah sakit yang tidak memberatkan dietisien.

Kesimpulan. Faktor Internal pelaksanaan PAGT sudah baik, dari sisi pengetahuan dan motivasi kerja. Faktor Eksternal terdapat beberapa masalah tentang kolaboratif antar tenaga kesehatan berupa wewenang dan tanggung jawab serta kebijakan rumah sakit yang rancuh.

Saran. Diharapkan bagi pimpinan RSHD untuk mengevaluasi kebijakan rumah sakit terutama kolaborasi antar tenaga kesehatan pada bagian skrining gizi sehingga tidak terjadi lagi tumpang tindih wewenang dan tanggung jawab antar tenaga kesehatan.

Kata Kunci : *Proses Asuhan Gizi Terstandar, Rumah Sakit, Dietisien.*

53 Daftar Pustaka, 1999-2019

**Applied Nutrition and Dietetics Undergraduate Study Program, Department
of Nutrition Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Essay April 2020**

Deri Andika Putra

**QUALITATIVE STUDY OF NUTRITION CARE PROCESS (NCP) IN
HOSPITAL HOPE AND PRAYER OF BENGKULU CITY IN 2020**

xii + 87 pages, 3 tables, 9 attachments

ABSTRACT

Background. Nutrition care practices that do not meet hospital standards cause several barriers to the needs and preferences of each patient. One of the obstacles often faced by hospitals in efforts to cure patients. The research objective is to get an overview of the role of internal and external factors in the application of nutrition care process (NCP) at the Hope and Prayer Hospital of Bengkulu City.

Method. Qualitative research with a Phenomelogy approach. Phenomenology is a method carried out by researchers to find out phenomena that occur naturally. The phenomenological method emphasizes human experience and how humans interpret their experiences.

Results. The process of nutrition care process (NCP) that has not been carried out optimally. In the process of implementing a dietitious NCP expect improvement in the work system between health workers and simplification of the NCP system in hospitals, and not being spared dietitically expects to be supported by hospital policies that do not burden dietitics.

Conclusion. Internal factors in implementing NCP are already good, in terms of knowledge and work motivation. External factors, there are several issues regarding collaborative work among health workers in the form of authority and responsibilities as well as confusing hospital policies.

Suggestion. It is expected that the leadership of the RSHD to evaluate hospital policies, especially collaboration between health workers in the nutrition screening section so that there is no overlapping of authority and responsibility among health workers.

Keywords: *Nutrition Care Process, Hospital, Dietisien.*

53 Bibliography, 1999-2019s

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan untuk Allah SWT yang maha sempurna, dengan limpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi dengan judul **Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2020** sebagai syarat untuk menyelesaikan Skripsi.

Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Terapan Gizi di Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Penulis menyadari akan keterbatasan pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki, oleh karena itu saran dan kritik yang sifatnya membangun merupakan input dalam penyempurnaan selanjutnya. Semoga dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan dimasa yang akan datang dan masyarakat pada umumnya.

Penyelesaian Skripsi ini penyusun telah mendapat masukan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu penyusun mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Darwis, S.Kp., M.Kes sebagai Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu.
2. Ibu Kamsiah, SST., M.Kes sebagai Ketua Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu.
3. Bapak Miratul Haya, SKM., M.Gizi sebagai Ketua Prodi DIV Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Bengkulu.
4. Bapak Tetes Wahyu W, SST., M.Biomed sebagai Pembimbing I dalam Penyusunan Skripsi ini.

5. Ibu Yenni Okfrianti, STP., MP sebagai Pembimbing II dalam Penyusunan Skripsi ini.

Dalam Penyusunan Skripsi ini penyusun mengharapkan adanya kritik dan saran agar dapat membantu perbaikan selanjutnya.

Bengkulu, 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
RIWAYAT HIDUP	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR BAGAN	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	4
1.3 Pembatasan Masalah	4
1.4 Rumusan Masalah	4
1.5 Tujuan Penelitian	5
1.6 Manfaat Penelitian	6
1.7 Keaslian Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Pelayanan Gizi	9
2.2 Faktor-Faktor Pelaksanaan PAGT	18
2.3 Kerangka Teori	21
BAB III METODE PENELITIAN	22
3.1 Desain Penelitian	22
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	22
3.3 Kerangka Konsep.....	23
3.4 Populasi dan Sampel	24
3.5 Metode Pengumpulan Data	25
3.6 Teknik Pengumpulan Data	26
3.7 Pengolahan dan Analisis Data	27
3.8 Keabsahan Data	28
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	29
4.1 Alur Penelitian	29
4.2 Deskriptif Tempat Penelitian	30
4.3 Hasil Penelitian	32
4.4 Pembahasan	59
4.5 Keterbatasan Penelitian	79
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	80

5.1	Kesimpulan	80
5.2	Saran	81
DAFTAR PUSTAKA		83
LAMPIRAN.....		88

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	9
Tabel 4.1 Daftar Nama Ahli Gizi Rawat Inap	33
Tabel 4.2 Jumlah Pasien Ruang Rawat Inap	34

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori.....	21
Bagan 3.1 Kerangka Konsep.....	23
Bagan 4.1 Struktur Organisasi Instansi Gizi	31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Formulir <i>Indepth Interview</i>	91
Lampiran 2	Kuesioner	92
Lampiran 3	Dokumentasi	97
Lampiran 4	Materi Kesimpulan Triangulasi	98
Lampiran 5	Surat Izin Pra Penelitian	104
Lampiran 6	Surat Izin Penelitian.....	105
Lampiran 7	Surat Izin Penelitian RSHD	106
Lampiran 8	Surat Selesai Penelitian RSHD	107
Lampiran 9	Surat Permohonan EC.....	108
Lampiran 10	Surat EC.....	109
Lampiran 11	Lembar Konsul Pembimbing 1	110
Lampiran 12	Lembar Konsul Pembimbing 2	111

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Studi terbaru menunjukkan praktik asuhan gizi yang tidak memenuhi standar di rumah sakit menyebabkan munculnya beberapa hambatan terhadap kebutuhan dan preferensi setiap pasien. Salah satu hambatan sering dihadapi rumah sakit dalam upaya penyembuhan pasien adalah kejadian malnutrisi. Malnutrisi dapat terjadi sebelum dan sesudah dirawat di rumah sakit, hal ini bisa disebabkan oleh dampak dari penyakit dan asupan gizi yang kurang. 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 metabolisme (Hestevik., *et al.*, 2019)

Malnutrisi mempengaruhi fungsi dan penyembuhan setiap organ, seperti penurunan berat badan, mengalami gangguan sistem saluran pencernaan, infeksi bakteri atau parasit dan menurunnya fungsi organ basal. Hal ini menimbulkan infeksi 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 pemenuhan kebutuhan zat gizi sebagai upaya untuk mendukung proses kesembuhan pasien (Wijayanti, 2012)

Kebutuhan zat gizi yang tak terpenuhi selama dirawat di rumah sakit mengakibatkan terjadinya penurunan status gizi pada pasien sebesar 28,2%. Tingginya prevalensi malnutrisi di rumah sakit mencerminkan kualitas pelayanan suatu rumah sakit. Kesembuhan dari seorang pasien yang menjalani proses pengobatan dipengaruhi oleh berat ringannya penyakit yang diderita serta 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. Upaya pemenuhan kebutuhan gizi untuk pasien rawat inap dilakukan melalui pelayanan pemberian makanan sesuai kebutuhan dan berdasarkan diet penyakit setiap pasien (Dwiyanti., *et al.*, 2004)

Menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 78 tahun 2013 pelayanan gizi adalah salah satu pelayanan di rumah sakit yang memiliki peranan sederajat dengan pelayanan kesehatan lain di rumah sakit dalam usaha penyembuhan pasien. Bentuk pelayanan gizi rumah sakit adalah Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) atau *Standardized Nutrition Care Process (NCP)* merupakan tanggung jawab *dietisien/nutrisionis* dalam bidang pencegahan dan pengobatan penyakit terutama dalam hal asupan makanan, karena makanan adalah kebutuhan dasar manusia dan sangat dipercaya menjadi faktor pencegahan dan penyembuhan suatu penyakit. Serangkaian proses asuhan gizi terstandar dimulai dari assessmen gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, monitoring dan evaluasi gizi menjadi

tanggung jawab *dietisien/nutrisionis* (Susetyowati, Hadi, Asdie, & Hakimi, 2014)

Penelitian ini dilakukan di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu merupakan rumah sakit yang mulai beroperasi pada tahun 2014 dan telah menjadi salah satu rumah sakit umum terbesar di Provinsi Bengkulu dengan predikat Rumah Sakit tipe C dan merupakan salah satu rumah sakit rujukan provinsi Bengkulu. Penelitian ini sengaja dilakukan di rumah sakit yang telah menerapkan pelayanan gizi sesuai pedoman PAGT, penelitian ini nantinya mampu menggambarkan apakah yang mempengaruhi proses pelayanan asuhan gizi di rumah sakit.

Berdasarkan survei pendahuluan yang telah dilakukan melalui wawancara dan pengambilan data dengan salah satu dietisien di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu membuktikan bahwa proses asuhan gizi sudah berpedoman pada PAGT walaupun belum sepenuhnya secara detail dapat diterapkan, dan dilihat dari salah satu faktor keberhasilan pelayanan gizi yaitu aspan makanan dari data yang diambil mendapatkan hasil rata-rata sisa makanan 52% dalam kategori tinggi (>20%) dengan rincian sebagai berikut karbohidrat paling tinggi sebesar 30% dan kategori buah-buahan paling rendah sebesar 2% data tersebut diambil dari mini riset yang dilakukan 3 bulan terakhir yang tidak memenuhi target. Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti mendapatkan pertanyaan penelitian yakni apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi proses asuhan gizi terstandar di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

1.2 Identifikasi Masalah

Rumah sakit di Indonesia sendiri belum banyak rumah sakit yang menerapkan proses asuhan gizi terstandar ataupun sudah menerapkan namun belum maksimal sesuai dengan pedoman pelaksanaan asuhan gizi terstandar dan sesuai IDNT sehingga berdampak pada peningkatan status kesehatan melalui asuhan gizi yang diberikan.

1.3 Pembatasan Masalah

Agar tidak meluasnya objek dalam penelitian ini, sehingga peneliti membatasi beberapa variabel yaitu pengetahuan, motivasi, kebijakan rumah sakit, kolaborasi tenaga kesehatan dan pelayanan gizi berdasarkan proses asuhan gizi terstandar di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah, identifikasi masalah, dan pembatasan masalah yang didapat, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan proses asuhan gizi terstandar di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan Umum

Didapatkan gambaran tentang peranan faktor internal dan faktor eksternal dalam penerapan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

1.5.2 Tujuan Khusus

- a. Didapatkan gambaran pelaksanaan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.
- b. Didapatkan gambaran peran faktor pengetahuan pada dietisien rawat inap dalam penerapan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.
- c. Didapatkan gambaran peran faktor motivasi kerja pada dietisien rawat inap dalam penerapan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.
- d. Didapatkan gambaran peran faktor kebijakan rumah sakit pada direktur rumah sakit, kepala instalasi dan dietisien rawat inap dalam penerapan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.
- e. Didapatkan gambaran peran faktor kolaborasi tenaga kesehatan pada kepala ruangan dan dietisien rawat inap rawat inap dalam penerapan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.
- f. Didapatkan gambaran peran faktor pelayanan gizi pada pasien dan dietisien rawat inap rawat inap dalam penerapan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Bagi Peneliti

Sebagai bahan masukan bagi rumah sakit dalam upaya meningkatkan pelayanan yang seoptimal mungkin dalam bidang pengkajian gizi pasien, dan dengan diadakan penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran dan motivasi serta informasi bagi para ahli gizi untuk penyempurnaan proses asuhan gizi terstandar dalam pelayanan gizi rumah sakit.

1.6.2 Bagi Masyarakat

Memberikan informasi tentang bagaimana hubungan penerapan proses asuhan gizi terstandar (pagt) dan tingkat kepuasan dengan asupan pasien anak infeksi di Rumah Sakit Harapan dan Doa kota Bengkulu pada tahun 2020.

1.6.3 Bagi Ilmu Pengetahuan

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan yang sudah ada dan meningkatkan kualitas para ahli gizi baik di rumah sakit atau dimanapun.

1.6.4 Bagi Akademik

Memberikan informasi sehingga dapat dijadikan referensi tambahan bagi perpustakaan untuk meningkatkan keilmuan bagi mahasiswa Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang dapat dipergunakan untuk bahan perbandingan dalam menyusun skripsi selanjutnya khusus

mengenai penelitian dalam bidang Gizi Klinik dengan pembahasan Proses Asuhan Gizi Terstandar di Rumah Sakit / PAGT RS.

1.6.5 Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai bahan bacaan menambah wawasan keilmuan, pengalaman dalam memberikan pelayanan gizi dirumah sakit dan sebagainya, merupakan salah satu dasar pengembangan penelitian selanjutnya yang sejenis.

1.7 Keaslian Penelitian

Kurangnya penelitian dalam bidang gizi tentang pengimplementasian proses asuhan gizi terstandar di rumah sakit khususnya di Indonesia, sehingga peneliti hanya berhasil merampungkan tiga penelitian terkait dengan implementasi proses asuhan gizi terstandar yang dilakukan di rumah sakit, hal ini dapat menambah keterbaruan penelitian khususnya bagi peneliti sendiri, dan berdasarkan keterbaruan penelitian diatas yang membedakannya adalah tempat atau lokasi penelitian, waktu pada penelitian dan analisis yang digunakan peneliti adalah chi-square kemudian peneliti ingin mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi proses asuhan gizi terstandar dirumah sakit.

Beberapa penelitian yang pernah dilakukan untuk menunjang judul penelitian tentang Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu, sepengetahuan peneliti yaitu :

Tabel 1.1 Keaslian Peneliti

No	Penelitian dan Tahun	Judul penelitian	Jenis Penelitian	Analisis	Hasil
1.	Erickson Manu, 2018	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Proses Asuhan Gizi Terstandar (Nutrition Care Process) Di Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan Jakarta Timur	Penelitian Deskriptif dengan metode kuantitatif	Analisis data dilakukan dengan program komputer sesuai hasil pengamatan	Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) belum dilakukan secara optimal. berkaitan dengan komunikasi kebijakan tidak jelas/tidak konsisten, tugas, wewenang serta kurangnya penyuluhan dan pelatihan terhadap dietisien.
2.	Tania Wijayanti, 2012	Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit St. Elisabeth Semarang)	Penelitian Deskriptif dengan metode kualitatif	Triangulasi data, penguraian detail hasil penelitian, auditing dengan pembimbing	Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) belum dilakukan secara optimal. Dietesien mengharapkan PAGT dapat disederhanakan. Saat assessment gizi, dietesien belum secara detail mengumpulkan data fisik pasien, penentuan diagnosis gizi belum tepat, dibebberapa ruangan diagnosis gizi tidak dilakukan oleh dietesien, intervensi gizi dan monitoring- evaluasi sudah dilakukan dengan baik. Faktor internal yaitu pengetahuan PAGT
3.	Emy Shinta Dewi, dkk 2013	Analysis on the implementati on of nutrition services in tugurejo general hospital semarang	Penelitian kualitatif dengan pendekatan waktu crossectional	Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan menggunakan metode content analysis	Impelementasi program gizi belum optimal berkaitan dengan komunikasi kebijakan tidak jelas/tidak konsisten, tugas, wewenang, SOP dan mekanisme pertanggung jawaban kebijakan, memperbaiki hubungan antar petugas dengan family gathering/outbond dan koordinasi serta menata ulang tupoksi SDM
4.	Indrawati Nurlela, dkk 2006	Pengaruh Pelatihan Asuhan Gizi Dalam Meningkatkan Kinerja Ahli Gizi Ruang Rawat Inap RSUD DR. Soetomo Surabaya	Penelitian Pre-Eksperimental dengan Rancangan Before-After Tanpa Perbandingan	Analisis data dilakukan dengan program komputer sesuai hasil pengamatan	Pengetahuan ahli gizi meningkat setelah diberikan pelatihan asuhan gizi, demikian pula dengan sikap ahli gizi, hal ini sesuai dengan tujuan pelatihan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap peserta pelatihan/ahli gizi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pelayanan Gizi

2.1.1 Pengertian Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi RS (PGRS) adalah salah satu dari 20 pelayanan wajib Rumah Sakit yang sesuai keputusan menteri kesehatan Nomor 1333/Menkes/Sk/XII/1999 dan Permenkes Nomor 78 tahun 2013. PGRS adalah kegiatan pelayanan gizi di Rumah Sakit untuk memenuhi kebutuhan gizi masyarakat, baik rawat inap maupun rawat jalan. Pelayanan gizi juga ditujukan untuk kepentingan metabolisme tubuh, dalam rangka upaya preventif, kuratif, rehabilitatif maupun promotif. Instalasi gizi merupakan organ fungsional dalam jajaran direktoratif penunjang dan pendidikan dengan kegiatan pokok: (1). Penyelenggaraan makanan, (2). Asuhan gizi rawat inap, (3). Asuhan gizi rawat jalan dan (4). Penelitian pengembangan gizi terapan.

Pelayanan gizi dirumah sakit adalah pelayanan yang diberikan dan disesuaikan dengan keadaan pasien berdasarkan keadaan klinis, status gizi dan status metabolisme tubuh. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan Penyakit dapat berpengaruh dengan keadaan gizi pasien. Sering terjadi kondisi pasien yang semakin buruk karena tidak tercukupinya kebutuhan zat gizi untuk perbaikan organ tubuh. Fungsi

organ yang terganggu akan lebih memburuk dengan adanya penyakit dan kekurangan gizi (PGRS, 2013).

Pelayanan gizi rawat inap merupakan Pelayanan gizi yang dimulai dari proses pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi meliputi perencanaan, penyediaan makanan, penyuluhan/edukasi dan konseling gizi serta monitoring dan evaluasi gizi.

2.1.2 Tujuan dan Sasaran Pelayanan Gizi

Memberikan pelayanan gizi kepada pasien rawat inap agar memperoleh asupan makanan yang sesuai kondisi kesehatannya dalam upaya mempercepat proses penyembuhan, mempertahankan dan meningkatkan status gizi. Sasaran pelayanan gizi adalah pasien dan keluarga (PGRS, 2013).

2.1.3 Mekanisme Kegiatan Pelayanan Gizi

Mekanisme pelayanan gizi rawat inap adalah sebagai berikut :

a. Skrining Gizi

Skrining gizi bertujuan untuk mengidentifikasi pasien/klien yang beresiko, tidak beresiko malnutrisi atau kondisi khusus adalah pasien dengan kelainan metabolik, hemodialisis, anak, geriatrik. Kanker dengan kemoterapi/ radiasi, luka bakar pasien dengan imunitas menurun, sakit kritis.

b. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) adalah pendekatan sistematis dalam memberikan pelayanan asuhan gizi yang berkualitas yang dilakukan oleh tenaga gizi, melalui serangkaian aktivitas yang terorganisir yang meliputi identifikasi kebutuhan gizi sampai pemberian pelayanannya untuk memenuhi kebutuhan gizi (Kemenkes RI, 2014).

Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) adalah suatu metode pemecahan masalah yang sistematis, dimana dietisien profesional menggunakan cara berpikir kritisnya dalam membuat keputusan untuk menangani berbagai masalah yang berkaitan dengan gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi. Proses asuhan gizi terstandar disusun sebagai upaya peningkatan kualitas pemberian asuhan gizi. Menurut National Academy Of Science's-Institute Of Medicine (IOM), kualitas pelayanan adalah tingkatan pelayanan kesehatan untuk individu dan populasi yang mengarah kepada tercapainya hasil kesehatan yang diinginkan, sesuai pengetahuan profesional terakhir. Kualitas pelayanan dinilai melalui hasil kerja dan kepatuhan proses terstandar yang telah di sepakati (Wahyuningsih, 2013).

Beberapa kata kunci yang perlu dipahami dalam pengertian PAGT adalah :

- a. Proses: serangkaian langkah atau tindakan yang berkaitan untuk mencapai suatu hasil, atau kumpulan aktivitas yang merubah input menjadi suatu output.
- b. Pendekatan proses: yaitu identifikasi dan pengaturan berbagai kegiatan secara sistematis dan interaktif dari berbagai aktivitas. Pendekatan proses menekankan pada pentingnya: pemahaman atas kebutuhan dan pemenuhannya penentuan apakah proses ini dapat memberikan nilai tambah, penentuan unjuk kerja proses dan efektifitasnya, penggunaan ukuran yang objektif untuk perbaikan berkelanjutan dari proses tersebut.
- c. Berpikir kritis: yaitu kemampuan menganalisa masalah, merumuskan dan mengevaluasi solusi dengan mengintegrasikan fakta, opini, menjadi pendengar aktif dan melakukan pengamatan. Karakteristik berpikir kritis meliputi: berpikir konseptual, rasional, kreatif, mandiri, dan memiliki keinginan untuk tahu lebih mendalam.
- d. Membuat keputusan: proses kritis dalam memilih tindakan terbaik untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

- e. Memecahkan masalah: proses yang terdiri dari identifikasi masalah formulas pemecahan masalah, implementasi dan evaluasi hasil.
- f. Kolaborasi: yaitu proses dimana beberapa individu/kelompok dengan kepentingan yang sama bergabung untuk menangani masalah yang teridentifikasi (Wahyuningsih, 2013).

Dalam pengembangan NCP, ADA menyusun suatu model asuhan gizi yang mencerminkan konsep – konsep kunci dari setiap langkah proses asuhan gizi. Hubungan antara dietisien dengan pasien/klien menjadi fokus dari model tersebut. Model ini juga mengidentifikasi berbagai faktor dari model tersebut. Model ini juga mengidentifikasi berbagai faktor lain yang mempengaruhi proses dan kualitas pemberian asuhan gizi (Sumaprdja, 2011).

Proses asuhan gizi terstandar dilakukan pada pasien yang beresiko kurang gizi sudah mengalami kurang gizi dan atau kondisi khusus dengan penyakit tertentu, Proses ini merupakan serangkaian kegiatan yang berulang (Siklus) sebagai berikut:

c. Assesmen gizi

Assesmen gizi adalah kegiatan mengumpulkan dan mengkaji data terkait gizi yang relevan untuk mengidentifikasi masalah gizi pada pasien. Anamnesis riwayat gizi adalah data meliputi asupan makanan termasuk komposisi, pola makan, diet

saat ini dan data lain yang terkait. Selain itu diperlukan data kepedulian pasien terhadap gizi dan kesehatan, aktivitas fisik dan olahraga dan ketersediaan makanan di lingkungan klien. PGRS-
BAB IV-HAL 17 Gambaran asupan makanan dapat digali melalui anamnesis kualitatif dan kuantitatif. Anamnesis riwayat gizi secara kualitatif dilakukan untuk memperoleh gambaran kebiasaan makan/pola makan sehari berdasarkan frekuensi penggunaan bahan makanan. (Kemenkes RI, 2014).

Anamnesis secara kuantitatif dilakukan untuk mendapatkan gambaran asupan zat gizi sehari melalui ''recall'' makanan 24 jam dengan alat bantu 'food model'. Kemudian dilakukan analisis zat gizi yang merujuk kepada daftar makanan penukar, atau daftar komposisi zat gizi makanan. Contoh formulir anamnesis riwayat gizi kualitatif dan kuantitatif . Riwayat gizi kuantitatif diterjemahkan ke dalam jumlah bahan makanan dan komposisi zat gizi (Kemenkes RI, 2014)

Biokimia Data biokimia meliputi hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan yang berkaitan dengan status gizi, status metabolik dan gambaran fungsi organ yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi. Pengambilan kesimpulan dari data laboratorium terkait masalah gizi harus selaras dengan data assesmen gizi lainnya seperti riwayat gizi yang lengkap, termasuk penggunaan suplemen, pemeriksaan fisik dan sebagainya.

Disamping itu proses penyakit, tindakan, pengobatan, prosedur dan status hidrasi (cairan) dapat mempengaruhi perubahan kimiawi darah dan urin, sehingga hal ini perlu menjadi pertimbangan (Kemenkes RI, 2013).

d. Diagnosis Gizi Dikelompokkan Menjadi Tiga Domain Yaitu :

a. Domain Asupan

Adalah masalah aktual yang berhubungan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, substansi bioaktif dari makanan baik yang melalui oral maupun parenteral dan enteral.

b. Domain Klinis

Adalah masalah gizi yang berkaitan dengan kondisi medis atau fisik/fungsi organ.

c. Domain Perilaku/Lingkungan

Adalah masalah gizi yang berkaitan dengan pengetahuan, perilaku/kepercayaan, lingkungan fisik dan akses dan keamanan makanan.

e. Intervensi Gizi

Terdapat dua komponen intervensi gizi yaitu (PGRS, 2013) :

1. Perencanaan Intervensi, meliputi :

- a) Penetapan tujuan intervensi, penetapan tujuan harus dapat diukur, dicapai dan ditentukan waktunya.
- b) Preskripsi diet, meliputi perhitungan kebutuhan gizi, jenis diet, modifikasi diet, jadwal pemberian diet, jalur makanan.

2. Implementasi intervensi

Dikelompokkan menjadi 4 domain yaitu :

- a) Pemberian makanan atau zat gizi
- b) Edukasi gizi
- c) Konseling gizi
- d) Koordinasi pelayanan gizi

f. Monitoring dan Evaluasi Gizi

Tiga langkah kegiatan monitoring dan evaluasi gizi yaitu (PGRS, 2013)

- a) Monitor perkembangan yaitu kegiatan mengamati perkembangan kondisi pasien/klien yang bertujuan untuk melihat hasil yang terjadi sesuai yang diharapkan oleh klien.
- b) Mengukur hasil adalah mengukur perkembangan/ perubahan yang terjadi sebagai respon terhadap intervensi gizi
- c) Evaluasi hasil, meliputi dampak perilaku dan lingkungan terkait gizi, dampak asupan makanan dan zat gizi, dampak terhadap tanda dan gejala fisik yang terkait gizi, dampak terhadap pasien/klien terhadap intervensi gizi yang diberikan pada kualitas hidupnya.

g. Koordinasi Pelayanan

Sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan defisien harus berkolaborasi dengan dokter, perawat, farmasi dan tenaga

kesehatan lainnya, yang terkait dalam memberikan pelayanan asuhan gizi.

2.1.4 Indikator Mutu Pelayanan Gizi

Beberapa contoh indikator mutu pelayanan gizi antara lain (PGRS, 2013) :

- a. Perencanaan asuhan gizi sesuai dengan standar pelayanan
- b. Presentase rencana asuhan gizi yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan gizi.
- c. Keberhasilan konseling gizi
- d. Prosentase perubahan *sign-simptom* dari *problem* gizi pada kunjungan awal dengan target pada kunjungan-kunjungan konseling berikutnya.
- e. Ketepatan diet yang disajikan
- f. Prosentase ketepatan diet yang disajikan sesuai dengan diet order dan rencana asuhan.
- g. Ketepatan penyajian makanan
- h. Presentase ketepatan dan keakuratan makanan yang disajikan yang sesuai standar yang disepakati.
- i. Ketepatan cita rasa makanan
- j. Presentase cita rasa (aroma, suhu, penampilan, rasa dan tekstur) hidangan yang dapat diterima atau sesuai dengan dietnya.
- k. Sisa makanan pasien

1. Prosentase makanan yang dapat dihabiskan dari satu atau lebih waktu makan.

2.2 Faktor-Faktor Pelaksanaan PAGT

Menurut pendapat (Wijayanti, 2012) Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien dengan pelayanan gizi RS antara lain:

a. Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2011) pengetahuan adalah hasil dari tahu setelah seseorang dalam melakukan penginderaan suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra meliputi pancamansia yaitu indra penglihatan, indra penciuman, indra pendengaran, indra rasa, dan indra raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam tindakan seseorang (over behavior). Pengetahuan juga diartikan sebagai informasi yang secara terus menerus diperlukan oleh seseorang untuk memahami pengalaman. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran (Nurlela, 2006).

b. Motivasi

Motivasi merupakan suatu dorongan yang membuat orang bertindak atau berperilaku dengan cara – cara motivasi yang mengacu pada sebab munculnya sebuah perilaku, seperti faktor–faktor yang mendorong seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Motivasi dapat diartikan sebagai kehendak untuk mencapai status, kekuasaan dan pengakuan yang lebih tinggi bagi setiap individu. Motivasi justru dapat

dilihat sebagai basis untuk mencapai sukses pada berbagai segi kehidupan melalui peningkatan kemampuan dan kemauan (Wowor & Laoh, 2013).

c. Kebijakan

Kebijakan sebagai serangkaian tindakan/kegiatan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dimana terdapat hambatan-hambatan dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijaksanaan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Pendapat ini juga menunjukkan bahwa ide kebijakan melibatkan perilaku yang memiliki maksud dan tujuan merupakan bagian yang penting dari definisi kebijakan, karena bagaimanapun kebijakan harus menunjukkan apa yang sesungguhnya dikerjakan dari pada apa yang diusulkan dalam beberapa kegiatan pada suatu masalah.

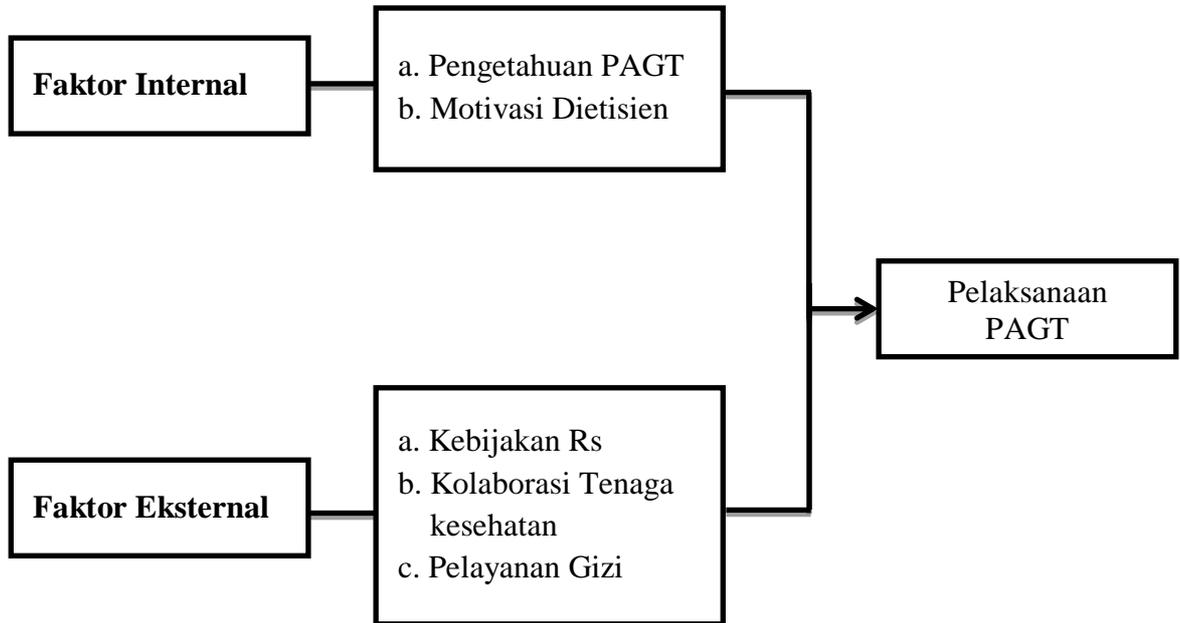
d. Kolaborasi

Kolaborasi merupakan salah satu bentuk interaksi sosial. Kolaborasi adalah suatu bentuk proses sosial, dimana didalamnya terdapat aktivitas tertentu yang ditujukan untuk mencapai tujuan bersama dengan saling membantu dan saling memahami aktivitas masing-masing. Kolaborasi berarti bekerja bersama-sama untuk mencapai tujuan bersama. Ia adalah suatu proses sosial yang paling dasar. Biasanya, kolaborasi melibatkan pembagian tugas, dimana setiap orang mengerjakan setiap pekerjaan yang merupakan tanggung jawabnya demi tercapainya tujuan bersama (Fatalina, Sunartini, Widyandana, & Sedyowinarso, 2015).

e. Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan yang diatur di dalam Keputusan Menkes Nomor 1333/Menkes/Sk/XII/1999 dan Permenkes Nomor 78 tahun 2013, yang dimana terdapat proses asuhan gizi terstandar (PAGT) didalamnya berguna sebagai pedoman asuhan gizi kepada pasien rawat inap maupun rawat jalan. PGRS adalah kegiatan pelayanan gizi di Rumah Sakit untuk memenuhi kebutuhan gizi masyarakat. Pelayanan gizi adalah suatu upaya memperbaiki, meningkatkan gizi makanan, dietetik masyarakat, kelompok, individu atau klien yang merupakan suatu rangkaian kegiatan yang meliputi pengumpulan, pengolahan, analisis, simpulan, anjuran, implementasi dan evaluasi gizi, makanan dan dietetik dalam rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sehat atau sakit (Depkes, 2003).

2.3 Kerangka Teori



Bagan 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : (Wijayanti, 2012)

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

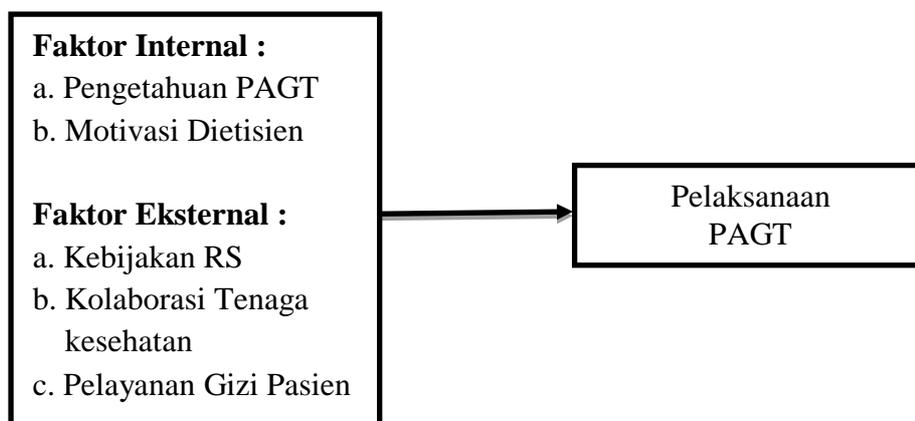
Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan Fenomenologi. Fenomenologi adalah metode yang dilakukan oleh peneliti untuk mengetahui fenomena yang terjadi secara alamiah. Metode fenomenologi menekankan pada pengalaman manusia dan bagaimana manusia menginterpretasikan pengalamannya. Metode kualitatif dapat memudahkan peneliti untuk mendeskripsikan pelaksanaan PAGT dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Jenis data yang di kumpulkan yaitu gambaran RSHD kota Bengkulu meliputi instalasi gizi dan ruang rawat inap beserta jadwal kerja dietisien (Sastroasmoro, 2011).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan di RSHD kota Bengkulu. Waktu penelitian dikerjakan pada bulan 18 Februari sampai dengan 18 Maret 2020.

3.3 Kerangka Konsep

Secara skematis kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Bagan 3. 1 Kerangka Konsep

Sumber: Wijayanti, 2012

Implementasi Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) merupakan serangkaian kegiatan penerapan atau pelaksanaan dari Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) yang terdiri dari pengkajian gizi (asessmen), diagnosis gizi, intervensi gizi, monitoring dan evaluasi. Selain itu faktor internal yaitu pengetahuan tentang PAGT adalah hasil tau 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.

3.4 Populasi dan Sampel Penelitian

3.4.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau yang akan diteliti (Elfindri, 2012). Populasi penelitian adalah wilayah umum yang terdiri dari objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2016). Populasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah seluruh *Dietisien/Nutrisionis, pasien rawat inap*, kepala ruangan dan pemimpin rumah sakit yang berkaitan dengan asuhan gizi di RSHD kota Bengkulu.

3.4.2 Sampel

Konsep sampel dalam penelitian kualitatif berkaitan dengan bagaimana memilih informan. Informan adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi di luar penelitian.

Teknik pengambilan informan dengan *purposive sampling* secara *maximal variation sampling* yaitu pengambilan informan yang memiliki perbedaan karakteristik satu sama lain sehingga sesuai tujuan penelitian, dapat menemukan beragam perspektif dari masing-masing karakteristik tersebut (Creswell, 2012)

Adapun kriteria yang ditentukan oleh peneliti adalah (1) Pegawai rumah sakit yang berhubungan erat dengan PAGT (2) Pasien rawat inap

yang menerima PAGT dan (3) Bersedia menjadi informan. Sehingga didapatkan informan sebagai berikut :

1. Kepala Rumah Sakit
2. Kepala Ruangan Rawat Inap
3. Kepala Instalasi Gizi
4. *Dietisien/Nutrisionis*
5. Pasien Rawat Inap

3.5 Metode Pengumpulan Data

3.5.1 Jenis dan Sumber Data

Adapun yang menjadi sumber data dalam penelitian ini adalah:

a. Data primer

Data primer diperoleh berdasarkan hasil Indepth Interview (wawancara mendalam) yaitu keterangan dan informasi yang didapat secara lisan dari informan melalui pertemuan dan percakapan antara peneliti dengan informan.

b. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari laporan-laporan yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. Peneliti sebagai seseorang yang aktif selama pengumpulan data, bermaksud memahami secara detail bagaimana fenomena ini terjadi dan bagaimana mereka mengembangkan pandangan mereka (Emzir, 2008).

