

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

2.1 TINJAUAN PUSTAKA

2.1.1 Pelayanan Gizi Rumah Sakit

Rumah sakit menawarkan perawatan kesehatan lengkap yang mencakup layanan gizi. Sejumlah tindakan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan diet pasien rawat inap dan rawat jalan melalui layanan gizi. Prosedur perawatan gizi standar untuk pasien rawat inap dan rawat jalan, layanan perawatan makanan, serta penelitian dan pengembangan gizi terapan semuanya termasuk dalam layanan gizi rumah sakit (AsDI, 2019).

a. Proses Asuhan Gizi Terstandar di Rawat Inap dan Rawat Jalan

Penilaian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, serta pemantauan dan evaluasi gizi adalah empat langkah yang membentuk proses ADIME, yang merupakan akronim untuk proses perawatan gizi.

Pelayanan gizi rawat jalan merupakan serangkaian proses kegiatan asuhan gizi yang berkesinambungan kepada klien/pasien di rawat jalan. Asuhan gizi rawat jalan umumnya disebut kegiatan pelayan konseling gizi dan dietetik atau edukasi/penyuluhan gizi, karena model intervensi yang diberikan sesuai dengan konteks pelayanan asuhan gizi. Pasien beresiko malnutrisi, sudah malnutrisi, dan/atau kondisi khusus memerlukan pengaturan makanan/diet, sebagai contoh pasien dengan diabetes, hipertensi, penyakit ginjal kronik, hiperlipidemia.

Proses pelayanan gizi rawat inap memiliki alur proses asuhan gizi yang sama, namun terdapat perbedaan pada pemilihan program intervensi yang lebih luas bergantung pada kompleksitas masalah kesehatan dan masa perawatan pasien. Karena itu, pengkajian/assesmen ulang harus dilakukan secara berkala untuk menghindari terjadinya malnutrisi di rumah sakit (*hospital*

malnutrition). Selain itu terapi intervensi gizi dalam bentuk pemberian diet merupakan hal yang harus dilakukan karena kebutuhan dasar pasien, dan berimplikasi pada asuhan penyelenggaraan makanan (*catering care*) melalui kegiatan permintaan, perubahan atau pembatalan pesanan diet (*diet order*).

b. Penyelenggaraan Asuhan Makanan

Dimulai dengan desain menu, pengadaan bahan makanan, penerimaan dan penyimpanan, persiapan dan pengolahan bahan makanan, distribusi makanan, dan penyediaan makanan untuk pasien rawat inap, perawatan layanan makanan terdiri dari sejumlah prosedur yang berkelanjutan (AsDI, 2019).

c. Penelitian Dan Pengembangan Gizi Terapan

Penelitian dan pengembangan dalam gizi terapan dilakukan untuk meningkatkan kapasitas dalam menangani berbagai masalah dan tantangan gizi terapan yang rumit. Dalam bidang penyediaan makanan rumah sakit, konseling, konsultasi, penyuluhan, dan rujukan gizi, tujuan penelitian dan pengembangan gizi terapan adalah untuk mencapai kualitas layanan gizi rumah sakit secara efisien dan efektif dalam batasan institusi. Kegiatan perencanaan, evaluasi, pengembangan teori, implementasi, dan standar layanan gizi rumah sakit semuanya dapat memperoleh manfaat dari temuan penelitian dan pengembangan gizi terapan (Depkes, 2013).

2.1.2 Bentuk Makanan Rumah Sakit

a. Makanan Biasa

Makanan biasa, seperti makanan yang Anda makan sehari-hari di rumah, didefinisikan sebagai makanan olahan yang disajikan dengan berbagai bahan, tekstur, rasa, dan aroma. Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang tepat bagi orang sehat dan gizi seimbang menjadi dasar pola makan. Jenis dan jumlah zat gizi yang disertakan dalam makanan sehari-hari sesuai dengan yang dibutuhkan tubuh.

