

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Diabetes Mellitus

a. Definisi

Diabetes Mellitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. (Smeltzer, 2014)

Diabetes Mellitus adalah kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang mengalami peningkatan kadar glukosa darah akibat kekurangan hormon insulin secara absolut atau relatif. (Almatsier, 2010)

Diabetes Mellitus adalah kelainan metabolisme karbohidrat glukosa darah tidak dapat digunakan dengan baik, sehingga menyebabkan keadaan hiperglikemia. Seseorang dikatakan Diabetes Mellitus sesuai dengan kriteria *Standards of Medical Care in Diabetes 2010* adalah HbA1c >6,5%, gula darah puasa >126 mg/dl (7 mmol/L), puasa didefinisikan tidak adanya asupan kalori sedikitnya 8 jam-2jam, glukosa plasma > 200 mg/dl (11,1 mmol/L) selama tes toleransi glukosa oral dengan asupan glukosa sebanding dengan 75 glukosa *anhydrous* yang dilarutkan, dan penderita dengan keluhan klasik hiperglikemia atau krisis hiperglikemia dengan glukosa darah sewaktu 200 mg/dl (11,1 mmol/L). (Hardinsyah, 2017)

b. Klasifikasi Diabetes melitus

Menurut Almatsier, 2010, sesuai konsesus pengelolaan Diabetes Mellitus di Indonesia (2002) oleh Perkumpulan Endokrin Indonesia, penyakit Diabetes Mellitus dibagi menjadi 4 golongan yaitu :

1) Tipe 1 : Diabetes Mellitus tergantung Insulin (IDDM)

Diperkirakan timbul akibat destruksi autoimun sel-sel beta pulau langerhans dan dicetuskan oleh lingkungan, serangan autoimiun dapat timbul setelah infeksi virus setelah pemakaian obat atau toksin (golongan nirosamine pada daging yang diawetkan). Pada saat diagnosa diabetes mellitus ditegakan, ditemukan antigen HLA terhadap sel-sel pulau langerhans pada sebagian besar klien Diabetes Mellitus. (Smeltzer, 2014)

2) Tipe 2: Diabetes Mellitus tidak tergantung pada insulin (NIIDM)

NIIDM berkaitan dengan kegemukan, selain itu pengaruh genetik yang menentukan kemungkinan seseorang mengidap penyakit ini cukup kuat, diperkirakan bahwa terdapat suatu sifat genetik yang belum teridentifikasi yang menyebabkan pankreas mengeluarkan insulin yang berbeda atau menyebabkan reseptor insulin berbeda pula, perantara kedua tidak dapat berespon secara adekuat terhadap insulin, kemungkinan juga terdapat kaitan antara kegemukan dan rangsangan yang berkepanjangan dari reseptor insulin. (Smeltzer, 2014)

3) Diabetes mellitus gestasional

Diabetes mellitus gestasional adalah keadaan diabetes yang timbul selama masa kehamilan pada trimester kedua atau ketiga, dan biasanya berlangsung hanya sementara. Keadaan ini terjadi karena pembentukan hormon pada ibu hamil yang menyebabkan resistensi insulin. (Smeltzer 2014)

4) Diabetes mellitus tipe lain

Kelompok yang lain adalah diabetes yang berhubungan dengan malnutrisi/ kurang gizi, diabetes yang disebabkan penyakit

lain dan DM akibat pemakaian obat-obatan tertentu. Jumlah penderitanya sangat sedikit ditemukan. (Smeltzer, 2014)

c. Diet untuk penderita Diabetes Mellitus

Penderita Diabetes Mellitus dianjurkan memilih jenis bahan makanan maupun makanan yang tidak cepat meningkatkan kadar glukosa darah. Tujuan khusus pengaturan makan untuk penderita DM adalah menghindari kadar glukosa dan lemak darah yang tinggi untuk mengendalikan kadar gula darah (Hardinsyah, 2017). Tujuan diet penyakit Diabetes Mellitus adalah membantu pasien memperbaiki kebiasaan makan dan olahraga untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik. Syarat diet Diabetes Mellitus (Almatsier, 2010):

