

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Umum RSUP Prof.Dr.I.G.N.G.Ngoerah Denpasar

RSUP Prof.Dr.I.G.N.G.Ngoerah Denpasar mulai dibangun pada tahun 1956 dan diresmikan pada tanggal 30 Desember 1959 dengan kapasitas 150 tempat tidur. Pada tahun 1962 bekerjasama dengan FK Unud sebagai RS Pendidikan. Pada tahun 1978 menjadi rumah sakit pendidikan tipe B dan sebagai Rumah Sakit Rujukan untuk Bali, NTB, NTT, Timor Timur (SK Menkes RI No.134/1978). Peta RSUP Prof.Dr.I.G.N.G.Ngoerah dapat dilihat pada gambar 3 dibawah ini :



Gambar 3. Lokasi RSUP Prof.Dr.I.G.N.G.Ngoerah Denpasar

RSUP Prof.Dr.I.G.N.G.Ngoerah Denpasar mulai dibangun pada tahun 1956 dan diresmikan pada tanggal 30 Desember 1959 dengan kapasitas 150 tempat tidur. Pada tahun 1962 bekerjasama dengan FK Unud sebagai RS Pendidikan. Pada tahun 1978 menjadi rumah sakit pendidikan tipe B dan sebagai Rumah Sakit Rujukan untuk Bali, NTB, NTT, Timor Timur (SK Menkes RI No.134/1978).

Dalam perkembangannya RSUP Prof.Dr.I.G.N.G.Ngoerah Denpasar mengalami beberapa kali perubahan status, pada tahun 1993 menjadi rumah sakit swadana (SK Menkes No. 1133/Menkes/SK/VI/1994). Kemudian tahun 1997 menjadi Rumah Sakit PNB (Pendapatan Negara Bukan Pajak). Pada tahun 2000 berubah status menjadi Perjan (Perusahaan Jawatan) sesuai peraturan pemerintah tahun 2000. Terakhir pada tahun 2005 berubah menjadi PPK BLU (Kepmenkes RI NO.1243 tahun 2005 tgl 11 Agustus 2005) dan ditetapkan sebagai RS Pendidikan Tipe A sesuai Permenkes 1636 tahun 2005 tertanggal 12 Desember 2005.

Seperti halnya organisasi lain, RSUP Prof.Dr.I.G.N.G.Ngoerah Denpasar juga memiliki visi sebagai arah yang akan dituju, menjadi Rumah Sakit Unggulan dalam bidang Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian tingkat Nasional dan Internasional. Dalam mewujudkan visi tersebut RSUP Prof.Dr.I.G.N.G.Ngoerah Denpasar dalam memberikan pelayanan selalu berusaha dengan segala upaya agar pelayanannya prima sehingga dapat memuaskan masyarakat yang membutuhkan pelayanan. Apalagi RSUP Prof.Dr.I.G.N.G.Ngoerah Denpasar adalah merupakan rumah sakit rujukan utama untuk wilayah Bali, NTB dan NTT.

Selain itu, Prof. Dr. Selain itu, RS I.G.N.G.Ngoerah Denpasar senantiasa menjunjung tinggi pemberdayaan sumber daya yang dimilikinya sehingga dapat menghasilkan keunggulan dalam pendidikan dan penelitian kedokteran, kesehatan, dan keperawatan.

RSUP Prof.Dr.I.G.N.G.Ngoerah juga mempunyai jenis pelayanan kesehatan, meliputi pelayanan jangka pendek dengan 17 poliklinik, pelayanan lanjutan yang terdiri dari 735 tempat tidur dan beberapa jenis fasilitas penunjang kesehatan,

yaitu fasilitas pemeliharaan kantor klinik, kamar jenazah, unit CSSD, unit Pengikatan Darah (PMI), Pakaian dan Administrasi Pangan. Instalasi Gizi merupakan layanan penunjang di RSUP Prof.Dr.I.G.N.G.Ngoerah.

Instalasi gizi menyediakan berbagai bentuk bantuan dengan mengatur makanan rumah sakit, pelayanan makanan jangka panjang dan pelayanan makanan jangka pendek. Instalasi gizi diketuai oleh kepala instalasi gizi dengan jumlah karyawan 209 orang, dengan beberapa keahlian profesional dan tingkat pendidikan.