Pasien yang tidak memerlukan panduan diet khusus karena kondisinya diberi makanan biasa. Pasien yang mampu mencerna

makanan secara normal melalui mulut diberi makanan biasa. Pasien tersebut termasuk mereka yang memiliki kasus kebidanan dan ginekologi, patah tulang, pasien kanker, dan mereka yang tidak memiliki suhu tubuh tinggi, pasien psikiatri yang tidak memiliki penyakit pencernaan, dan pasien bedah yang tidak memiliki gangguan saluran pencernaan.

b. Makanan Lunak

Makanan lunak adalah makanan semi padat yang lebih padat daripada makanan yang disaring tetapi memiliki tekstur yang lebih lembut daripada makanan biasa. Agar lebih mudah dikunyah, ditelan, dan dicerna daripada makanan konvensional, makanan lunak juga dapat dibuat dengan mengolah kembali makanan biasa dengan cara memasak atau memotongnya menjadi tekstur yang berbeda. Makanan lunak memiliki kandungan kalori, makronutrien, dan mikronutrien yang lebih rendah daripada makanan konvensional dalam volume/berat yang sama.

Pasien yang mengalami kesulitan mengonsumsi makanan biasa akibat sariawan, gigi tidak cukup untuk mengunyah, atau kesulitan makan sendiri diberikan makanan bertekstur lunak.

Makanan lunak diberikan pada pasien berdasarkan kondisi medis spesifik mereka, seperti pasca operasi tertentu, pasien dengan penyakit menular yang menyebabkan sedikit peningkatan suhu tubuh, pasien yang mengalami kesulitan mengunyah dan menelan, seperti mereka yang mengalami disfagia, atau sebagai transisi dari makanan saring ke makanan biasa.

c. Makanan Saring

Makanan yang disaring bersifat semi-padat, lebih halus daripada makanan lunak, dan lebih kental daripada makanan cair, sehingga lebih mudah ditelan dan dicerna.

Tergantung pada penyakitnya, pasien mungkin mendapat makanan yang disaring secara langsung atau mungkin digunakan untuk beralih dari makanan cair kental ke makanan lunak.

Beberapa pasien pascaoperasi, pasien dengan infeksi akut, seperti infeksi gastrointestinal, pasien yang mengalami kesulitan mengunyah dan menelan, serta pasien yang beralih dari makanan cair kental ke makanan lunak, semuanya diresepkan diet terbatas.

d. Makanan Cair

Istilah "makanan cair" mengacu pada makanan yang diberikan melalui rongga mulut, tabung, atau stoma (lubang) dan memiliki konsistensi cair dengan susunan nutrisi yang sederhana hingga lengkap.

Pasien yang mengalami masalah dalam mengunyah, menelan, dan mencerna makanan akibat demam tinggi, pendarahan pasca gastrointestinal, mual, muntah, atau penurunan kesadaran diberikan diet ini sebelum dan sesudah operasi. (AsDI, 2019).

2.1.3 Mutu Pelayanan Gizi

Jika layanan gizi rumah sakit memenuhi tiga kriteria mutu—1) pengawasan dan pengendalian mutu untuk menjamin keamanan barang yang disediakan, 2) memastikan kebahagiaan pelanggan, dan 3) penilaian mutu—layanan tersebut dianggap bermutu tinggi (Depkes, 2013).

Indikator mutu penyelenggaraan makanan diantaranya adalah ketepatan pemberian diet, ketepatan penyajian makanan, ketepatan cita rasa makanan, sisa makanan pasien. Audit dalam penyelenggaraan makanan di rumah sakit sangat terkait dengan usaha peningkatan mutu pelayanan gizi di rumah sakit. Tujuan audit adalah untuk tercapainya penyelenggaraan makanan yang berkualitas dan aman, melalui observasi penerapan standar, melakukan evaluasi pencapaian indikator atau parameter mutu, melakukan perbaikan-perbaikan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan pasien dan standar gizi yang telah ditetapkan. Audit yang dilakukan antara lain adalah audit menu, audit operasional penyelenggaraan makanan dan audit kepuasan dan daya terima makanan.

Audit menu dilakukan untuk mengetahui apakah besar porsi makanan yang akan disajikan memenuhi kebutuhan gizi, memenuhi

konsep menu seimbang dan pedoman gizi atau standar gizi yang telah ditetapkan serta variasi menu yang telah diberikan. Audit dalam operasional penyelenggaraan makanan mencakup aspek bahan makanan, penjamah, peralatan dan lingkungan kerja. Sedangkan audit yang berkaitan dengan kepuasan dan daya terima makanan mencakup *plate waste audit* (audit sisa makanan) dan kepuasan konsumen melalui kuesioner pelayanan makanan (Asdi, 2013).

