

**LAPORAN MAGANG GIZI KLINIK
MANAJEMEN PENYELENGGARAAN MAKANAN
RUMAH SAKIT PRIMASATYA HUSADA CITRA (PHC) SURABAYA**



Oleh :

SEKARSARI NURAINI	101611233040
NADHIFA AULIA ARNESYA	101611233049
KIRANA DWIYANTI PRASETYO	101611233057

**PROGRAM STUDI S1 GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

**LAPORAN MAGANG ASUHAN GIZI KLINIK
MANAJEMEN SISTEM PENYELENGGARAAN MAKANAN
RUMAH SAKIT PHC SURABAYA**

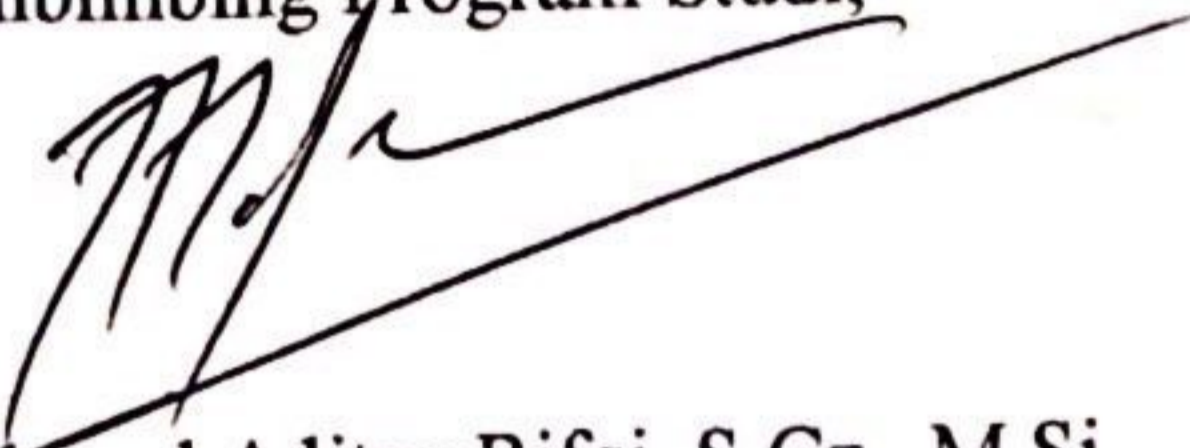
Disusun oleh:

SEKARSARI NURAINI	101611233040
NADHIFA AULIA ARNESYA	101611233049
KIRANA DWIYANTI PRASETYO	101611233057

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Program Studi,

Oktober 2019

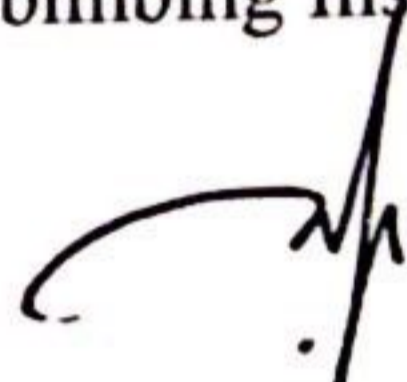


Mahmud Aditya Rifqi, S.Gz., M.Si

NIP. 198812072015041003

Pembimbing Instalasi Gizi RS PHC,

Oktober 2019

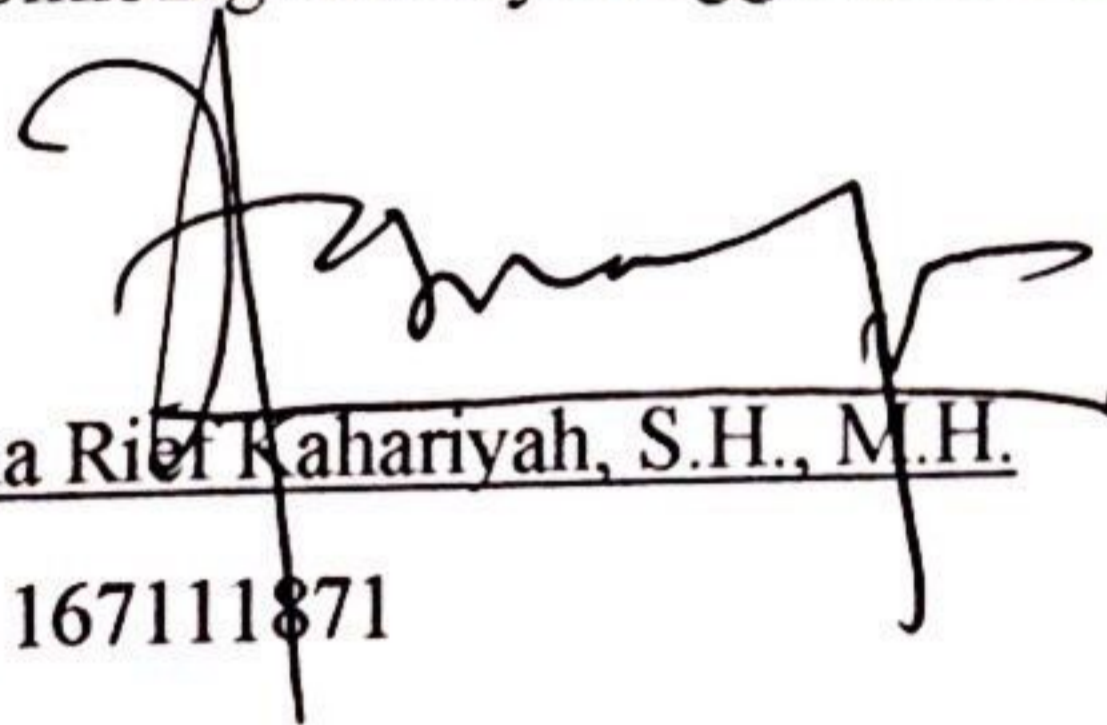


Mieke Christinawati, Amd.Gz. RD

NIP 0577000161

Pembimbing di Penyelenggaraan Makanan PCN,

Oktober 2019



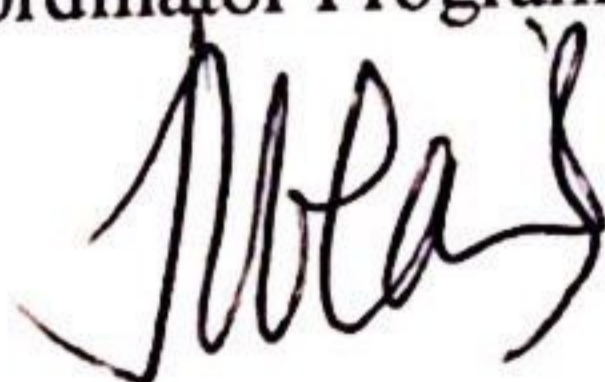
Hasna Rief Kahariyah, S.H., M.H.

NIP. 167111871

Mengetahui,

Koordinator Program Studi S1 Gizi,

Oktober 2019



Lailatul Muniroh, S.KM., M.Kes

NIP. 19800525005012004

Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya, kami dapat menyelesaikan Laporan Magang Gizi Klinik Manajemen Penyelenggaraan Makanan Rumah Sakit Prima Citra Nutrindo. Laporan ini berisi analisis hasil pengolahan data serta hasil observasi selama melaksanakan magang di domain manajemen penyelenggaraan makanan rumah sakit. Harapannya, laporan magang ini dapat merepresentasikan keadaan di lapangan dan dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi untuk pembaharuan manajemen penyelenggaraan makanan di rumah sakit mitra.

Keberhasilan penyusunan laporan kegiatan ini tidak dapat berhasil terselesaikan dengan baik tanpa adanya bantuan, bimbingan, serta dorongan dari berbagai pihak, terutama dosen pembimbing dan pembimbing lapangan kami, baik secara material maupun spiritual. Oleh karenanya, kami menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya dan kami berharap adanya masukan dan saran dari pembimbing lapangan untuk penyempurnaan laporan akhir kegiatan magang.

Surabaya, Oktober 2019

Penulis

Daftar Isi

LEMBAR PENGESAHAN.....	i
Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi.....	iii
Daftar Gambar.....	v
Daftar Tabel.....	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	2
1.1.1 Tujuan Umum	2
1.1.2 Tujuan Khusus	2
1.3 Manfaat	2
1.1.3 Bagi Mahasiswa	2
1.3.2 Bagi Institusi	3
1.3.3 Bagi Instansi.....	3
BAB II METODE PELAKSANAAN	4
2.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan.....	4
2.1.1 Lokasi Pelaksanaan	4
2.1.2 Waktu Pelaksanaan	4
2.2 Peserta Kegiatan.....	4
2.3 Pelaksanaan Kegiatan	4
2.4 Cara Pengumpulan Data.....	4
2.5 Matriks Perencanaan Kegiatan	5
BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN	6
3.1 Gambaran Umum Rumah Sakit	6
3.2 Gambaran Umum Penyelenggaraan Makan RS.....	9
3.3 Struktur Organisasi	14
3.4 Manajemen Sumber Daya Manusia Instalasi Gizi	14
3.5 Manajemen Keuangan.....	17
3.6 Perencanaan Menu, Siklus Menu.....	19
3.6.1 Perencanaan Menu	19
3.6.2 Siklus Menu	20
3.6.3 Komposisi Pelayanan Makan Pasien	23
3.7 Evaluasi Menu dan Pengembangan Mutu Menu	24

3.8 Standar Operasional Prosedur, Standar Alat, Standar Mutu, Standar Porsi, Standar Bumbu, Standar Resep.....	24
3.8.1 Standar Operasional Prosedur (SOP).....	24
3.8.2 Standar Alat.....	29
3.7.3 Standar Mutu.....	30
3.8.3 Standar Porsi	31
3.9 <i>Layout Kitchen dan Service Space</i>	32
3.9.1 <i>Layout Kitchen</i>	32
3.9.2 <i>Service Space</i>	33
3.10 Manajemen Sistem Pemesanan dan Pembelian Bahan	34
3.11 Manajemen Sistem Penerimaan, Penyaluran, dan Penyimpanan Bahan Makanan	38
3.11.1 Penerimaan dan Penyaluran Bahan Makanan	38
3.11.2 Penyimpanan Bahan Makanan	40
3.12 Manajemen Sistem Persiapan Makanan	43
3.13 Manajemen Produksi Makanan.....	44
3.14 Manajemen Sistem Distribusi dan Penyajian Makanan.....	45
3.15 Pengkajian Survei Kepuasan, <i>Quality Control</i> , dan Evaluasi Mutu Makanan	51
3.15.1 Pengkajian Survei Kepuasan.....	51
3.15.2 <i>Quality Control</i>	51
3.15.3 Evaluasi Mutu Makanan	52
3.16 Manajemen Sarana Fisik dan Peralatan	53
3.17 Penerapan Higiene Sanitasi dan K3	59
3.18 Manajemen Limbah	66
3.19 <i>Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP)</i>	68
BAB IV PENUTUP	69
4.1 Kesimpulan	69
4.2 Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	vii

Daftar Gambar

Gambar 1. Logo rumah sakit PHC.....	6
Gambar 2. Alur penyelenggaraan makanan RS PHC	11
Gambar 3. Logo PT. Prima Citra Nutrindo.....	12
Gambar 4. Segmen usaha PT. Prima Citra Nutrindo	12
Gambar 5. Struktur organisasi dan jalur koordinasi PT. PCN dengan RS PHC.....	14
Gambar 6. Chart biaya makan.....	18
Gambar 7. Alur perencanaan menu.....	19
Gambar 8. Layout dapur RS PHC.....	32
Gambar 9. Service space dan alur	33
Gambar 10. Alur sistem pemesanan dan pembelian bahan makanan	34
Gambar 11. Alur pembelian bahan makanan.....	36
Gambar 12. Contoh spesifikasi daging	37
Gambar 13. Alur penerimaan bahan makanan.....	39
Gambar 14. Skema penyaluran bahan makanan	40
Gambar 15. Alur persiapan bahan makanan	44

Daftar Tabel

Tabel 1. Data peserta magang	4
Tabel 2. Matriks pelaksanaan magang	5
Tabel 3. Waktu beban kerja	16
Tabel 4. Cluster tarif makanan	17
Tabel 16. Siklus menu di RS PHC	20
Tabel 17. Pelayanan makan pasien	23
Tabel 18. Standar Operasional Prosedur	27
Tabel 19. Gramasi makanan.....	31
Tabel 21. Kesesuaian sistem penyimpanan dengan PERMENKES 1096 th. 2011.	42
Tabel 22. Jadwal pemorsian makanan di RS PHC.....	47
Tabel 23. Jadwal distribusi dan <i>clear up</i>	50
Tabel 24. Kesesuaian antara sarana fisik dengan standar operasional prosedur fasilitas	53
Tabel 25. Data inventaris dapur RS PHC	55
Tabel 26. Kesesuaian ketersediaan alat dengan PGRS 2013	56
Tabel 27. Pemenuhan syarat higiene sanitasi menurut PERMENKES 1096 th. 2011	61

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan tempat umum yang memberikan pelayanan kesehatan masyarakat dengan kegiatan berupa pelayanan medis yang diselenggarakan melalui pendekatan preventif, kuratif, rehabilitatif, dan promotif. Untuk menunjang pelayanan medis bagi pasien yang diselenggarakan oleh rumah sakit, perlu adanya pengolahan makanan yang baik dan memenuhi syarat higiene dan sanitasi makanan. Menurut Kemenkes RI (2013), pelayanan gizi merupakan suatu upaya memperbaiki, meningkatkan gizi, makanan, dietetik masyarakat, kelompok, individu atau klien yang merupakan suatu rangkaian kegiatan yang meliputi pengumpulan, pengolahan, analisis, simpulan, anjuran, implementasi dan evaluasi gizi, makanan dan dietetik dalam rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sehat atau sakit.

Pelayanan gizi di 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 ditemukan dalam beberapa kondisi pasien yang semakin memburuk karena tidak tercukupinya kebutuhan zat gizi untuk perbaikan organ tubuh. Fungsi organ yang terganggu akan lebih diperparah dengan adanya penyakit dan kekurangan gizi. Selain itu masalah gizi lebih dan obesitas erat hubungannya dengan penyakit degeneratif, seperti diabetes mellitus, penyakit jantung koroner, hipertensi dan penyakit kanker. Masalah gizi ini memerlukan terapi gizi khusus dan terpadu untuk membantu dalam proses penyembuhannya (PGRS, 2013).

Institusi pendidikan tenaga kesehatan mempunyai peranan yang strategis dalam menyiapkan atau mendidik tenaga kesehatan yang bermutu. Salah satu program pemerintah dalam memajukan kesehatan adalah membuat program Indonesia sehat. Untuk mewujudkan Indonesia sehat diperlukan pembangunan nasional yang dilandasi pandangan baru dan paradigma sehat, professional, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dan desentralisasi. Keempat strategi tersebut sangat relevan dengan perkembangan kesehatan yang terjadi di tanah air (PGRS, 2013).

Kurikulum Pendidikan Sarjana Gizi untuk membentuk Ahli Gizi yang kompeten melakukan asuhan gizi di rumah sakit, diwujudkan dalam pembelajaran di kelas dan praktik di laboratorium. Namun demikian, proses pembelajaran tersebut belum cukup memberikan bekal

untuk mencapai kompetensi yang diharapkan. Untuk itu, dilakukan magang kerja di lahan praktik agar mahasiswa memperoleh keterampilan asuhan gizi di rumah sakit.

Magang kerja dilaksanakan pada Semester VII. Pelaksanaan magang ini terdiri dari tiga tahapan yaitu persiapan, pembekalan, dan pelaksanaan magang di tempat jasa pelayanan khususnya di bidang diet. Magang merupakan program pembelajaran yang harus dilaksanakan oleh setiap mahasiswa sebelum memasuki dunia kerja. Selama magang mahasiswa bekerja sebagai tenaga kerja di rumah sakit mitra sehingga mampu menyerap berbagai pengalaman praktek.

1.2 Tujuan

1.1.1 Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman, keterampilan, penyesuaian sikap, serta penghayatan dunia kerja dalam rangka meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan di bidang ilmu gizi terutama dalam manajemen pelayanan gizi rumah sakit serta melatih kemampuan berkomunikasi dan bekerja sama dengan orang lain dalam satu tim sehingga diperoleh manfaat yang bisa dirasakan baik untuk peserta magang maupun untuk lingkungan Rumah Sakit PHC Surabaya

1.1.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji kebijakan dan peraturan ketenagakerjaan serta aspek-aspek sumber daya manusia di Instalasi Gizi Rumah Sakit PHC dan PT Prima Citra Nutrindo
2. Menganalisis aspek-aspek keuangan dan finansial termasuk proses perhitungan biaya makan, biaya tenaga kerja, dan komponen lain yang memengaruhi biaya makan serta mempelajari perencanaan anggaran belanja sesuai kebutuhan gizi dan kebijakan institusi
3. Menganalisis proses penyelenggaraan makanan mulai dari perencanaan dan penyusunan menu, pengadaan (pemesanan dan pembelian), penerimaan, penyimpanan, hingga distribusi makanan ke pasien
4. Menganalisis aspek sanitasi dan higienitas serta keselamatan kerja di Instalasi Gizi Rumah Sakit PHC Surabaya
5. Mempelajari keamanan, keselamatan, dan kesehatan kerja di Rumah Sakit PHC Surabaya

1.3 Manfaat

1.1.3 Bagi Mahasiswa

1. Memperoleh pengalaman, keterampilan, penyesuaian sikap, dan penghayatan dunia kerja.

2. Memperoleh pemahaman wawasan tentang ruang lingkup dan kemampuan praktek dalam bidang ilmu gizi dalam hal ini manajemen pelayanan gizi rumah sakit.
3. Melatih kemampuan berkomunikasi dan bekerja sama dengan orang lain dalam satu tim.
4. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu gizi kesehatan.
5. Dapat memahami kondisi di lapangan mengenai permasalahan yang ada serta mampu mengidentifikasi prosedur kerja di tempat magang.

1.3.2 Bagi Institusi

1. Sebagai jembatan penghubung antara dunia pendidikan tinggi dengan dunia kerja.
2. Sebagai wadah untuk implementasi dan pengasahan *hard skill* serta *soft skill* peserta magang sehingga dapat meningkatkan kualitas lulusan.
3. Menambah referensi ilmu yang tidak diperoleh di lingkungan kampus.
4. Memberikan umpan balik bagi pelaksanaan kegiatan magang selanjutnya.

1.3.3 Bagi Instansi

1. Dapat memperoleh masukan dari mahasiswa magang mengenai permasalahan dalam bidang gizi kesehatan sebagai bahan pertimbangan untuk perbaikan di bagian Instalasi Gizi mengenai Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS).
2. Dapat menjalin kerja sama yang baik demi kemajuan program.

BAB II

METODE PELAKSANAAN MAGANG

2.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan

2.1.1 Lokasi Pelaksanaan

Lokasi pelaksanaan magang antara lain:

1. Instalasi Gizi Rumah Sakit PHC Surabaya, Jl. Prapat Kurung Selatan No. 1 Tanjung Perak, Surabaya.
2. Kantor (Ruko) PT. Prima Citra Nutrindo (PCN) Jl. Raya Jemursari
3. Gudang PT. Prima Citra Nutrindo (PCN) Jl. Teluk Kumai

2.1.2 Waktu Pelaksanaan

Waktu pelaksanaan kegiatan magang dilaksanakan selama dua minggu yang dimulai dari tanggal 3 September sampai 16 September 2019.

2.2 Peserta Kegiatan

Peserta magang Manajemen Sistem Penyelenggaraan Makanan (MSPM) adalah mahasiswa S1 Gizi Reguler Universitas Airlangga Semester 7 Tahun Akademik 2019 sebanyak tiga orang mahasiswa yaitu

Tabel 1. Data peserta magang

No.	Nama	NIM
1	Sekarsari Nuraini	101611233040
2	Nadhifa Aulia Arnesya	101611233049
3	Kirana Dwiyanti Prasetyo	101611233057

2.3 Pelaksanaan Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan magang tersebut akan dilaksanakan dengan cara sebagai berikut.

1. Kegiatan kelompok

Manajemen sistem penyelenggaraan makanan

2. Kegiatan individu

Melakukan analisis HACCP (*Hazard Analysis Critical Control Points*)

2.4 Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan menggunakan beberapa metode yaitu observasi, diskusi, praktek, studi literatur, dan wawancara. Data yang didapatkan kemudian diolah untuk kemudian digunakan sebagai komponen atau bahan dari laporan kegiatan.

2.5 Matriks Perencanaan Kegiatan

Magang dilakukan selama dua minggu (42 jam kerja), yaitu setara dengan tujuh jam selama enam hari kerja. Adapun deskripsi kegiatan sebagai berikut.

Tabel 2. Matriks pelaksanaan magang

WAKTU		KEGIATAN PRAKTIK	TEMPAT
MSPM			
Minggu-1		<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengenalan atau orientasi Instalasi Gizi RS PHC Surabaya 2. Menganalisis sistem pemesanan dan pembelian, dokumen pemesanan bahan makanandan sistem pembelian. 3. Menganalisis sistem penerimaan, penyaluran, dan penyimpanan bahan makanan, serta melakukan observasi ruangan penyimpanan basah dan kering. 4. Mempelajari <i>layout kitchen, storage spaces, service spaces,</i> dan peralatan yang ada. 5. Menganalisis sistem persiapan dan pengolahan makanan, tempat, jumlah dan jenisperalatan, standar porsi, standar menu, standar mutu, dan standar operasional prosedur. 	Instalasi Gizi RS PHC, PT. PCN, Gudang PT. PCN
Minggu-2		<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganalisis sistem distribusi dan penyajian makanan berdasarkan jenis menu, keadaan konsumen, peralatan, waktu dan tempat, serta tenaga distribusi dan penyajian. 2. Mengamati pengawasan mutu makanan pada penyelenggaraan makanan masak, penerapan HACCP/SKP/ISO terhadap produk makanan yang diolah, menganalisis aspek-aspek yang perlu diperbaiki dalam meningkatkan higiene/sanitasi makanan. 3. Menganalisis <i>clearing, cleaning, dan waste management.</i> 4. Melakukan studi kelayakan, survei kepuasan, dan evaluasi mutu makanan yang diproduksi berdasarkan karakteristik konsumen, anggaran per menu, tenaga kerja,peraturan institusi, siklus/susunan menu, variasi dan kombinasi, pengulangan menu,citarasa, warna, penampilan, dan suhu makanan. 5. Melakukan penilaian kuantitas dan kualitas makanan yang di konsumsi konsumen. 	Instalasi Gizi RS PHC, PT. PCN, Gudang PT. PCN

BAB III**HASIL DAN PEMBAHASAN MAGANG****3.1 Gambaran Umum Rumah Sakit**

Rumah Sakit Primasatya Husada Citra Surabaya atau lebih dikenal dengan Rumah Sakit PHC Surabaya merupakan salah satu penyedia layanan kesehatan di Indonesia. Menyandang status Rumah Sakit Tipe B Pendidikan sejak 26 Juli 2018 (Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.01.07/Menkes/410/2018), RS PHC Surabaya menawarkan jasa layanan kesehatan dimana memiliki tim medis yang terdiri dari 40 Dokter Umum, 14 Dokter Gigi, 61 Dokter Spesialis dan 40 Dokter Sub Spesialis. Rumah Sakit PHC terletak di Jalan Prapat Kurung Selatan No. 1 Tanjung Perak, Surabaya.

Pelayanan yang disediakan RS PHC Surabaya di antaranya adalah Instalasi Gawat Darurat (IGD) 24 jam, *medical check up*, perawatan rawat jalan yang terdiri atas poli spesialis dan non spesialis serta hemodialisis, serta perawatan rawat inap. Jenis kamar yang tersedia untuk perawatan rawat inap antara lain president suite, suite, deluxe, superior, ICU, serta kamar operasi. Layanan yang diunggulkan dari RS PHC di antaranya adalah polysomnography, katerisasi jantung, serta layanan gizi.

Saat ini RS PHC tercatat telah terakreditasi PARIPURNA (bintang lima) oleh KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit) yang valid sampai tahun 2019. Sistem manajemen RS PHC telah terakreditasi oleh ISO 9001:2008 tentang Sistem Manajemen Mutu Medical Laboratory & Inpatient Service by JANZ-ANZ IAF.



Gambar 1. Logo rumah sakit PHC

VISI :

To Be A First Class Hospital in Health Services

MISI :

1. Memberikan pelayanan kesehatan bermutu tinggi melalui peningkatan capaian standar mutu pelayanan dan keselamatan pasien
2. Menerapkan budaya kerja yang berorientasi kepada kebutuhan dan harapan pelanggan
3. Senantiasa menghasilkan kinerja produktifitas dan profitabilitas yang mendukung pengembangan usaha perusahaan
4. Peningkatan pemanfaatan pendidikan dan penelitian untuk meningkatkan kemampuan pelayanan kesehatan.

Rumah Sakit PHC Surabaya (RS PHC) berdiri pada 1965 dengan layanan yang tersedia adalah klinik umum, klinik ibu dan anak, serta klinik gigi dan radiologi. Pada 1966, diresmikan menjadi institusi pelayanan kesehatan untuk pegawai Badan Pengusahaan Pelabuhan dan keluarganya. Mulai saat itulah institusi tersebut dikenal dengan nama *Port Health Centre* (PHC). Seiring dengan perkembangan kemampuan pelayanan, pada 1970, RS PHC juga melayani masyarakat umum.

Kemudian pada tahun 1985, Departemen Kesehatan merekomendasikan RS. PHC sebagai rumah sakit yang setara dengan rumah sakit umum tipe C. Setelah berlangsung selama tujuh tahun, sejak 1 Januari 1992 pengelolaan orientasi bisnis PHC berubah, dari pusat biaya (*cost center*) menjadi pusat laba (*profit center*) dan kewenangannya pun menjadi lebih besar untuk mengelola kegiatannya sendiri.

Dimulai pada tanggal 1 September 1999, RS. PHC resmi mengalami pemisahan pengelolaan perusahaan, menjadi anak perusahaan PT. Pelabuhan Indonesia III (Persero) dan selanjutnya tanggal tersebut menjadi hari jadi rumah sakit hingga sekarang. Tujuan pemisahan pengelolaan tersebut adalah untuk meningkatkan kemandirian perusahaan yang diharapkan berujung pada peningkatan mutu pelayanan. Semenjak pemisahan pengelolaan tersebut, RS. PHC semakin berbenah. Banyak hal dilakukan dan diraih.

Pada tahun 1999, RS. PHC berhasil mendapatkan akreditasi penuh tingkat dasar untuk rumah sakit tipe C dari Departemen Kesehatan RI. Kemudian di tahun 2002, mengoperasikan gedung klinik spesialis terpadu dan kamar operasi. Selain itu, RS. PHC juga melengkapi diri dengan CT Scan (*computed tomography scanner*) untuk pencitraan (*imaging*) organ dalam pasien.

Pada tahun 2003, RS PHC melengkapi fasilitas kamar operasi yang mengarah pada kemampuan pembedahan minimal sayatan (*minimal invasive*) melalui pengoperasian alat pencitraan secara real time pada saat dilakukan operasi C-Arm dan alat laparoscope-endoscope. Pada tahun ini pula dioperasikan ruangan ICU dan pelayanan cuci darah (*hemodialisa*) yang memadai untuk memenuhi tuntutan pelanggan.

Untuk pertama kalinya, pada tahun 2004, berhasil melakukan operasi sinus tanpa operasi dengan menggunakan endoskopi atau disebut *functional endoscopy sinus surgery* (FESS). Untuk mendukung posisi RS PHC sebagai trauma centre di wilayah pasarnya, di tahun 2005 dilakukan peningkatan kelengkapan fasilitas pelayanan gawat darurat pada. Hal ini terbukti dengan kesiapan IGD RS. PHC pada saat menangani musibah kapal, baik kecelakaan kapal maupun kebakaran.

Pada tahun 2006, beberapa operasi baru dapat dilaksanakan, diantaranya operasi tumor otak, operasi pada tulang belakang, dan operasi memperbaiki posisi kaki bengkok karena cacat

bawaan lahir (CTEV - congenital talipes equino varus). Akhirnya di tahun 2007, kemampuan operasi semakin berkembang dengan kemampuannya melakukan bedah skoliosis (perbaikan pada tulang belakang yg bengkok), penggantian tulang kaki, replantasi dengan bedah mikro, pengangkatan rahim melalui vagina (transvaginal hysterctomy), serta operasi rekonstruksi payudara trans recto abdominal atau TRAM.

Untuk mendukung permintaan rawat inap pasien, pada tahun 2008 dilakukan peningkatan kapasitas rawat inap dengan mulai dioperasikannya Grha PHC sehingga secara keseluruhan RS PHC berkapasitas 200 TT. Selain itu, pada tahun ini pula diluncurkan dua produk baru, yaitu pelayanan untuk mendeteksi penyebab gangguan tidur karena mendengkur dengan menggunakan alat polisomnografi. Untuk mendukung pelayanan ini, RS. PHC melengkapi dengan sleep lab, dimana kamar tidur pasien didesain menyerupai kamar tidur rumah. RS PHC Surabaya juga melakukan operasi katarak dengan phacoemulsifikasi, dimana pembedahan dapat dilakukan hanya dengan irisan kurang lebih 2 mm. Operasi lain yang bisa dilakukan adalah rekonstruksi total pada lutut (total knee reconstruction), operasi untuk saraf tulang belakang yang terjepit (herniasi nucleus purpous atau HNP) dan operasi penggantian kepala tulang paha (austin more protesa atau AMP). Pada tahun ini pula, dalam rangka meningkatkan penjaminan mutu pelayanan, didapatkan Akreditasi Penuh 16 pelayanan untuk kali pertama.

Pelayanan untuk kamar operasi semakin meningkat pada tahun 2009, meliputi reduksi adenoid, rekonstruksi tumor mata, pemasangan alat pacu jantung permanen, tranplantasi (cangkok) kornea mata, serta penanganan wasir atau hemoroid dengan alat circular stapler (minimal pembedahan). Kemudian di tahun 2010, pelayanan lain yang dikembangkan adalah Pelayanan Gizi. RS PHC mendapatkan izin penyehatan makanan jasa boga golongan B dari Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Surabaya dan mendapatkan sertifikasi halal dari MUI. Pada tahun ini pula mulai dikembangkan pelayanan Diet Gizi, sehingga menjadikan pelayanan yang seimbang dengan asupan gizi yang seimbang. Pelayanan Diet Gizi juga melayani masyarakat umum dengan delivery untuk beberapa area.

