

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN
DAN PERILAKU HIGIENE SANITASI PENGOLAH MAKANAN
DI RUMAH SAKIT ORTHOPEDI PROF. DR. R. SOEHARSO
SURAKARTA**



PUBLIKASI ILMIAH

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Strata I
Pada Program Studi Gizi FIK UMS

Disusun Oleh:

CHINTYA YUSRINA FAJRIYATI

J 310 141 014

**PROGRAM STUDI S1 ILMU GIZI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2016**

HALAMAN PERSETUJUAN

GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN PERILAKU HIGIENE SANITASI PENGOLAH MAKANAN DI RUMAH SAKIT ORTHOPEDI PROF. DR. R. SOEHARSO SURAKARTA

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh:

CHINTYA YUSRINA FAJRIYATI

J 310 141 014

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh :

Dosen Pembimbing



(Endang Nur W, SST.,MSi.,Med)

NIK. 717

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN PERILAKU HIGIENE SANITASI PENGOLAH MAKANAN DI RUMAH SAKIT ORTHOPEDI PROF. DR. R. SOEHARSO SURAKARTA

Oleh:

CHINTYA YUSRINA FAJRIYATI
J 310 141 014

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan Gizi
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Pada hari Kamis, 09 Juni 2016
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji

1. Endang Nur W, SST.,M.Si.,Med
(Ketua Dewan Penguji)
2. Eni Purwani, S.Si.,M.Si
(Anggota I Dewan Penguji)
3. Muwakhidah, SKM,M.Kes
(Anggota II Dewan Penguji)

()
()
()

Dekan,



Dr. Suwaji, M.Kes

NIP/NIDN: 19531123-198303 1002/00-2311-5301

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidak benaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 09 Juni 2016

Penulis



CHINTYA YUSRINA FAJRIYATI

J 310 141 014

GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN PERILAKU HIGIENE SANITASI PENGOLAH MAKANAN DI RUMAH SAKIT ORTHOPEDI PROF. DR. R. SOEHARSO SURAKARTA

ABSTRAK

Pendahuluan : Higiene dan sanitasi merupakan hal yang penting dalam menentukan kualitas makanan. Salah satu yang berperan dalam menentukan kualitas makanan adalah pengolah makanan. Pengolah makanan merupakan salah satu *contributor* terjadinya kontaminasi makanan. Terdapat 3 faktor yang memiliki peran utama terjadinya keracunan makanan yang berkaitan dengan penjamah makanan, yaitu pengetahuan, sikap, dan praktik. Program pelatihan penting untuk meningkatkan pengetahuan penjamah, namun pengetahuan mengenai praktik menjaga mutu makanan tidak selalu signifikan dengan perubahan perilaku penjamah yang baik dalam penanganan makanan.

Tujuan : Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan dan perilaku higiene sanitasi pengolah makanan di Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta.

Metode Penelitian : Penelitian ini bersifat deskriptif. Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah pengolah makanan di Instalasi Gizi Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta yang berjumlah 7 orang. Data mengenai pengetahuan pengolah dengan membagikan kuesioner untuk diisi sedangkan perilaku pengolah dengan menggunakan metode observasi dan wawancara terstruktur.

Kesimpulan: Sebanyak 100% pengolah memiliki pengetahuan higiene sanitasi yang baik. Sebagian besar perilaku pengolah makanan memiliki kategori kurang baik sebesar 57,1% sedangkan yang memiliki kategori baik sebesar 42,8%.

Saran : Rumah sakit perlu meningkatkan pembinaan mengenai perilaku pengolah makanan mengenai higiene sanitasi. Instalasi gizi perlu mengintensifkan pembinaan mengenai higiene sanitasi.

Kata kunci : Pengetahuan, Perilaku Pengolah, higiene sanitasi

Kepustakaan : 37 :1990-2014

ABSTRACT

Introduction: Hygiene and sanitation is critical factors which are important in determining the quality of the food. Food handlers is one of contributor food to contamination. There are three factors that have major role on the occurrence of food poisoning related to food handler, including knowledge, attitudes, and practices. Training program is important to improve knowledge of food handler. However the knowledge and skill to maintain food quality are not always significant with a good behavioral changes of food handler food.

Objective: To describe level of knowledge and hygiene and sanitation behavior of food handlers at Orthopedi Hospital Surakarta.

Research methods: This was a descriptive study. Population and sample in this research were food handlers at Nutrition Department Orthopedi Hospital Surakarta (7 persons). Data of food handlers were obtained through questionnaires, whereas data of food handlers behavior were obtained through observation and structured interview method.

Results: A total of (100%) of food handlers had a good knowledge of hygiene and sanitation. Most of food handlers behavior (57,1%) were unfavorable whereas (42,8%) of those were good.

Suggestion: The hospitals should improve food handlers behavior about hygiene and sanitation. Nutritional Department needs to conduct intensify training of hygiene and sanitation intensively for food handlers.

