

## Merajut Asa Implementasi Food Preference di Rumah Sakit Swasta

Ni Luh Ayu Kalimantanari <sup>(1)</sup>  
Ida Bagus Teddy Prianthara <sup>(2)</sup>

Universitas Udayana <sup>(1)</sup>  
Universitas Pendidikan Nasional <sup>(2)</sup>

ayutaryputu@gmail.com <sup>(1)</sup>  
teddy.akuntan@yahoo.com <sup>(2)</sup>

### **ABSTRACT**

*The purpose of this study was to find out to find out how the implementation of the food preference in organizing food at Surya Husadha Nusa Dua Badung Hospital and the obstacles that occur in the implementation of a food preference. This research was conducted at Surya Husadha Nusa Dua Hospital, Badung Regency. The design of this study is qualitative, namely to understand the phenomenon of food preference implementation preference in organizing food. Technically, data collection uses interviews with informants. The research informants consisted of elements involved in the mechanism of organizing food at Surya Husadha Nusa Dua and patient. The results of the study showed that the food preference implementation in Surya Husadha Nusa Dua Hospital had 1) effective communication in food preference implementation, 2) inadequate resources in the implementation of food preferences, 3) the attitude of the implementers in the food preference implementation was already underway well and 4) the bureaucratic structure in the implementation of a food preference knows the duties and responsibilities. The organizational structure has gone well. Then the obstacles in the implementation of food preferences include: The semi out-sourcing system that is used in hospitals triggers delays in food distribution and ineffective communication between task implementers, and the lack of human resources causes implementers to be more oriented towards the target time of completion of work rather than on the results or quality of work.*

---

**Keywords:** *food preference; implementing public policy; private hospital*

### ABSTRAK

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana implementasi *food preference* dalam penyelenggaraan makanan di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua Badung serta hambatan yang terjadi dalam implementasi *food preference*. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua, Kabupaten Badung. Desain dari penelitian ini adalah kualitatif yaitu untuk memahami fenomena implementasi *food preference* dalam penyelenggaraan makanan. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara kepada informan. Informan penelitian terdiri dari unsur-unsur yang terlibat dalam mekanisme penyelenggaraan makanan di Surya Husadha Nusa Dua serta pasien. Hasil penelitian menunjukkan implementasi *food preference* yang ada di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua 1) komunikasi dalam implementasi *food preference* sudah berjalan dengan cukup efektif, 2) sumber daya dalam implementasi *food preference* belum memadai, 3) sikap pelaksana terhadap implementasi *food preference* cenderung baik dan 4) struktur birokrasi dalam implementasi *food preference* telah mengetahui tugas dan tanggung jawabnya. Struktur organisasi sudah berjalan dengan baik. Kemudian hambatan dalam implementasi *food preference* diantaranya: Sistem *semi outsourcing* yang digunakan di Rumah Sakit memicu keterlambatan pendistribusian makanan dan kurang efektifnya komunikasi antar pelaksana tugas, serta kurangnya sumberdaya manusia menyebabkan pelaksana cenderung lebih berorientasi pada target waktu selesainya pekerjaan bukan pada hasil/ kualitas pekerjaan.

---

**Kata kunci:** preferensi makanan; implementasi kebijakan publik; rumah sakit swasta

## PENDAHULUAN

Makanan rumah sakit kini makin beragam dengan pilihan menggugah selera. Semua ditujukan agar pasien mau menghabiskan makanan sehingga proses penyembuhannya dapat berjalan dengan lebih cepat. Di sinilah peran pelayanan gizi sebagai unit penunjang yang menyelenggarakan makanan bagi pasien untuk lebih kreatif lagi menghadirkan menu baru bahkan memberikan kesempatan pada pasien untuk memilih menu sesuai dengan keinginannya namun tetap memperhatikan kebutuhan gizi yang dibutuhkan pasien (Pidada dan Darma, 2018). Penyelenggaraan makanan di rumah sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk menyediakan makanan yang kualitasnya baik, jumlah sesuai kebutuhan serta pelayanan yang baik, dan layak sehingga memadai bagi klien atau konsumen yang membutuhkan (Depkes RI, 2003; Darma, 2019). *“Meals offered to patients inside the hospital environment are a part of their overall care for recovery. Obviously, this food should be safe and of good quality”*. (Mentziou, 2014).

Dalam pelayanan makanan pasien, menu merupakan hal yang sangat penting. Ini menentukan kompleksitas makanan yang akan disiapkan, peralatan yang akan dibutuhkan dan tingkat keterampilan yang dibutuhkan oleh staf yang akan memberikan layanan. Perencanaan menu yang optimal membantu pengendalian biaya dan penyediaan layanan berkualitas tinggi. Perencana menu harus memperhitungkan tidak hanya kebutuhan nutrisi dari klien mereka, tapi juga kebiasaan dan preferensi makanan mereka (Kennewell dan Maria, 2001; Setyawati dan Darma, 2018). Inovasi-inovasi terkait preferensi makan pasien mulai bermunculan diberbagai belahan dunia, salah satunya dalam sebuah proyek di rumah sakit umum New South Wales Australia pada tahun 2015 dengan tema *“My Food Choice”* yang menawarkan kurang lebih 18 pilihan makanan pada pasien berhasil meningkatkan asupan makanan pasien hingga 85%, menurunkan persentase sisa makanan dan makanan bawaan pasien dari luar rumah sakit. Sementara The Patients Association di Inggris pada tahun 2016 mengemukakan dalam laporannya terkait preferensi makanan, minuman dan pengalaman di rumah sakit ada empat hal yang dianggap penting oleh pasien antara lain rasa, pilihan, suhu dan tampilan makanan (Hendhana dan Darma, 2017).

Di Indonesia preferensi makanan pasien diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, sebagaimana disebutkan bahwa dalam perencanaan menu wajib memperhatikan *Food Preference* pasien. Menu makanan pilihan atau *Food preferences* sendiri dapat diartikan sebagai pilihan makanan yang disukai pasien dari makanan yang ditawarkan oleh pihak rumah

sakit, sedangkan *food habit* adalah cara seorang memberikan respon terhadap cara memilih, mengonsumsi dan menggunakan makanan sesuai dengan keadaan sosial dan budaya. (Permenkes RI, 2013). Hal ini sesuai dengan teori perilaku konsumen dimana tiap konsumen memiliki kebutuhan, keinginan dan permintaan (Sangadji dan Sopiah, 2013; Kanten dan Darma, 2017; Maharani dan Darma, 2018)

Dalam penelitian Uyami dkk (2012) mengenai Perbedaan Daya Terima, Sisa Dan Asupan Makanan Pada Pasien Dengan Menu Pilihan Dan Menu Standar Di RSUD Sunan Kalijaga Demak menunjukkan daya terima pada kelompok menu pilihan memiliki kategori mayoritas sangat baik, sedangkan daya terima pada kelompok menu standar memiliki kategori mayoritas baik. Sisa makanan kelompok menu standar lebih banyak dari sisa makanan kelompok menu pilihan. Hasil ini menunjukkan adanya perbedaan yang cukup signifikan dari daya terima dan sisa makanan kelompok menu standar dan menu pilihan.

Dalam studi yang dilakukan oleh Dewi dkk tahun 2015 di RSUD Tugurejo Semarang mengenai Analisis Implementasi Pelayanan Gizi disimpulkan bahwa implementasi pelayanan gizi belum optimal dan hal tersebut berkaitan dengan komunikasi kebijakan tidak jelas/tidak konsisten, tugas, wewenang, SOP dan mekanisme pertanggungjawaban tugas tidak jelas/tidak dipahami oleh petugas.

Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua merupakan rumah sakit swasta di Bali yang teregistrasi sejak tahun 2014. Dalam melayani pasien rawat inap tersebut Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua memiliki unit pelayanan gizi yang bekerjasama dengan unit lainnya seperti unit penunjang dan unit rawat inap untuk melayani penyelenggaraan makanan rumah sakit bagi pasiennya. Salah satu program yang diimplementasikan unit gizi ini telah mengacu pada PMK RI No.78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, dimana dalam perencanaan menu wajib memperhatikan *food preference* pasien.

### **Implementasi Pelayanan Gizi**

Kata implementasi diartikan menjadi aktivitas, aksi, tindakan, atau adanya mekanisme suatu sistem. Implementasi bukan hanya sekedar aktivitas, tetapi suatu kegiatan yang terencana dan untuk mencapai tujuan kegiatan. (Usman, 2002). Hal ini juga sesuai dengan Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008) dimana disebutkan bahwa Implementasi berarti pelaksanaan atau penerapan yang dimaksudkan mencari bentuk tentang hal-hal yang telah disepakati sebelumnya.

Pelayanan merupakan suatu aktivitas atau serangkaian alat yang bersifat tidak kasat mata atau tidak dapat diraba, yang terjadi akibat interaksi antara konsumen dengan karyawan atau

hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan persoalan konsumen (Ratminto dan Winarsih, 2007; Hendhana dan Darma, 2017; Ginantra dkk., 2017).

Implementasi pelayanan gizi rumah sakit adalah pemberian pelayanan gizi yang disesuaikan dengan keadaan dan kebutuhan pasien, baik berdasarkan keadaan klinis, status gizi dan status metabolisme tubuhnya. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi pasien (Depkes.RI., 2013). Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS) menduduki tempat yang sama penting dengan pelayanan lain seperti pelayanan pengobatan, perawatan medis dan sebagainya yang diberikan untuk penyembuhan penyakit. Bentuk pelayanan gizi di rumah sakit akan tergantung pada tipe rumah sakit, macam pelayanan spesialis yang diberikan di rumah sakit tersebut, pelayanan dalam bentuk yang paling umum adalah penyelenggaraan makanan bagi penderita yang dirawat (Moehyi, 1999).

Sasaran penyelenggaraan makanan di rumah sakit adalah pasien. Sesuai dengan kondisi Rumah Sakit dapat juga dilakukan penyelenggaraan bagi pengunjung (pasien rawat jalan atau keluarga pasien). Pemberian makanan yang memenuhi gizi seimbang serta habis termakan merupakan salah satu cara untuk mempercepat penyembuhan dan memperpendek hari rawat inap (Permenkes. RI., 2013).

Kegiatan pelayanan gizi rumah sakit terdiri dari empat kegiatan pokok yaitu (1) Pengadaan dan penyediaan makanan bagi pasien dimana kegiatan yang dimulai dari perencanaan macam dan jumlah bahan makanan, pengadaan bahan makanan sehingga proses penyediaan makanan matang bagi pasien di ruang perawatan. (2) Pelayanan gizi di ruang rawat inap yang dimulai dari menentukan kebutuhan gizi pasien sesuai dengan kebutuhan penyakitnya, menyusun menu, menentukan bentuk makanan, cara memberikan hingga pelaksanaan evaluasi di ruang rawat inap. (3) Penyuluhan konsultasi dan rujukan gizi yang merupakan kegiatan penyampaian pemahaman, sikap serta perilaku sehat bagi seseorang dan masyarakat rumah sakit dan (4) Kegiatan penelitian dan pengembangan gizi terapan (Depkes. RI.,2003).

Beberapa negara maju telah membuktikan bahwa *hospital malnutrition* (malnutrisi di RS) merupakan masalah yang begitu kompleks dan dinamik. Malnutrisi pada pasien di RS, khususnya pasien rawat inap, berdampak buruk terhadap proses penyembuhan penyakit dan penyembuhan pasca bedah. Selain itu, pasien yang mengalami penurunan status gizi akan mempunyai risiko kekambuhan yang signifikan dalam waktu singkat. Semua keadaan ini dapat

meningkatkan morbiditas dan mortalitas serta menurunkan kualitas hidup (Permenkes RI, 2013).

### **Standar Penyelenggaraan Makanan di Rumah Sakit**

Penyelenggaraan makanan rumah sakit merupakan rangkaian kegiatan mulai dari perencanaan menu, perencanaan kebutuhan bahan makanan, perencanaan anggaran belanja, pengadaan bahan makanan, penerimaan dan penyimpanan, pemasakan bahan makanan, distribusi dan pencatatan, pelaporan serta evaluasi. Hal ini bertujuan untuk menyediakan makanan yang berkualitas sesuai kebutuhan gizi, biaya, aman, dan dapat diterima oleh konsumen guna mencapai status gizi yang optimal. (Permenkes RI, 2013).

Penyelenggaraan makanan dalam suatu institusi tentu melibatkan tenaga manusia, peralatan material, dan serta berbagai masukan lainnya. Selain itu di pengaruhi oleh aspek-aspek tradisi sosial budaya masyarakat, kemajuan teknologi, dan pemenuhan nilai biologis segolongan orang (Mukrie, 1990).

### **Food Preference**

*Food Preference* atau preferensi makanan dapat diartikan sebagai pilihan makanan yang disukai dari makanan yang ditawarkan kepada pasien (Permenkes RI, 2013). Dalam penelitian Uyami dkk (2012) mengenai Perbedaan Daya Terima, Sisa Dan Asupan Makanan Pada Pasien Dengan Menu Pilihan Dan Menu Standar Di RSUD Sunan Kalijaga Demak menyebutkan bahwa Daya terima makanan pasien berpengaruh pada status gizi pasien. Rendahnya daya terima makanan pasien ini akan berdampak buruk bagi status gizi dan kesembuhan pasien.

Salah satu upaya untuk meningkatkan asupan makanan adalah membuat menu pilihan. Pasien diberikan kebebasan untuk memilih makanan dengan tetap berpedoman pada daftar menu yang telah ditetapkan dan disesuaikan dengan kondisi pasien yang bersangkutan. Menu pilihan dibuat bertujuan untuk memberikan daya tarik tersendiri bagi pasien dan diharapkan dapat meningkatkan daya terima makanan dan menurunkan sisa makanan pasien, sehingga asupan makanan pasien dapat meningkat (Uyami dkk, 2012)

### **Model Implementasi Pelayanan Gizi Rumah Sakit**

Teori Implementing Public Policy yang dikemukakan George C. Edwards III dalam Ekowati (2009) mencakup empat variabel dalam implementasi kebijakan atau kegiatan yaitu Komunikasi (Communications), Sumber Daya (resources), sikap (dispositions atau attitudes) dan struktur birokrasi (bureaucratic structure). Keempat faktor tersebut harus dilaksanakan secara serentak karena antara satu dengan yang lainnya memiliki hubungan yang sangat erat.

### **Komunikasi Dalam Pelayanan Gizi Rumah Sakit**

Komunikasi merupakan proses kompleks yang melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya. Nursalam (2007) menyatakan, komunikasi juga merupakan suatu seni untuk dapat menyusun dan menghantarkan suatu pesan dengan cara yang mudah sehingga orang lain dapat mengerti

### **Sumber Daya Dalam Pelayanan Gizi Rumah Sakit**

Menurut Edward III dalam Agustinus (2006), sumberdaya merupakan hal penting dalam implementasi kebijakan yang baik. Indikator-indikator yang digunakan untuk melihat sejauhmana sumberdaya mempengaruhi implementasi kebijakan terdiri dari (1) Staf, (2) Informasi, (3) Wewenang, (4) Fasilitas, Dalam implementasi pelayanan gizi di rumah sakit, komunikasi antar disiplin ilmu sangat diperlukan untuk memberikan asuhan yang terbaik bagi pasien. Sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan, dietisien harus berkolaborasi dengan dokter, perawat, farmasi dan sumber daya kesehatan lainnya yang terkait dalam memberikan pelayanan asuhan gizi. Oleh karenanya perlu mengetahui peranan masing masing tenaga kesehatan tersebut dalam memberikan pelayanan dan diimplementasikan sesuai alur dan standar penyelenggaraan makanan rumah sakit (Permenkes RI, 2013; Purnantara, 2015).

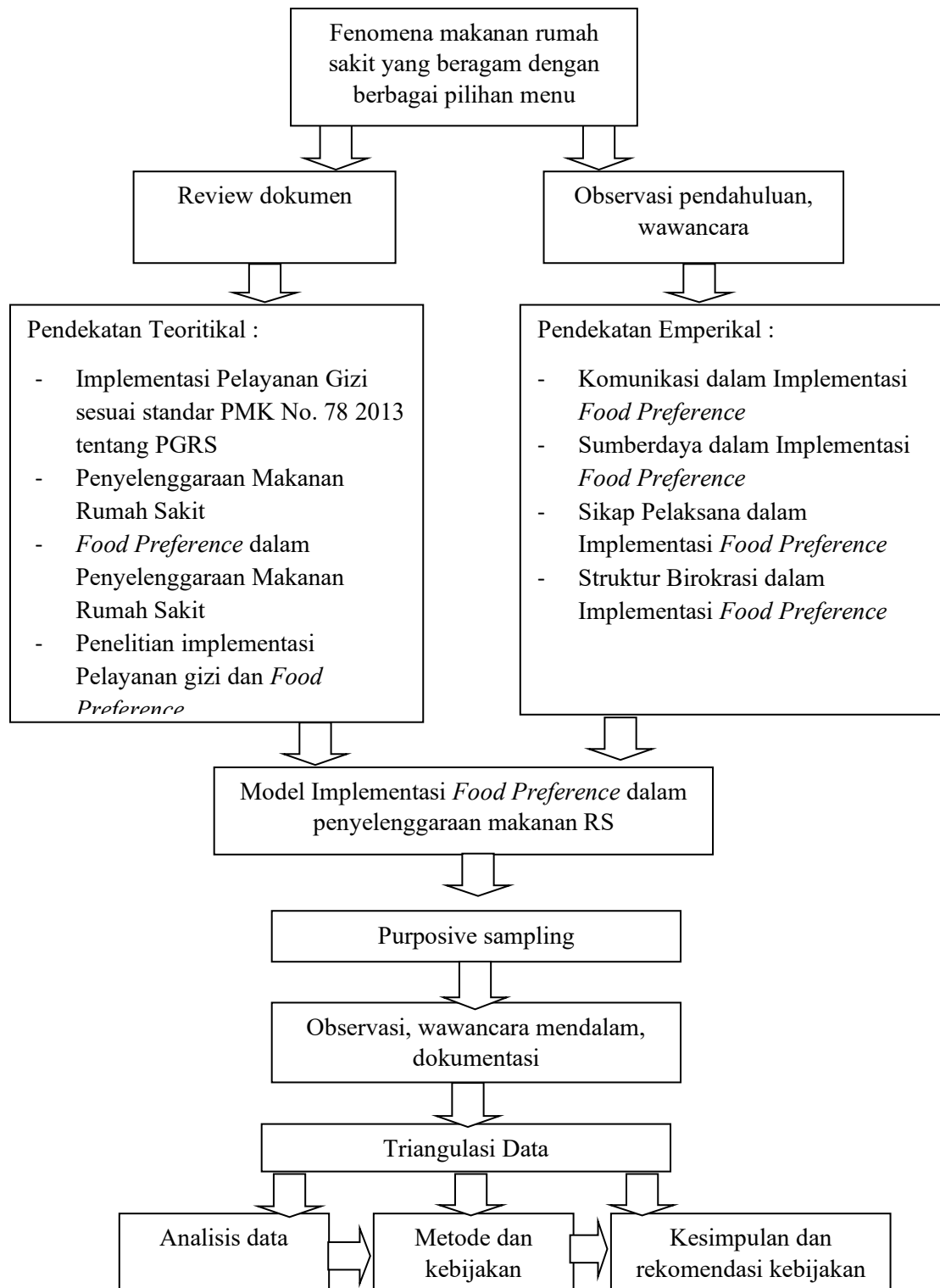
### **Sikap Pelaksana Dalam Pelayanan Gizi Rumah Sakit**

Menurut pendapat Van Metter dan Van Horn dalam Agustinus (2006) sikap penerimaan atau penolakan dari pelaksana kebijakan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil kesepakatan semua pihak yang mengenal betul permasalahan dan persoalan yang mereka rasakan. Namun kebijakan biasanya bersifat top down yang sangat memungkinkan para pengambil keputusan tidak mengetahui bahkan tak mampu menyentuh kebutuhan, keinginan atau permasalahan yang harus mereka selesaikan.

### **Struktur Birokrasi Dalam Pelayanan Gizi Rumah Sakit**

Birokrasi menurut Max Weber dalam Santosa (2008) merupakan bentuk organisasi yang penerapannya berhubungan dengan tujuan yang hendak dicapai seseorang atau kelompok. Birokrasi ini dimaksudkan untuk mengorganisasi suatu pekerjaan yang harus dilakukan oleh banyak orang agar dapat berlangsung secara teratur dan terorganisir.

## Kerangka Pemikiran





## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua, Kabupaten Badung. Desain dari penelitian ini adalah kualitatif yaitu untuk memahami fenomena implementasi *food preference* dalam penyelenggaraan makanan di rumah sakit tersebut. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara kepada informan. Informan penelitian terdiri dari unsur-unsur yang terlibat dalam mekanisme penyelenggaraan makanan di Surya Husadha Nusa Dua serta beberapa orang pasien. Penelitian ini menggunakan teknik analisis data yang bersifat kualitatif, yaitu data yang diperoleh dari hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi serta dikumpulkan dan dikelompokkan berdasarkan indikator-indikator yang ada.

## **PEMBAHASAN**

### **Manajemen Penyelenggaraan Dan Pengelolaan Makanan di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua**

Penyelenggaraan makanan rumah sakit berhubungan langsung dengan pelayanan gizi rumah sakit, dimana pelayanan gizi saat ini mempunyai tempat yang setara dengan pelayanan lainnya baik itu pengobatan, perawatan dan tindakan medis lainnya dalam sebuah rumah sakit.

Keadaan gizi seorang pasien sangat mempengaruhi proses penyembuhan penyakit yang dideritanya, begitu juga sebaliknya penyakit yang diderita dapat mempengaruhi keadaan gizi seseorang (Depkes. RI, 2013). Disebutkan dalam Permenkes RI No.78 Tahun 2013 hal ini juga dikenal dengan malnutrisi yang terjadi di rumah sakit, pada pasien rawat inap keadaan gizi yang buruk akan mempengaruhi proses penyembuhan penyakit dan penyembuhan pasca-tindakan, sebaliknya pasien yang mengalami penurunan status gizi mengalami resiko kekambuhan dalam waktu yang singkat. Maka dari itu penyelenggaraan makanan rumah sakit saat ini dianggap sedemikian penting dengan melalui rangkaian tahapan kegiatan mulai dari perencanaan menu, perencanaan kebutuhan bahan makanan, perencanaan anggaran belanja, pengadaan bahan makanan, penerimaan dan penyimpanan, pemasakan bahan makanan, distribusi dan pencatatan, pelaporan serta evaluasi.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua penyelenggaraan makanan rumah sakit khususnya pasien rawat inap diselenggarakan melalui sistem diborongkan ke jasa boga (Out-sourcing), dimana sistem yang digunakan adalah semi out-sourcing atau diborongkan sebagian ke penyedia jasa boga atau catering.

“Secara umum di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua melaksanakan semua tahapan penyelenggaraan makanan sesuai dengan pedoman pelayanan Gizi Rumah sakit yang telah

ditetapkan Kemenkes mulai Perencanaan sampai Evaluasi. Perencanaan menu dan anggaran di tetapkan oleh manajemen rumah sakit, tapi di dalam kegiatan memasak kita ada kerjasama dengan pihak catering untuk menyediakan makanan pasien, jadi dari proses pengadaan bahan makanan sampai pengolahan bahan makanan dilakukan oleh pihak catering” (Direktur)

Perencanaan menu dilakukan oleh pihak rumah sakit sesuai perencanaan anggaran dimana perencanaan ini melibatkan juga ahli gizi, koordinator pramusaji untuk menentukan jumlah siklus menu yang akan digunakan. Penyusunan siklus menu sendiri harus disesuaikan dengan kecukupan pasien yang terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.

“Menu pasien ditentukan harus berdasarkan indikasi dokter yang merawat, tergantung juga penyakit pasien, tidak sembarangan. Mungkin bentuk, olahan dan penyajiannya yang kita sesuaikan dengan selera pasien, tapi kita memang ada standarnya yang berdasarkan juga dari rekomendasi dokter yang merawat.” (Direktur)

Pengiriman dari catering ke rumah sakit harus dilakukan sebelum jam siklus makan pasien tiba karena diperlukan waktu untuk melakukan pengecekan, penyajian sesuai takaran dan pendistribusian makanan oleh ahli gizi dan pramusaji. Setelah dilakukan pendistribusian dilakukan evaluasi terkait asupan pasien dilihat dari sisa makanan pasien dalam satu kali siklus.

Dalam upaya mempercepat proses pemulihan dan peningkatan status gizi pasien rawat inap. Dari hasil penelitian didapat adanya usaha pihak rumah sakit untuk mengimplementasikan sebuah kebijakan terkait adanya menu-menu pilihan yang ditawarkan kepada pasien rawat inap. Dimana dengan adanya preferensi makanan sebagai pilihan makanan yang disukai dari beberapa makanan yang ditawarkan kepada pasien dapat mengurangi sisa makanan pasien, meningkatnya asupan makanan pasien, peningkatan status gizi pasien dan proses pemulihan sakit dapat lebih cepat. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Uyami dkk (2012) mengenai Perbedaan Daya Terima, Sisa Dan Asupan Makanan Pada Pasien Dengan Menu Pilihan Dan Menu Standar Di RSUD Sunan Kalijaga Demak menyebutkan bahwa Daya terima makanan pasien berpengaruh pada status gizi pasien. Rendahnya daya terima makanan pasien ini akan berdampak buruk bagi status gizi dan kesembuhan pasien.

## **Implementasi Food Preference**

### **Komunikasi dalam Implementasi *Food Preference***

Sebuah kebijakan dibuat tentu karena adanya suatu masalah yang harus dipecahkan. Saat sebuah kebijakan diimplementasikan tentu kebijakan tersebut mempunyai tujuan-tujuan yang diharapkan dapat memecahkan permasalahan yang ada. Menurut George C. Edwards III dalam Ekowati (2009), implementasi sebuah kebijakan akan berjalan efektif apabila ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan kebijakan dipahami oleh individu-individu yang bertanggungjawab dalam pencapaian tujuan kebijakan. Dimana ada harus empat variabel penting dalam mengimplementasikan suatu kebijakan, yaitu komunikasi, sumber daya yang dimiliki, sikap pelaksana kebijakan dan struktur birokrasi dalam kebijakan tersebut.

Dalam hasil penelitian terkait komunikasi dalam implementasi Food Preference ditemukan bahwa komunikasi antar pelaksana sudah efektif dimana para pelaksana kegiatan mengetahui adanya kebijakan preferensi makanan pasien dari SOP penyelenggaraan makanan dan juga adanya arahan dan sosialisasi dari pihak manajemen kepada unit pelaksana. Dari hasil penelitian juga diperoleh gambaran terjalannya komunikasi diantara pelaksana tugas dalam unit pelaksana serta pelaksana dapat menjelaskan dengan cukup rinci terkait pelaksanaan kebijakan tersebut. Hal ini sesuai dengan teori George C. Edwards III terkait komunikasi dalam implementasi kebijakan dimana kejelasan ukuran dan tujuan kebijakan dengan demikian perlu dikomunikasikan secara tepat kepada para pelaksana. Konsistensi atau keseragaman dari ukuran dasar dan tujuan perlu dikomunikasikan sehingga implementors mengetahui secara tepat ukuran maupun tujuan kebijakan tersebut.

“Kalau soal kebijakan arahan dari manajemen berdasarkan SOP. Kalau soal menu-menu biasanya dirembugkan bersama oleh manajemen, ahligizi, pramusaji, catering dan dokter.” (Ahli Gizi).

“Menu pilihan sudah ada kebijakan, Bu. Biasanya dari manajemen sosialisasi soal kebijakan kebijakan, jadi kita tinggal mengikuti. Untuk menu setahun sekali biasanya diperbaharui.” “Kalau alur, biasanya kita kasi menu pilihan ke pasien sesuai diet yang sudah ditentukan sama ahli gizi, nanti dari menu itu pasien boleh memilih makanan yang diinginkan, setelah itu baru kita orderkan ke catering. Setelah makanan datang dari catering, biasanya di cek sama ahli gizi, baru kita plating lalu kirim ke pasien.” (Pramusaji)

Sesuai dengan teori Edward III dalam Widodo (2010), komunikasi kebijakan dapat dinilai dari beberapa dimensi antara lain dimensi transmisi kejelasan dan konsistensi. Dimana jika dilihat dari hasil penelitian transmisi kebijakan Food Preference tidak hanya disampaikan

kepada pelaksana saja, namun juga kepada unit pelaksana yang menjadi kelompok sasaran kebijakan. Kejelasan kebijakan ini juga dapat dilihat dari adanya sosialisasi dari pihak manajemen terkait kebijakan Food Preference yang dimaksudkan agar tujuan dan sasaran dapat dimengerti secara jelas. Sedangkan dimensi konsistensi dalam komunikasi kebijakan ini dapat dilihat menu yang menjadi acuan sudah dipegang oleh masing-masing pelaksana sehingga diharapkan semua pelaksana sudah punya pemahaman yang sama terkait kebijakan yang ada.

### **Sumber Daya dalam Implementasi *Food Preference***

Sumber daya merupakan hal yang tidak kalah penting dalam implementasi sebuah kebijakan. Dalam Agustinus (2006) disebutkan ada empat indikator sumberdaya yang mempengaruhi implementasi sebuah kebijakan antara lain, Staf (sumber daya manusia), informasi, wewenang dan fasilitas. Dari hasil penelitian ini menunjukkan implementasi kebijakan Food Preference terkait sumber daya belum optimal. Hal ini dapat dilihat dari indikator staf/sumber daya manusia yang dinilai belum memadai karena jumlah sumber daya manusia yang masih kurang dari kebutuhan yang seharusnya. Selain itu hasil penelitian juga menunjukkan indikator wewenang juga belum cukup efektif, karena masih terjadinya rangkap pekerjaan yang membuat kebijakan tidak dapat dilaksanakan secara optimal.

“Kalau SDM, kita kurang sih, bahkan kalau ada yang cuti pramusaji ada yang tugas sendiri, ahligizi backup pramusaji juga sering, supaya waktu penyajiannya tetep sesuai jadwal, sering ada rangkap kerjaan. Kalau sarana prasarana disini untuk, penyajian dan pengiriman makanan sudah cukup baik, kalo untuk masak karena pakai catering, jadi sarana prasarana dari catering yang bertanggung jawab”.(Ahli gizi)

“Dengan total jumlah 63 tempat tidur yang harus dilayani. 2 orang ahli gizi dan 4 orang pramusaji. Tentu saja SDM itu masih kurang. Untuk sarana saya kira dengan kondisi saat ini masih dapat ditangani dengan dapur transit yang ada. Harapan kami suatu hari RS SHND bisa punya unit sendiri sehingga bisa lebih produktif seperti di pusat”.(Direktur)

Dalam Penelitian Dewi dkk (2015) mengenai analisis implementasi pelayanan gizi di RSUD Tugurejo Semarang dimana kurangnya tenaga kerja mengakibatkan pekerjaan yang dilakukan menjadi rangkap dan jelas menghambat implementasi kebijakan yang ada.

### **Sikap Pelaksana dalam Implementasi *Food Preference***

Dalam hasil penelitian terkait sikap pelaksana dalam implementasi Food Preference ditemukan bahwa sikap pelaksana terhadap tugasnya masing-masing cukup positif, bahkan setiap pelaksana mampu menyebutkan secara cukup rinci tugas-tugas pokok mereka, bahkan

disebutkan juga kesedian mereka untuk saling membantu antar pelaksana untuk memperlancar proses penyelenggaraan makanan.

“Tugas kami di catering adalah mencatat order yang masuk, menyediakan bahan, mengolah makanan sampai pengiriman ke rumah sakit” pembagian tugas pramumasak sudah ada, tugas menyiapkan bahan, membuat bumbu, memasak, mengolah snack, pengantaran semua sudah punya dan tahu tugasnya masing-masing. Selama ini tidak ada yang mengeluh, ya karena sudah pada paham tugas semua.”(Pramumasak).

“yah. kita selalu berusaha kerja sesuai pedoman. Kalau tugas saya, dari memberikan pilihan menu untuk pasien, ngorder ke catering, ngecek orderan, ngecek makanan datang, plating, menyajikan ke pasien, ngambil lagi, bersihin alat-alat, sampai plating lagi. Saya kira semua dalam tim ini udah tau tugas masing-masing, kita juga saling bantu kalau ada yang belum selesai dikerjakan teman”.(Pramusaji).

Menurut teori Menurut Edward III dalam Agustinus (2006) mengemukakan bahwa ada sikap atau kecenderungan merupakan salah-satu faktor yang mempunyai konsekuensi penting bagi implementasi kebijakan yang efektif. Jika para pelaksana mempunyai kecenderungan atau sikap positif mendukung terhadap implementasi kebijakan maka terdapat kemungkinan yang besar implementasi kebijakan akan terlaksana sesuai dengan keputusan awal. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Dewi dkk (2015) mengenai analisis implementasi pelayanan gizi di RSUD Tugurejo Semarang dimana adanya sikap setuju dan tidak setuju baik dari informan dalam kegiatan pengolahan bahan makanan, kebijakan pendistribusian diit, yang berpengaruh pada kegiatan pelayanan gizi di rumah sakit dimana kurangnya pengetahuan pramusaji tentang tupoksinya yang menyebabkan adanya kesalahan pemesanan maupun pemberian diit kepada pasien.

### **Struktur Birokrasi Dalam Implementasi Food Preference**

Struktur birokrasi merupakan variabel terakhir dari empat variabel yang dikemukakan George C. Edwards III dalam teori implementasi kebijakan, dimana menurut teori tersebut implementasi sebuah kebijakan umumnya bersifat kompleks dan cenderung menuntut adanya kerjasama dari banyak pihak. Saat struktur birokrasi tidak kondusif terhadap implementasi suatu kebijakan, maka hal tersebut dapat menyebabkan ketidakefektifan dan menghambat jalannya pelaksanaan kebijakan. Menurut Edwards III dalam Winarno (2005) terdapat dua karakteristik utama dari birokrasi yakni: Standard Operational Procedure (SOP) dan fragmentasi.

Dalam hasil penelitian terkait struktur birokrasi dalam implementasi Food Preference didapatkan bahwa sudah adanya pedoman kerja berupa SOP yang menjadi pedoman kerja bagi pelaksana kebijakan. Dimana SOP dikembangkan dari tuntutan internal akan kepastian waktu, sumber daya serta kebutuhan penyeragaman dalam organisasi kerja yang kompleks dan luas (Winarno, 2005). Dengan adanya SOP, diharapkan para pelaksana dapat mengoptimalkan waktu yang tersedia dan dapat berfungsi untuk menyeragamkan tugas-tugas kerja. Hal juga sejalan dengan penelitian mengenai analisis implementasi pelayanan gizi di RSUD Tugurejo Semarang oleh Dewi dkk (2015) dimana disebutkan kurangnya arahan tentang tugasnya membuat pramurung kurang memahami tupoksinya. Mekanisme pertanggungjawaban tugas distribusi diit pasien tidak berjalan baik dikarenakan tidak ada pelaporan yang pasti kepada kepala ruangan.

“Saya kira, semua yang terlibat dalam penyelenggaraan makanan di rumah sakit ini sudah paham dengan tupoksinya masing-masing. Pedoman kerja sudah ada dalam SOP. Dalam perjalanan hingga saat ini, hambatan yang terjadi di dalam intern kami sangat minim. Kalaupun ada, biasanya segera dikomunikasikan kepada atasan dan segera dievaluasi. Jadi saya yakin pelaksana tugas sudah paham betul tupoksinya masing-masing” (Direktur)

“kalau alur, biasanya kita kasi menu pilihan ke pasien sesuai diet yang sudah ditentukan sama dokter dan ahli gizi, nanti dari menu itu pasien boleh memilih makanan yang diinginkan, setelah itu baru kita orderkan ke catering. setelah makanan datang dari catering, biasanya di cek sama ahli gizi, baru kita plating lalu kirim ke pasien. Selesai pasien makan, kita clear up sambil mengevaluasi sisa makanan pasien, misal banyak sisa langsung kita komunikasikan kendalanya apa. Terus lapor ahli gizi untuk ditindaklanjuti.”(Pramusaji)

Dari karakteristik fragmentasi dalam penelitian ini terlihat tidak terlalu banyak penyebaran tanggung jawab kepada pelaksana-pelaksana tugas yang berbeda. Dari hasil wawancara terlihat kecocokan keterangan mengenai alur kordinasi dalam bekerja, sehingga dapat terlihat pelaksana tugas sudah paham alur koordinasi dan tanggung jawab kerja masing-masing. Hal ini sejalan dengan teori Edward III dalam Winarno (2005) pada umumnya, semakin besar koordinasi yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan, semakin berkurang kemungkinan keberhasilan suatu kebijakan.