3.5.2 Instrumen Penelitian

Pada pengambilan data menggunakan metode *In-depth Interview*. Peneliti berperan sebagai moderator atau *interviewer*. Peneliti menggunakan perekam suara, kamera, buku catatan serta *inform consent* sebagai alat bukti pengumpulan data. Instrumen pertanyaan yang akan diajukan dalam wawancara dengan tutor disusun berdasarkan informasi yang telah didapatkan dari berbagai literatur yang sesuai dan hasil diskusi dengan dosen pembimbing (Notoatmodjo, 2010).

3.6 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data untuk metode kualitatif menggunakan metode wawancara mendalam atau *In-depth Interview*.

a. *In-Depth Interview*

In-Depth Interview mencakup bila terdapat seorang interviewer dan satu atau lebih informan. Tujuan dari *in-depth interview* adalah untuk menyelidiki ide dari informan tentang fenomena sesuai dengan kepentingan peneliti (Utarini A, 2000).

b. Alat Pengumpulan Data

Alat yang menunjang peneliti untuk melakukan pengambilan data, sebagai berikut :

1. Kuesioner
2. Tape recorder
3. Buku Catatan

3.7 Analisis dan Pengolahan Data

3.7.1 Analisis Data

Analisis data adalah upaya peneliti kualitatif untuk meringkas data yang dikumpulkan secara akurat dan dapat di andalkan. Hal ini adalah penyajian temuan penelitian dengan cara yang lazim dilakukan (Creswell, 2012).

3.7.2 Pengolahan Data

a. Menjelajah dan mengkoding data

Peneliti kualitatif melakukan sebuah pre-analisis data dengan membacanya untuk mendapatkan rasa data secara umum. Analisis utama data kualitatif terdiri dari mengkoding data. Proses koding salah satunya adalah mengurangi teks atau gambar untuk menggambarkan dan tema seseorang, tempat atau kejadian. Termasuk memeriksa teks dari baris ke baris, bertanya apa yang informan katakan dan kemudian menempelkan label kode pada segmen kata.

b. Koding untuk membentuk gambaran dan tema

Hasil koding digunakan untuk membentuk deskripsi orang atau tempat. Mereka juga digunakan untuk membentuk tema yang mewakili abstrak lebih luas daripada kode. Tema dapat dilapisi atau disusun untuk menceritakan sebuah cerita, atau juga dapat digunakan sebagai penghubung untuk menggambarkan seberapa kompleks dari suatu fenomena.

c. Interpretasi hasil

Pelaporan dan menggambarkan hasil, peneliti kualitatif membuat interpretasi dari arti penelitian. Interpretasi mencakup melihat pendapat individu, membandingkan hasil dengan literature dan menyarankan batasan dan penelitian kedepannya.

3.8 Keabsahan Data

Validitas dalam penelitian kualitatif disebut dengan keabsahan data adalah bahwa setiap keadaan harus mendemonstrasikan nilai benar, menyediakan dasar agar hal itu dapat diterapkan dan memperoleh keputusan luar yang dapat dibuat tentang konsistensi dari prosedurnya dan kenetralan dari temuan dan keputusan-keputusannya (Moleong, L.J, 2006). Untuk memeriksa keabsahan data, peneliti menggunakan teknik:

- a. Metode triangulasi adalah tehnik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data yang dihasilkan (Moleong, L.J, 2006).

Triangulasi memberi kesempatan untuk dilaksanakannya beberapa hal diantaranya: (1) penilaian hasil penelitian oleh responden; (2) mengoreksi kekeliruan oleh sumber data; (3) menyediakan tambahan informasi secara sukarela; (4) memasukkan informan dalam kancan penelitian; (5) menilai kecukupan data. Pada penelitian ini, hasil wawancara dari narasumber akan peneliti *cross check* dengan teori pada buku PAGT, PGRS dan IDNT (Burhan Bungin. 2009).

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Alur Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Harapan dan Doa kota Bengkulu Tahun 2020 pada tanggal 18 February sampai dengan 18 Maret 2020. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penatalaksanaan PAGT di RSUD Harapan dan Doa kota Bengkulu Tahun 2020. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Fenomenologi untuk melihat dan mengetahui efektifitas berdasarkan pengalaman informan terhadap penatalaksanaan PAGT. Informan dalam penelitian ini berjumlah 11 orang yang terdiri dari direktur rumah sakit, kepala instalasi gizi, kepala ruangan rawat inap, dietisien rawat inap, dan pasien/keluarga pasien rawat inap. Pelaksanaan penelitian dibagi menjadi 2 tahap yaitu tahap persiapan dan tahap pelaksanaan.

Adapun tahap persiapan di mulai dari pengurusan surat izin penelitian dari institusi pendidikan yaitu Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan dilanjutkan pengurusan surat izin penelitian. Setelah mendapatkan surat izin penelitian kemudian diserahkan ke Kesbangpol Kemendagri (Direktorat Jenderal Kesatuan Bangsa dan Politik Kementerian Dalam Negeri) Kota Bengkulu, dilanjutkan ke bagian diklat RSUD Harapan dan Doa kota Bengkulu diberi tembusan kepada Direktur RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu yang dijadikan tempat pengambilan informan penelitian.

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan melakukan wawancara secara mendalam dengan pertanyaan terbuka secara langsung atau informan sambil bertatap muka antara pewawancara (*Indepth Interview*). Kemudian hasil wawancara ditranskripsikan dalam catatan tertulis dan dikelompokkan sesuai dengan bidang yang akan dianalisis kemudian dilakukan penafsiran data secara narasi dan interpretasi kemudian dibandingkan dengan teori.

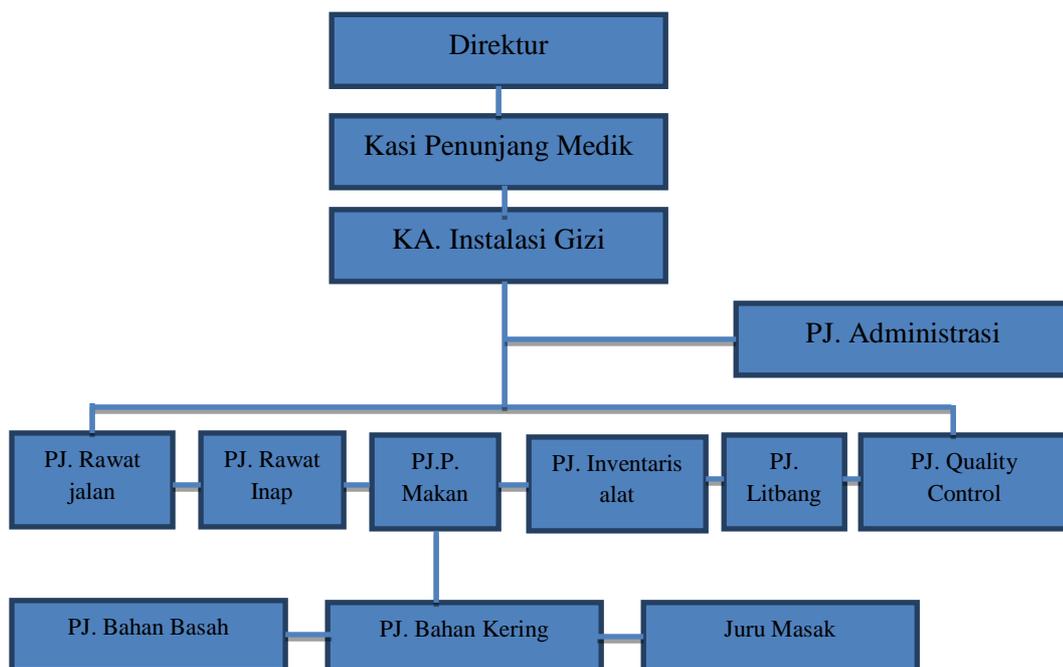
4.2 Deskriptif Tempat Penelitian

RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu mulai beroperasi pada bulan Januari Tahun 2014 dengan Izin Operasional Sementara Walikota Bengkulu Nomor 49 Tahun 2013 tanggal 27 Februari tahun 2013 dan diregistrasi pada tanggal 28 Februari tahun 2013 dengan kode Rumah Sakit 1771002, pada tanggal 16 Maret 2017 Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Satu Pintu Kota Bengkulu mengeluarkan sertifikat izin operasional dan klasifikasi kelas untuk RSUD Kota Bengkulu, Nomor 02 tahun 2017, izin operasional RSHD Kota Bengkulu berlaku 5 tahun dari tanggal 17 Maret 2017 sd 16 Maret 2022 dan Klasifikasi Rumah sakit ini adalah rumah sakit daerah tipe C non-pendidikan.

Proses Asuhan Gizi Terstandar di RSHD termasuk dalam pedoman pelayanan instalasi gizi yang diatur oleh peraturan direktur Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Nomor : 919 tahun 2019. Dengan keterikatan pada Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1333 tahun 1999

Tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Permenkes Nomor 78 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi di Rumah Sakit. Pada dasarnya 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.

Dengan struktur organisasi instalasi gizi sebagai berikut :



Bagan 4. 1 Struktur Organisasi Instalasi Gizi

Sumber : Pedoman Pengorganisasian Instalasi Gizi RSHD, 2019

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. RSHD memiliki 5 ruang rawat inap yang dibagi berdasarkan kelas VIP, kelas I, II, III dan Kebidanan. Dua dari lima 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.

4.3 Hasil Penelitian

Setelah peneliti melakukan penelitian di RSHD Kota Bengkulu dengan metode wawancara mendalam (*indepth interview*) dapat di paparkan temuan penelitian sebagai berikut :

Ada tiga pembahasan dalam penelitian ini yaitu bagaimana terjadinya pelaksanaan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di RSHD Kota Bengkulu, kedua mengidentifikasi seberapa besar pengaruh faktor internal yaitu pengetahuan dan motivasi dietisien dalam pelaksanaan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di RSHD Kota Bengkulu, dan yang terakhir yaitu untuk mengidentifikasi seberapa besar pengaruh faktor eksternal yaitu kebijakan rumah sakit dan kolaborasi antar tenaga kesehatan pelaksanaan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di RSHD Kota Bengkulu.

Dengan demikian, dalam rangka untuk mengidentifikasi seberapa besar pengaruh faktor internal dan faktor eksternal, penting untuk menelusuri lebih dalam bagaimana pelaksanaan PAGT di rawat inap terjadi serta apa saja kendala yang mereka hadapi. Dalam hal ini akan membahas

temuan dari penelitian lapangan yang berkaitan dengan pelaksanaan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di RSHD Kota Bengkulu, apakah telah sesuai dengan proses dan teori yang ada.

Analisis pada bagian ini didasarkan pada informasi kualitatif dengan pendekatan studi kasus (Porter, 2019). Dalam penelitian ini menggunakan teknik fenomenologi, di mana penelitian dimulai dengan memahami situasi di lapangan, pengalaman informan dan bagaimana informan menginterpretasikan pengalamannya (Helaluddin, 2018).

4.3.1 Deskriptif Pelaksanaan PAGT

Pelayanan gizi di Rumah Sakit diberikan dan disesuaikan dengan keadaan pasien berdasarkan keadaan klinis, status gizi dan status metabolisme tubuh. Pada pasien rawat inap juga dilakukan konsultasi mengenai penyakit yang diderita melihat dari kondisi pasien pada saat dilakukan visit keruangan pasien. Pada asuhan gizi rawat inap setiap ruangan yang bertanggung jawab satu ahli gizi dengan tim kesehatan lainnya yaitu dokter penanggung jawab (DPJP), apoteker, dan perawat dengan jumlah pasien rata-rata 30-40 pasien/hari. Ahli gizi penanggung jawab setiap ruangan, yaitu :

Tabel 4.1 Daftar Nama Ahli Gizi Rawat Inap

Nama Ahli Gizi (PJ)	Kelas
Tenti Septiani, AMG	VIP, Kelas II
Titi Enyliana, SKM	Kelas I, HCU
Leni Marsiana, AMG	Kebidanan, kelas III

Sumber : Profil Instalasi Gizi RSHD Kota Bengkulu, 2019

Pelayanan gizi di Rumah Sakit diberikan dan disesuaikan dengan keadaan pasien berdasarkan keadaan klinis, status gizi dan status

metabolisme tubuh. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi pasien. Selain itu, masalah gizi lebih dan obesitas erat hubungannya dengan penyakit degeneratif, seperti diabetes melitus, jantung koroner, hipertensi dan penyakit kanker memerlukan terapi gizi yang tepat untuk membantu penyembuhannya, dengan jumlah bed pasien RSHD sekitar 114 bed dengan rata-rata jumlah pasien sebagai berikut :

Tabel 4.2 Jumlah Pasien Ruang Rawat Inap

No	Ruang Inap	Jumlah Pasien		
		Oktober	November	Desember
1.	Mina	158 orang	174 orang	189 orang
2.	Marwah	142 orang	148 orang	171 orang
3.	Safa	191 orang	200 orang	257 orang

Sumber : Manajemen Ruang Rawat Inap di RSHD, 2019

Dalam jumlah pasien beragam terutama penyakit yang bersentuhan langsung dengan gizi, manajemen rumah sakit mulai merasakan bahwa pelayanan gizi merupakan hal yang sangat penting dalam mendukung kesembuhan pasien. Sedangkan tidak ada penyakit yang bertambah buruk akibat pasien menjalankan rawat inap di RSHD terutama penurunan status gizi atau malnutrisi, seperti yang disampaikan oleh informan :

Kepala Instalasi Gizi :

“..kalau untuk penyakit itu beragam ... alhamdulillah untuk pasien rata-rata udah dirawat inap gak ada perubahan status gizi yang signifikan kayak malnutrisi”

4.3.2 Faktor Internal

Faktor internal, adalah faktor yang asalnya dari dalam diri seseorang atau individu itu sendiri. Faktor ini biasanya berupa sikap juga sifat yang melekat pada diri seseorang.

A. Proses Asuhan Gizi Terstandar

Peneliti melakukan wawancara dengan kepala instalasi gizi, dengan kaitan “sejauh mana penerapan pelaksanaan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di RSHD kota Bengkulu” yang dilakukan oleh dietisien dalam pelaksanaan PAGT di ruang rawat inap, informan menyatakan bahwa:

Kepala Instalasi Gizi :

“...asuhan gizi disini sudah sesuai, kalau skrining pasien yang masih melaksanakan dietisien/nutrisonis karena beban pekerjaan perawat itu sudah terlalu banyak jadi daripada tidak terlaksana maka yang melakukannya dietisien/nutrisonis.”

Proses asuhan gizi yang dilakukan dietisien di ruang rawat inap berpedoman pada Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) di Indonesia dengan beberapa buku yang dipakai seperti PAGT dan terminologi gizi, tetapi 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 perbedaan kondisi serta situasi yang mereka hadapi terutama pada penerapan skrining gizi. Akibatnya mengeluarkan waktu yang lebih lama dalam melakukan asuhan gizi dengan metode tersebut. Dengan pertanyaan yang sama dengan kepala instalasi gizi, berikut pernyataan dietisien rawat inap:

Dietisien Rawat Inap II :

“...sudah berjalan dengan baik... kita sudah melakukan dengan cara ADIME kepada pasien dan menerapkan pada catatan CPPT sesuai diagnosis yang diberikan oleh DPJP serta memahami kondisi pasien, kita bisa mendiagnosis pasien melihat dari kondisi pasien kami juga harus mengetahui kondisi asupan pasien apakah ada alerginya atau tidak, asupan bagus atau tidak.”

Dietisien Rawat Inap III :

“...sejauh ini mulai dari skrining, dokumenasi skrining kita ditulis di CPPT dan sampai ke intervensi, ...untuk mekanisme skrining gizi yang melakukan harusnya perawat tapi disini perawat jarang melakukannya jadi kami.”

1. Proses Pelaksanaan Assesmen Gizi

Pada proses assesmen gizi di RSHD selama ini sudah dilaksanakan sesuai metode PAGT, walaupun ada yang belum maksimal dilakukan. Pasien baru akan didata serta dilakukan skrining awal oleh perawat tetapi untuk skrining gizi dilakukan oleh dietisien, apabila terdapat masalah pada pasien maka perawat akan mengkoordinasikan dengan

dietisien jika pasien tersebut memerlukan asuhan gizi. Dietisien mengumpulkan data dari perawat dalam bentuk CPPT atau rekam medis dilanjutkan dengan assessmen gizi pada pasien, penuturan dietisien tersebut :

Dietisien Rawat Inap II :

"...pada assesmen gizi kita bisa lihat dari kondisi pasien dibantu dari status pasien seperti biokimia, asupan pasien sesuai dengan penyakit pasien."

Kepala Instalasi Gizi :

"...untuk assesmen kami menyiapkan form yang dipakai mst dan strong kid, untuk pelaksanaan assesmen sudah sesuai pagt temen2 nutrisonis sudah melakukan amnesa meliputi antropometri, asupan dll."

Dietisien Rawat Inap III :

"...yang melakukannya untuk form yang digunakan ada 2 yaitu MST dan strong kid, assesmen gizi yang kami lakukan berupa berikut biokimia, fisik dan klinis."

"...hambatan paling dari keluarga pasien terkadang kita susah apalagi keluarga pasien menengah ke atas atau keluarga pasien menengah lebih aktif."

Pada proses wawancara dilakukan langsung pada pasien, namun jika kondisi tidak memungkinkan maka dietisien termasuk dalam memperkirakan parameter antropometri berupa berat badan dan tinggi badan pada keluarganya, apabila tidak ada di rekam medis atau pasien tidak melakukan pengukuran sebelum dirawat, berikut penuturannya:

Dietisien Rawat Inap III :

“...hambatan paling sering apalagi pasien dalam keadaan tidak sadar... keluarga pasien terkadang kita susah apalagi keluarga pasien menengah ke atas beda sama keluarga pasien menengah ke bawah lebih aktif.”

Pada pengambilan 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 diit 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 assessmen 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.

2. Proses Pelaksanaan Diagnosis Gizi

Diagnosis adalah identifikasi atau menganalisa sesuatu. Diagnosis gizi merupakan salah satu dari beberapa bagian dari pelayanan gizi rawat inap di RSHD, para dietisien disini memiliki pedoman dari buku PAGT (Proses Asuhan Gizi Terstandar) dan buku IDNT (International Dietetic & Nutrition Terminology) atau lebih dikenal dalam terjemahan bahasa indonesia buku terminolog gizi.