- 1) Energi cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal. Kebutuhan energi ditentukan dengan memperhitungkan kebutuhan untuk metabolisme basal sebesar 25-30 kkal/kgBB normal, ditambah kebutuhan untuk aktivitas fisik dan keadaan khusus, misalnya kehamilan atau laktasi serta tidak adanya komplikasi. Makanan dibagi dalam 3 porsi besar yaitu makan pagi (20%), siang (30%) dan sore (25%), serta 2-3 porsi kecil untuk makanan selingan (masing-masing 10-15%)
- 2) Kebutuhan protein normal, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total
- 3) Kebutuhan lemak sedang yaitu 20-25% dari kebutuhan energi total, dalam bentuk < 10% dari kebutuhan energi total berasal dari lemak jenuh, 10% dan lemak tidak jenuh ganda, sedangkan sisanya dari lemak tidak jenuh tunggal. Asupan kolesterol makanan dibatasi, yaitu ≤ 300 mg perhari.
- 4) Kebutuhan karbohidrat adalah sisa dari kebutuhan energi total, yaitu 60-70%.
- 5) Penggunaan gula murni dalam minuman dan makanan tidak diperbolehkan kecuali jumlahnya sedikit sebagai bumbu. Bila

kadar glukosa darah sudah terkendali, diperbolehkan mengkonsumsi gula murni sampai 5% dari kebutuhan energi total.

- 6) Penggunaan gula alternatif dalam jumlah terbatas. Gula alternatif adalah bahan pemanis selain sakarosa.
- 7) Asupan serat dianjurkan 25 g/hari dengan menggunakan serat larut air yang terdapat di dalam sayur dan buah.
- 8) Pasien DM dengan tekanan darah normal diperbolehkan mengkonsumsi natrium yaitu 3000 mg/hari.
- 9) Cukup vitamin dan mineral. Apabila asupan dari makanan cukup, penambahan vitamin dalam bentuk suplemen tidak diperlukan.

d. Jenis Diet Diabetes Mellitus

Diet yang digunakan sebagai bagian dari penatalaksanaan Diabetes Mellitus dikontrol berdasarkan kandungan energi, protein, lemak dan karbohidrat dalam tabel berikut (Almatsier, 2010)

Tabel 1.1 Jenis Diet Diabetes Mellitus menurut kandungan energi, protein, lemak dan karbohidrat

Jenis Diet	Energi kkal	Protein G	Lemak g	Karbohidrat G
I	1100	43	30	172
II	1300	45	35	192
III	1500	51.5	36.5	235
IV	1700	55.5	36.5	275
V	1900	60	48	299
VI	2100	62	53	319
VII	2300	73	59	369
VIII	2500	80	62	396

2. Pelayanan Gizi Rumah Sakit

Pelayanan Gizi Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan dan disesuaikan dengan keadaan pasien berdasarkan keadaan klinis, status gizi,

dan status metabolisme tubuh. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi pasien. Sering terjadi kondisi pasien yang semakin buruk karena tidak tercukupinya kebutuhan zat gizi untuk perbaikan organ tubuh. (Depkes RI, 2013)

Pelayanan gizi rumah sakit (PGRS) menurut Hadinsyah (2017) merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan lainnya di Rumah Sakit dan secara menyeluruh merupakan salah satu upaya dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien rawat inap maupun rawat jalan. Tujuan umum pelayanan gizi rumah sakit adalah terciptanya sistem pelayanan gizi di rumah sakit dengan memperhatikan berbagai aspek gizi dan penyakit, serta merupakan bagian dari pelayanan kesehatan secara menyeluruh untuk meningkatkan dan mengembangkan mutu pelayanan gizi di rumah sakit. Tujuan khususnya :

- a. Terlaksananya kegiatan pelayanan gizi sesuai perencanaan dan anggaran kebutuhan bahan makanan, sarana, dan prasarana di instalasi gizi.
- b. Penyelenggaraan makanan yang berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pasien maupun konsumen untuk menunjang pelayanan kesehatan sesuai standar dan kebijakan direktur.
- c. Tersedianya makanan untuk pasien dan pegawai sesuai standar dan kebijakan pimpinan.
- d. Terlaksananya pelayanan asuhan gizi di ruang rawat inap.
- e. Terlaksananya pelayanan asuhan gizi di ruang rawat jalan.
- f. Terlaksananya kegiatan penyuluhan gizi dan promosi kesehatan rumah sakit.
- g. Terlaksananya penelitian dan pengembangan gizi terapan untuk meningkatkan mutu pelayanan
- h. Terlaksananya evaluasi dan pelaporan semua kegiatan.
- i. Meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelayanan gizi di rumah sakit.

- j. Terlaksananya higiene sanitasi, keamanan pangan dan keselamatan kerja.

3. Peranan Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi rumah sakit merupakan suatu upaya memperbaiki, meningkatkan gizi, makanan, dietetik masyarakat, kelompok, individu atau klien yang merupakan suatu kegiatan meliputi pengumpulan pengolahan, analisis, simpulan, anjuran, implementasi dan evaluasi gizi, makanan dan dietetik dalam rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sehat atau sakit. (Depkes RI, 2013).