Kemampuan operasi kembali meningkat dengan keberhasilan operasi SILS (single incisi laparoscope surgery) di tahun 2011. SILS adalah teknik operasi menggunakan satu sayatan di bawah pusar, misalnya untuk appendectomi (operasi usus buntu) dan cholecistectomi (pengambilan batu empedu). Dalam pelayanan kesehatan bayi dan anak, RS PHC banyak melakukan perawatan pada pasien bayi yang lahir dengan berat badan yang sangat kurang. Dari segi manajemen, RS PHC Surabaya berhasil meraih penghargaan sebagai champion dalam ajang Surabaya Service Excellent Award (SSEA) yang diselenggarakan Mark Plus Inc pada kategori rumah sakit dengan 200 TT.

Rumah Sakit PHC Surabaya mendapatkan standarisasi dari badan-badan resmi baik nasional maupun internasional dengan tujuan untuk memberikan bukti kepada masyarakat bahwa Rumah Sakit PHC Surabaya memiliki komitmen yang terbaik dalam pelayanannya.

- a. Rumah Sakit PHC Surabaya untuk ketiga kalinya meraih penghargaan dalam ajang *Surabaya Service Excellent Award (SSEA)* sebagai BEST CHAMPION untuk kategori rumah sakit dengan TT diatas 200 yang diselenggarakan oleh Mark Plus Inc.
- b. Sertifikasi HACCP kembali dilaksanakan sebagai upaya untuk meningkatkan standarisasi keamanan pangan khususnya makan pasien rawat inap.
- c. Sertifikasi ISO 9001:2008 Sistem Manajemen Mutu untuk pelayanan Laboratorium Rumah Sakit PHC Surabaya dapat diperoleh.

Dari segi manajemen, Sertifikasi ISO 9001:2008 Manajemen Mutu untuk Pelayanan Rawat Inap dapat diperoleh melengkapi Sertifikasi HACCP Pelayanan Gizi Pasien dan ISO 9001:2008 Pelayanan Laboratorium. Untuk keempat kalinya penghargaan dalam ajang *Surabaya Service Excellent Award (SSEA)* untuk kategori rumah sakit dengan TT diatas 200 dari Mark Plus Inc dapat dipertahankan.

Dari segi manajemen, Rumah Sakit PHC Surabaya telah menjalin kerjasama dengan BPJS pada awal penghujung tahun 2012. Untuk kelima kalinya penghargaan dalam ajang *Surabaya Service Excellent Award (SSEA)* untuk kategori rumah sakit type B dari Mark Plus Inc dapat dipertahankan. Sebagai upaya peningkatan kualitas & kapasitas pelayanan terutama pada layanan Rawat Jalan, Kamar Operasi & ICU, maka pembangunan Gedung PHC Medical Centre (PMC) telah diresmikan pada tanggal 28 Oktober 2014.

Demi meningkatkan kualitas & kapasitas pelayanan pasien khususnya di Kamar Operasi dan ICU, tanggal 31 januari 2015 telah diresmikan 6 Kamar Operasi yang modern dan canggih dilengkapi dengan teknologi pendant system dan pneumatic tube system serta live surgery untuk video conference, ruang ICU yang lebih luas, canggih dan modern dengan kapasitas 12 tempat tidur ICU (*Intensive Care Unit*), 2 tempat tidur PICU (*Pediatric Intensive care Unit*), dan 2 tempat tidur NICU (*Neonatus Care Unit*). Rumah Sakit PHC Surabaya berhasil meraih kelulusan untuk Akreditasi Versi 2012 dari KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit) dengan tingkat kelulusan "PARIPURNA" pada tahun 2016 yang valid sampai 2019.

3.2 Gambaran Umum Penyelenggaraan Makan RS

Pada tahun 2018, Indonesia mengalami peningkatan pertumbuhan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang mencapai 71,39. Menurut data yang diperoleh dari Badan Pusat Statistika (2018), angka ini tumbuh sebesar 0,82% dibandingkan tahun 2017 yang

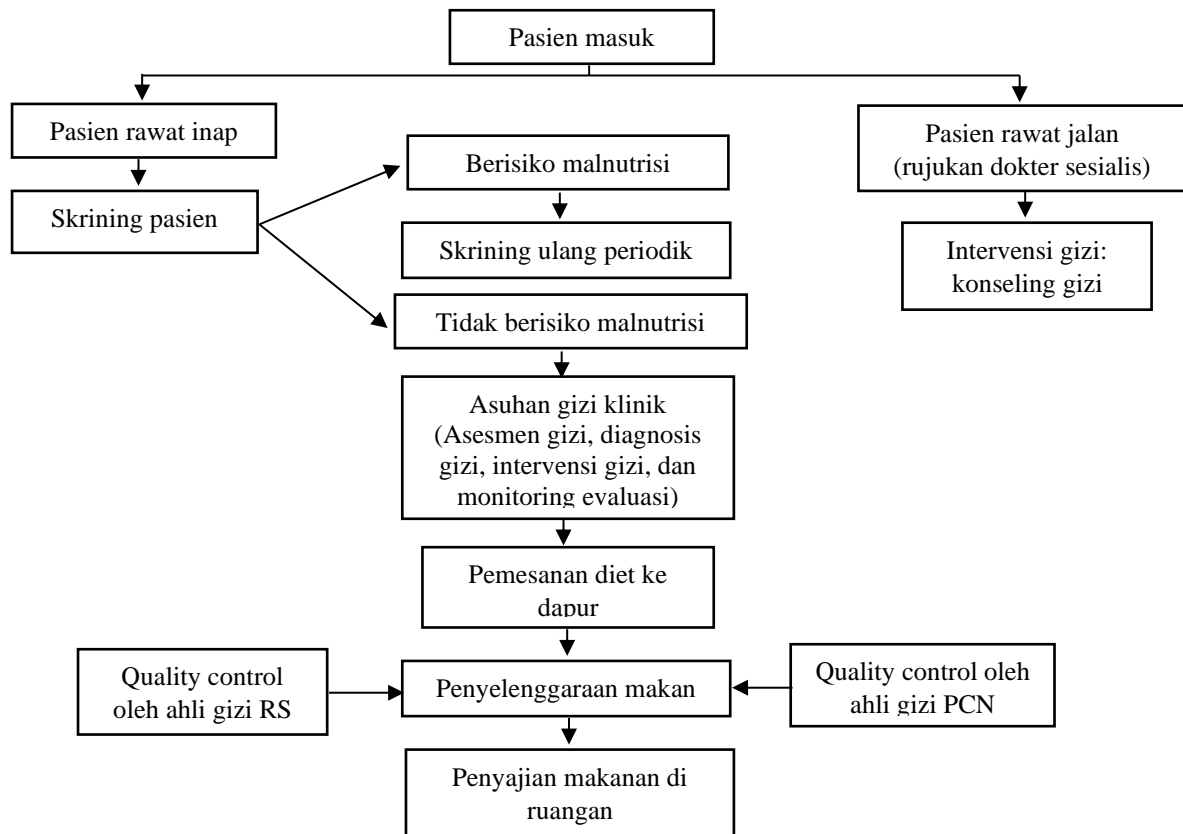
menandakan adanya kemajuan dalam pembangunan manusia. Salah satu dimensi yang menjadi dasar perhitungan IPM adalah besarnya Angka Harapan Hidup (AHH) yang dapat dinilai dari umur panjang dan hidup yang sehat pada masyarakat. Dalam menyelenggarakan upaya peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang berkelanjutan, maka pemerintah perlu meningkatkan Angka Harapan Hidup (AHH) melalui peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Berdasarkan teori klasik yang digagas oleh H.I. Bloom (Kemenkes, 2018), pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor yang memengaruhi derajat kesehatan manusia. Apabila fungsi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif pada pelayanan kesehatan di institusi seperti rumah sakit dapat dilaksanakan dengan optimal, maka harapan pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dapat tercapai.

Pelayanan gizi di rumah sakit merupakan salah satu faktor penting dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Depkes, 2013). Pelayanan gizi rumah sakit bertujuan untuk mempercepat proses penyembuhan pasien melalui Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) serta *Nutrition Support Team* (NST) dan untuk menurunkan angka morbiditas, mortalitas, serta meningkatkan kualitas hidup pasien sehingga tercipta adanya peningkatan derajat kesehatan di tiap individu. Dalam menyelenggarakan pelayanan gizi, instalasi gizi Rumah Sakit Primasatya Husada Citra (RS-PHC) melaksanakan tiga kegiatan utama yang di antaranya adalah (1) asuhan gizi rawat inap, (2) penyelenggaraan makanan, dan (3) pengembangan gizi terapan dan *home care*. Hal tersebut selaras dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit.

Penyelenggaraan makanan Rumah Sakit Primasatya Husada Citra (RS-PHC) mengadaptasi sistem diborongkan (*semi-outsourcing*) dimana jasaboga, yang dalam hal ini merupakan PT Prima Citra Nutrindo (PCN), menggunakan sarana dan prasarana rumah sakit dalam menyelenggarakan makanan akan tetapi segala sumber daya dikelola oleh PT PCN itu sendiri. Saat ini, selain melayani makan pasien rumah sakit, PT PCN yang beroperasi di Instalasi Gizi RS PHC juga melayani katering diet puskesmas dan premium. Katering diet premium merupakan katering diet yang diperuntukkan untuk individu dengan prinsip *personalized diet*.

Keberhasilan pelayanan gizi dinilai dari ketepatan pemberian diet pasien, ketepatan waktu pengantaran makan ke Ruang Instalasi Rawat Inap (IRNA), serta proporsi sisa makanan pasien. Berikut merupakan alur penyelenggaraan makan di RS PHC.



Gambar 2. Alur penyelenggaraan makanan RS PHC

Informasi mengenai pasien baru akan disampaikan oleh perawat jaga di tiap ruang IRNA. Begitu mendapatkan informasi pasien baru, ahli gizi akan langsung mengisi *form* asuhan gizi di dalam berkas medis. Dalam memberikan terapi gizi, ahli gizi berkolaborasi juga dengan inter PPA (Professional Pemberi Asuhan) lainnya, seperti dokter dan perawat dengan tujuan untuk melaksanakan asuhan pasien terintegrasi. Format pencatatan laporan asuhan gizi klinik yang dilakukan oleh RS PHC adalah metode SOAP (*Subjective Objective Assessment and Planning*) dan metode Asesmen Diagnosis Intervensi dan Monitoring Evaluasi (ADIME). Pelaporan dalam metode ADIME biasa disebut juga dengan bentuk Proses Asuhan Gisi Terstandar (PAGT) atau *Nutrition Care Process* (NCP).

PT Prima Citra Nutrindo (PCN) adalah unit usaha yang bergerak dalam bidang *food & beverages*. PT. PCN telah diresmikan pada tanggal 11 Januari 2016 dan mulai beroperasi penuh pada 1 Februari 2016. Awal mulanya, PT. PCN adalah instalasi gizi RS PHC yang didirikan tahun 1999. Instalasi gizi tersebut kemudian melayani catering untuk beberapa rumah sakit lain serta puskesmas lain dan mendapat izin penyehatan Jasa Boga Golongan B dari DINKES Surabaya. Karena adanya perubahan regulasi terkait usaha dalam rumah sakit, dilakukan *spin off* yang memisahkan PT. PCN dan RS PHC. Hingga saat ini PT. PCN melayani catering untuk RS PHC dan menggerakkan segmen usaha lain.

Konsep yang ditawarkan oleh PT PCN sebagai pelaksana jasa boga dalam memenuhi kebutuhan pelanggan catering adalah konsep personalisasi, dimana pelayanan diet disesuaikan dengan kebutuhan tiap individu yang berdasarkan penilaian antropometri (berat badan dan tinggi badan), usia, status nutrisi, riwayat penyakit dilengkapi dengan hasil penunjang medis (hasil laboratorium, MRI, CT-Scan, dan lain sebagainya), selera pribadi, situasi dan kondisi serta target kesehatan yang ingin dicapai dan yang ingin dipertahankan oleh customer.

PT PCN menyajikan masakan dengan bahan makanan yang terseleksi (*chemical preservatives free*) dan segar. Pengolahan makanan dilakukan oleh cook handal dan dibawah pengawasan dokter spesialis gizi klinik dan para ahli gizi yang bersertifikat dan berpengalaman sehingga menghasilkan produk yang tepat, baik dari komposisi dan nilai gizinya disertai dengan penyajian yang menggugah selera. Berikut merupakan keunggulan yang ditawarkan oleh PT PCN.

- a. Menerapkan sistem Produksi GMP (Good Manufacturing Practice)
- b. Menerapkan standar HACCP (PT. PCN memiliki sertifikat HACCP sejak tahun 2012)
- c. Memiliki Izin Penyehatan Makanan Jasaboga Golongan B dari DINKES kota Surabaya sejak tahun 2010
- d. Pengujian kesehatan bagi penjamah makanan setiap 6 bulan sekali.
- e. Pengujian makanan ke laboratorium terpercaya setiap 6 bulan sekali.
- f. Pengiriman dilakukan pada masing masing jam makan
- g. Dilakukan assesmen, monitoring dan evaluasi oleh ahli gizi .



Gambar 3. Logo PT. Prima Citra Nutrindo



Gambar 4. Segmen usaha PT. Prima Citra Nutrindo

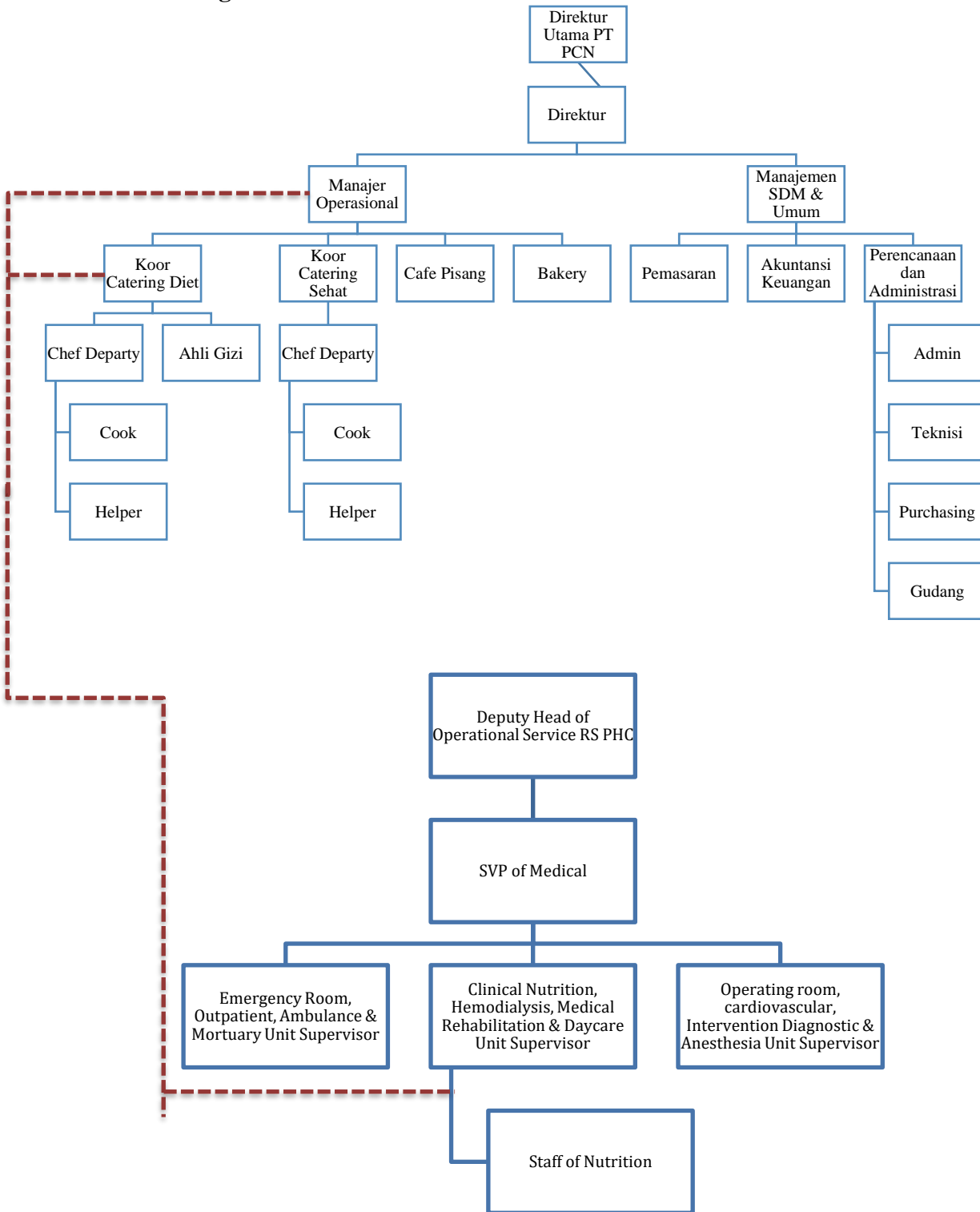
Visi:

Terdepan dalam penyediaan makanan sehat di Jawa Timur 2025

Misi:

1. Memiliki keunggulan untuk seluruh Rumah Sakit yang bekerjasama dengan PCN
2. Pelayanan makanan sehat sesuai kebutuhan pelanggan
3. Kedekatan dengan pelanggan untuk kemitraan jangka panjang
4. Pemanfaatan pendidikan dan pelatihan untuk peningkatan pelayanan
5. Melakukan inovasi yang berkesinambungan

3.3 Struktur Organisasi



--- = Jalur koordinasi

Gambar 5. Struktur organisasi dan jalur koordinasi PT. PCN dengan RS PHC

3.4 Manajemen Sumber Daya Manusia Instalasi Gizi

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan pelaksana yang harus diperhatikan dalam mencapai tujuan suatu organisasi sehingga diperlukan manajemen SDM yang efektif dan efisien. Menurut PGRS 2013, semakin baik pelayanan gizi yang diberikan kepada pasien,

maka semakin baik juga standar akreditasi di rumah sakit tersebut. Pelayanan gizi yang diberikan berkaitan dengan tersedianya tenaga gizi yang profesional. Berikut ini merupakan *job description* tiap bagian operasional yang terdapat di instalasi gizi RS PHC.

1. Ahli Gizi Dapur

- a. Bertugas untuk mencetak label makanan pasien rumah sakit, puskesmas, dan label makanan untuk tempat penitipan anak, serta mencetak *checklist* pasien rumah sakit ketika waktu pemorsian tiba
- b. Melakukan pemorsian diet nutrisi enteral baik enteral komersil ataupun rumah sakit
- c. Melakukan rekapitulasi kebutuhan buah dan bahan makanan lainnya
- d. Melakukan *quality control* makanan pasien

2. Bagian *Cook*

- a. Melakukan persiapan untuk proses pemasakan pada keesokan harinya
- b. Melakukan pengolahan makan pasien
- c. Membuat *purchase order* untuk diberikan kepada koordinator

3. Bagian *Helper*

- a. Melakukan penerimaan bahan dari bagian *delivery* gudang PCN Teluk Kumai serta melakukan *buchering* pada bahan makanan
- b. Melakukan persiapan makanan seperti memotong sayur, buah, serta ikan dan memorsi buah pasien
- c. Membuat *snack* untuk pasien seperti memasak kacang hijau serta menyeduh teh
- d. Melakukan pemorsian makanan untuk pasien rumah sakit, *catering diet* puskesmas, serta pelanggan dari tempat penitipan anak
- e. Melakukan distribusi makanan ke pasien khusus untuk makan sore

4. Bagian *Waiter*

- a. Melakukan distribusi makanan ke pasien di ruangan
- b. Membantu pemorsian makanan untuk pasien rumah sakit, *catering diet* puskesmas, serta pelanggan dari tempat penitipan anak
- c. Melakukan *clear up* alat makan pasien di ruangan

Adapun tenaga gizi yang tersedia di dapur RS PHC sebanyak 3 orang. Ahli gizi memiliki waktu kerja sebanyak 6 (enam) hari dalam seminggu. Masing-masing tenaga kerja diberikan kesempatan untuk mengambil cuti sebanyak 12 hari dalam setahun setelah 1 tahun kontrak kerja, dan jika pegawai tidak masuk dengan alasan apapun maka jatah cuti tersebut akan digunakan kecuali jika pegawai sakit dan menyertakan surat sakit dari dokter. Jumlah kebutuhan tenaga kerja dapat dihitung menggunakan cara WISN (*Workload Indicator of Staffing Needs*). Contoh perhitungan tenaga kerja berdasarkan beban kerja pada saat shift pagi:

$$\begin{aligned}\text{Waktu kerja tersedia} &= [A - (B + C + D + E)] \times F \\ &= [312 - (12 + 4 + 0 + 0)] \times 8 \\ &= 296 \times 8 = 2368 \text{ jam}\end{aligned}$$

Keterangan:

A: Hari kerja (312 hari)

B: Cuti tahunan (12 hari)

C: Pendidikan dan pelatihan (4 hari)

D: Hari Libur Nasional (0 hari)

E: Ketidakhadiran kerja (0 hari)

F: Waktu kerja (8 jam)

Beban kerja adalah sejumlah proses atau kegiatan yang harus diselesaikan oleh seorang pekerja dalam jangka waktu tertentu. Ahli gizi di PT PCN memiliki beban kerja dalam waktu sehari dengan estimasi waktu per proses pengerjaan sebagai berikut :

Tabel 3. Waktu beban kerja

Beban Kerja	Waktu (menit)
Print label catering diet pagi	5
Print label makan pagi pasien	8
Cetak checklist makan pasien pagi	5
Pembuatan sonde pagi	10
Pemorsian makan catering diet pagi	15
Pemorsian makan tempat penitipan anak	15
Permosian (<i>setting</i>) dan check makan pagi pasien	120
Hitung rekap snack dan buah	20
Pembungkusan <i>low sodium salt</i>	10
Rekap sonde pasien siang	5
Check dan pelabelan snack pasien siang	20
Cetak list makan	5
Cetak label makan	8
Pemorsian makan catering diet siang	15
Pembuatan sonde pasien siang	10
Pemorsian makan tempat penitipan anak siang	15
Pemorsian dan check makan makan siang pasien	120
Hitung buah pasien sore	20
TOTAL	426

Perhitungan jumlah kebutuhan tenaga ahli gizi:

1. Jam kerja efektif per hari : $\frac{426}{60} = 7,1$ jam
2. Jam kerja dibutuhkan per hari : $\frac{7}{6} \times 7,1 = 8,2$ jam
3. Beban kerja setahun : $8,2 \times 365 = 2993$ jam
4. Waktu tersedia setahun : 2368 jam

$$\text{Kebutuhan ahli gizi} = \frac{\text{Beban Kerja Setahun}}{\text{Waktu tersedia setahun}} = \frac{2993}{2368} = 1,26 = 1-2 \text{ orang}$$

Berdasarkan volume produksi rata-rata yang dilakukan setiap harinya dalam 1 waktu produksi (per waktu makan) adalah 120 porsi, catering diet untuk pasien di luar RS PHC 5 porsi, dan makan anak di Tempat Penitipan Anak (TPA) 11 porsi. Perhitungan di atas menunjukkan bahwa kebutuhan tenaga gizi berdasarkan WISN di penyelenggaraan makan RS PHC sudah memenuhi kebutuhan yaitu 2 ahli gizi.

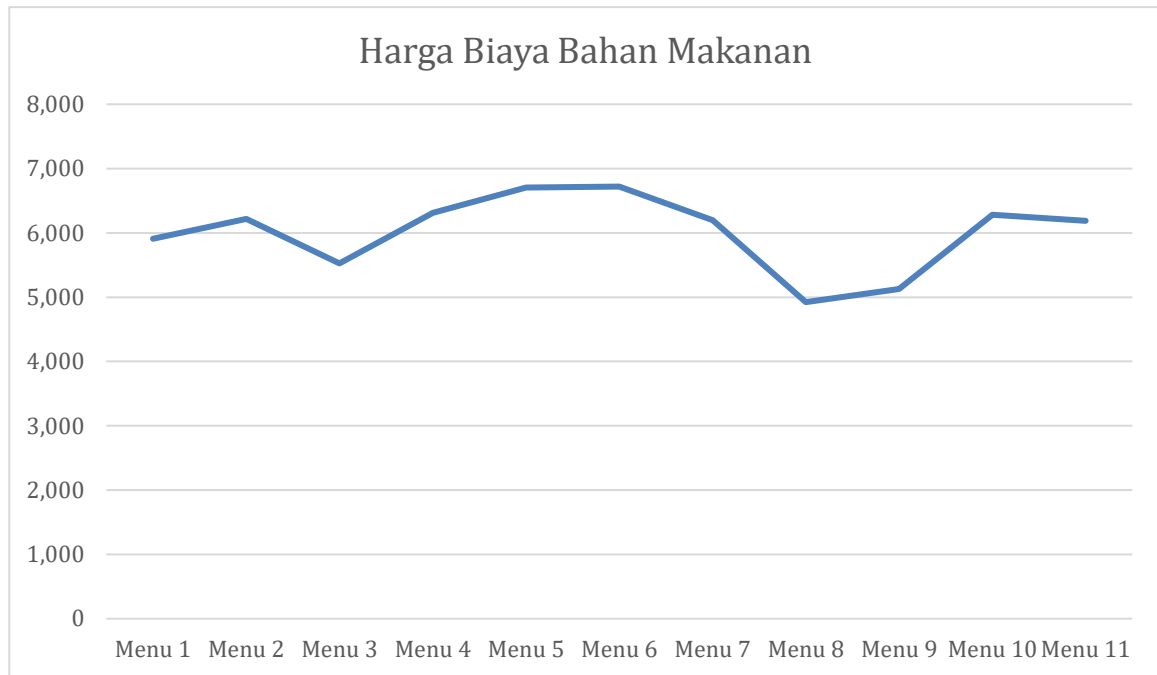
3.5 Manajemen Keuangan

Biaya yang dibutuhkan pada penyelenggaraan makanan adalah merupakan biaya makan setiap konsumennya perhari. Besarnya biaya makan ini diperoleh dengan cara menghitung keseluruhan biaya yang dikeluarkan untuk penyelenggaraan makanan dibagi dengan jumlah *output* yaitu jumlah porsi yang dihasilkan (Depkes, 2005). Pada penyelenggaraan makanan rumah sakit, biaya makan pasien berbeda di masing-masing kelas perawatan. Oleh karena itu maka perlu dilakukan perhitungan untuk masing-masing komponen biaya pada masing-masing kelas perawatan. Berikut ini merupakan cluster tarif makanan di RS PHC

Tabel 4. Cluster tarif makanan

No.	Kelas Kamar	Cluster Tarif Makanan
1.	Presiden Suite	Berlian
2.	Deluxe A	Berlian
3.	Deluxe B	VIP A
4.	Superior A	I
5.	Superior B	II
6.	VIP	I
7.	I	II
8.	II	II
9.	III	III
10.	Isolasi	I
11.	Khusus (ICU)	VIP A
12.	Reguler (ICU)	I

Biaya bahan makanan termasuk ke dalam kategori *variable cost*. Dalam sehari, PT PCN diasumsikan melayani 233 porsi dengan rincian 76 porsi makan pagi, 74 makan siang, dan 83 porsi makan malam. Jumlah tersebut juga meliputi *spare* porsi sebesar 5%.

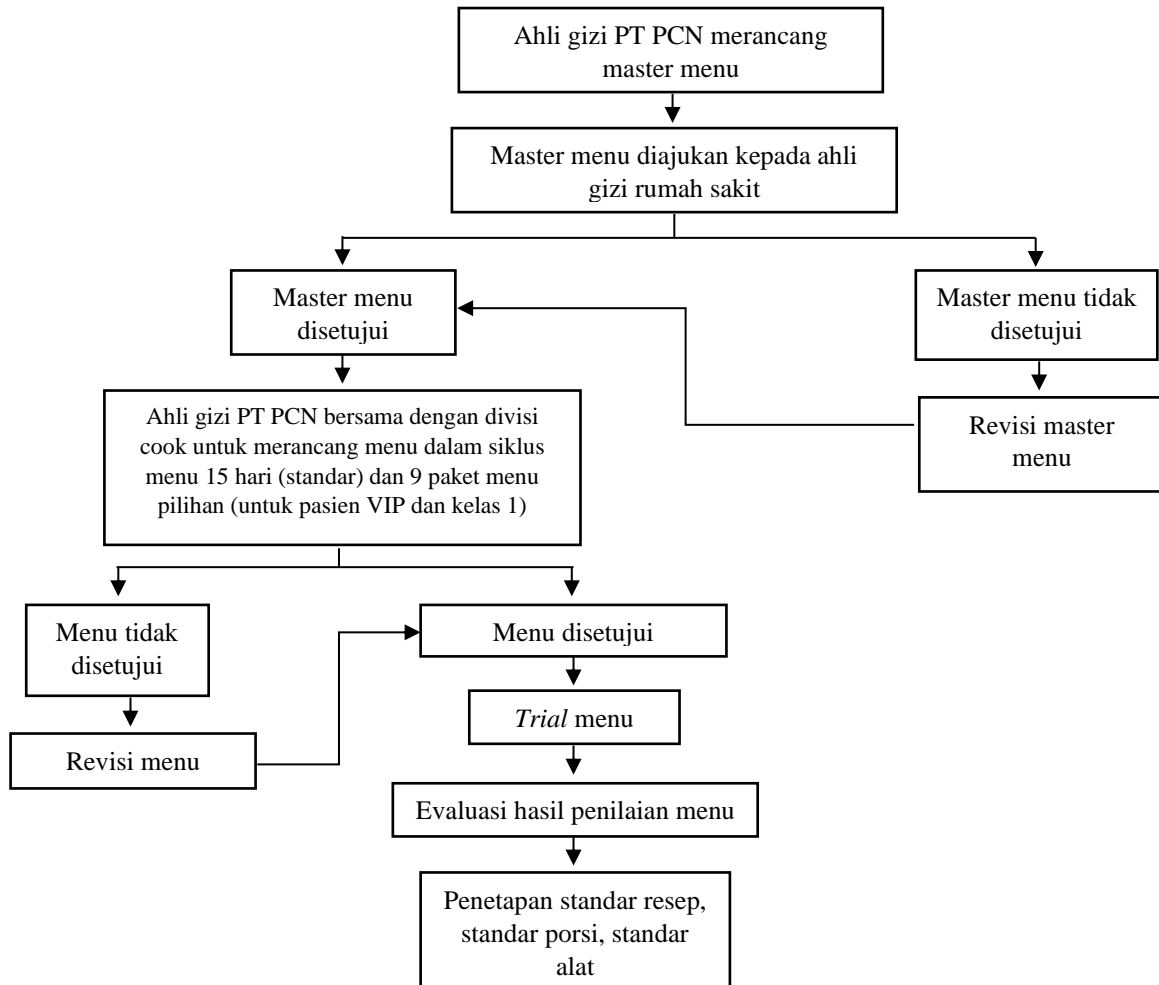


Gambar 6. Chart biaya makan

Fluktuasi harga biaya makanan dapat dipengaruhi oleh menu serta volume produksi dalam sehari. Standar food cost untuk industri makanan adalah 28-31%, dengan demikian persentase food cost pada instalasi gizi RS PHC masih belum mencapai standar food cost yang ada.

3.6 Perencanaan Menu, Siklus Menu

3.6.1 Perencanaan Menu



Gambar 7. Alur perencanaan menu

Proses perencanaan menu di instalasi gizi Rumah Sakit PHC dimulai dari perancangan master menu oleh ahli gizi dan petugas *cook* dari unit PCN dengan pertimbangan keselarasan antar makanan, variasi bahan makanan, dan pengadaan bahan makanan. Selanjutnya master menu yang sudah dirancang diserahkan kepada ahli gizi Rumah Sakit PHC untuk dilakukan pengkajian ulang sesuai kebutuhan pasien. Master menu yang ditolak harus dilakukan revisi hingga mendapatkannya persetujuan. Master menu yang telah disetujui akan dikonversi menjadi siklus menu yang pembuatannya juga melalui proses yang sama dengan perancangan master menu.

Siklus menu standar yang dimiliki oleh Instalasi Gizi RS PHC merupakan siklus menu lima belas hari, ditambah dengan sebilan paket menu pilihan yang khusus diperuntukkan untuk pasien VIP dan kelas 1. Selain mendapatkan menu pilihan, khusus untuk pasien dengan kelas keperawatan VIP dan kelas 1 akan mendapatkan kudapan (*snack*) pada pergantian jam

makan utama. Tidak hanya itu, pasien kelas VIP juga mendapatkan *extra drink* yang diantarkan bersamaan dengan *snack*.

Rancangan menu yang telah disetujui oleh baik ahli gizi unit PHC dan ahli gizi unit PCN akan melalui proses *trial* atau uji coba. Proses ini bertujuan untuk menganalisis kelaikan menu yang ditilik dari sisi organoleptik makanan. Adapun proses *trial* juga bertujuan untuk merancang dan menetapkan standar bumbu, standar porsi, serta standar resep dari menu yang lolos evaluasi.

Pergerakan siklus menu Instalasi Gizi RS PHC berjalan selama tiga bulan. Akan tetapi, dalam kurun waktu satu tahun masih belum ada pembaharuan siklus menu untuk makan pasien. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yang di antaranya adalah kurangnya tenaga gizi yang dapat menangani proses perancangan siklus menu. Pemberian menu kepada pasien disesuaikan dengan jenis diet serta kelas keperawatan, misalnya diet TKTP pada pasien kelas II dan III hanya mendapatkan lauk standar tanpa *snack* sedangkan diet TKTP pada pasien kelas VIP mendapatkan *double* hewani, nabati, *snack* TKTP, serta *extra drink*.

3.6.2 Siklus Menu

Siklus menu di instalasi gizi RS PHC yang dilayani oleh PT. PCN menggunakan siklus menu 10+1 untuk kelas standart, dan 15+1 menu pilihan untuk kelas VIP. Berikut ini adalah lampiran siklus menu untuk kelas standart per September 2019.

Tabel 5. Siklus menu di RS PHC

Menu 1 (Tanggal 1, 11, 21)			
NB	NT	BK	BH
Tahu Telur Bumbu Kacang		Mangkuk Tahu telur Saus Kecap	
Oseng taugé panjang		Cah taugé pendek	
Ikan goreng terasi		Ikan bumbu kecap	
Kotokan tempe bumbu kuning cabe hijau		Kotokan tempe bumbu kuning	
Bobor sawi hijau manis		Bobor manis lunak	
Daging bumbu tomat			
Jeruk		Pisang	
Ayam goreng saus kungpo		Ayam saus barbeque	
Cah jagung manis paprika		Schotle jagung	
Cah kailan wortel		Cah wortel	
Pepaya			
Menu 2 (Tanggal 2, 12, 22)			
NB	NT	BK	BH
Soto Daging			
Perkedel Kentang			
Sambal + Jeruk Nipis		Jeruk nipis	
Telur bumbu rujak		Telur bumbu kuning	
Perkedel tahu goreng telur		Perkedel tahu	
Urap taugé panjang kangkung		Cah taugé pendek	
Ayam panggang bumbu kecap			
Semangka		Pepaya	
Ikan goreng tepung		Ikan masak bombay	

Tempe bacem			
Sup Gambas Suun			
Belimbing		Pisang	
Menu 3 (Tanggal 3, 13, 23)			
NB	NT	BK	BH
Ayam Koloke		Ayam asam manis	
Siomay jagung goreng		Siomay jagung	
Sup pelangi (wortel, brokoli, sawi putih)		Sup pelangi wortel spaghetti	
Rendang daging		Daging osik	
Kering kentang tempe		Kentang bumbu kecap	
Gulai daun singkong kacang panjang		Gulai kacang panjang lunak	
Ikan bumbu kuning			
Salak		Pisang	
Telur dadar			
Tahu bacem goreng		Tahu bacem	
Sambal goreng manisah cabe ijo		Cah manisah	
Melon		Pepaya	
Menu 4 (Tanggal 4, 14, 24)			
NB	NT	BK	BH
Pesmol Ikan			
Botok tempe		Botok tempe lunak	
Kare kacang panjang terong			
Ayam taliwang		Ayam taliwang lunak (tanpa cabe merah)	
Dadar jagung		Martabak jagung	
Sayur bening bayam labu air jagung manis		Sayur bening bayam labu air	
Roll dadar gulung			
Jambu merah		Pepaya	
Krengsengan daging		Krengsengan daging lunak	
Semur kentang sun (berkuah)			
Stup wortel buncis bengkoang		Stip wortel bengkoang serut	
Pisang			
Menu 5 (Tanggal 5, 15, 25)			
NB	NT	BK	BH
Telur petis		Telur siram bumbu kecap daun bawang	
Osik tahu			
Gudeg tewel		Cah manisah	
Sup pangsit ikan			
Burger tempe			
Tumis wortel sawi hijau		Tumis wortel tauge panjang	
Bakso saus tiram			
Melon		Pisang	
Kubis + Soto ayam + sun			
Telur ½ butir			
Sambal + Jeruk nipis		Jeruk nipis	
Jeruk		Pepaya	
Menu 6 (Tanggal 6, 16, 26)			
NB	NT	BK	BH
Daging masak saus tomat			
Oseng kentang daun bawang			
Gelangal tauge panjang		Gelangan tauge pendek	
Ceplok cantik			
Nugget tahu		Rolade tahu sause barbeque	
Acar kuning krai wortel		Acar krai wortel berkuah	
Mangut ayam			

Belimbing		Pepaya	
Steak ikan panggan (+saus steak)			
Tempe saus barbeque			
Stup wortel brokoli		Stup wprtel brokoli berkuah	
Semangka		Pisang	
Menu 7 (Tanggal 7, 17, 27)			
NB	NT	BK	BH
Ayam goreng		Ayam ungkep	
Dadar jagung		Gadon jagung / Botok jagung halus	
Tauge panjang kacang panjang		Oseng tauge panjang kacang panjang	
Daging bulgogi			
Perkedel kentang goreng		Perkedel kentang panggang	
Kaylan saus tiram		Cah manisah	
Ikan saus lemon			
Pisang			
Telur dadar jawa			
Tahu goreng		Roll tahu mandarin	
Terong balado		Cah labu air	
Salak		Pepaya	
Menu 8 (Tanggal 8, 18, 28)			
NB	NT	BK	BH
Gimbal udang		Ikan bumbu kuning	
Tempe bacem goreng		Tempe bacem	
Sayam asam krai, kangkung, kubis		Sayur asem krai	
Pepes ayam			
Perkedal jagung		Perkedel tahu	
Lodeh manisah terong		Lodeh manisah terong lunak	
Telur bumbu tomat			
Pepaya			
Soto betawi (daging)		Soto betawi lunak	
Kentang rebus			
Tomat potong			
Jambu merah		Pisang	
Menu 9 (Tanggal 9, 19, 29)			
NB	NT	BK	BH
Bali telur		Telur bumbu tomat	
Botok tahu cabe ijo		Botok tahu	
Bobor bayam jagung manis		Bobor bayam labu kuning lunak	
Ikan goreng tepung		Ikan saus barbeque	
Tempe bumbu kuning			
Sup sarang burung (wortel, bengkoang, bombay serut)			
Bakso mekar			
Jeruk		Pisang	
Rollade ayam goreng panir		Rolade Ayam	
Martabak jagung		Mrtabak jagung	
Cah labu air			
Pepaya			
Menu 10 (Tanggal 10, 20, 30)			
NB	NT	BK	BH
Semur daging sun (berkuah)			
Perkedel kentang			
Cah sawi daging bengkoang		Stup labu kuning	
Telur pindang			
Tahu rendang		Tahu masak tomat	

Gulai daun perancis		Gulai kacang panjang lunak	
Ayam pop			
Semangka		Pepaya	
Pepes ikan			
Tempe bacem goreng		Tempe bacem	
Sayur asem kangkung krai kubis		Sayur asam krai	
Belimbing		Pisang	
Menu 11 (Tanggal 31)			
NB	NT	BK	BH
Ayam goreng kalasan		Ayam kalasan unkep	
Dadar jagung		Siomay jagung	
Tumis tauge panjang bayam		Tumis tauge pendek	
Ikan woku		Ikan bumbu kuning	
Oseng kentang cabe ijo		Oseng kentang	
Sup gambas tahu kuning			
Telur dadar segitiga			
Salak		Pisang	
Daging sarden			
Sup tofu daun bawang			
Wortel Bihun			
Melon		Pepaya	

3.6.3 Komposisi Pelayanan Makan Pasien

Pelayanan makanan pasien meliputi pembagian makan utama dan snack. Pembagian makan utama dan snack didasarkan pada kelas perawatan dan jenis diet. Pasien yang tidak mendapatkan snack diizinkan untuk memenuhi kebutuhan snack nya dari luar rumah sakit dengan edukasi dan di bawah pengawasan ahli gizi.

Tabel 6. Pelayanan makan pasien

Kelas		Pelayanan makanan					
		Makan Pagi	Snack pagi	Makan siang	Snack sore	Makan Malam	Snack Malam
VIP	DM	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	TKTP	✓	✓	✓	✓	✓	
Kelas 1		✓		✓		✓	
Kelas 2		✓		✓		✓	
Kelas 3		✓		✓		✓	

3.7 Evaluasi Menu dan Pengembangan Mutu Menu

Untuk melakukan evaluasi pelayanan gizi rumah sakit alangkah baiknya mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan No 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang menetapkan tiga standar yang harus dicapai oleh rumah sakit dalam pelayanan gizi yang di antaranya adalah ketepatan diet harus mencapai 100%, sisa makanan yang tidak dihabiskan oleh pasien harus mencapai $\leq 20\%$, dan ketepatan waktu pengantaran makanan harus mencapai $\geq 90\%$. Dalam hal ini, petugas ahli gizi yang bekerja sama dengan perawat selalu melakukan evaluasi yang dipaparkan setiap bulan.

1. Ketepatan Waktu Distribusi
2. Sisa Makanan

Evaluasi menu merupakan proses penilaian dari suatu proses pelayanan makanan. Evaluasi menu bertujuan untuk melihat apakah strategi yang direncanakan sudah mencapai tujuan. Evaluasi menu dilakukan oleh petugas ahli gizi dengan melakukan *direct observation* ketika melakukan visite kepada pasien. Petugas ahli gizi akan menanyakan aspek organoleptik makanan kepada pasien. Selain itu, evaluasi menu PT. PCN di Rumah Sakit PHC juga dapat dilakukan dengan penerimaan kritik dan saran dari pasien yang disampaikan melalui perawat tiap rawat inap maupun langsung ke ahli gizi yang berkunjung bagi pasien. Data yang diperoleh dari evaluasi makanan digunakan sebagai masukan atau sebagai bahan koreksi untuk program selanjutnya.

Pengembangan mutu menu dilakukan oleh kedua belah pihak yaitu RS PHC dan PT. PCN melalui data evaluasi yang didapatkan dari pasien maupun dari pihak lain yang terkait. Data yang didapatkan berupa persentase sisa makan dan kritik serta saran dari pasien melalui perawat. Pengembangan mutu menu ditingkatkan tergantung kepada urgensinya. Mutu penilaian rasa dan higienitas makanan dapat langsung dilakukan perbaikan, sementara untuk perbaikan mutu variasi menu dilakukan berdasarkan kesepakatan saat terbentuk master menu pada siklus menu berikutnya.

3.8 Standar Operasional Prosedur, Standar Alat, Standar Mutu, Standar Porsi, Standar Bumbu, Standar Resep

3.8.1 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah dokumen yang berkaitan dengan prosedur yang dilakuakn secara kronologis untuk menyelesaikan suatu pekerjaan yang bertujuan untuk memperoleh hasil kerjayang paling efektif dari para pekerja dengan biaya yang serendah-rendahnya. Standar Operasional Prosedur Kebijakan Pelayanan Gizi di Rumah Sakit PHC Surabaya:

1. Pelayanan harus berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien

2. Petugas ahli gizi wajib memiliki izin sesuai ketentuan yang berlaku
3. Setiap melakukan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan sesuai dengan K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja)
4. Setiap petugas harus bekerja sesuai standar profesi standar operasional prosedur yang berlaku, etika profesi, dan menghormati hak pasien
5. Sistem penyelenggaraan makanan pasien menggunakan jasa boga catering
6. Proses pemenuhan diet pasien sampai pasien menerima makan sesuai dietnya adalah sebagai berikut:
 - a. Diet pasien ditentukan oleh DPJP, yang ditulis dalam lembar CPPT
 - b. Diet yang sudah ditentukan di entry perawat dalam aplikasi makan pasien dan diverifikasi oleh ahli gizi ruangan
 - c. Ahli gizi jasa boga mencetak kitir makan pasien yang digunakan cook untuk memorsi makan pasien
 - d. Makanan pasien yang telah diporsi, kemudian dicek ahli gizi jasa boga, kemudian ahli gizi rumah sakit dengan memberikan paraf bila makanan tersebut telah sesuai dengan diet pasien
 - e. Makanan yang telah dicetak ahli gizi rumah sakit kemudian didistribusikan ke pasien
7. Pemesanan makanan pasien maksimal dilakukan dengan jadwal waktu sebagai berikut.
 - a. Makan pagi : pukul 09.00 WIB
 - b. Makan siang : pukul 14.00 WIB
 - c. Makan sore : pukul 19.00 WIB
8. Distribusi makan pasien dilakukan dengan sistem sentralisasi dengan waktu distribusi sebagai berikut.
 - a. Makan pagi : pukul 06.30 s/d 07.30 WIB
 - b. Makan siang : pukul 11.30 s/d 12.30 WIB
 - c. Makan sore : pukul 17.00 s/d 18.00 WIB
9. Menu makan pasien menggunakan siklus menu 11 hari
10. Makanan disajikan dalam 3 kali makanan utama dan 2 kali snack untuk kelas 1 dan VIP, sedangkan untuk kelas 2 dan 3 makanan disajikan dalam 3 kali makanan utama
11. Pasien VIP mendapat pilihan menu untuk makan pagi, siang, dan sore. Pasien kelas 1 mendapat pilihan menu makan pagi. Sedangkan pasien kelas 2 dan 3 dapat memilih jenis karbohidrat
12. Penyediaan tenaga kerja harus mengacu pada pola ketenagaan yang ada

13. Melakukan monitoring mutu makanan dan minuman
14. Membuat laporan bulanan dan tahunan
15. Skrining gizi
 - a. Skrining gizi dilakukan oleh orang yang berkompeten untuk melakukan skrining gizi, yaitu perawat RS PHC
 - b. Skrining gizi dilakukan pada semua pasien
 - c. Skrining gizi dilakukan dalam waktu kurang dari 24 jam setelah pasien masuk rumah sakit
 - d. Skrining gizi dilakukan dengan menggunakan mST (Malnutrition Screening Tool)
 - e. Setelah pasien dilakukan skrining, pasien yang berisiko malnutrisi dilakukan asuhan gizi lebih lanjut oleh gizi, dan bila memerlukan intervensi gizi medik maka akan dikonsultasikan dengan dokter spesialis gizi klinik
16. Asuhan gizi
 - a. Asuhan gizi lanjut dilakkan oleh orang yang berkompeten untuk melakukan asuhan gizi, yaitu ahli gizi RS PHC
 - b. Asuhan gizi dilakukan pada pasien yang berisiko malnutrisi yang didapatkan dari hasil skrining gizi
 - c. Asuhan gizi dilakukan mulai asesmen pasien meliputi pengkajian data antropometri, biokimia, fisik/klinis, dan dietary, kemudian dilanjutkan dengan menegakkan diagnosis gizi, intervensi gizi, dan monitoring dan evaluasi
17. Kegiatan pelayanan konsultasi gizi dilaksanakan oleh petugas gizi yang tersertifikasi (dokter spesialis gizi klinik atau ahli gizi)
18. Petugas gizi (ahli gizi) harus menuliskan nama dan tanda tangan pada lembar pelayanan yang disediakan setelah melakukan pelayanan terhadap pasien
19. Petugas gizi (ahli gizi) harus melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang diet, waktu makan, dan penjelasan makanan yang diperbolehkan dan cara penyimpanannya bila pasien membawa makanan dari luar rumah sakit
20. Pelayanan gizi bertanggung jawab atas laporan secara berkala sesuai dengan aturan yang ditetapkan baik untuk kepentingan internal ataupun eksternal
21. Pelayanan gizi bertanggung jawab atas tersedianya informasi kegiatan dan laporan indikator rumah sakit yang ditetapkan
22. Seluruh pelayanan gizi berorientasi kepada kepuasan pelanggan
23. Pelayanan gizi rumah sakit PHC Surabaya menerima pelatihan di bidang gizi

Hal hal lain yang diatur dalam penyelenggaraan makanan di RS PHC Surabaya dalam Standar Operasional Prosedur (SOP) pada setiap proses pekerjaan antara lain:

Tabel 7. Standar Operasional Prosedur

Standar Operasional Prosedur	Nomor Dokumen
SOP Verifikasi Entry Makan Pasien	03/1/Gizi/5/1/2018
SOP Penyimpanan Bahan Makanan di <i>Chiller</i> dan Freezer	03/1/Gizi/4/12/PT.PCN-2017
SOP <i>Quality Control</i> Ahli Gizi	03/1/Gizi/5/2/2018
SOP <i>Quality Control</i> Makanan Dapur Pasien	03/1/Gizi/5/3/2018
SOP <i>Quality Control</i>	03/1/Gizi/1/06/PT. PCN-2017
SOP Distribusi Dalam Makan Pasien	03/1/Gizi/1/02/PT. PCN-2017
SOP Distribusi Luar Makan Pasien	03/1/Gizi/1/03/PT. PCN-2017
SOP Pembersihan Area Kerja	03/1/Gizi/1/01/PT. PCN-2017
SOP Tindakan Setelah Terjadi Bencana	03/1/Gizi/1/07/PT. PCN-2017
SOP Pembuangan Sampah padat PT. PCN	03/1/Gizi/1/08/PT. PCN-2017
SOP Penggunaan Kompor <i>High Pressure</i>	03/1/Gizi/1/10/PT. PCN-2017
SOP Penggunaan Kompor Empat Mata	03/1/Gizi/1/11/PT. PCN-2017
SOP Penggunaan Knob Gas Utama	03/1/Gizi/1/13/PT. PCN-2017
SOP Penggunaan <i>Dough Mixer</i>	03/1/Gizi/1/12/PT. PCN-2017
SOP Penggunaan <i>Dishwashing Machine</i>	03/1/Gizi/1/14/PT. PCN-2017
SOP Pemesanan Makanan Pasien Baru / Ganti Diet / Pulang	03/1/Gizi/1/19/PT. PCN-2017
SOP Pencatatan dan Pelaporan Kesalahan Proses Pengolahan	03/1/Gizi/1/20/PT. PCN-2017
SOP Distribusi Minuman Teh untuk Pasien	03/1/Gizi/2/01/PT. PCN-2017
SOP Penyediaan Ekstrak Ikan Gabus	03/1/Gizi/2/02/PT. PCN-2017
SOP Pengambilan Alat Makan Pasien yang Kotor (<i>Clear Up</i>)	03/1/Gizi/2/04/PT. PCN-2017
SOP Penyusunan Formula dan Menu	03/1/Gizi/2/05/PT. PCN-2017
SOP Pemesanan dan Pembelian Bahan Makanan	03/1/Gizi/2/06/PT. PCN-2017
SOP Penerimaan Bahan Makanan	03/1/Gizi/2/07/PT. PCN-2017
SOP Penyimpanan Bahan Makanan	03/1/Gizi/2/08/PT. PCN-2017
SOP Penyaluran Bahan Makanan	03/1/Gizi/2/09/PT. PCN-2017

Standar Operasional Prosedur	Nomor Dokumen
SOP Persiapan Bahan Makanan	03/1/Gizi/2/10/PT. PCN-2017
SOP Pengolahan Bahan Makanan	03/1/Gizi/2/11/PT. PCN-2017
SOP Penggunaan Trolley Distribusi	03/1/Gizi/2/14/PT. PCN-2017
SOP Pencatatan dan Pelaporan Kecelakaan kerja	03/1/Gizi/3/17/PT. PCN-2017
SOP Pencucian Alat Masak	03/1/Gizi/3/18/PT. PCN-2017
SOP Penggunaan Sarung Tangan <i>Stainless Steel</i>	03/1/Gizi/3/19/PT. PCN-2017
SOP Penggunaan Sarung Tangan Plastik	03/1/Gizi/3/20/PT. PCN-2017
SOP Pencucian Alat Makan Menggunakan Mesin Pencuci Piring	03/1/Gizi/4/01/PT. PCN-2017
SOP Penyimpanan Alat Masak	03/1/Gizi/4/02/PT. PCN-2017
SOP Pemotong Buah	03/1/Gizi/4/03/PT. PCN-2017
SOP Pemotong Ayam	03/1/Gizi/4/05/PT. PCN-2017
SOP Pemotong Daging	03/1/Gizi/4/06/PT. PCN-2017
SOP Pemotong Sayur	03/1/Gizi/4/07/PT. PCN-2017
SOP Thawing Bahan hewani	03/1/Gizi/4/08/PT. PCN-2017
SOP Pemeriksaan Kualitas Minyak Goreng	03/1/Gizi/4/09/PT. PCN-2017
SOP Pengambilan dan Penyimpanan Sampel Makanan	03/1/Gizi/4/10/PT. PCN-2017
SOP Penyimpanan Kemasan dan Bahan Kimia Pembersih	03/1/Gizi/4/11/PT. PCN-2017
SOP Pembuatan Jus	03/1/Gizi/4/14/PT. PCN-2017
SOP Pemakaian Blender	03/1/Gizi/4/13/PT. PCN-2017
SOP Pengukuran Suhu Masakan pada Saat Produksi	03/1/Gizi/4/15/PT. PCN-2017
SOP Kontrol Penyimpanan Makanan Panas	03/1/Gizi/4/16/PT. PCN-2017
SOP <i>Quality Control</i> Makan Pasien	03/1/Gizi/4/18/PT. PCN-2017
SOP Pembuatan Nutrisi Enteral Formula Komersial	03/1/Gizi/4/17/PT. PCN-2017
SOP Penarikan Produk (<i>Mock Recall</i>)	03/1/Gizi/5/02/PT. PCN-2017
SOP Pencucian Alat Makan Secara Manual	03/1/Gizi/5/03/PT. PCN-2017
SOP Pengecekan Ketepatan Cita Rasa	03/1/Gizi/5/08/PT. PCN-2017
SOP Pemeriksaan Kesehatan Petugas	03/1/Gizi/5/09/PT. PCN-2017

Standar Operasional Prosedur	Nomor Dokumen
SOP Pembuatan Nutrisi Enteral	03/1/Gizi/6/01/PT. PCN-2017

3.8.2 Standar Alat

Standar alat yang digunakan pada penyelenggaraan makanan di dapur RS PHC diatur dalam Tata Laksana Pelayanan Penyelenggaraan Makan Pasien yaitu:

- a. Peralatan yang kontak dengan makanan
 1. Peralatan masak dan peralatan makan harus terbuat dari bahan tara pangan *food grade* yaitu peralatan yang aman dan tidak berbahaya bagi kesehatan
 2. Lapisan permukaan peralatan tidak larut dalam suasana asam basa garam yang lazim terdapat dalam makanan dan tidak mengeluarkan bahan berbahaya dan logam berat beracun seperti timah hitam, arsene, kaum, tembaga, seng, cat, dll
 3. Talenan dibaut dari bahan selain kayu, kuat dan tidak melepas bahan beracun, dan berbeda untuk setiap golongan bahan makanan
- b. Wadah Penyimpanan Makan
 1. Wadah yang digunakan harus mempunyai tutup yang dapat menutup sempurna dan dapat mengeluarkan udara panas dari makanan untuk mencegah kondensasi
 2. Terpisah untuk setiap jenis makanan masak serta makanan basah kering
- c. Peralatan bersih yang siap pakai tidak boleh dipegang di bagian yang kontak langsung dengan makanan atau yang menempel mulut
- d. Kebersihan peralatan harus tidak ada kuman *e.coli* atau kuman lainnya
- e. Dilakukan pemeriksaan angka kuman pada alat makan pasien setiap 6 bulan sekali oleh bagian kesehatan lingkungan
- f. Peralatan harus utuh, tidak cacat, tidak retak, dan mudah dibersihkan
- g. Tersedia tempat pencucian peralatan, jika memungkinkan terpisah dari tempat pencucian bahan pangan
- h. Pencucian peralatan makan diberishkan menggunakan alat *dishwasher* dengan air panas 80°C
- i. Semua alat makan pasien dianggap infeksius sehingga proses pencucian dilakuakn dengan prosedur yang sama
- j. Peralatan yang telah dibersihkan disimpan di tempat khusus yang terlindung dari pencemaran serangga, tikus, dan hewan lainnya.

3.7.3 Standar Mutu

Standar mutu yang diberlakukan pada penyelenggaraan makanan RS PHC mengaju kepada pedoman tatalaksana penyelenggaraan makanan yang dilampirkan sebagai berikut:

Sasaran mutu adalah sesuatu yang diinginkan atau dituju. Dengan kata lain, sasaran mutu merupakan tujuan yang akan dicapai dalam melakukan proses pada suatu perusahaan/ organisasi. Sasaran mutu pelayanan gizi adalah nilai standar pada tiap-tiap item yang menggambarkan apakah sudah tercapai atau belum setiap bulannya sasaran mutu pelayanan gizi ada 4 item, yaitu ketepatan waktu pemberian makan pasien, ketepatan pemberian diet pasien, sisa makan pasien dan kepuasan pasien terhadap layanan gizi.

A. Tujuan

1. Tujuan umum:

Meningkatkan mutu pelayanan gizi

2. Tujuan khusus:

- a. Tercapainya ketepatan waktu pemberian makan pasien
- b. Tercapainya diet yang sesuai
- c. Terpantau sisa makanan pasien
- d. Tercapainya kepuasan pelanggan

B. Kegiatan Pokok

Melakukan kegiatan pemantauan dan pengendalian mutu di pelayanan gizi Rumah Sakit PHC Surabaya

C. Rincian Kegiatan

Bentuk kegiatan pengendalian mutu pelayanan gizi adalah pemantauan sasaran mutu yang terdiri dari beberapa indikator sasaran mutu, yaitu:

1. Ketepatan waktu pemberian makan pasien

- a. Mencatat waktu distribusi tiap-tiap jam makan pasien
- b. Melakukan validasi ketepatan distribusi dengan cara meminta tanda tangan perawat ruang rawat inap
- c. Merekap hasil ketepatan distribusi makan pasien setiap hari
- d. Menghitung persentase ketepatan waktu distribusi makan pasien
- e. Melaporkan hasil persentase ketepatan waktu pemberian makan pasien

2. Tidak adanya kesalahan pemberian diet

- a. Mencatat kesalahan pemberian diet pasien setiap hari
- b. Menghitung persentase kesalahan pemberian diet pasien
- c. Merekap hasil persentase kesalahan pemberian diet pada masing-masing ruang perawatan

- d. Melaporkan hasil persentase kesalahan pemberian diet pasien
3. Sisa makanan pasien
 - a. Mencatat sisa makanan pasien tiap-tiap ruangan
 - b. Menghitung persentase sisa makanan pasien tiap-tiap ruangan
 - c. Merekap persentase sisa makanan pasien
 - d. Melaporkan hasil persentase sisa makanan pasien
4. Kepuasan pasien terhadap pelayanan gizi
 - a. Memberikan kuesioner kepuasan pelayanan gizi kepada pasien ruang rawat inap
 - b. Merekap hasil kuesioner
 - c. Melaporkan hasil kuesioner setiap bulan

3.8.3 Standar Porsi

Standar porsi yang diberlakukan di PT PCN berupa gramasi makanan. Hal yang membedakan dalam gramasi makanan adalah pada diet diabetes melitus porsi nasi lebih sedikit dibandingkan dengan gramasi nasi pada diet lainnya. Untuk membedakannya, PT PCN memberikan tanda berupa bentuk cetakan nasi yang sudah disesuaikan volumenya dengan gramasi makanan yang ditentukan. Gramasi makanan juga berlaku bagi pasien anak 1-3 tahun yang disesuaikan menurut kebutuhan gizi anak yang lebih rendah dibandingkan orang dewasa. Pada anak usia 4-12 tahun, porsi nasi mengikuti gramasi pada diet diabetes, porsi lauk dan sayur mengikuti porsi orang dewasa.

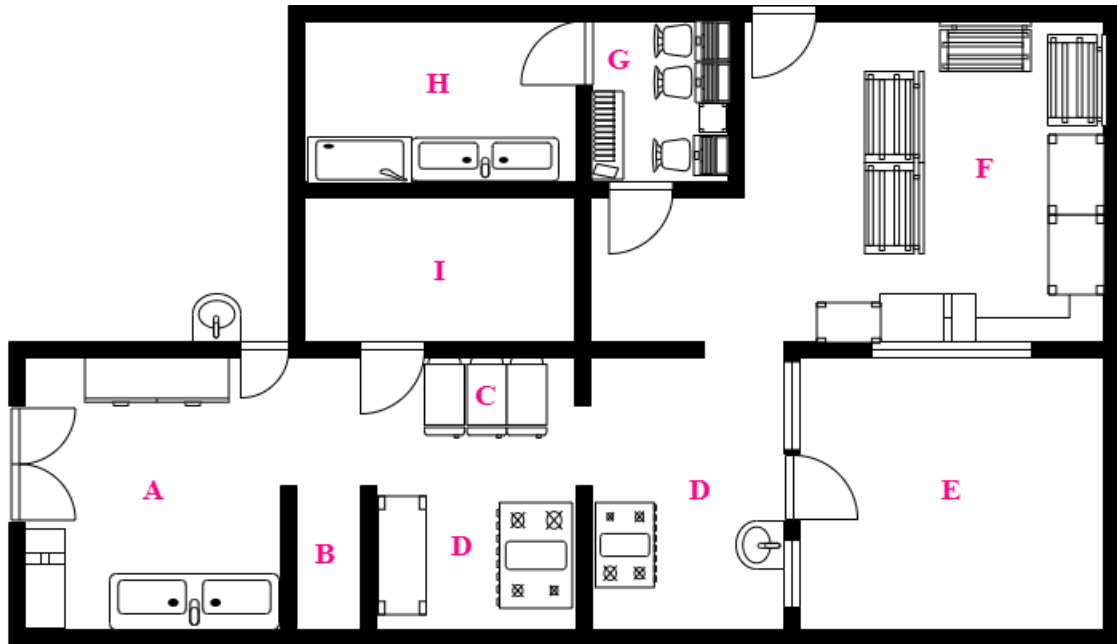
Tabel 8. Gramasi makanan

	Non DM	DM dan Anak 4-12 tahun	Anak 1-3 tahun
Nasi Biasa	200 gr	120 gr	80 gr
Nasi tim	200 gr	120 gr	80 gr
Bubur Kasar	250 gr	250 gr	100 gr
Bubur Halus	140 gr	140 gr	100 gr
Lauk	50 gr	50 gr	50 gr
Sayur (-kuah)	30 gr	30 gr	30 gr
Buah (pepaya)	85 gr	35 gr	85 gr

Gramasi dilakukan pada tanggal 21 september 2019 saat jadwal makan sore

3.9 Layout Kitchen dan Service Space

3.9.1 Layout Kitchen



Keterangan :

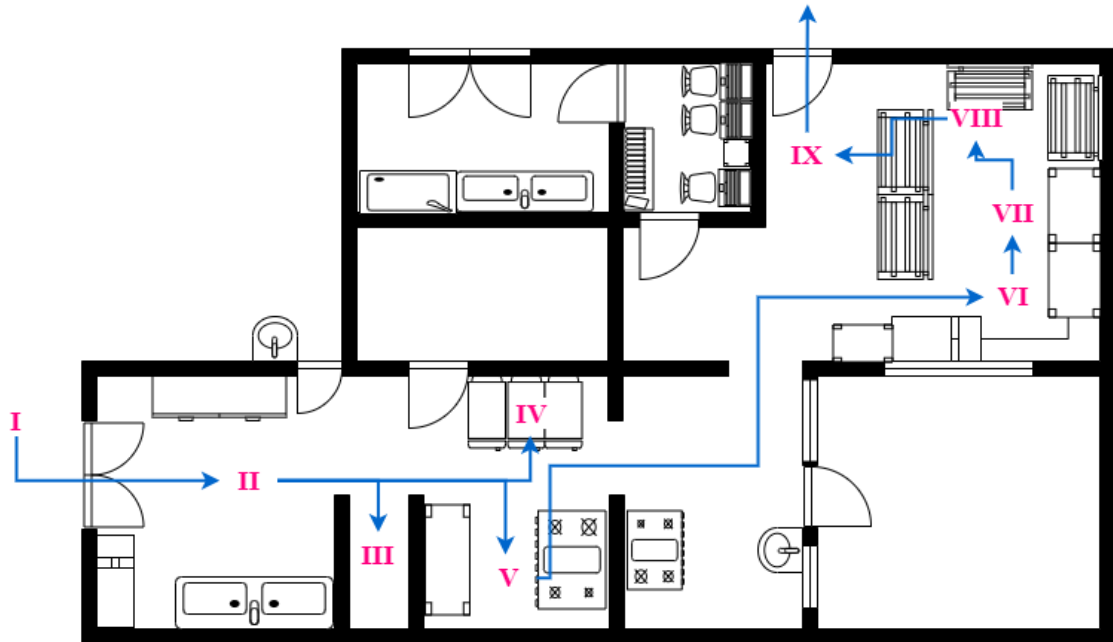
A = R. Penerimaan dan Butcher
 B = R. Penyimpanan sementara
 C = Penyimpanan basah
 D = R. Pengolahan
 E = PCN Bakery & Pastry

F = R. Distribusi, Pemorsian, QC
 G = R. Ahli Gizi & Kantor
 Administrasi
 H = R. Pencucian Alat
 I = PCN Bakery & Pastry

Gambar 8. Layout dapur RS PHC

Bentuk dapur di RS PHC Surabaya mengikuti tipe bentuk L. Hal ini membutuhkan tempat yang tidak terlalu luas dan ruang gerak pun cukup. Dapur sudah mengikuti prinsip segitiga yang sudah menerapkan 3 fungsi utama dapur yaitu penyimpanan (seperti kulkas), persiapan, dan memasak. Bentuk dapur ini memiliki sekat-sekat untuk memisahkan antara ruang persiapan dan penyimpanan, hot kitchen, dan juga cold kitchen (dapur buah, susu, dan pastry) serta ruang pemorsian.

3.9.2 Service Space



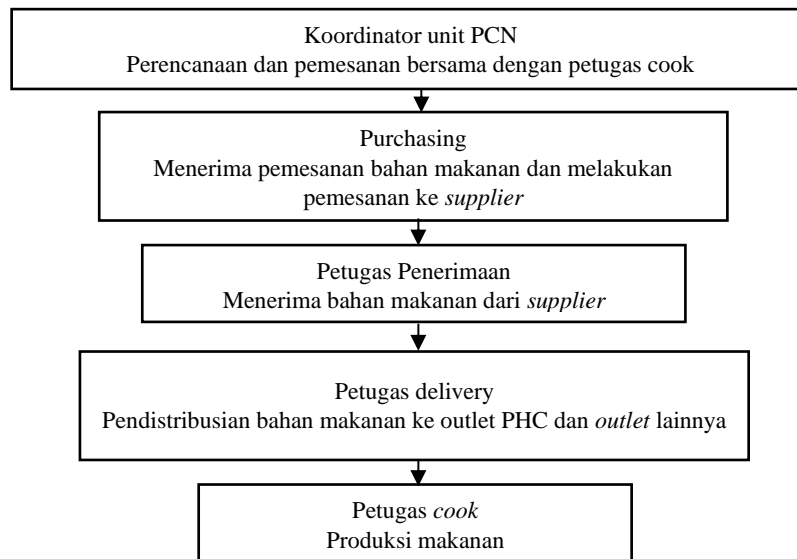
Gambar 9. Service space dan alur

Alur kerja dapur yang dilakukan di dapur PT. PCN di RS PHC dilakukan secara satu arah dimulai pada titik penerimaan, persiapan bahan makanan, penyimpanan, dan pengolahan bahan makanan hingga proses pemorsian sebelum didistribusikan dengan rincian sebagai berikut :

Pada tahap I, penerimaan bahan makanan dilakukan. Bahan makanan dikirimkan dari Gudang Teluk Kumai sesuai pesanan. Pada tahap II, bahan makanan diterima di *bucher* untuk dilakukan persiapan berupa pencucian dan pemotongan bahan. Apabila bahan merupakan bahan kering yang masih akan digunakan pada waktu berikutnya, maka barang disimpan di tempat penyimpanan bahan kering pada tahap III. Pada tahap IV, bahan makanan basah yang sudah dicuci dan dilakukan pemotongan akan disimpan di lemari es. Pada tahap V, dilakukan pengolahan di *hot kitchen*. Setelah makanan jadi dan sudah dilakukan *testing* oleh ahli gizi ruangan, makanan akan menuju tahap VI untuk dilakukan pemorsian. Pemorsian dilakukan oleh *cook*. Setelah diporsikan, makanan menuju tahap VII untuk dilakukan *quality control* oleh ahli gizi PT. PCN yaitu berupa ketepatan diet dan porsi makanan serta dilakukan *garnish* dan *wrapping* oleh helper. Setelah itu, makanan akan menuju tahap VIII untuk dilakukan *quality control* oleh ahli gizi RS PHC berupa ketepatan diet, kesesuaian porsi, serta organoleptik. Apabila ditemukan kesalahan, makan ahli gizi RS PHC akan langsung memberikan tanda pada makanan, atau mengonfirmasi langsung kepada ahli gizi PT PCN untuk dilakukan perbaikan. Makanan yang lolos *quality control* akan ditemplei label serta tanda tangan

oleh ahli gizi RS PHC untuk selanjutnya dilakukan tahap IX yaitu *helper* memasukkan makanan ke trolley makanan sesuai ruangnya dan akan dilakukan distribusi apabila makanan sudah lengkap.

3.10 Manajemen Sistem Pemesanan dan Pembelian Bahan



Gambar 10. Alur sistem pemesanan dan pembelian bahan makanan

Pengadaan makanan merupakan salah satu elemen esensial di dalam kegiatan penyelenggaraan makanan yang bertujuan untuk mendapatkan bahan makanan dengan mutu baik dan sesuai dengan kualitas yang telah ditetapkan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 78 tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, kegiatan pengadaan bahan makanan rumah sakit meliputi penetapan spesifikasi bahan makanan, pemesanan dan pembelian bahan makanan, melakukan survei pasar, penerimaan, serta audit *supplier* (rekanan).

Kebijakan pengadaan bahan makanan di RS PHC menjadi tanggung jawab bagian *purchasing* unit PCN selaku pihak ketiga. Perencanaan kebutuhan makanan basah dan kering dilakukan oleh ahli gizi rumah sakit bersama dengan ahli gizi PT PCN di Instalasi Gizi RS PHC yang selalu diperbaharui setiap harinya. Daftar bahan makanan yang dibutuhkan untuk kegiatan produksi baik kering maupun basah akan diserahkan kepada bagian *purchasing* untuk dilakukan pembelian dengan sistem lelang untuk menentukan rekanan atau *supplier* selama periode satu bulan. Segala aktivitas dalam pengadaan makanan selalu diawasi oleh bagian keuangan sehingga apabila biaya pemesanan dan pembelian melebihi anggaran yang telah ditetapkan maka bagian keuangan berhak untuk menegur bagian *purchasing* untuk menekan biaya pengadaan.

PT Prima Citra Nutrindo sebagai rekan *outsourcing* dari RS PHC saat ini mengusung konsep *just in time manufacturing* (sistem produksi tepat waktu), dimana pengiriman atau

pemesanan bahan makanan basah dilakukan hanya ketika dibutuhkan dan memproduksi hanya ketika terdapat permintaan (Singh, 2012). Sistem ini pertama kali dikembangkan di Jepang terutama di bidang manufaktur otomotif yang bertujuan untuk menekan biaya produksi dan biaya persediaan untuk mencapai *cost-effective*. Pada sistem *just-in-time*, bahan makanan mentah yang telah dikirimkan oleh rekanan akan langsung diolah dan diproduksi sesuai dengan permintaan konsumen. Dengan demikian, institusi penyelenggara makanan tidak perlu menyediakan ruangan khusus sebagai ruang *inventory*, atau diistilahkan juga dengan *zero inventory*, dan *food waste* akibat kelebihan stok dapat ditanggulangi. Harapannya, permasalahan yang acap kali ditemukan pada sistem *just-in-case* di ruang persediaan seperti kerugian biaya akibat kelebihan stok, penurunan mutu dan peningkatan kerusakan bahan makanan dapat diminimalisir dengan adanya penerapan sistem *just-in-time*.

Selain keuntungan, sistem *just in time* juga memiliki kekurangan. Kendala yang seringkali dihadapi dalam sistem *just in time manufacture* adalah penundaan proses produksi karena barang pesanan datang terlambat. Oleh karena itu, pihak pengelola, yang dalam hal ini adalah PT PCN, harus membangun koordinasi yang tepat dengan rekanan (*supplier*) untuk memastikan barang pesanan datang tepat waktu. Akan tetapi, untuk mengantisipasi keterlambatan pada kedatangan pesanan, PT PCN sudah menyiapkan *safety stock* di masing-masing *outlet*.

4.10.1 Pemesanan Bahan Makanan

Pemesanan bahan makanan merupakan kegiatan penyusunan permintaan (*order*) bahan makanan berdasarkan menu atau pedoman menu dan rata-rata jumlah konsumen atau pasien yang ada (Kemenkes, 2013). Sistem pemesanan yang diadaptasi oleh Instalasi Gizi RS PHC merupakan sistem *reorder point* (pemesanan ulang) dimana pemesanan dilakukan apabila jumlah ketersediaan bahan makanan telah mencapai *safety stock* atau habis (Alhamidy, 2016). Sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, Instalasi Gizi RS PHC telah memenuhi prasyarat untuk melakukan pemesanan bahan makanan yang di antaranya adalah.

- 1) Adanya kebijakan rumah sakit tentang prosedur pengadaan bahan makanan
- 2) Tersedianya dana untuk bahan makanan
- 3) Adanya spesifikasi bahan makanan
- 4) Adanya menu dan jumlah bahan makanan yang dibutuhkan selama periode tertentu (1 bulan, 3 bulan, 6 bulan atau 1 tahun)
- 5) Adanya pesanan bahan makanan untuk 1 periode menu

Pemesanan bahan makanan kering dan basah dilakukan sesuai dengan jumlah pasien yang dilayani dalam satu hari, jenis diet pasien, serta kelas keperawatan. Pemesanan beberapa jenis bahan makanan kering dan semua jenis bahan makanan basah dilakukan setiap hari. Pemesanan bahan basah bertujuan untuk menyediakan stok bahan makanan basah yang akan segera diolah dalam satu hari dengan batas maksimal penyimpanan satu hari. Adapun pemesanan bahan makanan kering bertujuan untuk menyediakan stok bahan makanan kering maksimal untuk penyimpanan dua hari. Hal ini disebabkan karena pusat penyimpanan bahan makanan, terutama bahan makanan kering, dilakukan di gudang PT PCN yang berlokasi di Jalan Teluk Kumai Barat, Perak, Kota Surabaya, Jawa Timur. Alur pemesanan di instalasi gizi RS PHC adalah sebagai berikut.



Gambar 11. Alur pembelian bahan makanan

Pemesanan bahan makanan dimulai dari input diet pasien yang dilakukan oleh perawat di aplikasi sistem makanan rumah sakit. Petugas ahli gizi kemudian mengecek ketepatan diet dengan cara menganalisis diagnosis dan riwayat penyakit pasien yang tertera di dalam rekam medis. Selain itu, petugas ahli gizi juga

melakukan visite kepada pasien untuk menanyakan menu pilihan (khusus untuk pasien kelas 1 dan VIP) serta menanyakan konsistensi diet sesuai dengan kondisi pasien serta jenis makanan yang disukai atau tidak disukai oleh pasien. Setelah melakukan visite, petugas ahli gizi kemudian akan memperbaharui diet pasien di aplikasi sistem makanan.

Rekapitulasi bahan dilakukan dengan mengakumulasikan kebutuhan bahan makanan sesuai dengan siklus menu dan jenis diet serta menu pilihan pasien. Biasanya pembelian bahan makanan diletakkan sekitar 5-10% untuk mengantisipasi adanya pasien baru yang belum sempat diinput ke dalam daftar kebutuhan bahan makanan. Kemudian, bahan-bahan yang dibutuhkan akan direkap oleh staf cook, *helper*, dan gizi untuk dimasukkan ke dalam form permintaan bahan makanan (*order*) yang kemudian dikirimkan ke bagian *purchasing* PT PCN melalui *email*. Setelah menerima form penerimaan, bagian *purchasing* akan membuat *purchasing order* atau *market list* untuk menggolongkan jenis-jenis bahan makanan sesuai dengan *supplier*-nya. Pemesanan kemudian dilakukan oleh bagian *purchasing* ke tiap *supplier* sesuai dengan data rekapitulasi bahan makanan yang telah disusun di dalam *market list*.

Dalam melakukan pengadaan bahan makanan, petugas membuat spesifikasi bahan yang bertujuan untuk mendapatkan bahan makanan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Jenis spesifikasi bahan makanan yang diterapkan oleh PT PCN merupakan spesifikasi penampilan yang berisi nama bahan makanan, gambar bahan makanan, warna bahan makanan, ukuran atau tipe makanan, jumlah produk (1 kg berisikan berapa buah produk), dan/atau satuan bahan makanan. Contoh spesifikasi bahan makanan pada daging.



Brisket

Tidak dalam keadaan *frozen*

Berwarna merah segar

Kandungan lemak tidak melebihi seperti yang dicontohkan pada gambar

Gambar 12. Contoh spesifikasi daging

Spesifikasi makanan khususnya dicek saat petugas melakukan penerimaan bahan makanan. Kegiatan ini bertujuan untuk menjaga kualitas makanan dan kredibilitas PT PCN selaku instansi penyelenggara makanan sehat. Apabila terdapat bahan makanan yang tidak memenuhi spesifikasi, staff penerima berhak untuk

melakukan pengembalian bahan makanan dan meminta pengiriman bahan makanan ulang yang sesuai dengan spesifikasi. Akan tetapi, apabila semua bahan makanan datang dalam kondisi yang baik dan sesuai dengan spesifikasi, staff penerima dapat melakukan tanda terima faktur untuk kemudian diserahkan kepada bagian keuangan.

3.10.2 Pembelian Bahan Makanan

Pembelian bahan makanan merupakan prosedur penting untuk memperoleh bahan makanan, biasanya terkait dengan produk yang benar, jumlah yang tepat, waktu yang tepat, dan harga yang benar (Depkes RI, 2013). Sistem pembelian bahan makanan PT PCN mengadaptasi sistem lelang yang merupakan cara pembelian resmi mengikuti prosedur pembelian yang telah dijabarkan dalam keputusan Presiden serta peraturan yang ditetapkan pemerintah daerah ataupun penanggung jawab tertentu (Depkes, 2007). Sistem lelang yang digunakan merupakan sistem lelang terbatas dimana rekanan yang memenangkan tender terpilih dari daftar rekanan yang sesuai dengan bidang usaha dengan nilai pembelian lebih dari Rp50.000.000,00. Dalam melaksanakan lelang, terdapat beberapa hal yang dijadikan sebagai pertimbangan yang di antaranya adalah

1. Menyanggupi permintaan barang yang sesuai dengan spesifikasi bahan makanan
2. Memilih rekanan yang menawarkan bahan makanan berkualitas dengan harga paling rendah
3. Memiliki sertifikasi organik dan halal. Khusus untuk produk daging *import*, penyedia bahan makanan (*supplier*) perlu memiliki sertifikat halal internasional.

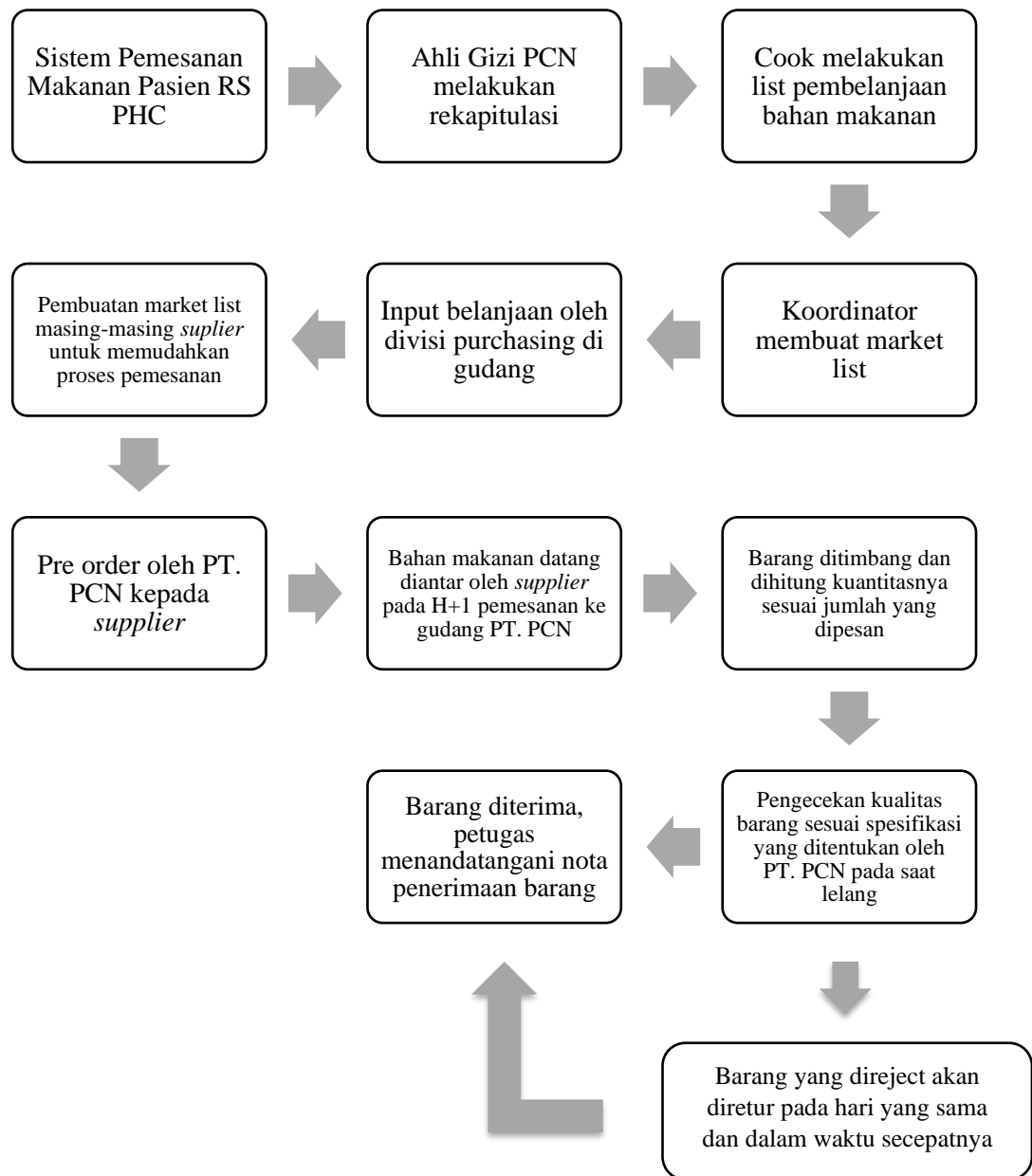
Sistem pembelian melalui metode lelang terutama dilakukan untuk bahan makanan basah, seperti daging, unggas, dan sayuran, yang disesuaikan dengan spesifikasi tiap bahan makanan. Sistem pembayaran yang diadaptasi adalah sistem kontrak dimana pembayaran dilakukan tiap satu bulan. Saat ini, PT PCN telah menekan kontrak kerjasama dengan dua puluh tiga rekanan bahan makanan baik kering maupun basah yang menyediakan jenis bahan makanan sesuai dengan MoU (*memorandum of understanding*) yang dilakukan di awal kesepakatan.

3.11 Manajemen Sistem Penerimaan, Penyaluran, dan Penyimpanan Bahan Makanan

3.11.1 Penerimaan dan Penyaluran Bahan Makanan

Penerimaan bahan makanan adalah suatu kegiatan yang meliputi pemeriksaan atau penelitian, pencatatan dan pelaporan tentang macam, kualitas dan kuantitas bahan makanan yang diterima dari industri penyedia bahan makanan yang di dapatkan secara pelelangan sesuai dengan pesanan serta spesifikasi yang telah

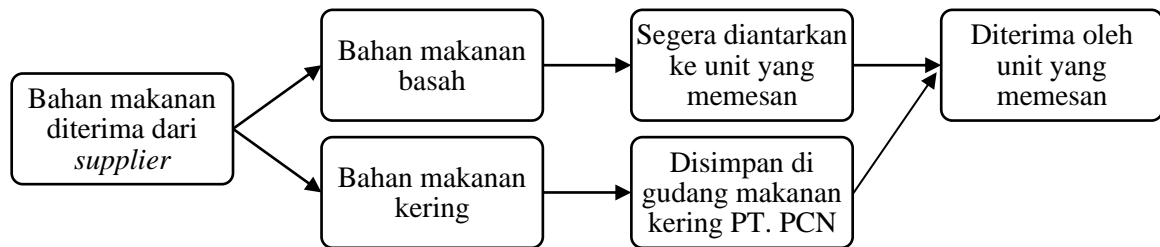
ditetapkan. Tujuannya adalah diterimanya bahan makanan sesuai dengan daftar pesanan, waktu pesan dan spesifikasi yang ditetapkan.



Gambar 13. Alur penerimaan bahan makanan

Penerimaan bahan makanan di Rumah Sakit PHC dilakukan di gudang PT. PCN Jl. Teluk Kumai Barat, Perak, Kota Surabaya. Penerimaan bahan dimulai pada pukul enam pagi oleh petugas *purchasing* gudang. Bahan makanan yang diantar oleh *supplier* dibawa menggunakan motor dengan box tertutup dan beberapa bahan makanan menggunakan mobil. Selanjutnya, petugas *purchasing* akan menimbang dan menghitung jumlah bahan makanan sesuai rekapitulasi *market list* yang telah dibuat. Setelah proses pengecekan kuantitas, petugas *purchasing* akan melakukan

pengecekan kualitas bahan makanan yang dipesan untuk memastikan bahwa barang yang datang sudah sesuai dengan spesifikasi yang telah ditentukan oleh PT. PCN pada saat proses pelelangan. Bahan makanan yang telah memenuhi syarat akan diterima oleh petugas dan petugas akan menandatangani nota penerimaan barang. Acuan dari kriteria bahan makanan basah dan kering adalah pedoman yang dimiliki sendiri oleh PCN. Pedoman tersebut dibuat berdasarkan literature yang telah ditentukan seperti ISO 22.000 : 2005



Gambar 14. Skema penyaluran bahan makanan

Penyaluran bahan makanan yang telah diterima dari *supplier* dikelompokkan kembali sesuai kebutuhan. Bahan makanan basah yang diterima di gudang PT. PCN segera diantarkan menuju Rumah Sakit PHC dengan menggunakan mobil *box* tertutup. Gudang PT. PCN tidak menyimpan bahan makanan basah yang dipesan oleh Instalasi Gizi Rumah Sakit PHC sehingga bahan makanan yang dikirimkan ke Instalasi Gizi Rumah Sakit PHC selalu *fresh* dan siap diolah. Bahan makanan kering yang dibutuhkan juga dikirimkan kepada Rumah Sakit PHC pada hari yang sama, namun PT. PCN juga melakukan penyimpanan bahan makanan kering di gudang bahan makanan kering PT. PCN sebagai *stock* apabila sewaktu-waktu dibutuhkan. Bahan makanan yang sampai di Rumah Sakit PHC akan diterima oleh petugas *cook* dan *helper* Instalasi Gizi Rumah Sakit PHC dan dibawa menuju dapur menggunakan *trolley*.

3.11.2 Penyimpanan Bahan Makanan

Menurut Permenkes 1096 tahun 2008, penyimpanan bahan makanan adalah suatu tata cara menata, menyimpan, memelihara jumlah kualitas dan keamanan bahan makanan kering dan segar di gudang bahan makanan kering dan dingin beku. Tujuan dari penyimpanan makanan adalah tersedianya bahan makanan yang siap digunakan dalam jumlah dan kualitas yang tepat sesuai dengan kebutuhan. Bahan makanan basah yang telah sampai di Instalasi Gizi Rumah Sakit PHC akan segera

dipersiapkan untuk diolah pada hari yang sama. Bahan makanan yang tersisa akan disimpan dengan ketentuan sebagai berikut.

- a. Bahan makanan seperti buah, sayuran, dan minuman, disimpan pada suhu penyimpanan sejuk (cooling) 10 °C – 15 °C
- b. Bahan makanan berprotein yang akan segera diolah kembali disimpan pada suhu penyimpanan dingin (chilling) 4 °C – 10 °C

Penyimpanan bahan makanan di *chiller* atau *freezer* di dapur RS PHC diatur dalam Standar Operasional Prosedur (SOP) No. 03/1/Gizi/4/12/PT.PCN-2017 dengan tujuan sebagai acuan untuk penerapan standarisasi penyimpanan makanan untuk memastikan penyimpanan bahan dan makanan pada suhu lemari pendingin yang tepat, untuk memastikan penyimpanan FIFO dan FEFO, untuk mencegah kontaminasi silang, untuk menjaga dan memastikan bahan makanan tetap segar.

Prosedur yang dilakukan antara lain:

1. Pilah dan pilih bahan yang akan disimpan
2. Menggunakan sarung tangan plastik
3. Cuci bahan yang akan disimpan, cuci sayur dan buah dengan cairan sabun pencuci
4. Bungkus rapat semua bahan makan dan minuman
5. Pisahkan penyimpanan daging, ayam, ikan laut dengan posisi tertumpuk rapi tiap bahan makanan
6. Beri label berisi tanggal kedtangan dan/atau tanggal produksi pada wadah
7. Letakkan sampel makanan dalam chiller 3, pastikan suhu chiller 0-4°C sebelum memasukkan barang
8. Pastikan penyimpanan dan pengeluaran bahan makanan dengan FIFO dan FEFO

Bahan makanan kering di Rumah Sakit PHC disimpan di *container* plastik. Bahan makanan kering meliputi susu dan makanan enteral lainnya. *Container* diletakkan pada ruang ahli gizi dengan suhu ruang. Sementara itu, bahan makanan kering di PT. PCN sebagai *stock* disimpan di gudang makanan kering. Bahan makanan kering diletakkan di rak dengan jarak 6 cm dari lantai dan 1 meter dari langit-langit. Gudang makanan kering PT. PCN disimpan menggunakan system FIFO dan dilakukan pencatatan *stock* setiap saat barang keluar. Setiap 2 minggu sekali diadakan evaluasi untuk mengecek ulang *stock* yang tersedia. Kesesuaian penyimpanan bahan makanan di PT. PCN dengan Permenkes 1096:

Tabel 9. Kesesuaian sistem penyimpanan dengan PERMENKES 1096 th. 2011.

No.	Permenkes 1096 th 2008	Sesuai	Tidak Sesuai
1	Tempat penyimpanan bahan makanan harus terhindar dari kemungkinan kontaminasi baik oleh bakteri, serangga, tikus dan hewan lainnya maupun bahan berbahaya.	✓	
2	Memperhatikan prinsip first in first out (FIFO) dan first expired first out (FEFO)	✓	
3	Tempat atau wadah penyimpanan harus sesuai dengan jenis bahan makanan contohnya bahan makanan yang cepat rusak disimpan dalam lemari pendingin dan bahan makanan kering disimpan ditempat yang kering dan tidak lembab	✓	
4	Suhu penyimpanan sesuai dengan kondisi bahan makanan basah dan kering	✓	
5	Ketebalan bahan padat tidak lebih dari 10 cm		✓
6	Kelembapan ruangan 80-90%	✓	
7	Makanan dalam kemasan tertutup disimpan pada suhu + 10oC	✓	
8.	Tidak menempel pada lantai, dinding atau langit-langit dengan ketentuan sebagai berikut		
	1) Jarak bahan makanan dengan lantai : 15 cm	✓	
	2) Jarak bahan makanan dengan dinding : 5 cm	✓	
	3) Jarak bahan makanan dengan langit-langit : 60 cm	✓	

Penyimpanan bahan makanan oleh PT. PCN telah memberlakukan aturan sesuai dengan PERMENKES 1096 tahun 2011. Hasil pengamatan di lapangan, secara umum PT. PCN telah mematuhi aturan yang dibuat. Masih ada beberapa kelalaian akibat *human error* terkait dengan penyimpanan bahan makanan, namun masih dapat diminimalisir dan segera dilakukan perbaikan sesuai aturan setelah dilakukan teguran terhadap petugas yang bertanggungjawab.

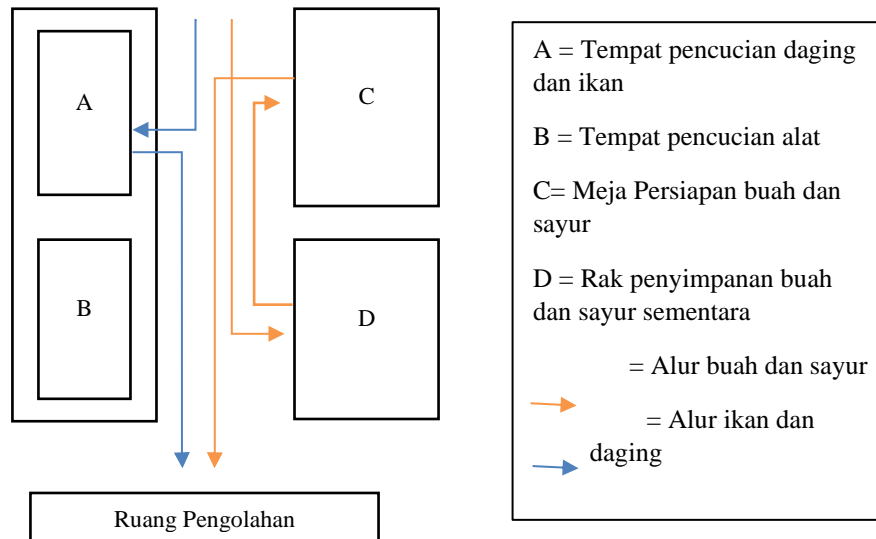
3.12 Manajemen Sistem Persiapan Makanan

Tepat setelah petugas penerimaan menerima bahan makanan dari unit PCN Teluk Kumai, bahan makanan akan segera dipersiapkan untuk diolah. Persiapan bahan makanan adalah serangkaian kegiatan dalam mempersiapkan bahan makanan yang siap diolah (mencuci, memotong, menyangi, meracik, dll) sesuai dengan menu, standar resep, standar porsi, standar bumbu dan jumlah pasien yang dilayani. Persiapan bahan makanan bertujuan untuk memudahkan serta memersingkat waktu pengolahan supaya lebih efisien. Prasyarat persiapan bahan makanan pada rumah sakit meliputi:

- a. Tersedianya bahan makanan yang akan dipersiapkan
- b. Tersedianya tempat dan peralatan persiapan
- c. Tersedianya prosedur tetap persiapan
- d. Tersedianya standar porsi, standar resep, standar bumbu, jadwal persiapan dan jadwal pemasakan (contoh formulir standar bumbu sebagaimana tercantum dalam Form XVI) (Kemenkes 2013).

Kegiatan persiapan bahan makanan dilakukan sesuai dengan jenis bahan makanannya. Bahan makanan sayuran biasanya dicuci terlebih dahulu untuk menghilangkan bahaya (*hazard*) fisik dan biologi seperti kerikil/debu dan ulat, sayuran kemudian disimpan di *chiller*. Bahan makanan buah-buahan seperti pepaya atau semangka akan baru akan dikupas dan dipotong-potong ketika mendekati waktu penyajian yang bertujuan untuk mengurangi kerusakan. Persiapan buah-buahan yang tidak perlu dikupas atau dipotong-potong (seperti pisang dan jeruk) dilakukan dengan mencuci dan mengelap permukaan kulit buah tersebut. Persiapan bahan makanan hewani seperti daging dan ikan dilakukan dengan pencucian di wastafel yang tersedia di ruas persiapan dan terpisah dengan *space* persiapan sayuran dan buah. Daging dan ikan yang telah dicuci kemudian diolah sesuai dengan menu yang telah ditentukan. Pada dasarnya, perlakuan tiap bahan makanan di proses persiapan disesuaikan dengan standar resep, standar porsi, serta peralatan yang tersedia.

Peralatan yang digunakan untuk mempersiapkan bahan makanan di antaranya adalah pisau yang terdiri atas *vegetable knife*, *cleaver*, *boning knife*, *chopping knife*, dan *sharpener knife*, *peeler*, *blender*, baskom, serta talenan. Untuk memenuhi prinsip higienitas dan sanitasi makanan, peralatan persiapan makanan harus merupakan peralatan yang *steril* dari berbagai macam patogen, terbuat dari bahan yang aman, tidak berkarat, dan mudah untuk dibersihkan. Peralatan untuk persiapan bahan makanan seharusnya digunakan sesuai dengan jenis bahan makanan, hal ini bertujuan untuk menghindari adanya kontaminasi silang pada makanan yang apabila terjadi maka dapat berisiko menyebabkan *outbreak* di rumah sakit. Kejadian luar biasa ini berpotensi untuk menyebabkan penurunan akreditasi pada rumah sakit.



Gambar 15. Alur persiapan bahan makanan

3.13 Manajemen Produksi Makanan

Pengolahan bahan makanan merupakan suatu kegiatan mengubah bahan makanan mentah menjadi makanan yang siap dimakan, berkualitas dan aman untuk dikonsumsi (Kemenkes, 2013). Pengolahan bahan makanan bertujuan untuk mengurangi resiko kehilangan zat-zat gizi bahan makanan, meningkatkan nilai cerna, meningkatkan dan mempertahankan warna, rasa, keempukan dan penampilan makanan serta membebaskan bahan makanan dari organisme dan zat yang berbahaya untuk tubuh. Prasyarat pengolahan makanan menurut PERMENKES RI NOMOR 78 TAHUN 2013 adalah:

- Tersedianya menu, pedoman menu, dan siklus menu
- Tersedianya bahan makanan yang akan dimasak
- Tersedianya peralatan pemasakan bahan makanan
- Tersedianya aturan dalam menilai hasil pemasakan
- Tersedianya prosedur tetap pemasakan
- Tersedianya peraturan penggunaan Bahan Tambahan Pangan (BTP)

Pengolahan bahan makanan di RS PHC Surabaya dilakukan oleh tenaga pengolah makanan (*cook*) PT. PCN dengan mengacu pada siklus menu, standar diet, dan standar porsi yang telah disepakati oleh ahli gizi rumah sakit dan ahli gizi PT. PCN. Bahan makanan yang telah dipersiapkan di ruang persiapan atau telah disimpan di *chiller* atau *freezer* kemudian diolah dengan peralatan pemasakan bahan makanan di dapur sesuai prosedur yang telah ditetapkan. Penggunaan Bahan Tambahan Pangan (BTP), salah satunya bumbu makanan, diberikan sesuai kondisi pasien dengan cara memisahkan antara makanan dengan bumbu

standar dan bumbu khusus yang diberikan terpisah. Pemanis atau gula diganti dengan *diabetasol* atau *tropicana slim* dan *LoSoSa* atau garam rendah sodium digunakan sebagai pengganti garam dapur. Hasil pengolahan kemudian diuji kelayakannya dengan menggunakan *tester* yang dicek oleh ahli gizi ruangan.

3.14 Manajemen Sistem Distribusi dan Penyajian Makanan

Kegiatan penyelenggaraan makanan kemudian dilanjutkan dengan distribusi makanan yang merupakan serangkaian proses kegiatan penyampaian makanan sesuai dengan jenis makanan dan jumlah porsi pasien yang dilayani dengan tujuan agar konsumen atau pasien mendapat makanan sesuai dengan diet dan ketentuan yang berlaku (Kemenkes, 2013). Kegiatan pengangkutan makanan termasuk ke dalam salah satu prinsip hygiene dan sanitasi makanan. Distribusi dan penyajian makanan RS PHC telah memenuhi persyaratan seperti yang dipaparkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit yang di antaranya adalah:

1. Pengangkutan Makanan

- a. Makanan diangkut dengan menggunakan kereta dorong yang tertutup dan bersih; *Helper* melakukan pengangkutan makanan dengan menggunakan *food trolley* dua pintu yang dilengkapi pemanas.
- b. Pengisian kereta dorong tidak sampai penuh, agar masih tersedia udara untuk ruang gerak;
- c. Perlu diperhatikan jalur khusus yang terpisah dengan jalur untuk mengangkut barang/bahan kotor
 - Poin (c) masih belum diterapkan oleh *helper* dikarenakan fasilitas rumah sakit belum menunjang adanya jalur khusus untuk pengangkutan bahan kotor.

2. Penyajian Makanan

- a. Cara penyajian makanan harus terhindar dari pencemaran dan peralatan yang dipakai harus bersih
Peralatan yang digunakan telah melalui proses pencucian di *dish washer* dengan air hangat yang bertujuan untuk menghilangkan mikroba atau patogen yang mungkin menempel di alat makan.
- b. Makanan jadi yang siap disajikan harus diwadahi dan tertutup
- c. Makanan yang telah diporsi akan langsung dibungkus dengan *plastic wrap*

- d. Makanan jadi yang disajikan dalam keadaan hangat ditempatkan pada fasilitas penghangat makanan dengan suhu minimal 60°C untuk makanan panas dan 4°C untuk makanan dingin
- e. Makanan yang baru saja diolah ditempatkan di *bain marie* untuk menjaga suhu makanan. Hal ini bertujuan untuk menunjang *holding time* makanan matang sehingga risiko kontaminasi bisa diminimalisir.
- f. Penyajian dilakukan dengan perilaku penyaji yang sehat dan berpakaian bersih. Setiap pegawai diwajibkan untuk mengenakan APD seperti *hair net*, masker, *hand gloves*, celemek, serta sepatu karet.
- g. Makanan jadi harus segera disajikan. Tiap makanan matang yang disajikan akan ditempeli label berisi waktu maksimal konsumsi makanan.
- h. Makanan jadi yang sudah menginap tidak boleh disajikan kepada pasien. Makanan sisa yang tidak dapat disimpan terutama dengan waktu penyimpanan yang lebih dari dua jam akan dibuang karena berisiko mengandung cemaran patogen yang berasal dari lingkungan.

Kegiatan distribusi yang dilakukan di instalasi gizi RS PHC meliputi pemorsian (pembagian) serta pembagian kepada pasien sesuai dengan jumlah, porsi, dan jenis diet pasien yang dilayani. Ruang distribusi Instalasi Gizi RS PHC berisi meja porsi, *bain marie*, rak penyimpanan barang, serta *food trolley*. Proses pemorsian untuk makanan utama dilakukan oleh ahli gizi dapur dan petugas *helper*, sedangkan proses pembagian atau distribusi kepada pasien dilakukan oleh pramusaji atau *waiter*.

Kegiatan pemorsian diawali dengan penempatan makanan yang telah diolah ke dalam wadah berbahan *stainless steel* yang dikelompokkan berdasarkan jenis makanannya. Penggunaan wadah berbahan *stainless steel* sendiri dinilai sangat menguntungkan karena selain bersifat ringan, tahan karat, serta mudah dibersihkan, *stainless steel* juga merupakan konduktor yang dapat menghantarkan panas sehingga makanan yang disimpan di dalamnya dapat tetap hangat. Kegiatan selanjutnya adalah memorsi (*setting*) makanan pada piring berbahan melamin sesuai dengan label makanan pasien. Makanan yang telah diporsi kemudian diletakkan pada *tray* bersamaan dengan sendok *disposable*, *snack*, beserta air minum kemasan 200 ml. Bahan *tray* yang digunakan dalam menyajikan makan pasien dibedakan sesuai dengan kelas keperawatannya. *Tray* berbahan plastik digunakan untuk pasien kelas 1, 2, dan 3, sedangkan *tray* berbahan *stainless steel* digunakan untuk pasien kelas VIP.

Setelah dilakukan pemorsian, makanan akan dibungkus menggunakan *wrap* kemudian dikelompokkan dan ditata berdasarkan ruang rawat inap pasien. Kegiatan selanjutnya adalah *double quality control* yang dilakukan oleh ahli gizi dapur dan ahli gizi ruangan. Baik ahli gizi dapur maupun ahli gizi ruangan bertanggung jawab terhadap ketepatan diet pasien dan tampilan atau presentasi makanan. Kemudian, makanan yang telah lolos proses *quality control* akan dipasang label oleh ahli gizi. Makanan yang telah dilabeli baru boleh didistribusikan ke ruangan oleh *waiter*. Berikut merupakan jadwal pemorsian Instalasi Gizi RS PHC.

Tabel 10. Jadwal pemorsian makanan di RS PHC

Makan pagi	05.00-06.30 WIB
Snack dan sonde	09.30-10.00 WIB
Makan siang	10.00-11.30 WIB
Snack dan sonde	13.30-14.00 WIB
Makan malam	15.00-16.30 WIB

Jadwal pada kegiatan pemorsian harus memerhatikan *holding time* makanan sejak diproduksi. Makanan yang baru saja diolah dengan suhu di atas 80°C masih berada pada kondisi yang aman dari patogen dan harus tetap panas dengan suhu di atas 60°C untuk mencegah perkembangan bakteri pada makanan, terutama untuk makanan yang tergolong ke dalam *Potential Hazardous Food* (PHF), seperti nasi yang matang, lauk hewani, serta susu dan produk susu. FDA (*Food and Drug Administration*) merekomendasikan waktu penyimpanan makanan pada suhu ruangan selama dua jam sebelum disajikan, apabila waktu simpan melebihi dua jam maka makanan harus dibuang. Akan tetapi, berdasarkan hasil observasi, jarak waktu antara pengolahan dan pemorsian di instalasi gizi RS PHC masih melebihi batas aman *holding time* makanan, yaitu dua jam. Makanan yang baru saja diolah akan diletakkan pada wadah berbahan *stainless steel* di suhu ruangan. *Bain marie* yang tersedia di ruang distribusi tidak dapat dioperasikan karena pemanasnya rusak, sehingga kualitas makanan yang akan disajikan kepada pasien berpotensi menurun.

Proses pemorsian membutuhkan ketelitian dan kejelian yang tinggi karena kesesuaian makanan yang disajikan dengan jenis diet dan jenis kelas keperawatan harus sesuai. Oleh karena itu, di Instalasi Gizi RS PHC, dilakukan *double quality control* yang dilakukan oleh ahli gizi dapur dan ahli gizi ruangan.

Proses pemorsian makanan pada Instalasi Gizi Rumah Sakit PHC telah menerapkan enam dari delapan prinsip penyajian seperti yang dipaparkan dalam Peraturan Menteri

Kesehatan No. 1096 tahun 2011 tentang Higiene dan Sanitasi Jasaboga yang di antaranya adalah.

1. Prinsip Wadah

Setiap jenis makanan yang akan disajikan diletakkan di wadah terpisah yang bersih, terbuat dari bahan yang aman, dan tertutup. Makanan yang telah disajikan di piring saji akan dibungkus menggunakan *plastic wrap* guna meminimalisir adanya kontaminasi dari udara sekitar.

2. Prinsip Kadar Air

Makanan dengan kadar air tinggi dipisahkan dengan makanan yang cenderung lebih kering, misalnya sayur berkuah dimasukkan ke dalam mangkuk sup kecil sedangkan nasi dan lauk kering diletakkan di dalam satu piring saji. Hal ini berguna untuk mencegah basi pada makanan, terutama apabila makanan tidak langsung dikonsumsi oleh pasien sejak pertama kali dihidangkan.

3. Prinsip *Edible Part*

Segala jenis makanan yang diletakkan di piring atau mangkuk saji merupakan makanan yang seluruh bagiannya dapat dan aman untuk dikonsumsi oleh pasien. Hal ini termasuk juga *garnish* atau pemanis lainnya.

4. Prinsip Panas

Makanan yang baru diolah akan diletakkan ke dalam wadah berbahan *stainless steel* yang kemudian disimpan di atas *food warmer* untuk menjaga suhu makanan.

5. Prinsip Alat Bersih

Segala jenis alat yang digunakan dalam proses distribusi telah dicuci bersih baik secara manual maupun dengan bantuan mesin seperti *dish washer*. Tujuan pembersihan alat adalah untuk mencegah adanya kontaminasi patogen yang tertinggal pada alat makan kepada makanan dan juga untuk meningkatkan nilai estetika.

6. Prinsip *Handling*

Seluruh petugas yang terlibat dalam kegiatan distribusi menggunakan APD lengkap seperti *hair nett* dan *hand gloves*.

Berdasarkan PMK No. 78 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, metode dalam sistem distribusi makanan rumah sakit terdiri atas tiga macam yang di antaranya adalah sentralisasi, desentralisasi, serta kombinasi antara sentralisasi dan desentralisasi. Metode distribusi makanan yang digunakan oleh Instalasi Gizi Rumah Sakit PHC merupakan metode sentralisasi dimana pemorsian dilakukan pada satu tempat secara

lengkap pola menunya untuk setiap konsumen pada ruang produksi atau pengolahan makanan. Metode sentralisasi memiliki keuntungan sebagai berikut (Kemenkes, 2013):

- a. Tidak banyak dibutuhkan alat-alat distribusi besar.
- b. Tidak membutuhkan *pantry*.
- c. Masalah sampah atau *waste* diruangan dapat ditekan karena makanan diporsikan di ruang produksi makanan secara terpusat.
- d. Pengawasan terhadap proses produksi maupun distribusi lebih intensif.
- e. Proses distribusi yang dilakukan tidak mengganggu klien atau pasien akibat dari kegaduhan, suara bising peralatan maupun bau makanan yang muncul karena ruang produksi dan distribusi jauh dari jangkauan klien.
- f. Makanan dapat langsung disalurkan ke klien atau pasien karena sudah langsung diporsikan untuk masing-masing pasien.

Selain keuntungan, metode sentralisasi juga memiliki kelemahan sebagai berikut (Kemenkes, 2013):

- a. Dibutuhkan ruang produksi maupun distribusi yang luas karena pemorsian makanan dilakukan pada tempat tersebut bukan ditempat lain. Hal ini bisa berkembang ketika jumlah klien yang dilayani dalam jumlah besar, jenis diet yang bermacam-macam, menu yang diolah memerlukan teknik khusus dan membutuhkan peralatan khusus, yang tentu saja akan memerlukan tempat yang lebih luas.
- b. Memerlukan tenaga pengolah maupun distribusi makanan yang terampil dan terlatih karena semua kegiatan pemorsian dilakukan ditempat produksi makanan.
- c. Tingkat kepuasan konsumen bisa jadi menurun terutama karena faktor suhu makanan yang disebabkan jarak dan waktu.
- d. Ketidakesesuaian peralatan makan bisa saja terjadi karena semua kegiatan, semua konsumen dilayani pada satu tempat.

Pemorsian untuk pasien yang mendapatkan terapi nutrisi enteral komersial dapat dilakukan dengan metode sentralisasi dan desentralisasi, hal ini bergantung kepada permintaan pasien. Pada distribusi desentralisasi untuk nutrisi enteral komersial di RS PHC, pemorsian nutrisi enteral dilakukan oleh ahli gizi dapur, sedangkan penyeduhan dilakukan oleh perawat ruangan. Hal ini, selain untuk menuruti permintaan pasien, dilakukan untuk menjaga kualitas nutrisi enteral dan mengurangi risiko pencemaran patogen di dalam nutrisi enteral. Jadwal distribusi nutrisi enteral dari ruang pengolahan ke *pantry* disesuaikan bersamaan dengan distribusi *snack*. Akan tetapi, waktu penyajian di

ruangan dilakukan mulai pukul 08.00 WIB (E1) hingga pukul 23.00 (E6) tiap interval tiga jam.

Terdapat dua jenis peralatan yang digunakan pada saat distribusi, yaitu peralatan saji dan peralatan pramusaji. Peralatan saji merupakan peralatan yang digunakan dalam proses pemorsian, di antaranya adalah

1. Piring;
2. Mangkuk;
3. Cetakan nasi;
4. *Plastic wrapper*;
5. *Ladle* (sendok sayur) berbahan *stainless steel*;
6. *Tray* berbahan plastik;
7. *Tray* berbahan *stainless steel*

Tipe pelayanan makanan yang diaplikasikan oleh instalasi gizi RS PHC adalah tipe *tray service* dimana makanan diletakkan pada nampan untuk disajikan ke pasien. Peralatan distribusi yang digunakan untuk membagikan makanan kepada pasien adalah troli makanan tertutup 2 pintu 2 susun (*food trolley cabinet stainless*).

Distribusi makanan didahulukan untuk ruangan-ruangan keperawatan yang terletak pada bangunan baru yang di antaranya adalah pyrus, emerald, safir, dan ruby. Kegiatan distribusi makanan kepada pasien di RS PHC dibagi ke dalam lima sesi yang di antaranya adalah pagi, *snack* pagi dan sonde, siang, *snack* siang dan sonde, serta malam. Berikut ini merupakan jadwal distribusi dan *clear up*.

Tabel 11. Jadwal distribusi dan *clear up*

Waktu		Keterangan
Pagi	06.30 WIB	Pengantaran makan pagi ke ruangan
	07.30 WIB	<i>Clear up</i> peralatan makan dan minum pasien dari ruangan
Snack	10.00 WIB	Pengantaran <i>snack</i> dan sonde ke ruangan
Siang	11.30 WIB	Pengantaran makan siang ke ruangan
	12.30 WIB	<i>Clear up</i> peralatan makan dan minum pasien dari ruangan
Snack	14.00 WIB	Pengantaran <i>snack</i> dan sonde ke ruangan serta <i>tester</i> makanan kepada ahli gizi rumah sakit
Malam	17.30 WIB	Pengantaran makan malam ke ruangan
	18.30 WIB	<i>Clear up</i> peralatan makan dan minum pasien dari ruangan

3.15 Pengkajian Survei Kepuasan, *Quality Control*, dan Evaluasi Mutu Makanan

3.15.1 Pengkajian Survei Kepuasan

Evaluasi kepuasan pasien terhadap pelayanan gizi di ruang rawat inap diatur dalam pedoman tatalaksana penyelenggaraan makanan RS PHC. Tatalaksana evaluasi kepuasan pasien terhadap pelayanan gizi di ruang rawat inap adalah sebagai berikut:

- a. Proses evaluasi dilakukan sebulan sekali
- b. Dilaksanakan oleh seluruh ahli gizi yang bertugas di ruang rawat inap
- c. Dilakukan wawancara kepada pasien berdasarkan form cita rasa makan pasien
- d. Hal –hal yang ditanyan kepada pasien sesuai dengan format yang ada, meliputi pendapat pasien tentang:
 1. Aroma makanan
 2. Penampilan makanan
 3. Rasa makanan
 4. Tekstur makanan
 5. Cita rasa makanan secara keseluruhan
- e. Hasil evaluasi direkap sebagai bahan laporan pencapaian sasaran mutu pelayanan gizi
- f. Hasil evaluasi juga digunakan sebagai bahan masukan untuk pihak penyedia jasa boga sesuai pelayanan makanan yang telah diberikan

3.15.2 *Quality Control*

Proses *Quality Control* pada penyelenggaraan makanan di RS PHC dibagi menjadi dua yaitu *Quality Control* Ahli Gizi untuk memastikan makanan pasien sesuai diet dan porsinya sebelum didistribusikan ke pasien (ketepatan diet) dan *Quality Control* kualitas makanan pasien sebagaimana tertera pada Standar Operasional Prosedur, yaitu:

A. *Quality control* ahli gizi

Proses kegiatan ini memastikan makanan pasien sesuai diet dan porsinya sebelum didistribusikan ke pasien. Tujuannya adalah untuk mengetahui kesesuaian diet pasien untuk mengetahui kesesuaian porsi makan pasien. Prosedur yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Mencetak *checklist* makan pasien sesuai waktu makan dan tanggalnya
2. Lihat makanan pasien sesuai yang telah disiapkan oleh petugas distribusi (pihak *catering*)
3. Cocokkan makanan pasien dengan *checklist* makan pasien mulai dari nama pasien, kamar, kelas, jenis diet dan keterangan

4. Isi kolom diet dengan contrengan bila diet sudah sesuai, bila belum sesuai kembalikan ke petugas distribus (ahli gizi pihak catering) untuk diganti
5. Isi kolom porsi dengan contrengan bila diet sudah sesuai, bila belum sesuai kembalikan ke petugas distribus (ahli gizi pihak catering) untuk diganti
6. Tandatangani form *checklist* makan pasien dengan tanda tangan dan nama terang ahli gizi rumah sakit dan ahli gizi catering
7. Otorisasi form *checklist* makan pasien dengan tanda tangan dan nama terang penanggung jawab pelayanan gizi klinik rumah sakit

B. *Quality control* makanan dapur pasien

Proses kegiatan ini memastikan makanan pasien sesuai standar dalam hal rasa, rupa, dan tekstur makanan. Tujuannya antarlain untuk mengetahui rasa makanan sesuai standar, mengetahui rupa makanan sesuai standar, dan mengetahui tekstur makanan sesuai standar. Prosedur yang dilakukan antara lain:

1. Petugas QC memeriksa kesesuaian menu dengan makanan yang dimasak.
2. Petugas QC mencicipi semua makanan sesuai dengan menu
3. Jika ditemukan kesalahan rasa, rupa, tekstur makan dilakukan perbaikan dengan menyampaikan kepada bagian produksi (pihak catering)
4. Petugas QC dan petugas produksi (pihak catering) mencatat semua kegiatan pada form *checklist* QC makanan pasien dengan memberikan tanda contreng pada kolom sesuai yang dinilai (rasa, rupa, tekstur)
5. Tandatangani form *checklist* QC makanan dapur pasien dengan tanda tangan dan nama terang ahli gizi rumah sakit dan pihak catering (cook dan ahli gizi)

3.15.3 Evaluasi Mutu Makanan

Proses eveluasi mutu makanan didapatkan dari proses pengkajian survey kepuasan pasien dan juga selama proses *quality control* berlangsung. Pengkajian survey kepuasan pasien dilakukan setiap hari baik oleh perawat ruangan dan ahli gizi ruangan. Metode pengkajian survey kepuasan berupa wawancara langsung kepada pasien mengenai tampilan dan organoleptik makanan serta kritik, saran, dan/atau komentar pasien terhadap makanan yang disajikan. Sedangkan proses *quality control* dilakukan pada saat pemorsian makanan di dapur.

Evaluasi mutu makanan bertujuan untuk menilai variasi dan higienitas makanan yang disajikan, dengan mengamati aspek ketepatan diet, ketepatan distribusi, maupun sisa makanan. Hasil evaluasi mutu makanan akan dibahas baik dalam rapat besar yang meliputi

rapat koordinasi antara departemen gizi RS PHC dengan PT PCN dan juga dalam rapat kecil yang dilakukan antar staff ahli gizi setiap pagi. Diharapkan evaluasi mutu makanan dapat menjadi bahan untuk pengembangan dan peningkatan mutu penyelenggaraan makan di RS PHC.

3.16 Manajemen Sarana Fisik dan Peralatan

Sarana fisik, berupa dapur, yang terletak di RS PHC dan dikelola oleh PT. PCN merupakan tempat penyelenggaraan makanan di RS PHC. Dapur tersebut memiliki beberapa standar yang jika disesuaikan dengan hasil observasi maka didapatkan data sebagai berikut.

Tabel 12. Kesesuaian antara sarana fisik dengan standar operasional prosedur fasilitas

Standar	Kesesuaian
Mudah dicapai dari semua ruang agar pelayanan dapat diberikan dengan baik dan menata semua pasien	✓
Kebisingan dan keributan di pengolahan tidak mengganggu ruangan lain di sekitarnya.	✓
Mudah dicapai dengan kendaraan dari luar memudahkan pengiriman bahan makanan sehingga perlu mempunyai jalan langsung dari luar.	-
Tidak dekat dengan tempat pembuangan sampah, kamar jenazah, ruang cuci dan lingkungan yang kurang memenuhi syarat kesehatan.	✓
Mendapat udara dan sinar yang cukup.	-
Halaman ruang pengolahan makanan bersih dan tersedia tempat sampah yang bersih dan tertutup, tidak terdapat tumpukan barang-barang yang dapat menjadi sarang tikus. Buangan air hujan lancar genangan air.	✓
Konstruksi bangunan untuk kegiatan penyelenggaraan makanan harus kokoh dan aman selain kuat dalam keadaan bersih secara fisik bebas dari barang-barang sisa atau bekas yang ditempatkan sembarangan.	✓
Lantai kedap air tidak retak, tidak licin, kemiringan kelandaian cukup, dan mudah dibersihkan.	-
Permukaan dinding sebelah dalam rata tidak lembab, mudah dibersihkan dan berwarna terang.	✓

Standar	Kesesuaian
Permukaan dinding yang selalu terkena percikan air dilapisi bahan kedap air setinggi 2 m dari lantai.	✓
Sudut dinding lantai berbentuk lengkung konus agar mudah dibersihkan dan tidak menyimpan debu kotoran.	✓
Bidang langit-langit menutupi seluruh atap bangunan terbuat dari bahan yang permukaannya rata mudah dibersihkan, tidak menyerap air dan berwarna terang	✓
Langit minimal 2,4 m di atas lantai	✓
Pintu ruang tempat pengolahan makanan membuka ke arah dan dapat menutup sendiri (<i>self closing</i>) dilengkapi peralatan anti serangga lalat tirai pintu rangkap	✓
Peralatan anti serangga seperti kaca dapat dibuka dan dipasang untuk dibersihkan. Intensitas pencahayaan harus cukup untuk melakukan pemeriksaan dan pembersihan serta melakukan pekerjaan secara efektif	-
Setiap ruang pengolahan makanan dan tempat cuci tangan intensitas pencahayaan sedikitnya <i>20 foot candle</i> 200 lux pada titik 90 cm dari lantai.	✓
Semua pencahayaan tidak boleh menimbulkan silau dan distribusinya sedemikian rupa sehingga tidak menimbulkan bayangan.	✓
Tempat pengolahan makanan harus dilengkapi dengan ventilasi sehingga sirkulasi peredaran udara	✓
Luas lantai tempat pengolahan makanan yang bebas dari peralatan minimal 2 m ² untuk setiap orang bekerja.	✓
Ruang pengolahan makanan tempat penyimpanan bahan makanan	✓
Pengolahan makanan tidak boleh berhubungan langsung dengan toilet, jamban, peturasan dan kamar mandi	✓

Standar	Kesesuaian
Peralatan di ruang pengolahan makanan minimal harus ada meja kerja lemari tempat penyimpanan bahan makanan jadi yang terlindung dari gangguan serangga, tikus dan hewan lainnya.	✓
Memiliki ruang kantor dan ruang belajar khusus yang terpisah dari ruang pengolahan	✓

Kesesuaian antara sarana fisik dengan standar operasional prosedur fasilitas masih mencapai 82%, dimana sarana fisik yang ada hanya memenuhi 19 dari total 23 poin standar. Poin-poin yang belum memenuhi standar berdasarkan hasil pengamatan selama kegiatan magang adalah akses menuju dapur yang tidak langsung berhadapan dengan akses keluar masuk penerimaan bahan makanan, serta masih ditemukan lantai yang licin. Tempat sampah dihalaman ruang pengolahan seringkali ditemukan tidak tertutup sehingga meningkatkan risiko pencemaran. Lantai dapur yang licin dan retak dapat meningkatkan risiko kecelakaan kerja. Tidak adanya ventilasi di ruangan pengolahan mengakibatkan kurangnya sirkulasi udara. Tidak adanya ventilasi digantikan dengan adanya cerobong asap di ruang pengolahan dan ruang gerak yang luas sehingga ruang pengolahan di dapur RS PHC tergolong tidak kekurangan sirkulasi udara.

Peralatan merupakan hal yang sangat berpengaruh terhadap kualitas serta keberlangsungan proses penyelenggaraan makanan. Penyelenggaraan makanan di RS PHC yang di lakukan di dapur RS PHC memiliki inventaris sebagai berikut.

Tabel 13. Data inventaris dapur RS PHC

No.	Nama Barang	Satuan	Jumlah
Ruang Penerimaan Bahan Makanan			
1.	Meja stainless	Buah	2
	Kereta bahan makanan	Buah	3
	Timbangan kerja	Buah	1
	Talenan	Buah	4
	Pisau	Buah	5
Ruang Pencucian			
	Almari penyimpanan alat	Buah	3
	Wastafel dua lubang	Buah	4
	Pemanas air	Buah	1

Ruang Pengolahan			
	Comble steamer	Buah	1
	Oven	Buah	1
	Kompor portable	Buah	2
	Kompor 4 tunggu	Buah	3
5.	Kompor single besar	Buah	1
6.	Meja stainless	Buah	5
7.	Trolley	Buah	2
8.	Jam dinding	Buah	1
9.	Mixer	Buah	2
10.	Proving	Buah	1
Ruang Penyimpanan Basah			
1.	Almari es (showcase)	Buah	3
2.	Chiller	Buah	1
Ruang Pemorsian Makanan (Ruang Distribusi)			
1.	Alat pemotong wrapping	Buah	2
2.	Ban marie	Buah	2
3.	Kereta Makan tertutup	Buah	6
4.	Rak Stainless	Buah	4
5.	Rak aluminium	Buah	2
6.	Dispenser	Buah	1

Secara umum, fasilitas yang terdapat di dapur RS PHC telah memenuhi pedoman peralatan penyelenggaraan makan untuk pasien rumah sakit yaitu PGRS 2013. Berikut adalah ketersediaan sarana fisik dan peralatan dapur RS PHC

Tabel 14. Kesesuaian ketersediaan alat dengan PGRS 2013

Tahapan Penyelenggaraan	Nama Alat	Ketersediaan di Dapur RS PHC
Ruang penerimaan	Timbangan 100-300 kg	✓
	Rak bahan makanan beroda	✓
	Kereta angkut	✓
	Timbangan 20-100 kg	-

Tahapan Penyelenggaraan	Nama Alat	Ketersediaan di Dapur RS PHC
Ruang Penyimpanan	Rak bahan makanan	✓
	Lemari es	✓
	Freezer	✓
	Tempat bahan makanan dari plastic	✓
Ruang Persiapan	Meja kerja	✓
	Meja daging	✓
	Mesin cuci sayuran	-
	Mesin kelapa	-
	Mesin pemotong dan penggiling daging	✓
	Mixer	✓
	Blender	✓
	Timbangan meja	-
	Talenan	✓
	Bangku kerja	-
	Penggiling bumbu	✓
	Bak cuci	✓
Ruang Pengolahan	Ketel uap 10-250 lt	✓
	Kompor	✓
	Oven	✓
	Penggorengan	✓
	Mixer	✓
	Blender	✓

Tahapan Penyelenggaraan	Nama Alat	Ketersediaan di Dapur RS PHC
	Lemari es	✓
	Meja pemanas	✓
	Pemanggang sate	✓
	Toaster	✓
	Meja kerja	✓
	Bak cuci	✓
	Kereta dorong	✓
	Rak alat	✓
	Bangku	-
	Meja pembagi	✓
	Ruang Pencucian dan Penyimpanan Alat	Bak cuci
Rak alat		✓
Tempat sampah		✓
Lemari		✓
Ruang Pegawai*	Kamar mandi	-
	Loker	-
	Meja kursi	-
	Tempat sampah	-
	WC	-
	Tempat sholat	-
	Tempat tidur	-
Ruang Perkantoran	Meja kursi	✓
	Filling cabinet	✓
	Lemari buku	✓

Tahapan Penyelenggaraan	Nama Alat	Ketersediaan di Dapur RS PHC
	Lemari es	-
	Alat peraga	-
	Alat tulis menulis	✓
	Komputer	✓
	Printer	✓
	Lemari kaca	-
	Mesin ketik	-
	AC	✓

*) Dapur tidak memiliki ruang untuk karyawan karena karyawan memiliki mobilitas yang tinggi sehingga tidak memerlukan adanya ruangan karyawan. Ruangan karyawan yang tersedia adalah ruangan ahli gizi sekaligus kantor administrasi PCN Bakery sebagai penunjang *jobdesc*. Kamar mandi dan tempat sholat disediakan oleh RS PHC di luar dapur.

Peralatan yang dibutuhkan dalam proses penyelenggaraan makanan di RS PHC Surabaya sepenuhnya berada di area dapur PT. PCN yang terletak di bagian selatan gedung yang jauh dari kontaminasi luar rumah sakit. peralatan yang diperlukan dalam proses penyelenggaraan makanan di RS PHC Surabaya secara umum sudah memenuhi standar yang ditetapkan panduan PGRS 2013.

3.17 Penerapan Higiene Sanitasi dan K3

Dewasa ini permasalahan seperti kejadian luar biasa masih kerap ditemui di Indonesia. Dalam upaya menurunkan angka kejadian KLB, institusi penyelenggaraan makanan massal seperti instalasi gizi rumah sakit perlu meminimalisir risiko-risiko cemaran pada proses penyelenggaraan makanannya. Upaya untuk mengendalikan adanya faktor risiko terjadinya kontaminasi terhadap makanan, baik yang berasal dari bahan makanan, orang, tempat dan peralatan agar aman dikonsumsi merupakan definisi dari higiene sanitasi menurut Permenkes No. 1096/Menkes/Per/VI/2011. Dalam mengelola kegiatan penyelenggaraan makanan, institusi harus memiliki sertifikat kelayakan higiene dan sanitasi. Jasaboga yang menjadi mitra swakelola RS PHC saat ini telah mengantongi sertifikat HACCP (*Hazard Analysis and Critical Control Point*) yang artinya telah lulus uji kelayakan higiene dan sanitasi.

Pengolahan makanan di PT PCN juga menerapkan sistem GMP (*Good Manufacturing Proccess*) serta telah mengantongi Izin Penyehatan Makanan Golongan B dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

Menurut Depkes (2005), terdapat enam prinsip higiene dan sanitasi yang meliputi pemilihan bahan makanan, penyimpanan bahan makanan, pengolahan makanan, penyimpanan makanan, pengangkutan, dan penyajian makanan. Pada setiap prinsip harus dilakukan upaya higiene dan sanitasi mulai dari peralatan hingga tenaga penjamah makanan. Tenaga penjamah makanan merupakan orang yang langsung berhubungan dengan makanan dan peralatan mulai dari tahap persiapan, pembersihan, pengolahan, pengangkutan sampai penyajian (WHO dan Depkes RI, 2004). Menurut WHO (1996), tenaga penjamah makanan berpotensi menyebarkan kontaminasi kepada makanan dengan demikian seluruh penjamah makanan harus mengenakan APD (Alat Perlindungan Diri) yang lengkap serta menaati beberapa peraturan yang tertera dalam Permenkes No. 1096/Menkes/Per/VI/2011 yang di antaranya adalah.

- a. Semua kegiatan pengolahan makanan harus dilakukan dengan cara terlindung dari kontak langsung dengan tubuh.
- b. Perlindungan kontak langsung dengan makanan dilakukan dengan : sarung tangan plastik, penjepit makanan, sendok garpu dan sejenisnya.
- c. Setiap tenaga pengolah makanan pada saat bekerja harus memakai celemek dan penutup rambut.
- d. Setiap tenaga penjamah makanan pada saat bekerja harus berperilaku :
 - a. Tidak makan atau mengunyah makanan kecil/permen.
 - b. Tidak memakai perhiasan (cincin).
 - c. Tidak bercakap-cakap.
 - d. Selalu mencuci tangan sebelum bekerja dan setelah keluar dari kamar kecil.
 - e. Tidak memanjangkan kuku.
 - f. Selalu memakai pakaian yang bersih.

PT PCN selaku mitra jasadoga RS PHC berkomitmen untuk melakukan tes kesehatan setiap enam bulan sekali serta melakukan uji laboratorium sampel makanan setiap enam bulan sekali. Hal ini perlu dilakukan sebab penjamah makanan tidak boleh mengidap penyakit menular terutama yang menyerang sistem pernapasan seperti tuberkulosis. Menurut Depkes (2005), penjamah makanan merupakan vektor dari

Stapylococcus aureus yang seringkali menjadi patogen penyebab keracunan makanan. Selain tenaga penjamah makanan, terdapat aspek lain yang harus memenuhi persyaratan higiene sanitasi jasaboga yang dirangkum pada tabel di bawah ini.

Tabel 15. Pemenuhan syarat higiene sanitasi menurut PERMENKES 1096 th. 2011

NO	URAIAN	BOBOT	X
LOKASI, BANGUNAN, FASILITAS			
1.	Halaman bersih, rapi, tidak becek, dan berjarak sedikitnya 500 meter dari sarang lalat/tempat pembuangan sampah, serta tidak tercium bau busuk atau tidak sedap yang berasal dari sumber penceraan	1	1
2.	Konstruksi bangunan kuat, aman, terpercaya, bersih, dan bebas dari barang-barang yang tidak berguna atau barang sisa	1	1
3.	Lantai kedap air, rata, tidak licin, tidak retak, terpelihara dan mudah dibersihkan	1	0
4.	Dinding dan langit-langit, dibuat dengan baik, terpelihara dan bebas dari debu (sarang laba-laba)	1	1
5.	Bagian dinding yang kena percikan air dilapisi bahan kedap air setinggi 2 (dua) meter dari lantai	1	1
6.	Pintu dan jendela dibuat dengan baik dan kuat. Pintu dibuat menutup sendiri, membuka kedua arah dan dipasang alat penahan lalat dan bau. Pintu dapur membuka ke arah luar.	1	1
PENCAHAYAAN			
7.	Pencahayaan sesuai dengan kebutuhan dan tidak menimbulkan bayangan. Kuat cahaya sedikitnya 10 fc pada bidang kerja	1	1
PENGHAWAAN			
8.	Ruang kerja maupun peralatan dilengkapi ventilasi yang baik sehingga terjadi sirkulasi udara dan tidak pengap	1	0
9.	Sumber air bersih, aman, jumlah cukup dan bertekanan	5	5
AIR KOTOR			
10.	Pembuangan air limbah dari dapur, kamar mandi, WC dan saluran air hujan lancar, baik, dan tidak menggenang	1	1
FASILITAS CUCI TANGAN DAN TOILET			
11.	Jumlah cukup, tersedia sabun, kamar mandi, WC, dan saluran air lancar, baik dan tidak menggenang	3	3
PEMBUANGAN SAMPAH			
12.	Tersedia tempat sampah yang cukup, tertutup, anti lalat, kecoa, tikus, dan dilapisi kantong plastik yang selalu diangkat setiap kali penuh	1	0
RUANG PENGOLAHAN MAKANAN			

NO	URAIAN	BOBOT	X
13.	Tersedia luas lantai yang cukup untuk pekerja pada bangunan, dan terpisah dengan tempat tidur atau tempat mencuci pakaian	1	1
14.	Ruangan bersih dari barang yang tidak berguna (barang tersebut disimpan rapi di gudang)	1	1
KARYAWAN			
15.	Semua karyawan yang bekerja bebas dari penyakit menular, seperti penyakit kulit, bisul, luka terbuka, dan infeksi saluran pernapasan atas (ISPA)	5	5
16.	Tangan selalu dicuci bersih, kuku dipotong pendek, bebas kosmetik dan pelaku yang higienis	5	3
17.	Pakaian kerja dalam keadaan bersih rambut pendek dan tubuh bebas perhiasan	1	0
MAKANAN			
18.	Sumber makanan, keutuhan, dan tidak rusak	5	5
19.	Bahan makanan terolah dalam keamanan asli, terdaftar, berlabel dan tidak kadaluarsa	5	5
PERLINDUNGAN MAKANAN			
20.	Penanganan makanan yang potensi berbahaya pada suhu, cara, dan waktu yang memadai selama penyimpanan peracikan, persiapan penyajian, dan pengangkutan makanan serta melunakkan makanan beku sebelum dimasak (<i>thawing</i>)	5	4
21.	Penanganan makanan yang potensial berbahaya karena tidak ditutup atau disajikan ulang	4	4
PERLATAN MAKAN DAN MASAK			
22.	Perlindungan terhadap peralatan makan dan masak dalam cara membersihkan penyimpanan penanganan dan pemeliharaannya	2	2
23.	Alat makan dan masak yang sekali pakai tidak dipakai ulang	2	2
24.	Proses pencucian melalui tahapan mulai dari pembersihan sisa makanan, peredaman, pencucian, dan pembilasan	5	5
25.	Bahan racun/peptisida disimpan tersendiri di tempat yang aman, terlindung menggunakan label/tanda yang jelas untuk digunakan	5	5
26.	Perlindungan terhadap serangga, tikus, hewan peliharaan dan hewan pengganggu lainnya	4	4
	Jumlah	65	60
KHUSUS GOLONGAN A1			
27.	Ruang pengolahan makanan tidak dipakai sebagai ruang tidur	1	1
28.	Tersedia 1 (satu) buah lemari es (kulkas)	4	4
	Jumlah	70	65

NO	URAIAN	BOBOT	X
KHUSUS GOLONGAN A2			
29	Pengeluaran asap dapur dilengkapi dengan alat pembuang asap	1	1
30	Fasilitas pencucian dibuat dengan tiga bak pencuci	2	2
31	Tersedia kamar ganti pakaian dan dilengkapi dengan tempat penyimpanan loker	1	1
	Jumlah	74	70
KHUSUS GOLONGAN A3			
32	Saluran pembuangan limbah dapur dilengkapi dengan penangkap lemak (<i>grease trap</i>)	1	1
33	Tempat memasak terpisah secara jelas dengan tempat penyiapan makanan matang	1	1
34	Lemari penyimpanan dingin dengan suhu (-5°C) dilengkapi dengan termometer pengontrol	4	4
35	Tersedia kendaraan khusus pengangkut makanan	3	3
	Jumlah	83	79
KHUSUS GOLONGAN B			
36	Peremuan sudut lantai dan dinding lengkung (konus)	1	1
37	Tersedia ruang belajar	1	0
38	Alat pembuangan asap dilengkapi filter (penyaring)	1	1
39	Dilengkapi dengan saluran air panas untuk pencucian	2	2
40	Lemari pendingin dapat mencapai suhu -10°C	4	4
41	Ventilasi dilengkapi dengan alat pengatur suhu	1	1
42	Air kran bertekanan 15 psi	2	2
43	Lemari penyimpanan dingin tersedia untuk tiap jenis bahan dengan suhu yang sesuai dengan kebutuhan	4	4
44	Rak pembawa makanan/alat dilengkapi dengan roda penggerak	1	1
	Jumlah	100	96

Tabel 14. Kelaikan Higiene dan Sanitasi Jasaboga Permenkes No 1096/Menkes/Per/Vi/2011

$$\text{Skor} = \frac{96}{100} \times 100\% = 96\%$$

Berdasarkan hasil perhitungan uji kelaikan hygiene dan sanitasi jasaboga menurut Permenkes No. 1096/Menkes/Per/VI/2011, kelaikan fisik dapur Rumah Sakit PHC terkategori baik dan sudah dapat memenuhi target yang sebesar 90,2%. Akan tetapi, untuk meningkatkan layanan, masih terdapat beberapa hal yang perlu dibenahi di antaranya adalah:

1. Aspek Karyawan

- a. Kepatuhan penggunaan APD pada karyawan masih belum mencapai 100%. Hal ini dapat dilihat dari banyaknya karyawan yang tidak mengenakan APD lengkap terutama ketika

memiliki kontak dengan makanan. Rerata karyawan hanya mengenakan *hand gloves* di salah satu tangan, topi/*hair net*, serta sepatu anti licin. Karyawan tidak mengenakan *hand gloves* di kedua tangan, tidak mengenakan masker, dan jarang mengenakan apron. Ketika mempersiapkan, mengolah, dan memorsi makanan, masih ditemukan karyawan yang saling berbicara satu sama lain tanpa serta terdapat beberapa karyawan yang bersin atau batuk tanpa mengenakan masker.

- b. Masih ditemukannya karyawan yang mengenakan riasan wajah dan tidak memotong kuku

Kedua hal ini perlu ditindaklanjuti dengan cara mengawasi, menegur, serta memberikan peringatan terhadap karyawan yang melakukan pelanggaran serta menerapkan skorsing terhadap karyawan yang melakukan pelanggaran berat. Hal ini perlu ditegaskan sebab manusia dapat menjadi vektor dari patogen yang dapat menular ke makanan dan menyebabkan *outbreak*.

2. Aspek Sarana Fisik

- a. Fasilitas cuci tangan masih belum mumpuni, hal ini dapat dilihat dari jarangya ketersediaan sabun cuci di wastafel serta rusaknya kran wastafel yang terdapat di dalam ruang pengolahan. Apabila fasilitas cuci tangan masih belum bisa diperbaiki dalam waktu dekat maka pengelola dapat menyediakan *handrub* alkohol sebagai alternatif.
- b. Terdapat saluran air kotor atau saluran pembuangan di atas ruang penyimpanan sementara yang tidak ditutup serta rusaknya alat pembunuh serangga yang terdapat di ruang pengolahan dan distribusi. Hal ini sangat berpotensi untuk mencemarkan bahan-bahan makanan persediaan baik untuk pasien maupun karyawan. Untuk menghindari potensi cemaran, ruang penyimpanan transit dapat dipindahkan ke tempat yang aman dan bebas cemaran.
- c. Lantai dapur masih sering terasa licin meskipun telah mengenakan sepatu dengan sol karet. Untuk menjamin keselamatan kerja karyawan, lantai dapur harus diupayakan dalam keadaan kering dengan mengepel cairan yang tumpah ke lantai dan menggunakan pel microfiber untuk mengangkat minyak yang menempel pada lantai.

Keselamatan Kerja bertujuan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat bagi para karyawan pelayanan gizi agar tercapai tingkat produktivitas yang maksimal sebagaimana diatur dalam Standar Operasional Prosedur Keselamatan Kerja Penyelenggaraan Makanan di RS PHC. Kegiatan ini memiliki tujuan khusus, yaitu.

1. Terciptanya lingkungan kerja yang aman dan nyaman bagi karyawan pelayanan gizi
2. Terpenuhinya syarat-sarat kesehatan kerja
3. Meningkatkan kemandirian hidup sehat para karyawan
4. Mencegah timbulnya penyakit akibat kerja

5. Meningkatkan mutu pelayanan gizi

Rincian kegiatan dalam upaya keselamatan kerja antara lain:

a. Seksi kesehatan kerja meliputi:

1. Pemeriksaan kesehatan secara berkala

Mengusulkan kegiatan pemeriksaan berkala kepada rumah sakit minimal 1 tahun sekali bagi petugas penjamah makanan

2. Pemakaian APD secara benar

Melakukan pengecekan pemakaian APD terhadap semua penjamah makanan yang sedang bertugas

Laporan monitoring sebulan sekali

3. Pemantauan higiene dan sanitasi individu petugas penjamah makanan

Pemantauan langsung dengan form higiene sanitasi individu dilaksanakan sebulan sekali

4. Pemantauan kebersihan lingkungan ruangan pelayanan gizi

Pengecekan dilakukan setiap hari dan pencatatan dengan form pemantauan dilaksanakan seminggu sekali

b. Seksi keselamatan kerja meliputi

1. Menyediakan obat-obatan P3K di kotak obat dan pemantauan dengan kartu stok obat

2. Mencatat setiap kejadian kecelakaan kerja di buku dan direkap setiap bulan

3. Penanganan kejadian kecelakaan kerja di pelayanan gizi

c. Seksi sanitasi meliputi

1. Melaksanakan pengecekan limbah di lingkungan pelayanan gizi yang bekerjasama dengan instalasi kesehatan lingkungan

2. Melaksanakan prosedur cuci tangan yang benar, bekerja sama dengan PPI rumah sakit dengan sosialisasi *hand hygiene* 6 langkah cuci tangan

3. Melaksanakan pemeriksaan sampel makanan dan air di lingkungan pelayanan gizi bekerjasama dengan instalasi kesehatan lingkungan

d. Seksi kewaspadaan bencana

1. Melakukan pencegahan kejadian

a. Membuat alur evakuasi bencana

b. Mengecek alat pemadam kebakaran minimal 6 bulan dan melaporkan ke bagian perlengkapan bila terjadi kekosongan atau habis masa penggunaannya

2. Bila terjadi bencana berkoordinasi dengan tim K3RS

Proses pembersihan area kerja diatur dalam Standar Operasional Prosedur No 03/1/Gizi/1/01/PT. PCN-2017 tentang pembersihan area kerja. Langkah langkah

pembersihan area kerja di penyelenggaraan makan RS PHC yang dilakukan oleh PT PCN adalah sebagai berikut:

1. Juru masak memberishkan meja kerja, kompor, trolley makanan matang, rak bahan *chiller*, *zink* pencucian bahan, lantai di sekitar kompor
2. *Cleaning service* membersihkann semua area di dapur termasuk didalamnya : *exhaust*, lantai, dinding dapur, langit-langit, toilet, loker dan *office*
3. Steward membersihkan *zink* pencucian alat masak dan makan, lantai ruang pencucian
4. Juru masak, *cleaning service* dan *steward* menyapu dan mengepel lantai masing-masing dengan peralatan yang dibedakan untuk ruang persiapan, ruang pengolahan, ruang distribusi, loker dan *office*.

3.18 Manajemen Limbah

Menurut Permenkes RI Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004, jenis limbah yang dihasilkan oleh dapur rumah sakit berupa limbah padat dan limba cair non medis. Jenis limbah yang dihasilkan dari instalasi gizi RS PHC adalah limbah padat non medis dan limbah cair non medis. Limbah padat meliputi sisa-sisa makanan dan juga kemasan dari pengolahan hingga makanan selesai dikonsumsi pasien. Sisa makanan pasien baik yang sudah habis maupun masih utuh diangkut oleh *waiter* maksimal 1 jam setelah makanan dihidangkan ke pasien yaitu pada jam 9.00, 13.00, dan 19.00.

Proses *clear up* tau pengambilan alat makan pasien yang kotor diatur dalam SOP No. 03/1/GIZI/2/04/PT.PCN-2017 yang bertujuan sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk membersihkan alat makan pasien agar tidak tercemar oleh kotoran da sisa dari makanan pasien. Langkah-langkah yang dilakukan antara lain:

- a. Pramusaji (*waiter*) mengambil trolley khusus *clear up*
- b. Pramusaji (*waiter*) mengambil alat makan pada *container* yang telah disediakan di ruang perawatan
- c. Pramusaji (*waiter*) memastikan jumlah dan jenis alat makan yang diambil sesuai dengan jumlah dan jenis alat makan yang diberikan pada tiap ruangan
- d. Pramusaji (*waiter*) menanyakan pada perawat jika tidak sesuai dengan check list
- e. Pramusaji (*waiter*) melakukan serah terima dengan eperawat dan minta paraf pada perawat yang bertugas
- f. Jika ada alat yang belum bias diambil karena pasien belum selesai makan, maka alat makan tersebut menjadi tanggung jawab perawat ruangan. Catat jumlah alat yang tertinggal dan minta paraf pada perawat

- g. Jik aada alat yang pecah, catat jumlah dan kronologis kejadian kemudian minta paraf pada perawat.

Pembuangan sampah di instalasi gizi Rumah Sakit PHC diberlakukan system pemilahan sampah yaitu sampah kemasan dan sampah sisa bahan makanan. Menurut Standar Prosedur Operasional (SOP) PT. PCN, proses pemisahan bahan yang layak pakai dan sisa produksi dari rawat inap agar tidak mengkontaminasi proses produksi berikutnya. SOP Pembuangan Sampah Padat PT. PCN bertujuan sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menjaga kebersihan, polusi, dan kerapian, mengoptimalkan produksi standar hygiene serta menciptakan lingkungan kerja yang terhindar dari infeksi nosokomial. Prosedur yang dilakukan meliputi :

1. Dalam melaksanakan pembuangan sampah padat petugas steward menggunakan alat bantu sebagai berikut :
 - a. Trolley
 - b. Plastik sampah
 - c. Sarung tangan
 - d. Apron
 - e. Masker
 - f. *Safety shoes*
2. Pemilahan sampah basah dan sampah kering
 - a. Sampah kering antara lain; botol kosong, kertas pembungkus, kardus
 - b. Sampah basah antara lain; sisa potongan sayur, sisa makan pasien
3. Sampah kering langsung diangkut ke tempat pembuangan sampah sementara tanpa dimasukkan ke dalam plastic sampah yang berwarna hitam
4. Sampah basah berupa potongan sayur ditampung di tempat sampah yang telah tersedia di area *preparation* sedangkan sampah basah dari sisa makan pasien di area *stewarding* terlebih dahulu diberi erwarna makanan sebelum dibuang. Sampah basah yang dibuang terlbih dulu diberi palstik sampah, hingga akhir shift di angkat bersama-sama menggunakan trolley sampah ke tempat pembuangan sampah sementara.

Berdasarkan hasil observasi, sisa makanan diambil menggunakan tray alat makan dan terdapat tempat sampah dengan *trashback* hitam untuk membuang sisa makanan. Sisa makanan diangkut dari rawat inap menuju ke instalasi gizi dengan tertutup agar tidak mencemari udara sekitar rumah sakit. Sampah dikumpulkan di teras instalasi gizi namun letaknya berjauhan dengan tempat pengolahan sehingga mengurangi risiko terjadinya kontaminasi silang antara bahan makanan dan sisa makanan. Kemudian, petugas kebersihan

akan membungkus sampah yang sudah dikumpulkan kemudian dibawa dengan tray sampah besar menuju tempat pembuangan sementara di rumah sakit. Tempat pembuangan sampah di Rumah Sakit PHC akan dikosongkan 1x24 jam dengan adanya *cleaning* dari dinas kebersihan menuju tempat pembuangan sampah akhir.

3.19 Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP)

Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP) dilakukan pada tiga jenis menu PT PCN yaitu :

1. Tempe Mendoan
2. Asam-asam Manisah Buncis
3. Bali Telur

Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP) terlampir pada lampiran 1.

BAB IV PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Rumah Sakit PHC menggunakan penyelenggaraan makanan dengan system *semi outsourcing* dari PT. Prima Citra Nutrindo (PCN). Manajemen system penyelenggaraan makanan di PT. PCN meliputi seluruh pengaturan produksi, sarana prasarana, serta keuangan. Manajemen produksi dimulai dari tahap perencanaan menu, pengadaan bahan, penyimpanan, persiapan dan pengolahan, pemorsian, serta proses distribusi makanan. Ahli gizi di PT. PCN berperan dalam proses perencanaan menu, rekapitulasi makanan pasien, pemorsian makanan, *quality control*, serta berkomunikasi langsung dengan ahli gizi rumah sakit. Pada seluruh proses manajerial PT. PCN, selalu memperhatikan hygiene dan sanitasi. PT. PCN berusaha menjaga mutu pelayanan yang dinilai dari ketepatan diet, ketepatan waktu, ketepatan jumlah dan pesanan, serta penilaian organoleptik meliputi rasa, tekstur, warna, dan penampilan makanan.

4.2 Saran

Setelah mengikuti kegiatan magang di PT. PCN dan memperhatikan proses penyelenggaraan makanan, saran yang dapat kami berikan untuk meningkatkan mutu pelayanan antaralain pengecekan kebersihan dapur secara berkala terutama pada bagian-bagian yang berhimpitan untuk mengurangi adanya serangga sehingga dapat menjaga keamanan pangan pasien, melakukan penegasan penggunaan APD pada karyawan serta penyimpanan bahan makanan terutama makanan kering sesuai dengan ketentuan PGRS untuk mengurangi kontaminasi pada makanan dan mengurangi kecelakaan kerja.

DAFTAR PUSTAKA

Kemenkes RI. 2013. Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit.

Permenkes RI Nomor 1204 tahun 2004 tentang Pengolahan Limbah Rumah Sakit

Permenkes RI Nomor 1096 tahun 2011 tentang Higiene Sanitasi Jasaboga

Analisis HACCP pada Telur Bumbu Bali

A. Tahap 1 Pembentukan Organisasi HACCP

B. Tahap 2 Deskripsi Produk

Nama produk : Telur bumbu bali

Bahan baku :

- a. Telur ayam
- b. Bawang putih
- c. Bawang merah
- d. Cabai merah
- e. Jahe
- f. Daun jeruk
- g. Saus tomat
- h. Kecap
- i. Gula
- j. Garam

Karakteristik : Ditilik dari sisi organoleptik, telur bumbu bali untuk pasien memiliki rasa gurih cenderung asam manis. Penampilannya berwarna merah kecokelatan dan aromanya didominasi oleh saus tomat.

Jenis kemasan : Isoset *stainless steel* yang terdiri atas dua dinding berbahan *stainless* dan vacuum udara

Kondisi penyimpanan : Disimpan pada ruangan yang kering

Masa simpan : \pm Tiga jam setelah distribusi

Metode distribusi : Menerapkan sistem distribusi desentralisasi yang memanfaatkan moda transportasi mobil atau motor dengan *box* tertutup rapat dan kering

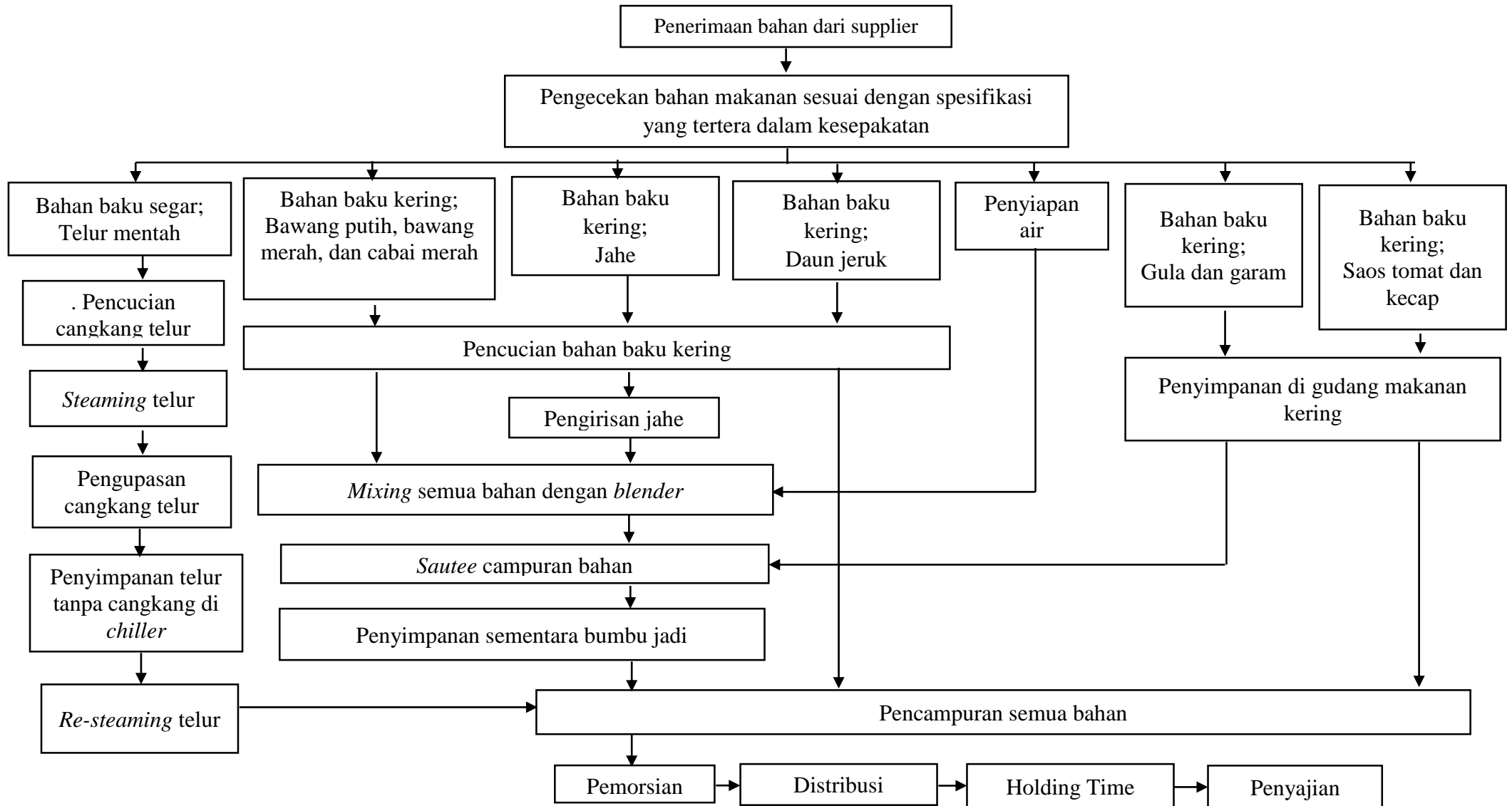
Informasi label : Berikut ini merupakan informasi nilai gizi dari telur bumbu bali

INFORMASI NILAI GIZI / NUTRITION FACTS		
Total energi	117,6 kkal	
		% AKG*
Total lemak (<i>Total fat</i>)	7 gram	10%
Protein	9 gram	15%
Karbohidrat total (<i>Total carbohydrate</i>)	6 gram	2%
Natrium (<i>sodium</i>)	380 mg	25%
Kalium (<i>potassium</i>)	135 mg	3%
*Persentase AKG berdasarkan kebutuhan energi 2000 kkal		

C. Tahap 3 Identifikasi Penggunaan

Telur bumbu bali yang diproduksi oleh PT PCN ditujukan kepada pasien dengan diet tertentu (TKTP standar) dan juga kepada karyawan. Khusus untuk pasien dengan diet rendah lemak atau kardiovaskuler dapat diberikan telur bagian putihnya saja. Telur bumbu bali tidak dapat diberikan kepada pasien yang memiliki diet alergi. Telur bumbu bali yang ditujukan kepada pasien memiliki cita rasa yang kurang pedas dibandingkan dengan yang ditujukan untuk karyawan. Produk ini merupakan produk makan yang dapat langsung dikonsumsi oleh pasien.

D. Tahap 4 Diagram Alir



E. Tahap 5 Verifikasi Diagram Alir

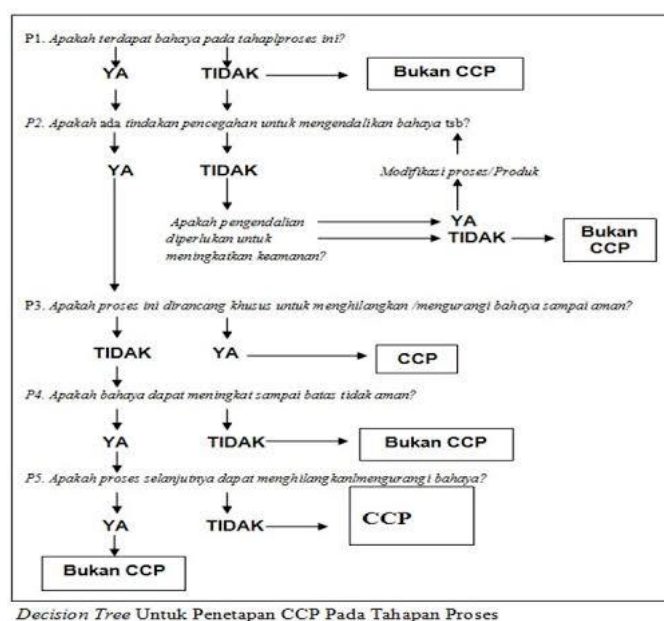
Diagram alir yang telah disusun harus ditinjau ulang di tempat dan apabila terdapat proses yang kurang atau berlebih maka diagram alir perlu diperbaiki. Verifikasi diagram alir pada laporan HACCP ini dilakukan dengan pengecekan ulang oleh koordinator gizi PT PCN yang disesuaikan dengan prosedur dan kondisi pengolahan di dapur.

F. Tahap 6 Analisis Bahaya

Analisis bahaya merupakan proses yang meliputi identifikasi bahaya, penentuan signifikansi, dan identifikasi tindakan pencegahan. Identifikasi bahaya dilakukan dengan menganalisis dan membuat daftar potensi bahaya yang terdapat pada setiap proses produksi. Bahaya dapat diklasifikasikan menjadi bahaya biologi (mikroorganisme seperti bakteri, virus, atau protozoa), bahaya fisik (seperti debu, rambut, kerikil), dan bahaya kimia (seperti logam berat, aflatoxin). Tiap jenis bahaya (*hazard*) memiliki tingkat keparahan dan peluang masing-masing yang dapat dikategorikan menjadi *low*, artinya pangan menjadi tidak layak dikonsumsi, *medium*, artinya dapat berpotensi mengancam kesehatan konsumen, dan *high*, artinya dapat mengancam kesehatan konsumen.

G. Tahap 7 Penetapan Titik Kendali Kritis

Titik kendali kritis adalah suatu tahap atau prosedur dimana pengendalian dapat diterapkan dan bahaya keamanan pangan dapat dicegah, dihilangkan atau dikurangi sampai tingkat yang dapat diterima sehingga resiko dapat diminimalkan (Koswara, 2009). Apabila tahap ini tidak dikendalikan maka dapat menyebabkan bahaya kesehatan konsumen. Untuk menentukan apakah sebuah proses termasuk CCP atau bukan, penentuan dapat mengikuti pohon keputusan CCP seperti yang tertera di bawah ini.



Berikut ini merupakan hasil identifikasi bahaya pada proses produksi telur bumbu bali

No.	Tahapan Produksi	Identifikasi Bahaya			Acceptable Measure	Signifikansi Bahaya			Tindakan Pencegahan
		Kategori	Bahaya	Penyebab Bahaya		Risiko	Keparahan	Signifikansi	
1.	Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (telur mentah)	B	<i>Salmonella sp.</i>	Berasal dari intestine ayam yang kemudian ditransmisikan pada cangkang	<10 ² sel/gram	M	H	S	Jaminan <i>supplier</i> dan uji lab berkala
		F	Kotoran ayam	Berasal dari saluran cerna ayam	Negatif	M	L	TS	Pengecekan dengan spesifikasi dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
2.	Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (bawang putih, bawang merah, cabai merah, jahe, dan daun jeruk)	B	<i>Aspergillus niger</i>	Terjadi pada bawang atau cabai pasca-panen yang busuk	-	M	L	TS	Pengecekan dengan spesifikasi dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
		F	Kerikil, busuk	Berasal dari <i>supplier</i>	Negatif	M	L	TS	Pengecekan dengan spesifikasi dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
3.	Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (saus tomat, kecap, garam, gula)	K	Kadaluarsa	-	Tidak kadaluarsa	M	H	S	Pengecekan tanggal kadaluarsa dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
4.	Pencucian telur dan bahan baku dengan air mengalir	B	Koliform, <i>E. Coli</i>	Cemaran lingkungan	Koliform pada air sumur 50/100 ml dan <i>E. Coli</i> 0/100 ml	M	H	TS	Jaminan <i>supplier</i>

5.	Penyimpanan makanan di gudang makanan kering (saus tomat dan kecap)	B	<i>Lactobacillus fructivorans</i> , <i>E. coli</i> , <i>Coliform</i>	Udara di lingkungan dan metode penyimpanan yang kurang tepat	Maksimal cemaran pada saus tomat/kecap adalah 10^4 CFU/mL	M	H	TS	Penatalaksanaan SOP penyimpanan yang tepat
		K	Rhodamine B	Penggunaan pewarna tekstil pada saus tomat	Negatif	M	M	TS	Jaminan <i>supplier</i> dan uji lab berkala
6.	Pengkukusan telur	B	<i>Salmonella sp.</i>	Ditransmisikan saat berada di dalam saluran intestine ayam	$<10^2$ sel/g	M	H	TS	Penatalaksanaan SOP pengolahan telur yang tepat
		F	Kotoran	Berasal dari peralatan pengkukus yang tidak bersih	Negatif	M	M	TS	Pencucian peralatan dengan bersih
7.	Pengupasan cangkang telur	B	<i>Staphylococcus aureus</i>	Ditransmisikan dari pekerja	$<10^3$ sel/g	M	L	TS	Praktik higiene dan sanitasi penjamah
		F	Sisa cangkang telur	Pengupasan kurang bersih	-	H	L	TS	Penatalaksanaan SOP pengolahan telur yang tepat
8.	Penyimpanan telur yang telah dikupas di dalam <i>chiller</i>	B	<i>Salmonella sp.</i>	Dapat berasal dari spora bakteri yang tidak mati pada proses pengkukusan	$<10^2$ sel/g	M	H	S	Penatalaksanaan SOP penyimpanan telur yang tepat
9.	Pengirisan jahe	F	Kotoran, debu	Berasal dari pisau atau talenan yang tidak bersih	Negatif	M	L	TS	Pencucian peralatan dengan bersih
10.	Pencampuran semua bahan (bawang putih, bawang merah, cabai merah, dan	B	Kapang, <i>Aspergillus sp</i>	Kontaminan silang antar bahan makanan	Negative	M	M	TS	Pencucian semua bahan dengan bersih

	jahe) menggunakan <i>blender</i>	F	Debu, kotoran	Blender tidak dicuci dengan bersih dan tidak disimpan di tempat yang bersih	Negatif	L	L	TS	Pencucian blender dengan bersih dan penatalaksanaan SOP penyimpanan alat yang tepat
		K	Residu sabun cuci	Blender	Negatif	M	M	TS	Pembilasan blender yang bersih
11.	Sautee bumbu	F	Debu, kotoran, keringat	Wajan atau spatula tidak dicuci dengan bersih dan tidak disimpan di tempat yang bersih. Keringat dapat berasal dari penjamah	Negatif	L	L	TS	Pencucian alat dengan bersih dan penatalaksanaan SOP penyimpanan alat yang tepat
		K	Residu sabun cuci	Blender	Negatif	M	M	TS	Pembilasan alat yang bersih
		B	<i>Staphylococcus aureus</i>	Ditransmisikan dari pekerja	<10 ³ sel/g	M	L	TS	Praktik higiene dan sanitasi penjamah
12.	Pengemasan	B	<i>Staphylococcus aureus</i>	Ditransmisikan dari pekerja	<10 ³ sel/g	M	M	TS	Praktik higiene dan sanitasi penjamah
		F	Debu, kotoran	Kemasan tidak dicuci dengan bersih dan tidak disimpan di tempat yang bersih.	Negatif	L	L	TS	Pencucian alat dengan bersih dan penatalaksanaan SOP penyimpanan alat yang tepat
13.	Distribusi	B	Jamur	Berasal dari <i>box delivery</i>	Negatif	M	M	TS	Pembersihan <i>box delivery</i> berkala
14.	Penyajian	F	Debu, kotoran	Piring saji tidak dicuci dengan bersih dan tidak	Negatif	L	L	TS	Pencucian alat dengan bersih dan penatalaksanaan SOP

				disimpan di tempat yang bersih.					penyimpanan alat yang tepat
--	--	--	--	------------------------------------	--	--	--	--	--------------------------------

Berikut ini merupakan hasil penetapan CCP pada telur bumbu bali.

Tahapan Produksi	Potensi Bahaya	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	CCP
Penerimaan dan pengecekan bahan baku dari <i>supplier</i> sesuai dengan spesifikasi (telur mentah)	<i>Salmonella sp</i> dan kotoran ayam	✓	-	-	-	-	-
Penerimaan dan pengecekan bahan baku dari <i>supplier</i> sesuai dengan spesifikasi (bawang putih, bawang merah, cabai merah, jahe, dan daun jeruk)	<i>Aspergillus niger</i> , kerikil, dan kondisi yang busuk	✓	-	-	-	-	-
Penerimaan dan pengecekan bahan baku dari <i>supplier</i> sesuai dengan spesifikasi (saus tomat, kecap, garam, gula)	Kadaluarsa	✓	-	-	-	-	-
Pencucian telur dan bahan baku dengan air mengalir	Koliform, <i>E. coli</i>	✓	-	-	-	-	-
Penyimpanan makanan di gudang makanan kering (saus tomat dan kecap)	<i>Lactobacillus fructivorans</i> , <i>E. coli</i> , <i>Coliform</i> , rhodamine B	✓	✓	-	✓	✓	-
Pengukusan telur	<i>Salmonella sp</i> , kotoran	✓	✓	✓	-	-	-
Pengupasan cangkang telur	<i>Staphylococcus aureus</i> , serpihan cangkang telur	✓	✓	-	✓	✓	-
Penyimpanan telur yang telah dikupas di dalam <i>chiller</i>	<i>Salmonella sp</i>	✓	✓	✓	-	-	-
Pengirisan jahe	Kotoran, cemaran residu sabun cuci	✓	✓	-	✓	✓	-
Pencampuran semua bahan (bawang putih, bawang merah, cabai merah, dan jahe) menggunakan <i>blender</i>	<i>Aspergillus niger</i> , debu, residu	✓	-	-	-	-	-
Sautee bumbu	Debu, kotoran, keringat, residu sabun cuci, <i>Staphylococcus aureus</i>	✓	-	-	-	-	-
Pengemasan	<i>Staphylococcus aureus</i> , debu	✓	✓	-	✓	-	CCP1
Distribusi	Jamur, debu/kotoran	✓	-	-	-	-	-
Penyajian	<i>Staphylococcus aureus</i> , debu	✓	✓	-	✓	-	CCP2

H. Tahap 8 Penetapan Batas Kritis

No.	Tahapan Produksi	Identifikasi Bahaya			Acceptable Measure (Batas Kritis)
		Kategori	Bahaya	Penyebab Bahaya	
12.	Pengemasan	B	<i>Staphylococcus aureus</i>	Ditransmisikan dari pekerja	$<10^3$ sel/g
		F	Debu, kotoran	Kemasan tidak dicuci dengan bersih dan tidak disimpan di tempat yang bersih.	Negatif
14.	Penyajian	B	<i>Staphylococcus aureus</i>	Ditransmisikan dari pekerja	$<10^3$ sel/g
		F	Debu, kotoran	Piring saji tidak dicuci dengan bersih dan tidak disimpan di tempat yang bersih.	Negatif

I. Tahap 9 Menetapkan Prosedur Monitoring

Badan Standardisasi Nasional (BSN) menjelaskan bahwa monitoring merupakan pengamatan terjadwal dari CCP yang dibandingkan dengan batas kritisnya (Dewanti dan Hardiyadi, 2013). Tindakan monitoring yang dapat dilakukan adalah pengecekan spesifikasi bahan pada saat penerimaan, melakukan uji laboratorium pada bahan makanan dan makanan jadi secara berkala (minimal enam bulan sekali), dan lain sebagainya.

J. Tahap 10 Menetapkan Tindakan Koreksi

Tindakan Koreksi adalah semua tindakan yang diambil jika hasil pemantauan pada CCP menunjukkan penyimpangan batas kritis (kehilangan kendali) karena jika kendali hilang, maka produk menjadi tidak memenuhi syarat (Koswara, 2009).

K. Tahap 11 Menetapkan Prosedur Verifikasi

Hasil penetapan prosedur verifikasi tercantum pada tabel HACCP plan

L. Tahap 12 Dokumentasi dan Rekaman yang Baik

Hasil dokumentasi tercantum pada tabel HACCP plan

Berikut ini merupakan tabel HACCP plan pada produksi telur bumbu bali

CCP	Bahaya	Tindakan Pengendalian	Batas Kritis	Prosedur Pemantauan (4W+1H)	Koreksi Langsung	Verifikasi	Dokumentasi dan Record
CCP1 (Pengemasan)	<i>Staphylococcus aureus</i> , debu	Praktik higiene dan sanitasi penjamah, pencucian alat dengan bersih	$<10^2$ sel/g	What: tangan pekerja Where: di ruang pemorsian	Penggantian telur apabila terlihat	Uji laboratorium penjamah makanan berkala	Rekaman sanitasi pekerja

		dan penalaksanaan SOP penyimpanan alat yang tepat		When: setiap pemorsian Who: penjamah How: mengenakan APD lengkap, mencuci tangan sebelum menjamah makanan, tidak mengenakan perhiasan, tidak berbicara saat memorsi makanan	debu pada telur		
CCP2 (Penyajian)	<i>Staphylococcus aureus</i> , debu	Praktik higiene dan sanitasi penjamah, pencucian alat dengan bersih dan penalaksanaan SOP penyimpanan alat yang tepat	$<10^3$ sel/g	What: tangan pekerja Where: di ruang pemorsian When: setiap pemorsian Who: penjamah How: mengenakan APD lengkap, mencuci tangan sebelum menjamah makanan, tidak mengenakan perhiasan, tidak berbicara saat memorsi makanan	Penggantian telur apabila terlihat debu pada telur	Uji laboratorium penjamah makanan berkala	Rekaman sanitasi pekerja

Analisis HACCP pada Tempe Mendoan

A. Tahap 1 Pembentukan Organisasi HACCP

B. Tahap 2 Deskripsi Produk

Nama produk : Tempe Mendoan

Bahan baku :

- a. Tempe
- b. Tepung terigu
- c. Bawang putih
- d. Kunyit
- e. Ketumbar
- f. Gula
- g. Garam

Karakteristik : Tempe mendoan memiliki rasa dan aroma yang gurih. Warna tempe mendoan dominan kuning keemasan.

Karakteristik proses : proses pengolahan tempe mendoan dilakukan dengan penggorengan (*deep fry*)

Pengemas primer : kotak makanan berbahan kertas

Pengemas sekunder : plastik *wrap*

Kondisi penyimpanan : Disimpan pada ruangan yang kering

Masa simpan : \pm Tiga jam setelah distribusi

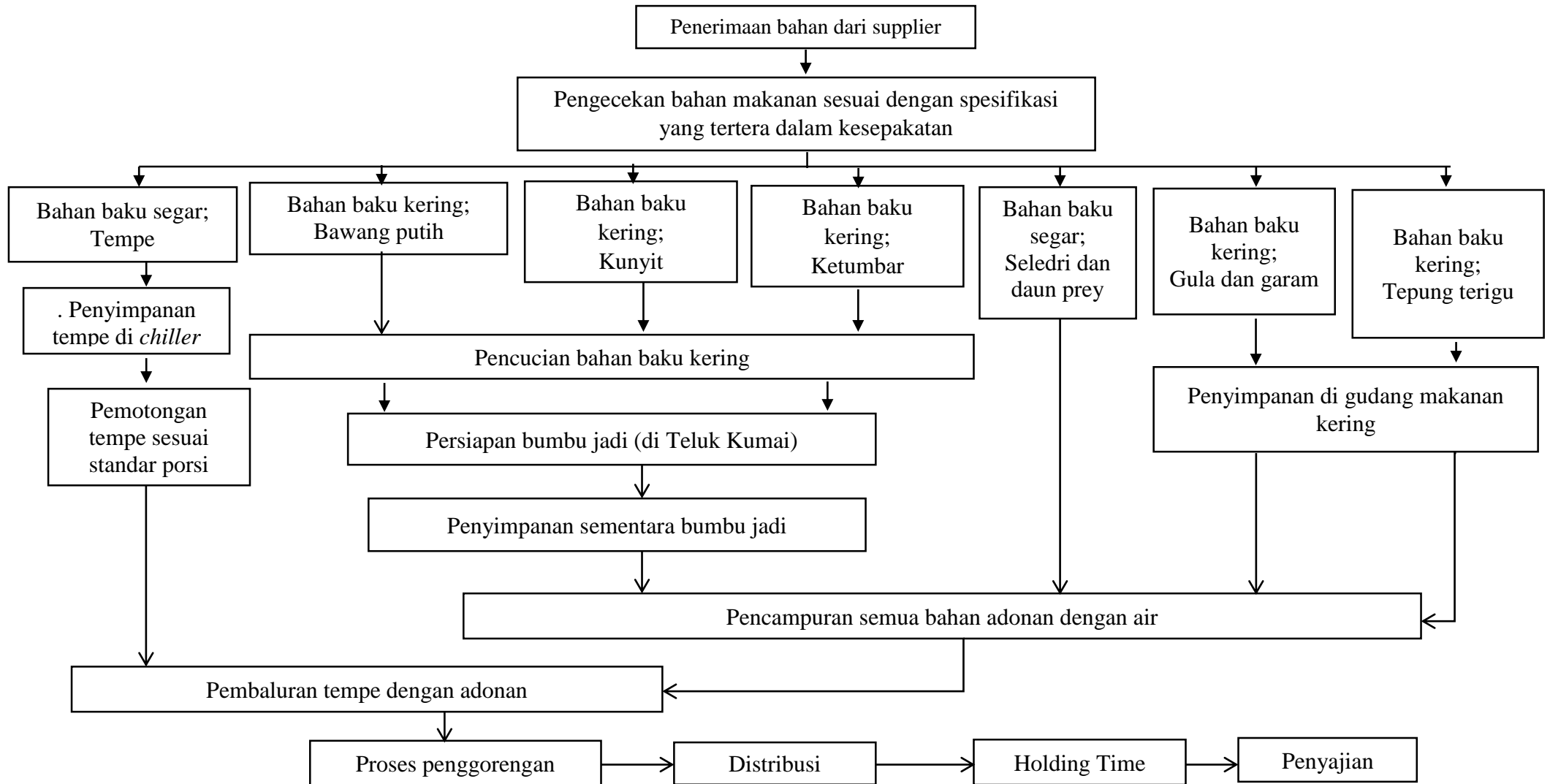
Metode distribusi : Menerapkan sistem distribusi desentralisasi yang memanfaatkan moda transportasi mobil atau motor dengan *box* tertutup rapat dan kering

Informasi label : Pada label lemasan tercantum jenis diet, batas masa konsumsi

C. Tahap 3 Identifikasi Penggunaan

Tempe mendoan yang diproduksi oleh PT PCN ditujukan kepada pasien dengan diet tertentu (TKTP standar) dan juga kepada karyawan. Produk ini dapat dikonsumsi langsung oleh konsumen.

D. Tahap 4 Diagram Alir



E. Tahap 5 Verifikasi Diagram Alir

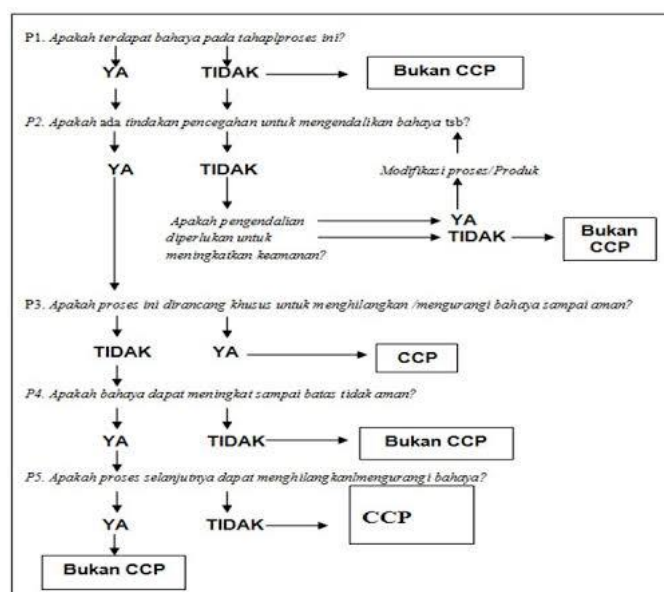
Verifikasi diagram alir pada laporan HACCP ini dilakukan dengan pengecekan ulang oleh koordinator gizi PT PCN yang disesuaikan dengan prosedur dan kondisi pengolahan di dapur.

F. Tahap 6 Analisis Bahaya

Analisis bahaya merupakan proses yang meliputi identifikasi bahaya, penentuan signifikansi, dan identifikasi tindakan pencegahan. Identifikasi bahaya dilakukan dengan menganalisis dan membuat daftar potensi bahaya yang terdapat pada setiap proses produksi. Bahaya dapat diklasifikasikan menjadi bahaya biologi (mikroorganisme seperti bakteri, virus, atau protozoa), bahaya fisik (seperti debu, rambut, kerikil), dan bahaya kimia (seperti logam berat, aflatoksin). Tiap jenis bahaya (*hazard*) memiliki tingkat keparahan dan peluang masing-masing yang dapat dikategorikan menjadi *low*, artinya pangan menjadi tidak layak dikonsumsi, *medium*, artinya dapat berpotensi mengancam kesehatan konsumen, dan *high*, artinya dapat mengancam kesehatan konsumen.

G. Tahap 7 Penetapan Titik Kendali Kritis

Titik kendali kritis adalah suatu tahap atau prosedur dimana pengendalian dapat diterapkan dan bahaya keamanan pangan dapat dicegah, dihilangkan atau dikurangi sampai tingkat yang dapat diterima sehingga resiko dapat diminimalkan (Koswara, 2009). Apabila tahap ini tidak dikendalikan maka dapat menyebabkan bahaya kesehatan konsumen. Untuk menentukan apakah sebuah proses termasuk CCP atau bukan, penentuan dapat mengikuti pohon keputusan CCP seperti yang tertera di bawah ini.



Decision Tree Untuk Penetapan CCP Pada Tahapan Proses

Berikut ini merupakan hasil identifikasi bahaya pada proses produksi tempe mendoan

No	Tahapan Produksi	Identifikasi Bahaya			Acceptable Measure	Signifikansi Bahaya			Tindakan Pencegahan
		Kategori	Bahaya	Penyebab Bahaya		Risiko	Keparahan	Signifikansi	
1.	Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (tempe)	B	<i>Coliform, Salmonella sp.</i>	Berasal dari kontaminasi air dan kedelai pada saat pembauatan tempe	<10 ² sel/gram	M	H	S	Jaminan <i>supplier</i> dan uji lab berkala
		F	Busuk, serpihan kayu, kerikil	Berasal dari <i>supplier</i>	Negatif	M	L	TS	Pengecekan dengan spesifikasi dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
2.	Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (bawang putih, kunyit, ketumbar, seledri, dan daun prey)	B	<i>Aspergillus niger</i>	Terjadi pada bawang atau yang busuk	-	M	L	TS	Pengecekan dengan spesifikasi dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
		F	Kerikil, busuk	Berasal dari <i>supplier</i>	Negatif	M	L	TS	Pengecekan dengan spesifikasi dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
3.	Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (garam, gula)	K	Kadaluarsa	-	Tidak kadaluarsa	M	H	S	Pengecekan tanggal kadaluarsa dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
4.	Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (tepung terigu)	B	Kapang	Kadaluarsa, kelembaban dan suhu penyimpanan	5 x 10 ² koloni/ g	M	H	TS	Pengecekan tanggal kadaluarsa dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
5.	Penyimpanan bahan baku (tempe)	B	<i>Salmonella sp.</i>	Kontaminasi silang antar bahan makanan di <i>chiller</i>	<10 ² sel/g	M	H	TS	Penatalaksanaan SOP penyimpanan bahan makanan yang tepat
6.	Penyimpanan bahan	K	Aflatoksin	Diproduksi kapang	0,5-15 µg/ kg	M	L	TS	Penatalaksanaan SOP

No	Tahapan Produksi baku (tepung terigu)	Identifikasi Bahaya			Acceptable Measure	Signifikansi Bahaya			Tindakan Pencegahan
		Kategori	Bahaya	Penyebab Bahaya		Risiko	Keparahan	Signifikansi	
		F	Plastik	Dari karung tepung	Negatif	H	L	TS	penyimpanan bahan makanan yang tepat
7.	Penyimpanan bumbu jadi (bawang putih, kunyit, ketumbar)	B	Kapang, <i>Aspergillus sp</i>	Kontaminan silang antar bahan makanan	Negative	M	M	TS	Tempat penyimpanan dipisahkan berdasarkan jenis
		F	Debu, busuk	Tempat penyimpanan tidak tertutup rapat, suhu dan waktu penyimpanan melebihi batas	Negatif	L	L	TS	Penatalaksanaan SOP penyimpanan bahan makanan yang tepat
8.	Pencampuran bahan adonan dengan air	F	Debu, kotoran, keringat dan rambut	Wajan atau spatula tidak dicuci dengan bersih dan tidak disimpan di tempat yang bersih. Keringat dan rambut dapat berasal dari penjamah	Negatif	L	L	TS	Pencucian alat dengan bersih dan penatalaksanaan SOP penyimpanan alat yang tepat, ketertiban penggunaan APD
		K	Residu sabun cuci	Wadah adonan	Negatif	M	M	TS	Pembilasan alat yang bersih
		B	<i>Staphylococcus aureus</i>	Ditransmisikan dari pekerja	<10 ³ sel/g	M	L	TS	Praktik higiene dan sanitasi penjamah
		B	Koliform, <i>E. Coli</i>	Cemaran lingkungan	Koliform pada air sumur 50/100 ml dan <i>E. Coli</i> 0/100 ml	M	H	TS	Jaminan sumber air dan pengecekan pipa
9.	Pembaluran tempe dengan adonan	F	Debu, kotoran, keringat, rambut	Wajan atau spatula tidak dicuci dengan bersih dan tidak	Negatif	L	L	TS	Pencucian alat dengan bersih dan penatalaksanaan SOP

No	Tahapan Produksi	Identifikasi Bahaya			Acceptable Measure	Signifikansi Bahaya			Tindakan Pencegahan
		Kategori	Bahaya	Penyebab Bahaya		Risiko	Keparahan	Signifikansi	
				disimpan di tempat yang bersih. Keringat dan rambut dapat berasal dari penjamah				penyimpanan alat yang tepat, ketertiban penggunaan APD	
		B	<i>Staphylococcus aureus</i>	Ditransmisikan dari pekerja	<10 ³ sel/g	M	L	TS	Praktik higiene dan sanitasi penjamah
10	Proses penggorengan	F	Debu, kotoran, keringat, rambut	Wajan atau spatula tidak dicuci dengan bersih dan tidak disimpan di tempat yang bersih. Keringat dan rambut dapat berasal dari penjamah	Negatif	L	L	TS	Pencucian alat dengan bersih dan penalaksanaan SOP penyimpanan alat yang tepat, ketertiban penggunaan APD
		B	<i>Staphylococcus aureus</i>	Ditransmisikan dari pekerja	<10 ³ sel/g	M	M	TS	Praktik higiene dan sanitasi penjamah
11.	Pengemasan	F	Debu, kotoran, keringat, rambut	Kemasan tidak dicuci dengan bersih dan tidak disimpan di tempat yang bersih.	Negatif	L	L	TS	Pencucian alat dengan bersih dan penalaksanaan SOP penyimpanan alat yang tepat, ketertiban penggunaan APD
12.	Distribusi	B	Jamur	Berasal dari <i>box delivery</i>	Negatif	M	M	TS	Pembersihan <i>box delivery</i> berkala
13.	Penyajian	F	Debu, kotoran	Ditransmisikan dari pekerja	<10 ³ sel/g	M	M	TS	Praktik higiene dan sanitasi penjamah

Berikut ini merupakan hasil penetapan CCP pada tempe mendoan.

Tahapan Produksi	Potensi Bahaya	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	CCP
Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (tempe)	<i>Coliform, Salmonella sp.</i> , bahan busuk, serpihan kayu, kerikil	✓	-	-	-	-	-
Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (bawang putih, kunyit, ketumbar, seledri, dan daun prey)	<i>Aspergillus niger</i> , kerikil, dan kondisi yang busuk	✓	-	-	-	-	-
Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (garam, gula)	Kadaluarsa	✓	-	-	-	-	-
Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (tepung terigu)	Kapang	✓	-	-	-	-	-
Penyimpanan bahan baku (tempe)	<i>Salmonella sp</i>	✓	✓	-	✓	✓	-
Penyimpanan bahan baku (tepung terigu)	Aflatoksin, plastik	✓	✓	-	✓	✓	-
Penyimpanan bumbu jadi (bawang putih, kunyit, ketumbar)	Kapang, <i>Aspergillus sp</i> , debu, bahan busuk	✓	✓	-	✓	✓	-
Pencampuran bahan adonan dengan air	Debu, kotoran, keringat, residu sabun cuci, <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Koliform, E. Coli</i>	✓	✓	-	✓	✓	-
Pembaluran tempe dengan adonan	Debu, kotoran, keringat, rambut	✓	✓	-	✓	✓	-
Proses penggorengan	Debu, kotoran, keringat, rambut	✓	-	-	-	-	-
Pengemasan	Debu, kotoran, keringat, rambut, <i>Staphylococcus aureus</i>	✓	✓	-	✓	-	CCP1
Distribusi	Jamur	✓	-	-	-	-	-
Penyajian	<i>Staphylococcus aureus</i> , debu	✓	-	-	-	-	-

H. Tahap 8 Penetapan Batas Kritis

No.	Tahapan Produksi	Identifikasi Bahaya			Acceptable Measure (Batas Kritis)
		Kategori	Bahaya	Penyebab Bahaya	
11.	Pengemasan	B	<i>Staphylococcus aureus</i>	Ditransmisikan dari pekerja	<10 ³ sel/g
		F	Debu, kotoran	Tempat penyimpanan kemasan terbuka	Negatif

I. Tahap 9 Menetapkan Prosedur Monitoring

Monitoring merupakan kegiatan yang dijadwalkan atau pengamatan terhadap TKK yang berhubungan batas kritis. Prosedur monitoring harus menemukan ketidak terendalian dalam TKK, menetapkan informasi waktu secara ideal untuk tindakan perbaikan yang dilaksanakan untuk mengembalikan pengendalian proses sebelum dilakukan penolakan produk (Catwright dan Latifah, 2010) .

Tindakan monitoring yang dapat dilakukan adalah pengecekan spesifikasi bahan pada saat penerimaan, melakukan uji laboratorium pada bahan makanan dan makanan jadi secara berkala (minimal enam bulan sekali), dan lain sebagainya.

J. Tahap 10 Menetapkan Tindakan Koreksi

Tindakan perbaikan yang spesifik untuk setiap TKK harus dikembangkan dalam system HACCP agar dapat menangani penyimpangan bila terjadi. Tindakan-tindakan harus menjamin bahwa TKK telah berada dibawah kendali. (Catwright dan Latifah, 2010)

K. Tahap 11 Menetapkan Prosedur Verifikasi

Hasil penetapan prosedur verifikasi tercantum pada tabel HACCP plan

L. Tahap 12 Dokumentasi dan Rekaman yang Baik

Hasil dokumentasi tercantum pada tabel HACCP plan

Sesuai dengan tahap 9 hingga 12, berikut ini merupakan tabel HACCP plan pada produksi tempe mendoan.

CCP	Bahaya	Tindakan Pengendalian	Batas Kritis	Prosedur Pemantauan (4W+1H)	Koreksi Langsung	Verifikasi	Dokumentasi dan Record
CCP1 (Pengeemasan)	<i>Staphylococcus aureus</i> , debu	Praktik higiene dan sanitasi penjamah, pencucian alat dengan bersih dan penalaksanaan SOP penyimpanan alat yang tepat	$<10^2$ sel/g	What: tangan pekerja Where: di ruang pemorsian When: setiap pemorsian Who: penjamah How: mengenakan APD lengkap, mencuci tangan sebelum menjamah makanan, tidak mengenakan perhiasan, tidak berbicara saat memorsi makanan	Penggantian tempe apabila terlihat debu pada tempe	Uji laboratorium penjamah makanan berkala	Rekaman sanitasi pekerja

Analisis HACCP pada Asam-asam Manisah Buncis

A. Tahap 1 Pembentukan Organisasi HACCP

B. Tahap 2 Deskripsi Produk

Nama produk : Asam-asam manisah buncis

Bahan baku :

- a. Manisah
- b. Buncis
- c. Asam
- d. Bawang merah
- e. Bawang putih
- f. Laos
- g. Kunyit
- h. Sereh
- i. Daun jeruk
- j. Daun salam
- k. Garam
- l. Gula
- m. Penyedap rasa

Karakteristik : Ditilik dari sisi organoleptik, asam-asam manisah buncis untuk pasien memiliki rasa gurih cenderung asam gurih. Penampilannya berwarna kuning kehijauan dan aromanya segar.

Kondisi penyimpanan : Disimpan pada ruangan yang kering

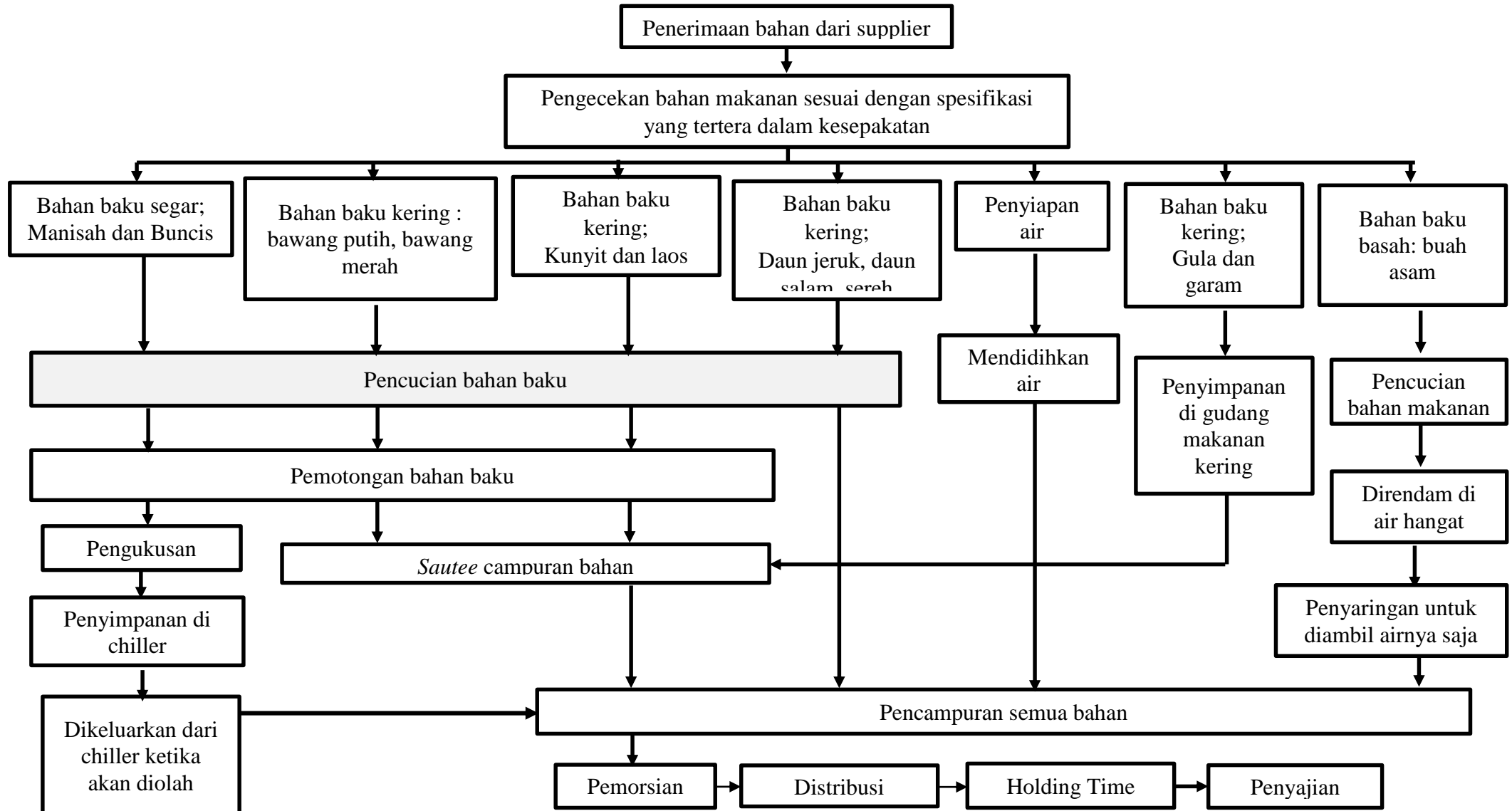
Masa simpan : ± Tiga jam setelah distribusi

Metode distribusi : Menerapkan sistem distribusi desentralisasi yang memanfaatkan moda transportasi mobil atau motor dengan *box* tertutup rapat dan kering

C. Tahap 3 Identifikasi Penggunaan

Asam-asam manisah buncis yang diproduksi oleh PT PCN ditujukan kepada pasien dengan diet tertentu (TKTP standar) dan juga kepada karyawan. Khusus untuk pasien dengan diet rendah garam, diberikan kuah dari asam-asam yang tidak dibubuhkan garam pada proses pembuatannya. Sedangkan pada pasien dengan diet rendah serat, asam-asam manisah buncis yang diberikan hanya kuahnya saja tanpa isi. Produk ini merupakan produk makan yang dapat langsung dikonsumsi oleh pasien.

D. Tahap 4 Diagram Alir



E. Tahap 5 Verifikasi Diagram Alir

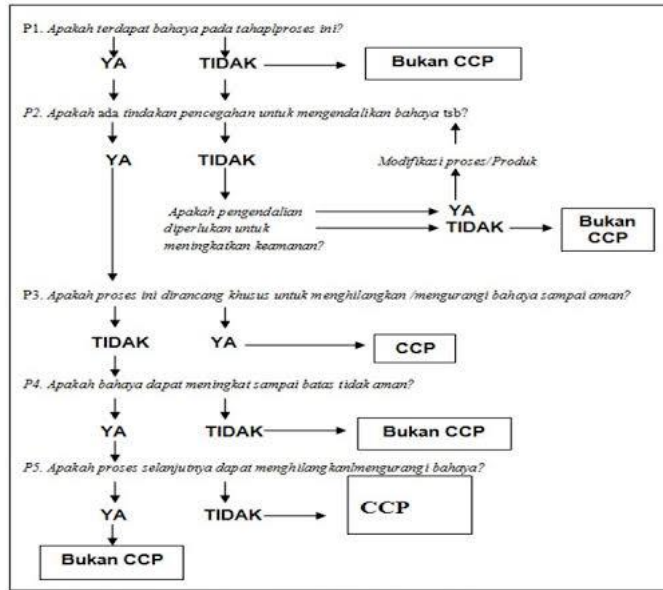
Diagram alir yang telah disusun harus ditinjau ulang di tempat dan apabila terdapat proses yang kurang atau berlebih maka diagram alir perlu diperbaiki. Verifikasi diagram alir pada laporan HACCP ini dilakukan dengan pengecekan ulang oleh koordinator gizi PT PCN yang disesuaikan dengan prosedur dan kondisi pengolahan di dapur.

F. Tahap 6 Analisis Bahaya

Analisis bahaya merupakan proses yang meliputi identifikasi bahaya, penentuan signifikansi, dan identifikasi tindakan pencegahan. Identifikasi bahaya dilakukan dengan menganalisis dan membuat daftar potensi bahaya yang terdapat pada setiap proses produksi. Bahaya dapat diklasifikasikan menjadi bahaya biologi (mikroorganisme seperti bakteri, virus, atau protozoa), bahaya fisik (seperti debu, rambut, kerikil), dan bahaya kimia (seperti logam berat, aflatoxin). Tiap jenis bahaya (*hazard*) memiliki tingkat keparahan dan peluang masing-masing yang dapat dikategorikan menjadi *low*, artinya pangan menjadi tidak layak dikonsumsi, *medium*, artinya dapat berpotensi mengancam kesehatan konsumen, dan *high*, artinya dapat mengancam kesehatan konsumen.

G. Tahap 7 Penetapan Titik Kendali Kritis

Titik kendali kritis adalah suatu tahap atau prosedur dimana pengendalian dapat diterapkan dan bahaya keamanan pangan dapat dicegah, dihilangkan atau dikurangi sampai tingkat yang dapat diterima sehingga resiko dapat diminimalkan (Koswara, 2009). Apabila tahap ini tidak dikendalikan maka dapat menyebabkan bahaya kesehatan konsumen. Untuk menentukan apakah sebuah proses termasuk CCP atau bukan, penentuan dapat mengikuti pohon keputusan CCP seperti yang tertera di bawah ini.



Berikut ini merupakan hasil identifikasi bahaya pada proses produksi telur bumbu bali

No.	Tahapan Produksi	Identifikasi Bahaya			Acceptable Measure	Signifikansi Bahaya			Tindakan Pencegahan
		Kategori	Bahaya	Penyebab Bahaya		Risiko	Keparahan	Signifikansi	
1.	Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (buncis, manisah, dan buah asam)	B	Pembusukan dan cacing	Proses alamiah bahan makanan	Tidak terdapat perubahan warna, bau, dan tekstur	M	H	S	Jaminan <i>supplier</i> dan pengecekan spesifikasi
		F	Debu	Proses distribusi bahan makanan	Negatif	M	L	TS	Pengecekan dengan spesifikasi dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
2.	Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (bawang putih, bawang merah, kunir, laos, sereh, daun jeruk, daun salam)	B	<i>Aspergillus niger</i>	Terjadi pada bawang a pasca-panen yang busuk	-	M	L	TS	Pengecekan dengan spesifikasi dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
		F	Kerikil, busuk	Berasal dari <i>supplier</i>	Negatif	M	L	TS	Pengecekan dengan spesifikasi dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
3.	Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (garam, gula)	K	Kadaluarsa	-	Tidak kadaluarsa	M	L	S	Pengecekan tanggal kadaluarsa dan pengembalian kepada <i>supplier</i>
4.	Pencucian bahan baku	B	Koliform, <i>E. Coli</i>	Cemaran lingkungan	Koliform pada air sumur 50/100 ml	M	L	TS	Pencucian di air mengalir

No.	Tahapan Produksi	Identifikasi Bahaya			Acceptable Measure	Signifikansi Bahaya			Tindakan Pencegahan
		Kategori	Bahaya	Penyebab Bahaya		Risiko	Keparahan	Signifikansi	
					dan <i>E. Coli</i> 0/100 ml				
5	Pemotongan bahan baku	B	Cemaran bakteri, kontaminasi silang	Penggunaan talenan dan pisau bahan matang dan mentah yang sama	<10 ² sel/g	M	L	TS	Penatalaksanaan SOP penggunaan talenan
6.	Pengukusan manisah dan buncis	F	Overcook	Suhu dan waktu pemasakan yang terlalu tinggi	-	H	L	TS	Pemerhatian waktu olah makanan
7.	Penyimpanan manisah dan buncis di dalam chiller	B	<i>Salmonella sp.</i>	Dapat berasal dari spora bakteri yang tidak mati pada proses pengukusan	<10 ² sel/g	M	H	S	Penatalaksanaan SOP penyimpanan sayuran yang tepat
8.	Perendaman asam	B	<i>E.coli</i>	Proses perendaman dan terbentuk endapan	<i>E. Coli</i> 0/100 ml	H	M	S	Air diberikan dalam suhu yang hangat
9	Pencampuran semua bahan	B	Kapang, <i>Aspergillus sp</i>	Kontaminan silang antar bahan makanan	Negative	M	M	TS	Pencucian semua bahan dengan bersih

No.	Tahapan Produksi	Identifikasi Bahaya			Acceptable Measure	Signifikansi Bahaya			Tindakan Pencegahan
		Kategori	Bahaya	Penyebab Bahaya		Risiko	Keparahan	Signifikansi	
		F	Debu, kotoran	Blender tidak dicuci dengan bersih dan tidak disimpan di tempat yang bersih	Negatif	L	L	TS	Pencucian blender dengan bersih dan penatalaksanaan SOP penyimpanan alat yang tepat
10.	Sautee bumbu	F	Debu, kotoran, keringat	Wajan atau spatula tidak dicuci dengan bersih dan tidak disimpan di tempat yang bersih. Keringat dapat berasal dari penjamah	Negatif	L	L	TS	Pencucian alat dengan bersih dan penatalaksanaan SOP penyimpanan alat yang tepat
		K	Residu sabun cuci	Blender	Negatif	M	M	TS	Pembilasan alat yang bersih
		B	<i>Staphylococcus aureus</i>	Ditransmisikan dari pekerja	<10 ³ sel/g	M	L	TS	Praktik higiene dan sanitasi penjamah
11.	Pengemasan	B	<i>Staphylococcus aureus</i>	Ditransmisikan dari pekerja	<10 ³ sel/g	M	M	TS	Praktik higiene dan sanitasi penjamah
		F	Debu, kotoran	Kemasan tidak dicuci dengan bersih dan tidak disimpan di tempat	Negatif	L	L	TS	Pencucian alat dengan bersih dan penatalaksanaan SOP penyimpanan alat

No.	Tahapan Produksi	Identifikasi Bahaya			Acceptable Measure	Signifikansi Bahaya			Tindakan Pencegahan
		Kategori	Bahaya	Penyebab Bahaya		Risiko	Keparahan	Signifikansi	
				yang bersih.					yang tepat
12.	Distribusi	B	Jamur	Berasal dari <i>box delivery</i>	Negatif	M	M	TS	Pembersihan <i>box delivery</i> berkala
13.	Penyajian	F	Debu, kotoran	Piring saji tidak dicuci dengan bersih dan tidak disimpan di tempat yang bersih.	Negatif	L	L	TS	Pencucian alat dengan bersih dan penatalaksanaan SOP penyimpanan alat yang tepat

Berikut ini merupakan hasil penetapan CCP pada asam-asam manisah buncis

Tahapan Produksi	Potensi Bahaya	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	CCP
Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (buncis, manisah, dan buah asam)	Pembusukan	✓	-	-	-	-	-
Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (bawang putih, bawang merah, kunir, laos, sereh, daun jeruk, daun salam)	Aspergillus niger, kerikil, dan kondisi yang busuk	✓	-	-	-	-	-
Penerimaan bahan baku dari <i>supplier</i> (garam, gula)	Kadaluarsa	✓	-	-	-	-	-
Pencucian bahan baku	Koliform, E. coli	✓	-	-	-	-	-
Pemotongan bahan baku	Cemaran bakteri akibat kontaminasi silang	✓	✓	-	✓	✓	-
Pengukusan manisah dan buncis	Overcook	✓	✓	✓	-	-	-
Penyimpanan manisah dan buncis di dalam <i>chiller</i>	<i>Salmonella sp</i>	✓	✓	-	✓	✓	-
Perendaman asam	<i>E.coli</i>	✓	✓	✓	-	-	-
Pencampuran semua bahan	Kapang, <i>Aspergillus sp</i>	✓	✓	-	✓	✓	-
Sautee bumbu	Debu, kotoran, keringat, residu sabun cuci, <i>Staphylococcus aureus</i>	✓	-	-	-	-	-
Pengemasan	<i>Staphylococcus aureus</i> , debu	✓	✓	-	✓	-	CCP1
Distribusi	Jamur, debu/kotoran	✓	-	-	-	-	-
Penyajian	Debu/kotoran	✓	-	-	-	-	-

H. Tahap 8 Penetapan Batas Kritis

No.	Tahapan Produksi	Identifikasi Bahaya			Acceptable measure
		Kategori	Bahaya	Penyebab Bahaya	
11.	Pengemasan	B	<i>Staphylococcus aureus</i>	Petugas yang melakukan pengemasan	$<10^3$ sel/g
		F	Debu, kotoran	Kemasan disimpan di tempat yang berdebu	Negatif

I. Tahap 9 Menetapkan Prosedur Monitoring

Badan Standardisasi Nasional (BSN) menjelaskan bahwa monitoring merupakan pengamatan terjadwal dari CCP yang dibandingkan dengan batas kritisnya (Dewanti dan Hardiyadi, 2013). Tindakan monitoring yang dapat dilakukan adalah pengecekan spesifikasi bahan pada saat penerimaan, melakukan uji laboratorium pada bahan makanan dan makanan jadi secara berkala (minimal enam bulan sekali), dan lain sebagainya.

J. Tahap 10 Menetapkan Tindakan Koreksi

Tindakan Koreksi adalah semua tindakan yang diambil jika hasil pemantauan pada CCP menunjukkan penyimpangan batas kritis (kehilangan kendali) karena jika kendali hilang, maka produk menjadi tidak memenuhi syarat (Koswara, 2009).

K. Tahap 11 Menetapkan Prosedur Verifikasi

Hasil penetapan prosedur verifikasi tercantum pada tabel HACCP plan

L. Tahap 12 Dokumentasi dan Rekaman yang Baik

Berikut ini merupakan tabel HACCP plan pada produksi asam-asam manisah buncis

CCP	Bahaya	Tindakan Pengendalian	Batas Kritis	Prosedur Pemantauan (4W+1H)	Koreksi Langsung	Verifikasi	Dokumentasi dan Record
CCP1 (Penge-masan)	<i>Staphylococcus aureus</i>	Penegakan SOP hygiene dan sanitasi karyawan dan penyimpanan bahan makanan	$<10^2$ sel/g	<p>What: Tangan pekerja</p> <p>Where: Ruang pemorsian</p> <p>When: Pada saat pemorsian</p> <p>Who: Penjamah makanan</p> <p>How: mengenakan APD lengkap, mencuci tangan sebelum menjamah makanan, tidak berbicara saat memorsi makanan</p>	Penggantian dengan masakan baru	Uji laboratorium penjamah makanan berkala	Rekaman sanitasi pekerja
	Debu, kotoran	Penegakan SOP penyimpanan	Negatif	<p>What : tempat penyimpanan</p> <p>Where : laci ruang pemorsian</p> <p>When : Selama penyimpanan</p> <p>Who : Penjamah makanan</p> <p>How : membersihkan laci penyimpanan kemasan dari debu dan penataan dengan rapi dan teratur</p>	Penggantian kemasan apabila terdapat debu dan kotoran	Pengecekan kebersihan ruang dan tempat penyimpanan secara berkala	Checklist kebersihan