Penyelenggaraan makanan yang diterapkan di RSUP Prof.Dr.I.G.N.G.Ngoerah bertujuan untuk penyediaan makanan yang berkualitas yang disesuaikan dengan kebutuhan gizi, biaya, aman serta bisa diterima oleh para konsumen agar dapat memenuhi status gizi optimal. Standar makanan yang diberikan yaitu berupa standar makanan umum dan khusus. Standar makanan umum meliputi makanan biasa, lunak, saring, serta cair (cair jernih, cair penuh, dan cair kental). Sedangkan standar makanan khusus yang diselenggarakan yaitu makanan-makanan dengan diet khusus yang telah disesuaikan kebutuhan dan diagnosis pada pasien, contohnya yaitu diet ETPT (Energi Tinggi Protein Tinggi), diet Energi Rendah, Garam Rendah, Serat Tinggi, Serat Rendah, Diet pada Tindakan Bedah, luka bakar, komplikasi kehamilan, dan lain sebagainya.

2. Karakteristik Sampel

Berdasarkan analisis diperoleh kriteria sampel penelitian sebagai berikut :

Sampel dalam penelitian ini berjumlah 22 orang, sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 16 orang (72,7%). Sampel dengan kelompok umur 1-5 tahun berjumlah 8 orang (35,4%), umur 6-10 tahun berjumlah 5 orang

(22,7%), umur 11-15 tahun berjumlah 7 orang (31,8%) dan sampel dengan umur >15 tahun berjumlah 2 orang (9,1%).

Tabel 1.
Sebaran Karakteristik Sampel

| Jenis Kelamin | n | % |
|---------------|----|-------|
| Laki-laki | 6 | 27,3 |
| Perempuan | 16 | 72,7 |
| Total | 22 | 100,0 |
| Umur | n | % |
| 1-5 | 8 | 35,4 |
| 6-10 | 5 | 22,7 |
| 11-15 | 7 | 31,8 |
| >15 | 2 | 9,1 |
| Total | 22 | 100,0 |

Hasil analisis menunjukkan sebagian besar sampel memiliki status gizi baik yaitu sebanyak 14 orang (63,6%). Hasil penelitian ini menunjukkan hasil yang sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan di RSUP Sanglah oleh Artawan, dkk (2016) diperoleh bahwa status gizi bayi yang terkena pneumonia memiliki status gizi dan rezeki yang lebih baik yaitu 56,1% dibandingkan dengan status gizi kurang 43,9%. Berdasarkan hasil analisis status gizi, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 2.
Sebaran Status Gizi Sampel

| Status Gizi | n | % |
|-------------|----|-------|
| Baik | 14 | 63,6 |
| Kurang | 8 | 36,4 |
| Total | 22 | 100.0 |

Hasil pengamatan status gizi dengan menggunakan strong kids diperoleh hasil bahwa delapan orang memiliki hasil strong kids 2 dan 3 yang memiliki arti resiko sedang sedangkan 14 orang memiliki nilai strong kids yang berarti resiko ringan terhadap malnutrisi.

Tabel 3.
Sebaran Status Gizi Sampel Berdasarkan Strong Kids

| Kriteria Strong Kids | n | % |
|----------------------|----|------|
| Resiko ringan | 14 | 63,6 |
| Resiko sedang | 8 | 36,4 |
| Resiko berat | 0 | 0 |
| Total | 22 | 100 |

1. Hubungan Sisa Makan dengan Lama Rawat

Hasil analisa menunjukkan sampel yang dirawat dengan lama rawat inap 1-3 hari mempunyai sisa makan baik (yaitu <80%) sebanyak 2 orang (9,1%), dan yang mempunyai sisa makan kurang (yaitu 80-100%) sebanyak 1 orang (4,5%). Sampel yang dirawat dengan lama rawat inap 4-6 hari, mempunyai sisa makan baik (yaitu

<80%) sebanyak 7 orang (31,8 %) dan yang mempunyai sisa makan kurang (yaitu 80-100%) sebanyak 5 orang (22,7%). Dan sampel yang dirawat dengan lama rawat inap >6 hari mempunyai sisa makan baik (yaitu <80%) sebanyak 5 orang (22,7%) dan yang mempunyai sisa makan kurang (yaitu 80-100%) sebanyak 2 orang (9,1%). Berdasarkan analisis didapatkan hasil sisa makan yaitu tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan lama hari rawat inap dengan nilai *p value* 0,843.

Tabel 2.

Sebaran Sisa Makan dengan Lama Rawat Inap

| Sisa Makan | Lama Hari Rawat | | | | | | Total | | <i>P</i> <i>value</i> |
|---------------|-----------------|------|----------|------|---------|------|-------|-------|--------------------------|
| | 1-3 hari | | 4-6 hari | | >6 hari | | n | % | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Baik | 2 | 9,1 | 7 | 31,8 | 5 | 22,7 | 14 | 63,63 | 0.843 |
| Kurang | 1 | 4,5 | 5 | 22,7 | 2 | 9,1 | 8 | 36,36 | |
| Jumlah | 3 | 13,6 | 12 | 54,5 | 7 | 31,8 | 22 | 100 | |

2. Sebaran Status Gizi dengan Lama Rawat

Dari hasil analisis dapat dilihat bahwa, sampel yang dirawat dengan lama rawat inap 1-3 hari seluruhnya memiliki status gizi baik yaitu 3 orang (13,6%), sedangkan sampel yang dirawat dengan lama rawat inap 4-6 hari sebagian besar memiliki status gizi baik yaitu sebanyak 11 orang (50%) dan status gizi kurang 1 orang (4,54%). Untuk sampel yang dirawat dengan lama rawat inap > 6 hari keseluruhannya memiliki status gizi kurang yaitu sebanyak 7 orang (31,81 %) Berdasarkan analisis didapatkan hasil yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara status gizi dengan lama hari rawat inap dengan nilai *p value* 0,00.

Tabel 5.**Hubungan Status Gizi dengan Lama Rawat**

| Status Gizi | Lama Hari Rawat | | | | | | Total | | <i>P</i> <i>value</i> |
|----------------|-----------------|------|----------|-------|---------|-------|-------|-------|--------------------------|
| | 1-3 hari | | 4-6 hari | | >6 hari | | n | % | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Baik | 3 | 13,6 | 11 | 50,0 | 0 | 0 | 14 | 63,63 | 0.000 |
| Kurang | 0 | 0 | 1 | 4,54 | 7 | 31,81 | 8 | 36,36 | |
| Jumlah | 3 | 13,6 | 12 | 54,54 | 7 | 31,81 | 22 | 100 | |

B. Pembahasan

Jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Beberapa penelitian telah menemukan berbagai penyakit pernapasan yang dipengaruhi oleh perbedaan nyata dalam sistem kehidupan pernapasan pada pria dan wanita muda. Sebagai aturan umum, dalam ukuran tertentu, pernapasan pria muda lebih sederhana daripada wanita. Hal ini dapat menyebabkan kambuhnya penyakit pernapasan. Berbanding terbalik dengan hasil penelitian ini, dimana jenis kelamin perempuan yang lebih banyak dirawat inap dengan diagnosa pneumonia. Hasil penelitian yang dilakukan Nurnajiah, dkk (2014) diketahui bahwa jenis kelamin anak paling kecil yang mengalami pneumonia adalah wanita sebesar 53,3%. Hasil pemeriksaan yang berbeda ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang mempengaruhi kekebalan selain orientasi, yaitu kualitas keturunan tertentu, rezeki, usia, dan keadaan ekologis.

Masa muda adalah anak-anak yang berumur 0-8 tahun. Sementara gagasan pemuda adalah orang yang luar biasa di mana ia memiliki contoh

perkembangan dan peningkatan dalam sudut pandang fisik, mental, sosio-mendalam, imajinasi, bahasa dan korespondensi yang didefinisikan dengan baik untuk tahapan yang dilalui anak itu. Masa muda sering disinggung sebagai “brilliant age” atau usia yang cemerlang. Dalam periode ini merupakan waktu yang rentan bagi hampir semua anak potensial untuk tumbuh dengan cepat dan keras. Perkembangan setiap anak tidak sama karena setiap orang memiliki pergantian peristiwa yang berbeda. Makanan bergizi dan disesuaikan serta perasaan yang meningkat diperlukan untuk perkembangan dan peningkatan ini. Jika anak-anak diberikan kegembiraan yang terkonsentrasi dari keadaan mereka saat ini, anak-anak pasti ingin melakukan tugas-tugas formatif mereka dengan baik.

Agar siklus perkembangan dan perbaikan berjalan secara ideal, seorang remaja harus mendapatkan kepuasan rezeki remaja dari 3 kebutuhan pokok, yaitu: pertama kebutuhan jasmani-alamiah, sebagai syarat rezeki dan peningkatan (gizi, dan sebagainya), serta kerapuhan fisik dan ekologis. Kedua, ada kebutuhan emosional seperti dicintai, merasa aman dan nyaman, dihargai, diperhatikan, dan didengarkan keinginan dan pendapatnya. Kebutuhan ini memainkan peran yang sangat besar dalam kebebasan dan kemampuan untuk memahami orang-orang pada tingkat yang sangat muda. Ketiga yang tidak kalah penting adalah kebutuhan feeling yang meliputi latihan bermain untuk menggerakkan setiap indra, meningkatkan kemampuan mesin halus dan kasar, melatih kemampuan relasional, kemandirian, berpikir dan inventif. Perasaan ini harus diberikan sejak dini karena mempengaruhi keragaman pengetahuan atau wawasan yang berbeda. Penelitian yang dipimpin oleh Maryani, Prawiroharton dan Nugroho (2016) semakin tua usia

anak maka semakin tinggi angka kesehatan puskesmas yang sakit, khususnya 61,8% pada usia > 60 bulan sedangkan pada usia 1-3 bulan cukup 3,6%.