- a. Aspek administratif

Dalam pengelolaan rumah sakit biaya untuk keperluan bahan makanan mengambil bagian terbesar sebanyak 20-40% dari biaya belanja barang rumah sakit. Dalam pengeluaran biaya yang cukup tinggi ini perlu adanya pengelolaan biaya dengan baik agar pemanfaatannya berdaya guna dan berhasil guna.

- b. Aspek kuratif

Pemberian makanan yang memenuhi kebutuhan gizi dan dapat diterima oleh pasien serta dapat dihabiskan akan mempercepat penyembuhan dan memperpendek hari rawatnya. Berarti dengan biaya yang sama rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang lebih banyak kepada masyarakat.

- c. Aspek edukatif

Untuk mengubah sikap serta kebiasaan makan pasien perlu diberikan penyuluhan dan konsultasi gizi yang terarah sesuai dengan keadaan, kebutuhan dan kebiasaan makannya, keadaan gizi baik dapat mencegah timbulnya penyakit kembali. Untuk meningkatkan pelayanan gizi yang berdaya guna dan berhasil guna dan terpadu sebaiknya semua tenaga di rumah sakit baik medik, paramedik dan

non medik memiliki pengetahuan gizi praktis. Pengetahuan gizi tersebut dapat diberikan oleh tenaga gizi yang ada di rumah sakit.

4. Pelayanan Gizi di Ruang Rawat Inap

Kegiatan pelayanan gizi di ruang rawat inap merupakan tindak lanjut dari kegiatan pengadaan makanan dari dapur instalasi gizi. Tujuan kegiatan ini adalah untuk memberikan terapi diet yang sesuai dengan kondisi pasien dalam upaya mempercepat penyembuhan melalui penyediaan makanan khusus, upaya perubahan sikap dan perilaku terhadap makanan selama dalam perawatan, adanya peran serta masyarakat dan mencegah kambuh penyakit. Oleh karena itu makanan yang disediakan sudah diperhitungkan jumlah dan mutu gizinya dan harus dihabiskan oleh pasien agar penyembuhannya dapat berjalan sesuai dengan program yang ditetapkan. (Moehyi, 2002)

Pelayanan gizi rawat inap merupakan pelayanan gizi yang dimulai dari proses pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi meliputi perencanaan, penyediaan makanan, penyuluhan/edukasi, dan konseling gizi, serta monitoring dan evaluasi gizi. Tujuannya memberikan pelayanan gizi kepada pasien rawat inap agar memperoleh asupan makanan yang sesuai kondisi kesehatannya dalam upaya mempercepat proses penyembuhan, mempertahankan dan meningkatkan status gizi. (Depkes, 2013)

Keberhasilan suatu pelayanan gizi di ruang rawat inap dapat dievaluasi dengan pengamatan sisa makanan yang tidak dikonsumsi setelah makanan disajikan. Sisa makanan dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Keadaan psikis disebabkan menurunnya aktivitas fisik selama dirawat, rasa takut terhadap penyakit yang diderita, suasana sendiri karena jauh dari keluarga atau keadaan penyakit yang menghambat kebebasan gerak akan menimbulkan rasa sedih dan putus asa, sehingga keadaan tersebut mengurangi selera makan pasien. Sebaliknya bila pasien dalam keadaan sehat dan senang biasanya selera makan akan baik dan meningkat.

5. Kualitas Makanan

Standar kualitas masakan adalah yang diharapkan untuk setiap hidangan yang diukur dengan nilai gizi rupa, rasa, tekstur, warna, bahan makanan yang digunakan standar porsi dan cara penyajiannya. (Hardinsyah, 2017)

Cita rasa makanan ditimbulkan oleh terjadinya rangsangan terhadap berbagai indera dalam tubuh manusia terutama indera penglihatan, penciuman, dan indera pengecap. Cita rasa makanan mencakup dua aspek utama yaitu penampilan makanan sewaktu dihidangkan dan rasa makanan waktu dimakan. (Moehyi, 2002)

a. Penampilan makanan

Faktor yang berkaitan dengan penampilan makanan menurut Winarno (2002) yaitu :

1) Warna makanan

Warna makanan adalah rupa hidangan yang disajikan dan dapat memberikan penampilan lebih menarik terhadap makanan yang disajikan (Wood, 1998)

2) Bentuk/ rupa makanan

Bentuk makanan dapat juga digunakan untuk menimbulkan ketertarikan dalam menu karena dari macam-macambentuk makanan yang disajikan. (Moehyi, 2002)