2.1.4 Sisa Makanan

Persentase makanan yang dapat dihabiskan pada satu waktu makan atau lebih disebut sebagai sisa makanan. (Depkes, 2013).

Keempat kategori sisa makanan tersebut meliputi sayur-sayuran, lauk hewani, lauk nabati, dan makanan pokok. Sisa makanan dapat dijadikan salah satu indikasi untuk menilai efektivitas layanan gizi rumah sakit karena tingginya volume sisa makanan pasien di rumah sakit menunjukkan penyediaan makanan yang belum optimal. Akibat sampah makanan yang berlebihan, kebutuhan gizi pasien tidak terpenuhi hingga terjadi malnutrisi. Waktu perawatan yang lebih lama dan sistem imun yang melemah merupakan dua dampak lanjutan dari meningkatnya sampah makanan pada pasien, menurut penelitian lain. (Lestari, *et al.*, 2023).

Sisa makanan merupakan metrik penting untuk mengevaluasi seberapa baik kinerja sistem layanan makanan rumah sakit. Data sisa makanan digunakan untuk menilai seberapa baik layanan dan organisasi makanan bekerja. Rumah sakit biasanya menggunakan penimbangan dan metode Comstock untuk mengevaluasi sisa makanan. Selain kedua pendekatan ini, metode Pictorial Dietary Assessment Tool (PDAT) dapat digunakan untuk mengevaluasi sisa makanan. Jika dibandingkan dengan teknik Comstock, metode PDAT ini memiliki kelebihan karena lebih menarik secara visual karena menggunakan gambar makanan pasien, sehingga lebih mudah untuk menjelaskan sisa makanan pasien..

Teknik yang paling tepat untuk menentukan sisa atau asupan makanan adalah metode Food Weighing. Cara yang paling tepat adalah

dengan menimbang makanan yang masih ada di piring. Penelitian skala besar tidak dapat menggunakan pendekatan ini karena beberapa kekurangannya, yaitu perlunya peralatan khusus, banyak waktu, dan tenaga terlatih.

Banyak penelitian tentang limbah dan asupan di Indonesia telah menggunakan teknik Comstock secara ekstensif. Karena estimasi Comstock visual diskalakan sesuai dengan hasil penimbangan, hanya ada sedikit variasi antara hasil *food weighing* dan penilaian sisa makanan.