## Hambatan Dalam Implementasi Food Preference

Mengimplementasikan suatu kebijakan bukan hal mudah dilakukan dalam suatu unit kerja. Dalam studi kebijakan, dipahami benar bahkan kebijakan yang ruang lingkupnya relatif kecil saja sangat susah mengimplementasikannya, apalagi dalam ruang lingkup yang lebih luas. Begitu pula dengan implementasi tentang food preference yang dilakukannya di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua, banyak hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan implementasi food preference.

Seperti apa yang diungkapkan oleh Direktur Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua yang menyatakan bahwa: “Dalam suatu komunikasi hampir semua titik pasti memiliki kemungkinan kendala, namun hambatan yang sejauh ini terjadi beberapa kali adalah antara pihak catering dan pramusaji/ahligizi, terkait order makanan, tapi semua kita selesaikan dengan segera sehingga tidak mengganggu pelayanan”.

Pendapat lain juga dikatakan oleh Ibu Dwi selaku ahli gizi menyatakan bahwa, “Hambatan mungkin jika pengiriman dari catering agak terlambat, jadi kita harus ekstra cepat kerjanya supaya makanan sampai di pasien tetap tepat waktu. Hambatan lain mungkin kalau ada pasien masuk melebihi stok yang tersedia, jadi kita harus order tambahan ke catering mendadak. Tapi biasanya kita pasti punya stok lebih 3-4 porsi”.

Pendapat di atas juga dipertegas oleh pendapat Ibu Lesy selaku pramusaji Rumah Sakit Surya Husadha yang menyatakan bahwa: “Hambatan sih kalo cateringnya telat, karena jarak dari catering ke rumah sakit lumayan jadi kadang kena macet. Jadi kita buru-buru plating. “Kalo untuk menu pilihan hambatan sih nggak ada, Cuma kita sebagai pramusaji jadi perlu waktu ekstra untuk komunikasi menjelaskan, dan menawarkan menu-menu pilihan ke pasien, kan tiap hari menu yang di sediakan beda-beda.”

Paparan mengenai hambatan juga disampaikan dari pihak pramumasak yang menyatakan bahwa “hambatan untuk proses masak selama ini hampir tidak ada, mungkin hanya kalau ada order tambahan yang mendadak saja kadang kita agak sedikit tergesa-gesa, terus harus ada dua kali pengantaran untuk tambahan makanan yang diorder.”

## PENUTUP

Komunikasi antar pelaksana kegiatan yang ada di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua Badung sudah berjalan efektif. Dalam penyediaan makanan kepada pasien guna menjamin gizi dari makanan tersebut telah berkolaborasi dengan dokter, perawat, farmasi dan tenaga kesehatan lainnya yang terkait dalam memberikan pelayanan asuhan gizi. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa pelaksana mengetahui adanya kebijakan terkait Implementasi Food Preference dari arahan manajemen dan juga SOP penyelenggaraan makanan di Rumah Sakit.

Sumber daya manusia yang melayani di bi bidang makanan yang ada di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua Badung belum memadai. Kekurangan sumber daya manusia ini akan berdampak pada kurangnya pelayanan yang diberikan kepada pasien. Sehingga implementasi tentang kebijakan sumber daya manusia yang ada di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua Badung belum berjalan secara optimal.

Sikap atau perilaku dari bagian penyedia makanan di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua Badung sudah berjalan dengan baik. Hal ini terlihat dari hubungan antara masing-masing unit penyedia makanan sudah terjalin dengan baik. Masing-masing org yang mempunyai tugas penyedia makanan sudah tau akan tugasnya masing-masing.

Masing-masing anggota organisasi yang ada di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua Badung telah mengetahui tugas dan tanggung jawabnya. Struktur organisasi sudah berjalan dengan baik, hal ini disebabkan karena Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua Badung memiliki struktur organisasi yang efektif sehingga dapat memotong birokrasi yang tidak penting. Birokrasi merupakan salah-satu institusi yang paling sering bahkan secara keseluruhan menjadi pelaksana kegiatan.

### **Hambatan dalam implementasi *Food Preference***

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan ada beberapa hambatan dalam implementasi *food preference* pada Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua Badung, diantaranya:

- a. Sistem semi out-sourcing yang digunakan di Rumah Sakit Surya Husadha Nusa Dua dalam pelayanan makanan membuat adanya jarak antara pelaksana kegiatan. Ketepatan waktu pengiriman makanan dari catering sering kali menjadi hambatan dalam implementasi *Food Preference*.



- b. Selain ketepatan waktu, adanya jarak antara pelaksana kegiatan juga memungkinkan terjadinya hambatan dalam komunikasi dari pihak rumah sakit dan catering, baik terkait jenis order dan jumlah order makanan.
- c. Sumber daya manusia yang diakui masih kurang turut menjadi hambatan dalam implementasi *Food Preference*. Dimana selain menyiapkan makanan dan mendistribusikan kepada pasien, pramusaji juga bertugas untuk mengkomunikasi terkait menu-menu pilihan kepada pasien, hal ini tentunya memerlukan waktu yang tidak sedikit. Sehingga kurangnya sumber daya manusia dan banyaknya tugas yang harus dijalankan menyebabkan pelaksana cenderung lebih berorientasi pada target waktu selesainya pekerjaan bukan pada hasil/ kualitas pekerjaan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustinus, L. (2006). *Politik & Kebijakan Publik*. Bandung: AIPI Bandung.
- Assauri, S. (2012). *Manajemen Pemasaran*. Jakarta: Rajawali Gramedia Pustaka Utama
- Bali, I.N.A.P., and Darma, G.S. (2019). Menguji Kesiapan Pengelolaan Desa Berbasis Manajemen Modern Guna Menghadapi Era Revolusi Industri 4.0, *Jurnal Manajemen & Bisnis*, **16** (2): 1-13.
- Basuki, S. (2010). *Metode Penelitian*. Jakarta: Penaku.
- Christensen, P.J., & Janet W. Kenney (2009). *Proses Keperawatan Aplikasi Model Konseptual* edisi 4. Jakarta: EGC.
- Depkes RI (2009). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Republik Indonesia
- Darma, G.S. (2019). *Kacamata Media, Kesuksesan Bersyarat*. Indonesia: Pustaka Larasan Press.
- Darma, G.S. (2018). *Seuntai Pesan, Menjawab Zaman*. Indonesia: Pustaka Larasan Press.
- Darma, G.S. (2012). *100 Konsultasi Praktis Strategi Bisnis*. Denpasar: Undiknas Press.
- Dewi, E.S., Kartasurya, M.I., Sriatmi, A. (2015). Analisis Implementasi Pelayanan Gizi di RSUD Tugurejo Semarang, *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, **03** (2).
- Dewi, N.K.Y.W., and Darma, G.S. (2019). Strategi Investasi & Manajemen Resiko Rumah Sakit Swasta di Bali, *Jurnal Manajemen & Bisnis*, **16** (2): 110-127.
- Edward III, G.C. (1978). *Understanding Public Policy*. New Jersey: Prantice Hall.
- Ekowati, M.R.L. (2009). *Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi Kebijakan atau Program*. Surakarta: Pustaka Cakra.
- Ferry., dan Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ginantra, K.G., Lestari, N.P.N.E., Gorda, A.A.N.E.S., and Darma, G.S. (2017). Effects of Promotion, Product Quality, Brand Image and Price on Customer Satisfaction and Brand Switching Decision, *International Journal of Management and Economics Invention*, **3** (12): 1514-1523.
- Gunarsa, S.D., dkk. (1995). *Psikologi Perawatan*. Cetakan Ke-2. Jakarta: Gunung Mulia.
- Handika, M.R., Maradona, A.F., and Darma, G.S. (2018). Strategi Pemasaran Bisnis Kuliner Menggunakan Influencer Melalui Media Sosial, *Jurnal Manajemen & Bisnis*, **15** (2): 188-199.

- Hendhana, S., and Darma, G.S. (2017). Service Quality Rumah Sakit dan Efeknya terhadap Patient Satisfaction, Perceived Value, Trust, dan Behavioral Intention, *Jurnal Manajemen & Bisnis*, **14** (1): 37-55.
- Indrawan, R., & Yaniawati, P. (2014). *Metodologi Penelitian: Kuantitatif, Kualitatif dan Campuran untuk Manajemen Pembangunan dan Pendidikan*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia, (2008). Edisi Keempat. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Kennewell, S., & Maria Kokkinakos. (2001). Food preferences of inpatients in an Australian teaching hospital—what has happened in the last 12 years, *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 58:1. Royal Prince Alfred Hospital, Food Services Department, Camperdown, New South Wales.
- Kotler, P., & Amstrong, G. (2003). *Prinsip-prinsip Pemasaran. Jilid 1. Terjemahan Damos Sihombing*. (2001). Jakarta: Erlangga.
- Kanten, I.K., and Darma, G.S. (2017). Consumer Behaviour, Marketing Strategy, Customer Satisfaction, and Business Performance, *Jurnal Manajemen & Bisnis*, **14** (2): 143-165.
- Krowinski, W.J., Steiber, S.R. (1998). *Measuring and Managing Patient Satisfaction*. J-B AHA Press: Wiley.
- Lupiyoadi, R. (2001). *Manajemen Pemasaran Jasa (Teori dan Praktek)*. Edisi Pertama. Depok: Salemba Empat.
- Margono, S. (2007). *Metologi Penelitian Pendidikan Komponen MKDK*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Maharani, I.G.A.P.D., and Darma, G.S. (2018). Consumer Purchasing Behavior Analysis on Impulse Buying, *Jurnal Manajemen & Bisnis*, **15** (3): 16-37.
- Mentziou, I. (2014). Evaluation of food services by the patients in hospitals of Athens in Greece. *Health Science Journal*, **8** (3) Published by Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens.
- Moehyi, S. (1992). *Penyelenggaraan Makanan Institusi Dan Jasa Boga*. Jakarta: Bhatara.
- Moehyi, S. (1999). *Pengaturan Makanan dan Diet Untuk Penyembuhan Penyakit*. Jakarta: PT Gramedia.
- Moleong, L. J. (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset.
- Mukrie, A.N. (1990). *Manajemen Pelayanan Gizi Institusi Dasar*. Jakarta: Depkes RI.

- New South Wales Government. (2015). *My Food Choice: Transforming Patient Food Services*. New South Wales: Healthshare.
- Nursalam. (2007). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Parasuraman. (1990). *Delivering Quality Service*. New York: The Free Press
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Pidada, I.A.D.U., and Darma, G.S. (2018). Kerja Sama Tim Perawat Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien Berbasis Tri Hita Karana, *Jurnal Manajemen & Bisnis*, **15** (2): 137-148.
- Purnantara, I.M.H., and Darma, G.S. (2015). Competency, Organizational Health, Job Career, Job Performance And Employees Turnover, *Jurnal Manajemen & Bisnis*, **12** (2): 90-124.
- Ratminto., dan Winarsih, A.S. (2007). *Manajemen Pelayanan*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Santosa, P. (2008). *Administrasi Publik Teori dan Aplikasi Good Governance*. Bandung: Refika Aditama.
- Setyawati, T., and Darma, G.S. (2018). Efektifkah Experiential Marketing di Sebuah Rumah Sakit ?, *Jurnal Manajemen & Bisnis*, **15** (1): 160-175.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- The Patients Association. (2016). *Ful Report: Patients First*. Compass Group UK & Ireland.
- Theurer, V. A. (2011). *Improving Patient Satisfaction in a Hospital Foodservice System Using Low-Cost Interventions: Determining Whether a Room Service System is the Next Step*. Nutrition, Dietetics, And Food Sciences: Utah State University.
- Tjiptono, F., dan Anastasia. (2015). *Pelanggan Puas? Tak Cukup!*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Usman, N. (2002). *Konteks Implementasi Berbasis Kurikulum*. Bandung: Pustaka Buana.
- Uyami, H. H., dan Wiwik Wijaningsih (2012). *Perbedaan Daya Terima, Sisa Dan Asupan Makanan Pada Pasien Dengan Menu Pilihan Dan Menu Standar Di Rsud Sunan Kalijaga Demak*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.
- Widodo, J. (2010). *Analisis Kebijakan Publik*. Malang: Bayumedia.
- Winarno, B. (2005). *Teori & Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media Pressindo.