3) Penyajian makanan

Penyajian makanan adalah perlakuan terakhir dalam penyelenggaraan makanan sebelum dikonsumsi meliputi pemilihan alat, cara menyusun makanan, dan penghiasan hidangan. (Moehyi, 2002)

b. Rasa Makanan

Rasa makanan lebih banyak melibatkan indera pengecap (lidah), yaitu asin, manis, asam dan pahit. Rasa makanan adalah adalah rasa yang ditimbulkan dari makanan yang disajikan dan merupakan faktor kedua

yang menentukan cita rasa makanan setelah penampilan makanan itu sendiri. Menurut Moehyi (200) Komponen rasa makanan meliputi :

1) Bahan makanan

Bahan makanan yang digunakan merupakan bahan makanan segar dan terstandar yang mengandung zat gizi seimbang. (Hardinsyah, 2017)

2) Tekstur makanan

Tekstur adalah hal yang berkaitan dengan struktur makanan yang dirasakan dalam mulut meliputi kerenyahan, keempukan, berserat, halus, keras dan kenyal. (Moehyi, 2002)

3) Suhu makanan

Suhu makanan mempengaruhi rasa makanan yang disajikan sehingga mempengaruhi selera untuk memakannya.

6. Sisa Makanan

Sisa makanan adalah jumlah makanan yang tidak habis dikonsumsi setelah makanan disajikan. Analisa sisa makanan merupakan salah satu cara untuk melakukan evaluasi pelayanan gizi yang diberikan. Penyelenggaraan makanan di rumah sakit lebih banyak dihadapkan pada beberapa masalah yang tidak ditemui di Instansi lain. Perhitungan sisa makanan pasien dilakukan dengan penimbangan atau *weighing*. (Williams, 2011)

Sisa makanan adalah prosentase makanan yang dapat dihabiskan dari satu atau lebih waktu makan pasien. Skor maksimal yaitu 80%. Skor sisa makanan menurut Depkes (2013) yaitu :

1. Penuh = menggambarkan makanan utuh (tidak dimakan) nilai 0
2. $\frac{3}{4}$ p = menggambarkan sisa makanan $\frac{3}{4}$ porsi awal nilai 1
3. $\frac{1}{2}$ p = menggambarkan sisa makanan $\frac{1}{2}$ porsi awal nilai 2
4. $\frac{1}{4}$ p = menggambarkan sisa makanan $\frac{1}{4}$ porsi awal nilai 3
5. 0 = menggambarkan tidak ada sisa makanan nilai 4

Total nilai x 100%

Sisa makanan = _____

Jumlah jenis menu x 4

Sisa makanan dapat memberikan informasi yang tepat dan terperinci mengenai banyaknya sisa atau banyaknya makanan yang dikonsumsi oleh perorangan atau kelompok. (Aula, 2011)

Pengamatan sisa makanan dilakukan untuk mengetahui banyaknya makanan yang tidak dihabiskan oleh pasien. Pengamatan sisa makanan pada makanan yang tidak dimakan merupakan salah satu kegiatan pemantauan dan evaluasi gizi dari rumah sakit. Penyajian makanan pada pasien rawat inap adalah merupakan salah satu faktor yang menentukan untuk menilai berhasil tidaknya pelayanan gizi rumah sakit. Penentuan sisa makanan dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu:

a. Metode Penimbangan

Prinsip dari metode penimbangan menurut Carr (2001) dalam Aula (2011) adalah mengukur secara langsung berat dari setiap jenis makanan yang dikonsumsi dan selanjutnya dapat dihitung persentase sisa makanan (*Wask*).

Dalam metode penimbangan, yang perlu diperhatikan adalah bagaimana cara menimbang yang baik dan benar. Kelebihan dari metode penimbangan adalah jumlah dan jenis bahan makanan, sisa makanan dapat dihitung secara pasti dan mempunyai validitas yang tinggi. Metode penimbangan mempunyai beberapa kekurangan, yaitu: membebani responden, tidak praktis, memerlukan tempat yang luas untuk menampung alat makan dan sisa makan, memerlukan waktu lama untuk menimbang sisa makanan, dan memerlukan keterampilan pada saat menimbang makanan (Williams, 2011)

b. Metode Taksiran Visual

Prinsip dari metode taksiran visual adalah para penaksir (Estimator) menaksir secara visual banyaknya sisa makanan yang ada untuk setiap golongan makanan atau jenis hidangan. Hasil estimasi tersebut bisa dalam bentuk berat makanan yang dinyatakan dalam gram atau bentuk skor bila dalam skala pengukuran. Metode taksiran

dengan skala pengukuran dikembangkan oleh Comstock (1991) dalam Aula (2011) dengan menggunakan 5 point:

- Skala 0 (0%) = Semua makanan yang disajikan dikonsumsi oleh pasien, tidak ada sisa makanan.
- Skala 1 (25%) = Dari makanan yang disajikan, hanya 75% yang dikonsumsi pasien, sisa makanan 25%.
- Skala 2 (50%) = Dari makanan yang disajikan hanya 50% yang dikonsumsi pasien, sisa makanan 50%.
- Skala 3 (75%) = Dari makanan yang disajikan, hanya 25% yang dikonsumsi pasien, sisa makanan 75%.
- Skala 4 (95%) = Dari makanan yang disajikan, hanya 5% yang dikonsumsi pasien, sisa 95%.

Kelebihan dari metode taksiran visual antara lain: waktu yang digunakan cepat dan singkat, tidak memerlukan alat yang banyak dan rumit, menghemat biaya dan dapat mengetahui sisa makanan menurut jenisnya. Sedangkan kekurangan dari metode taksiran visual antara lain: diperlukan penaksir (estimator) yang terlatih, teliti, terampil, memerlukan kemampuan menaksir dan pengamatan yang tinggi dan sering terjadi kelebihan dalam menaksir atau kekurangan dalam menaksir.

7. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Sisa Makanan

Sisa makanan terjadi karena makanan yang disajikan tidak habis dikonsumsi. Faktor yang mempengaruhi sisa makanan dapat berupa faktor yang berasal dalam diri pasien (faktor internal), faktor dari luar pasien (faktor eksternal) serta faktor lainnya yang mendukung. (Almatsier, 2010)

a. Faktor Internal

Faktor internal menurut Aula (2011) yaitu faktor yang berasal dari pasien, meliputi:

1) Psikologis

Faktor psikologis merupakan rasa tidak senang, rasa takut dengan sakit dan ketidakbebasan karena penyakitnya, sehingga

menimbulkan putus asa. Rasa putus asa tersebut sering berupa hilangnya nafsu makan sehingga penderita tersebut tidak dapat menghabiskan makanan yang disajikan.

2) Kebiasaan makan

Kebiasaan makan pasien dapat mempengaruhi pasien dalam menghabiskan makanan yang disajikan. Bila kebiasaan makan sesuai dengan makanan yang disajikan baik dalam susunan menu, maupun besar porsi, maka pasien cenderung dapat menghabiskan makanan yang disajikan. Sebaliknya bila tidak sesuai dengan kebiasaan makan pasien, maka akan dibutuhkan waktu untuk penyesuaian.

3) Kebosanan

Rasa bosan biasanya timbul bila pasien mengkonsumsi makanan yang kurang bervariasi sehingga sudah hafal dengan jenis makan yang disajikan. Rasa bosan juga dapat timbul bila suasana lingkungan pada waktu makan tidak berubah. Untuk mengurangi rasa bosan tersebut selain meningkatkan variasi menu juga perlu adanya perubahan suasana lingkungan pada waktu makan. (Moehyi, 2002)

b. Faktor eksternal.

Faktor eksternal menurut Aula (2011) yang mempengaruhi terjadinya sisa makanan, meliputi:

1) Penampilan makanan

Penampilan makanan terdiri dari warna makanandan besar porsi.

2) Rasa makanan

Rasa makanan dipengaruhi oleh suhu dari setiap jenis hidangan yang disajikan, rasa dari setiap jenis hidangan yang disajikan dan keempukan serta tingkat kematangan.

c. Faktor lainnya

Faktor lain yang dapat menyebabkan sisa makanan antara lain penampilan alat makan, sikap petugas pengantar makanan

carapenyajian merupakan faktor yang perlu mendapat perhatian dalam mempertahankan penampilan dari makanan yang disajikan. Penyajian makanan berkaitan dengan peralatan yang digunakan, serta sikap petugas yang menyajikan makanan termasuk kebersihan peralatan makanan maupun kebersihan petugas yang menyajikan makanan. (Depkes RI, 2013)

8. Diet di Rumah Sakit

Diet di rumah sakit mempunyai dua makna yaitu satu sebagai makanan dan kedua pengaturan jumlah dan jenis makanan yang dimakan setiap hari agar kita tetap sehat. Diet yang dilakukan di rumah sakit tujuannya adalah untuk meningkatkan status gizi dan membantu kesembuhan pasien, maka istilah yang lazim digunakan adalah diet rumah sakit. (Hardinsyah, 2017)

Pelaksanaan asuhan nutrisi di ruang rawat inap, diperlukan kerjasama yang erat dan terpadu, saling mengerti dan menghormati. Di antara berbagai unsur yang terkait dengan pelaksanaan asuhan nutrisi yaitu dokter, perawat, ahli gizi dan farmasi. (Moehyi, 2002)

Tujuan pemberian diet adalah untuk meningkatkan atau mempertahankan dayatahan tubuh dalam menghadapi penyakit/cedera khususnya infeksi dan membantu kesembuhan pasien dari penyakit dengan memperbaiki jaringan yang aus atau rusak serta memulihkan keadaan seimbang dalam lingkungan internal tubuh yang normal / sehat. (Depkes, 2013) Tujuan pemberian diet di rumah sakit harus memperhatikan :