Hasil analisis menunjukkan sebagian besar sampel memiliki status gizi baik yaitu sebanyak 14 orang (63,6%). Hasil penelitian ini menunjukkan hasil yang sesuai dengan hasil eksplorasi Artawan, dkk (2016) yang menunjukkan bahwa status sehat bayi yang terkena pneumonia memiliki status gizi yang lebih baik dan lebih banyak rezeki, khususnya 56,1% dibandingkan dengan status gizi kurang sebesar 43,9%. . Konsekuensi dari penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Nurnajiah, et al (2014) yang menemukan bahwa sebagian besar kasus pneumonia pada anak balita berada pada status gizi baik dan gizi lebih sebesar 53,3% dibandingkan dengan gizi kurang sebesar 46,7%. Penelitian ini memperoleh bahwa mayoritas balita penderita pneumonia dengan gizi baik serta gizi lebih. Penjelasan yang dapat disampaikan yaitu bahwa selain status gizi, ada faktor risiko lain yang dapat menyebabkan pneumonia pada anak kecil, baik yang jelas (BBLR, ASI selektif, vaksinasi campak, lingkungan sehari-hari), logis (kecenderungan merokok wali, kekurangan Zinc). , Pengalaman Asuhan, Komorbiditas), dan dapat dibayangkan (Tingkat Pendidikan Ibu, Kekurangan Vitamin A, Permintaan Kelahiran, Kelengketan Udara, Kontaminasi Udara).

Kajian lain yang dipimpin oleh Khairunnisa (2014) dengan menggunakan uji faktual chi-square menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang besar ($p>0,05$) antara ekstra dan status gizi remaja di Madrasah Aliyah Annajah Petukangan, Jakarta Selatan. Tidak ada hubungan antara asupan energi dan status kesehatan karena konsumsi makanan dalam penelitian ini tidak secara langsung mencerminkan gambaran umum status diet pasang surut karena status sehat

adalah hasil dari konsumsi masa lalu dan penyakit yang tak tertahankan.

Efek yang lebih signifikan dari pemborosan makanan pada pasien adalah kurangnya asupan suplemen, terutama konsumsi energi, asupan energi yang kurang merupakan angka pertaruhan bagi pasien rawat inap yang kelaparan. Penerimaan energi yang tidak mencukupi berisiko kekurangan makanan sehat 3,2 kali lebih tinggi daripada pasien dengan konsumsi energi yang memadai (Iswanto, dkk 2016). Penelitian Kasim (2016) dan Lydiawati (2008) menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat konsumsi energi dan protein dengan lama hari inap ($p > 0,05$ untuk tingkat konsumsi energi), didukung dengan tidak adanya hubungan antara sisa makanan dan lama hari inap dengan diet rendah garam. Kedua penelitian tersebut menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara asupan makanan (energi) dengan lama rawat inap di Rumah Sakit Advent Manado. Hal ini ditunjukkan dengan adanya pasien yang memiliki rawat inap yang baik namun pada saat yang sama memiliki masa rawat inap yang lama di klinik darurat, sehingga tidak menjamin bahwa seseorang yang memiliki rawat inap yang baik akan memiliki masa rawat inap yang pendek dan hal ini dapat dikaitkan dengan penyakit yang dialami pasien.

Berdasarkan penelitian yang dilaksanakan Nurlindayanti et al. (2015) dihubungkan dengan status sehat dan lama rawat inap pada pasien jantung menunjukkan hubungan yang sangat besar, yaitu semakin seseorang memiliki status kesehatan yang baik maka semakin terbatas lama rawat inapnya, dengan uji Chi-square dengan nilai $p = 0,015$ serta $RR = 1,563$, artinya pasien penyakit koroner dengan status gizi buruk memiliki peluang lama rawat inap 1,563 kali lebih lama dibandingkan dengan keadaan pasien penyakit koroner dengan status

gizi baik. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan angka kesehatan yang sakit pada pasien rawat inap akan meningkatkan lama rawat inap dan biaya pengobatan. Selain itu, pasien yang terancam kelaparan memiliki masa rawat inap yang lebih lama daripada orang yang tidak terancam kekurangan makanan sehat. Kondisi pasien telah membaik, tetapi asupan makanan pasien sedikit berubah. Akibatnya, pasien dipulangkan lebih cepat. Selain itu, elemen pengobatan dapat menjadi justifikasi bagi pasien untuk pulang lebih lama atau lebih cepat, dan status gizi mungkin bukan merupakan tanda utama pasien menjalani rawat inap yang lama atau cepat, dan dipengaruhi oleh kondisi pasien, baik kimia alaminya maupun keadaan infeksi yang mulai naik ke tingkat berikutnya.