

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

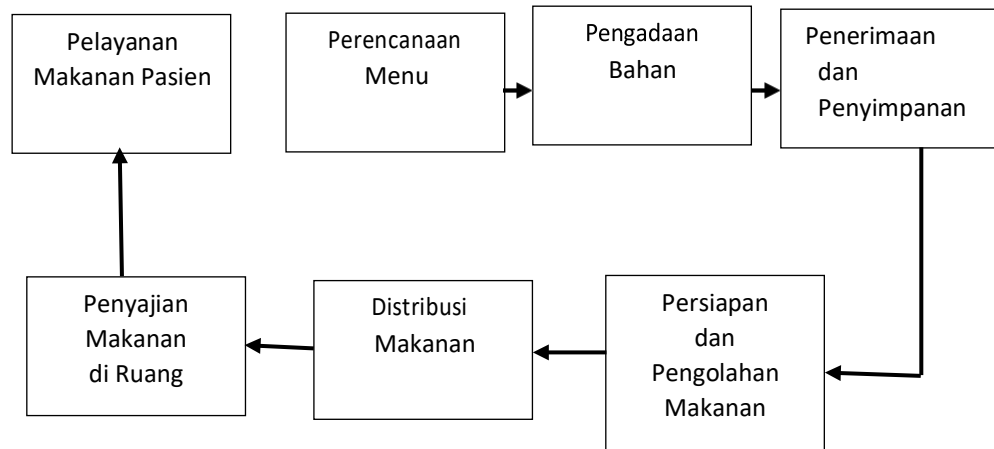
1. Penyelenggaraan Makanan di Rumah Sakit

Penyelenggaraan makanan merupakan sebuah rangkaian kegiatan yang dimulai dari perencanaan hingga pendistribusian makanan yang tepat untuk mencapai status kesehatan yang optimal (Aritonang, 2012). Batasan penyelenggaraan makanan di Indonesia adalah lebih dari 50 porsi sekali pengolahan atau 150 porsi sehari (untuk 3 kali makan) (Bakhri dkk, 2018).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013

Tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit menyatakan bahwa penyelenggaraan makanan rumah sakit merupakan rangkaian kegiatan mulai dari perencanaan menu, perencanaan kebutuhan bahan makanan, perencanaan anggaran belanja, pengadaan bahan makanan, penerimaan dan penyimpanan, pemasakan bahan makanan, distribusi dan pencatatan, pelaporan serta evaluasi. Adapun tujuan penyelenggaraan gizi adalah menyediakan makanan yang berkualitas sesuai kebutuhan gizi, biaya aman dan dapat diterima oleh konsumen guna mencapai status gizi yang optimal.

Alur penyelenggaraan makanan di RS menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit seperti pada gambar 1.



Gambar 1. Alur Penyelenggaraan Makanan

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit

Gambar 1 menunjukkan alur penyelenggaraan makanan dimulai dari perencanaan menu kemudian pengadaan bahan, penerimaan dan penyimpanan, persiapan dan pengolahan makanan, distribusi makanan, penyajian makanan di ruang dan pelayanan makanan pasien. Perencanaan menu merupakan hal yang penting karena perencanaan menu berkaitan dengan tersusunnya menu yang memenuhi kecukupan gizi, selera konsumen serta untuk memenuhi kepentingan penyelenggaraan makanan di rumah sakit. Beberapa hal yang harus dipertimbangkan dalam perencanaan menu menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit antara lain peraturan Pemberian Makan Rumah Sakit (PPMRS) antara lain adalah peraturan pemberian makanan rumah sakit, kecukupan gizi konsumen, ketersediaan bahan makanan di pasar, dana/anggaran, karakteristik bahan makanan *food habit and preference*, fasilitas fisik dan peralatan serta macam dan jumlah hidangan yang direncanakan.

Berkaitan dengan perencanaan menu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelayanan

Gizi Rumah Sakit menegaskan beberapa langkah yang harus diperhatikan antaralain bentuk tim kerja, penetapan macam menu, menetapkan lama siklus menu dan kurun waktu penggunaan menu, menetapkan pola menu, besar porsi, mengumpulkan macam hidangan untuk pagi, siang dan malam pada satu putaran menu termasuk jenis makanan selingan, merancang format atau susunan menu, melakukan penilaian menu dan merevisi menu serta melakukan test awal menu.

Penyelenggaraan makanan di rumah sakit adalah makanan khusus karena bertujuan untuk menunjang penyembuhan penyakit yang diderita pasien (Bakhri dkk, 2018). Berbeda dengan penyajian makanan orang sehat, penyelenggaraan makanan untuk orang sakit lebih kompleks karena terjadi perubahan nafsu makan (Almastier, 2004) dalam Oktaviani dkk (2018). Beberapa kriteria khusus penyelenggaraan makanan di rumah sakit antara lain: 1) Kebutuhan bahan makanan sangat dipengaruhi oleh jenis diet pasien dan jumlahnya berubah sesuai dengan jumlah pasien. 2) Standar makanan ditetapkan khusus untuk kebutuhan orang sakit sesuai dengan penyakitnya kebijakan rumah sakit. 3) Frekuensi dan waktu makan, macam pelayanan dan distribusi makanan dibuat sesuai dengan peraturan rumah sakit. 4) Makanan yang disajikan meliputi makanan lengkap untuk kebutuhan satu hari dan makanan selingan. 5) Dilakukan dengan menggunakan kelengkapan sarana fisik, peralatan, dan sarana penunjang lain sesuai dengan kebutuhan untuk orang sakit. 6) Menggunakan tenaga khusus di bidang gizi dan kuliner yang kompeten (Bakhri dkk, 2018).

2. Diet Energi Tinggi Protein Tinggi(ETPT)

Diet ETPT merupakan singkatan dari Diet Energi Tinggi Protein Tinggi. Diet ini sering juga disebut Diet TKTP atau Diet Tinggi Kalori Tinggi Protein. Diet ETPT adalah diet yang mengandung energi dan protein di atas kebutuhan normal seseorang. Biasanya, Diet ETPT diberikan seperti makanan biasa akan tetapi disertai dengan bahan makanan sumber protein tinggi, misalnya susu, telur, dan daging.

Diet ETPT bertujuan untuk memenuhi kebutuhan energi dan protein yang meningkat untuk mencegah dan mengurangi kerusakan jaringan tubuh. Selain itu, diet ETPT dapat digunakan untuk menambah berat badan agar kembali mencapai berat badan normal. Diet Tinggi Energi Tinggi Protein (TETP) berfokus pada pengaturan pola makan yang mengandung kadar energi dan kadar protein di atas kebutuhan normal pada manusia pada umumnya. Diet ini dapat berbentuk makanan biasa atau lunak sesuai dengan keadaan pasien, lalu diberikan penambahan bahan makanan sumber protein tinggi seperti susu, telur, daging, atau diberikan minuman enteral tinggi energi tinggi protein. Pasien yang mendapat Diet ETPT adalah pasien dengan indikasi KEP (Kurang Energi Protein), luka bakar berat, hipertiroid, hamil, post-partum, sebelum dan setelah operasi tertentu, trauma, pasien yang sedang menjalani radioterapi atau kemoterapi, ataupun keadaan lainnya dimana kebutuhan energi dan protein meningkat (Almatsier, 2010).

Syarat terapi Diet Tinggi Energi Tinggi Protein menurut Almatsier (2010) adalah sebagai berikut:

1. Energi tinggi diberikan sesuai dengan keadaan pasien hingga dapat mencapai BB (Berat Badan) yang normal (40 – 45 kkal/kg BB)
2. Protein yang tinggi untuk mengganti sel-sel yang rusak, yaitu 2,0 – 2,5 g/kg BB (75 – 100 g)
3. Lemak cukup 25-35 % dari kebutuhan energi total.
4. Karbohidrat cukup sisa dari total kebutuhan energi 5. Vitamin dan mineral dikonsumsi cukup sesuai anjuran AKG.

Terdapat dua macam Diet ETPT, yaitu Diet ETPT I dan II. Perbedaannya adalah kandungan energi dan proteinnya. Diet ETPT I mengandung energi 2600 kkal dan protein 100 gram (2 g/kg berat badan), sedangkan Diet ETPT II mengandung energi 3000 kkal dan protein 125 gram (2.5 g/kg berat badan) (Almatsier, 2010).

3. Daya Terima Makanan

Daya terima makan diukur dengan melihat sisa makanan masing-masing pasien. Pada umumnya sisa makanan pasien cenderung banyak hal tersebut disebabkan karena faktor internal (faktor dari dalam pasien itu sendiri), faktor eksternal (makanan yang disajikan) dan faktor lingkungan. Faktor internal yang dominan mempengaruhi banyak sedikitnya sisa makanan adalah faktor internal pasien yaitu kondisi fisik, kebiasaan makan dan perbedaan jenis kelamin pasien sedangkan faktor eksternal yang dominan mempengaruhi sisa makanan pasien adalah rasa makanan, penampilan makanan, dan kurangnya variasi makanan. Adapun faktor lingkungan yang dominan mempengaruhi sisa makanan adalah makanan luar rumah sakit yang diberikan oleh keluarga serta motivasi yang diberikan keluarga kepada pasien (Tanuwijaya dkk, 2018).

Berdasarkan uraian di atas dapat dikatakan bahwa beberapa faktor yang mendorong pasien menyisakan makanan adalah rasa makanan, tekstur, suhu makanan, warna makanan, variasi lauk hewani, porsi makan, makanan tidak sesuai kesukaan, perilaku makan, kondisi (mual, muntah dan sakit), gangguan pengecapan, menstruasi, makanan luar rumah sakit dan pengaruh orang sekitar. Daya terima diukur dengan menilai sisa makanan yang terdapat pada formulir visual Comstock skala 6 poin dengan parameter baik jika persentase sisa makanan $\leq 20\%$ dan tidak baik jika persentase sisa makanan $>20\%$.

4. Menu

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia menu */me·nu/ /ménu/ n* daftar atau rangkaian jenis makanan dan minuman yang tersedia dan dapat dihidangkan. Pada umumnya, pasien cenderung tidak puas dengan pelayanan makanan di rumah sakit karena masalah fisiologis dan psikologis yang secara langsung berpengaruh pada nafsu makan mereka. Hal inilah yang menyebabkan pasien cenderung memilih-milih makanan. Fungsi makanan bagi pasien cenderung untuk mengobati penyakit sehingga pelayanan makanan diberikan sesuai dengan kondisi masing-masing pasien. Pada

umumnya, rumah sakit membuat perencanaan menu di bawah tanggung jawab ahli gizi (Bakhri dkk, 2018).

Fungsi menu adalah sebagai alat pemasaran yang berhubungan dengan pelayanan makanan untuk memuaskan konsumen; sebagai alat kontrol dalam manajemen sistem penyelenggaraan makanan (pada proses produksi dan distribusi); sebagai alat penyuluhan/pendidikan bagi konsumen; sebagai alat untuk menunjukkan finansial institusi; sebagai alat informasi dan komunikasi antara unsur-unsur dalam sub sitem penyelenggaraan makanan; sebagai sarana informasi harga, tehnik pemasakan dan metode pelayanan dari setiap makanan yang disediakan; sebagai alat untuk menetapkan bahan-bahan yang akan dibeli, cara pembelian, peralatan dan jumlah karyawan yang dibutuhkan; sebagai faktor yang menentukan dalam memilih perlengkapan, tata letak dapur dan perencanaan fasilitas produksi; sebagai alat untuk menarik konsumen membeli/mengonsumsi makanan/hidangan yang disajikan; sebagai alat untuk menghindari kebosanan karena dengan disusunnya menu dapat diatur variasi penggunaan bahan makanan/hidangan dan kombinasinya sehingga dapat dihindari kebosanan (Bakhri dkk, 2018).

Banyak jenis menu yang bisa dipilih, hal ini sangat tergantung dari tipe penyelenggaraan makanan institusinya dan kebutuhan konsumen yang dilayani. Pengetahuan dasar tentang jenis menu dan cara menyeleksi menu yang akan digunakan memungkinkan manajer untuk memilih menu terbaik untuk membuat perencanaan menu. Jika dibedakan berdasarkan tipenya menu terdiri dari 3 jenis yaitu menu statis (*static menu*), menu sekali pakai (*single use menu*) dan menu siklus (*cycle menu*) sedangkan berdasarkan pilihannya yaitu *full selective menu*, *semi selective*, dan *non selective menu*(Bakhri dkk, 2018).

Menu statis (*static menu*), atau menu ditetapkan (*fixed menu*) atau *basic menu* adalah menu/hidangan yang ditawarkan secara tetap setiap saat atau setiap hari. Jenis menu ini biasanya digunakan pada institusi yang bersifat komersial khususnya apabila menu tersebut menjadi ciri khas dari institusi tersebut. Jenis menu ini banyak di jumpai di restoran atau hotel dimana

konsumennya berubah setiap hari, atau dimana item yang tercantum pada daftar menu yang ditawarkan variasinya cukup banyak. Menu ini biasanya juga dibuat untuk konsumen yang kesulitan dalam menentukan menu yang akan dipesan atau diinginkannya seperti anak-anak, manula, tempat pertunjukkan atau arena olahraga (Bakhri dkk, 2018).

Banyak rumah sakit sekarang ini mencoba menggunakan menu statis atau menu gaya hotel karena hari rawat pasien yang lebih pendek dan menerapkan konsep layanan kamar. Menu statis dapat fleksibel yaitu dengan mengubah satu atau dua item setiap hari atau menawarkan menu spesial di hari-hari tertentu. Menu statis mungkin sangat terbatas pilihannya, seperti di banyak restoran cepat saji. Perubahan menu dibuat setelah ada pengembangan produk/modifikasi dan riset pasar yang cermat. Kelebihan menu statis dapat menyederhanakan dalam pembelian bahan makanan, produksi makanan, pelayanan dan manajemen secara umum dalam proses penyelenggaraan makanan institusi. Jika rumah sakit akan menggunakan menu statis perlu dikaji rata-rata lama hari rawat pasien/*length of stay* (LOS) supaya penyelenggaraan makanan di rumah sakit bermutu baik.

Kedua adalah menu sekali pakai (*single use menu*), atau special menu yaitu menu yang direncanakan hanya untuk sekali saja, digunakan untuk hari tertentu atau pada hari spesial atau istimewa. Pada menu sekali pakai walaupun tidak akan digunakan lagi, item menu tertentu masih dapat digunakan dan dikombinasikan dengan hidangan lain untuk perencanaan yang akan datang. Kemudian ketiga adalah menu siklus (*cycle menu*), adalah satu seri menu (pengulangan suatu set menu) yang ditawarkan dari hari per hari dalam kurun waktu tertentu. Menu siklus perlu direncanakan dengan hati-hati jika akan dijadikan sebagai menu pilihan atau bukan pilihan. Pada institusi yang baru menggunakan menu siklus, siklus pertama dapat digunakan sebagai periode uji coba. Penetapan lamanya siklus harus memperhatikan lamanya konsumen mendapat pelayanan makan.

Jenis menu yang didasarkan pada tingkat pilihannya dibagi menjadi dua bagian, yaitu menu non pilihan (*non selective menu*), menu pilihan terbatas

(*semi selective menu*) dan menu pilihan (*selective menu*). Menu non pilihan adalah susunan menu dimana klien tidak dapat memilih menu yang disajikan. Untuk klien yang tidak terlalu memperhatikan pelayanan makanan dengan waktu yang terbatas menu ini sangat sesuai digunakan. Kebaikan menu non pilihan adalah pengelola tidak perlu berulang kali menyusun menu, sehingga menghemat waktu dan dana. Kekurangannya mungkin klien tidak puas karena terdapat hidangan yang tidak disukai sehingga tidak dikonsumsi klien. Adapun menu pilihan terbatas (*semi selective menu*), adalah klien hanya dapat memilih sebagian kelompok hidangan. Pada menu pilihan terbatas pilihan hanya diperbolehkan pada golongan hidangan tertentu dan tidak boleh untuk golongan hidangan yang ditentukan.

Menu pilihan (*selective menu*), adalah menu dimana klien diminta salah satu paket atau salah satu dari setiap golongan hidangan yang ditawarkan. Setiap golongan hidangan yang ditawarkan dapat disesuaikan dengan pola menu yang berlaku di institusi. Banyaknya pilihan juga ditetapkan 2 atau 3 macam. Pada restoran pilihan biasanya lebih bervariasi, namun menggunakan menu statis. Pada penyelenggaraan makanan institusi, jika ada menu pilihan biasanya pilihannya tidak terlalu banyak. Keuntungan dari menggunakan menu pilihan yaitu menawarkan banyak pilihan ke konsumen, sehingga konsumen akan memilih menu yang disukai. Dampaknya sisa makanan tidak ada/dapat diminimalkan sehingga asupan zat gizi menjadi lebih baik. Macam hidangan yang menjadi pilihan dapat menggunakan hidangan yang telah dimodifikasi dan disesuaikan dengan pola menu yang ditetapkan. Jika di fasilitas pelayanan kesehatan menu pilihan dapat menjadi media edukasi bagi pasien agar dapat memilih sesuai dengan kebutuhan gizi yang dianjurkan. Namun, menu pilihan pada fasilitas pelayanan kesehatan hanya bisa diterapkan pada kelas perawatan yang lebih mahal.

5. Booklet dan Leaflet

Salah satu gambaran yang paling sering dijadikan sebagai landasan teori penggunaan media adalah "*Dale's Cone of Experience*" (Kerucut dari Edgar Dale, 1969). Kerucut tersebut menunjukkan bahwa hasil belajar seseorang

diperoleh paling banyak dari pengalaman langsung (konkret), melalui benda tiruan, sampai kepada lambang verbal (abstrak). Tingkat keabstrakan dapat dilihat pada gambar berikut (Gejir dkk, 2017: 91):



Gambar 2. Kerucut Edgar Dale

Sumber: Gejir dkk (2017: 91).

Dasar pengembangan kerucut Edgar Dale bukanlah tingkat kesulitan, melainkan tingkat keabstrakan, jumlah dan jenis indra yang berperan dalam penerimaan pesan. Pengalaman langsung akan memberikan kesan paling utuh dan paling bermakna mengenai informasi dan gagasan yang terkandung dalam pengalaman tersebut (Gejir dkk, 2017: 91). Dari kerucut pengalaman tersebut, kita dapat melihat bahwa pengetahuan itu dapat diperoleh melalui pengalaman langsung dan tidak langsung, dari yang bersifat konkret hingga abstrak yang memberikan implikasi terhadap pemilihan metode dan bahan pengajaran terutama dalam pengembangan teknologi pembelajaran.

Kesimpulan yang dapat kita peroleh dari kerucut pengalaman belajar tersebut adalah seseorang akan lebih konkret memperoleh pengetahuan melalui

pengalaman langsung, melalui benda-benda tiruan, drama, demonstrasi wisata, maupun pameran. Dari hal ini, maka kedudukan media dalam penyampaian informasi menjadi sangat penting. Media dapat digunakan untuk memberikan pengetahuan nyata dan tepat secara mudah dan membantu seseorang memperoleh pengalaman belajar yang tidak dapat diperoleh secara langsung.

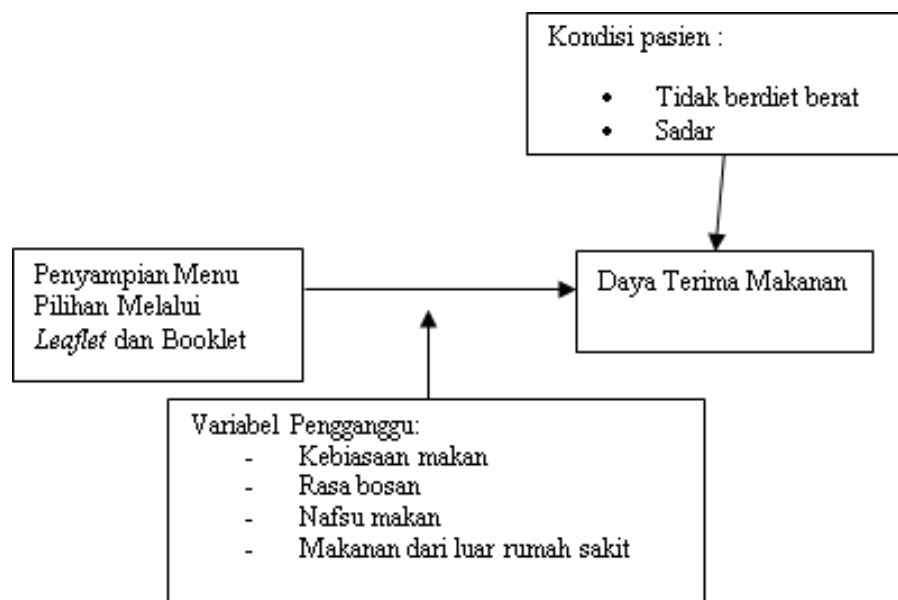
Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) : buk·let /*buklét*/ n merupakan selebaran yang berbentuk buku kecil yang merupakan media komunikasi lini bawah (*below the line media*) yang pada umumnya menggunakan kalimat pendek, sederhana, singkat, ringkas dan menarik serta menggunakan huruf besar dan tebal dengan ukuran huruf maksimal 10 pt (Suleman dalam Cindy, 2013). Adapun beberapa keunggulan booklet menurut Ewles (dalam Cindy, 2013) antara lain pengguna dapat melihat isinya pada saat santai, informasi dapat dibagi dengan keluarga dan teman, mudah dibuat, mengurangi kebutuhan mencatat, dapat dibuat secara sederhana dengan biaya relatif murah, awet, daya tamping lebih luas, dapat diarahkan pada segmen tertentu. Argumen ini sejalan dengan pendapat Sulih (2001) dalam Mourbas dkk (2018) yang mendeskripsikan booklet sebagai media komunikasi yang berupa buku kecil, yang didalamnya berisi tentang informasi. Kelebihan yang dimiliki booklet adalah informasi yang dituangkan lebih lengkap, lebih terperinci, jelas serta bersifat edukatif. Dari berbagai uraian di atas dapat diketahui bahwa booklet merupakan media komunikasi berbentuk media visual (buku) yang bertujuan untuk menyampaikan pesan dalam bentuk cetakan.

Komunikasi informasi dan edukasi gizi dengan menggunakan leaflet telah mampu meningkatkan pengetahuan pasien sehingga kecukupan gizi pasien meningkat (Manusiwa dan Sudarso, 2011; Mardalena dkk 2017). Hal tersebut sejalan dengan argumen Notoatmojo (2008) dalam Sukraniti dkk (2012) bahwa penggunaan media *leaflet* dalam komunikasi kesehatan lebih disarankan karena media ini dapat memberikan keterangan yang lebih detail mengenai materi yang disampaikan. Berbeda dengan media booklet yang

lebih dapat meningkatkan pemahaman yang lebih karena media booklet ukurannya kecil sehingga mudah dibawa.

Leaflet adalah suatu bentuk media publikasi yang berupa kertas selebaran dengan ukuran tertentu yang disajikan dalam bentuk lembaran kertas berlipat dan tanpa lipatan yang dibuat melalui teknik langsung serta teknik cetak (sablon, offset). *Leaflet* dapat disimpan dalam waktu lama, memiliki jangkauan yang luas, dapat dikombinasikan dengan media lainnau serta mudah dibawa kemana-mana sedangkan keterbatasan *leaflet* adalah hanya bermanfaat untuk orang yang melek huruf, risiko hilang tinggi dan perlu persiapan khusus untuk membuat dan menggunakannya (Notoatmojo, 2008 dalam Sukraniti dkk., 2012).

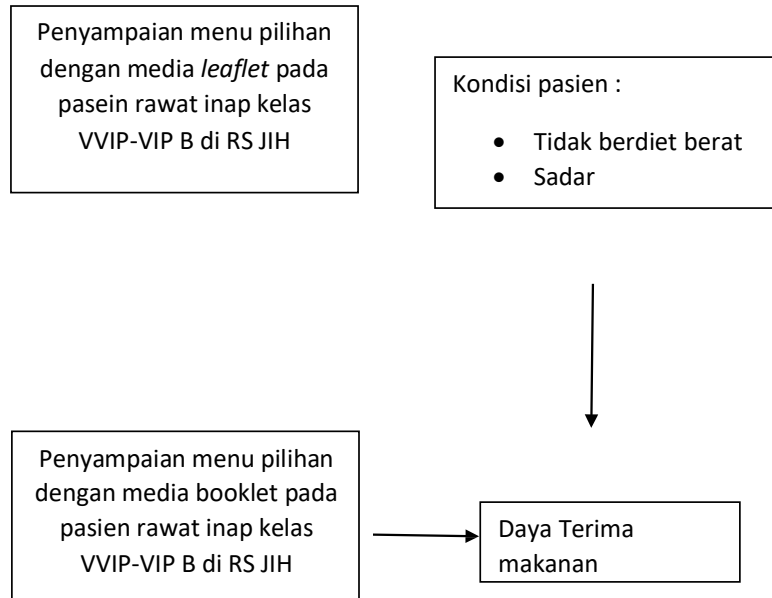
B. Kerangka Teori



Gambar 3. Kerangka Teori Tentang Pemanfaatan *Leaflet* dan Booklet untuk Meningkatkan Daya Terima

Sumber: Pemanfaatan *Leaflet* dan Booklet untuk Meningkatkan Daya Uyami dkk (2014).

C. Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep

D. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan penelitian terdahulu dan beberapa teori di atas maka hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Ada pengaruh pemanfaatan *leaflet* dan booklet dalam penyampaian menu pilihan terhadap daya terima makanan pada pasien rawat inap RS JIH Yogyakarta.

