

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Sisa Makanan**

##### **1. Definisi Sisa Makanan**

Sisa makanan adalah volume atau persentase makanan yang tidak habis termakan dan dibuang sebagai sampah dan dapat digunakan untuk mengukur efektivitas menu (Dewi, 2015). Keberhasilan suatu penyelenggaraan makanan sering dikaitkan dengan adanya sisa makanan. Sisa makanan menunjukkan adanya pemberian makanan yang kurang optimal, sehingga sisa makanan merupakan salah satu indikator sederhana yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan pelayanan gizi rumah sakit (Kemenkes RI, 2013). Volume sisa makanan dapat bervariasi pada masing-masing waktu makan (makan pagi, makan siang, makan malam, dan snack). Hal ini harus diamati ketika memonitor sisa makanan. Hasil pengamatan harus ditunjukkan dalam persentase total makanan yang disajikan (Kemenkes R.I, 2013). Dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, ditetapkan bahwa indikator standar pelayanan gizi tentang standar sisa makanan yang termasuk kategori yang menyisakan makanan dalam kategori banyak yaitu  $> 20\%$  dan kategori sisa makanan sedikit yaitu  $\leq 20\%$  (Kemenkes, 2013).

## **2. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Sisa Makanan**

Faktor yang mempengaruhi sisa makanan dibagi menjadi dua yaitu :

### **a. Faktor Internal**

#### **1) Umur**

Semakin tua umur manusia maka kebutuhan energi dan zat gizi semakin sedikit. Pada usia dewasa zat gizi diperlukan untuk melakukan pekerjaan, penggantian jaringan tubuh yang rusak, meliputi perombakan dan pembentukan sel (AKG 2013) . Pada usia tua atau manula kebutuhan energi dan zat-zat gizi hanya digunakan untuk pemeliharaan. Asupan makan juga tergantung dari cita rasa yang ditimbulkan oleh makanan yang meliputi bau, rasa dan rangsangan mulut. Menurunnya kemampuan dalam merasakan citarasa ini akan mengganggu selera makan sehingga dapat mempengaruhi rendahnya asupan makan seseorang dan menimbulkan makanan yang tersisa (Dewi, 2015).

#### **2) Jenis Kelamin**

Jenis kelamin dapat mempengaruhi terjadinya sisa makanan. Hal ini terjadi karena ada perbedaan energi antara laki-laki dan perempuan yaitu kalori basal perempuan lebih rendah sekita 5-10% dari kebutuhan kalori laki-laki. Perbedaan ini terlihat pada susunan tubuh dan aktivitas laki-laki lebih banyak menggunakan kerja otot daripada perempuan (Umami, 2017). Hal ini dikarenakan AKG (Angka Kecukupan Gizi) pada perempuan lebih sedikit dibandingkan dengan laki-laki sehingga kemampuan menghabiskan makanan sedikit dibandingkan dengan laki-laki.

### 3) Keadaan Fisik

Keadaan fisik adalah suatu keadaan pasien apakah pasien sadar atau dalam keadaan lemah. Keadaan fisik pasien menentukan jenis diet apa yang akan diberikan. Pasien dengan gejala kurang nafsu makan memungkinkan tidak berselera makan dengan porsi yang besar. Pemberian makan dengan porsi kecil tapi sering dapat diberikan pada pasien dengan gangguan seperti ini (Moehji, 2010).

### 4) Kebiasaan Makan

Kebiasaan makan menggambarkan kebiasaan makan dan perilaku yang berhubungan dengan makanan seperti tata krama makan, frekuensi makan seseorang, pola makan, kepercayaan tentang makanan (pantangan), distribusi makanan di antara anggota keluarga, penerimaan terhadap makanan (timbulnya suka atau tidak) dan cara pemilihan bahan makanan yang hendak dimakan (Dewi, 2015).

## b. Faktor Eksternal

### 1) Mutu Makanan Rumah Sakit

Faktor mutu makanan adalah salah satu faktor eksternal penyebab terjadinya sisa makanan. Menurut (Moehji, 2010), cita rasa makanan dapat dilihat dari 2 aspek yaitu penampilan dan rasa makanan. Cita rasa yang tinggi adalah makanan yang disajikan dengan menarik, menyebabkan bau yang sedap dan memberikan rasa yang lezat. Cita rasa mampu mempengaruhi selera makan pasien untuk makan. Ketika selera makan pasien baik, maka asupan makan pasien ikut baik (Moehji, 2010). Maka hal ini dapat mengurangi terjadinya sisa makanan pasien. Faktor yang mempengaruhi penampilan makanan waktu disajikan adalah warna

makanan, bentuk makanan yang disajikan, porsi makanan, dan penyajian makanan (Moehji, 2010).

a) Warna Makanan

Warna makanan memegang peran utama dalam penampilan makanan, karena bila warnanya tidak menarik akan mengurangi selera orang yang memakannya. Kadang untuk mendapatkan warna yang diinginkan digunakan zat pewarna yang berasal dari berbagai bahan alami dan buatan (Moehji, 2010).

b) Bentuk makanan yang disajikan

Agar makanan menjadi lebih menarik biasanya disajikan dalam bentuk-bentuk tertentu. Bentuk makanan yang menarik akan memberikan daya tarik tersendiri bagi setiap makanan yang disajikan (Moehji, 2010). Beberapa macam bentuk makanan yang disajikan seperti :

- 1) Bentuk yang sesuai dengan bentuk asli bahan makanan, seperti ikan yang sering disajikan lengkap dengan bentuk aslinya.
- 2) Bentuk yang menyerupai bentuk asli, tetapi bukan bahan makanan yang utuh seperti ayam kodok yang dibuat menyerupai ayam.
- 3) Bentuk yang diperoleh dengan cara memotong bahan makanan dengan teknik tertentu atau mengiris bahan makanan dengan cara tertentu
- 4) Bentuk yang disajikan khusus seperti bentuk nasi tumpeng atau bentuk lainnya yang khas.

c) Porsi makanan

Porsi makanan adalah banyaknya makanan yang disajikan sesuai kebutuhan setiap individu berbeda sesuai dengan kebiasaan makan. Porsi makanan yang

terlalu besar atau terlalu kecil dapat mempengaruhi penampilan makanan. Pentingnya porsi makanan tidak hanya berkaitan dengan penerimaan dan perhitungan bahan makanan tetapi juga berkaitan erat dengan penampilan makanan waktu disajikan dan kebutuhan gizi (Madjid, 1998 dalam Hartatik 2004))

d) Penyajian makanan

Tahap akhir dari sistem penyelenggaraan makanan institusi adalah penyajian atau distribusi makanan untuk dikonsumsi (Dewi, 2015). Penyajian atau pendistribusian makanan adalah serangkaian kegiatan penyaluran makanan yang sesuai dengan jumlah porsi dan jenis makanan konsumen yang dilayani. Menurut Purnita (2016) ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penyajian makanan yaitu :

- 1) Pemilihan alat yang digunakan untuk menyajikan makanan, seperti piring mangkuk atau tempat penyajian makanan khusus lain. Alat yang digunakan harus sesuai dengan volume makanan yang disajikan.
- 2) Cara menyusun makanan dalam tempat penyajian makanan.
- 3) Penghiasan hidangan, memilih hiasan untuk hidangan agar lebih menarik memerlukan keahlian dan seni tersendiri.

e) Rasa makanan

Mengkombinasikan berbagai rasa sangat diperlukan dalam menciptakan keunikan sebuah menu. Rasa makanan adalah rasa yang ditimbulkan dari makanan yang disajikan dan merupakan faktor kedua yang menentukan cita rasa makanan setelah penampilan makanan itu sendiri (Moehji, 2010).

f) Jadwal atau Ketepatan Waktu

Penyajian Waktu makan adalah waktu dimana orang lazim makan setiap hari. Manusia secara alamiah akan merasa lapar setelah 3-4 jam makan, sehingga setelah waktu tersebut sudah harus mendapat makanan, baik dalam bentuk makanan ringan atau berat. Makanan di rumah sakit harus tepat waktu, tepat diet, dan tepat jumlah. Waktu pembagian makanan yang tepat dengan jam makan pasien serta jarak waktu makan yang sesuai, turut berpengaruh terhadap timbulnya sisa makanan (Umami, 2017).

Makanan di rumah sakit harus tepat waktu, tepat diet dan tepat jumlah khususnya untuk penderita Diabetes Mellitus. Waktu yang paling rawan dan harus dimonitor ketepatannya adalah waktu makan pagi, hal ini disebabkan karena waktu makan malam dan makan pagi jarak waktunya terlalu panjang. Jadwal makanan pada penderita Diabetes Mellitus harus diikuti interval tiga jam dengan rincian tiga kali makanan utama dan 3 kali selingan. Interval waktu diantara jam makan dengan mengkonsumsi selingan (jika diperlukan), akan membantu mencegah reaksi hipoglikemia dan pengendalian keseluruhan kadar glukosa darah (Yohana Carolina dkk, 2016).

### **3. Metode - Metode Pengukuran Sisa Makanan**

Ada beberapa metode pengukuran sisa makanan sebagai berikut :

a. Metode Penimbangan Sisa Makanan (*Food Weighing*)

Pada metode ini, petugas atau responden menimbang dan mencatat seluruh makanan yang dikonsumsi oleh responden selama satu hari. Lama waktu penimbangan biasanya berlangsung beberapa hari tergantung tujuan, dana, tenaga, yang tersedia dalam penelitian tersebut (Supariasa dkk, 2002 dalam

Azizah, 2018). Metode ini sangat membantu menetapkan konsumsi makanan secara benar dan tepat. Hal ini disebabkan karena makanan yang mereka makan sudah tahu jenisnya, porsi, ukurannya, mereknya, komposisinya yang semuanya bisa di catat dan di waktu yang banyak, peralatan khusus, kerjasama yang baik dengan responden, dan petugas yang terlatih (Nuryati, 2014). Sisa makanan dapat diketahui dengan menghitung selisih berat makanan yang disajikan dengan berat makanan yang dihabiskan lalu dibagi berat makanan yang disajikan dan diperhatikan dalam persentase dengan rumus sebagai berikut.

$$\text{Sisa makanan (\%)} = \frac{\Sigma \text{makanan yang tersisa (gr)}}{\Sigma \text{berat makanan yang disajikan (gr)}} \times 100\%$$

Sumber : (Kemenkes RI nomor 29, 2008) tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

b. Metode *Food Recall* 24 Jam

Prinsip dari metode *food recall* 24 jam adalah mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam lalu. Hal penting yang perlu diketahui pada *food recall* 24 jam adalah data yang diperoleh cenderung lebih kualitatif. Oleh karena itu, untuk mendapatkan data kuantitatif maka jumlah konsumsi individu ditanyakan secara teliti dengan menggunakan alat ukuran rumah tangga (sendok, gelas, piring, dan lain-lain) atau ukuran lainnya yang biasa digunakan sehari-hari (Supriasa, 2002 dalam Azizah 2018).

c. Metode Taksiran Visual *Comstock* (*Visual Method*)

Salah satu cara yang dikembangkan untuk menilai konsumsi makanan pasien adalah metode taksiran visual *Comstock*. Pada metode ini sisa makanan diukur dengan cara menaksir secara visual banyaknya sisa makanan untuk setiap jenis hidangan. Hasil taksiran ini bisa dinyatakan dalam gram atau dalam bentuk skor

bila menggunakan skala pengukuran (Nuryati, 2014). Metode taksiran visual *Comstock* mempunyai kelebihan dan kekurangan. Kelebihan dari metode visual *Comstock* antara lain : memerlukan waktu yang cepat dan singkat, tidak memerlukan alat yang banyak dan rumit, menghemat biaya, dapat mengetahui sisa makanan menurut jenisnya. Kekurangan dari metode ini antara lain : diperlukan enumerator yang terlatih, teliti, dan terampil, memerlukan kemampuan menaksir dan pengamatan yang cermat, sering terjadi kelebihan dalam menaksir (*over estimate*) atau kekurangan dalam menaksir (*under estimate*). Metode ini efektif tetapi bisa menyebabkan ketidakteelitian (Azizah, 2018).