Dietisien Rawat Inap III :

“...untuk diagnosis gizi kami memakai dari buku terminologi.”

Langkah pertama dalam penentuan diagnosis gizi adalah penentuan diagnosis. Pada langkah ini dietisien merasa masih mengalami kesulitan dalam penentuan diagnosis gizi. Tahap berikutnya sebelum menentukan rumusan diagnosis adalah penentuan *problem*, *etiology* dan *sign-symptoms* (PES). Tetapi kebanyakan dietisien menunggu DPJP dan baru akan memberikan diagnosis gizi diakhir, seperti penuturan di bawah ini :

Dietisien Rawat Inap I :

“...kalau diagnosis penyakit dilakukan oleh dokter, kalo diagnosis gizi dilakukan oleh dietisien tapi kadang dokter juga mempunyai diagnosis khusus untuk diet pasien jadi dietisien mengikuti diet tersebut.”

Dietisien Rawat Inap III :

“...pada diagnosis gizi yang menentukan DPJP kami memberi masukan kalau ada diagnosa tambahan, untuk rujukan standar kami memakai buku terminologi, intervensi gizi sesuai dengan diagnosis pasien.”

Pada langkah ini dicari pola dan hubungan antar data yang terkumpul dan kemungkinan penyebabnya. Kemudian memilah masalah gizi yang spesifik dan menyatakan masalah gizi secara singkat dan jelas menggunakan terminologi yang ada. Penulisan diagnosis gizi terstruktur dengan konsep PES atau *Problem, Etiologi dan Signs-Symptoms*.

Diagnosis gizi dikelompokkan mejadi tiga domain

- a. Domain Asupan adalah masalah aktual yang berhubungan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, substansi bioaktif dari makanan baik yang melalui oral maupun parenteral dan enteral. Contoh : Asupan protein yang kurang (P) berkaitan dengan perubahan indera perasa dan nafsu makan (E) ditandai dengan asupan protein rata-rata sehari kurang dari 40% kebutuhan (S).

- b. Domain Klinis adalah masalah gizi yang berkaitan dengan kondisi medis atau fisik/fungsi organ. Contoh : Kesulitan menyusui (P) berkaitan dengan (E) kurangnya dukungan keluarga ditandai dengan penggunaan susu formula bayi tambahan (S).
- c. Domain Perilaku/Lingkungan adalah masalah gizi yang berkaitan dengan pengetahuan, perilaku/kepercayaan, lingkungan fisik dan akses dan keamanan makanan. Contoh : Kurangnya pengetahuan tentang makanan dan gizi (P) berkaitan dengan mendapatkan informasi yang salah dari lingkungannya mengenai anjuran diet yang dilaninya (E) ditandai dengan memilih bahan makanan/makanan yang tidak dianjurkan dan aktivitas fisik yang tidak sesuai anjuran (S). berikut penjelasan tersebut :

Kepala Instalasi Gizi :

*“...allhamdulillah sudah sesuai.., **diagnosis gizi sudah sesuai karena yang menentukan ahli gizi bukan petugas yang lain, jadi gak harus sesuai dengan penyakit yang ditetapkan DPJP tapi sesuai dengan terminologi gizi bukan terminologi penyakit, untuk rujukan terminologi kami menggunakan yang digunakan konsep PES***

“...jadi dikelompokkan menjadi tiga domain yaitu asupan, klinik, perilaku dengan pendekatan PES, untuk intervensi kami biasanya menetapkan tujuan, preskripsi diet, jenis diet, jadwal diet, jalur makanan. ”

3. 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 diet, 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 ditentukan, 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, berikut penjelasan tersebut:

Dietisien Rawat Inap I :

“...khusus untuk diet pasien jadi dietisien mengikuti diet tersebut, untuk intervensi gizi bisa dilihat dari sisa makanan, status gizi pasien, berat badan pasien serta asupan pasien.. ”

Dietisien Rawat Inap II :

“...preskripsi diet sesuai dengan diagnosis pasien kita bisa lihat dari DPJP yang memberikan kami juga memastikan apakah itu benar serta mengkaji keadaan pasien sekarang. ”

Dietisien Rawat Inap III :

“...intervensi gizi sesuai dengan diagnosis pasien, contohnya untuk penyakit DM perhitungannya perempuan 25 kal/kgbb untuk laki-laki 30kal/kgbb. ”

Implementasi intervensi merupakan bagaian kegiatan intervensi gizi dimana dietisien melaksanakan dan mengkomunikasikan rencana asuhan kepada pasien dan tenaga kesehatan atau tenaga lain yang terkait. Suatu intervensi gizi harus menggambarkan dengan jelas : “apa, dimana, kapan dan bagaimana” intervensi itu dilakukan. Kegiatan ini juga termasuk pengumpulan data kembali, dimana data tersebut dapat menunjukkan respons pasien dan perlu atau tidaknya modifikasi intervensi gizi. Untuk kepentingan dokumentasi dan persepsi yang sama, intervensi dikelompokkan menjadi 4 domain yaitu pemberian makanan atau zat gizi; edukasi gizi,

konseling gizi dan koordinasi pelayanan gizi. Setiap kelompok mempunyai terminologinya masing-masing, hal ini didukung oleh pernyataan informan sebagai berikut:

Kepala Instalasi Gizi :

“...pada tahap preskripsi diet yang paling penting itu perhitungan zat gizi apalagi untuk penyakit khusus seperti DM bisa menggunakan pedoman kebutuhan kemenkes. ”

“...kalau konseling teman-teman melakukan sesuai dengan diagnosis gizi dan menggunakan leaflet yang sesuai serta menggunakan bahan penakar makanan, kemudian teman-teman melakukan melihat atau mengetes sejauh mana yang didapatkan pasien, sedangkan untuk penyuluhan itu biasanya di koordinir oleh PKRS. ”

Dietisien Rawat Inap I :

“...sedangkan edukasi dan konseling sesuai dengan penyakit pasien apabila ada penyakit khusus seperti DM ada pemberitahuan dari dokter kepada dietisien, untuk diabetes sendiri ada penentuan khusus. ”

Dietisien Rawat Inap II :

“...pada edukasi dan konseling sesuai dengan diagnosis gizi pasien misal pasien itu menderita DM kita mengkonusltasi tentang penyakit diabetes dengan pemberian kalori sesuai kebutuhan menggunakan leaflet. ”

Dietisien Rawat Inap III :

“...edukasi dan konseling kami menggunakan leaflet sesuai dengan penyakit. ”

4. Monitoring Dan 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 tersebut :

Kepala Instalasi Gizi :

“...monitoring dan evaluasi dilihat perkembangan pasien artinya dilihat sejauh mana terjadinya perubahan sesuai dengan yang ditetapkan tujuan diawal, apabila telah sesuai tidak lagi dilakukan PAGT ulang kalau belum sesuai baru dilakukan PAGT ulang.”

“...sedangkan untuk rujukan rawat jalan biasanya tergantung rekomendasi DPJP apakah ada rawat jalan, tapi memang di rumah sakit tidak teralalu lama perawatannya jadi jarang terjadi pengulangan. Sedangkan untuk dokumentasi berbentuk ADIME dalam rekam medis pasien. ”

Dietisien Rawat Inap I :

“...pada monitoring dan evaluasi biasanya dilihat dari asupan pasien dan sisa makanan serta status gizi awal masuk dan akhir perawatan, sedangkan untuk frekuensi pertemuan ke pasien... sejujurnya cuma sekali... kalau dari asupan setiap hari. ”

Dietisien Rawat Inap II :

“...untuk monitoring dan evaluasi biasanya kita lihat dulu perkembangan pasien apakah asupan pasien sudah membaik atau belum, apakah pasien mengalami kendala dalam menerima diet, jadi kita kaji lagi apakah pasien itu bisa menerima diet tersebut atau tidak, untuk frekuensi pertemuan ke pasien itu kalau tidak ada gangguan cukup serius itu hanya sekali apabila kalau dia mengalami gangguan kita bisa kita ulangi.”

Dietisien Rawat Inap III :

“...pada monitoring dan evaluasi biasanya untuk pasien dirawat lebih dari 3 hari biasanya ada tingkat lanjut, frekuensi pertemuan dengan pasien tergantung keperahan kondisi pasien. ”

B. Motivasi

1. Motivasi Kerja

Dalam pertanyaan selanjutnya peneliti melakukan wawancara dengan kepala instalasi gizi dan dietisien, dengan kaitan “Selama bekerja apa yang anda rasakan dan apakah motivasi dalam bekerja?”. Motivasi pegawai dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab cukup beragam. Salah satu motivasinya adalah ingin dapat disetarakan sesama profesi tenaga kesehatan yang lain. Berikut ungkapan tersebut :

Dietisien Rawat Inap III : “...maunya sih disetarakan dengan profesi yang lain. ”
--

Rumah sakit juga telah memberikan kesempatan untuk berkembang pada dietisien berupa pelatihan dan pendidikan. Pelatihan dan pendidikan tersebut diharapkan sebagai motivasi dietisien, motivasi ini menjadi penggerak terhadap suatu tujuan, sehingga ada beberapa dietisien yang berkata motivasi mereka karena rasa ingin tahu, berkembang menjadi lebih baik dan memberikan pelayanan pada pasien dengan baik. Berikut beberapa ungkapan tersebut :

Kepala Instalasi Gizi :

“...Pada pendidikan dan pelatihan standarnya untuk pelatihan itu harus 10% alhamdulillahnya... di gizi sendiri sudah 40% ikut pertahun, semua sudah mengikuti tapi beragam tidak hanya PAGT dan itu diharapkan memberikan semangat pada teman-teman dietisien. ”

Dietisien Rawat Inap I :

“...pada tahap pelatihan dan pendidikan rumah sakit telah membuka kesempatan untuk semuanya. ”

Dietisien Rawat Inap II :

“...rumah sakit telah memberikan peluang untuk melakukan asuhan gizi rumah sakit. ”

“...kalau untuk pelatihan pihak rumah sakit sudah memberikan pelatihan dalam bentuk konseling gizi dan tentang penyakit gizi. ”

Dietisien Rawat Inap III:

“...rumah sakit juga memberikan pelatihan sesuai dengan setiap ahli gizi diberikan pelatihan yang tidak mereka dapat di tahun sebelumnya.”

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 :

Kepala Instalasi Gizi :

“...wewenang dan tanggung jawab dietisien yaitu memberikan standar pelayanan mutu sesuai kompetensi, bagaimana penentuan edukasi diet, menentukan diet, pada penyelenggaraan makanan bagaimana dietisien bisa menyediakan makanan sesuai diet yang dipesankan, dirawat jalan konseling sesuai kondisi pasien. ”

Dietisien Rawat Inap I :

“...kami sendiri memiliki wewenang dan tanggung jawab yaitu dietisien berhak melakukan penyelenggaraan makanan, assesmen, diagnosis, skrining, dll. ”

Dietisien Rawat Inap II :

“...wewenang dan tanggung jawab dietisien untuk memeberikan diagnoisis gizi sesuai keadaan pasien. ”

Dietisien Rawat Inap III :

“...wewenang dan tanggung jawab yaitu membantu DPJP menentukan diagnosis gizi pasien. ”

2. Kepuasan Kerja

Kinerja pegawai merupakan salah satu dampak atau tolak ukur dari kepuasan kerja. Bahwa kinerja merupakan suatu hasil yang dicapai karena termotivasi dengan pekerjaan dan puas dengan pekerjaan yang mereka lakukan. Seseorang yang merasa puas dengan pekerjaannya akan bekerja dengan lebih produktif dan setia dengan organisasinya, sedangkan pekerja yang tidak puas dengan pekerjaannya akan bekerja dengan kurang

produktif dan cenderung memiliki keinginan untuk berhenti dari pekerjaannya, seperti ungkapan dibawah ini :

Kepala Instalasi Gizi :

"...fasilitas pendukung untuk pelayanan ada tapi tidak sesuai dengan fasilitas standar, logistik keselamatan kerja beberapa ada yang bisa dipenuhi dan ada juga belum bisa dipenuhi. "

Dietisien Rawat Inap I :

*"...kondisi kerjanya nyaman, **sarana dan prasarana harus diakui itu belum sesuai**, kalau rekan kerja antar profesi sangat bekerja sama dalam melakukan PPA, rumah sakit telah memberikan reward dan sertifikat... **Alhamdulillah saya puas bekerja disini.** "*

Dietisien Rawat Inap II :

*"...kondisi kerja untuk kenyamanan biasa saja sedangkan **faslitas belum memenuhi jadi kami nyaman-nyaman kan***
. "

Dietisien Rawat Inap III :

"..fasilitas yang diberikan sudah mulai akan dibenahi. "

4.3.3 Faktor Eksternal

Faktor eksternal, adalah faktor yang asalnya dari luar diri seseorang atau individu.

A. Kebijakan Rumah Sakit Tentang PAGT

Peneliti melakukan wawancara, melakukan observasi dan mengambil dokumentasi untuk mengetahui kebijakan rumah sakit

tentang PAGT dan perubahan yang dilakukan manajemen RSHD Kota Bengkulu dalam memperbaiki masalah serta hambatan para pegawainya dengan pertanyaan sebagai berikut “Apakah kebijakan rumah sakit tentang PAGT telah sesuai ? jika ya, coba jelaskan ? dan jika tidak, apa alasan anda ?”, berikut ungkapan direktur dibawah ini :

Direktur RSHD :

“...semua kegiatan dan peraturan tentang dibuat oleh instalasi gizi itu sendiri dengan persetujuan saya sebagai direktur dan melalui kebijakan rumah sakit.”

“...sebagai acuan kita tetap segala sesuatu yang berkkaitan tentang operasional dirumah sakit baik itu pelayanan gizi sesuai aturan yaang berlaku.”

“...mekanisme SOP sesuai yang sudah ada, mungkin bisa dilihat nanti, jadi untuk instalasi gizi itu sendiri merupakan bagian dari struktur organisasi yang ada rumah sakit, yang dikepalai ketua instalasi yang nanti meneaungi suruh kegiatan dan pelayanan yang terkait, baik itu penyuluhan, penyediaan makan, dan lainnya yang ada di isntalais tersebut. Instalasi ini dibawah pengawasan KASI penunjang. Kasi penunjang itu merupakan perpanjangan tangan dari direktur setidaknya untuk mengevaluasi, melihat pelaksanaan dilapangan.. ”

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 tanggung jawab.

Dalam menjalankan kewajiban dan wewenang, selalu diadakan monitoring dan evaluasi, setiap hari dan dua bulanan dengan form penilaian, seperti ungkapan direktur sebagai berikut:

Direktur RSHD :

“...untuk penilaian dietisien, kita tetap ada memperdayakan menurunkan maksud saya sebagai direktur itu kepala instalasi nanti ada review dari hasil kinerja mereka itu perbulanan ada reviewnya 3bulan sekali gitu untuk yang mengevaluasi gimana kinerja dari dietisien itu sendiri salah satunya juga menyebarkan kuesioner ke para pasien kita misalnya benar kita beri untuk makanan-makanan kebutuhan mereka ini. ”

Sedangkan dalam pertanyaan berikutnya peneliti menanyakan “Bagaimana pendapat anda tentang kebijakan rumah sakit pada PAGT ?, apakah itu membantu atau malah menghambat ?, jika membantu, coba jelaskan ?, dan jika menghambat, apa alasan anda ?”, berikut ungkapan beberapa kepala instalasi mengenai kebijakan pelayanan gizi di RSHD terutama proses asuhan gizi terstandar:

Kepala Instalasi Gizi :

*“...kalau sejauh ini cukup membantu, pihak manajemen telah memahami **PAGT salah satu standar yang harus ada dalam pelayanan gizi**, kalau masalah yang sering terjadi yah... **rebutan rekam medis lah**, jadi artinya secara kebijakan sudah cukup mendukung kalau rumah sakit tau bahwa ini merupakan standard yang dibutuhkan untuk akreditasi. ”*

Kebijakan pelayanan gizi di RSHD secara pribadi dibuat oleh kepala instalasi itu sendiri dengan bantuan dietisien dengan beberapa tambahan dari direktur, hal ini tidak membuat kinerja dietisien terhambat.

Pada dasarnya kehadiran supervisor tidak mengganggu kinerja dietisien dan dietisien menganggap kehadiran mereka untuk meningkatkan kembali kinerja dalam pelayanan kepada pasien, seperti ungkapan dietisien sebagai berikut:

Dietisien Rawat Inap I :

“...kalau untuk supervisi, ada yang mengawasi tapi tidak mengganggu. ”

Dietisien Rawat Inap II :

“...untuk kebijakan rumah sakit tak memiliki hambatan karena rumah sakit telah memberikan peluang untuk melakukan asuhan gizi rumah sakit. ”

Dietisien Rawat Inap III :

“...supervisi juga tidak terlalu mengganggu dan memacu kami menjadi lebih baik. ”

B. Kolaborasi Antar Profesi Tenaga Kesehatan

Pada pertanyaan selanjutnya peneliti melakukan wawancara dengan seluruh pegawai yang berkaitan erat pelayanan kesehatan, berikut pertanyaan tersebut “Selama melakukan pelayanan kepada pasien, adakah kolaborasi antar tenaga kesehatan ?, jika ya

bagaimana kolaborasi itu dilakukan ?, dan jika tidak, kenapa tidak melakukannya ?”.