Keywords : Awareness, Behavior Processing, hygiene and sanitation

Library : 37 : 1990-2014

PENDAHULUAN

Ruang lingkup kegiatan pelayanan gizi di rumah sakit dibagi atas empat kegiatan pokok yaitu asuhan gizi pasien rawat jalan, asuhan gizi pasien rawat inap, penyelenggaraan makanan, penelitian dan pengembangan gizi (Depkes, 2003). Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS) merupakan bagian integral dari Pelayanan Kesehatan Paripurna Rumah Sakit dengan beberapa kegiatan antara lain pelayanan gizi rawat inap dan rawat jalan. Bentuk pelayanan gizi yang paling umum terdapat di rumah sakit adalah penyelenggaraan makanan bagi pasien yang

dirawat di ruang rawat inap untuk memperoleh makanan yang sesuai guna mencapai syarat gizi yang maksimal (Almatsier, 2010).

Rumah sakit merupakan tempat yang mudah terjadinya penularan berbagai macam penyakit infeksi (Kasuarina, 2006). Infeksi nosokomial (*Hospital Acquired Infection/Nosocomial Infection*) adalah infeksi yang didapat dari rumah sakit atau ketika penderita itu dirawat di rumah sakit (Ginting, 2001). Penyelenggaraan makanan yang kurang memenuhi syarat kesehatan selain dapat memperpanjang proses perawatan, juga dapat menyebabkan timbulnya infeksi silang (*cross infection*) atau infeksi nosokomial (infeksi yang didapatkan di rumah sakit), yang diantaranya dapat melalui makanan (Iskak, 2006).

Keamanan pangan adalah kondisi dan upaya yang diperlukan untuk mencegah pangan dari kemungkinan cemaran biologis, kimia, fisik termasuk mikroorganisme, yang dapat merugikan dan membahayakan kesehatan manusia (Krisnamurni, 2007). Pentingnya keamanan pangan sebagai masalah kesehatan masyarakat yang sering diabaikan karena kejadian yang sebenarnya sulit untuk dievaluasi. Demi mencegah terjadinya kontaminasi makanan perlu dilakukan upaya pencegahan pada proses pengolahan makanan, kebersihan dan sanitasi (Purnawijayanti, 2001).

Mutu dan cara pengaturan makanan yang disajikan merupakan salah satu ukuran untuk menilai baik buruknya pelayanan kesehatan yang diberikan dari rumah sakit (Azwar, 1996). Makanan yang aman adalah makanan yang higienis yaitu terhindar dari cemaran yang berasal dari faktor-faktor lingkungan seperti bangunan tempat pengolahan makanan, alat yang dipakai, higienis perorangan penjamah makanan, dan air yang digunakan. Ada keterkaitan antara air, sanitasi, peralatan, lalat, hewan lain, higienis perorangan dengan makanan yang mengakibatkan penularan penyakit (Sulistiyani, 2002). Prinsip higienis dan sanitasi dalam suatu penyelenggaraan makanan meliputi bahan makanan, tenaga penjamah makanan, prosedur kerja, sarana fisik dan lingkungan, peralatan dan perlengkapan yang digunakan, penggunaan bahan makanan, fasilitas penyehatan serta cara pengawasan dalam prosedur kerja (Mukrie, 1990).

Menurut Profil Kesehatan Jawa Tengah (2014), menunjukkan bahwa jumlah TPM yang belum memenuhi syarat sebanyak 24.195 TPM, dilakukan pembinaan sebanyak 16.097 TPM (66,5%). Penjamah makanan sebagai salah satu *contributor* terjadinya kontaminasi makanan, memiliki peran penting dalam melindungi kesehatan penderita atau pasien di rumah sakit dari adanya penyakit akibat kontaminasi makanan (Djarismawati, 2004). Banyak kejadian yang disebabkan oleh penyakit karena keracunan makanan tetapi hanya sedikit sekali yang mendapatkan perhatian dari instansi terkait dan lebih sedikit lagi kasus yang diselidiki (Wahono, 2006). Terdapat 3 faktor yang memiliki peran utama terjadinya keracunan makanan yang berkaitan dengan penjamah makanan, yaitu pengetahuan, sikap, dan praktik. Program pelatihan penting untuk meningkatkan pengetahuan penjamah, namun pengetahuan mengenai praktik menjaga mutu makanan tidak selalu signifikan dengan perubahan perilaku penjamah yang baik dalam penanganan makanan (Soares, 2012).

Higienis dan sanitasi merupakan hal yang penting dalam menentukan kualitas makanan. Bakteri-bakteri indikator sanitasi umumnya adalah bakteri yang lazim hidup sebagai flora normal pada usus manusia. Bakteri yang paling banyak digunakan sebagai indikator sanitasi adalah *Escherichia coli*. Di dalam air maupun makanan yang terdeteksi adanya *Escherichia coli* yang bersifat patogen, jika termakan/terminum dapat menyebabkan keracunan.

Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta merupakan Rumah Sakit sebagai Pusat Rujukan Nasional Pelayanan ortopedi yang bergerak dalam bidang kesehatan yang selalu mementingkan mutu pelayanan. Berdasarkan hasil survey pendahuluan pada bulan Agustus 2015 yang dilakukan di Instalasi Gizi Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta dengan 24 tenaga penjamah makanan didapatkan hasil, terdapat 20% penjamah makanan yang tidak menggunakan APD secara lengkap dan benar seperti contohnya tidak menggunakan *hand gloves*, masker maupun topi (*apron*) pada saat menjamah makanan. Upaya menjaga higienis sanitasi makanan pada tempat penyelenggaraan makanan terdapat beberapa wastafel dan petunjuk cara mencuci tangan. Akan tetapi, hanya beberapa tenaga saja yang menggunakan wastafel tersebut.

Oleh karena itu perlunya dilakukan penelitian mengenai gambaran tingkat pengetahuan dan perilaku higienis sanitasi pengolahan makanan di Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta.

METODE PENELITIAN

Jenis analisis data penelitian ini bersifat deskriptif yaitu menggambarkan tingkat pengetahuan dan perilaku higienis sanitasi pengolahan makanan di Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta, dengan menggunakan metode observasi dan wawancara terstruktur. Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari 2016 di Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua orang yang terlibat didalam proses penyelenggaraan makanan mulai dari penerimaan bahan makanan mentah, penyimpanan, persiapan, pengolahan hingga penyajian. Sampel pengolahan yang digunakan dalam penelitian ini juga merupakan total populasi adalah seluruh tenaga pengolahan makanan yang ada di Instalasi Gizi Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta yang berjumlah 7 orang. Teknik pengambilan sampel

menggunakan *non probability sampling* yaitu sampling jenuh dimana sampel yang digunakan merupakan total populasi. Hal ini dikarenakan populasi relatif kecil, kurang dari 30 orang.

Analisis data disajikan dalam bentuk skor untuk kuesioner dan pada hasil wawancara berbentuk teks naratif. Selanjutnya dijelaskan secara deskriptif berdasarkan besarnya proporsi hasil ukur masing-masing variabel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. Soeharso merupakan rumah sakit tipe A, kapasitas tempat tidur kurang lebih 200 TT. Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. Soeharso memiliki pelayanan gizi swakelola, dimana instalasi gizi di Rumah Sakit Orthopedi bertanggung jawab penuh dalam semua pelaksanaan penyelenggaraan makanan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Instalasi gizi di RSO PROF.DR.R.Soeharso Surakarta memiliki tujuan yaitu terselenggaranya pelayanan gizi yang bermutu, mudah dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Pelayanan makan ini meliputi pelayanan makan pasien rawat inap, Dokter jaga, dokter Residen, Coass, dan penunggu pasien.

B. Gambaran Umum Subjek

Karakteristik Subjek Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 1
Distribusi Jenis Kelamin Subjek

Jenis Kelamin	n	%
Laki-laki	3	42,8
Perempuan	4	57,1
Jumlah	7	100

Berdasarkan Tabel 1 distribusi tentang jenis kelamin pada tenaga pengolah di Instalasi Gizi Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta diketahui bahwa tenaga pengolah makanan didominasi oleh tenaga dengan jenis kelamin perempuan. Hal ini dapat dilihat dari hasil distribusi bahwa dari 7 tenaga terdapat 4 orang tenaga (57,1%) yang berjenis kelamin perempuan.

Menurut Adam (2011), hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit daerah Balikpapan yang dilakukan pada 10 responden mengatakan bahwa Jenis kelamin tenaga pengolah makanan sebagian besar adalah perempuan sebanyak 8 orang (80 %). Perilaku seorang laki-laki ada kecenderungan menganggap remeh suatu pekerjaan dibanding perempuan.

Karakteristik Subjek Berdasarkan Usia

Tabel 2
Distribusi Usia Subjek

Usia	n	%
36-45 tahun	1	14,2
46-55 tahun	5	71,4
56-65 tahun	1	14,2
Jumlah	7	100

Berdasarkan Tabel 2 distribusi mengenai usia tenaga pengolah di Instalasi Gizi Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta diketahui bahwa tenaga pengolah makanan didominasi oleh tenaga dengan usia 46-55 tahun. Hal ini dapat dilihat dari hasil distribusi bahwa dari 7 tenaga terdapat 5 orang tenaga (71,4%) yang memiliki usia 46-55 tahun.

Karakteristik Subjek Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 3
Distribusi Pendidikan Subjek

Pendidikan	n	%
SMK Boga	2	28,5
SMK	2	28,5
SMA	1	14,2
SMP	0	0
SD	2	28,5
Jumlah	7	100

Berdasarkan Tabel 3 distribusi mengenai pendidikan pada tenaga pengolah di Instalasi Gizi Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta diketahui bahwa tenaga pengolah makanan didominasi oleh tenaga dengan pendidikan terakhir SMK Boga, SMK, dan SD. Hal ini dapat dilihat dari hasil distribusi bahwa dari 7 tenaga terdapat masing-masing pendidikan terdapat 2 orang tenaga (28,5%) yang memiliki pendidikan terakhir SMK Boga, SMK, dan SD, sedangkan tingkat pendidikan pengolah yang paling sedikit yaitu SMA (14,2%).

C. Hasil Penelitian

Distribusi Tingkat Pengetahuan Higiene Sanitasi Pengolah makanan

Tabel 4

Tingkat Pengetahuan	n	%
Baik	7	100
Kurang Baik	0	0
Jumlah	7	100

Berdasarkan Tabel 4, hasil penelitian yang dilakukan pada 7 subjek menunjukkan bahwa sebagian besar tingkat pengetahuan subjek dengan kategori baik, yakni sebanyak 7 responden (100%). Rata-rata skor pengetahuan pengolah mengenai higiene sanitasi makanan adalah sebesar $88,0 \pm 9,23$, sehingga rata-rata skor ($88,0 \geq 70$) pengetahuan pengolah masuk kedalam kategori baik, dengan skor pengetahuan pengolah diperoleh dengan nilai terendah sebesar 72% dan nilai tertinggi 100%.

Menurut Meikhawati (2010), penelitian yang dilakukan di salah satu Rumah Sakit daerah Semarang bahwa dari 20 tenaga yang diteliti menunjukkan penjamah yang mempunyai pengetahuan baik mempunyai jumlah yang paling banyak yaitu 10 tenaga (50,0%), dan yang paling sedikit mempunyai pengetahuan sedang sebanyak 2 tenaga (10,0%). Sedangkan menurut Sugiyono (2010), penelitian yang dilakukan kepada 16 penjamah didapatkan hasil 10 tenaga (62,5%) memiliki pengetahuan yang baik.

Tabel 5

No.	Komponen	Benar		Salah	
		n	%	n	%
1	Sebelum memulai kegiatan dan sesudah melakukan kegiatan mencuci tangan dengan sabun antiseptik.	7	100	0	0
2	Air yang digunakan untuk mencuci bahan makanan adalah air yang ditampung di dalam bak.	6	85,7	1	14,2
3	Saat mencicipi makanan menggunakan sendok makan/ sendok teh dan tidak berulang	6	85,7	1	14,2
4	Makanan yang sudah matang disimpan di almari penyimpanan makanan matang.	7	100	0	0
5	Tempat sampah di ruang pengolahan makanan dalam keadaan terbuka	6	85,7	1	14,2
6	Peralatan yang telah selesai digunakan dicuci dengan air bersih yang mengalir dan sabun	6	85,7	1	14,2
7	Pada setiap ruangan tidak perlu diberi sekat sebagai pemisah	7	100	0	0
8	Celemek, tutup kepala (penutup rambut), masker, dan alas kaki (APD) wajib digunakan oleh tenaga pengolah.	7	100	0	0
9	Pemeriksaan kesehatan tenaga pengolah dilakukan 2 tahun sekali.	5	71,4	2	28,5
10	Tenaga pengolah makanan yang sakit (penyakit kulit, penyakit menular, luka bakar) boleh ikut dalam pengolahan makanan.	7	100	0	0
11	Mandi dilakukan minimal dua kali dalam satu hari.	7	100	0	0
12	Kuku tidak boleh dibiarkan panjang dan selalu dalam keadaan bersih.	7	100	0	0
13	Rambut dicuci dengan <i>shampoo</i> setiap 2 minggu sekali.	7	100	0	0
14	Setiap keluar dari toilet harus mencuci tangan menggunakan air yang bersih dan sabun <i>antiseptic</i> .	7	100	0	0
15	Peralatan dan bahan makanan yang telah dibersihkan disimpan dalam tempat yang	7	100	0	0

	terlindung dari pencemaran serangga, tikus dan hewan lainnya				
16	Pekerja yang terluka tangan tidak diobati dan dibiarkan saja.	7	100	0	0
17	Pakaian kerja dicuci apabila kotor saja.	6	85,7	1	14,2
18	Mengolah makanan boleh dengan mengenakan cincin tidak perlu dilepas.	7	100	0	0
19	Pekerja tidak diperbolehkan menggunakan pakaian yang ketat, tebal dan berwarna gelap.	7	100	0	0
20	Pekerja yang tidak diijinkan bekerja diruang pengolahan yang mengidap penyakit menular seperti tipus, kolera, TBC, hepatitis dan lain-lain atau pembawa kuman (<i>carrier</i>)	7	100	0	0
21	Lantai/ tempat kerja disapu dan dipel setelah melakukan kegiatan pengolahan makanan.	4	57,1	3	42,8
22	Makan, bercakap-cakap, dan merokok merupakan hal-hal yang tidak diperbolehkan pada proses pengolahan.	6	85,7	1	14,2
23	Penilaian fisik air yang baik adalah tidak berwarna, tidak berasa, dan tidak berbau.	7	100	0	0
24	Ruang pengolahan makanan tidak berhubungan langsung dengan toilet/ jamban dan kamar mandi	7	100	0	0
25	Tempat mencuci tangan dipisah antara tempat pencucian bahan makanan dan mencuci peralatan.	7	100	0	0