## **B. Suasana Tempat Perawatan**

Lingkungan yang menyenangkan pada saat makan dapat memberikan dorongan pada pasien untuk menghabiskannya. Suasana yang bersih dan tenang diduga dapat mempengaruhi kenikmatan pasien dalam menyantap makanan yang disajikan. Pada lingkungan rumah sakit sangat memungkinkan terjadi suatu kondisi dimana antara *space* dan suasana lingkungan yang tersedia dengan jenis kebutuhan dan aktivitas yang berlangsung tidak seimbang. Hal ini disebabkan rumah sakit dirancang dengan standar-standar internasional dan cenderung hanya memperhatikan segi fungsi fisik saja. Kondisi lingkungan yang demikian dapat memberikan suatu *stress* kepada pengguna untuk melakukan proses adaptasi secara dinamis. Ada dua elemen dasar yang dapat menyebabkan pengguna bertindak laku tertentu terhadap lingkungannya, yaitu *stressor* dan *stress*. *Stressor* adalah elemen lingkungan seperti kebisingan, suhu, kepadatan, dan suasana yang merangsang manusia. Sedangkan *sterrs* (tekanan atau



ketegangan jiwa) adalah hubungan antara stressor dengan reaksi yang ditimbulkan oleh efek lingkungan dalam diri manusia (Haviza, 2015). Menurut Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (2012), persyaratan Ruang Rawat Inap memiliki luas 7,2 m<sup>2</sup>/tempat tidur, memiliki 6 tempat tidur atau lebih setiap kamar untuk pasien rawat inap kelas III. Lantai harus kuat dan rata, dinding tidak berdebu, tersedianya pencahayaan alami dan/atau pencahayaan buatan, termasuk pencahayaan darurat sesuai dengan fungsinya, ketenangan dalam ruangan pasien terjaga, suhu sejuk, dan ruangan tidak menimbulkan bau yang tidak sedap.

Lingkungan fisik adalah semua keadaan yang terdapat disekitar, seperti suhu udara, kelembaban udara, sirkulasi udara, pencahayaan, kebisingan, getaran mekanis, bau-bauan, warna akan berpengaruh secara signifikan terhadap hasil kerja manusia tersebut (Wingjosoebroto, 2000). Lingkungan fisik meliputi :

1. Penerangan

Pencahayaan di dalam ruang memungkinkan orang yang menempatinnya dapat melihat benda-benda. Tanpa dapat melihat benda-benda dengan jelas maka aktivitas di dalam ruang akan terganggu. Sebaliknya, cahaya yang terlalu terang juga dapat mengganggu penglihatan. Tata pencahayaan dalam ruang rawat inap dapat mempengaruhi kenyamanan pasien selama menjalani rawat inap, disamping juga berpengaruh bagi kelancaran paramedis dalam menjalankan aktivitasnya untuk melayani pasien (Santosa, 2006). Dalam Kepmenkes No 1204 tahun 2004, standar pencahayaan pada rumah sakit intensitas pencahayaan untuk ruang pasien saat tidak tidur sebesar 100-200 lux dengan warna cahaya sedang, sementara pada saat tidur maksimum 50 lux dan toilet minimal 100 lux.

Pencahayaan alam maupun buatan diupayakan agar tidak menimbulkan silau dan intensitasnya sesuai dengan peruntukannya. Menurut Zulmiar (1999), pencahayaan buatan umumnya menggunakan energi listrik yang disebut juga penerangan listrik. Pencahayaan buatan harus memiliki syarat sebagai berikut :

- a. Penerangan listrik harus sesuai dengan pekerjaan yang dilaksanakan oleh tenaga kerja dengan intensitas yang cukup.
- b. Penerangan listrik tidak boleh menimbulkan perubahan suhu udara yang berlebihan pada tempat kerja.
- c. Penerangan listrik harus memberikan penerangan dengan intensitas yang tepat, menyebar merata tidak berkedip, tidak menyilaukan dan tidak menimbulkan bayangan yang mengganggu.

Dalam kaitannya dengan masalah penerangan, berarti standar penerangan yang dapat digunakan sebagai tolak ukur pada ruang rawat inap ini adalah standar pencahayaan orang pada umumnya, dimana standar untuk orang yang sakit dianggap tidak berbeda dengan standar untuk orang yang sehat.

## 2. Kebisingan

Salah satu bentuk polusi adalah kebisingan (*noise*) yang tidak dikehendaki oleh telinga kita. Kebisingan tidak dikehendaki karena dalam 10 jangka panjang dapat mengganggu ketenangan. Ada 3 aspek yang menentukan kualitas bunyi yang dapat menentukan tingkat gangguan terhadap manusia, yaitu :

- a. Lama bunyi itu terdengar. Bila terlalu lama dapat menyebabkan ketulian (*deafness*).

- b. Intensitas biasanya diukur dengan satuan desibel (dB), menunjukkan besarnya arus energi per satuan luas.
- c. Frekuensi suara (Hz), menunjukkan jumlah gelombang suara yang sampai ke telinga kita per detiknya.

Pengaruh utama bising terhadap kesehatan berupa kerusakan pada indera pendengaran. Dampak gangguan terhadap alat pendengaran tersebut dampak auditorial. Adapun dampak yang lain adalah dampak yang bersifat non auditorial. Contoh dari dampak non auditorial adalah mengganggu komunikasi, gangguan tidur, gangguan perilaku, gangguan fisiologis antara lain sakit kepala, mual dan berdebar (Suma'mur, 1996).

Nilai Ambang Batas (NAB) adalah batas maksimal tingkat kebisingan yang diperbolehkan dibuang ke lingkungan RS atau kegiatan sehingga tidak menimbulkan gangguan kesehatan manusia dan kenyamanan lingkungan (KepMenKes No.1204/ MenKes/SK/X/2004). Dalam peraturan ini pengertian bising sendiri adalah bunyi yang kehadirannya mengganggu pendengaran. Standar kebisingan yang diperkenankan di ruang perawatan pasien pada saat tidur adalah 40 dBA, sedangkan pada saat tidak tidur adalah 45 dBA.

### 3. Suhu Udara

Tubuh manusia akan selalu berusaha mempertahankan kondisi normal sistem tubuh dengan menyesuaikan diri terhadap perubahan - perubahan yang terjadi di luar tubuh. Tubuh manusia bisa menyesuaikan diri karena kemampuannya untuk melakukan proses konveksi, radiasi dan penguapan jika terjadi kekurangan atau kelebihan panas yang membebaninya. Dari hasil penyelidikan didapatkan bahwa

produktivitas manusia akan mencapai tingkat yang paling tinggi pada temperatur sekitar 22-24 derajat\ Celcius (Wignjosoebroto,2000).

Kebanyakan orang tidak menyadari tentang kondisi suasana nyaman di dalam ruangan. Hanya bila kondisi itu menyimpang dari batas kenyamanan, orang akan mengalami ketidaknyamanan. Perasaan tidak nyaman dapat bervariasi dari mengganggu sampai pada kesakitan, bergantung pada derajat gangguan dari pengatur suhu. Terlalu panas dapat menimbulkan perasaan capai dan kantuk, sedangkan terlalu dingin membuahakan ketidaktegangan dan mengurangi daya atensi. Apabila masalah kenyamanan suhu ini dihadapkan pada berbagai suhu yang berbeda di dalam kamar maka akan dapat ditemukan rentang suhu yang ekonomis seimbang. Rentang itu dinamakan Zona Pengaturan Vasomotor (*Zone of Vaso-motor Regulation*), karena kekurangan panas akan dijaga dengan jalan mengatur distribusi darah. Rentang suhu antara 22-24°C (untuk negara tropis) dinamakan Zona Nyaman (*Com-fort Zone*). Selanjutnya jika suhu naik sampai melewati batas nyaman, akan terjadi kelebihan panas dan panas itu akan memanasi bagian pinggiran dari badan. Keringat akan keluar untuk mencegah naiknya suhu inti, dan rentang itu disebut Zona Uapan pengendali (*Zone of Evaporation Con-trole*). Batas atas dari zona ini merupakan nilai batas dari toleransi panas, dan diatas batas ini suhu inti akan naik yang dapat mengakibatkan kematian pada waktu yang pendek saja dikarenakan Sambar Panas (*Heat Stroke*). Sementara suhu di bawah Zona Pengaturan Vasomotor mengakibatkan kekurangan panas, hilang panas yang lebih banyak daripada laju produksi panas oleh badan. Rentang suhu ini disebut Zona Pendinginan (*Cooling Zone*). Pada mulanya hilang panas hanya akan mempengaruhi pinggiran badan yang dapat

bertoleransi dengan kekurangan panas untuk sementara. Akan tetapi kalau hilang panas atau pendinginan itu terus berlanjut maka kematian akan terjadi karena pembekuan (Sastrowinoto , 1985).

### **C. Lama Hari Rawat Inap**

#### **1. Definisi Lama Hari Rawat**

Lama rawat atau Lama Hari Rawat atau *Length of Stay* (LOS) adalah suatu ukuran berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada suatu periode perawatan. Satuan untuk lama rawat adalah hari, sedangkan cara menghitung lama rawat adalah dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (keluar dari rumah sakit, baik hidup ataupun meninggal) dengan tanggal masuk rumah sakit. Umumnya data tersebut tercantum dalam formulir ringkasan masuk dan keluar di Rekam Medik (Lubis & Susilawati, 2017). Dalam hal ini, untuk pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama, lama rawatnya dihitung sebagai 1 hari. Angka rerata lama rawat ini dikenal dengan istilah *average Length of Stay* (aLOS). Mengukur rata-rata lama hari rawat yaitu membagi jumlah hari perawatan pasien rawat inap (hidup dan mati) di rumah sakit pada periode tertentu dengan jumlah pasien rawat inap yang keluar (hidup dan mati) di rumah sakit pada periode waktu yang sama. Lama hari rawat merupakan salah satu unsur atau aspek asuhan dan pelayanan di rumah sakit yang dapat dinilai atau diukur. Bila seseorang dirawat di rumah sakit, maka yang diharapkan tentunya ada perubahan akan derajat kesehatannya. Bila yang diharapkan baik oleh tenaga medis maupun oleh penderita itu sudah tercapai maka tentunya tidak ada seorang pun yang ingin berlama-lama di rumah sakit. Lama hari rawat secara signifikan berkurang sejak adanya pengetahuan tentang hal-hal yang berkaitan dengan diagnosa yang

tepat. Untuk menentukan apakah penurunan lama hari rawat itu meningkatkan efisiensi atau perawatan yang tidak tepat, dibutuhkan pemeriksaan lebih lanjut berhubungan dengan keparahan atas penyakit dan hasil dari perawatan (Indradi, 2007).

Dalam penghitungan statistik pelayanan rawat inap di rumah sakit dikenal istilah yang lama dirawat (LD) yang memiliki karakteristik cara pencatatan, penghitungan, dan penggunaan yang berbeda. LD menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada satu episode perawatan. Satuan untuk LD adalah hari. Cara menghitung LD yaitu dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (keluar dari rumah sakit, hidup maupun mati) dengan tanggal masuk rumah sakit. Dalam hal ini, untuk pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama – lama dirawatnya dihitung sebagai 1 hari dan pasien yang belum pulang atau keluar belum bisa dihitung lama dirawatnya (Fema S., 2009).

Beberapa faktor baik yang berhubungan dengan keadaan klinis pasien, tindakan medis, pengelolaan pasien di ruangan maupun masalah administrasi rumah sakit bisa mempengaruhi terjadinya penundaan pulang pasien. Ini akan mempengaruhi LOS. Kasus yang akut dan kronis akan memerlukan lama hari rawat yang berbeda, dimana kasus yang kronis akan memerlukan lama hari rawat lebih lama dari pada kasus-kasus yang bersifat akut. Demikian juga penyakit yang tunggal pada satu penderita akan mempunyai lama hari rawat lebih pendek dari pada penyakit ganda pada satu penderita (Krzysztof, 2011).

Lama rawat (*Length of Stay/LOS*) adalah salah satu indikator dalam menilai mutu dan efisien dari rumah sakit (Tedja, 2011). Cara menghitung jumlah pasien rawat inap yang keluar rumah sakit (hidup atau mati) dalam periode tertentu

diperlukan catatan setiap hari pasien yang keluar rumah sakit (hidup atau mati) dari tiap-tiap ruang rawat inap dan jumlah lama perawatan dari pasien-pasien tersebut. Sehingga diperoleh catatan perhitungan jumlah pasien rawat inap yang keluar dari rumah sakit (hidup atau mati) dan jumlah total hari rawatnya.

## **2. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Lama Hari Rawat**

Terdapat beberapa factor yang memengaruhi lama hari rawat seseorang. Faktor tersebut terdiri dari factor internal dan factor eksternal. Faktor internal yang dimaksud dalam hal ini yaitu faktor-faktor yang berasal atau ada dalam rumah sakit. Sedangkan faktor eksternal adalah faktor yang ada atau berasal dari luar rumah sakit, dengan kata lain faktor yang berhubungan dengan pasien.

Faktor- faktor internal yang berpengaruh antara lain :

### **a. Jenis dan Derajat Penyakit**

Penyakit yang akut dan kronis akan memerlukan lama hari rawat yang berbeda, dimana kasus yang kronis akan memerlukan lama hari rawat lebih lama daripada penyakit yang bersifat akut (Wahyuni, 2011).

### **b. Tenaga Medis Yang Menangani**

Perbedaan keterampilan dan memutuskan melakukan suatu tindakan antar dokter yang berbeda akan mempengaruhi lama hari rawat pasien. Selain itu, jumlah tenaga dokter maupun perawat juga berperan penting dalam menangani pasien (Wahyuni, 2011).

### **c. Tindakan Yang Dilakukan**

Tindakan dokter termasuk pemeriksaan penunjang rumah sakit berpengaruh terhadap lama hari rawat. Pasien yang memerlukan tindakan operasi akan

memerlukan persiapan dan pemulihan lebih lama dibanding pasien dengan prosedur standar (Wahyuni, 2011).

#### d. Administrasi Rumah Sakit

Dari sisi administrasi rumah sakit, prosedur penerimaan dan pemulangan pasien dapat menjadi hambatan yang menyebabkan lambatnya kepulangan pasien dari rumah sakit. Sebagai contoh, pasien yang masuk rumah sakit hari Sabtu dan Minggu akan memperpanjang lama hari rawatnya. Hal ini dikarenakan pemeriksaan dokter dan pemeriksaan penunjang lain mungkin akan diundur sampai hari kerja. Pasien masuk rumah sakit saat pergantian jaga atau di luar jam kerja rumah sakit, dan berbagai alasan administrasi lainnya (Wahyuni, 2011).

Sedangkan beberapa factor eksternal yang mempengaruhi lama hari rawat, adalah sebagai berikut:

##### a. Umur Pasien

Umur mempunyai hubungan dengan tingkat keterpaparan, besarnya risiko, dan sifat resistensi tertentu. Dengan bertambahnya usia maka kemampuan sistem kekebalan tubuh seseorang untuk menghancurkan organisme asing juga berkurang. Peningkatan umur berhubungan dengan pengurangan progresif terhadap kemungkinan pulang lebih awal dari rumah sakit baik pada hari ke 14 maupun hari ke 28. Semakin besar umur pasien maka memerlukan lama hari rawat lebih lama (Wahyuni, 2011).

##### b. Pekerjaan Pasien

Walaupun pekerjaan tidak secara langsung mempengaruhi lama hari rawat, tapi mempengaruhi cara pasien dalam membayar biaya perawatan. Pekerjaan akan



menentukan pendapatan dan ada atau tidaknya jaminan kesehatan untuk menanggung biaya perawatan (Wahyuni, 2011).

c. Penanggungjawab Biaya

Adanya kecenderungan pasien yang biaya perawatannya ditanggung oleh perusahaan atau pihak asuransi mempunyai lama rawat yang lebih lama daripada pasien yang menanggung sendiri biayanya. Hal ini dapat disebabkan karena proses penyelesaian administrasi yang memakan waktu dan kondisi sosial ekonomi pasien. Kondisi sosio ekonomi yang rendah dapat mengakibatkan seorang pasien mempercepat lama rawatnya untuk menghindari mengeluarkan banyak biaya atau justru memperlama karena tidak memiliki biaya untuk memenuhi administrasi selama perawatan (Wahyuni, 2011).

d. Alasan Pulang

Pasien akan pulang atau keluar dari rumah sakit apabila telah mendapat persetujuan dari dokter yang merawatnya. Tetapi ada beberapa penderita yang walaupun dinyatakan sembuh dan boleh pulang harus tertunda pulang. Hal tersebut karena masih menunggu pengurusan pembayaran oleh pihak penanggung biaya (perusahaan/ asuransi kesehatan) atau surat keterangan tidak mampu, jamkesmas dari pihak yang berwenang bagi yang kurang mampu. Sehingga lama hari rawat menjadi memanjang. Sedangkan ada pula pasien-pasien yang pulang atas permintaan sendiri/ keluarga (pulang paksa), sehingga lama rawat memendek (Wahyuni, 2011).

e. Kormobiditas (Penyakit Penyerta)

Komorbiditas yaitu terdapatnya 2 atau lebih diagnosis penyakit pada individu yang sama. Komorbiditas yang tinggi pada pasien UGD yang masuk kembali

dalam 72 jam memiliki tingkat penerimaan yang lebih tinggi, prognosis yang lebih buruk, lebih lama tinggal di rumah sakit, dan kematian di rumah sakit yang tinggi (Wahyuni, 2011).

f. Tingkat Kerapuhan Pasien

Tingkat kerapuhan pasien terutama pasien lanjut usia dapat menjadi salah satu petanda awal memanjangnya lama rawat. Pada penelitian sebelumnya, peningkatan skor kerapuhan pada *Edmonton Frail Scale* yang diberikan saat sebelum penerimaan operasi elektif non-kardiak dihubungkan dengan komplikasi post-operasi, peningkatan lama tinggal di rumah sakit dan ketidakmampuan untuk dipulangkan ke rumah, terlepas dari umur. Selain itu juga meningkatkan risiko mortalitas dan memanjangnya perawatan setelah operasi jantung (Wahyuni, 2011).

**D. Hubungan antara Suasana Tempat Perawatan Dengan Sisa Makanan**

Lingkungan yang menyenangkan pada saat makan dapat memberikan dorongan pada pasien untuk menghabiskan makanannya. Suasana yang bersih dan tenang dapat mempengaruhi kenikmatan pasien dalam menyantap makanan yang disajikan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Puspita dkk (2017) tentang Hubungan Keadaan Psikis, Mutu Makanan Dan Lingkungan Tempat Perawatan Dengan Sisa Makanan Di Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang menyatakan lingkungan tempat perawatan kurang baik yang menyisakan makanan paling banyak sebanyak 25 responden (69.4%) dengan nilai *p value* 0.000. Dilihat dari banyaknya responden yang memberikan penilaian kurang baik terhadap suasana lingkungan. Sebagian besar responden pada penelitian ini merupakan kelas III yang dalam satu ruangan terdiri dari 8 bed.

Oleh karena itu kenyamanan suasana lingkungan di sekitar ruang perawatan juga berpengaruh besar terhadap selera pasien dalam mengkonsumsi makanan.

Hasil Penelitian yang dilakukan oleh Haviza Putri (2015) tentang Hubungan Persepsi Pasien Tentang Citarasa Makanan Dan Suasana Lingkungan Ruang Perawatan Dengan Terjadinya Sisa Makanan Lunak Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Kelas III RSUD Pariaman bahwa terdapat hubungan antara persepsi pasien tentang citarasa makanan dan suasana lingkungan perawatan dengan terjadinya sisa makanan lunak di RSUD Pariaman.

#### **E. Hubungan antara Lama Hari Rawat dengan Sisa Makanan**

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fatma, et al (2017) menunjukkan adanya hubungan antara lama hari rawat dengan sisa makanan responden dengan kekuatan hubungan yaitu sedang, hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa subjek yang memiliki lama perawatan yang lebih lama akan menyisakan makanan lebih banyak dari pada subjek yang perawatannya tidak lama dan waktu perawatan yang cukup lama di rumah sakit juga dapat menimbulkan rasa bosan. Responden yang lama cenderung hafal dengan menu makanan, jenis masakan, rasa, sehingga jika dalam pengolahan makanan kurang bervariasi dapat menimbulkan rasa bosan, akibatnya nafsu makan responden akan berkurang dan makanan yang disajikan tidak dihabiskan serta responden yang menjalani rawat inap dalam waktu yang cukup lama seringkali tidak menghabiskan makanan yang disajikan oleh rumah sakit.