- a. Makanan dengan kandungan nutrisi yang baik dan seimbang, menurut keadaan penyakit dan status gizi masing-masing pasien.
- b. Makanan dengan tekstur dan konsistensi yang sesuai menurut kondisi lambung dan penyakit masing-masing pasien.
- c. Makanan yang mudah dicerna dan tidak merangsang, misalnya tidak mengandung bahan yang bisa menimbulkan gas, tidak mengandung bahan yang lengket, tidak terlalu pedas, asin, berminyak serta tidak terlalu panas atau dingin.

- d. Makanan yang bebas unsur aditif berbahaya misalnya pengawet dan pewarna. Makanan alami jauh lebih baik daripada makanan yang diawetkan atau dikalengkan.
- e. Makanan dengan cita rasa yang menarik untuk menggugah selera makan pasien yang umumnya terganggu oleh penyakit dan kondisi indra pengecap atau pembau.

Instalasi gizi adalah wadah yang mengelola kegiatan pelayanan gizi di rumah sakit. Pelayanan gizi rumah sakit (PGRS) dilihat dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit merupakan bagian yang tidak terpisahkan. Tujuan dari PGRS adalah membantu masyarakat rumah sakit (pasien, pengunjung dan petugas rumah sakit) untuk memilih dan memperoleh makanan yang memenuhi persyaratan gizi, agar mencapai status gizi yang optimal. Pengertian tentang tujuan ini bukan berarti instalasi gizi harus menyediakan makanan bagi seluruh masyarakat rumah sakit. Bantuan dapat diberikan berupa transfer pengetahuan dan keterampilan gizi/diet kepada pasien, pengunjung dan petugas rumah sakit lain. (Depkes, 2013)

Pelayanan gizi rawat inap, merupakan rangkaian kegiatan dimulai dari upaya perencanaan penyusunan diet pasien hingga pelaksanaan evaluasinya di ruang perawatan. Kegiatan ini merupakan tindak lanjut dari kegiatan pengadaan atau penyediaan makanan dari instalasi gizi, yang dalam kaitannya dengan penyembuhan pasien. Tujuan kegiatan ini adalah memberikan terapi diet yang sesuai dengan kondisi pasien dalam upaya mempercepat penyembuhan melalui penyediaan makanan khusus, upaya perubahan sikap dan perilaku terhadap makanan selama dalam perawatan, adanya peran serta masyarakat, dan mencegah kambuh penyakit. (Depkes, 2013)

9. Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja suatu produk serta harapannya. Jadi tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan

dengan harapan yang diinginkan. Apabila kinerja dibawah harapan, maka konsumen akan kecewa. Bila kinerja sesuai dengan harapan, maka konsumen akan puas, sedangkan apabila kinerja melebihi harapan, maka konsumen akan sangat puas. (Kotler, 2005)

Kepuasan pasien adalah harapan pasien yang timbul sebagai akibat dari dalam upaya melakukan peningkatan kualitas mutu pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien akan timbul apabila harapan yang diperoleh sama atau melebihi terhadap kinerja layanan kesehatan. (Anggraini, 2017)

Pengertian kepuasan menurut Engel, et all (1990) adalah evaluasi purna beli dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pasien. Wilkie (1990) mendefinisikan kepuasan adalah suatu tanggapan emosional pada evaluasi terhadap pengalaman konsumsi suatu produk atau jasa. Day 1998 (dalam Tse dan Wilton, 1998) menyatakan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan pasien adalah respon pasien terhadap evaluasi ketidaksesuaian (*disconfirmation*) yang dirasakan antaraharapan sebelumnya (atau norma kerja lainnya) dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakainya. Kotler, et all (1996) menandakan bahwa kepuasan pasien adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya. (Kotler, 2005)

Prinsipnya kepuasan pasien dapat diukur dengan berbagai macam metode dan teknik. Kotler, et all (2005) mengidentifikasi empat metode untuk mengukur kepuasan pasien, meliputi:

a. Sistem keluhan dan saran

Setiap organisasi atau institusi yang berorientasi kepada pasien (*customer oriented*), perlu memberikan kesempatan yang luas kepada para pasiennya untuk menyampaikan saran, pendapat, dan keluhan mereka. Media yang digunakan adalah berupa kotak saran yang diletakkan ditempat strategis (yang mudah dijangkau atau dilewati pasien). Kartu komentar yang bisa diisi langsung yang tersedia di setiap instalasi atau ruang rawat pasien.