Mekanisme kolaborasi di ruang rawat inap RSHD 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. Masalah yang biasa terjadi di ruang rawat inap RSHD karena komunikasi secara lisan masih kurang, seperti penuturan dibawah ini :

Kepala Ruangan I :

“...kalau kolaborasi antar tenaga kesehatan antar perawat dan gizi disini telah diberlakukan, kebutuhan kami disini kami memiliki ahli gizi diruangan ini, sebelum mereka melakukan asuhanya mereka melakukan skrining awal ke pasien serta melakukan konsultasi gizi, setelah mereka konsultasi gizi datang ke ruang perawat untuk mendata pasien dan menanyakan diet pasien yang biasanya diberikan DPJP. ”

Kepala Ruangan II :

“...tentang kolaborasi dalam pelayanan selama ini memang ada dalam rangka antara semua lapisan termasuk gizi, teknis kita semisalnya kami melakukan asuhan keperawatan kalau misalnya tidak berhubungan dengan penyakit berhubungan dengan diet kami serahkan dengan yang memang ahli atau memang ilmunya. ”

Kepala Ruangan III :

“...kalau kolaborasi sesama tenaga kesehatan ada, antara perawat, gizi dan dokter terutam dokter spesialis atau kami sering sebut DPJP, DPJP itu berkolaborasi dengan gizi dalam diet pasien begitupun dengan perawat tentang keadaan dan kondisi pasien. ”

Adanya interaksi antara dietisien dengan tenaga kesehatan lainnya dapat dilihat ketika terjadi perbedaan pendapat mengenai pelayanan 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 dan kepala instalasi tentang kolaborasi kolaborasi tenaga kesehatan :

Kepala Instalasi Gizi :

“...sedangkan untuk rawat inap sudah sesuai standar untuk kolaborasi antar profesi, dan juga cukup berjalan. ”

Dietisien Rawat Inap I :

“...kalau rekan kerja antar profesi sangat bekerja sama dalam melakukan PPA. ”

Dietisien Rawat Inap II :

“...hambatan yang sering terjadi itu komunikasi ...pada kolaborasi antarprofesi kami melakukannya dan kalau untuk rekan kerjanya tergantung individu masing-masing apakah ada bisa menghadapi kerja baik atau tidak. ”

Dietisien Rawat Inap III :

“...kalau rekan kerja antar profesi juga nyaman dan dalam membantu DPJP menentukan diagnosis pasien ”

Kolaborasi yang diharapkan pihak rumah sakit dapat mempermudah kerjasama, interaksi, kompromi beberapa elemen yang terkait baik individu, lembaga dan atau pihak-pihak yang terlibat secara langsung dan tidak langsung yang menerima akibat dan manfaat. Dalam melakukan kolaborasi ini kami memiliki satu tujuan yaitu pelayan yang baik bagi pasien, walaupun dalam pengerjaan masih banyak kendala terutama pada bidang tim khusus yang dibuat oleh manajemen RSHD yang masih rancu dan perlu dipertanyakan, seperti penuturan berikut ini :

Direktur RSHD :

“...hubungan antar tenaga profesi lain, ...alhamdulillah sudah karena gizi ini kan keterkaitan asuhan dan gizi merupakan salah satu kunci sukses kesembuhan pasien, karna dia itukan ada asuhan medis, keperawatan, kebidanan. Asuhan gizi ini merupakan salah satu dari faktor kesembuhan pasien itu sinerginya harus jalan dan itu sudah kita terapkan, sinergi anatar asuhan ini .”

Direktur RSHD :

“...untuk tim khusus di ruang rawat inap, iya disana kalau untuk dirawat kita sudah ada gabungan, cuma kadang-kadang mungkin waktunya tidak bersamaan mereka berat, berdasarkan status jadi. ...ada kunjungan pasien dan edukasi, penyuluhan dan pasien khusus yang dirawat, misalnya ada tindakan asuhan gizi, mungkin memang seidealnya itukan dilakukan bersama-sama, kadang memang tidak dilakukan bersama-sama tapi itu dijembatani oleh status pasien.. ”

Kepala Ruangan I :

“...Untuk team khusus kolaborasi antarprofesi saat ini belum ada tapi anatara dokter, perawat dan dokter sudah melakukan kolaborasi di ruang rawat inap ini.”

“...kebijakan khusus itu belum ada dari rumah sakit, tapi ahli gizi disini sudah melakukan kolaborasi terutama kepada kami. ”

Kepala Ruangan II :

“...kebijakan khusus disini rasanya tidak ada tapi kalau misalnya yang lebih memahami tentang gizi otomatis teman yang dari gizi, apalagi pasien yang berhubungan dengan gizi atau penyakit-penyakit tertentu kami konsultasikan dengan ahli gizi.”

*“...untuk tim khusus antarprofesi sepertinya untuk sekarang tidak ada. **Sedangkan untuk kominikasi anatarprofesi kami ramah dan tidak jutek kita juga slogan nojulemi yang dimana itu untuk semua orang disini. Pada tanggung jawab ada tugasmasing kalo untuk kami sendiri disini ada leader atau PJ, maksud dari PJ sebagian banyak pasien kami dibagi pasiennya untuk dibuattim disana ada leader untuk melakukan asuhan keperawatan, disini juga sanagat berjaln dengan baik bukan hanya perawatnya tapi juga gizi, dokter, dll.. ”***

Kepala Ruangan III :

“...untuk kebijakan rumah sakit kami lupa, Seluruh PPA harus mengisi kartu berintergrasi atau CPPT misalnya perawat, gizi, dokter, apoteker sebagai alat untuk melihat perkembangan pasien.”

“...untuk tim khusus kami sulit menjawab tapi disini kami telah meakukan tugas dan tanggung jawab masing-masing mungkin saya bilang tim khusus tidak ada tapi kami ada surat penugasan..”

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 :

Dietisien Rawat Inap III :

“...sangat membantu dan juga nyaman. ”

C. Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi merupakan salah satu keharusan yang ada di RSHD dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan serta memperbaiki perilaku dan pola pikir masyarakat sekitar yang sudah diatur dalam UU RI No. 44 tahun 2009 tentang rumah Sakit, KEPMENKES RI No. 1333 tahun 1999 tentang standar pelayanan

rumah sakit dan Permenkes No. 78 tahun 2013 tentang pedoman pelayanan gizi rumah sakit. Tujuan yang diharapkan adalah upaya untuk meningkatkan dan mengembangkan mutu pelayanan gizi rumah sakit.

Pada pertanyaan terakhir peneliti memfokuskan pada pelayanan gizi dengan sumber informan yang telah menerima asuhan gizi berikut pertanyaan tersebut “Bagaimana pelayanan PAGT yang anda rasakan selama menjalani rawat inap dirumah sakit ini ? Apakah pelayanan PAGT sudah memuaskan ?”. Hal ini berbanding lurus dengan apa yang dirasakan pasien rawat inap RSHD yang telah menerima PAGT, berikut ungkapan pasien tersebut :

Pasien I :

*“...kalau pelayanan gizinya cukup baik, untuk waktu makannya tepat kalo untuk pasiennya tepat pagi siang malam, untuk penampilan makanannya cukup menarik, **rasanya gak terlalu berasa dan sering gak habis nasinya berlebih kadang juga lauk sama sayurnya berlebih**, untuk pramusajinya ramah yang gambilnya juga ramah, alat makan juga bersih, menu yang saya rasakan 4 sehat 5 sempurna ada dan rasanya juga beragam.. ”*

Pasien II :

“...selama saya rawat disini bagus saya ditanyain masalah penyakit yang saya derita biar disesuaikan oleh makanan yang dikasih. ”

Pasien III :

“...alhamdulillah, gak ada apa-apa... yah pokoknya bagus lah, kemaren juga ditanya ahli gizinya sakit apa atau gimana. ”

Penilaian dari pasien terhadap pelayanan gizi dengan membandingkan apa yang diharapkan sesuai dengan kenyataan pelayanan kesehatan yang diterima disuatu tatanan kesehatan rumah sakit. Menurut penuturan pasien dan keluarga pasien bahwasanya pelayanan sudah cukup memuaskan dan mereka mendapatkan cukup informasi dari dietisien, berikut ungkapan pasien tersebut :

Pasien I :

*“...Kalau untuk gizi cukup lah gak ada kendalanya, untuk ahli gizinya ramah, **Cuma kalau bertemu dengan ahli gizinya hanya sekali**, kalau saya dapat informasi dari ahli gizinya tentang makanan yang sehat, 4 sehat 5 sempurna itu apa aja, apa yang baik dikonsumsi, bahan makanan yang dilarannng dikonsumsi yang tidak diperbolehkan kayak mi dll itu gak boleh untuk anak-anak. ”*

Pasien II :

*“...Sudah cukup baik, kalau penyelenggaraan makannya tepat waktu, untuk penampilannya makanannya bagus dan sudah cukup bersih serta telah ditutup wrapping, **tapi kalau rasa yah... namanya juga orang sakit dan sayakan hipertensi pasti garamlah dikurangin yah... katanya supaya cepat sembuhnya**, menunya juga bervariasi, juga dengan pgr juga ramah, kalau frekuensi dengan ahli gizi sudah enam kali kayaknya... ada juga edukasi serta menjelaskan tentang makanan, juga dietisien menyuruh untuk menghabiskan makanan. ”*

Pasien III :

*“...pelayanan juga sangat memuaskan, waktunya juga tepat, penampilannya juga menarik, **kalau rasa mungkin hambar karena sakit.. juga gak habis makannya.***

Orang ngantar juga ramah, bersih dan menunya juga berganti-ganti tiap hari.”

“...ahli gizinya juga rama frekuensi pertumunya dua kali, sya jug adapt informasi tentang makanan seperti jangan makan nasi keras dulu dan disuruh minum susu.”

Walaupun pasien masih berharap adanya peningkatan dalam bidang pelayanan dan makanan yang diberikan, berikut ungkapan pasien tersebut :

Pasien I :

*“...**Kalau bisa ditingkatkan lagi, supaya tidak da komplain-komplain lagi dari pasien disini, karena pasien disini banyakkan..?, ada yang bilang bagus, bilang cukup atau kurang, yah kalo bisa untuk kedepannya ditingkatkan lagi lah dan serta dijaga.**”*

Pasien II :

*“...**Masukkan kalo makananya bisa disisipin buah-buahan tau masukkan ke pudding atau setidak buahnya bergantian.**”*

Pasien III :

*“...**Mudah-mudahnya lebih baik lagi lah.**”*

Adapun keluh kesah yang dihadapi dietisien dalam melakukan PAGT adalah menghadapi pasien untuk wawancara informasi secara mendalam pada pasien dan keluarganya. Data wawancara yang didapat dietisien untuk melakukan PAGT secara akurat dan

dapat membantu kesembuhan pasien, seperti ungkapan dietisien sebagai berikut:

Dietisien Rawat Inap II :

“...hambatan yang sering terjadi itu komunikasi dengan pasien terkadang individu berbeda ada yang terbuka dan ada yang tidak, ada yang bisa menerima ada yang tidak.. ”

4.4 Pembahasan

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang di ungkapkan oleh (Manu, 2018) bahwa adanya hubungan antara pengetahuan dan pelatihan dengan implementasi proses asuhan gizi terstandar (PAGT), jadi semakin tinggi pengetahuan serta semakin sering ahli gizi mendapatkan pelatihan maka akan berpengaruh terhadap implementasi proses asuhan gizi terstandar di rumah sakit.

Sedangkan menurut (Wijayanti, 2012) bahwa adanya pengaruh faktor internal dan faktor eksternal dalam pelaksanaan proses asuhan gizi terstandar (PAGT), Faktor internal yaitu pengetahuan PAGT dan motivasi dietisien merupakan faktor keberhasilan dari pelaksanaan PAGT. Faktor eksternal yaitu kebijakan rumah sakit tentang penegakkan PAGT dan kolaborasi antar tenaga kesehatan yang dimana merupakan salah satu faktor penting terhadap PAGT di Rumah Sakit maupun itu dalam bentuk memperlambat atau memperlancar kegiatan tersebut.

4.4.1 Deskriptif Pelaksanaan PAGT

Peran manajemen rumah sakit dalam pemberian pelayanan gizi sudah cukup baik, hal ini terlihat dari telah dibentuknya Tim Asuhan Gizi (TAG) yang terdiri dari dokter, dietisien, perawat dan farmasi. Rumah sakit belum memiliki TAG khusus untuk melayani pasien dengan penyakit khusus. Rumah sakit belum memiliki UPF (Unit Pelayanan Fungsional) spesialis gizi karena belum memiliki dokter spesialis gizi. Pihak rumah sakit telah melakukan peningkatan sumber daya manusia (SDM) yang ada di instalasi gizi. (Diah, Rafisa, & Yani, 2016)

Sering terjadinya penurunan status gizi di rumah sakit dapat diatasi dengan pemberian proses asuhan gizi terstandar optimal dan tepat bagi pasien. Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) ini akan sulit jika dilakukan oleh satu profesi dan idealnya harus dilakukan oleh suatu tim asuhan gizi agar mendapatkan mutu pelayanan gizi yang optimal. Penulisan artikel ini bertujuan untuk mengkaji peran asuhan gizi dalam mengatasi malnutrisi pasien selama dirawat di Rumah Sakit. Penulisan artikel ini merupakan sebuah kajian literatur. Hasil kajian ini menunjukkan adanya PAGT di Rumah Sakit terbukti dalam mengatasi malnutrisi dan memberikan manfaat lainnya yaitu mencegah berlanjutnya proses malnutrisi dan dampaknya. (Nurparida, Dh, & Arisanti, 2013)

Menurut American Dietetic Association (2008), PAGT adalah metoda pemecahan masalah yang sistematis, yang mana dietisien professional menggunakan cara berfikir kritisnya dalam membuat keputusan untuk menangani berbagai masalah yang berkaitan dengan gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang efektif dan berkualitas tinggi (Sumapradja dkk, 2011).

4.4.2 Faktor Internal

1. Pengetahuan

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Instalasi gizi dan Dietisien RSHD tersebut sudah baik, dari sisi kinerja dan pengetahuan tentang PAGT. Dari sisi pendidikan para tenaga kesehatan memiliki pendidikan sesuai dengan bidang keilmuannya. Begitu pun mengenai peningkatan kualitas tenaga kesehatan sudah sering dilakukan melalui pelatihan yang difasilitasi oleh Manajemen RSHD dengan beberapa sponsor komersial setiap 3 bulan sekali. Walaupun untuk pelatihan dalam bentuk beragam tidak hanya PAGT dan memberikan dampak yang bagus untuk dietisien dalam bentuk pengalaman. RSHD telah menerapkan PAGT yang dianjurkan Kemenkes walaupun dalam pelaksanaan PAGT masih terkendala. Kesulitan dalam penerapan PAGT secara teoritis oleh dietisien di RSHD Bengkulu menyebabkan pelaksanaannya terutama pada penentuan diagnosis gizi 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 (PAGT, 2014)

Penelitian sebelumnya mengatakan bahwa selain tingkat kepehaman 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.*

a. Skrining Gizi

Skrining gizi dilakukan pada semua pasien yang masuk ke RSHD Bengkulu, kecuali di ruang obgyn, ICU, HCU. Skrining tersebut dilakukan pada pasien anak, dewasa dan kebidanan. Proses skrining harus sederhana dan dilakukan pada assesmen awal perawat dalam waktu 1 x 24 jam. Pada proses ini dietisien menggunakan form MST untuk dewasa dan Strong Kids untuk pasien anak-anak, tetapi dalam menjalankan skrining gizi terdapat kendala bahwa yang melakukannya dietisien sendiri seharusnya dilakukan oleh perawat di ruangan, tidak adanya standar operasional yang pasti terhadap wewenang dan

tanggung jawab masing-masing tenaga kesehatan menimbulkan kendala ini (Herawati, Sarwiyata, & Alamsyah, 2014)

b. Assessmen Gizi

Proses pengambilan data pasien melalui assessmen sudah lama dilaksanakan oleh dietisien. Hal tersebut menyebabkan tidak banyaknya masalah yang cukup berarti. Namun, pelaksanaan tahap awal dari PAGT ini belum maksimal. Terkadang data antropometri tidak tercantum di dalam status data pasien. Untuk mengetahui mengenai hal ini, dietisien dapat menanyakan langsung atau menukur kepada pasien (PGRS, 2013).

Assesmen gizi merupakan pengambilan data keseluruhan yang dilakukan oleh dietisien menggunakan antropometri, data laboratorium, data fisik/klinis, riwayat makan dan penyakit. Adanya komunikasi antar tenaga kesehatan dan pembaharuan form serta penambahan asuhan gizi menjadi sesuai standar PAGT termasuk hasil evaluasi mereka agar dietisien dapat mengumpulkan data secara lengkap dan relevan, dengan hal itu kepala instalasi dan dietisien dalam proses pembuatan standar operasional terbaru pada tahun 2020 supaya tidak adanya kesalahpahaman (PGRS, 2013).

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 dikelompokkan data untuk menganalisis dan menggambarkan diagnosis gizi, kemudian menggabungkan data yang ada. (Diah et al., 2016)

c. **Diagnosis Gizi**

Pelaksanaan diagnosis gizi telah diterapkan untuk setiap pasien meskipun tidak melalui matriks diagnosis tapi menggunakan PES yang secara garis besar tidak terlalu jauh beda. Kendala sering yang dihadapi pasien bingungnya dietisien siapa yang harus menentukan diagnosis gizi. Hal ini adanya kesalahpahaman antara kepala instalasi gizi dan dietisien yang dimana kepala instalasi bahwa diagnosis gizi ditentukan oleh dietisien bukan DPJP, tapi ada beberapa dietisien yang menyatakan bahwa yang menentukan diagnosis gizi adalah DPJP dan dietisien hanya mengikuti saja.

Ketidaklancaran dietisien dalam menentukan diagnosis gizi menyebabkan tersitanya waktu, serta ketidakakuratan sistematika komponen *Problem, Etiology, Sign-Symptom* (PES). Di sisi lain, manajemen rumah sakit mewajibkan pemberian pelayanan kesehatan yang cepat dan akurat (PGRS, 2013).

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, penggalian data yang kurang dalam tentang faktor penyebab dari *pathophysiological*, *phychosocial*, *situational cultural* atau masalah lingkungan, dan tanda-gejala tidak jelas. 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. Diagnosis gizi yang telah ditentukan harus potensial karena sebagai dasar dalam memilih intervensi gizi dan mengevaluasi perkembangan kondisi pasien secara efektif (Trias Pungkur Kusumaningrum, 2019).

d. Intervensi Gizi

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 status data pasien. Dietisien lebih mudah dalam merencanakan intervensi dan melaksanakan

implementasi gizi pada pasien dikarenakan dietisien yang secara kewajibanya menangani juga penyelenggaraan makanan, hal itu menyebabkan dietisien lebih gampang mengatur dan mengontrol diet pasien (PGRS, 2013).

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, dengan menggunakan media leaflet dan buku makanan secara pelaksanaan lebih efektif. Pada rawat jalan sudah abanyak kita ketahui bahwa tidak banyak menerima banyak pasien rawat jalan karena minimnya fasilitas dan hanya beberapa pasien yang dapat anjuran rawat jalan dari DPJP, yaitu pasien kategori khusus seperti diabetes, stunting, gizi buruk dan gizi berlebih. Ketika dietisien menggunakan PAGT dengan tepat, maka pelayanan akan terfokus dalam memilih dan melaksanakan intervensi gizi secara efektif dan efisien, yaitu spesifik terhadap pemecahan masalah dan mencapai tujuan yang diharapkan (PAGT, 2014).

e. Monitoring dan Evaluasi

Langkah 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.

Hasil monitoring evaluasi gizi digunakan sebagai bahan evaluasi manajemen pelayanan kesehatan di RSHD. Hal ini digunakan untuk melihat kinerja dietisien apakah sudah sesuai dengan Standar Operasional dan untuk mengetahui terjadinya perubahan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut (Elfindri, 2011).

Dalam tahap menumbuhkan sikap dan menjadikannya kebiasaan perlu dilakukan pelatihan dan pendidikan secara rutin. Hal ini akan menimbulkan kesadaran dan kinerja dietisien dalam pelaksanaan PAGT. Namun sayangnya tidak semua dietisien dapat mengikuti pelatihan, sedangkan setiap lima tahun dilakukan uji kompetensi untuk menjaga kualitas kinerja dietisien. Menurut Kepmenkes nomor 374/Menkes/ SK/III/ 2007 tentang standar

profesi gizi, dietisien harus 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 berusaha rutin mengadakan program pendidikan dan pelatihan bagi dietisien untuk meningkatkan kualitas mereka. Diskusi dan rapat bersama dapat mengatasi kendala yang mungkin saja timbul pada dietisien ketika mereka sedang memecahkan kasus pasien.

Pendidikan dan pelatihan merupakan hubungan peningkatan pengetahuan umum dan pemahaman atas lingkungan kerja secara menyeluruh dan juga suatu usaha untuk meningkatkan pengetahuan dan keahlian seseorang karyawan untuk mengerjakan suatu pekerjaan tertentu (Supihati, 2014).

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. Pelatihan dan pendidikan tentang proses asuhan

gizi terstandar perlu dilakukan karena dapat terjadi peningkatan yang cukup signifikan pada pengetahuan, pengalaman dan sikap dietisien terhadap pelayanan gizi ruang rawat inap. Untuk tetap menjaga agar kinerja dietisien tidak menurun, perlu dilaksanakan supervisi dan evaluasi kinerja secara rutin yang menimbulkan rasa ingin memperbaiki kinerja dalam diri dietisien.

2. Motivasi

Motivasi internal karyawan pada dimensi tanggung jawab karyawan dalam melaksanakan tugas, memiliki makna bahwa tanggung jawab yang diberikan rumah sakit kepada karyawan berdasarkan tingkat pendidikan dan kompetensi mereka. Dalam hal ini karyawan bekerja sesuai dengan porsi mereka. Untuk mencapai produktivitas maksimum, manajemen rumah sakit harus menjamin dipilihnya orang yang tepat, dengan pekerjaan yang tepat disertai kondisi memungkinkan mereka bekerja optimal (Sedarmayanti, 2009).

Motivasi kerja didefinisikan sebagai suatu dorongan secara psikologis kepada seseorang yang menentukan arah dari perilaku (direction of behavior) seseorang dalam suatu organisasi, tingkat usaha (level of effort), dan tingkat kegigihan atau ketahanan di dalam menghadapi suatu halangan atau masalah (level of persistence)” (George & Jones, 2005). Dalam motivasi kerja terdapat beberapa elemen yang disampaikan oleh (George &

Jones, 2005), yaitu arah perilaku, tingkat usaha, dan tingkat kegigihan, yang dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Arah perilaku

Dalam pekerjaan manapun, arah perilaku (*direction of behavior*) mengacu pada perilaku yang dipilih oleh seseorang dari banyak pilihan perilaku yang dapat mereka jalankan baik tepat maupun tidak. Sedangkan untuk mencapai tujuan perusahaan secara maksimal, karyawan harus memiliki motivasi untuk memilih perilaku yang fungsional dan dapat membantu organisasi dalam mencapai tujuannya.

b. Tingkat usaha

Tingkat usaha (*level of effort*) berbicara mengenai seberapa keras usaha seseorang untuk bekerja sesuai dengan perilaku yang dipilih. Di dalam bekerja, seorang karyawan tidaklah cukup jika hanya memilih arah perilaku yang fungsional bagi pencapaian tujuan perusahaan namun juga harus memiliki motivasi untuk bekerja keras di dalam menjalankan perilaku yang dipilih.

c. Tingkat kegigihan

Tingkat kegigihan (*level of persistence*) mengacu pada motivasi karyawan ketika dihadapkan pada suatu masalah, rintangan atau halangan dalam bekerja, seberapa keras

seorang karyawan tersebut terus berusaha untuk menjalankan perilaku yang dipilih.

Salah satu pendorong motivasi kerja adalah kepuasan kerja. Kepuasan kerja itu sendiri merupakan suatu perasaan positif terhadap berbagai segi pekerjaan seseorang, semakin banyak orang menerima hasil pekerjaannya maka orang tersebut akan merasa puas. Kepuasan kerja akan memberikan pengaruh positif apabila kinerja kerjanya dapat tercapai. Hasil beberapa peneliti menunjukkan bahwa terbentuk faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja. Berupa penghargaan, kebijakan RS, gaji dan kompensasi, lingkungan kerja dan hubungan antara atasan dengan bawahan. Dari semua faktor tersebut menunjukkan adanya permasalahan mendasar yang timbul akibat dari ketidakpuasan hal tersebut adalah komunikasi sehingga manajemen Rumah Sakit perlu melakukan komunikasi yang efektif kepada tenaga kesehatan di Rumah sakit tersebut (IF, Nanditya; Mansur, Mohammad; Huda, 2014)

Melakukan wewenang dan tanggung jawab 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 (Andriana, 2010).

Selain itu ada dietisien yang merasa bahwa suatu pelayanan sebagai motivasi untuk mendukung terciptanya pelaksanaan PAGT karena merupakan wujud dari tanggung jawab 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 bertanggung jawab (Makta, Noor, Sc, Kapalawi, & Mars, 2013).

Motivasi merupakan faktor psikologis yang menunjukkan minat individu terhadap pekerjaan, rasa puas, dan ikut bertanggungjawab terhadap aktivitas atau pekerjaan yang dilakukan. 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 (Silaban, 2018).

4.4.3 Faktor Eksternal

1. Kebijakan Rumah Sakit

Menurut Undang-undang Republik Indonesia No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit bahwa 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 pelatihan dan pendidikan formal atau non formal. Tidak semua dietisien mengikuti pendidikan ini, sehingga delegasi yang dikirimkan harus membagi ilmu yang dia dapat 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 Peraturan Direktur RSUD Harapan dan Doa No. 95 Tahun 2019, apa yang mereka rumuskan menjadi tanggung jawab dan wewenang dietisien, maka itulah yang harus mereka lakukan. Peraturan ini dapat menghambat kinerja dietisien di ruang rawat inap karena beban kerja dietisien yang banyak terutama untuk melakukan skrining gizi yang harusnya dilakukan perawat malah dilimpahkan tugas ke dietisien dan tidak disesuaikan dengan jumlah tenaga kerja dietisien itu sendiri. Menurut Permenkes No. 78 tahun 2013 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, RSHD yang merupakan rumah sakit tipe di anjurkan untuk menambah tenaga kerja berupa Registered

Dietisien (RD) dan Teknikal Registered Dietisien (TRD) 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. Hal ini dikarenakan kurangnya tenaga dietisien, walaupun menurut Standar Operasional 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. Adapun, belum adanya kebijakan rumah sakit mengenai penentuan kolaborasi antar tenaga kesehatan dengan ketentuan wewenang dan kewajiban (Wijayanti, 2012).

Evaluasi pada kebijakan rumah sakit dilakukan setahun sekali. Dalam bentuk diskusi dan rapat bersama oleh jajaran manajemen RSHD Bengkulu yang ditugaskan untuk meningkatkan pelayanan yang berkualitas sehingga memuaskan pasien dan keluarga, serta terwujudnya visi dan misi rumah sakit.

2. Kolaborasi

Rumah sakit menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010: “Rumah sakit adalah

institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat”.

Praktek kolaborasi dapat menurunkan angka komplikasi, lama rawat di rumah sakit, konflik diantara tim kesehatan, dan tingkat kematian. Sedangkan dibidang kesehatan mental, praktek kolaboratif dapat meningkatkan kepuasan pasien dan tim kesehatan, mengurangi durasi pengobatan, mengurangi biaya perawatan, mengurangi insiden bunuh diri, dan mengurangi kunjungan rawat jalan (Fatalina, Sunartini, Widyandana, & Sedyowinarso, 2015).

Penyedia layanan kesehatan menekankan perlunya lingkungan yang mencakup praktik kolaboratif dan memungkinkan untuk mengembangkan kompetensi kolaboratif. Ini termasuk menyediakan waktu, sumber daya dan dorongan untuk terlibat dalam praktik kolaborasi dan juga pengaturan yang jelas harapan. Kemampuan untuk bekerja dengan profesional dari disiplin lain untuk memberikan kolaborasi, berpusat pada pasien perawatan dianggap sebagai elemen penting dari praktik profesional yang memerlukan seperangkat kompetensi tertentu. Memahami dan menghargai peran dan tanggung jawab profesional dan berkomunikasi secara efektif muncul sebagai dua kompetensi inti yang dirasakan untuk berpusat pada pasien praktek kolaboratif (Utami, Hapsari, & Widyandana, 2016)

Pasien, keluarga, dan pemberi asuhan dimasukkan sebagai tim merupakan factor penting dari perawatan berbasis tim, hal ini dikarenakan partisipasi mereka di tim kesehatan memainkan peran penting dalam mengembangkan tujuan bersama untuk perawatan pasien (Titania, 2019).

Tahapan kolaborasi yang ada di ruang rawat inap RSHD Bengkulu sudah cukup berjalan baik walaupun masih terjadi kendala dan kebingungan terhadap Standar Operasional yang dijalani. Dapat diatasi dengan dukungan dari dokter, perawat dan tenaga lainnya untuk membantu 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 (Rokhmah & Anggorowati, 2017).

Saling mempercayai antar tenaga kesehatan dan paham terhadap wewenang dan tanggung jawab masing-masing. Hal ini dapat menurunkan risiko tumpang tindih pekerjaan. Kolaborasi merupakan tahapan kompleks yang membutuhkan sharing pengetahuan yang direncanakan dengan sengaja dan menjadi tanggung jawab untuk satu tujuan yaitu pelayanan kesehatan baik bagi pasien. Kolaborasi yang baik antar tenaga kesehatan juga dapat meningkatkan kualitas hubungan dengan pasien karena dipengaruhi

oleh psikologis pasien sendiri untuk berubah (Ridar & Santoso, 2018).

Bentuk kolaborasi yang dilakukan antar profesi 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 (Purba & Anggorowati, 2018).

Dietisien dengan profesi lain akan membangun suatu komunikasi dengan melibatkan pasien dan atau keluarga dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Menunjukkan bahwa hubungan interprofesional yang terjalin secara baik, adanya komunikasi terbuka serta interaksi yang baik antar profesional akan meningkatkan interprofessional collaborative care yang akan berdampak pada kepuasan kerja dan outcome tenaga kesehatan lainnya pasien selama dirawat.¹² Sejalan dengan lingkungan praktek yang sehat akan mempengaruhi outcomes pasien dan meningkatkan hubungan kerja sama yang baik antar tenaga kesehatan (Dhian Sulistyowati, Kristina, & Santoso, 2017).

3. Pelayanan Gizi

Manajemen pelayanan gizi sangat penting dilakukan agar dapat menghasilkan makanan yang bermutu dan dapat mempercepat

proses penyembuhan pasiennya. Tujuan manajemen pelayanan gizi yaitu untuk menjamin agar instalasi gizi senantiasa dapat berfungsi dengan baik, efisien, ekonomis, dan sesuai dengan spesifikasi atau kemampuan. Manajemen pelayanan gizi yang dilakukan di RSHD sudah terlaksana sesuai dengan fungsi-fungsi manajemen antara lain perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi. Akan tetapi dalam proses pelaksanaan pelayanan gizi terdapat beberapa kegiatan yang belum berjalan secara optimal dan petugas yang merangkap pekerjaan (Muliawardani, Mudayana, Masyarakat, & Dahlan, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian tentang manajemen pelayanan gizi rumah sakit di RSHD Kota Bengkulu dapat disimpulkan sebagai berikut: bagian perencanaan, pengawasan, dan evaluasi di pelayanan gizi RSHD telah berjalan dengan baik. Kekurangan yang terdapat di bagian pengorganisasian dan fasilitas yaitu adanya pekerja yang merangkap pekerjaan, serta kekurangan tenaga kerja pada bagian pelaksanaan berupa kegiatan asuhan gizi yang belum berjalan rutin dan kurang memadainya fasilitas pendukung yang ada sekarang (PGRS, 2013).

Instalasi pelayanan gizi RSHD diharapkan dapat membagi tugas pekerjaan pada setiap petugasnya sesuai dengan bidang keahlian masing-masing sehingga meminimalkan kesalahan pada saat bekerja. Petugas dietisien juga diharapkan dapat mengoptimalkan

tugasnya dalam kegiatan asuhan gizi agar dapat berjalan efektif dan efisien (Shinta Dewy, Irene Kartasurya, & Sriatmi, 2015).

4.3.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam melakukan penelitian ini yaitu waktu penelitian, perizinan yang sedikit sulit dan observasi partisipasi yang kurang karena peraturan rumah sakit yang membatasi. Hal ini mengakibatkan peneliti tidak dapat mengamati lebih dalam proses dan perilaku informan yang bekerja di RSHD.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Didapatkan gambaran peran faktor pengetahuan pada dietisien rawat inap dalam penerapan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu sudah cukup baik..
2. Didapatkan gambaran peran faktor motivasi kerja pada dietisien rawat inap dalam penerapan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu terbilang cukup baik dengan motivasi kerja untuk memenuhi wewenang dan tanggung jawab tenaga kesehatan.
3. Didapatkan gambaran peran faktor kebijakan rumah sakit pada direktur rumah sakit, kepala instalasi dan dietisien rawat inap dalam penerapan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu masih ada perbaikan kebijakan seperti kolaborasi antar tenaga kesehatan serta meningkatkan fasilitas dan pelatihan.
4. Didapatkan gambaran peran faktor kolaborasi tenaga kesehatan pada kepala ruangan dan dietisien rawat inap rawat inap dalam penerapan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu masih ada perbaikan dalam hal komunikasi termasuk terdapat beberapa masalah seperti tumpang tindih tugas dan landasan mengenai kolaborasi tenaga kesehatan.

5. Didapatkan gambaran peran faktor pelayanan gizi pada pasien dan dietisien rawat inap rawat inap dalam penerapan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu sudah cukup baik.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Peneliti

Peneliti dapat meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu dengan menggunakan dua metode yaitu kualitatif dan kuantitatif.

5.2.2 Bagi Rumah Sakit

1. Diharapkan bagi pimpinan RSHD untuk mengevaluasi kebijakan rumah sakit terutama kolaborasi antar tenaga kesehatan pada bagian skrining gizi sehingga tidak terjadi lagi tumpang tindih wewenang dan tanggung jawab antar tenaga kesehatan.
2. Perlu ditingkatkan pelatihan mengenai PAGT pada seluruh dietisien dan tenaga gizi lainnya untuk meningkatkan pengetahuan.
3. Manajemen rumah sakit diharapkan untuk meningkatkan fasilitas, sarana dan pra sarana untuk meningkatkan motivasi dan kinerja tenaga kesehatan terutama dibidang pelayanan gizi.

DAFTAR PUSTAKA

- American Dietetic Association. 2008. International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT) : Standardized Language for the Nutrition Care Process. Chigago: American Dietetic Association
- Andriana, D. R. 2010. Hubungan Antara Tanggung Jawab, Prestasi Kerja, Komitmen Organisasi, dan Kepuasan Kerja Dengan Motivasi Kerja Karyawan. *Jurnal Manajemen dan Wirausaha*, 1, 71–10.
- Burhan Bungin. 2009. Analisis Penelitian Data Kualitatif. Jakarta: Raja Grafindo
- Creswell JC. 2012. Education Research, Planning, Conducting and Evaluating Quantitative and Qualitative Research. 4th edition. Boston: Pearson
- Departemen Kesehatan RI. 2003. Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
- Dhian Sulistyowati, A., Kristina, T. N., & Santoso, A. 2017. Efektivitas Penerapan Bedside Interprofessional Rounds (Bir) Untuk Meningkatkan Hubungan Interpersonal Perawat dan Dokter. *Jurnal Keperawatan*, 10(2), 1–8.
- Diah, D. M., Rafisa, A., & Yani, A. 2016. Analisis Pelayanan Gizi Rumah Sakit Dengan Pendekatan Health Technology Assessment (Hta). *Jurnal Sistem Kesehatan*, 1(2), 97–105. <https://doi.org/10.24198/jsk.v1i2.10349>
- Dwiyanti, D., Hadi, H., & Susetyowati, S. 2004. Pengaruh Asupan Makanan terhadap Kejadian Malnutrisi di Rumah Sakit. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 1(1), 1.
- Elfindri. 2011. Beberapa Teknik (Monev) Monitoring Evaluasi. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 1(3), 106–128.
- Elfindri. 2012. Pendidikan Karakter: Kerangka, Metode, dan Aplikasi Untuk Pendidikan dan Professional. Jakarta: Baduose Media.
- Emzir. 2008. Metodologi penelitian pendidikan kuantitatif dan kualitatif. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Fatalina, F., Sunartini, Widyandana, & Sedyowinarso, M. 2015. Persepsi dan Penerimaan Interprofessional Collaborative Practice Bidang Maternitas Pada Tenaga Kesehatan. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia*, 4(1), 1.

- George dan Jones, 2005, *Understanding and Managing Organizational Behavior* 4 th Edition, Pearson Prentice Hall.
- Helaluddin. 2018. Mengenal Lebih Dekat Dengan Pendekatan Fenomenologi: Sebuah Penelitian Kualitatif. *Uin Maulana Malik Ibrahim Malang*, (March), 1–15.
- Herawati, H., Sarwiyata, T., & Alamsyah, A. 2014. Metode Skrining Gizi Di Rumah Sakit Dengan Mst Lebih Efektif Dibandingkan Sga. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(1), 68–71.
<https://doi.org/10.21776/Ub.Jkb.2014.028.01.26>
- Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A., & Bye, A. 2019. *Healthcare professionals ' experiences of providing individualized nutritional care for older people in hospital and home care □: a qualitative study*. 1–9.
- IF, Nanditya; Mansur, Mohammad; Huda, S. 2014. Faktor Pembentuk Kepuasan Kerja Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Determinant Factor of Health Worker Job Satisfaction at Hospital. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(1), 47–53.
- Kemkes RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kemkes RI. 2012. *Panduan Gerakan Nasional Sadar Gizi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1333 tahun 1999 Tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 374/Menkes/ SK/III/ 2007 Tentang Standar Profesi Gizi
- Makta, L., Noor, H. N. B., Sc, M., Kapalawi, I., & Mars, M. S. P. H. 2013. *Pengaruh Motivasi Kerja Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di Unit Rawat Inap Rs . Stella Maris Makassar*.
- Manu, E. 2018. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Proses Asuhan Gizi Terstandar (Nutrition Care Process) Di Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan Jakarta Timur Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Universitas Esa Unggul*, 2(1), 1–5.
- Moleong L.J, 2007, *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*, Bandung: PTRemaja Rosdakarya.

- Muliawardani, R., Mudayana, A. A., Masyarakat, F. K., & Dahlan, U. A. 2016. *Analisis Manajemen Pelayanan Gizi Di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta*. 10(1), 11–16.
- Notoatmojo S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta
- Nurparida, I. S., Dh, D. M., & Arisanti, N. 2013. Peran Tim Terapi Gizi (Ttg) Dalam Mengatasi Malnutrisi Pasien Selama Dirawat Di Rumah Sakit: Suatu Kajian Literatur. *Kesmas*, (38), 1–7.
- Nurlela, I. 2006. Pengaruh Pelatihan Asuhan Gizi Dalam Meningkatkan Kinerja Ahli Gizi Ruang Rawat Inap di RSUD DR. Soetomo Surabaya. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*.
- PAGT. 2014. *Pedoman Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)*.Pdf. 1–35.
- Peraturan Direktur RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Nomor 91 Tahun 2019 Tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Gizi
- Peraturan Direktur RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Nomor 95 Tahun 2019 Tentang Pedoman Pengorganisasian Instalasi Gizi
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Pasal 23 Ayat 5 Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 78 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi di Rumah Sakit
- PGRS. 2013. *Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit* (pp. 1–95). pp. 1–95. Jakarta: Kemenkes RI 2013.
- Porter, J. 2019. Incorporating Step Two Of The Nutrition Care Process Into Hospital Dietetic Practice Using An Implementation Package. *The Grants Register 2020*, 315–316.
- Purba, Y. V., & Anggorowati, A. 2018. Komunikasi Interprofesional Sebagai Upaya Pengembangan Kolaborasi Interprofesi Di Rumah Sakit: Systematic Review. *Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*, 1(1), 35. <https://doi.org/10.32584/jkkm.v1i1.78>
- Ridar, I., & Santoso, A. 2018. Peningkatkan Komunikasi Dalam Pelaksanaan Interprofessional Collaboration Melalui Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi. *Prosiding Seminar Nasional Unimus*, 1(0), 144–149. Retrieved From <http://prosiding.unimus.ac.id/index.php/semnas/article/view/114>
- Rokhmah, N. A., & Anggorowati, A. 2017. Komunikasi Efektif Dalam Praktek

- Kolaborasi Interprofesi Sebagai Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan. *Journal Of Health Studies*, 1(2), 65–71. <https://doi.org/10.31101/Jhes.186>
- Sastroasmoro S. 2011. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Jakarta: Sagung Seto
- Sedarmayanti. 2009. *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja*. 1, 1–10.
- Shinta Dewy, A., Irene Kartasurya, M., & Sriatmi, A. 2015. Analisis Implementasi Pelayanan Gizi Di Rsud Tugurejo Semarang Analysis On The Implementation Of Nutrition Services In Tugurejo General Hospital Semarang. *Manajemen Kesehatan Indonesia*, 03(02), 91–99
- Silaban, E. J. 2018. Pengaruh Motivasi Kerja dan Kepuasan Kerja Terhadap Komitmen. *Jurnal Kesehatan*, 5(1), 1–11.
- Sugiyono. 2016. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R.D. Bandung: Alfabeta
- Supihati, S. 2014. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Karyawan Perusahaan Sari Jati Di Sragen. *Jurnal Paradigma Universitas Islam Batik Surakarta*, 12(01), 115677.
- Sumapradja, M. G., Fayakun, Y. L. & Widyastuti, D. 2011. Proses Asuhan Gizi Terstandar. In: Iwaningsih, S., Utami, S. dan Moviana, Y. (eds.) Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT). Jakarta: Abadi Publishing & Printin
- Susetyowati, S., Hadi, H., Asdie, A. H., & Hakimi, M. 2014. Penerapan algoritma proses asuhan gizi terstandar berbasis skrining gizi. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 11(1), 20. <https://doi.org/10.22146/ijcn.18880>
- Titania, E. L. 2019. *Pentingnya Kolaborasi Antar Tenaga Kesehatan Dalam Menerapkan Keselamatan Pasien*.
- Trias Pungkur Kusumaningrum, S. K. 2019. *Model Basis Pengetahuan Diagnosis Gizi Menggunakan Bahasa Terstandar*. 79–85.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit
- Utarni A. Metode penelitian kualitatif. Yogyakarta: UGM; 2000
- Utami, L., Hapsari, S., & Widyandana. 2016. Hubungan Antara Sikap dan Perilaku Kolaborasi dan Praktik Kolaborasi Interprofesional Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Rapih. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 1(12), 7–15.

Wahyuningsih, R. 2013. Penatalaksanaan Diet Pada Pasien. *Graha Ilmu, Jakarta*, 1(9), 203. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Wijayanti, T. 2012. *Studi kualitatif proses asuhan gizi terstandar*. Semarang.

Wowor, M., & Laoh, J. 2013. Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Pemberian Asi Eksklusif Pada Ibu Menyusui Di Puskesmas Bahu Kota Manado. *Jurnal Keperawatan*, 1(1).

L
A
M
P
I
R
A
N

Lampiran 1**PANDUAN WAWANCARA MENDALAM****(INDEPTH INTERVIEW)**

Tanggal Wawancara :

Kode :

Nama Pewawancara :

Nomor :

Lama Wawancara :

Pertanyaan Karakteristik Responden

1. Nama :
2. Umur : 1. Laki-laki
: 2. Perempuan
3. Jenis Kelamin :
4. Tempat Tinggal :
5. Pendidikan Terakhir :
6. Golongan/Jabatan :
7. Status : 1. Menikah
: 2. Belum Menikah

Lampiran 2

Kuisisioner Penelitian Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (Pagt) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2020

Tanggal :

Kode :

Karakteristik Responden

Nama :

Umur :

Pendidikan Terakhir :

Jabatan :

Masa Kerja :

	Dietisien/Nutrisionis
1.	Sejauh mana penerapan PAGT ? jika ya, bagaimana penerapan PAGT ? dan jika tidak, kenapa tidak melakukan ?
2.	Selama bekerja apa yang anda rasakan ? apakah ada hambatan ?

**Kuisisioner Penelitian Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (Pagt)
di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu
Tahun 2020**

Tanggal :

Kode :

Karakteristik Responden

Nama :

Umur :

Pendidikan Terakhir :

Jabatan :

Masa Kerja :

Kepala Ruangan	
1.	Selama melakukan pelayanan kepada pasien, adakah kolaborasi antar tenaga kesehatan ? jika ya, bagaimana kolaborasi itu dilakukan ? dan jika tidak, kenapa tidak melakukannya ?
2.	Menurut anda, apakah kolaborasi antar tenaga kesehatan itu penting ? jika ya, coba jelaskan ? dan jika tidak, apa alasan anda ?

**Kuisisioner Penelitian Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (Pagt)
di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu
Tahun 2020**

Tanggal :

Kode :

Karakteristik Responden

Nama :

Umur :

Kepala Instalasi	
1.	Sejauh mana penatalaksanaan PAGT di rumah sakit ? Apakah itu telah sesuai IDNT/PAGT ? Kalau belum sesuai IDNT/PAGT mengapa ?
2.	Bagaimana pendapat anda tentang kebijakan rumah sakit pada PAGT ? apakah itu membantu atau malah menghambat ? jika membantu, coba jelaskan ? dan jika menghambat, apa alasan anda ?

**Kuisisioner Penelitian Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (Pagt)
di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu
Tahun 2020**

Tanggal :

Kode :

Karakteristik Responden

Nama :

Umur :

Pendidikan Terakhir :

Jabatan :

Masa Kerja :

Kepala Rumah Sakit	
1.	Apakah kebijakan rumah sakit tentang PAGT telah sesuai ? jika ya, coba jelaskan ? dan jika tidak, apa alasan anda ?
2.	Apakah ada pelatihan atau pembekalan PAGT? Bila ada, jenis pelatihannya? Kapan pelatihan dilakukan? Siapa yang melakukan pelatihan? Bila tidak mengapa?

**Kuisisioner Penelitian Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (Pagt)
di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu
Tahun 2020**

Tanggal :

Kode :

Karakteristik Responden

Nama :

Umur :

Pasien	
1.	Bagaimana pelayanan gizi yang anda rasakan selama menjalani rawat inap dirumah sakit ini ?
2.	Apakah pelayanan gizi sudah memuaskan ? Jika iya, apa tanggapan anda terhadap pelayanan gizi yang diberikan dietisien/nutrisionis ? Jika tidak apa keluhan kesah yang anda rasakan selama mendapatkan pelayanan ?

Lampiran 3

DOKUMENTASI		
Wawancara Pasien/Keluarga Pasien Rawat Inap		
		
Wawancara Kepala Ruangan Rawat Inap		
		
Wawancara Dietisien Rawat Inap		
		
Wawancara Direktur Rumah Sakit dan Kepala Instalasi Giz		
		

Lampiran 4

Tabel Kesimpulan Triangulasi

No	Pertanyaan	Dietisien I	Dietisien II	Dietisien III	Teori & Asumsi	Kesimpulan
1	Sejauh mana penerapan PAGT ?	Sudah dilakukan tapi masih ada kendala, terutama di skrining gizi yang masih dilakukan oleh dietisien, penentuan diagnosis gizi terkadang dokter yang melakukan dan monev sudah dilakukan walaupun itu tergantung keparahan penyakit.	Sudah berjalan dengan baik ...kami sudah melakukan dengan cara ADIME, kalau skrining kami yang melakukan, preskripsi diet itu kami biasanya disesuaikan dengan penyakit. Mungkin kesulitan ke pasiennya soalnya banyak pasien yang susah diwawancarai.	Sejauh ini kami sudah melakukan PAGT. Hambatannya pada penentuan diagnosis gizi dan wawancara ke pasiennya.	<p>Dalam PERMENKES NO. 78 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Gizi Rumah Sakit.</p> <p>Menimbang</p> <p>a bahwa pelayanan gizi merupakan salah satu faktor penting dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya;</p> <p>b bahwa saat ini terjadi kecenderungan peningkatan kasus penyakit terkait gizi (nutrition-related disease) khususnya pada kelompok rentan yang memerlukan penatalaksanaan secara khusus melalui pelayanan gizi terutama di rumah sakit;</p> <p>c bahwa pelayanan gizi dilakukan untuk mempertahankan, memperbaiki dan meningkatkan status gizi melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif</p> <p>pelayanan gizi yang efektif dan efisien melalui Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) dan bila dibutuhkan pendekatan multidisiplin maka dapat dilakukan dalam Tim Asuhan Gizi (TAG)/Nutrition Suport Tim (NST)/Tim Terapi Gizi (TTG)/Panitia Asuhan Gizi (PAG).</p> <p>Skrining Gizi : Melakukan skrining gizi pasien pada asesmen awal perawatan, Dietisien mengkaji hasil skrining gizi perawat dan order diet awal dari dokter</p> <p>Asesmen Gizi : a) Semua data yang berkaitan dengan pengambilan keputusan, antara lain riwayat gizi, riwayat personal, hasil laboratorium, antropometri, hasil pemeriksaan fisik klinis, diet order dan perkiraan kebutuhan zat gizi. b) Yang dicatat hanya yang berhubungan dengan masalah gizi saja.</p> <p>Diagnosis Gizi : a) Pernyataan diagnosis gizi dengan format PES. b) Pasien mungkin mempunyai banyak diagnosis gizi, lakukan kajian yang mendalam sehingga diagnosis gizi benar-benar berkaitan dan dapat dilakukan intervensi gizi.</p> <p>Intervensi Gizi : a) Rekomendasi diet atau rencana yang akan dilakukan sehubungan dengan diagnosis gizi, b) Rekomendasi makanan/suplemen atau perubahan diet yang diberikan, c) Edukasi gizi, d) Konseling gizi, e) Koordinasi asuhan gizi</p> <p>Monitoring dan Evaluasi : a) Indikator yang akan dimonitor untuk menentukan keberhasilan intervensi, b) Umumnya berdasarkan gejala dan tanda dari diagnosis gizi antara lain Berat badan, asupan, hasil lab dan gejala klinis yang berkaitan</p>	Pada jalannya pelayanan gizi di rumah sakit sudah berjalan lancar dan telah sesuai dengan PAGT. (+)

2	Selama bekerja apa yang anda rasakan ?	Kalo hambatan itu pasti ada tapi kami menjalani sesuai aturan aja, kami sendiri memiliki wewenang dan tanggung jawab. Untuk Kerjasam karyawan sudah baik, kami juga mendapatkan reward untuk hasil kerja kami, mungkin untuk fasilitas aja yang ditingkatkan.	Hambatan yang sering terjadi itu komunikasi dan kami juga ak terlalu terganggu dengan kebijakan rumah sakit karena sudah sesuai. Saya cukup puas karena majaemen telah memberikan hakik beupah pelatihan dan reward ... Mungkin fasilitas ditingkatkan lagi.	Hambatan pasti ada tapi dilewati saja kami juga tidak terlalu terganggu dengan kebijakan rumah sakit, wewenang dan tanggung jawab yaitu membantu DP/IP menentukan diagnosis gizi pasien. Harapanya kami bisa disetarakan dengan prfesi lain.	<p>Motivasi Kerja</p> <p>Motivasi kerja didefinisikan sebagai suatu dorongan secara psikologis kepada seseorang yang menentukan arah dari perilaku (direction of behavior) seseorang dalam suatu organisasi, tingkat usaha (level of effort), dan tingkat kegigihan atau ketahanan di dalam menghadapi suatu halangan atau masalah (level of persistence)" (George & Jones, 2005).</p> <p>Elemen Motivasi Kerja</p> <p>Dalam motivasi kerja terdapat beberapa elemen yang disampaikan oleh George & Jones (2005), yaitu arah perilaku, tingkat usaha, dan tingkat kegigihan, yang dapat dijelaskan sebagai berikut:</p> <p>a. Arah perilaku</p> <p>Dalam pekerjaan manapun, arah perilaku (direction of behavior) mengacu pada perilaku yang dipilih oleh seseorang dari banyak pilihan perilaku yang dapat mereka jalankan baik tepat maupun tidak. Sedangkan untuk mencapai tujuan perusahaan secara maksimal, karyawan harus memiliki motivasi untuk memilih perilaku yang fungsional dan dapat membantu organisasi dalam mencapai tujuannya</p> <p>b. Tingkat usaha</p> <p>Tingkat usaha (level of effort) berbicara mengenai seberapa keras usaha seseorang untuk bekerja sesuai dengan perilaku yang dipilih. Di dalam bekerja, seorang karyawan tidaklah cukup jika hanya memilih arah perilaku yang fungsional bagi pencapaian tujuan perusahaan namun juga harus memiliki motivasi untuk bekerja keras di dalam menjalankan perilaku yang dipilih.</p> <p>c. Tingkat kegigihan</p> <p>Tingkat kegigihan (level of persistence) mengacu pada motivasi karyawan ketika dihadapkan pada suatu masalah, rintangan atau halangan dalam bekerja, seberapa keras seorang karyawan tersebut terus berusaha untuk menjalankan perilaku yang dipilih. Salah satu pendorong motivasi kerja adalah kepuasan kerja. Kepuasan kerja itu sendiri merupakan suatu perasaan positif terhadap berbagai segi pekerjaan seseorang, semakin banyak orang</p>	Motivasi dietisien beragam ada yang hanya untuk disetarakan dengan profesi lain dan ada juga yang melakukan wewenang tanggung jawab. Hambatan paling sering dihadapi dietisien adalah saranan dan prasarana yang tidak memenuhi standar yang sudah mulai diperbaiki oleh pihak manajemen rumah sakit. (+)
---	--	---	--	--	---	---

No	Pertanyaan	Kepala Instalasi Gizi	Teori & Asumsi	Kesimpulan
1	Sejauh mana penatalaksanaan PAGT di rumah sakit ?	Sudah sesuai... Untuk skrining gizi masih kami yang melakukan bukan perawat, Diagnosis gizi dietisien yang melakukan jadi gak harus menunggu DPJP, Preskripsi diet kami sesuaikan dengan Kemenkes. Sedangkan Monev kita lihat sejauh mana pasien dapat menerima dan kami akan melakukan evaluasi apabila perbaikan diet ...rujukan rawat jalan biasanya tergantung rekomendasi DPJP apakah ada rawat jalan, tapi memang di rumah sakit tidak teralalu lama perawatannya jadi jarang terjadi pengulangan.	Dalam PERMENKES NO. 78 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Gizi Rumah Sakit. Menimbang a. bahwa pelayanan gizi merupakan salah satu faktor penting dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya; b. bahwa saat ini terjadi kecenderungan peningkatan kasus penyakit terkait gizi (nutrition-related disease) khususnya pada kelompok rentan yang memerlukan penatalaksanaan secara khusus melalui pelayanan gizi terutama di rumah sakit; c. bahwa pelayanan gizi dilakukan untuk mempertahankan, memperbaiki dan meningkatkan status gizi melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif pelayanan gizi yang efektif dan efisien melalui Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) dan bila dibutuhkan pendekatan multidisiplin maka dapat dilakukan dalam Tim Asuhan Gizi (TAG)/Nutrition Suport Tim (NST)/Tim Terapi Gizi (TTG)/Panitia Asuhan Gizi (PAG).	Sejauh ini penerapan sudah sesuai dengan PAGT walaupun masih ada beberapa kendala yang harus diperbaiki. (+)
2	Bagaimana pendapat anda tentang kebijakan rumah sakit pada PAGT ?	Kalau sejauh ini cukup membantu, pihak manajemen telah memahami PAGT salah satu standar yang harus ada dalam pelayanan gizi, kalau masalah yang sering terjadi yah... rebutan rekam medis lah, jadi artinya secara kebijakan sudah cukup mendukung kalau rumah sakit tau bahwa ini merupakan standar yang dibutuhkan untuk akreditasi. ...kolaborasi antar profesi itu ada team khususnya yaitu PPA, walaupun mungkin tidak sesuai ideal yang ada. ...pada pendidikan dan pelatihan standarnya untuk pelatihan itu harus 10% alhamdulillahnya... di gizi sendiri sudah 40% ikut pertahun.	Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan: 1. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. 2. Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. 3. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif	Kebijakan rumah sakit yang diterapkan harusnya dapat dikaji ulang dalam hal proses asuhan gizi terstandar (PAGT) yang dimana masih terdapat masalah terutama skrining gizi ,kolaborasi antar profesi masih tupang tindih pekerjaan dan perbaikan fasilitas untuk mendukung jalannya PAGT. (-)

No	Pertanyaan	Kepala Ruang I	Kepala Ruang II	Kepala Ruang III	Teori & Asumsi	Kesimpulan
1.	Selama melakukan pelayanan kepada pasien, adakah kolaborasi antar tenaga kesehatan ?	Kalau kolaborasi antar tenaga kesehatan antar perawat dan gizi disini telah diberlakukan, untuk team khusus kolaborasi antarprofesi saat ini belum ada ...kebijakan khusus itu belum ada dari rumah sakit, tapi ahli gizi disini sudah melakukan kolaborasi terutama apada kami.	Tentang kolaborasi dalam pelayanan selama ini memang ada dalam rangka antara semua lapisan termasuk gizi, ...kebijakan dan tim khusus disini rasanya tidak ada. Tujuan dan fungsi kolaborasi itu sudah jelas untuk melakukan pelayanan kepada pasien dan sesuai dengan visi rumah sakit.	Kolaborasi sesama tenaga kesehatan ada, untuk kebijakan rumah sakit kami lupa, tim khusus kami sulit menjawab tapi disini kami telah meakukan tugas dan tanggung jawab masing-masing.	Rumah sakit menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010: "Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat". Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan pada pasal 62 ayat 1 menjelaskan perawat memiliki kewenangan untuk melakukan asuhan keperawatan secara mandiri dan komprehensif serta tindakan kolaborasi keperawatan dengan Tenaga Kesehatan lain sesuai dengan kualifikasinya.	Dalam proses kolaboratif dalam pelayanan kesehatan sudah berjalan walaupun masih banyak kendala tugas dan wewenang serta tidak adanya tim khusus. (-)
2.	Menurut anda, apakah kolaborasi antar tenaga kesehatan itu penting ?	Kolaborasi antar profesi itu sangat penting karena kita memberikan asuhan keperawatan untuk pasien ini, sangat bergantung disiplin ilmu dengan ahli gizi, dokter spesialis, perawat ruangan dan farmasi.	Kolaborasi dengan tenaga lain itu sangat penting karena sistem dalam pelayan tidak bisa sendiri harus bersosial antara perawat dengan bidan, tenaga gizi, dll. Kita tidak mungkin bisa mengcover kebutuhan di dalam pelayanan.	Itu sangat penting untuk memberikan pelayan yang optimal	Kemampuan untuk bekerja dengan profesional dari disiplin lain untuk memberikan kolaboratif berpusat pada pasien perawatan dianggap sebagai elemen penting dari praktik profesional yang memerlukan seperangkat kompetensi tertentu. Memahami dan menghargai peran dan tanggung jawab profesional dan berkomunikasi secara efektif muncul sebagai dua kompetensi inti yang dirasakan untuk berpusat pada pasien praktek kolaboratif (Utami, Hapsari, & Widyandana, 2016)	Kolaborasi antar profesi sudah dilakukan walaupun terkadang masih banyak masalah terutama komunikasi dan kebijakan rumah sakit tentang hal ini yang sedikit rancu. (-)

No	Pertanyaan	Direktur Rumah Sakit	Teori & Asumsi	Kesimpulan
1	Apakah kebijakan rumah sakit tentang PAGT telah sesuai ?	<p>Semua kegiatan dan peraturan tentang dibuat oleh instalasi gizi itu sendiri dengan persetujuan saya sebagai direktur dan melalui kebijakan rumah sakit</p> <p>Sebagai acuan kita tetap segala sesuatu yang berkaitan tentang operasional dirumah sakit baik itu pelayanan gizi sesuai aturan yang berlaku.</p> <p>Mekanisme SOP sesuai yang sudah ada, Kasi penunjang itu merupakan perpanjangan tangan dari direktur setidaknya untuk mengevaluasi, melihat pelaksanaan dilapangan.</p>	<p>Dalam PERMENKES NO. 78 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Gizi Rumah Sakit.</p> <p>Menimbang</p> <p>a. bahwa pelayanan gizi merupakan salah satu faktor penting dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya,</p> <p>b. bahwa saat ini terjadi kecenderungan peningkatan kasus penyakit terkait gizi (nutrition-related disease) khususnya pada kelompok rentan yang memerlukan penatalaksanaan secara khusus melalui pelayanan gizi terutama di rumah sakit,</p> <p>c. bahwa pelayanan gizi dilakukan untuk mempertahankan, memperbaiki dan meningkatkan status gizi melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif</p>	<p>Kebijakan rumah sakit tentang PAGT dibuat oleh dietisien dengan pedoman PERMENKES NO 78 Tahun 2013, walaupun dalam penerapan masih banyak mengalami kendala terutama komunikasi dari bawah ke atas dan sebaliknya. (-)</p>
2	Apakah ada pelatihan atau pembekalan PAGT?	<p>Mungkin karena rumah sakit kita ini adalah rumah sakit berkembang, kita senantiasa sebenarnya ingin melengkapkan dan memaksimalkan untuk fasilitas</p> <p>Kami juga melakukan evaluasi dan penilaian 3 bulan sekali untuk semua pegawai rumah sakit, serta kami juga memberikan reward terhadap pegawai terbaik atas hasil kerjanya. Untuk menjaga SDM yang ada kami melakukan pelatihan dengan menggunakan sistem kerjasama dengan sponsor.</p>	<p>Permenkes No. 340/MENKES/PER/III/2010 dan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan. Pendidikan dan pelatihan merupakan upaya untuk pengembangan SDM, terutama untuk pengembangan kemampuan intelektual dan kepribadian. Pendidikan pada umumnya berkaitan dengan mempersiapkan calon tenaga yang digunakan oleh suatu organisasi, sedangkan pelatihan lebih berkaitan dengan peningkatan kemampuan atau keterampilan pekerja yang sudah menduduki suatu jabatan atau tugas tertentu. (Purnamasari and Kapalawi 2013)</p>	<p>Pemberian pendidikan dan pelatihan gizi yang kurang karena bergantung pada sponsor, belum adanya peraturan yang mengikat tentang kolaborasi antar profesi dan fasilitas yang masih kurang tak luput menjadi salah satu manajemen rumah sakit. (-)</p>

No	Pertanyaan	Pasien I	Pasien II	Pasien III	Teori & Asumsi	Kesimpulan
1	Bagaimana pelayanan gizi yang anda rasakan selama menjalani rawat inap dirumah sakit ini ?	Kalau pelayanan gizinya cukup baik, untuk waktu makannya tepat, untuk penampilan makanannya cukup menarik, rasanya gak terlalu berasa dan sering gak habis nasinya berlebih kadang juga lauk sama sayurnya berlebih, untuk pramusajinya juga ramah, alat makan juga bersih, menu yang saya rasakan 4 sehat 5 sempurna ada dan rasanya juga beragam	Selama saya rawat disini bagus saya ditanyain masalah penyakit yang saya derita biar disesuaikan oleh makanan yang dikasih	Alhamdulillah, gak ada apa-apa... yah pokoknya bagus lah, kemaren juga ditanya ahli gizinya sakit apa atau gimana	PERMENKES NO. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.	Pada pelayanan gizi pasien sudah berjalan lancar sesuai PGRS, walaupun ada beberapa kritik seperti makanan yang kurang berasa dan porsi yang terlalu banyak yang sebenarnya kritikan sudah mulai diperbaiki oleh pihak instalasi gizi. Rata-rata pasien sudah cukup puas tentang kinerja pelayanan gizi yang diberikan/dirasakan mereka. (+)
2	Apakah pelayanan gizi sudah memuaskan ?	Kalau untuk gizi cukup lah gak ada kendalanya, untuk ahli gizinya ramah, Cuma kalau bertemu dengan ahli gizinya hanya sekali, kalau saya dapat informasi dari ahli gizinya tentang makanan yang sehat, 4 sehat 5 sempurna itu apa aja, apa yang baik dikonsumsi, bahan makanan yang dilarang dikonsumsi yang tidak diperbolehkan kayak mi dll itu gak boleh untuk anak-anak	Sudah cukup baik, untuk penampilannya makanannya bagus dan sudah cukup bersih serta telah ditutup wrapping.	pelayanan juga sangat memuaskan, waktunya juga tepat, penampilannya juga menarik, kalau rasa mungkin hambar karena sakit... juga gak habis makannya. Orang ngantar juga ramah, bersih dan menunya juga berganti-ganti tiap hari. Ahli gizinya juga ramah frekuensi pertemuannya dua kali, sya jug adapt informasi tentang makanan seperti jangan makan nasi keras dulu dan disuruh minum susu.	Manajemen pelayanan gizi sangat penting dilakukan agar dapat menghasilkan makanan yang bermutu dan dapat mempercepat proses penyembuhan pasiennya. Tujuan manajemen pelayanan gizi yaitu untuk menjamin agar instalasi gizi senantiasa dapat berfungsi dengan baik, efisien, ekonomis, dan sesuai dengan spesifikasi atau kemampuan. Manajemen pelayanan gizi yang dilakukan di RSHD sudah terlaksana sesuai dengan fungsi-fungsi manajemen antara lain perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi. Akan tetapi dalam proses pelaksanaan pelayanan gizi terdapat beberapa kegiatan yang belum berjalan secara optimal dan petugas yang merangkap pekerjaan (Muliawardani, Mudayana, Masyarakat, & Dahlan, 2016).	

Lampiran 5 Surat Izin Pra Penelitian

 <p style="font-size: small; margin: 0;">KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</p>	<p style="margin: 0;">KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225 Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343 website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com</p>	 <p style="font-size: x-small; margin: 0;">Quality ISO 9001 : 2015 SAS 05.0004 QE C30130</p>
--	---	---

07 Januari 2020

Nomor : : DM. 01.04/.../2020
 Lampiran : -
 Hal : **Izin Pra Penelitian**

Yang Terhormat,
Kepala RSUD Harapan Dan Doa Kota Bengkulu
 di_
Bengkulu

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Skripsi bagi Mahasiswa Prodi Diploma IV Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2016/2017, maka dengan ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberikan rekomendasi izin pengambilan data, untuk Skripsi dimaksud. Nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Deri Andika Putra
 NIM : P05130216012
 Judul : Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) Di Ruang Rawat Inap RSUD Harapan Dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2020
 Lokasi : RSUD Harapan Dan Doa Kota Bengkulu

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.


 Wakil Direktur Bidang Akademik,
Eliana, SKM, M.PH
 NIP.196505091989032001

Lampiran 6 Surat Izin Penelitian

 <p style="font-size: small; margin: 0;">KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</p>	<p style="margin: 0;">KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225 Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343 website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com</p>	 <p style="font-size: x-small; margin: 0;">Quality ISO 9001:2015 SAS GLOBAL QE C30130</p>
06 Februari 2020		
<p>Nomor : Lampiran : Hal :</p>	<p>: DM. 01.04/.../2020 : : Izin Penelitian</p>	
<p>Yang Terhormat, Kepala Kesbangpol Kota Bengkulu di Tempat</p>		
<p>Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Skripsi bagi Mahasiswa Prodi Diploma IV Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2019/2020 , maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data kepada:</p>		
<p>Nama NIM Program Studi No Handphone Tempat Penelitian Waktu Penelitian Judul</p>	<p>: Deri Andika Putra : P05130216012 : Diploma IV Gizi : 082279325025 : RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu : Februari-April 2020 : Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2020</p>	
<p>Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.</p>		
<p>Wakil Direktur Bidang Akademik,</p>  <p>Eliana, SKM, M.PH NIP.196505091989032001</p>		
<p>Tembusan disampaikan kepada: Kepala RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu</p>		

Lampiran 7
Surat Izin Penelitian RSHD




PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
HARAPAN DAN DOA
 Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01 | Bengkulu 38223
 ☎ (0736) 345100 | Fax (0736) 345 100 | ✉ kotabengkulursud@gmail.com

SURAT IZIN PENELITIAN
 Nomor : 800 /-11b / RSUD.HD / II / 2020

Menindak lanjutan surat saudara :

Nama : **Deri Andika Putra**
 NPM : P05130216012
 Prodi : Diploma IV Gizi

Tanggal 06 Februari 2020 Nomor : DM.01.04/533/2/2020 Perihal Permohon Izin Penelitian mahasiswa Poltekes Kemenkes Bengkulu Prodi Diploma IV Gizi Tahun Akademik 2019/2020. Untuk Melaksanakan Penelitian dengan data yang diperlukan tentang **"Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2020 "**, pada prinsipnya kami memberikan izin yang bersangkutan mulai terhitung dari tanggal 18 Februari 2020 S/d 18 Maret 2020.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 17 Februari 2020
 DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
 KOTA BENGKULU



dr. LISTA CERLYVIERA, MM
 Pembina Tk.I – IV/b
 NIP. 19690704 199903 2 003

Catatan

1. Tujuan Ruang IRNA
2. Lama penelitian 1 bulan
3. Tidak diperkenankan meneliti melampaui batas yang tertera
4. Tidak diperkenankan mengambil data selain di ruangan yang tertera tersebut

Lampiran 8
Surat Selesai Penelitian RSHD



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
HARAPAN DAN DOA

Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01 | Bengkulu 38223
 ☎ (0736) 345100 | Fax (0736) 345 100 | ✉ kotabengkulursud@gmail.com



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
 Nomor : 070 /1091/ RSUD.HD / VII/2020

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Lista Cerlyviera, MM
 NIP : 19690704 199903 2 003
 Pangkat / Golongan : Pembina Tk. I – IV/b
 Jabatan: Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **Deri Andika Putra**
 NPM : P05130216012
 Prodi : Diploma IV Gizi

Telah selesai melakukan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu, terhitung mulai tanggal 18 Februari 2020 s/d 18 Maret 2020 untuk memperoleh data dalam rangka Penyusunan Tugas Akhir yang berjudul “**Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2020**”.

Demikianlah Surat Keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Bengkulu, 16 Juli 2020
 DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
 BENGKULU




Dr. Lista Cerlyviera, MM
 Pembina Tk.I – IV/b
 NIP. 19690704 199903 2 003

Lampiran 9
Surat Permohonan EC



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



29 Januari 2020

Nomor : DM.01.04/.../2020
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan *Ethical Clearance*

Yang terhormat
Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK)
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
di-

Tempat

Bersama ini kami sampaikan usulan permohonan Ethical Clearance Mahasiswa Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun 2020. Demikian atas perhatian kami ucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Gizi,


Kamsiah, SST., M. Kes
NIP. 197408181997032002

Lampiran 10
Surat EC

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.KEPK.M/201/04/2020

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti Utama : Deri Andika Putra
Principal In Inverstigator

Nama Institusi : Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) Di Ruang Rawat Inap
Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2020

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan beban dan Manfaat, 4) Resiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Value, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assasment and Benefit, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is an indicated by fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 09 April 2020 sampai dengan tanggal 9 Juli 2020.

This declaration of ethics applies during the period April 9,2020 until July 9,2020

April 9, 2020

Professor and Chairperson



Dr. Demsa Simbolon, SKM, MKM

Lampiran 11

Lembar Konsul Pembimbing 1



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PRODI SARJANA TERAPAN GIZI DAN DIETETIKA
TAHUN AJARAN 2019/2020



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN SKRIPSI

Nama : Deri Andika Putra
Nim : P05130216012
Prodi : Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika
Pembimbing I : Tetes Wahyu, SST., M. Biomed
Judul : Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2020

No	Tanggal	Topik	Saran Perbaikan	Paraf
1.	14 - 10 - 2019	Kesediaan menjadi pembimbing	TTD surat kesediaan menjadi pembimbing	
2.	23 - 10 - 2019	Konsultasi Judul Skripsi	Mengajukan judul proposal skripsi	
3.	24 - 10 - 2019	Konsultasi proposal	Konsultasi BAB I sampai III proposal skripsi	
4.	26 - 10 - 2019	Konsultasi proposal	Konsultasi perhitungan sampel yang akan digunakan	
5.	11 - 11 - 2019	Konsultasi proposal	Perbaiki penulisan dan revisi kerangka konsep	
6.	13 - 11 - 2019	ACC proposal skripsi	Acc proposal skripsi menjelang seminar proposal	
7.	13 - 01 - 2020	Revisi proposal skripsi	Revisi penulisan dan BAB II	
8.	15 - 01 - 2020	Konsultasi skripsi	Revisi daftar pustaka	
9.	26 - 02 - 2020	Bimbingan skripsi	Mengolah master data	
10.	02 - 03 - 2020	Konsultasi skripsi	Konsultasi pembahasan dan hasil skripsi	
11.	08 - 03 - 2020	Konsultasi skripsi	Konsultasi variable dependen pada bagian hasil	
12.	13 - 03 - 2020	BAB I sampai BAB V	Penambahan keterbatasan penelitian	
13.	20 - 03 - 2020	Daftar pustaka	Perbaiki penulisan daftar pustaka	
14.	10 - 04 - 2020	Acc skripsi	Ujian hasil skripsi	

Menyetujui,
Pembimbing I

Tetes Wahyu, SST., M.Biomed
NIP. 198106142006041004

Lampiran 12 Lembar Konsul Pembimbing 2



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PRODI SARJANA TERAPAN GIZI DAN DIETETIKA
TAHUN AJARAN 2019/2020



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN SKRIPSI

Nama : Deri Andika Putra
Nim : P05130216012
Prodi : Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika
Pembimbing II : Yenni Okfrianti, STP., MP
Judul : Studi Kualitatif Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2020

No	Tanggal	Topik	Saran Perbaikan	Paraf
1.	14 - 10 - 2019	Konsul judul skripsi	TTD surat kesediaan menjadi pembimbing	
2.	23 - 10 - 2019	Konsultasi proposal	Perbaikan judul dilanjutkan ke BAB I, II, III	
3.	10 - 11 - 2019	BAB I, BAB II dan BAB III	Perbaikan tujuan dan metode penelitian	
4.	13 - 11 - 2020	ACC maju seminar proposal	Pengarahan seminar proposal dan tanda tangan	
5.	10 - 01 - 2020	Revisi proposal pasca seminar	Revisi tinjauan pustaka disesuaikan jumlah	
6.	12 - 01 - 2020	BAB I, BAB II, BAB III	Perbaikan penulisan proposal skripsi	
7.	13 - 01 - 2020	Revisi	Kerangka konsep dan perhitungan sampel	
8.	15 - 01 - 2020	Penelitian	Pengolahan Data	
9.	26 - 02 - 2020	Konsultasi skripsi	Konsultasi hasil dan pembahasan	
10.	27 - 02 - 2020	Konsultasi skripsi	Perbaikan hasil dan pembahasan	
11.	02 - 03 - 2020	BAB IV dan BAB V	Perbaikan kalimat dan table	
12.	08 - 03 - 2020	BAB I sampai BAB V	Perbaikan kesimpulan dan saran	
13.	11 - 03 - 2020	BAB I sampai BAB V	Perbaikan kalimat dan manfaat penelitian	
14.	10 - 04 - 2020	Acc skripsi	Ujian hasil skripsi	

Menyetujui,
Pembimbing II

Yenni Okfrianti SST., MP
NIP. 197910072009122001