Berdasarkan hasil rekapitan jawaban kuesioner pengolah makanan dalam menjawab didapatkan beberapa item pernyataan yang masih kurang tepat dalam menjawab, antara lain air yang digunakan untuk mencuci bahan makanan adalah air yang ditampung dalam bak (14,2%), dalam hal ini pengolah lebih mengefektifkan waktu dalam bekerja, karena jika dicuci pada air mengalir dapat memakan waktu lebih lama dan masih ditemukan pengolah yang masih sering mencuci tidak pada tempatnya, ketika mencuci bahan makanan, kebetulan pengolah sedang dekat dengan tempat pencucian alat sehingga mencuci bahan makanan di tempat pencucian alat, hal tersebut dikarenakan untuk mempersingkat waktu dalam mengolah makanan.

Pemeriksaan kesehatan tenaga pengolah dilakukan 2 tahun sekali (28,5%), dalam hal ini pengolah kurang memahami pernyataan mengenai pentingnya pemeriksaan kesehatan yang sebenarnya dilakukan setiap satu tahun 2 kali bukan 2 tahun sekali. Mengenai hasil wawancara mengenai pemeriksaan kesehatan sudah rutin dilakukan yaitu 2 kali dalam satu tahun oleh K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja), dalam pemeriksaan kesehatan tersebut meliputi pemeriksaan darah, anal swab anus. Hasil dari pemeriksaan darah mengenai penyakit infeksi tidak ada pengolah yang terinfeksi atau negatif, sedangkan untuk anal swab terdapat beberapa pengolah yang positif terinfeksi bakteri.

Tempat sampah di ruang pengolahan makanan dalam keadaan terbuka (14,2%), pernyataan tersebut tidak tepat dimana tempat sampah sebaiknya dalam keadaan tertutup pada area pengolahan makanan. Hasil wawancara menunjukkan terkadang ada pengolah yang menggunakan tempat sampah terbuka atau berupa kardus ketika proses persiapan tetapi setelah persiapan selesai kardus beserta sampahnya langsung dibuang pada tempat sampah.

Pakaian kerja dicuci apabila kotor saja (14,2%), hal ini memang terlihat dari kebiasaan pengolah yang setelah memakai pakaian kerja tidak dibawa pulang melainkan sengaja ditinggal di instalasi gizi sehingga keesokan harinya di pakai lagi, jawaban dari item ini kurang tepat dikarenakan apabila pakaian tersebut dipakai lebih dari satu hari maka akan memicu tumbuhnya bakteri pada pakaian kerja tersebut.

Lantai dapur dibersihkan setelah melakukan kegiatan pengolahan (42,8%), pada pernyataan ini pengolah lebih banyak yang menjawab tidak, hal ini sebenarnya kurang tepat dimana sebenarnya ketika setelah melakukan kegiatan pengolahan dapur sebaiknya di bersihkan agar selalu terjaga kebersihannya. Sedangkan dalam hasil wawancara menunjukkan Pengolah makanan setelah melakukan kegiatan memasak selalu membersihkan tempat kerja yaitu meliputi membersihkan kompor, meja, mencuci alat masak, tetapi untuk lantai dan dinding dilakukan oleh klining servis. Pada pernyataan ini dapat disimpulkan bahwa pengolah kurang memahami pernyataan yang ada pada kuesioner.

Makan, bercakap-cakap, dan merokok merupakan hal-hal yang tidak diperbolehkan pada proses pengolahan (14,2), hal ini juga tidak tepat, karena ketika mengolah makanan tidak dianjurkan melakukannya agar tidak menyebabkan makanan terkontaminasi.

Distribusi Perilaku Pengolah Makanan

Tabel 6

Tingkat Perilaku	n	%
Baik	3	42,8
Kurang Baik	4	57,1
Jumlah	7	100

Berdasarkan Tabel 6, hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa sebagian besar perilaku pengolah makanan memiliki kategori kurang baik, yakni sebanyak 4 tenaga (57,1%). Rata-rata skor perilaku pengolah makanan adalah sebesar $69,48 \pm 15,79$, sehingga rata-rata skor ($69,48 < 70$) perilaku pengolah masuk kedalam kategori kurang baik, dengan skor perilaku pengolah diperoleh dengan nilai terendah sebesar 53,3 dan nilai tertinggi 93,3.

Menurut Sugiyono (2010), hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan catering daerah Semarang, mengatakan bahwa 9 tenaga (56,3%) dari 16 tenaga yang diteliti memiliki praktik atau perilaku yang kurang baik.

Tabel 7

No.	Komponen	Ya		Tidak	
		n	%	n	%
1	Memakai celemek, masker, penutup kepala, sarung tangan, alas kaki saat bekerja (APD).	1	14,2	6	85,7
2	Menggunakan masker, penutup kepala dengan benar.	1	14,2	6	85,7
3	Keadaan kuku tenaga pengolah makanan selalu bersih, terpotong pendek dan rapi.	7	100	0	0
4	Pengolah makanan tidak memakai perhiasan misal cincin atau gelang saat bekerja	5	71,4	2	28,5
5	Pengolah makanan yang bekerja tidak sambil mengunyah makanan, berbicara, merokok	2	28,5	5	71,4
6	Tidak batuk dan meludah di tempat pencucian peralatan makan dan pada saat persiapan, pengolahan, dan pemorsian.	7	100	0	0
7	Tempat sampah pada ruang pengolahan makanan tertutup, dilapisi plastik dan tidak menimbulkan bau.	7	100	0	0
8	Mencuci tangan setiap kali setelah melakukan aktifitas (setelah bersin, batuk, menguap, makan, dari kamar mandi, dsb)	6	85,7	1	14,2
9	Setelah mencuci tangan tidak mengeringkannya dengan celemek atau pakaian kerja.	5	71,4	2	28,5
10	Makanan yang matang ditempatkan pada tempat yang bersih dan tertutup.	2	28,5	5	71,4
11	Peralatan makanan dicuci bersih dengan sabun dan melakukan lebih lanjut dengan air panas.	7	100	0	0
12	Peralatan yang digunakan pada proses penyajian dalam kondisi bersih	7	100	0	0
13	Pemorsian dilakukan dengan cepat (≤ 2 jam)	7	100	0	0
14	Tidak menjamah makanan dengan tangan langsung.	3	42,8	4	57,1
15	Membersihkan tempat setelah selesai kegiatan	7	100	0	0

Hasil observasi yang telah dilakukan mengenai perilaku pengolah makanan terdapat beberapa perilaku yang sebagian besar tidak dilakukan pengolah yaitu antara lain: Pengolah tidak menggunakan APD secara lengkap (85,7%), pengolah tidak menggunakan APD dengan benar (85,7%). Tenaga pengolah sering tidak menggunakan masker dan sarung tangan dalam menjamah. Ada juga penjamah yang mengenakan APD lengkap tetapi tidak menggunakan secara benar seperti menggunakan penutup kepala tetapi tidak menutup semua bagian kepala dan rambut penjamah. Beberapa tenaga pengolah menggunakan masker tetapi sering dilepas dengan alasan udara panas hal tersebut dapat menjadi pemicu adanya kontaminasi pada makanan. Setelah dilakukan konfirmasi kepada Kepala Instalasi Gizi, yaitu SOP mengenai penggunaan APD bagi pengolah sudah ada. Cara ahli gizi dalam menyadarkan para pengolah yang masih sering melanggar yaitu dengan cara diberi peringatan

secara lisan, secara terus menerus, setiap hari selalu diingatkan. Tidak ada *punishment* yang diberikan kepada pengolah yang melanggar.

Pengolah makanan menggunakan perhiasan (28,5%). Hasil observasi terdapat beberapa pengolah yang masih menggunakan perhiasan, ada yang hanya menggunakan satu dan ada pula yang menggunakan lebih dari satu. Pengolah yang mengenakan perhiasan masih ada. Hal tersebut sejalan dengan wawancara yang telah dilakukan yaitu terdapat tenaga pengolah yang masih saja menggunakan perhiasan dikarenakan pengolah susah untuk melepas perhiasan, gaya hidup dan kebiasaan dari diri pengolah tersebut yang tidak mau berubah walau sudah mendapat teguran ataupun peringatan secara terus menerus.

Pengolah bekerja sambil mengunyah, berbicara (71,4%). Hal ini sering dilakukan oleh pengolah dengan pengolah makanan yang lainnya hanya untuk menghilangkan rasa jenuh atau bosan tetapi dalam hal ini terkadang pengolah melepas APD (masker) ketika sedang mengobrol sehingga perlu adanya upaya motivasi agar penjamah dapat mengurangi bahkan tidak melakukan kebiasaan tersebut. Hal tersebut berbanding terbalik dengan wawancara yang didapatkan yaitu tenaga pengolah terkadang ditemukan masih sering mengobrol tetapi jika mengobrol masih tetap menggunakan masker.

Tidak mencuci tangan setiap kali setelah melakukan aktifitas (14,2%). Tenaga pengolah tidak mencuci tangan setiap kali setelah melakukan aktifitas. Tenaga pengolah sering kali melakukannya dan kurang menyadari dampak yang akan ditimbulkan ketika berlangsung terus menerus dilakukan, dikarenakan pengolah terburu-buru harus melakukan pekerjaan yang lain. Pada wawancara yang telah dilakukan ternyata sudah terdapat program mengenai mencuci tangan sudah digalakkan agar ketika datang harus langsung mencuci tangan sebelum melakukan kegiatan, hasil observasi menunjukkan hal tersebut masih belum berjalan dengan maksimal sehingga harus selalu dipantau dan diingatkan.

Mengeringkan tangan pada celemek atau pakaian kerja (28,5%). Tenaga pengolah masih mengeringkan tangan pada celemek/pakaian kerja. Hasil observasi menunjukkan pihak Instalasi Gizi sudah menyediakan media untuk mengeringkan tangan, seperti tisu, kain lap, tetapi terkadang beberapa pengolah masih sering tidak menggunakannya secara maksimal.

Makanan matang tidak ditempatkan pada tempat tertutup (71,4%). Tenaga pengolah masih menempatkan makanan pada tempat tidak tertutup. Hasil wawancara menunjukkan penanganan makanan matang sudah tercakup dalam SOP yaitu setelah makanan tersebut matang langsung ditutup menggunakan plastik wrap, dan ditempatkan pada tempat yang berbeda antara makanan yang matang dengan makanan yang mentah. Tidak ada almari untuk makanan matang dikarenakan makanan yang telah dimasak harus segera disajikan pada hari itu juga, tidak digunakan untuk makanan keesokan harinya.

Menjamah makanan dengan tangan langsung (57,1%). Hasil observasi menunjukkan terdapat beberapa pengolah yang kurang memperhatikan bahaya melakukan kontak langsung pada makanan tanpa menggunakan alat dalam menjamah. Hasil wawancara terkait cara pemorsian makanan sudah ada SOP mengenai pemorsian makanan. Hal ini berbanding terbalik dari hasil observasi yang didapatkan dengan hasil wawancara. Perilaku pengolah dalam memegang makanan dengan menggunakan sarung tangan plastik/ *hand glove*, sudah tersedia pada setiap tempat penyajian.

Menurut Notoatmodjo (2007), kebiasaan merupakan aspek perilaku manusia yang menetap, berlangsung secara otomatis, dan direncanakan. Perilaku dapat timbul karena adanya dorongan dalam rangka untuk pemenuhan kebutuhan, tindakan (*action*) yang diketahuinya untuk dilakukan. Pada penelitian, perilaku higiene sanitasi pengolah dalam menjamah makanan erat kaitannya dengan terjadinya kontaminasi terhadap makanan yang dijamahnya.

Penutup

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data dapat disimpulkan bahwa:

1. Tingkat pengetahuan higiene sanitasi pada pengolah makanan di Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soerharso Surakarta dalam kategori baik (100%).
2. Perilaku pengolah makanan pada saat menjamah makanan di Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soerharso Surakarta yang memiliki kategori baik (42,8%) sedangkan yang berkategori kurang baik (57,1%).

B. Saran

1. Adanya hasil penelitian ini agar dapat dijadikan sebagai kebijakan untuk meningkatkan pelayanan gizi yang lebih baik dengan menyediakan makanan yang aman untuk pasien.
2. Bagi pengolah perlu diadakan sosialisasi higiene sanitasi dan pemantauan perilaku pengolah. Hal-hal kecil atau kebiasaan yang masih sering dilakukan.
3. Perlu mengintensifkan pembinaan mengenai higiene sanitasi dari pihak Instalasi Gizi.
4. Perlu adanya *punishment* yang nyata mengenai pengolah yang melanggar higiene sanitasi dalam mengolah makanan untuk menimbulkan efek jera.

5. Perlunya dilakukan pemeriksaan tenaga pengolah maupun penjamah makanan mengenai identifikasi bakteri atau anal swab tangan para penjamah makanan.
6. Bagi yang pengolah yang positif terinfeksi sebaiknya dilakukan pemindah tugas dalam pengolah makanan untuk sementara hingga pengolah dinyatakan terbebas dari infeksi.

Daftar Pustaka

- Adam, Yosvita Maria. 2011. *Pengetahuan dan Perilaku Higiene Tenaga Pengolah Makanan di Instalasi Gizi Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Kanjoso Djatwibowo Balikpapan*. Universitas Diponegoro. Semarang.
- Almatsier, Sunita. 2010. *Penuntun Diet cetakan kedua puluh lima*. Jakarta: PT. SUN.
- Aritonang, Irianton. 2012. *Penyelenggaraan Makanan Manajemen Sistem Pelayanan Gizi Swakelola dan Jasaboga di Instalasi Gizi Rumah sakit*. Yogyakarta: Leutika.
- Azwar, A., 1996, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan, Aplikasi Prinsip Lingkungan Pemecahan Masalah*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Budiyono. 2008. *Tingkat Pengetahuan dan Praktik Penjamah Makanan tentang Higiene Sanitasi Makanan Pada Warung Makan di Tembalang Kota Semarang*. Semarang.
- Cahyaningsih, Chairini Tri, dkk. 2009. *Hubungan Higiene Sanitasi dan Perilaku Penjamah Makanan Dengan Kualitas Bakteriologis Peralatan Makanan Di Warung Makan*. Yogyakarta: Berita Kedokteran Masyarakat.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Buku Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. 1989. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Djaja, IM. 2005. *Faktor yang Mempengaruhi Kontaminasi E.Coli pada Makanan yang Disajikan Tempat Pengelolaan Makanan di Jakarta Selatan*. Medika: Jakarta.
- Djarismawati., Bambang Sukana dan Sugiharti. 2004. *Pengetahuan dan Perilaku Penjamah tentang Sanitasi Pengolah Makanan pada Instalasi Gizi Rumah Sakit di Jakarta*. Jakarta: Puslitbang Ekologi Kesehatan.
- Ginting, Mardan. 2001. *Infeksi Nosokomial dan Manfaat Pelatihan Keterampilan Perawat terhadap Pengendaliannya di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2001*. Medan: Poltekkes Medan.
- Hariyadi, Purwiyatno dan Dewayanti, Ratih. 2009. *Memproduksi Pangan yang Aman*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Iskak R. 2006. *Infeksi Nosokomial dan Staphylococcus Epidermidis*. Republika.
- Jalaluddin. H. 2013. *Filsafat ilmu pengetahuan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Kasuarina, Rusdiana. 2006. *Implementasi Fungsi Manajemen Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang*. Semarang: FKM UNDIP.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI. 2004. *Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta: Menteri Kesehatan RI.
- Krisnamurni, S. 2007. *Keamanan Pangan pada Penyelenggaraan Makanan di Rumah Sakit*. Semarang: Dibawakan pada Pertemuan Ilmiah Nasional Asosiasi Dietisien Indonesia
- Meikawati, Wulandari., Astuti, Rahayu., Susilawati. 2010. *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Petugas Penjamah Makanan Dengan Praktek Higiene Dan Sanitasi Makanan Di Unit Gizi Rsjd Dr. Amino Gondobutomo Semarang*. Vol 6 no 1 Th 2010
- Moehyi, Sjahmien, B.Sc. 1992. *Makanan Institusi dan Jasa Boga*. Jakarta: Bhatara.
- Mukrie, Nursiah A. 1990. *Manajemen pelayanan gizi institusi lanjut*. Jakarta: proyek pengembangan pendidikan tenaga gizi pusat bekerja sama dengan AKZI Departemen Kesehatan RI.

- Nasution. 1999. *Sosiologi Pendidikan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Kesehatan masyarakat dan ilmu seni*. Jakarta: Rineka cipta.
- Pawit M. Yusup. 2012. *Perspektif Manajemen Pengetahuan Informasi, Komunikasi, Pendidikan, dan Perpustakaan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI. 2003. *Persyaratan Higiene Sanitasi Jasa Boga*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- PH. Bartono. 2008. *Pengantar Pengolahan Makanan*. Yogyakarta: PT. Perca.
- Pieter, Herri zan dan Namora Lumongga Lubis. 2010. *Pengantar Psikologi dalam Keperawatan*. Jakarta: Kencana.
- Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2014. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Purawidjaja T. 2005. *Enam Prinsip Dasar dan Ketentuan – Ketentuan yang harus Dilaksanakan dalam Penyediaan Makanan yang Aman Guna Mencegah Terjadinya Keracunan Makanan*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- Purnawijayanti, Hiasinta A. 2001. *Sanitasi hygiene dan keselamatan kerja dalam pengelolaan makanan*. Yogyakarta. Kanisius.
- Purwanto, Heri. 1999. *Pengantar perilaku manusia*. Jakarta; Penerbit buku kedokteran EGC.
- Rauf, Rusdin. 2013. *Sanitasi Pangan dan HACCP*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Saam, Zulfan dan Sri Wahyuni. 2012. *Psikologi Keperawatan*. Jakarta. PT. Rajagrafindo Persada.
- Soares.S Lilian.dkk. 2012. *Knowledge, attitudes and practices in food safety and the presence of coagulase positive staphylococci on hands of food handlers in the schools of Camaçari, Brazil*. Brazil: Elsevier.
- Sugiyono, Lynda Puspita. 2010. *Gambaran Pengetahuan Sikap, Praktik Serta Identifikasi Bakteri Escherchia Coli Dan Staphylococcus Aureus Pada Penjamah Dan Makanan Di PSA (Pelita Sejahtera Abadi)*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Sulistiyani. 2002. *Manajemen Penyebaran Makanan dan Minuman*, Semarang: Lembaga Penelitian.