b. *Ghost Shopping*

Merupakan salah satu cara untuk memperoleh gambaran mengenai kepuasan pasien dengan cara mempekerjakan beberapa orang (*ghost shopper*) untuk berperan atau bersikap sebagai pasien atau pembeli potensial produk perusahaan atau pesaing. Kemudian mereka melaporkan hasil temuanyang didapatkan mengenai kelemahan dan kelebihan produkperusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman yang telah merekadapatkan.

c. *Lost Costumer Analysis*

Perusahaan sebaiknya menghubungi pelanggan yang telah berhenti membeli atau yang telah pindah pemasok agar dapat memahami mengapa hal itu bisa terjadi dan agar dapat diketahui kebijakan atau evaluasi untuk penyempurnaan selanjutnya.

d. *Surveykepuasanpasien*

Secara umum banyak dilakukan penelitian tentang kepuasan pasien yang dilakukan dengan penelitian survey, baik dengan survey melalui pos, telepon, maupun wawancarapribadi.

Kepuasanpengguna jasa pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, menurut Muninjaya (2004), faktor tersebut meliputi:

- a. Pemahaman pengguna jasa terhadap jenis pelayanan yang akan diterimanya. Dalam hal ini aspek komunikasi memegang perananpenting karena pelayanan kesehatan adalah *High Personal Contact*.
- b. Empati (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan.Sikap ini akan menyentuh emosi pasien. Faktor ini akan berpengaruh pada tingkat kepatuhan pasien (*Compliance*).
- c. Biaya (*cost*), tingginya biaya pelayanan dapat dianggap sebagai sumber moral (*Moral Hazzard*) bagi pasien dan keluarganya. Prinsip perawatan "yang penting sembuh" menyebabkan pasien menerima saja jenis perawatan yang diberikan dan teknologi kedokteran yang ditawarkan oleh petugas kesehatan. Akibatnya biaya perawatan menjadi mahal.

- d. Penampilan fisik (kerapian)petugas, kondisi kebersihan dan kenyamananruangan (*Tangibility*) akan memberikan nilai tambah bagi kepuasan pasien.
- e. Jaminan keamanan yang ditunjukkan oleh petugas keamanan (*Assurance*).
- f. Keandalan atau ketrampilan (*Reliability*)petugas kesehatan dalammemberikan pelayanan kesehatan.
- g. Kecepatan petugas memberikan tanggapan terhadap keluhan pasien(*Responsiveness*).

Tujuan utama melakukan analisis kepuasan pasien selaku pengguna jasa pelayanan kesehatan atau sebagai pasien rumah sakit adalah untuk mengetahui sejauh mana tingkatkepuasan mereka,menghitung indeks kepuasan pasien. Sehingga hal ini dapatdigunakan oleh pihak manajemen rumah sakit untuk pertimbangan alat kebijakan pengambilan keputusan guna meningkatkan kinerja rumah sakit, alat untuk menyusun strategi pemasaran produk pelayanan, untuk memantau dan mengendalikan aktifitas sehari-hari.

Staf memberikan pelayanan kepada pasien, alat untuk mencapai misi yang telah ditetapkan rumah sakit yaitu memperoleh kepercayaan masyarakatmelalui kepuasan pasien dan keluarganya. (Anggraini, 2017) Sedangkan pengevaluasian kepuasan pasien terhadap produk jasa perusahaan tertentu, konsumen umumnya mengacu kepada berbagai faktor atau dimensi atau dimensi untuk jasa yang bersifat *Intangibel*, menurut Tjiptono dan Fandy, (2008), meliputi:

- a. Bukti langsung (*tangibles*)
Meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.
- b. Keandalan (*reliability*)
Kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera,akurat dan memuaskan.
- c. Daya tanggap (*responsiveness*)

Keinginan para staf dan karyawan membantu para pasien dan memberikan pelayanan secara tanggap.

d. Jaminan(*assurance*)

Mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat yang dapat dipercaya yang dimiliki para staf bebas dari bahaya, resiko atau keragu- raguan.

e. Empati

Meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan para pasien.

Evaluasi kepuasan terhadap suatu perusahaan atau instansi tertentu, faktor penentu yang digunakan dapat berupa kombinasi dari faktor penentu kepuasan terhadap produk atau jasa yang dihasilkan. Umumnya yang sering digunakan konsumen adalah aspek pelayanan atau kualitas barang atau jasa yang dibeli. Adapun cara konsumen untuk menilai lima dimensi kualitas jasa menurut Tjiptono & Fandy, (2008) adalah :

- a. Keandalan, janji ditepati sesuai jadwal, diagnosis terbukti akurat.
- b. Daya tanggap, mudah diakses, tidak lama menunggu, bersedia meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan kesah pasien.
- c. Jaminan, pengetahuan, ketrampilan, kepercayaan dan reputasi.
- d. Empati, mengenal pasien dengan baik, mengingat masalah (penyakit dan keluhan) sebelumnya menjadi pendengar yang sabar dan baik.
- e. Bukti langsung, ruang tunggu, ruang operasi, peralatan dan bahan tulis yang dapat memberikan rasa kenyamanan dan kepuasan pasien.

