

Capaian standar pelayanan minimal gizi di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Manokwari Papua Barat

Achievement of the nutrition minimum service standard at Manokwari District Hospital in West Papua

Nurhasanah Mardianingsih¹, Fasty Arum Utami², Ika Ratna Palupi²

¹Program Studi Gizi Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

²Departemen Gizi Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: There are three indicators of nutrition services that are regulated in the hospital Minimum Service Standards (MSS), namely the timeliness of food distribution, patient's plate waste, and the accuracy of the patient's diet. The achievement of minimum service standards as the indicator of quality for nutrition services at Manokwari District Hospital has not yet been known. **Objective:** To find out the implementation of minimum service standards for nutrition services, i.e. the promptness of food distribution, the proportion of plate waste, and accuracy of the patient's diet at Manokwari District Hospital. **Methods:** This was a mixed-method study conducted at Manokwari District Hospital, West Papua, from January until March of 2018. A quantitative approach with patient samples was carried out to quantify the achievement of MSS for nutrition service. Punctuality of food distribution and accuracy of the diet was measured using observational sheets while the patient's plate waste was determined using food weighing. A qualitative approach through in-depth interviews with patients, nutritionists, cooks, food service workers, and nurses was performed to explore the influencing factors. **Results:** The percentage of timeliness of patient food distribution was only 37.1%, the waste of patients' food reached 34.5% and the accuracy of the patient's diet was only 83.87%. These were affected by poor human resource management, inadequate hospital facilities, and foods brought from outside of the hospital. **Conclusions:** Promptness of patient's food distribution, plate waste and diet accuracy in Manokwari District Hospital has not reached the minimum service standard for nutrition service.

KEYWORDS: diet accuracy; hospital food service; minimum service standard; plate waste; promptness of food distribution

ABSTRAK

Latar belakang: Tiga indikator pelayanan gizi yang diatur dalam standar pelayanan minimal (SPM) rumah sakit yaitu ketepatan waktu pemberian diet, sisa makanan pasien, dan ketepatan diet yang diberikan kepada pasien. Capaian SPM gizi sebagai indikator mutu pelayanan gizi rumah sakit di RSUD Manokwari belum diketahui. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi SPM gizi yang meliputi capaian ketepatan waktu distribusi makanan, sisa makanan, dan ketepatan pemberian diet pasien di RSUD Manokwari. **Metode:** Jenis penelitian *mixed method* yang dilakukan di RSUD Manokwari, Papua Barat pada Januari-Maret 2018. Pendekatan kuantitatif dengan sampel pasien yang diambil secara purposif dilakukan untuk mengukur angka capaian SPM gizi. Variabel capaian SPM gizi meliputi ketepatan waktu distribusi makanan dan ketepatan diet pasien diukur menggunakan instrumen lembar pengamatan sedangkan sisa makanan diukur menggunakan metode penimbangan makanan. Pendekatan kualitatif dilakukan setelah observasi capaian SPM dengan cara wawancara mendalam kepada informan pasien, ahli gizi, petugas masak, dan petugas distribusi makanan serta perawat untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi capaian SPM gizi. **Hasil:** Ketepatan waktu distribusi makanan pasien hanya sebesar 37,1%; sisa makanan pasien mencapai 34,5%; dan ketepatan pemberian diet pasien hanya sebesar 83,87%. Faktor yang memengaruhi capaian standar pelayanan minimal gizi yaitu manajemen sumber daya manusia yang belum baik, fasilitas rumah sakit yang kurang mendukung, dan adanya makanan dari luar rumah sakit. **Simpulan:** Ketepatan waktu distribusi makanan, sisa makanan, dan ketepatan pemberian diet pasien di RSUD Manokwari belum mencapai standar pelayanan minimal gizi yang ditetapkan.

KATA KUNCI: ketepatan diet; penyelenggaraan makanan rumah sakit; standar pelayanan minimal; sisa makanan; ketepatan waktu distribusi

Korespondensi: Ika Ratna Palupi, Departemen Gizi Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Jl. Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta, 55281 Indonesia, e-mail: ikaratna@ugm.ac.id

Cara sitasi: Mardianingsih N, Utami FA, Palupi IR. Capaian standar pelayanan minimal gizi di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Manokwari Papua Barat. Jurnal Gizi Klinik Indonesia. 2020;16(4):152-167. doi: 10.22146/ijcn.42425

PENDAHULUAN

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (1). Salah satu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh rumah sakit adalah pelayanan gizi. Pelayanan gizi di rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan dan disesuaikan dengan keadaan pasien berdasarkan keadaan klinis, status gizi, dan status metabolisme tubuh dengan ruang lingkup meliputi pelayanan gizi rawat jalan dan rawat inap, penyelenggaraan makanan, serta penelitian dan pengembangan gizi (2).

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 menyatakan standar pelayanan minimal (SPM) sebagai ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal (3). Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 4 Tahun 2019 tentang standar teknis pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan menyebutkan bahwa pelayanan dasar pada SPM kesehatan dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah pusat, pemerintah daerah, maupun swasta (4). Oleh karena itu, setiap rumah sakit di Indonesia wajib memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai standar pelayanan minimal yang telah ditentukan.

Indikator SPM adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, yaitu berupa masukan, proses, hasil, dan manfaat pelayanan. Sasaran mutu dalam pelayanan gizi yang berdasarkan SPM rumah sakit meliputi tiga indikator, yaitu ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien, sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien, dan tidak adanya kesalahan pemberian diet (5). Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 menyebutkan standar persentase ketepatan waktu penyajian makanan yaitu lebih dari atau sama dengan 90%, sisa makanan pasien kurang dari atau sama dengan 20%, dan ketepatan pemberian diet sebesar 100% (6).

Studi di beberapa rumah sakit di Indonesia menunjukkan bahwa ketepatan waktu penyajian makanan

merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi kepuasan pasien terhadap pelayanan gizi (7,8). Selain itu, ketepatan waktu pemberian diet sangat penting untuk pasien dengan diet tertentu yang harus tepat jadwal makan. Studi observasional ketepatan diet terapeutik pada pasien rumah sakit di Australia menemukan bahwa 19,9% dari 347 diet yang disajikan tidak tepat dan penyebab terbesar inakurasi tersebut adalah kesalahan sistem penyelenggaraan makanan (*foodservice errors*) (9). Kesalahan pemberian diet pasien dapat disebabkan oleh kesalahan dokter dalam menentukan diet, kesalahan ahli gizi dalam menerjemahkan diet, hingga kesalahan tenaga distribusi (10).

Sisa makanan pasien juga merupakan salah satu indikator optimalnya penyelenggaraan makanan rumah sakit. Sisa makanan mencerminkan asupan nutrisi pasien tidak adekuat dan secara ekonomis menunjukkan banyaknya biaya yang terbuang. Jika pasien dengan asupan energi tidak cukup dibiarkan dalam jangka waktu yang lama, akan berisiko 2,4 kali untuk terjadi malnutrisi (11). Hal ini mengindikasikan bahwa penilaian sisa makanan penting untuk mengevaluasi asupan pasien agar risiko malnutrisi dapat dikendalikan. Sisa makanan dapat dipengaruhi oleh cita rasa, variasi menu serta faktor lingkungan termasuk jadwal makan, makanan dari luar rumah sakit, alat makan, dan petugas distribusi makanan (12).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Manokwari merupakan rumah sakit tipe C yang terletak di Kabupaten Manokwari, ibukota Provinsi Papua Barat. Rumah Sakit Umum Daerah Manokwari berkapasitas 163 tempat tidur dengan *bed occupancy rate* (BOR) sebesar 65% dan penyelenggaraan makanan swakelola. Studi pendahuluan pelayanan gizi di rumah sakit ini menemukan bahwa pengolahan makanan di dapur instalasi gizi menggunakan bahan bakar minyak tanah dan memiliki siklus menu 10 hari, tetapi standar diet rumah sakit hanya mengacu pada buku penuntun diet, serta pasien rawat inap kelas II dan III menggunakan alat makan pribadi. Penelitian SPM gizi di RSUD Kabupaten Fak-Fak, Papua Barat tahun 2010 menunjukkan bahwa waktu distribusi makanan yang tidak tepat sebanyak 88,6%; diet tidak tepat sebanyak 93,5%; dan sisa makanan sebesar 17,5% (13). Hal ini dapat menjadi gambaran pelayanan gizi rumah sakit

tipe C di Papua Barat yang cenderung belum mencapai standar minimal. Namun, belum pernah dilakukan kajian mengenai SPM gizi di RSUD Manokwari sehingga belum diketahui apakah pelayanan gizi di rumah sakit ini telah memenuhi standar minimal yang ditetapkan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi SPM gizi di RSUD Manokwari yang meliputi capaian ketepatan waktu distribusi makanan pasien, sisa makanan, dan ketepatan pemberian diet pasien serta faktor-faktor yang memengaruhinya.

BAHAN DAN METODE

Desain dan subjek

Jenis penelitian ini adalah *mixed method research* yaitu penelitian deskriptif kuantitatif dan diikuti dengan pendekatan kualitatif. Penelitian dilakukan di RSUD Manokwari, Papua Barat pada bulan Januari - Maret 2018. Penelitian kuantitatif mengukur angka capaian indikator SPM meliputi persentase ketepatan waktu distribusi makanan, sisa makanan, dan ketepatan pemberian diet pasien dengan cara observasi kegiatan pelayanan makanan kepada pasien. Responden untuk pengamatan adalah pasien rawat inap yang diambil menggunakan teknik *sampling* purposif dengan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi subjek yaitu pasien berusia lebih dari atau sama dengan 17 tahun, mendapatkan diet biasa (nasi atau makanan lunak) atau diet khusus/ketat (diabetes mellitus/DM, rendah garam/RG, rendah lemak) minimal 3 kali waktu makan, bersedia menjadi subjek penelitian serta dirawat di bangsal dan kelas perawatan yang diperbolehkan untuk diakses sebagai sampel penelitian. Kriteria eksklusi subjek yaitu dalam kondisi tidak sadar, memperoleh diet cair, dan tidak dapat berkomunikasi dalam Bahasa Indonesia. Perhitungan sampel menggunakan persamaan Isaac dan Michael (14) dengan jumlah anggota populasi berdasarkan rerata jumlah pasien per hari pada bulan Januari 2018 (N) sebesar 65 orang; proporsi dalam populasi (P) diasumsikan 0,5; presisi (d) sebesar 0,1; dan λ^2 dengan dk 1 untuk taraf kesalahan 10%, maka diperoleh besar sampel 53 pasien.

Pengumpulan dan pengukuran data

Variabel penelitian yaitu capaian standar pelayanan minimal gizi yang meliputi tiga indikator, yaitu ketepatan

waktu pemberian/distribusi makanan kepada pasien, sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien, dan ketepatan pemberian diet (5).

Ketepatan waktu distribusi makanan. Data ketepatan waktu distribusi makanan adalah ketepatan jam distribusi makanan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan yaitu pukul 08.00 – 08.20 untuk makan pagi, pukul 12.00 – 12.20 untuk makan siang, dan pukul 16.00 – 16.20 untuk makan sore. Rentang waktu 20 menit ini berasal dari estimasi rerata waktu yang dibutuhkan untuk mendistribusikan makanan dari dapur ke masing-masing bangsal perawatan pasien di RSUD Manokwari. Jika troli distribusi tiba di bangsal lebih dari 20 menit dari waktu yang ditetapkan, maka dinyatakan distribusi makanan tidak tepat waktu. Selain itu, capaian ketepatan waktu distribusi makanan pasien dilihat dari penerapan kebijakan dan peran petugas di rumah sakit yang bertanggungjawab dalam proses pendistribusian makanan pasien untuk mencapai SPM gizi. Variabel ini diukur dengan cara wawancara mendalam dan observasi selama 5 hari pada 3 kali waktu makan yaitu pukul 08.00 (makan pagi), pukul 12.00 (makan siang), dan pukul 16.00 (makan sore).

Sisa makanan. Data sisa makanan merupakan makanan yang tidak termakan atau tersisa di piring pasien yang dinyatakan dalam persentase dari makanan yang disajikan. Sisa makanan dinyatakan baik jika persentasenya kurang dari atau sama dengan 20% (6). Capaian sisa makanan pasien juga dilihat dari upaya yang dilakukan petugas distribusi dan ahli gizi dalam meminimalkan sisa makanan pasien untuk mencapai SPM gizi. Sisa makanan diamati pada 53 pasien dengan metode wawancara mendalam dan *food weighing* yaitu menimbang sisa makanan pasien selama 1 hari sebanyak 3 kali waktu makan.

Ketepatan pemberian diet. Data ketepatan pemberian diet pasien dilihat dari kesesuaian jenis diet yang disajikan dengan *order/pemesanan* diet. Capaian ketepatan pemberian diet adalah persentase jumlah pemberian diet yang tidak mengalami kesalahan dari seluruh jumlah pasien yang disurvei. Capaian ketepatan pemberian diet juga dilihat dari kebijakan dan peran petugas di instalasi gizi dalam proses pemberian diet pasien untuk mencapai SPM gizi. Ketepatan diet diamati

dengan metode wawancara mendalam dan observasi pada 62 pasien. Saat pengukuran ketepatan waktu distribusi dan sisa makanan, pemberian diet khusus/ketat hanya terdapat pada 6 di antara 53 pasien sehingga pada hari terakhir pengamatan dilakukan penambahan jumlah pasien yang diambil sebagai sampel. Hal ini bertujuan untuk mendapatkan jenis diet yang lebih lengkap yang menggambarkan indikator ketepatan diet pasien.

Instrumen pengumpulan data meliputi lembar observasi ketepatan waktu distribusi makanan dan ketepatan diet pasien, timbangan bahan makanan (ketelitian 0,01 gram), formulir hasil penimbangan sisa makanan, pedoman wawancara mendalam, dan alat perekam suara. Wawancara mendalam dilakukan oleh peneliti utama yang menguasai bahasa daerah setempat sedangkan observasi dan penimbangan makanan dilakukan oleh enumerator dengan kualifikasi ahli gizi RSUD Manokwari atau mahasiswa keperawatan yang sudah mengambil mata kuliah asuhan gizi. Tidak ada instrumen berupa kuesioner yang diisi langsung oleh subjek pasien dengan pertimbangan penelitian ini berfokus mengukur angka capaian SPM dan menggali secara mendalam faktor-faktor yang berpengaruh.

Pendekatan kualitatif dalam penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara mendalam dan dokumentasi untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi capaian SPM gizi. Teknik pengambilan sampel atau informan untuk wawancara mendalam menggunakan metode sampling purposif hingga tercapai kejenuhan (saturasi) informasi. Informan wawancara mendalam yaitu petugas yang terkait proses penyelenggaraan makanan dan pasien yang menerima diet, terdiri dari 1 kepala instalasi gizi, 1 ahli gizi, 2 petugas distribusi, 2 petugas masak, 3 perawat ruangan, dan 5 orang pasien. Dokumentasi dilakukan dengan cara mengumpulkan dokumen berupa siklus menu dan standar operasional prosedur (SOP) yang digunakan dalam penyelenggaraan makanan di rumah sakit. Pengambilan data ini menggunakan prinsip triangulasi sumber maupun metode untuk memastikan keabsahan data.

Pengumpulan data penelitian diawali dengan melakukan observasi terhadap capaian SPM dan dilanjutkan dengan wawancara mendalam. Sebelum melakukan wawancara, peneliti membuat janji dengan

informan kemudian memberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian, kerahasiaan data, dan penggunaan alat perekam suara saat wawancara. Sebelum dan selama proses wawancara, peneliti melakukan pendekatan dengan informan agar dapat memberikan informasi secara terbuka tanpa ada paksaan.

Analisis data

Analisis data yang digunakan berupa statistik deskriptif untuk data kuantitatif. Data kualitatif dianalisis secara induktif dengan menarasikan hasil pengamatan dan wawancara mendalam. Rekaman wawancara ditranskrip secara verbatim oleh peneliti, kemudian tema, sub-tema, dan kategori disortir secara manual. Tema yang ditampilkan ada tiga yaitu capaian ketepatan waktu distribusi makanan, sisa makanan, dan ketepatan diet. Sisa makanan secara spesifik memiliki kategori monitoring sisa makanan oleh petugas rumah sakit, peran petugas dalam upaya meminimalkan sisa makanan, dan faktor yang memengaruhi sisa makanan. Selanjutnya, ditelaah hubungan antar kode atau kategori sehingga didapatkan satu kesimpulan, misalnya tidak ada monitoring sisa makanan oleh ahli gizi maupun perawat. Penelitian ini telah memperoleh surat izin kelayakan etik dari Komite Etik Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada dengan nomor KE/FK/0181/EC/2018.

HASIL

Karakteristik subjek

Subjek pengamatan ketepatan waktu distribusi makanan dan sisa makanan adalah pasien rawat inap kelas II dan kelas III yang berasal dari bangsal penyakit dalam sebanyak 27 orang (50,94%), bangsal bedah sebanyak 16 orang (30,18%) serta bangsal kebidanan dan kandungan sebanyak 10 orang (18,86%). Subjek observasi ketepatan pemberian diet pasien berasal dari 53 responden pasien yang diamati ketepatan waktu distribusi dan sisa makanannya serta ditambah 4 pasien kelas II dan III dengan diet khusus/ketat, 1 pasien VIP dan kelas I dengan diet khusus (rendah lemak), serta 4 pasien VIP dan kelas I dengan diet biasa. Sebanyak 62 pasien yang diobservasi ketepatan dietnya, 11 pasien

(17,74%) menerima diet khusus/ketat dengan rincian diet DM sebanyak 8 pasien, 2 pasien rendah garam, dan 1 pasien rendah lemak. Karakteristik demografi dan diagnosis penyakit pasien yang menjadi responden penelitian kuantitatif tidak dilihat dalam penelitian ini.

Informan wawancara mendalam berjumlah 14 orang. Ahli gizi yang menjadi informan wawancara mendalam memiliki kualifikasi pendidikan Diploma-3 Gizi, demikian juga dengan semua ahli gizi yang bekerja di RSUD Manowari. Selain itu, semua petugas masak dan distribusi makanan di instalasi gizi berlatar belakang pendidikan SMA/SMKK dan kepala instalasi gizi memiliki tingkat pendidikan tertinggi (Sarjana/ Diploma-4) di antara staf instalasi gizi yang lain (**Tabel 1**).

Ketepatan waktu distribusi makanan pasien

Ketepatan waktu distribusi diamati setiap waktu makan pada 53 pasien selama 5 hari (**Gambar 1**). Waktu distribusi makan pagi selama 5 hari pengamatan terlambat lebih dari 20 menit dari jadwal yang ditentukan yaitu pukul 08.00 pagi, distribusi makan siang terlambat lebih dari 20 menit hanya di hari ketiga pengamatan sedangkan distribusi makan sore selama 5 hari pengamatan tidak tepat sesuai jadwal pada pukul 16.00. Rerata persentase ketepatan waktu distribusi makanan pasien adalah 37,1% yang artinya belum mencapai standar pelayanan minimal gizi (**Tabel 2**). Persentase ketepatan waktu distribusi

makan siang paling besar dibanding waktu makan lainnya yaitu 92,45%. Waktu distribusi makan pagi dan makan sore selama penelitian berlangsung masing-masing dinyatakan 100% dan 81,13% tidak tepat waktu.

Hasil survei ketepatan waktu distribusi makanan sesuai dengan hasil wawancara kepada informan ahli gizi, perawat, dan pasien yang menyatakan bahwa proses distribusi makanan belum tepat waktu.

RG1: *“Kalau makan siang paling lama jam 12 diantaranya, kalau makan sore itu... jam 4 sampai jam setengah 5, paling lama tu setengah 5”*

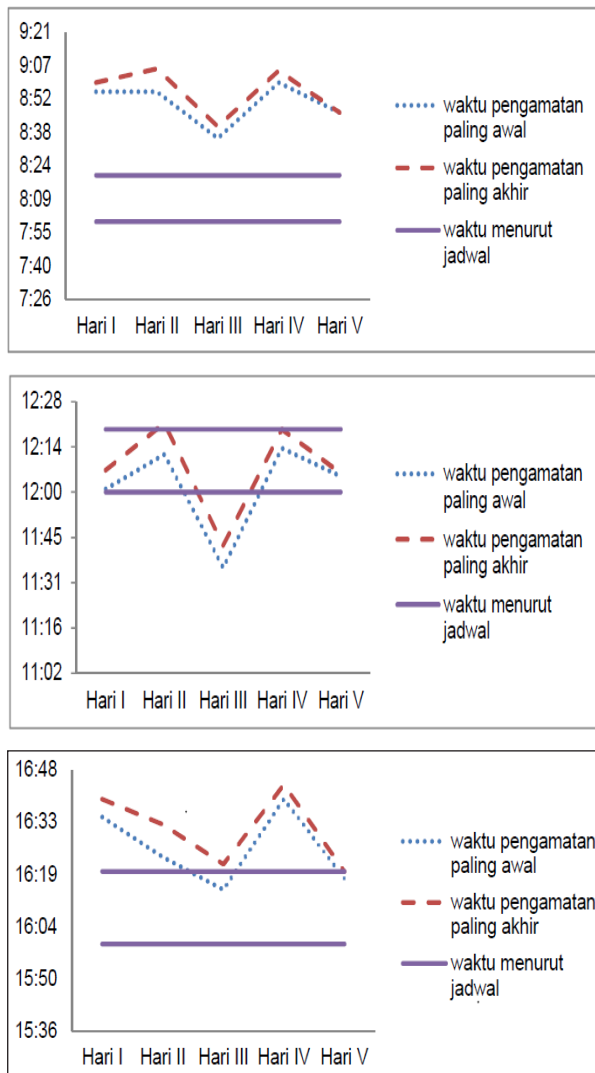
RPS1: *“Ada yang pas jam, ada yang mundur sedikit ke setengah 9 atau jam 10”*

RP2: *“Kalau saya sudah ini mereka sudah jalankan dengan baik cuma kalau untuk makan pagi kayaknya agak terlambat sedikit nggak tau kendalanya apa, tapi kalau untuk siang sama sore kadang karena saya masih sampe jam 4 disini mereka sudah antar, siang juga sama”*

Selain itu, jadwal distribusi makan pagi dan makan sore dinilai kurang tepat oleh perawat ruangan. Jadwal distribusi makan pagi seharusnya lebih awal dari jadwal yang ditentukan yaitu pukul 07.00 pagi agar tidak bersamaan dengan jadwal visit dokter. Jadwal makan sore pukul 16.00 dirasa kurang tepat karena jeda waktu antara makan sore dengan makan pagi yang terlalu lama dapat membuat pasien merasa lapar pada malam harinya.

Tabel 1. Karakteristik informan

Kode informan	Posisi	Usia (tahun)	Jenis kelamin
RG1	Kepala instalasi gizi	45	Perempuan
RG2	Ahli gizi	40	Perempuan
RD1	Petugas distribusi	33	Perempuan
RD2	Petugas distribusi	30	Perempuan
RM1	Petugas masak	38	Perempuan
RM2	Petugas masak	45	Perempuan
RP1	Perawat ruangan penyakit dalam	50-55	Perempuan
RP2	Perawat ruangan bedah	40	Perempuan
RP3	Perawat ruangan anak	43	Perempuan
RPS1	Pasien	60-65	Laki-laki
RPS2	Pasien	65-70	Laki-laki
RPS3	Pasien	30- 35	Laki-laki
RPS4	Pasien	60-65	Perempuan
RPS5	Pasien	25-30	Perempuan



Gambar 1. Waktu distribusi makan pagi (a), makan siang (b), dan makan sore (c) di RSUD Manokwari

Tabel 2. Rerata persentase ketepatan waktu distribusi makanan

Waktu makan	Tepat waktu		Tidak tepat waktu	
	n	%	n	%
Makan pagi	0	0	53	100
Makan siang	49	92,45	4	7,54
Makan sore	10	18,87	43	81,13
Rerata		37,1		62,89

RP3: “Yang siang sama sore mungkin nggak ada masalah ya tapi yang pagi. Kalau yang pagi dia makan jam 7 setengah 7 sudah lebih enak, dokter visite kan dia nggak terganggu dengan ini”

RP1: “Sorenya untuk malam tu kalau bagus tu jam 6 supaya dong (mereka/pasien) bisa makan jam-jam 7 karena jam 6 ambil. Kalau bagi jam 4 bagaimana dong makan malam nanti dong su (sudah) lapar ulang lagi to”

Ketidaktepatan waktu distribusi makanan dapat dipengaruhi oleh berbagai macam faktor. Hasil pengamatan dan wawancara mengindikasikan faktor yang mempengaruhi capaian ini adalah manajemen sumber daya manusia yang kurang baik, kurangnya pengawasan stok bahan bakar, dan bahan makanan serta fasilitas rumah sakit yang kurang mendukung. Manajemen sumber daya manusia yang kurang baik ditunjukkan oleh ketidakpatuhan petugas di instalasi gizi terhadap jadwal yang telah dibuat. Keterlambatan petugas di instalasi gizi baik petugas masak maupun petugas distribusi masih sering terjadi. Adanya petugas yang tidak hadir menyebabkan kurangnya tenaga untuk melakukan proses pengolahan dan distribusi sehingga dapat memperlambat waktu distribusi makanan pasien. Alasan keterlambatan petugas karena jarak rumah yang jauh dengan rumah sakit dan kepentingan pribadi lainnya.

RM2: “Kendalanya kadang-kadang anak kecil, saya ni rumahnya di Sowi (jaraknya jauh) loh makanya sa (saya) kalau dari Sowi saya targetkan jam setengah 8 saya sudah keluar, itu belum tunggu taksinya. Memang ada motor sih tapi kan suami juga kerja jadi tidak sempat antar sampai sini, anak juga sekolah”

Menurut hasil wawancara dengan petugas distribusi, jalur trolley (troli) yang sudah berlubang dan tidak rata menjadi salah satu alasan keterlambatan waktu distribusi makanan pasien. Kondisi ini menyebabkan waktu tempuh dari dapur ke ruangan rawat inap untuk mendistribusikan makanan pasien menjadi lebih lama.

RD2: “Kecuali kalau ruangan dekat-dekat. Ini kan tong (kita) turun dari Ruang Anak di bawah sekali bagian ujung terakhir terus naik di tengah sini terus dari situ Penyakit Dalam baru tong ke ruang VIP, Bedah habis Bedah ke Bersalin terakhir. Kasih kurang makanan to supaya trolley ringan. Masalahnya berat juga kalau dua orang ni setengah mati berat sekali kalau makanan su (sudah) full (penuh) itu nasi 1 termos sama bubur 2 rantang, sayur, terus yang lain-lain lagi”

Tabel 3. Persentase sisa makanan pasien

Waktu makan	Persentase (%)				
	Makanan pokok	Lauk hewani	Lauk nabati	Sayur	Rerata per waktu makan
Makan pagi	38,84	21,76	18,33	67,52	36,61
Makan siang	41,10	20,11	26,12	47,21	29,11
Makan sore	41,44	24,42	27,74	40,00	33,40
Rerata	40,46	22,09	24,06	51,58	34,55

Kehabisan bahan bakar atau bahan makanan juga menjadi salah satu faktor penyebab keterlambatan distribusi makanan pasien.

RD1: *“Kendala tu di minyak tanah kalau tidak ada. Kalau minyak tanah habis kita cari minyak tanah lagi. Kalau minyak tanah sedikit berarti menu yang disiapkan macam seperti nasi, sayur kalau kalau kompor cuma satu saja berarti harus tunggu”*

Kepala instalasi gizi telah melakukan evaluasi mengenai ketepatan waktu distribusi makanan pasien, melakukan pengawasan langsung waktu distribusi makanan pasien, dan mengingatkan petugas distribusi jika belum mendistribusikan makanan pada waktu yang telah ditentukan. Akan tetapi, upaya ini kurang maksimal karena kepala instalasi gizi dianggap masih kurang tegas oleh petugas distribusi dalam menyikapi petugas yang datang tidak tepat waktu. Hal ini juga dipengaruhi oleh perbedaan usia kepala instalasi gizi dengan petugas sehingga ada rasa segan untuk menegur.

RD2: *“Kakak ni yang... maksudnya Ibu (kepala instalasi gizi) da (dia) kurang tegas, kalau dulu tu kan ada ibu yang pertama to itu tu da tegas sekali jadi kalau jam 8 teng (tepat) tu jam 8 teng tong (kita) sudah antar, jadi jam 7 setengah 8 tong su (sudah) ada di tempat”*

Sisa makanan pasien

Sisa makanan pasien diketahui dari penimbangan sisa makanan 53 pasien yang dilakukan selama 1 hari sebanyak 3 kali waktu makan. Rerata sisa makanan pasien selama pengamatan mencapai 34,55% (Tabel 3). Sisa makanan paling banyak terdapat pada waktu makan pagi yaitu 36,61% sedangkan paling sedikit pada waktu makan siang sebesar 29,11%. Sisa makanan paling

banyak terdapat pada jenis makanan sayur yang mencapai 51,58% dan sisa makanan paling sedikit pada lauk hewani sebesar 22,09%.

Hasil pengamatan menunjukkan jenis lauk hewani yang diberikan kepada pasien adalah ikan dan ayam serta jenis lauk nabati yaitu tempe dan tahu. Semua lauk diolah dengan cara digoreng. Sayur yang disediakan untuk pasien berupa tumis dan rebus (berkuah). Hanya disediakan bubur nasi dan lauk pada waktu makan pagi tanpa nasi sebagai pilihan makanan pokok lainnya. Sebagian besar (84,9%) pasien juga mengonsumsi makanan dari luar rumah sakit. Jenis makanan yang dibawa dari luar rumah sakit yaitu makanan pokok lengkap dengan lauk-pauk yang dikonsumsi oleh pasien dan keluarganya.

Hasil wawancara mendalam kepada responden pendukung mengindikasikan selama ini tidak ada monitoring sisa makanan yang dilakukan oleh petugas instalasi gizi maupun perawat. Belum ada peran petugas gizi, baik ahli gizi maupun petugas distribusi dalam meminimalkan sisa makanan pasien.

RG2: *“Kayaknya sini belum (memberikan motivasi kepada pasien), belum apa namanya... belum seperti waktu di Jawa tu juga kakak kan perhatikan orang gizi datang ke pasien”*

RD2: *“Tarada (tidak ada) mungkin (peran ahli gizi dalam memotivasi pasien). Maksudnya dulu-dulu boleh dong (mereka) ke depan tapi sekarang tarada, jadi orang gizi cuma taunya masak di belakang saja. Sudah tong (kita) bagi, bagi saja yang penting. Kam (pasien) mau makan habis ka (atau) tidak ka yang penting tong tau tong su (sudah) bagi makanan sama kam itu sudah. Kakak dong juga tra (tidak) kasih ini kam nanti yang antar makan ke depan nanti begini (ahli gizi juga tidak meminta pramusaji untuk menganjurkan pasien menghabiskan makanannya)”*

Berdasarkan hasil wawancara, diketahui beberapa faktor yang mempengaruhi adanya sisa makanan pasien, yaitu pemberian makanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan diet pasien, ketidaklengkapan alat makan yang disediakan rumah sakit, dan kondisi penyakit pasien. Sebagian besar pasien diet khusus yang diobservasi adalah pasien dengan diet DM dan RG yang merasa jenis makanan yang disajikan rumah sakit tidak sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan kondisi penyakitnya. Pasien kemudian memilih tidak mengonsumsi makanan dari rumah sakit dan membawa makanan dari rumah. Makanan yang disediakan rumah sakit dimakan oleh keluarga pasien.

RPS1: *“Kalau untuk pasien (DM) makanan tidak cocok. Bapak tunggu yang nanti anak-anak dong antar dari rumah itu yang bapak makan”*

RPS2: *“Paling dong kasih bubur. Tarada (tidak memberikan diet khusus RG), dong isi bubur aja, bubur atau nasi. (Saat tidak disebut nama pasien) dong isi nasi, nanti bawa datang juga bapak tidak makan”*

Salah satu pernyataan pasien juga menunjukkan bahwa penggunaan alat makan bagi pasien yang hanya menggunakan 1 piring dan semua jenis makanan diletakkan di piring tersebut membuat penampilan makanan menjadi tidak menarik untuk dimakan dan mengurangi selera makan pasien.

RPS4: *“Padahal kan kesembuhan yang pertama itu adalah makanan. Kalau makanannya enak ditelan walaupun dia rasanya hambar tetapi tempatnya juga bisa dilihat enak juga pasti nelannya juga enak. Memang makanan rumah sakit gak ada yang enak-enak, harus enak karena kan ada pasien-pasien disini yang berbeda-beda ada yang harus ada garam, ada yang harus kurang garam kan seperti itu. Cuma yang bagus kalau sajiannya diberikan di tempat yang layak”*

Selain faktor eksternal, kondisi penyakit pasien terutama yang berhubungan dengan gangguan gastrointestinal dapat mempengaruhi sisa makanan pasien.

RPS5: *“Karena gejala lambung makanya perutnya kan kembung, kembung baru susah untuk mau makan jadi makannya itu ada yang ketinggalan. Paling cuma 3-4 sendok”*

Ketepatan pemberian diet pasien

Persentase ketepatan pemberian diet pasien sebesar 83,87% tetapi untuk diet dengan jenis diet khusus/ketat, ketidaktepatan diet sebesar 90,9% (**Tabel 4**). Pasien yang menerima diet khusus dirawat di ruangan VIP sebanyak 1 orang sedangkan lainnya dirawat di ruang penyakit dalam, bedah, dan bersalin.

Hasil survei ketepatan pemberian diet sesuai dengan informasi yang diperoleh dari wawancara mendalam yang menunjukkan bahwa proses pemberian diet kurang tepat, baik pada proses pemesanan maupun penyajian diet. Pemesanan diet pasien di RSUD Manokwari dilakukan oleh perawat berdasarkan diagnosis medis pasien atau anjuran diet dari dokter. Perawat menuliskan jenis diet dan jumlah serta nama pasien di anfrak makanan (blangko/lembar pemesanan makanan) yang diambil oleh petugas distribusi makanan di ruangan setelah mendistribusikan makan pagi. Selanjutnya anfrak makanan tersebut digunakan sebagai acuan persiapan makan siang, makan sore dan makan pagi pasien esok harinya. Namun, salah satu perawat menyatakan bahwa terkadang perawat tidak menuliskan pesanan diet dan menggunakan lembar pemesanan hari sebelumnya.

RP1: *“Itu yang sa (saya) bilang to mereka harus tau, bukan tiap hari kita tulis diet DM, diet RG, diet jantung, bah tong (kita) capek juga. Tong mo pasang infus ka tong mo tulis itu ka. Kadang kala sa bilang da (dia) pu (punya) penyakit sama deng kemarin hahaha.. kalau su (sudah) terlalu lebih to, pasien su banyak, petugas sedikit, datang minta blangko makan ‘eh sama dengan penyakit kemarin’ karena sangking saya sudah malas tulis sudah sama dengan kemarin laporan saja sama dengan kemarin”*

Tabel 4. Persentase ketepatan pemberian diet pasien

Pasien yang menerima diet	Tepat diet		Tidak tepat diet	
	n	%	n	(%)
Semua pasien ¹ (n=62)	52	83,87	10	16,13
Pasien dengan diet khusus/ketat ² (n=11)	1	9,09	10	90,9

¹ Pasien menerima diet biasa (nasi atau makanan lunak) dan diet khusus/ketat

² Pasien menerima diet DM (n=8), RG (n=2), rendah lemak (n=1) dengan bentuk makanan bubur nasi dan nasi

Sementara itu, petugas distribusi makanan menyatakan saat proses menyajikan diet terkadang lupa jenis diet yang dipesan dan petugas memberikan makanan sesuai permintaan pasien bukan sesuai *order* diet.

RD1: *“Kalau memang kita petugas yang lupa anfrak, biasa terjadi juga. Kalau kita lupa anfrak kita bagi saja sesuai yang ada yang penting dong (mereka/pasien) makan to”*

RD2: *“Tapi kalau kita bawa anfrak, keluarga minta porsi makan yang beda tetap kita kasih. Sesuai permintaan pasien. Kita tanya saja nasi atau bubur, kalau keluarga mau nasi ya kita kasih nasi, kalau bubur ya kita kasih”*

Tugas ahli gizi di RSUD Manokwari yaitu ikut terlibat dalam proses pengolahan makanan. Ahli gizi mempersiapkan makanan diet khusus karena tidak ada standar diet tertulis yang dapat digunakan petugas masak. Akan tetapi, peran ahli gizi belum optimal karena tidak semua ahli gizi ikut dalam proses pengolahan serta belum ada peran ahli gizi dalam proses penentuan diet. Menurut hasil wawancara dengan perawat ruangan, baik dokter maupun perawat sudah pernah meminta ahli gizi untuk ikut dalam visite dokter agar dapat menentukan diet terutama diet khusus. Informan perawat menyebutkan bahwa menurut pengamatannya, makanan yang diberikan kepada pasien dengan diet khusus sama dengan diet biasa karena tidak ada petugas gizi yang mengikuti visite dokter.

RP2: *“Kita cuman biasanya nulis di kertas yang anfrakan pasien diabetes, udah mereka bawa ke dapur entah kembalinya ke sini tu pasiennya mendapat seperti itu atau tidak. Tapi kalau yang saya liat sih tidak. Disamakan dengan (diet biasa), karena itu mereka kan tidak ikut dokter visite”*

Hasil pengamatan dan wawancara dengan informan menunjukkan beberapa faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan diet pasien, meliputi keterbatasan alat makan yang disediakan, kurangnya ketersediaan makanan di dapur dan saat proses distribusi makanan, serta kurangnya peran ahli gizi dalam penentuan preskripsi diet. Makanan didistribusikan kepada pasien RSUD Manokwari menggunakan troli dan tiap jenis makanan ditempatkan di dalam wadah besar kemudian petugas membagikan makanan di lorong ruangan menggunakan alat makan

pribadi pasien. Makanan pasien VIP dan kelas I disajikan menggunakan alat makan berupa kotak makan plastik tanpa sendok dan garpu. Dengan demikian, tidak ada label diet pada alat makan pasien kelas II dan III. Pernyataan pasien menunjukkan mungkin terjadi kesalahan diet yang diterima pasien sebab petugas distribusi tidak selalu memanggil nama pasien saat membagikan makanan.

RPS1: *“Tidak (petugas distribusi tidak memanggil nama pasien), dorang (pramusaji) kasih tau saja kayak makan pagi, sarapan pagi mereka panggil ‘makan pagi’ atau ‘makan siang’ kasih tau saja makanan sudah siap, jadi pasien tinggal ambil”*

RPS3: *“Kadang panggil kadang tidak, begitu”*

Ketidaktepatan diet yang diberikan pada pasien juga dapat terjadi dalam hal porsi. Pernyataan petugas masak dan distribusi menunjukkan bahwa mereka tidak mengetahui porsi yang tepat untuk diet khusus sedangkan kepala instalasi gizi menyatakan memang belum membuat standar porsi.

RM2: *“Kalau saya sih yang ndak tau begitu-begitu ya oh iya saja mungkin sudah tepat tapi ndak tau e. Tepat juga DM nya oh begini tidak pake ini, ini tau juga hanya mungkin porsi nya kah. Porsinya ini yang kita kurang tau porsi nya”*

RD2: *“Tra (tidak) pake da pu (punya) takaran, kalau dulu boleh di VIP dulu biasa pake takaran semua tong (kita) pake sih takaran di mangkok setengah begitu tapi sekarang tarada kasih saja pokoknya isi saja. Jadi tong (kita) kira-kira saja, begitu. Mau kasih yang diet karena tidak ada takaran jadi. Ya sudah”*

RG1: *“Disini sa (saya/ kepala instalasi gizi) juga belum bikin standar porsi juga sih. Standar porsi untuk pasien diet. Jadi kadang-kadang mereka (pramusaji) ah sudah karena diet jadi kasih lebih sedikit nanti tau tidak habis. Jadi kadang-kadang standar porsi nya itu memang tidak sesuai”*

Proses pembagian makanan dengan menggunakan alat makan pribadi pasien memperbesar risiko terjadinya kesalahan pemberian diet dari segi porsi. Beberapa tahun yang lalu instalasi gizi sudah menyediakan alat makan untuk pasien tetapi kepala instalasi gizi mengeluhkan pasien yang tidak bijak dalam menggunakan alat makan.

RG1: *“Waktu itu kita coba pakai, tapi kebiasaan orang di sini yang sa tidak suka caranya akhirnya saya tarik kembali. Itu ompreng dia bikin sama dengan barang yang habis pakai. Begitu pakai langsung dia buang di tempat sampah. Sudah kalau buang dalam keadaan bersih. Buang di tempat sampah dengan ludah-ludah pinang. Oh stop saya langsung bilang tidak akan ada lagi”*

Pasien yang tidak mengonsumsi makanan rumah sakit beralasan sudah membawa makanan dari rumah. Namun, ada juga keluarga pasien yang minta untuk diberikan diet biasa saat petugas membagi makanan bahkan mengambil makanan melebihi jatah porsinya sehingga beberapa pasien tidak menerima diet yang seharusnya karena makanan sudah habis.

RD1: *“Sering terjadi karena kadang dari keluarga pasien biasa ada yang ambil dobol (double). Jadi yang pasien lain tidak dapat jatah makan. Nasi atau bubur tu banyak tapi da punya lauknya tu yang kadang habis. Paling banyak tu ayam. Kalau da pu lauk ayam berarti sebagian besar kadang tidak dapat, yang akhir-akhir tidak dapat”*

RD1: *“Kalau untuk macam diet-diet gitu kadang pasien ada yang tidak mau untuk da (dia) punya diet itu kita atur macam tidak boleh makanan yang bergaram. Tapi keluarga minta harus yang bergaram, itu kita kasih saja sesuai keluarga. Kadang yang tidak bisa makan kacang hijau untuk diet gula dong (mereka) mau untuk makan kacang hijau, tidak mungkin kita tidak kasih. Karena dong bilang ini bukan yang sakit yang makan, kita keluarga yang makan”*

Ahli gizi menyatakan tidak ikut visite dokter yang merupakan tugasnya sebagaimana tertulis dalam SOP karena belum ada peraturan yang mengharuskan ahli gizi untuk ikut visite dokter atau memberikan rencana intervensi gizi secara langsung. Selain itu, ahli gizi belum mengetahui standar pelayanan minimal gizi yang diatur dalam Kepmenkes Nomor 129 Tahun 2008.

RG2: *“Belum pernah disampaikan dan belum tau (mengenai SPM gizi), sedangkan untuk visite saja kita masih baru terakhir-terakhir ini saja baru dokter mulai suruh-suruh kita ikut ini (visite)”*

Hasil wawancara dengan kepala instalasi gizi menunjukkan bahwa ahli gizi segan untuk terlibat langsung dalam proses rencana intervensi diet karena selama ini proses pemesanan diet dilakukan oleh perawat. Ahli gizi juga merasa tidak percaya diri untuk ikut visite dokter dan memberikan konseling kepada pasien.

RG1: *“Lagian juga da (ahli gizi) ikut visite tapi da (dia) tidak tulis anfrak sih. Soalnya kemarin sa (saya) tanya da bilang habis sa tidak enak, kan selama ini sudah seperti itu. Mau ambil alih nanti dikira kita ini ... karena kita memang belum pernah duduk di ruangan dan ngomong bahwa yang bikin ini tu siapa-siapa. Tidak enakny tu itu”*

RG1: *“Ternyata waktu itu pas pasien itu mau konsul ada komplikasi berapa banyak macam gitu kan. Untung katanya sa (Kepala Instalasi Gizi yang memberikan konseling), kalo dong (mereka/ ahli gizi yang lain), dong tidak tau kapa. Jadi saya tu maklum begitu, jangan sampai pada saat pasien konsultasi mereka tidak tau (ahli gizi tidak bisa memberi penjelasan yang benar) begitu”*

BAHASAN

Ketepatan waktu distribusi makanan pasien

Hasil penelitian menunjukkan distribusi makanan pasien belum tepat waktu sesuai jadwal yang ditentukan. Ketepatan waktu distribusi makanan pasien belum mencapai standar yang ditentukan Kepmenkes Nomor 129 Tahun 2008 yaitu 90% (6). Jika persentase ketepatan waktu distribusi makanan ini dibandingkan dengan hasil penelitian di RSUD Kabupaten Fak-fak (13), diketahui bahwa ketepatan waktu distribusi makanan di RSUD Fak-fak juga belum mencapai 90%. Ketepatan waktu distribusi makan pagi, siang, dan sore berturut-turut hanya mencapai 14,4%, 19,6%, dan 21,6%. Demikian juga dengan RSUD Manokwari dengan ketepatan waktu distribusi makan pagi 0% dan makan sore hanya mencapai 18,87%. Namun, ketepatan distribusi makan siang di RSUD Manokwari cukup tinggi yaitu 92,45% yang telah memenuhi standar minimal (6).

Ketidaktepatan waktu distribusi makanan dalam penelitian ini paling sering disebabkan oleh keterlambatan kehadiran petugas. Jadwal masuk kerja petugas masak

makan pagi, siang, dan sore berturut-turut adalah pada pukul 06.00, 07.30, dan 14.00. Waktu distribusi makan siang di RSUD Kabupaten Manokwari paling tepat dibanding waktu makan pagi dan sore karena jarak waktu antara jadwal kehadiran petugas dan distribusi makanan lebih panjang sehingga petugas memiliki waktu yang memadai untuk melaksanakan kegiatan pengolahan dan distribusi makan siang. Jadwal makan pasien juga dinilai kurang sesuai oleh perawat, terutama makan sore pada pukul 16.00 sehingga pasien merasa lapar malam harinya. Hal ini selaras dengan studi di Rumah Sakit Universitas Airlangga yang menyebutkan sebagian pasien merasa jadwal distribusi makan sore pada pukul 16.00 terlalu dekat waktunya dengan jadwal makan siang sehingga pasien masih merasa kenyang (7). Hasil penelitian ini mengindikasikan perlunya dilakukan evaluasi jadwal makan agar lebih sesuai dengan kebutuhan pasien.

Ketidapatuhan petugas instalasi gizi terhadap jadwal yang telah ditentukan menunjukkan manajemen sumber daya manusia di instalasi gizi masih kurang baik. Salah satu fungsi kepala instalasi gizi adalah melakukan pengelolaan sumber daya manusia. Namun, tugas pembuatan laporan dan konseling pasien sepenuhnya masih dilakukan oleh kepala instalasi gizi sehingga tidak bisa menjalankan fungsinya sebagai manajer dengan optimal. Instalasi Gizi RSUD Manokwari memiliki 6 orang ahli gizi selain kepala instalasi gizi sehingga seharusnya beberapa tugas pekerjaan dapat dibagi secara merata dengan ahli gizi lain agar kepala instalasi gizi fokus menjalankan fungsi manajemennya. Studi di Rumah Sakit Kuala Lumpur Malaysia menyebutkan sumber daya manusia sebagai satu di antara empat faktor yang memengaruhi waktu tunggu pelayanan kesehatan (15). Sumber daya manusia yang kurang terampil dan profesional akan menyebabkan durasi pelayanan semakin lama. Studi di RSUD Salatiga menunjukkan petugas di instalasi farmasi mendapatkan pelatihan pelayanan secara berkala sehingga pengetahuan dan keterampilan dalam pelayanan dapat terus ditingkatkan yang berpengaruh signifikan terhadap kualitas pelayanan (16). Berdasarkan hasil penelitian, diperlukan adanya peningkatan kualitas sumber daya manusia instalasi gizi RSUD Manokwari melalui kegiatan pelatihan yang bertujuan meningkatkan kemampuan petugas.

Faktor lain yang memengaruhi ketidaktepatan waktu distribusi makanan adalah kurangnya pengawasan stok bahan bakar dan bahan makanan serta fasilitas rumah sakit yang kurang mendukung. Kurangnya pengawasan stok bahan makanan dan bahan bakar dapat diatasi dengan pencatatan dan pelaporan seperti yang disebutkan dalam Pedoman Gizi Rumah Sakit (PGRS) bahwa pencatatan dilakukan pada setiap langkah kegiatan sedangkan pelaporan dilakukan berkala sesuai dengan kebutuhan rumah sakit (bulanan/ triwulan/ tahunan) (2). Instalasi gizi RSUD Manokwari dapat menggunakan kartu kontrol stok barang agar tidak terjadi kekurangan barang saat proses pengolahan. Jalur troli yang kurang baik juga menjadi salah satu faktor penyebab keterlambatan waktu distribusi makanan di RSUD Manokwari. Hasil penelitian sejalan dengan studi di RSUD Fak-fak yang juga menunjukkan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan keterlambatan distribusi makanan yaitu kondisi jalan yang menanjak (13). Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas C menyebutkan persyaratan lantai rumah sakit yaitu harus terbuat dari bahan yang kuat, kedap air, permukaan rata, tidak licin, warna terang dan mudah dibersihkan (17). Pada saat penelitian ini dilakukan, RSUD Manokwari sedang merenovasi bangunan sehingga diharapkan kondisi lantai dan bangunan semakin baik dan mempermudah petugas distribusi dalam melaksanakan tugas.

Berkaitan dengan upaya pengawasan ketepatan waktu distribusi, kepala instalasi gizi dapat memberikan masukan mengenai pelayanan gizi kepada stafnya dengan alasan yang ilmiah agar petugas instalasi gizi memahami pentingnya memberikan pelayanan gizi yang optimal dan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Instalasi gizi juga diharapkan menyediakan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis penyelenggaraan makanan rumah sakit sebagai pedoman petugas di instalasi gizi untuk melaksanakan kewajibannya.

Sisa makanan pasien

Kepmenkes Nomor 129 Tahun 2008 menyebutkan sisa makanan pasien harus mencapai kurang dari 20% (6). Rerata sisa makanan pasien di RSUD Kabupaten Manokwari adalah 34,55% yang artinya capaian sisa makanan pasien belum mencapai standar yang ditentukan.

Sisa makanan pasien paling banyak pada waktu makan pagi dengan persentase 36,61% dan paling sedikit pada waktu makan siang sebanyak 29,11%. Hasil ini sejalan dengan studi di RSUD Dr. Soedarso Pontianak yang menunjukkan sisa makanan pokok paling banyak pada waktu makan pagi (8). Hasil penelitian menunjukkan instalasi gizi RSUD Manokwari hanya menyediakan bubur nasi dan lauk pada waktu makan pagi tanpa menyediakan nasi sebagai pilihan makanan pokok. Studi di Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi menemukan adanya hubungan antara bentuk makanan dengan sisa makanan karena terjadinya perubahan kebiasaan makan yaitu pasien yang biasanya makan nasi biasa, tetapi saat dirawat di rumah sakit diberikan makanan lunak sesuai kondisi pasien (18).

Sisa makanan pasien paling banyak pada menu sayur yaitu 51,58% dan paling sedikit pada lauk hewani yaitu 22,09%. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian di Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen (19) yang menunjukkan 46,8% pasien menyisakan sebanyak 50% jenis makanan sayur sedangkan 81,4% responden mengonsumsi habis jenis makanan lauk hewani. Hasil penelitian di RSUD Kota Semarang (20) juga menunjukkan 93,9% pasien menyisakan jenis makanan sayur lebih dari 20%. Teknik pengolahan lauk yaitu dengan cara digoreng sedangkan sayur dengan cara tumis dan rebus. Pemasakan dengan media minyak/lemak dapat meningkatkan cita rasa makanan sehingga diperkirakan ada faktor lain yang memengaruhi terjadinya sisa makanan. Studi di sebuah rumah sakit khusus di Palu menyatakan sisa makanan dapat dipengaruhi oleh cita rasa, variasi menu serta faktor lingkungan termasuk jadwal makan, makanan dari luar rumah sakit, alat makan, dan petugas distribusi makanan (12).

Sebagian besar (84,9%) pasien dalam penelitian ini mengonsumsi makanan dari luar rumah sakit berupa makanan pokok lengkap dengan lauk pauk. Jika dibandingkan dengan sisa makanan yang masih cukup tinggi, maka dapat dikatakan konsumsi makanan dari luar rumah sakit memengaruhi sisa makanan pasien. Penelitian ini juga menemukan beberapa faktor yang memengaruhi sisa makanan pasien, diantaranya pemberian makanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan diet pasien, ketidaklengkapan alat makan yang disediakan rumah sakit, dan kondisi penyakit pasien. Wawancara mendalam

dengan pasien yang mendapat diet DM mengindikasikan pasien merasa jenis makanan yang disajikan rumah sakit tidak sesuai dengan kebutuhan berdasarkan kondisi penyakitnya sehingga pasien memilih tidak mengonsumsi makanan dari rumah sakit dan membawa makanan dari rumah berupa nasi jagung, ubi, dan sayur tidak bersantan yang dianggap lebih cocok untuk pasien DM.

Sisa makanan di rumah sakit dapat disebabkan oleh permasalahan klinis, menu, lingkungan, dan pelayanan (21). Sebanyak 56% pasien mengalami penurunan nafsu makan saat dirawat di rumah sakit dan pasien dengan waktu rawat inap terlama adalah yang paling tidak puas, memiliki nafsu makan rendah, dan makan makanan rumah sakit lebih sedikit (22). Penurunan nafsu makan pasien yang berdampak pada sisa makanan tidak hanya terkait dengan kualitas pelayanan makanan rumah sakit, tetapi juga berhubungan dengan diagnosis, derajat rasa sakit, lingkungan, serta jumlah dan jenis pengobatan yang dijalani pasien. Salah satu pasien menyebutkan gangguan gastrointestinal berupa perut kembung sebagai faktor yang memengaruhi rendahnya asupan makan. Namun, indikator klinis lain yaitu diagnosis penyakit, lama rawat inap, terapi obat yang diterima, dan perubahan nafsu makan selama pasien dirawat tidak dilihat dalam penelitian ini.

Berdasarkan pernyataan pasien pada saat wawancara mendalam menunjukkan bahwa pasien mengharapkan alat makan disediakan dari rumah sakit untuk meningkatkan selera makan. Hasil penelitian sejalan dengan studi di RSUD Kabupaten Aceh Tamiang yang menyebutkan bahwa meskipun nafsu makan yang baik berhubungan positif dengan banyaknya porsi makan yang dikonsumsi, ada kalanya pasien yang memiliki nafsu makan baik dapat memiliki asupan makan yang rendah karena penggunaan peralatan makan (23). Distribusi makanan yang dilakukan dengan cara petugas membagikan makanan ke dalam alat makan pribadi pasien menyebabkan semua jenis makanan diletakkan di satu piring dan penampilan makanan menjadi tidak menarik bagi pasien. Studi pada rumah sakit di Depok menyebutkan pasien yang berpendapat cara penyajian makanan tidak menarik berpeluang menyisakan makanan 4,3 kali dibanding yang berpendapat menarik (24). Seiring berjalannya waktu, kesadaran masyarakat untuk menjaga

kebersihan diharapkan telah meningkat, termasuk untuk tidak membuang ludah pinang pada alat makan. RSUD Manokwari dapat mencoba kembali menyediakan alat makan dari instalasi gizi untuk memperbaiki penampilan makanan yang disajikan.

Hasil penelitian menunjukkan monitoring sisa makanan belum dilakukan oleh ahli gizi RSUD Manokwari serta belum ada peran ahli gizi dalam memberikan motivasi kepada pasien untuk meminimalkan sisa makanan. Konseling gizi berpengaruh signifikan terhadap sisa makanan pasien, yaitu terjadi pergeseran sisa makan sebesar lebih dari 25% menjadi kurang dari atau sama dengan 25% setelah diberikan konseling gizi (25). Kepala instalasi gizi menyatakan bahwa kurangnya peran ahli gizi ini dapat disebabkan oleh rasa kurang percaya diri sehingga ahli gizi cenderung menempatkan diri hanya sebagai tenaga persiapan makanan di dapur yang bahkan kinerjanya tidak optimal, mengingat jumlah ahli gizi cukup banyak yaitu 6 orang. Kegiatan pelatihan perlu diadakan untuk meningkatkan kemampuan ahli gizi dalam melaksanakan tugas pelayanan gizi rawat inap bagi pasien.

Ketepatan pemberian diet pasien

Ketepatan pemberian diet pasien di RSUD Kabupaten Manokwari mencapai 83,87%. Standar ketepatan pemberian diet menurut Kepmenkes Nomor 129 Tahun 2008 sebesar 100% sehingga persentase ketepatan diet pasien di RSUD Kabupaten Manokwari belum mencapai standar yang ditetapkan. Ketepatan pemberian diet pasien di RSUD Manokwari lebih tinggi dibandingkan hasil penelitian di RSUD Fak-fak yang hanya mencapai angka 80% (13). Hal ini disebabkan perbedaan kriteria penilaian ketepatan pemberian diet. Menurut pengamatan peneliti, belum ada ketentuan penilaian ketepatan diet sehingga kriteria penilaian ketepatan diet disesuaikan dengan tujuan penelitian.

Ketidaktepatan diet dapat terjadi pada proses pemesanan diet yang dilakukan oleh perawat. Permenkes Nomor 78 Tahun 2013 menyebutkan bahwa peran dokter penanggungjawab pelayanan adalah menetapkan preskripsi diet definitif bersama dietisien. Sementara itu, peran dietisien adalah merancang intervensi gizi dengan menetapkan tujuan dan preskripsi diet yang lebih terperinci

untuk penetapan diet definitif serta merencanakan edukasi atau konseling (26). Hal ini berarti penentuan preskripsi diet seharusnya bukan tugas perawat. Hasil wawancara menunjukkan bahwa terkadang perawat tidak membuat pesanan diet yang baru dan menggunakan lembar pesanan hari sebelumnya. Tugas perawat yang banyak pada saat jumlah pasien meningkat menjadi alasan perawat melakukan hal tersebut, khususnya di ruangan penyakit dalam yang memiliki jumlah pasien paling banyak. Hal ini mengindikasikan perlunya ahli gizi ruangan yang bertugas membuat preskripsi diet pasien untuk meminimalkan kesalahan pemesanan diet. Perawat juga menyatakan harapannya agar ahli gizi dapat mengikuti visite dokter dan melihat langsung kondisi pasien, melakukan anamnesis gizi kepada pasien serta menulis pemesanan diet. Oleh karena itu, ahli gizi tidak perlu sungkan dengan perawat dalam menjalankan tugas ini.

Ketepatan pemberian diet khusus hanya mencapai 9,09% artinya hanya 1 dari 11 pasien yang mendapatkan diet sesuai dengan *order* diet yang dipesan oleh perawat ruangan. Petugas distribusi makanan mengakui sering tidak memberikan diet kepada pasien sesuai dengan yang dipesan oleh perawat di lembar pemesanan makanan. Berdasarkan hasil pengamatan, ditemukan ketidaksesuaian menu yang disajikan dengan standar menu yaitu pada jumlah lauk. Lauk yang disajikan hanya lauk hewani atau hanya lauk nabati dengan alasan kehabisan persediaan lauk di dapur atau salah satu lauk habis saat distribusi makanan. Penyebabnya adalah petugas distribusi sering membagikan makanan sesuai dengan permintaan keluarga pasien yang mengambil makanan. Ketidaktepatan pemberian diet ini paling banyak terjadi pada jenis diet DM dan RG, selain karena permintaan kedua jenis diet ini yang paling banyak, juga karena jenis makanannya sama dengan diet biasa. Selain itu, tidak ada standar porsi yang tepat untuk jenis diet tertentu sehingga petugas distribusi hanya mengira-ngira porsi makanan yang diberikan. Pencatatan stok barang menggunakan kartu kontrol juga disarankan sebagai upaya pengawasan ketersediaan bahan makanan di dapur.

Penggunaan alat makan milik pribadi pasien dapat memengaruhi ketidaktepatan pemberian diet karena tidak ada pemorsian dari dapur. Jika alat makan disediakan dari instalasi gizi dan diet pasien telah disiapkan dari

dapur serta diberi label, maka kesalahan pemberian diet pada proses distribusi dapat diminimalkan karena ahli gizi dapat langsung memorsikan diet khusus pada alat makan yang telah disediakan. Studi di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta menunjukkan hubungan bermakna antara pemberian label pada alat makan pasien dengan ketepatan diet rendah garam yang diberikan (27). Namun, ada juga pasien yang tidak mau diberikan diet khusus atau mengambil makanan dari rumah sakit. Petugas distribusi tidak bisa memaksakan apabila pasien tidak mau mengambil makanan dari rumah sakit dan justru mengonsumsi makanan dari luar rumah sakit. Peran ahli gizi yang memberikan motivasi serta edukasi gizi bagi pasien dan keluarga sangat diperlukan dalam hal ini.

Kegiatan distribusi makanan pasien telah diatur dalam SOP Instalasi Gizi RSUD Kabupaten Manokwari Nomor 03/INST.GIZI/2015 tentang penyediaan dan distribusi makanan pasien, salah satu tujuannya yaitu agar pasien di ruangan mendapatkan makanan sesuai dengan penyakit yang diderita. Akan tetapi, pada praktiknya persentase ketidaktepatan pemberian diet masih tinggi. Hal ini dapat terjadi karena SOP yang ada belum disosialisasikan kepada petugas sehingga petugas kurang menyadari pentingnya ketepatan pemberian diet kepada pasien. Menurut Permenkes Nomor 26 Tahun 2013, dalam melaksanakan pelayanan gizi, tenaga gizi wajib mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan standar operasional prosedur (28). Standar operasional prosedur pelayanan gizi rawat inap dengan Nomor 010/INST.GIZI/2015 telah mencantumkan prosedur mulai dari pengkajian gizi sampai penentuan jenis diet dan konseling gizi, dengan salah satu unit terkait yaitu petugas gizi. Dengan demikian, petugas gizi bertanggungjawab atas penentuan preskripsi diet tetapi pada praktiknya proses penentuan diet tidak dilakukan oleh ahli gizi di RSUD Manokwari. Hasil wawancara dengan salah satu ahli gizi menyebutkan bahwa tidak adanya ahli gizi yang turun ke ruangan karena belum adanya SOP yang mengatur. Hal ini menunjukkan adanya kemungkinan SOP pelayanan gizi rawat inap yang dibuat oleh kepala instalasi juga belum disosialisasikan kepada ahli gizi yang lain.

Faktor lain yang menyebabkan ahli gizi tidak bersedia melakukan proses pengkajian gizi kepada pasien di ruangan adalah adanya rasa tidak percaya diri ahli

gizi dalam penentuan preskripsi diet dan konseling. Hal ini mengindikasikan kebutuhan pelatihan bagi ahli gizi untuk meningkatkan kapasitas sekaligus rasa percaya diri dalam melaksanakan asuhan gizi pasien. Instalasi gizi RSUD Manokwari juga dapat melakukan kaji banding dengan rumah sakit lain di luar Papua untuk menambah pengetahuan dan motivasi ahli gizi yang diharapkan mampu meningkatkan kualitas pelayanan gizi di RSUD Manokwari.

SIMPULAN DAN SARAN

Ketepatan waktu distribusi makanan, sisa makanan, dan ketepatan pemberian diet pasien di RSUD Manokwari belum mencapai standar capaian pelayanan minimal gizi yang ditetapkan. Ketidaktepatan waktu distribusi makanan dapat dipengaruhi oleh manajemen sumber daya manusia yang kurang baik, kurangnya pengawasan stok bahan bakar dan bahan makanan serta fasilitas rumah sakit yang kurang mendukung. Sisa makanan yang belum mencapai standar dapat dipengaruhi oleh pemberian makanan yang tidak sesuai dengan diet pasien, ketidaklengkapan alat makan yang disediakan rumah sakit, kondisi penyakit pasien serta adanya makanan dari luar rumah sakit. Ketidaktepatan pemberian diet pasien dapat dipengaruhi keterbatasan alat makan yang disediakan, kurangnya ketersediaan makanan di dapur dan saat proses distribusi makanan, serta kurangnya peran ahli gizi dalam penentuan preskripsi diet.

Upaya yang disarankan untuk meningkatkan mutu pelayanan gizi di RSUD Manokwari meliputi penyelenggaraan pelatihan untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia, penyediaan pedoman/petunjuk teknis penyelenggaraan makanan rumah sakit, sosialisasi SOP terkait pelayanan gizi kepada seluruh pegawai instalasi gizi serta perbaikan fasilitas pendukung berupa penyediaan alat makan dan jalur troli yang memadai. Pelayanan gizi rawat inap termasuk kegiatan penentuan preskripsi diet dan edukasi/konseling gizi harus dilakukan oleh ahli gizi untuk meningkatkan capaian ketepatan pemberian diet dan meminimalkan sisa makanan. Kepala instalasi gizi sebaiknya lebih fokus pada fungsi manajemen agar setiap petugas di instalasi gizi menjalankan tugas dengan baik sesuai SOP yang berlaku.

Pernyataan konflik kepentingan

Tidak ada konflik kepentingan dalam penelitian ini.

RUJUKAN

1. Presiden Republik Indonesia. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta: Republik Indonesia; 2009.
2. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). Pedoman pelayanan gizi rumah sakit. Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
3. Presiden Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal. Jakarta: Republik Indonesia; 2018.
4. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI; 2019.
5. Muliawardani R, Mudayana AA. Analisis manajemen pelayanan gizi di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta. *KesMas: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat* 2016;10(1):25-34. doi: 10.12928/kesmas.v10i1.2270
6. Kemenkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes RI; 2008.
7. Nurqisthy A. Hubungan kepuasan pelayanan makanan dengan tingkat kecukupan protein pasien di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya. *Media Gizi Indones* 2016;11(1):32-9. doi: 10.20473/mgi.v11i1.32-39
8. Ernalina Y. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien di ruang penyakit dalam dan ruang bersalin terhadap pelayanan makanan pasien di RSUD Mandau Duri. *Jurnal Gizi STIKes Tuanku Tambusai Riau* 2014;34(3).
9. Larby A, Roberts S, Desbrow B. Accuracy and adequacy of food supplied in therapeutic diets to hospitalised patients: an observational study. *Nutr Diet* 2016;73(4):342-7. doi: 10.1111/1747-0080.12270
10. Benowati R. Hubungan tingkat pendidikan, pengetahuan diet, dan masa kerja tenaga distribusi makanan dengan ketepatan pemberian diet pasien di RSUD RAA Soewondo Pati. [Skripsi]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2016.
11. Kusumayanti IGA, Hadi H, Susetyowati. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian malnutrisi pasien dewasa di ruang rawat inap rumah sakit. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia* 2004;1(1):9-17. doi: 10.22146/ijcn.15355
12. Irawati I, Prawiningdyah Y, Budiningsari RD. Analisis sisa makanan dan biaya sisa makanan pasien skizofrenia rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Madani Palu. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia* 2010;6(3):123-30. doi: 10.22146/ijcn.17720
13. Supu L, Prawiningdyah Y, Susetyowati. Studi kasus kualitas ahli gizi dengan standar pelayanan minimal gizi di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Fakfak Provinsi Papua Barat. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia* 2014;2(1):32-40.
14. Sugiyono. Metode penelitian pendidikan pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D. Bandung: Penerbit Alfabeta; 2010.
15. Sharif JHM, Sukeri S. Study on waiting time at the paediatric dental clinic in Kuala Lumpur Hospital. *Journal of Quality Improvement* 2003;7(1):19-23.
16. Karuniawati H, Hapsari IG, Arum M, Aurora AT, Wahyono NA. Evaluasi pelaksanaan standar pelayanan minimal (SPM) farmasi kategori lama waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di RSUD Kota Salatiga. *Kartika: Jurnal Ilmiah Farmasi* 2016;4(1):20-5. doi: 10.26874/kjif.v4i1.53
17. Pusat Sarana Prasarana dan Peralatan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas C. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2007.
18. Khairunnas. Faktor – faktor yang mempengaruhi terjadinya sisa makanan pada pasien yang dirawat inap di Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi. [Tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2001.
19. Fithriyati D. Beberapa faktor yang berhubungan dengan sisa makanan pada pasien rawat inap dewasa kelas II dan III Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen. [Skripsi]. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang; 2017.
20. Nuraini N, Bintanah S, Nugraheni K. Suhu makanan dan sisa makanan pasien dewasa diet lunak di rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. *Jurnal Gizi Unimus* 2017;6(1):42-9. doi: 10.26714/jg.6.1.2017.%25p
21. Williams P, Walton K. Plate waste in hospitals and strategies for change. *Eur e-J Clin Nutr Metab.* 2011;6(6):e235-41. doi: 10.1016/j.eclnm.2011.09.006
22. Stanga Z, Tanner B, Knecht G, Zurflüh Y, Roselli M, Sterchi AB. Hospital food: a survey of patients' perceptions. *Clin Nutr.* 2003;22(3):241-6. doi: 10.1016/s0261-5614(02)00205-4
23. Rezeki S. Pengaruh pelayanan makanan terhadap kepuasan pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang. [Tesis]. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2011.
24. Lumbantoruan DBS. Hubungan penampilan makanan dan faktor lainnya dengan sisa makanan biasa pasien kelas 3

- Seruni RS Puri Cinere Depok Bulan April – Mei 2012. [Skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2012.
25. Louhenapessy L. Pengaruh konseling gizi terhadap sisa makanan dan status gizi pasien dengan makanan khusus di ruang penyakit dalam RSUD Dr. M Haulussy Ambon. [Tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2003.
 26. Kemenkes RI. Permenkes Nomor 78 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
 27. Fudholi DH. Hubungan Labelling pada Alat Makan Pasien dengan Ketepatan Diet Diabetes Mellitus (DM) dan Rendah Garam (RG) yang Diberikan di Instalasi Gizi RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. [Skripsi]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2013.
 28. Kemenkes RI. Permenkes Nomor 26 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi. Jakarta: Kemenkes RI; 2013.