



## Artikel Penelitian

# FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN SKRINING DAN ASUHAN GIZI DI RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO, JAKARTA

TRIYANI KRESNAWAN DAN FITRI HUDAYANI

Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta, Indonesia

Email korespondensi: triyanikresnawan@yahoo.com

Dikirimkan 14 Oktober 2021, Diterima 9 Desember 2021

### Abstrak

**Latar Belakang:** Kejadian kurang gizi di rumah sakit atau *Hospital Malnutrition (HOSMAL)* berdampak pada melambatnya penyembuhan penyakit, memperpanjang hari rawat dan meningkatkan biaya perawatan. Skrining gizi dilakukan pada semua pasien masuk rumah sakit, dalam waktu 1x24 jam tertulis pada asesmen tenaga keperawatan (perawat/*ners*) untuk mengidentifikasi pasien berisiko atau tidak berisiko malnutrisi. Apabila pasien berisiko malnutrisi maka ditindaklanjuti dengan asesmen gizi oleh tenaga gizi (nutrisionis/dietisien). Ketepatan hasil skrining gizi akan menghasilkan ketepatan dalam asesmen dan intervensi yang merupakan bagian dari asuhan gizi. Perlu dilakukan skrining dan asuhan gizi yang tepat dengan waktu yang cepat untuk mengantisipasi terjadinya HOSMAL. Sumber daya manusia yang melakukan harus kompeten, difasilitasi sarana prasarana dan didukung dengan regulasi serta komitmen penuh dari pimpinan rumah sakit.

**Tujuan:** 1) Menilai karakteristik, pengetahuan dan sikap skrining pada tenaga keperawatan dan Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) pada tenaga gizi serta dukungan pimpinan, 2) Menganalisis implementasi skrining gizi oleh perawat/*ners* dan asuhan gizi oleh tenaga gizi, dan 3) Mendeskripsikan faktor-faktor yang berhubungan dengan implementasi skrining dan PAGT.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik dengan rancangan *cross-sectional*. Responden terdiri dari 33 sampel tenaga gizi dan tenaga keperawatan yang bekerja di ruang rawat inap dewasa, dan juga 33 responden sampel jajaran pimpinan rumah sakit. Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari-Maret 2021. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner *Malnutrition Quality Improvement Initiative (MQII)*. Analisis data dilakukan dengan uji korelasi *Spearman* dan Uji *Independent T-test (Levene's Test)*.

**Hasil:** Sebagian besar (69,70%) pengetahuan tenaga keperawatan dan tenaga gizi sudah terpenuhi dengan baik, sebagian besar telah memiliki sikap istimewa atau sangat baik, implementasi skrining gizi oleh tenaga keperawatan mencapai 96,97%, sedangkan implementasi PAGT oleh tenaga gizi mencapai 100%. Dukungan pimpinan dalam mencegah HOSMAL sudah sangat baik atau sempurna (51,52% dan 31,30%). Terdapat hubungan yang bermakna pada usia ( $p$  0,008,  $r$  0,455) dan lama bekerja ( $p$  0,014,  $r$  0,422) tenaga keperawatan terhadap implementasi skrining gizi. Terdapat perbedaan bermakna hasil skrining gizi oleh tenaga keperawatan dengan oleh tenaga gizi ( $p$  0,01).

**Kesimpulan:** Pengetahuan skrining tenaga keperawatan dan PAGT pada tenaga gizi hanya terpenuhi sebagian. Sikap dan implementasi sangat baik, dukungan pimpinan terpenuhi. Faktor usia dan masa kerja mempengaruhi implementasi skrining gizi pada tenaga keperawatan, sehingga memerlukan perhatian dalam hal pendidikan dan pelatihan.

**Kata kunci:** Asuhan Gizi, Nutrisionis, Rumah Sakit, Skrining Gizi

### Latar Belakang

Pelayanan asuhan gizi merupakan suatu upaya memperbaiki, meningkatkan gizi dan dietetik pada kelompok masyarakat atau individu. Prosesnya merupakan suatu rangkaian kegiatan meliputi pengumpulan, pengolahan, analisis, simpulan, anjuran, implementasi, dan evaluasi gizi, untuk mencapai status gizi kesehatan yang optimal. Diet yang diberikan disesuaikan dengan kondisi medis, status gizi, dan status metabolisme tubuh. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, demikian pula sebaliknya. Pelayanan

asuhan gizi rawat inap dimulai dari proses asesmen, diagnosis, intervensi meliputi perencanaan preskripsi gizi/diet dan implementasi penyediaan makanan sesuai preskripsi, edukasi, konseling, serta monitoring evaluasi<sup>1</sup>.

Kejadian malnutrisi di rumah sakit dapat mempengaruhi lamanya penyembuhan penyakit, hari rawat menjadi lebih panjang sehingga biaya perawatan menjadi mahal. Untuk itu dianjurkan melakukan skrining gizi pada pasien dalam waktu 1x24 jam untuk mendeteksi risiko malnutrisi yang dilakukan oleh tenaga keperawatan (perawat/*ners*), dan tenaga gizi

## Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Skrining dan Asuhan Gizi

(nutrisionis/dietisien) kemudian menindaklanjuti dengan Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) pada pasien yang berisiko malnutrisi, sudah malnutrisi atau kondisi khusus (pasien penyakit akut/kronik yang berisiko malnutrisi). Proses ini merupakan serangkaian kegiatan yang berulang diawali dengan Asesmen Gizi, Diagnosis, Intervensi, Monitoring, dan Evaluasi (ADIME)<sup>2</sup>.

Malnutrisi merupakan suatu permasalahan gizi yang dialami hampir di semua negara di dunia, baik malnutrisi pada anak maupun dewasa. Pada suatu kelompok umur tertentu masalah gizi ini akan mempengaruhi status gizi pada periode siklus kehidupan berikutnya (*intergenerational impact*). Malnutrisi dapat berkembang sebagai suatu konsekuensi dari kekurangan asupan makanan, peningkatan kebutuhan yang terkait dengan keadaan penyakit, komplikasi penyakit yang mengurangi penyerapan dan kehilangan zat gizi. Upaya untuk mencegah HOSMAL, perlu kesiapan rumah sakit mulai dari input dan proses yang baik, sehingga menghasilkan *output* dan *outcome* yang baik. Sumber daya manusia yang melakukan asuhan gizi harus kompeten, didukung oleh sarana prasarana dan regulasi kebijakan rumah sakit yang mendukung sesuai standar akreditasi rumah sakit. Terkait dengan sumber daya manusia yang kompeten, berpengetahuan dan mempunyai sikap yang baik serta keterampilan yang memadai dalam melakukan skrining gizi dan asesmen gizi dalam PAGT<sup>3</sup>. Hal ini secara tidak langsung mencegah terjadinya HOSMAL. Berdasarkan hal tersebut, penulis ingin menilai skrining gizi sejak awal pasien masuk dan proses asuhan gizi, serta faktor-faktor yang berhubungan dengan implementasi skrining dan asuhan gizi sehingga mutu pelayanan asuhan gizi di rumah sakit menjadi maksimal<sup>4</sup>.

Tujuan penelitian ini adalah: 1) menilai karakteristik, pengetahuan dan sikap skrining gizi oleh pada tenaga keperawatan, PAGT pada tenaga gizi, serta dukungan pimpinan, 2) menganalisis implementasi skrining gizi oleh tenaga keperawatan dan asuhan gizi oleh tenaga gizi, 3) mendeskripsikan faktor-faktor yang berhubungan dengan implementasi skrining dan PAGT.

### Metode

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik. Dilakukan penilaian pengetahuan, sikap dan dihubungkan dengan kondisi obyektif implementasi skrining dan asuhan gizi di rumah sakit sebagai kegiatan yang dianalisis, serta menilai faktor-faktor yang berhubungan dengan implementasi skrining gizi dan asuhan gizi. Rancangan studi ini adalah *cross-sectional*. Penilaian dan pengamatan dilakukan satu waktu dengan metode pengumpulan data secara kuantitatif, dan analisis secara deskriptif.

Penelitian dilakukan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo dengan waktu pengambilan data pada tanggal 18 Januari-10 Maret 2021. Sampel dalam penelitian ini adalah penanggung jawab tenaga gizi dan tenaga keperawatan yang melakukan skrining gizi, bekerja di ruang rawat inap dewasa berjumlah 33 orang, dan jajaran pimpinan rumah sakit yang meliputi direksi, kepala bagian, dan kepala instalasi yang terkait asuhan gizi dengan jumlah juga 35 orang.

Pengumpulan data primer karakteristik, pengetahuan, sikap tenaga keperawatan dan tenaga gizi serta dukungan pimpinan dengan menggunakan kuesioner secara elektronik. Pengetahuan dinilai Terpenuhi bila nilai mencapai  $\geq 80\%$ ,

Terpenuhi sebagian 20-79%, dan Tidak terpenuhi  $< 20\%$ . Sedangkan sikap dinilai Istimewa bila nilai mencapai 99-100%, Sangat Baik 80-89%, dan Baik  $< 80\%$

Implementasi skrining gizi dan PAGT dilakukan melalui observasi langsung menggunakan *tool Malnutrition Quality Improvement Initiative* (MQII). Sedangkan pengolahan data menggunakan uji korelasi *Spearman* dan uji *Independent T-test* (*Levene's Test*). Penelitian ini telah mendapatkan kaji laik etik dengan nomor: KET-791/UN2.F1/ETIK/PPM.00.02/2020 dan izin penggunaan nama rumah sakit.

### Hasil

*Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Skrining pada Tenaga Keperawatan dan PAGT pada Tenaga gizi serta Dukungan Pimpinan*

Seluruh tenaga gizi berjenis kelamin perempuan, sedangkan pada tenaga keperawatan 81,82% adalah perempuan. Sebagian besar tingkat pendidikan nutrisionis adalah sarjana gizi (57,57%), lainnya memiliki pendidikan profesi dietisien. Pada perawat, 60,61% berkualifikasi diploma III, dan lainnya adalah profesi *Ners*. Hampir separoh tenaga gizi memiliki masa kerja kurang dari lima tahun (48,49%), sedangkan pada tenaga keperawatan sebagian besar memiliki masa kerja lebih dari sepuluh tahun. Rerata usia pada kedua profesi hampir sama, yaitu 32 tahun pada tenaga gizi dan 33 tahun pada profesi tenaga keperawatan.

Sebagian besar perawat (69,70%) telah memiliki tingkat pengetahuan tentang skrining gizi yang baik, demikian juga sebagian besar (69,7%) nutrisionis memiliki pengetahuan tentang PAGT yang baik. Sedangkan sikap tenaga keperawatan terhadap skrining menunjukkan 96,97% sangat baik atau istimewa, dan 100% tenaga gizi menunjukkan sikap sangat baik atau istimewa terhadap PAGT (Tabel 1).

Tabel 1. Distribusi Pengetahuan dan Sikap Skrining Gizi dan PAGT pada Tenaga Keperawatan dan Tenaga Gizi (n=33)

Variabel	Frekuensi	
	n	(%)
Pengetahuan perawat mengenai skrining		
Terpenuhi	23	69,70
Terpenuhi sebagian	10	30,30
Tidak terpenuhi	0	0,00
Pengetahuan nutrisionis mengenai PAGT		
Terpenuhi	23	69,70
Terpenuhi sebagian	10	30,30
Tidak terpenuhi	0	0,00
Sikap perawat terhadap skrining		
Istimewa	19	57,57
Sangat Baik	13	39,40
Baik	1	3,03
Sikap nutrisionis terhadap PAGT		
Istimewa	25	75,76
Sangat Baik	8	24,24
Baik	0	0,00

Untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia pada tenaga tenaga keperawatan maupun tenaga gizi agar kompeten dalam melakukan skrining serta PAGT, diperlukan pelatihan. Berdasarkan data yang diperoleh, mayoritas perawat (75,76%) belum mengikuti pelatihan skrining gizi, sedangkan pada tenaga gizi (72,73%) telah mengikuti pelatihan PAGT yang mencakup skrining gizi di dalamnya.

Pimpinan rumah sakit dan jajaran pimpinan diminta pendapatnya melalui kuesioner terkait kesiapan rumah sakit dalam kegiatan pencegahan terjadinya HOSMAL melalui kegiatan skrining dan asesmen gizi. Jumlah pimpinan yang mengisi kuesioner sebanyak 33 orang dengan hasil menunjukkan tingkat kesiapan mereka sangat baik 51,52% atau paripurna 30,30% (Tabel 2).

Tabel 2. Distribusi Dukungan Pimpinan/Kesiapan di RSCM Jakarta

Parameter	n	(%)
Kesiapan Rumah Sakit		
Tingkat kesiapan rendah <52	0	0,00
Tingkat kesiapan sedang 53-64	0	0,00
Tingkat kesiapan baik 65-76	6	18,18
Tingkat kesiapan sangat baik 77-88	17	51,52
Tingkat kesiapan paripurna 89-100	10	31,30

### Implementasi Skrining Tenaga keperawatan dan PAGT pada Tenaga gizi

Implementasi skrining gizi sudah dilakukan pada 96,97% pasien oleh tenaga keperawatan (Tabel 3). Hanya satu pasien yang tidak dilakukan skrining gizi. Pasien berisiko malnutrisi oleh tenaga gizi telah seluruhnya dilakukan implementasi asesmen gizi sebagai bagian dari PAGT. Verifikasi skrining gizi dilakukan oleh tenaga gizi sebagai bentuk kolaborasi dan pertanyaan skrining gizi dalam komponen asesmen gizi, diantaranya adalah antropometri penurunan berat badan dan riwayat makan<sup>5</sup>.

Tabel 3. Distribusi Implementasi Skrining dan PAGT pada Tenaga Keperawatan dan Tenaga Gizi (n=33)

Parameter	Frekuensi	
	n	(%)
Implementasi Skrining oleh Perawat		
Terpenuhi >80%	32	96,9
Terpenuhi sebagian 20-79%	1	0,00
Tidak terpenuhi <20%	1	3,03
Implementasi PAGT oleh Nutrisionis		
Terpenuhi >80%	33	100
Terpenuhi sebagian 20-79%	0	0,00
Tidak terpenuhi <20%	0	0,00

Rerata jarak waktu antara tenaga keperawatan melakukan skrining sejak pasien datang adalah 12 jam 30 menit, dimana 87,88% perawat sudah melakukan skrining gizi dalam waktu 1x24 jam. Rerata jarak waktu antara skrining perawat dengan asesmen gizi adalah 17 jam 40 menit, sedangkan rerata jarak waktu antara tenaga gizi melakukan asesmen gizi sejak pasien datang adalah 29 jam 30 menit, dimana baru 51,52% tenaga gizi dalam waktu 1x24 jam (Tabel 4).

Tabel 4. Distribusi Jarak Waktu Skrining Tenaga Keperawatan dan Asesmen Tenaga Gizi Berdasarkan Implementasi Skrining dan PAGT (n=33)

Parameter	Rerata	Kesesuaian			
		≤24 jam		>24 jam	
		n	(%)	n	(%)
Jarak waktu pasien datang s/d Perawat melakukan skrining	12 jam, 30 menit	29	87,88	4	12,12
Jarak waktu skrining Perawat s/d Asesmen Nutrisionis	17 jam, 40 menit	26	78,79	7	21,21
Jarak waktu pasien datang s/d Asesmen Nutrisionis	29 jam, 30 menit	17	51,52	16	48,48

Hasil skrining yang dilakukan oleh tenaga keperawatan dan oleh tenaga gizi ternyata berbeda bermakna ( $p < 0,01$ ) dimana perawat menyatakan 39,39% pasien berisiko malnutrisi, sedangkan tenaga gizi menyatakan terdapat 69,70% yang berisiko malnutrisi (Tabel 5).

Tabel 5. Distribusi Perbedaan Implementasi Skrining pada Tenaga gizi dan Tenaga keperawatan (n=66)

Kategori Malnutrisi	Tidak Berisiko		Berisiko		Total		p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Perawat	20	60,61	13	39,39	33	100	0,01
Tenaga gizi	10	30,30	23	69,70	33	100	
Total	30	45,45	36	54,55	66	100	

### Faktor yang berhubungan dalam Implementasi Skrining dan PAGT

Terdapat hasil uji Korelasi Spearman antara faktor-faktor yang diteliti yaitu usia, masa kerja, pengetahuan, sikap, serta dukungan pimpinan terhadap implementasi skrining tenaga keperawatan dan PAGT pada tenaga gizi di ruang rawat inap menunjukkan hasil bahwa hanya faktor usia ( $p < 0,008$ ) dan masa kerja ( $p < 0,014$ ) tenaga keperawatan yang menunjukkan adanya hubungan bermakna terhadap implementasi skrining gizi. Semakin tambah usia dan masa kerja maka implementasi yang dilakukan semakin tepat (Tabel 6).

Tabel 6. Korelasi Penerapan Skrining Tenaga keperawatan dan PAGT Tenaga Gizi Terhadap Usia, Masa Kerja, Pengetahuan, Sikap dan Dukungan Pimpinan (n=33)

Parameter	Implementasi Skrining Perawat		Implementasi PAGT Nutrisionis	
	r	p-value	r	p-value
Usia	0,455	0,008	-0,338	0,445
Masa Kerja	0,422	0,014	-0,152	0,398
Pengetahuan	-0,033	0,856	-0,233	0,193
Sikap	-0,321	0,069	0,157	0,343
Dukungan Pimpinan	-0,102	0,573	-0,028	0,877

### Pembahasan

#### Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Skrining pada Tenaga keperawatan dan PAGT pada Tenaga gizi

Pengetahuan tenaga keperawatan dan tenaga gizi mengenai skrining gizi dan PAGT baru mencapai 67,80%. Hal ini menunjukkan perlunya peningkatan pengetahuan lebih lanjut agar implementasi lebih baik dan sesuai sehingga tidak ada perbedaan yang bermakna pada skrining gizi, karena diharapkan dalam waktu 1x24 jam pasien sudah memperoleh *oral nutrition supplement* dan *care plan* untuk mencegah HOSMAL<sup>6</sup>. Dalam meningkatkan pengetahuan ini, terdapat faktor-faktor yang dapat mempengaruhinya, yaitu sumber informasi, pengalaman, kegiatan penyuluhan, dan lingkungan<sup>7</sup>. Hal ini terkait dengan faktor pelatihan skrining gizi yang belum semua diikuti oleh perawat, yaitu baru sekitar 24,24% yang mendapat pelatihan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa perawat memiliki pengetahuan dari pembelajaran mandiri mengenai skrining gizi. Sikap terhadap skrining dan asesmen gizi lanjut tenaga keperawatan dan tenaga gizi sebesar 96,97% yang artinya sangat baik dan istimewa.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk mencegah HOSMAL, perlu dilakukan pelatihan yang harus diikuti oleh perawat yang bekerja menilai skrining gizi. Skrining gizi merupakan proses identifikasi pasien terhadap terjadinya

## Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Skrining dan Asuhan Gizi

masalah gizi termasuk pasien dengan kondisi medis khusus yang berisiko malnutrisi karena penyakit akut atau kronik yang memerlukan pengaturan diet sehingga perlu asesmen lanjut dan intervensi terapi gizi. Proses yang dilakukan dalam skrining gizi yaitu menetapkan skoring pada perangkat skrining yang sudah tervalidasi dan telah ditetapkan untuk mengidentifikasi faktor risiko malnutrisi. Setelah mengikuti pelatihan, perawat diharapkan dapat lebih terampil dalam mengidentifikasi risiko malnutrisi sehingga saat verifikasi oleh dietisien seharusnya tidak ada perbedaan yang bermakna. Semua pasien dengan risiko malnutrisi dilanjutkan asesmen gizi dan masuk pada Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)<sup>8</sup>.

### *Implementasi Skrining Tenaga Keperawatan dan PAGT pada Tenaga gizi*

Implementasi skrining gizi yang dilakukan oleh tenaga keperawatan sudah mencapai 96,97% dan seluruh tenaga gizi telah mengimplementasikan dengan PAGT. Asesmen Gizi merupakan bagian dari proses asuhan gizi terstandar. Mengacu pada Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) tentang skrining telah dilakukan pada 96,97% masuk ke dalam kategori terpenuhi dengan skor implementasi lebih dari 80%, nilai ini belum menunjukkan kepatuhan 100%. Implementasi skrining apabila mengacu pada MQII sehingga belum sesuai dengan harapan. Seharusnya kepatuhan skrining gizi diimplementasi 100% oleh tenaga keperawatan<sup>4</sup>.

Skrining gizi yang dilakukan oleh tenaga keperawatan pada pasien baru maupun verifikasi tenaga gizi seharusnya tidak berbeda. Tabel 4 menampilkan bahwa skrining gizi belum 100% sesuai dilakukan selama 1x24 jam. Masih terdapat satu kasus pasien yang tidak diskriming oleh perawat akan tetapi dilakukan tindak lanjut verifikasi skrining dan dilanjutkan asesmen gizi pada pasien yang berisiko malnutrisi. Jarak waktu sejak pasien datang diverifikasi dan asesmen oleh tenaga gizi belum 100% dalam waktu 1x24 jam setelah diskriming perawat. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal seperti pasien datang di hari libur, meskipun tenaga gizi tetap ada yang berdinasi pada hari libur, namun belum bisa terjangkau menangani pasien baru, sehingga verifikasi skrining dan asesmen gizi lebih dari 24 jam. Penyebab lainnya adalah tenaga gizi tidak memiliki pembagian kerja dua shift, hanya berdinasi pagi saja. Pada saat pasien datang di luar jam kerja yaitu setelah pukul 16.00 WIB tidak bisa langsung dilakukan verifikasi dan tindak lanjut skrining pada pasien yang berisiko malnutrisi berupa asesmen gizi 1x24 jam setelah skrining gizi perawat. Perawat berdinasi tiga shift dalam 24 jam, tetapi masih terdapat satu pasien yang tertinggal belum dilakukan skrining gizi, kemungkinan karena menganggap tidak terlalu penting sesuai dengan sikap dengan nilai <80%.

Selain ketepatan waktu, perlu juga kesesuaian antara skrining yang dilakukan oleh tenaga keperawatan dengan verifikasi tenaga gizi. Masih terdapat perbedaan yang bermakna pada hasil skrining keduanya. Berdasarkan pengamatan, seringkali ditemukan bahwa pasien yang seharusnya berisiko malnutrisi, dinilai tidak berisiko malnutrisi oleh perawat, sehingga memiliki perbedaan saat skoring skrining gizi. Demikian pula dengan penetapan kondisi khusus, tenaga keperawatan sering menyatakan bahwa pasien tidak termasuk kondisi khusus meskipun terdiagnosis penyakit akut/kronik yang berisiko malnutrisi. Dalam hal ini terkait dengan data 75,76% tenaga keperawatan yang belum melakukan pelatihan skrining gizi. Sehingga perlu diperhatikan untuk mengantisipasi terjadinya HOSMAL. Pada saat pasien awal masuk seharusnya tenaga keperawatan melakukan penilaian terhadap risiko malnutrisi dengan tepat sehingga tenaga gizi harus berkolaborasi dengan

tenaga keperawatan untuk memverifikasi skrining gizi dalam mencegah HOSMAL.

Implementasi PAGT termasuk asesmen, diagnosis, intervensi, edukasi dan konseling gizi serta monitoring evaluasi dilakukan di rawat inap<sup>9</sup>. Edukasi dan konseling dilakukan di tempat tidur pasien. *Electronic Trigger* yang berfungsi untuk mengingatkan dietisien ketika ada pasien berisiko malnutrisi/kondisi khusus juga belum diterapkan. Hal tersebut disebabkan komunikasi antar tenaga kesehatan yang dilakukan saat ini masih proaktif, yaitu menggunakan manual dokumen medik. Baru sebagian saja yang sudah mulai dapat difasilitasi menggunakan *Health Information System (HIS)*.

### *Faktor yang berhubungan dalam Implementasi Skrining & PAGT*

Penelitian ini membandingkan faktor-faktor yang diteliti seperti usia, masa kerja, pengetahuan, sikap, serta dukungan pimpinan terhadap implementasi skrining tenaga keperawatan dan PAGT pada tenaga gizi di ruang rawat inap. Penelitian dengan menggunakan uji Korelasi *Spearman* didapatkan hasil faktor usia ( $p = 0,008$ ) dan masa kerja ( $p = 0,014$ ) tenaga keperawatan yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna terhadap implementasi skrining gizi. Hasil tersebut menunjukkan bahwa tenaga keperawatan semakin bertambah usia dan semakin lama masa bekerja maka semakin baik pula dalam mengimplementasi skrining gizi. Sedangkan pada tenaga gizi faktor-faktor tersebut tidak ada korelasinya dengan implementasi asuhan gizi. Pengetahuan dan sikap baik pada tenaga keperawatan maupun tenaga gizi juga tidak menunjukkan adanya korelasi terhadap implementasi skrining gizi dan PAGT.

Faktor lain yang berhubungan dengan implementasi yaitu dukungan dari pimpinan. Berdasarkan hasil yang didapatkan, direksi beserta staf pimpinan memberikan dukungan yang sangat baik, akan tetapi tidak sejalan dengan implementasi baik pada tenaga keperawatan maupun tenaga gizi. Salah satu penyebab implementasi skrining & PAGT masih belum 100% terpenuhi yaitu kurangnya sarana dan prasarana yang belum memadai.

## Kesimpulan

Dari sisi pengetahuan baik tenaga gizi maupun tenaga keperawatan terkait PAGT dan skrining gizi didapatkan hasil 69,70% terpenuhi dengan sikap istimewa dan sangat baik. Tenaga gizi sudah mengimplementasi PAGT 100%. Tenaga keperawatan mengimplementasi skrining gizi 96,97%. Dukungan pimpinan terkait kegiatan pencegahan terjadinya HOSMAL melalui kegiatan skrining dan PAGT sangat baik dan paripurna.

Terdapat hubungan yang bermakna pada usia dan lama bekerja tenaga keperawatan terhadap implementasi skrining gizi serta masih terdapat perbedaan bermakna hasil skrining gizi antara tenaga keperawatan dengan tenaga gizi, baik dalam menilai pasien berisiko malnutrisi maupun pasien dengan kondisi khusus (*vulnerable patient*).

Diperlukan keseragaman dalam menentukan pasien yang berisiko malnutrisi dalam proses implementasi ini. Hal ini diharapkan dapat segera ditindaklanjuti dengan menyelenggarakan pelatihan skrining gizi untuk tenaga keperawatan dan PAGT untuk tenaga gizi. Kolaborasi pada skrining gizi saat diimplementasikan dalam bentuk verifikasi

skrining gizi oleh tenaga gizi tetap dipertahankan serta melengkapi sarana prasarana *Health Information System (HIS)* di seluruh ruangan rawat inap. Perlu difasilitasi penanda pasien berisiko malnutrisi agar semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dapat saling melihat, sehingga diharapkan implementasi skrining gizi & PAGT dapat lebih cepat dan tepat. Dapat dibuat pula *Key Performance Indicator (KPI)* capaian ketepatan skrining gizi dan asesmen gizi pada pasien berisiko malnutrisi. Dengan demikian dapat mengantisipasi terjadinya HOSMAL serta memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan paripurna. Dukungan pimpinan pada pencegahan HOSMAL sangat diharapkan agar semua dapat terealisasi<sup>10</sup>.

### Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Dr. dr. Sutoto, MKes. atas kesempatan yang diberikan, kepada Dr. dr. Hanevi Djasri, MARS, FISQua, dr. Djoti Atmojo, Sp. A. MARS, FISQua, dan dr. Nico Lumenta, K, Nefro, MM, MHKes, FISQua yang telah memberikan arahan dalam proses penelitian dan penulisan, kepada Direktur Utama, Kepala Instalasi Gizi dan Produksi Makanan dan rekan-rekan Tenaga gizi serta Perawat di RSCM yang telah menjadi subjek penelitian ini, kepada Vinia Rosa Nurmatasari, S.Tr Gz dan Fatkhia Agil, A.Md. Gz yang sudah membantu penulisan artikel ini.

### Referensi

1. Silver HJ, Pratt KJ, Bruno M, dkk. Effectiveness of the Malnutrition Quality Improvement Initiative on Practitioner Malnutrition Knowledge and Screening, Diagnosis, and Timeliness of Malnutrition-Related Care Provided to Older Adults Admitted to a Tertiary Care Facility: A Pilot Study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2018; 118(1): 101-109. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.08.111>.
2. Reber E, Gomes F, Vasiloglou MF, dkk. Nutritional Risk Screening and Assessment. *Journal of Clinical Medicine*. 2019; 8(7): 1065. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm8071065>.
3. Mahan LK, Janice L Raymond. *Krauses Food & the Nutrition Care Process 14th Edition* 2017. Elsevier. 2017.
4. Malnutrition Quality Improvement Initiative Academy of Nutrition Dietetic. 2020. Available from: <https://malnutritionquality.org>.
5. Nutrition Care Process Terminology (NCPT). Academy of Nutrition and Dietetic. 2017.
6. Development and Evaluation of a Global Malnutrition Composite Score. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetic* 2022.
7. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta. 2012.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. 2013.
9. Persatuan Ahli Gizi Indonesia dan Asosiasi Dietisien Indonesia. *Penuntun Diet dan Terapi Gizi Edisi 4*. EGC. 2019.
10. Komisi Akreditasi Rumah Sakit. *Standar Nasional Akreditasi RS Edisi 1.1 Kementerian Kesehatan RI. KARS*. 2019.