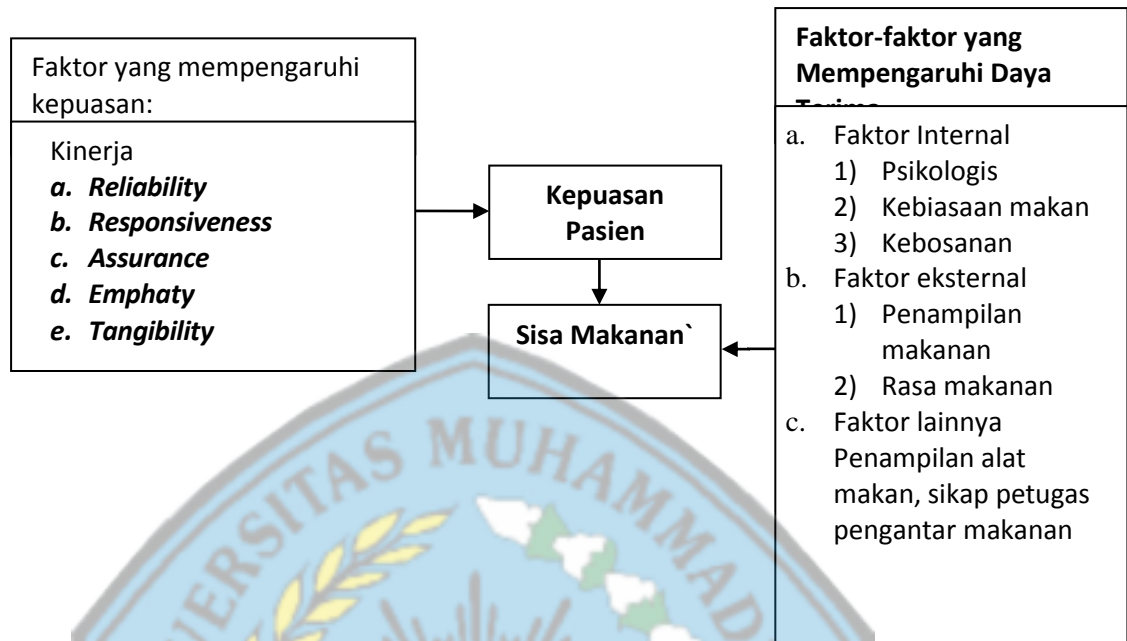
Harapan pasien dapat terbentuk dari pengalaman masa lampau, komentar dari kerabat serta janji dan informasi yang diperoleh dari pemasar jasa dan pesaing (Kotler, 2005). Harapan pasien tentang jasa pelayanan Rumah Sakit adalah meliputi ketanggapan, kompetensi, kesopanan, kredibilitas dan sensitivitas rumah sakit terhadap pasien (Kotler & Clark, 2005).

Kepuasan pasien dapat dinilai dengan berbagai macam kuesioner. Penilaian kepuasan pasien dari kualitas makanan rumah sakit dapat dinilai

dengan menggunakan kuesioner yang terdiri atas 20 pertanyaan dengan 4 kriteria yaitu sangat baik, baik, kurang baik dan tidak baik sehingga total nilai maksimal yaitu 80. Skor kepuasan pasien yang didapat yaitu kepuasan pasien buruk jika nilai yang dihasilkan 0-20, kepuasan pasien tidak baik jika 20-35, kepuasan pasien kurang baik jika 36-50, kepuasan pasien baik jika 51-65, dan sangat puas jika nilai yang dihasilkan yaitu 66-80. (Nursalam, 2013)



B. Kerangka Teori



Bagan 2.1 Kerangka Teori (Muninjaya, 2004)

C. Kerangka Konsep



Bagan 2.2 Kerangka Konsep

D. Variabel Penelitian

Variabel adalah karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu. (Nursalam,2003)

1. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah kepuasan pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD Sunan Kalijaga Demak.

2. Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah sisa makanan pasien Diabetes Mellitus di ruang rawat inap RSUD Sunan Kalijaga Demak.

E. Hipotesa

Hipotesa penelitian yang diambil peneliti adalah terdapat hubungan sisa makanan dengan kepuasan pasien diabetes mellitus (DM) dari aspek kualitas makanan rumah sakit di RSUD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak