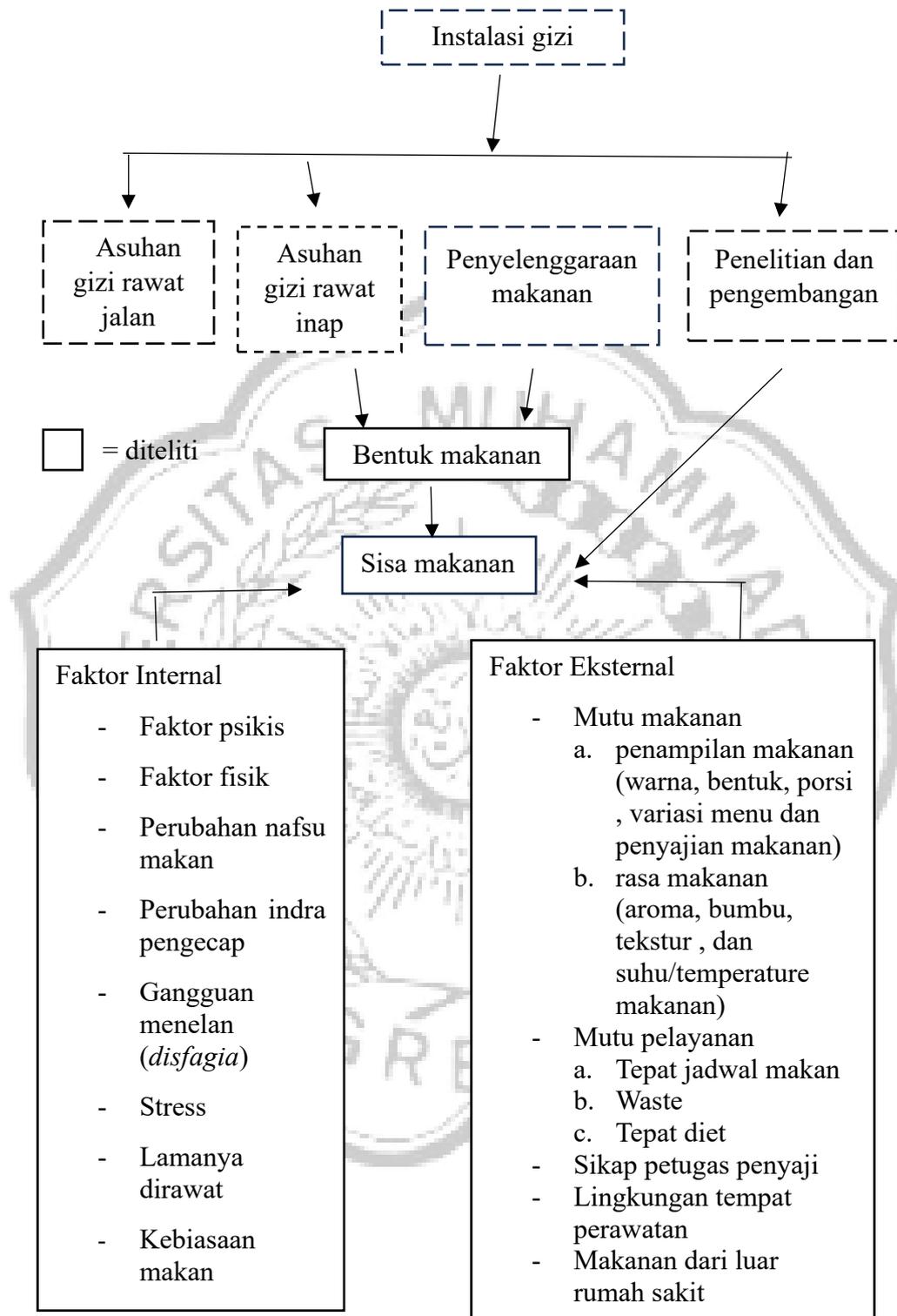
Teknik visual untuk mengevaluasi makanan telah berkembang pesat di sejumlah negara. Contohnya termasuk Digital Imaging (DI), teknik fotografi, dan gambar makanan seperti PDAT. Karena komponen Comstock juga terdapat dalam PDAT, tidak ada perbedaan antara kedua pendekatan tersebut dalam hal mengevaluasi sampah makanan, dan ahli gizi yang menerapkan kedua pendekatan tersebut memperoleh temuan yang identik (Nisak, *et al.*, 2019).

2.1.5 Faktor Yang Mempengaruhi Sisa Makanan Pasien

Ada sejumlah alasan mengapa pemborosan makanan terjadi di antara pasien rumah sakit. Ini meliputi faktor eksternal dan internal pasien. Keadaan klinis dan patologis pasien, termasuk perubahan nafsu makan, perubahan persepsi rasa, disfagia, stres, dan lamanya tinggal di rumah sakit, adalah contoh variabel internal. Kualitas makanan, termasuk rasa, aroma, ukuran porsi dan keragaman menu, tekstur, sikap staf, kesalahan dalam pengiriman makanan, waktu atau jadwal makan yang tidak tepat, suasana fasilitas perawatan, dan keberadaan makanan dari luar rumah sakit adalah contoh pengaruh eksternal pasien. (Sumardilah, 2022).

Menurut Rimpoporok, *et al* (2019), Faktor eksternal meliputi sikap staf, waktu atau jadwal makan yang tidak tepat, suasana fasilitas perawatan, makanan dari luar rumah sakit, tampilan makanan (warna, bentuk, porsi, dan penyajian), dan rasa makanan (aroma, rempah-rempah, konsistensi, kelembutan, dan suhu). Faktor internal meliputi perubahan selera makan, perubahan rasa, faktor psikologis, faktor fisik, kebiasaan makan, dan jenis kelamin.

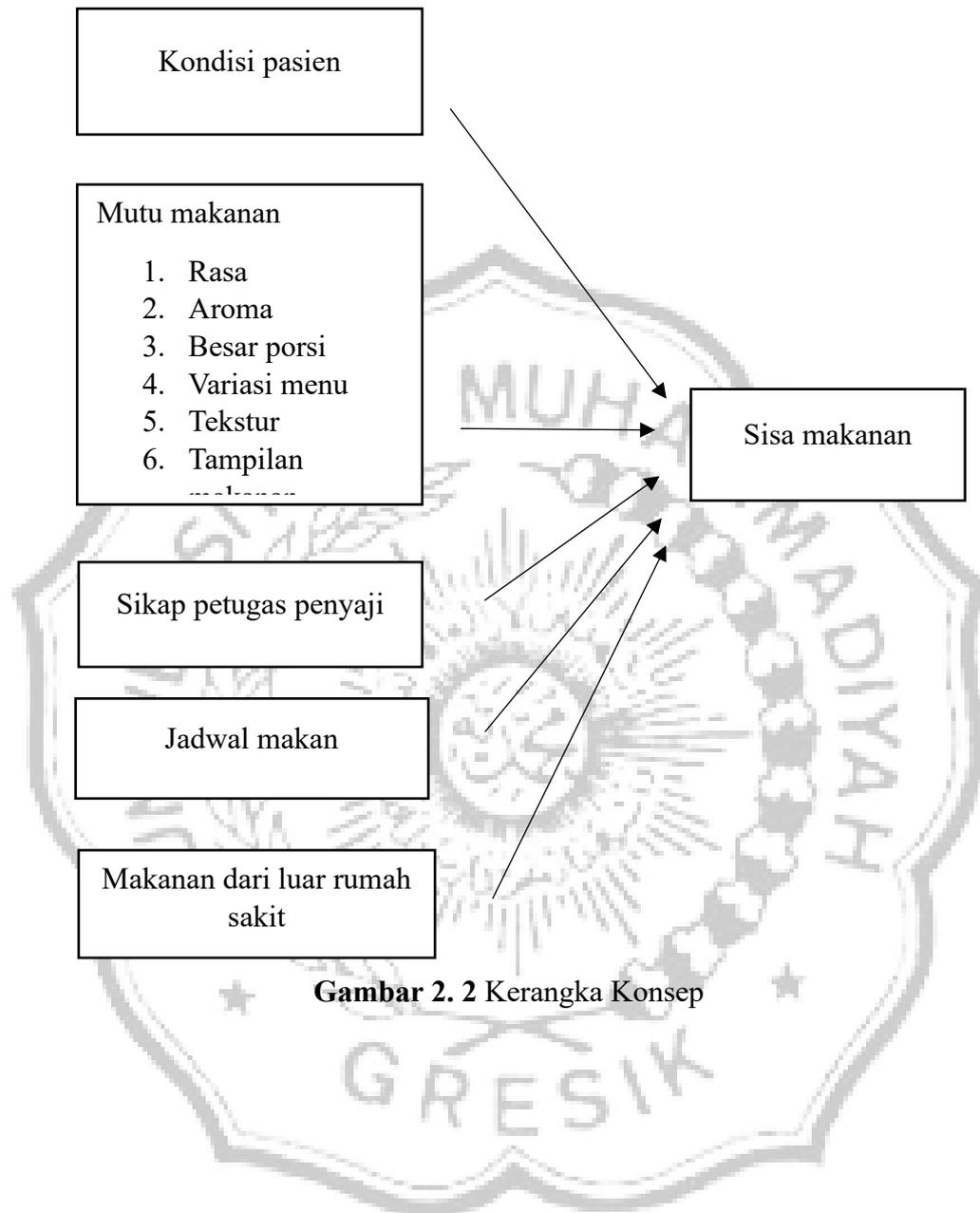
2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : Persagi & Asdi, 2019 ; Persagi & Asdi, 2013, Dewi Sri Sumardilah, 2022; Rimpok et al, 2019

2.3 KERANGKA KONSEP



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep