

LITERATUR REVIEW

**HUBUNGAN DAYA TERIMA DENGAN BIAYA SISA MAKAN
DAN LAMA RAWAT PASIEN HIPERTENSI**



Oleh :

I Dewa Gede Agung Satriya Utama
NIM: P0713122078

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES DENPASAR
PROGRAM STUDI GIZI DAN DIETETIKA
PROGRAM SARJANA TERAPAN
DENPASAR
2021**

**HUBUNGAN DAYA TERIMA DENGAN BIAYA SISA MAKAN
DAN LAMA RAWAT PASIEN HIPERTENSI**

**Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Program Studi Gizi dan Dietetika Program
Sarjana Terapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar**

Oleh:


I Dewa Gede Agung Satriya Utama
NIM: P0713122078

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES DENPASAR
PROGRAM STUDI GIZI DAN DIETETIKA
PROGRAM SARJANA TERAPAN
2021**

HUBUNGAN DAYA TERIMA DENGAN BIAYA SISA MAKAN DAN LAMA RAWAT PASIEN HIPERTENSI

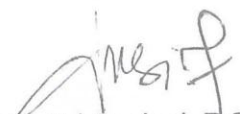
TELAH MENDAPATKAN PERSETUJUAN

Pembimbing Utama



Dr. I Putu Sui Raoka, S.ST., M.Kes
NIP. 197301241995031001

Pembimbing Pendamping



Pande Putu Sri Sugiani, DCN, M.Kes
NIP. 196412271989032002

Mengetahui
Ketua Jurusan Gizi

~~Poltekkes~~ Kesehatan Kemenkes Denpasar






Dr. Ni Komang Wiardani, SST, M.Kes
NIP. 196703161990032002

HUBUNGAN DAYA TERIMA DENGAN BIAYA SISA MAKAN DAN LAMA RAWAT PASIEN HIPERTENSI


TELAH DIUJI DI HADAPAN TIM PENGUJI

PADA HARI : Senin
TANGGAL : 5 Juli 2021

TIM PENGUJI:

1. Dr. Ni Nengah Ariati, SST., M.Erg (Ketua) 
2. G.A. Dewi Kusumayanti, DCN., M.Kes (Anggota I) 
3. Dr. I Putu Suiraoaka, S.ST., M.Kes (Anggota II) 

Mengetahui
Ketua Jurusan Gizi

Departemen Kesehatan Kemenkes Denpasar, 



Dr. Ni Komang Wiardani, SST., M.Kes.
NIP. 196703161990032002

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : I Dewa Gede Agung Satriya Utama
NIM : P07131217028
Program Studi : Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika
Jurusan : Gizi
Tahun Akademik : 2021
Alamat : Jln Astina Timur No. 10, Samplangan, Gianyar-Bali.

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Skripsi dengan judul “Hubungan Daya Terima Dengan Biaya Sisa Makan Dan Lama Rawat Pasien Hipertensi” adalah benar **karya sendiri atau bukan plagiat hasil karya orang lain**.
2. Apabila dikemudia hari terbukti bahwa Skripsi ini **bukan** karya saya sendiri atau plagiat hasil karya orang lain, maka saya sendiri bersedia menerima sanksi sesua Peraturan Mendiknas RI No.17 Tahun 2010 dan ketentuan perundang-undangan yang berlaku

Demikian saat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Denpasar, 5 juli 2021

Yang membuat pernyataan



I Dewa Gede Agung Satriya Utama

NIM. P07131217028

ABSTRAK

HUBUNGAN DAYA TERIMA DENGAN BIAYA SISA MAKAN DAN LAMA RAWAT PASIEN HIPERTENSI

Hipertensi adalah keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah sistol lebih dari 140 mmHg dan diastol lebih dari 90 mmHg. Hipertensi merupakan faktor risiko utama yang mengarah kepada penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, gagal jantung, stroke serta penyakit ginjal. Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya hipertensi, salah satunya yaitu asupan natrium dan lemak. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk hubungan daya terima dengan biaya sisa makan dan lama rawat pasien hipertensi. Penelitian ini merupakan penelitian kajian pustaka (*literature review*) pada bulan Juni 2021 dengan metode penelitian kualitatif. Subyek pada penelitian ini adalah pasien hipertensi. Hasil kajian pustaka ditemukan 3 jurnal menyatakan bahwa ada pengaruh suhu makanan terhadap daya terima makanan. Daya terima makanan dapat diukur dengan melihat sisa makanan, semakin tinggi waste atau sisa makanan maka daya terima makan pasien tersebut rendah, Sisa makanan menyebabkan adanya biaya yang hilang secara sia-sia dan akan berdampak terhadap anggaran yang digunakan untuk pengadaan bahan makanan. dan ada hubungan antara lama hari rawat dengan antrian masuk rumah sakit pada pasien.

Kata kunci : Daya terima, biaya sisa makanan , lama rawat

ABSTRACT

RELATIONSHIP OF ACCEPTANCE WITH THE COST OF FOOD RESIDUALS AND THE LONG OF TREATMENT OF HYPERTENSION PATIENTS

Hypertension is a condition where there is an increase in systolic blood pressure of more than 140 mmHg and diastolic more than 90 mmHg. Hypertension is a major risk factor that leads to cardiovascular diseases such as heart attack, heart failure, stroke, and kidney disease. Many factors cause hypertension, one of which is sodium and fat intake. The purpose of this study was to determine the relationship between acceptability and the cost of leftover meals and length of stay for hypertensive patients. This research is a literature review research in June 2021 with qualitative research methods. The subjects in this study were hypertensive patients. The results of a literature review of 3 journals stated that there was an effect of food temperature on the acceptability of food. The acceptability of food can be measured by looking at leftover food, increased height or food waste, the patient's food acceptance is low. Food waste causes no costs to be lost in vain and will have an impact on the budget used for food procurement. and there is a relationship between the length of the day of stay with the queue for admission to the hospital in patients.

Keywords: Acceptance, cost of leftovers, length of stay

RINGKASAN PENELUSURAN PUSTAKA

HUBUNGAN DAYA TERIMA DENGAN BIAYA SISA MAKAN DAN LAMA RAWAT PASIEN HIPERTENSI

Oleh: I Dewa Gede Agung Satriya Utama (P0713122078)

Daya terima dilihat dari sisa makanan yang banyak, mengakibatkan pembengkakan biaya makan pada pasien. Rata-rata biaya sisa makanan dari rata-rata sisa makanan terbesar ada pada pasien dengan status akut pada ruang perawatan UPI sebesar Rp 8.940,00 dengan rata-rata sisa makanan 41.3% dari seluruh jenis makanan yang dikonsumsi, sedangkan pada pasien di ruang *Maintenance* biaya sisa makanan yang terbuang sebesar Rp 811,00 dengan rata-rata sisa makanan 7,81%. Penelitian pada pasien rawat inap di salah satu Rumah Sakit Umum diketahui rata-rata biaya sisa makanan yang terbuang dalam sehari sebesar Rp 2.939,00 (Pratiwi, 2015). Penelitian lain pasien rawat inap di salah satu Rumah Sakit Jiwa diketahui rata-rata biaya sisa makanan yang terbuang sebesar Rp 1.529,33 atau 9.97% (Irawati *et al*, 2010).

Pasien rawat inap dengan diagnosa penyakit hipertensi dan disertai dengan komplikasi penyakit lain akan berakibat pada peningkatan lama hari perawatan yang cukup lama yaitu lebih dari tujuh hari perawatan, dimana lama rawat inap berakibat langsung pada pembengkakan biaya yang akan dikeluarkan oleh pasien (Bambungan *et al.*, 2017). Penelitian di RSUD Sanglah tahun 2013 melaporkan 52.3% mengalami hipertensi primer dan mempunyai rata-rata lama hari perawatan cukup panjang yaitu sebesar 7.5 hari (Sugiarta dan Satriyasa, 2014).

Tujuan penelusuran ini untuk mengkaji hasil penelitian tentang hubungan daya terima dengan biaya sisa makan dan lama rawat pasien hipertensi. Jenis penelitian studi kepustakaan (*library research*) menggunakan jurnal nasional dengan rancangan penelitian adalah kajian sistematis (*systematicreview*). Penelusuran pustaka dilakukan melalui database *GoogleScholar* dan Perpustakaan

yang dicari mulai tahun 2016-2021 berkaitan dengan daya terima dengan biaya sisa makan dan lama rawat pasien hipertensi.

Cara pengumpulan pustaka melalui jurnal dengan analisa deskriptif yang mengolah data dengan meringkas secara ilmiah data disajikan dengan uraian hasil temuan dalam bentuk tulisan. Daya terima makanan dapat diukur dengan melihat sisa makanan, semakin tinggi *waste* (terbuang) atau sisa makanan maka daya terima makan pasien tersebut rendah, maka biaya sisa makanan akan lebih tinggi begitu juga dengan lama rawat pasien hipertensi akan semakin panjang atau lama.

Saran yang bisa diberikan adalah : diharapkan Rumah Sakit membuat modifikasi resep diet hipertensi agar daya terima pasien lebih tinggi dengan memperhatikan factor yang mempengaruhi daya terima seperti : rasa, aroma, tekstur, ketepatan waktu, penyajian, variasi menu, lebih mengoptimalkan lama hari rawat pasien atau menambahkan bed.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmat dan Anugrah-Nyalah penulis dapat menyelesaikan penelitian berjudul **“Literatur Review Hubungan Daya Terima Dengan Biaya Sisa Makan Dan Lama Rawat Pasien Hipertensi”**.

Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat untuk melanjutkan ke pembuatan skripsi. Dalam menyusun penelitian ini penulis banyak mendapat bantuan pembimbing dan dari berbagai pihak, untuk itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. I Putu Suiraoaka, S.ST, M.Kes, selaku Pembimbing Utama dan Ibu Pande Putu Sri Sugiani, DCN, M.Kes, sebagai Pembimbing Pendamping yang telah banyak membantu dan memberikan bimbingan, mengoreksi dan memberikan saran yang membangun sehingga Usulan penelitian ini dapat terselesaikan.
2. Direktur Poltekkes Kemenkes Denpasar yang telah memberikan kesempatan menempuh program Pendidikan Diploma IV Gizi Poltekkes Kemenkes Denpasar.
3. Ketua Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Denpasar yang telah memberikan kesempatan dalam menyelesaikan Usulan penelitian ini.
4. Ketua Prodi Sarjana Terapan Gizi dan Dietika. Beserta seluruh Dosen Prodi Gizi dan Dietetika yang sudah mendukung dalam proses perkuliahan dan penulisan usulan penelitian ini.

Peneliti menyadari bahwa usulan penelitian ini masih jauh dari sempurna, mengingat keterbatasan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan usulan penelitian sehingga bermanfaat bagi kita semua.

Denpasar, Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--------------------------------------|---------|
| HALAMAN SAMBUNG | i |
| HALAMAN JUDUL | ii |
| LEMBAR PERSETUJUAN | iii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iv |
| SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT | v |
| ABSTRAK | vi |
| ABSTRACT | vii |
| RINGKASAN PENELITIAN PUSTAKA | viii |
| KATA PENGANTAR | x |
| DAFTAR ISI | xii |
| DAFTAR TABEL..... | xiv |
| DAFTAR GAMBAR | xv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xvi |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 5 |
| C. Tujuan | 5 |
| D. Manfaat | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 7 |
| A. Hipertensi | 7 |

| | |
|--|----|
| B. Daya Terima Makanan | 15 |
| C. Biaya Makan Rumah Sakit | 22 |
| D. Lama Rawat Pasien | 25 |
| BAB III KERANGKA KONSEP | 27 |
| Kerangka Konsep | 27 |
| BAB IV METODE PENELITIAN | 28 |
| A. Jenis Penelitian | 28 |
| B. Waktu Penelitian | 28 |
| C. Topik dan Lingkup Pembahasan | 28 |
| D. Sumber Data | 29 |
| E. Jenis dan Tehnik Pengumpulan Data | 29 |
| F. Pengolahan dan Analisa Data | 31 |
| G. Etika Penelitian | 31 |
| BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN | 33 |
| A. Hasil | 33 |
| B. Pembahasan | 41 |
| BAB VI SIMPULAN DAN SARAN | 43 |
| A. Simpulan | 43 |
| B. Saran | 43 |
| DAFTAR PUSTAKA | 45 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|---|----------------|
| Tabel 1. Klasifikasi Hipertensi menurut JNC-7 | 10 |
| Tabel 2. Distribusi Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Dan Tingkat Pendidikan | 34 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|---------------------------------|----------------|
| Gambar 1. Kerangka Konsep | 27 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|---|----------------|
| Lampiran 1. Rangkuman Identifikasi Jurnal | 51 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan gizi di rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan dan disesuaikan dengan keadaan pasien berdasarkan keadaan klinis, status gizi dan status metabolisme tubuh. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi pasien. Sering terjadi kondisi pasien memburuk karena tidak cukupnya kebutuhan zat gizi untuk perbaikan organ tubuh. Fungsi organ terganggu akan lebih memburuk, dengan adanya kekurangan gizi. Selain itu masalah gizi lebih dan obesitas erat hubungannya dengan penyakit degeneratif, seperti diabetes militus, penyakit jantung koroner, hipertensi, dan penyakit kanker, memerlukan terapi gizi untuk membantu penyembuhan (Kemenkes RI, 2013).

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi manula, hipertensi adalah sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan diastolic 90 mmHg (Brunner & Suddarth, 2002 dalam Hernawan, Siti Arifah. 2012). Tekanan darah diatas 140/90 mmHg maka disebut Hipertensi. Hipertensi merupakan penyakit *the silent disease* dan menyebabkan kematian tertinggi di Indonesia (Tumenggung, 2013).

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup berbahaya di seluruh dunia karena hipertensi merupakan faktor risiko utama yang mengarah kepada penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, gagal jantung, stroke

serta penyakit ginjal. Pada tahun 2016 penyakit jantung iskemik dan stroke menjadi dua penyebab kematian utama di dunia (WHO, 2018).

Kejadian hipertensi di seluruh dunia mencapai lebih dari 1,3 milyar orang atau sekitar 31% jumlah penduduk dewasa di dunia dengan peningkatan sebesar 5,1% lebih besar dari tahun 2000-2010 (Bloch, 2016). Penyakit hipertensi telah membunuh 9,4 juta warga dunia setiap tahunnya. Ada satu miliar orang yang terkena hipertensi, dan akan terus meningkat seiring jumlah penduduk yang membesar. Persentase penderita hipertensi saat ini paling banyak terdapat di negara berkembang (WHO, 2011). Data prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 31,7% (Riskesdas, 2013).

Penyakit degeneratif sering ditemukan pada usia lanjut atau lansia misalnya penyakit jantung koroner (PJK), diabetes melitus, rematik, kanker dan salah satu penyakit yang paling sering diderita adalah hipertensi (Darmojo, 2010). Data Kesehatan Kota Salatiga 2014 menyatakan bahwa PTM yang banyak ditemukan di Kota Salatiga adalah hipertensi yaitu sebanyak 62%. Data penderita hipertensi di Puskesmas Sidorejo Lor selama 2 tahun terakhir tercatat sebanyak 319 kasus (2016) dan sebanyak 256 kasus sampai dengan pertengahan tahun 2017. (Kristiawan P.A. Nugroho, 2019).

Penderita hipertensi akan menjalani hidup dengan bergantung pada obat-obatan dan kunjungan ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kondisi hipertensinya. Penggunaan obat-obat hipertensi sering menimbulkan efek samping yang tidak diinginkan yang merupakan hal yang harus dihindari oleh penderita hipertensi. Salah satu terapi non farmakologi yang biasanya diberikan pada pasien

hipertensi adalah dengan menggunakan terapi nutrisi yang dilakukan dengan manajemen diet hipertensi. Makanan merupakan salah satu cara pengobatan non medis pada pasien hipertensi sehingga memiliki peran penting bagi pasien. Pengaturan konsumsi makanan bagi orang sakit perlu memperhatikan faktor psikologis, sosial budaya, keadaan jasmani dan keadaan gizi orang sakit. Infeksi dan demam dapat menyebabkan menurunnya nafsu makan dan menimbulkan kesulitan menelan dan mencerna makanan, untuk itu orang yang sakit atau berada dalam masa penyembuhan memerlukan pangan khusus karena kesehatan yang kurang baik (Saga, 2011 dalam: Welviana dan Waliyo, 2018)

Daya terima sendiri sebagai tolak ukur kepuasan pasien, Daya terima makanan adalah penerimaan terhadap makanan yang disajikan dapat diterima oleh konsumen, tolak ukur keberhasilan penyelenggaraan makanan adalah makanan yang disajikan dapat diterima dan makanan tersebut habis termakan tanpa meninggalkan sisa makanan (Fika, 2016).

Beberapa rumah sakit di Indonesia diketahui memiliki sisa makanan yang masih cukup tinggi. Hasil penelitian sisa makanan yang dilakukan pada Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid dan RSUD Kota Makassar didapatkan hasil bahwa sisa makanan pasien di kedua rumah sakit tersebut termasuk tinggi ($\geq 25\%$) dengan proporsi terbesar pada makan pagi sebesar 30.9% (Masud *et al.*, 2015). Penelitian lain yang dilakukan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum, makanan pasien bersisa banyak ($\geq 25\%$) pada jenis makanan sayur yaitu sebesar 67.8 %, lauk hewani bersisa 52.2% dan lauk nabati bersisa 50.8% (Nida, 2011). Makanan yang menyisakan sisa paling banyak ada pada

bahan makanan lauk nabati sebesar 55.11%, sedangkan pada pasien di ruang perawatan *maintenance* ada pada bahan makanan sayur dengan 9.63%. Pada pasien dengan status akut di ruang perawatan UPI seluruh jenis makanan memiliki sisa makanan yang tinggi ($\geq 25\%$), hal ini menunjukkan bahwa pada pasien dengan status akut memiliki daya terima yang tidak baik dengan rata-rata sisa makanan $\geq 25\%$ (Dita Julia, 2018).

Daya terima dilihat dari sisa makanan yang banyak, mengakibatkan pembengkakan biaya makan pasien. Rata-rata biaya sisa makanan dari rata-rata sisa makanan terbesar ada pada pasien dengan status akut pada ruang perawatan UPI sebesar Rp 8.940,00 dengan rata-rata sisa makanan 41.3% dari seluruh jenis makanan yang dikonsumsi, sedangkan pada pasien di ruang *Maintenance* biaya sisa makanan yang terbuang sebesar Rp 811,00 dengan rata-rata sisa makanan 7,81%. Penelitian pada pasien rawat inap di salah satu Rumah Sakit Umum diketahui rata-rata biaya sisa makanan yang terbuang dalam sehari sebesar Rp 2.939,00 (Pratiwi, 2015). Penelitian lain pasien rawat inap di salah satu Rumah Sakit Jiwa diketahui rata-rata biaya sisa makanan yang terbuang sebesar Rp 1.529,33 atau 9.97% (Irawati *et al*, 2010).

Pasien rawat inap dengan diagnosa penyakit hipertensi dan disertai dengan komplikasi penyakit lain akan berakibat pada peningkatan lama hari perawatan yang cukup lama yaitu lebih dari tujuh hari perawatan, dimana lama rawat inap berakibat langsung pada pembengkakan biaya yang akan dikeluarkan oleh pasien (Bambungan *et al.*, 2017). Penelitian di RSUP Sanglah tahun 2013 melaporkan

52.3% mengalami hipertensi primer dan mempunyai rata-rata lama hari perawatan cukup panjang yaitu sebesar 7.5 hari (Sugiarta dan Satriyasa, 2014).

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk meneliti hubungan daya terima dengan biaya sisa makanan dan lama rawat pasien hipertensi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “bagaimana gambaran hasil penelitian yang mengkaji tentang hubungandaya terima dengan biaya sisa makan dan lama rawat pasien hipertensi?”

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Untuk mengkaji hasil penelitian tentang hubungan daya terima dengan biaya sisa makan dan lama rawat pasien hipertensi.

2. Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Mendeskripsikan gambaran hasil penelitian tentang daya terima makanan pasien hipertensi.
- b. Mendeskripsikan gambaran hasil penelitian tentang biaya sisa makan pasien hipertensi.
- c. Mendeskripsikan gambaran hasil penelitian tentang lama rawat pasien hipertensi.

- d. Mendeskripsikan gambaran hasil penelitian tentang hubungan daya terima dengan biaya sisa makan pasien hipertensi.
- e. Mendeskripsikan gambaran hasil penelitian tentang hubungan daya terima dengan lama rawat pasien hipertensi.

D. Manfaat

1. Manfaat teoritis

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan penelitian khususnya tentang hubungan daya terima dengan biaya sisa makan dan lama rawat pasien hipertensi.

2. Manfaat praktis

Penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan ilmu pengetahuan dan menjadi salah satu landasan untuk penelitian-penelitian berikutnya yang berhubungan dengan daya terima dengan biaya sisa makan dan lama rawat pasien hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi adalah keadaan peningkatan tekanan darah Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah sistolik >140 mmHg dan tekanan darah >90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat atau tenang. (Kemenkes RI, 2014).

Hipertensi adalah keadaan peningkatan tekanan darah yang akan memberi gejala lanjut ke suatu organ target seperti stroke (untuk otak), penyakit jantung koroner (untuk pembuluh darah jantung) dan hipertropi ventrikel kanan. Dengan target organ di otak yang berupa stoke, hipertensi menjadi penyebab utama stoke yang membawa kematian yang tinggi. Hipertensi merupakan salah satu penyakit metabolik dan degeneratif berbahaya yang saat ini sudah umum terjangkit orang dewasa sebagai akibat dari gaya hidup yang tak sehat. Penyakit yang satu ini begitu ditakuti oleh banyak orang karena berbagai bahaya yang bisa ditimbulkan bagi kesehatan dan keselamatan jiwa penderitanya mulai dari kerusakan pada organ-organ penting di dalam tubuh seperti otak, ginjal, mata, dan menderita serangan jantung, gagal ginjal, hingga stroke yang bisa mengakibatkan kematian. (Bustan, M. 2015).

Tekanan darah tinggi merupakan peluang terbesar terjadinya stroke. Hipertensi atau tekanan darah tinggi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah

yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang. dengan pengurangan aliran darah ke otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama kelamaan jaringan otak akan mati. (Arum, 2015).

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik yang menetap. Tekanan sistolik adalah tekanan puncak yang tercapai pada waktu jantung berkontraksi dan memompakan darah melalui arteri. Sedangkan tekanan diastolik adalah tekanan pada waktu jatuh ke titik terendah saat jantung mengisi darah kembali, atau disebut juga tekanan arteri di antara denyut jantung. Peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik yang menetap, Tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih besar dari 90 mmHg, Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Secara sederhana seseorang disebut hipertensi apabila tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih besar dari 90 mmHg. Tekanan darah yang ideal adalah kurang dari 120/80 mmHg. Tekanan darah yang masih dianggap normal adalah = 140/90 mmHg, batasan ini adalah untuk orang dewasa (di atas 18 tahun). Jika terjadi kenaikan salah satu dari ukuran tekanan darah tersebut (atau dua-duanya, sistol dan diastol), sudah dapat dikatakan terjadi hipertensi. (Kemenkes RI dan WHO Indonesia 2015).

2. Etiologi

Faktor lingkungan seperti stress psikososial, obesitas, kurang olahraga juga berpengaruh terhadap timbulnya hipertensi. Berdasarkan penyelidikan epidemiologis dibuktikan bahwa kegemukan merupakan ciri khas pada populasi

hipertensi dan dibuktikan bahwa faktor ini mempunyai kaitan yang erat dengan terjadinya hipertensi. Hubungan antara stress dengan hipertensi diduga melalui aktivitas sarasimtotik, yang dapat meningkatkan tekanan darah secara intermiten. Apabila stres menjadi berkepanjangan dapat berakibat tekanan darah menetap tinggi. Stres psikologi banyak dialami oleh kelompok masyarakat yang tinggal dipertanian dibanding masyarakat di desa. Rokok juga dihubungkan dengan hipertensi, walaupun pada manusia mekanismenya secara pasti belum diketahui. Hubungan antara rokok dengan peningkatan resiko kardiovaskuler telah banyak ditunjukkan. Alkohol juga dihubungkan dengan hipertensi, walaupun mekanisme timbulnya hipertensi secara pasti belum diketahui. (Puspitasari, dkk, 2014).

3. Patofisiologi

Pada populasi muda, output jantung biasanya meningkat. Sementara pada lansia resisten vascular sistemik dan pembuluh darah yang mengeras atau kaku (*stiffness*) berperan lebih dominan. Denyut atau bunyi vascular mungkin saja mengalami kenaikan karena rangsangan α -adrenoseptor atau pelepasan peptide seperti angiotensin atau edothelin yang meningkat. (Hardinsyah dan Supariasa, 2017).

4. Gejala hipertensi

Tekanan darah tinggi atau hipertensi sering dijuluki sebagai “*the silent disease*”, hal tersebut sesuai dengan kedatangannya yang tiba-tiba dan tanpa menunjukkan gejala tertentu. Penderita hipertensi seringkali baru mengetahui setelah penyakit ini menyebabkan berbagai penyakit komplikasi. Pada beberapa kasus hipertensi, tekanan darah meningkat secara cepat sehingga tekanan diastole

menjadi lebih dari 140 mmHg. Adapun gejala yang muncul adalah pusing, sakit kepala serasa akan pingsan, tinnitus (terdengar suara mendengung dalam telinga) dan pengelihatannya menjadi kabur. (Suiraoaka, 2012).

5. Karakteristik hipertensi

Klasifikasi hipertensi dapat dibagi menjadi dua berdasarkan penyebabnya dan berdasarkan bentuk hipertensi. Berdasarkan penyebabnya yaitu hipertensi primer (hipertensi esensial) dan hipertensi sekunder (hipertensi non esensial). Hipertensi primer yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktivasi) dan pola makan. Hipertensi primer ini terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi. (Michael, 2014)

Klasifikasi hipertensi menurut JNC-7 adalah sebagai berikut:

Tabel 1.

Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC-7

| Kategori Tekanan Darah | Sistole (mmHg) | Diastole (mmHg) |
|------------------------|----------------|-----------------|
| Normal | <120 | <80 |
| Pra-Hipertensi | 120 - 139 | 80 - 89 |
| Hipertensi Tahap 1 | 140 - 159 | 90 - 99 |
| Hipertensi Tahap 2 | 160 | 100 |

(Wahyuningsih, 2013)

6. Faktor resiko hipertensi

a. Jenis kelamin

Secara global, kesadaran, pengobatan, dan pengontrolan prevalensi hipertensi berbeda antarjenis kelamin. Analisis sistematis studi berbasis populasi

dari 90 negara dengan 968.419 individu dilakukan untuk memperkirakan prevalensi hipertensi di berbagai negara yang kelompokkan berdasarkan pendapatan. Dalam analisis tersebut, wanita dalam semua kelompok umur di negara berpenghasilan menengah/ rendah memiliki prevalensi hipertensi lebih tinggi dibandingkan wanita di negara berpenghasilan tinggi. Tingkat kesadaran untuk mengendalikan hipertensi lebih tinggi pada wanita dibandingkan pada pria di kedua negara berpenghasilan tinggi (72% wanita berbanding 62% pria) dan negara berpenghasilan menengah/rendah (45% wanita berbanding 31% pria). Wanita di kedua negara berpenghasilan ting negara berpenghasilan menengah/rendah (36% wanita berbanding 22 pria. (Woro R. 2019).

b. Genetik

Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat hipertensi di wilayah kerja puskesmas Demak II Universitas Muhammadiyah Semarang. Hipertensi bersifat diturunkan atau bersifat genetik, individu dengan riwayat keluarga hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi daripada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi. (Pramana.2016).

c. Usia

Risiko hipertensi akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang. Ketika usia berada di pertengahan awal, atau sekitar usia 45 tahun, tekanan darah tinggi lebih sering terjadi terutama pada laki-laki. Pada usia >45 tahun akan terjadi peningkatan resistensi (tahanan) pembuluh darah perifer dan aktivitas simpatik. Peningkatan usia akan menyebabkan meningkatnya proses-

proses degeneratif pada organ-organ tubuh terutama organ sirkulasi yaitu jantung dan pembuluh darah. (Yuni Kartika, 2016).

d. Asupan lemak

Asupan lemak berlebih dapat menyebabkan terjadinya hipertensi, dimulai ketika lipoprotein sebagai alat angkut lipida bersirkulasi dalam tubuh dan dibawa ke sel otot, sel lemak dan sel-sel lain. Trigliserida dalam aliran darah akan dipecah menjadi gliserol dan asam lemak bebas oleh enzim *lipoprotein lipase* yang berada pada sel-sel endotel kapiler. Kolesterol yang banyak terdapat dalam *Low Density Lipoprotein* (LDL) akan menumpuk pada dinding pembuluh darah dan membentuk plak. Plak akan bercampur dengan protein dan ditutupi oleh sel-sel otot dan kalsium yang akhirnya dapat menjadi aterosklerosis. Selain pembuluh darah tidak elastis, akan terjadi penyempitan sehingga tahanan aliran darah dalam pembuluh darah naik, yang akan memicu terjadinya hipertensi. (Yuriah et al.2019).

e. Asupan Natrium

Garam merupakan hal yang sangat penting terhadap peningkatan tekanan darah. Pengaruh asupan garam terhadap hipertensi adalah melalui peningkatan volume plasma atau cairan tubuh dan tekanan darah. Hal ini diikuti oleh peningkatan eksresi (pengeluaran) kelebihan garam sehingga kembali pada kondisi keadaan system hemodinamik (pendarahan) yang normal. Dalam makanan yang diawetkan seringkali ditemukan bahan makanan yang diawetkan mengandung zat-zat aditif makanan berbasis natrium, seperti garam, monosodium

glutamate (MSG), soda kue, baking powder, natrium nitrat, dinatrium fosfat, natrium propinoat dan natrium alginate. (Suiraoaka, 2012).

f. Stress

Biasanya keadaan stress hanya akan meningkatkan tekanan darah untuk sementara waktu dan akan kembali normal setelah stress menurun. Hal ini dikarenakan kondisi yang membuat tubuh menghasilkan adrenalin lebih banyak, membuat jantung berkerja lebih kuat dan cepat. Namun, apabila keadaan ini berulang dapat menimbulkan masalah pada psikologis maupun kesehatan lainnya seperti hipertensi. (Yulistina,E. 2017).

g. Obesitas

Mekanisme pengaruh kegemukan/kelebihan berat badan terhadap tekanan darah erat kaitannya dengan timbunan lemak dalam tubuh. Pada penderita hipertensi yang obesitas memiliki curah jantung dan sirkulasi volume darah lebih tinggi dari pada penderita yang tidak mengalami obesitas. Meskipun hubungan obesitas dan hipertensi belum diketahui secara pasti namun terbukti bahwa pada penderita obesitas dengan hipertensi daya pompa jantung dan sirkulasi volume darahnya lebih tinggi dibanding penderita hipertensi dengan berat badan normal. (Sutanto, 2010).

h. Aktivitas fisik

Aktivitas yang rendah akan menurunkan elastisitas sistem jantung dan pembuluh darah. Sebaliknya, aktivitas yang tinggi akan meningkatkan elastisitas sistem jantung dan pembuluh darah. Setelah beraktivitas fisik, tekanan darah arteri

akan meningkat. Hal ini dipengaruhi oleh penurunan curah jantung dan resistensi perifer total. (Kartika dkk, 2016).

i. Kebiasaan merokok

Merokok tembakau dapat menimbulkan suatu gangguan kesehatan, paling tidak ada tiga hal yang dapat terjadi yaitu, timbulnya penyakit pada paru, kanker, dan penyakit kardiovaskuler. Merokok juga merupakan salah satu faktor risiko yang memicu timbulnya hipertensi. Hasil uji statistik chi-square diperoleh nilai ($p=0,001$) yang berarti obesitas merupakan faktor penyebab terjadinya hipertensi pada masyarakat di Kecamatan Passi Barat Kabupaten Bolaang Mongondow. Pada penelitian ini banyak ditemukan masyarakat memiliki kebiasaan merokok baik itu laki-laki maupun perempuan. Menurut beberapa responden bahwa kebiasaan merokok mereka lakukan sudah cukup lama dan dilakukan pada saat setelah makan atau sedang santai sambil bercerita dengan tetangga lain. Selain itu, bukan hanya pada kalangan laki-laki tetapi juga pada perempuan banyak yang ditemukan merokok. Kebiasaan ini sangat sulit untuk dihilangkan oleh responden karena sudah menjadi kebiasaan mereka sehari-hari baik pada saat istirahat maupun pada saat bekerja. (Hairil. A, Eko B. S. 2020).

7. Diet hipertensi

a. Diet Rendah Garam

Salah satu diet untuk penderita hipertensi adalah diet rendah garam, tujuan dari diet ini adalah untuk membantu menghilangkan retensi garam/air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah. Diet rendah garam juga bertujuan untuk mencegah edema (tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan

keseimbangan cairan dalam tubuh) dan penyakit lemah jantung. (Sudarmoko, A. 2015).

b. Diet Rendah Kolesterol

Dalam bahan makanan yang di konsumsi, lemak akan terpecah menjadi asam lemak bebas, trigliserida, fosfolipid, dan kolesterol. Lemak yang berkaitan dengan hipertensi adalah kolesterol dan trigliserida. (Haryani, Ira Suprpto.2014).

c. Diet Rendah Kalori

Diet rendah kalori dapat mencegah hipertensi dengan memilih jenis makanan yang mengenyangkan, sehingga penderita tetap dapat melakukan diet. Diet rendah kalori ini berfungsi untuk menurunkan berat badan, dimana berat badan merupakan faktor terjadinya hipertensi. (Haryani, Ira Suprpto. 2014).

B. Daya Terima Makanan

1. Definisi daya terima

Daya terima makanan adalah penerimaan terhadap makanan yang disajikan dapat diterima oleh konsumen, tolak ukur keberhasilan penyelenggaraan makanan adalah makanan yang disajikan dapat diterima dan makanan tersebut habis termakan tanpa meninggalkan sisa makanan. Daya terima sendiri sebagai tolak ukur kepuasan pasien. (Pertemuan Ilmiah Nasional, 2007 dalam : Fika Agustina. (2016)

Daya terima adalah kesanggupan seseorang untuk menghabiskan makanan yang disajikan sesuai dengan kebutuhannya (Kurnia,2010). Daya terima makanan adalah kesanggupan seseorang untuk menghabiskan makanan yang disajikan. Daya terima makanan dapat digunakan sebagai indikator keberhasilan dalam

penyelenggaraan makanan di rumah sakit dan sebagai tolak ukur dalam pencapaian dan pemenuhan standar pelayanan minimal. (Wirakusumah. 1998. dalam : Christoper 2012),

Daya terima makan adalah kesanggupan seseorang untuk menghabiskan makanan yang disajikan sesuai dengan kebutuhannya. Untuk mempertahankan kesehatan dan untuk menjalankan fungsinya dengan baik, tubuh manusia memerlukan gizi termasuk kebutuhan energi yang didapat dari makanan. Dalam upaya peningkatan kesehatan pasien, perhatian terhadap peningkatan pelayanan makanan dan gizi oleh institusi terhadap pasien merupakan suatu hal yang perlu diperhatikan. (Ilham Sunarya, Widyana Lakshmi Puspita.2018)

Daya terima makanan secara umum juga dapat dilihat dari jumlah makanan yang dikonsumsi. Daya terima makanan juga dapat dinilai dari jawaban terhadap pertanyaan yang berhubungan dengan makanan yang dikonsumsi. Beberapa faktor yang mempengaruhi daya terima terhadap makana rumah sakit adalah faktor internal dan faktor eksternal. (Ratnasari, 2003 dalam: Nadia C, Etti S, Ernawati N. 2016).

2. Faktor-faktor yang memengaruhi daya teriam

a. Faktor Internal

1) Keadaan fisik

Keadaan fisik pasien berkaitan dengan jenis penyakit yang diderita pasien, ketidak mampuan pasien untuk makan sendiri bisa berupa ketidak mampuan pasien untuk makan sendiri, misalnya keadaan pasein yang mengalami keluhan

gastrointestinal yang akan menimbulkan rasa mual dan tidak nafsu makan sehingga terjadi penurunan jumlah porsi makan.

2) Keadaan psikis

Keadaan psikis pasien merupakan kondisi mental seseorang. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh berbagai hal seperti cara berpikir, pengaruh lingkungan dll, misalnya pasien stres karena perawatan medis yang dijalannya, pasien merasa takut karena sakit, dan ketidakbebasan bergerak. Dalam kenyataannya, psikis seseorang sangat berperan dalam menentukan kondisi pasien. Keadaan psikis ini bisa berakibat asupan pasien menurun dan menyebabkan daya terima pasien juga tidak baik. (Lumbantoruan, 2012).

3) Reaksi obat

Reaksi obat yang diberikan pada pasien dapat mempengaruhi asupan daya terima pada pasien karena beberapa obat memiliki efek adanya perubahan asupan makanan akibat dari perubahan nafsu makan, perubahan indra penecap serta adanya mual dan muntah, contoh obat yang dapat memberikan efek mual dan muntah yaitu obat antibiotik, antidepresan, bakteriosidal, dll. (Helmytati, 2014).

4) Kebiasaan Makan

Kebiasaan makan merupakan yang berhubungan dengan kebiasaan dan perilaku makan seperti berupa frekuensi makan, pola makan, cara pemilihan makanan yang hendak di makan, dll. Kebiasaan makan berupa pola makan di rumah dan rumah sakit akan memengaruhi daya terima pasien terhadap makanan karena pasien tidak terbiasa dengan pola makan di rumah sakit. (Lumbantoruan, 2012).

5) Kebosanan

Rasa bosan biasanya timbul bila pasien mengkonsumsi makanan yang kurang bervariasi sehingga sudah hafal dengan jenis makanan yang disajikan. Rasa bosan juga dapat timbul bila suasana lingkungan pada waktu makan tidak berubah. Untuk mengurangi rasa bosan tersebut selain meningkatkan variasi menu juga perlu adanya perubahan suasana lingkungan pada waktu makan. (Almatsier, 2010).

b. Faktor Eksternal

1) Suasana lingkungan

Pasien Suasana yang tidak menyenangkan dapat menjadi faktor yang mempengaruhi daya terima pada pasien. Suasana yang tidak menyenangkan dapat menyebabkan nafsu makan pada pasien menurun karena suasana yang tidak nyaman bagi pasien untuk menyantap hidangan, misalnya para tenaga kesehatan yang tidak ramah pada pasien, kehadiran orang lain yang pasien tidak sukai, keadaan ruang rawat inap pasien yang terlalu berisik dan banyak orang. (Soenadi, 2014).

2) Penampilan makanan

Penampilan makanan yang disajikan sangat memengaruhi indera penglihat. Indera penglihat sangat peka terhadap warna makanan, bentuk makanan, besarnya porsi makanan serta penyajian makanannya. Kombinasi warna yang menarik, bentuk yang baik, perpaduan yang baik antar tekstur makanan, serta konsistensi yang baik dari makanan dan besar porsi makanan yang disajikan,

sangat memengaruhi selera makan konsumen dan juga mampu membuat konsumen menikmati makanan yang disajikan. (Widyastuti dan Pramono 2014).

3) Warna makanan

Warna menimbulkan asosiasi berbeda dalam makanan. Pada segi penyajian dan bentuk masih banyak responden yang mengatakan biasa. Hal ini dikarenakan menu lauk hewani yang disajikan pada kelas II dan III tidak ditambahkan garnish sebagai penghias hidangan dan juga disajikan dalam plato, tidak seperti pada kelas utama yang disajikan pada piring keramik dan diberi garnish yang dapat memperindah penampilan suatu hidangan. (Garber 2000. dalam: Ernalina. 2014).

5) Bentuk makanan

Bentuk makanan dapat dinilai dari potongan bahan makanan, kerapihan dalam memotong dan variasi bentuk potongan makanan, akan meningkatkan daya tarik penampilan makanan. Penilaian bentuk makanan meliputi kerapihan memotong dan variasi potongan yaitu rata, bulat, panjang, cincang, pipih, tebal dan lain-lain. (Wayansari; Anwar;Amri, 2018).

6) Besar porsi

Besar porsi jumlah makanan dinilai dari banyaknya makanan yang disajikan dalam piring saji. Keserasian antara ukuran piring saji dan jumlah makanan yang disajikan di piring saji akan memengaruhi penampilan makanan dan porsi. Kriteria penilaian besar porsi umumnya untuk memperoleh informasi tentang porsi terlalu besar, cukup atau kurang. (Wayansari; Anwar;Amri, 2018).

7) Aroma makanan

Aroma atau bau makanan diperoleh dari hasil campuran zat kimia dalam makanan yang tercampur udara, umumnya dengan konsentrasi yang sangat rendah, yang kemudian diterima manusia melalui indra penciuman. Bau dapat berupa bau enak maupun tak enak. Istilah aroma biasanya digunakan untuk menggambarkan bau enak. Bau yang tercium akan sangat mempengaruhi cita rasa makanan. Terkadang di dalam masakan diberi tambahan bumbu tertentu untuk membuat aroma masakan lebih merangsang selera makan. Kriteria yang dinilai adalah bau yang sedap atau kurang sedap. (Wayansari; Anwar; Amri, 2018).

8) Rasa makanan

Rasa Makanan Rasa makanan memegang peranan penting dalam menentukan habis tidaknya makanan yang disajikan. Aroma yang disebarkan makanan merupakan daya tarik yang sangat kuat dan mampu membangkitkan indera penciuman selera sehingga membangkitkan selera makan. Penginderaan kecapan dapat dibagi menjadi empat macam rasa utama yaitu : asin, manis, pahit, dan asam. Masakan yang mempunyai variabel keempat macam rasa tersebut lebih disukai dari pada hanya merupakan satu macam rasa yang dominan. (Moehyi. 1992. Dalam: Dian Berdhika. S. L. 2012)

9) Tekstur makanan

Tekstur makanan tergantung dari struktur makanan dan dapat dirasakan ketika makanan masuk ke dalam mulut. Penilaian tekstur meliputi hal-hal seperti renyah, lembut, kasar, halus, keras, liat. Dalam suatu menu hendaknya terdapat beberapa variasi tekstur masakan. Contohnya makanan yang teksturnya renyah

dihidangkan bersama semur ayam yang teksturnya lunak dan rempeyek kacang yang renyah. Tekstur masakan juga tergantung dari jenis bahan makanan dan ketepatan waktu memasak. Bahan makanan yang keras perlu dimasak lebih lama dibanding bahan makanan yang empuk, untuk memperoleh tekstur yang diinginkan. Kriteria penilaian biasanya meliputi kesesuaian dengan tekstur yang diharapkan dan variasi tekstur dalam satu menu. (Wayansari; Anwar; Amri, 2018).

10) Bumbu

Bumbu yang digunakan untuk memasak memengaruhi citarasa masakan. Bahan makanan yang berkualitas dan harganya mahal pun harus diolah dengan komposisi bumbu yang tepat. Bumbu yang selalu digunakan dalam masakan adalah garam. Masakan yang kurang atau kelebihan garam akan menjadi tidak enak. Selain garam juga ada bumbu untuk menambah rasa manis (gula), rasa asam (cuka, asam Jawa, jeruk nipis) serta aneka bumbu dapur seperti kunyit, lengkuas, jahe, kencur, temu kunci, sereh, daun salam, daun kunyit dan lain-lain. Penilaian terhadap bumbu masakan meliputi ketepatan komposisi dan jenis bumbu serta variasi rasa yang dihasilkan seperti pedas, asam, manis, asin, gurih, pahit, hambar. (Wayansari; Anwar; Amri, 2018).

11) Suhu

Suhu menunjukkan derajat panas suatu makanan atau hidangan. Semakin tinggi suhunya, berarti makanan semakin panas. Suhu dapat diukur dengan alat thermometer. Konsumen menilai suhu pada waktu makanan baru dihidangkan, baik untuk makanan yang harus dihidangkan panas maupun makanan yang harus dihidangkan dingin. Penggunaan panas pada pemasakan akan meningkatkan

aroma, warna dan daya cerna makanan serta membuat makanan lebih tahan lama. (Wayansari; Anwar; Amri, 2018).

C. Biaya Makan Rumah Sakit

1. Definisi biaya makan

Biaya yang umumnya sering menjadi perhatian utama pada penyelenggaraan makanan adalah biaya makan (*food cost*) yang diartikan sebagai "uang yang telah dan akan dikeluarkan dalam rangka memproduksi makanan sesuai kebutuhan atau permintaan". Sedangkan biaya yang dikeluarkan untuk setiap porsi makanan disebut sebagai *unit cost* makanan, yang sering digunakan untuk menentukan tarif pelayanan makanan pada suatu institusi. (Kemenkes, 2013).

Biaya adalah pengorbanan suatu sumber ekonomi yang diukur dalam satuan uang, baik yang telah maupun yang akan terjadi, untuk mendapatkan barang/jasa atau tujuan lain yang diinginkan, yang diharapkan akan memberikan keuntungan/manfaat untuk saat ini atau yang akan datang bagi individu maupun organisasi. (Sugiyanto, W., 2004. Dalam : Bachyar B. (2018).

2. Konsep perhitungan biaya

Pelayanan gizi meliputi asuhan gizi dan biaya penyelenggaraan makanan hampir sama. Perhitungan total terdapat tiga komponen yaitu :

a. Biaya bahan baku atau bahan dasar

Merupakan biaya yang pasti akan dikeluarkan ataupun biaya yang telah dikeluarkan secara langsung dan digunakan dalam rangka untuk menghasilkan suatu produk atau jasa. Pada penyelenggaraan makanan, unsur dari komponen

biaya bahan baku contohnya seperti bahan makanan, sedangkan untuk asuhan gizi berupa biaya bahan baku untuk brosur, formulir-formulir PAGT.

b. Biaya tenaga kerja

Merupakan biaya yang dikeluarkan untuk tenaga kerja yang terlibat dalam proses kegiatan, baik tenaga kerja langsung maupun tidak langsung. Unsur-unsur dari komponen biaya tenaga kerja yang terlibat seperti gaji, honor, lembur, insentif, dan tergantung dari kebijakan rumah sakit. (Bachyr Bakri, 2018).

c. Biaya *overhead*

Merupakan biaya yang dikeluarkan untuk menunjang operasional produk dan jasa yang akan dihasilkan. Biaya *overhead* yang dimaksud pada penyelenggaraan makanan seperti biaya untuk bahan bakar memasak, alat memasak, alat makan, alat rumah tangga, telepon, listrik, pemeliharaan gedung. Untuk biaya *overhead* pada asuhan gizi contohnya seperti alat timbangan badan, alat-alat pengukur status gizi, pengukur tinggi badan, biaya food model, ruang konseling. (Bachyr Bakri, 2018).

Apabila semua jenis bahan makanan sudah diperhitungkan berdasarkan harganya secara keseluruhan, baik yang dibeli, maupun yang ada pada persediaan awal dan akhir, maka cara perhitungannya dengan rumus sebagai berikut:

- 1) Persediaan bahan makanan awal periode : a
- 2) Pembelian bahan makanan pada periode tersebut : b
- 3) Persediaan akhir periode : c
- 4) Jumlah konsumen yang diberi makan per periode : n

$$\text{Biaya bahan makanan/orang/hari} = \frac{\text{Biaya bahan makanan}}{\text{Jumlah konsumen/periode}}$$

Maka :

$$(a + b) - c$$

atau : _____

n

Dalam melakukan kegiatan penyelenggaraan makanan pasien di rumah sakit diperlukan analisis biaya makanan pasien. Analisis biaya makanan pasien memberikan informasi tentang biaya, proses sekaligus produk makanan yang dihasilkan. Dengan melakukan analisis biaya makanan pasien diperoleh besarnya biaya total maupun biaya satuan (unit cost) makanan pasien. (Fadilah, 2016).

Activity Based Costing (ABC) merupakan pendekatan penentuan biaya produk yang membebankan biaya pada produk atau jasa berdasarkan konsumsi sumber daya yang disebabkan karena aktivitas. *Activity Based Costing* menyediakan informasi perihal aktivitas-aktivitas yang dilakukan untuk menghasilkan produk atau jasa dan sumber daya yang dibutuhkan untuk melaksanakan aktivitas tersebut serta biaya yang ditimbulkan oleh sumber daya. Metode *Activity Based Costing* merupakan metode yang dapat memberikan alokasi biaya overhead yang lebih akurat. Pada metode ini, biaya *overhead* dapat ditelusuri pada aktivitas kemudian dibebankan pada produk, sehingga penerapan metode ini memungkinkan setiap biaya yang tidak dapat dibebankan secara

langsung pada produk, dapat ditelusuri terlebih dahulu berdasarkan konsumsi atau kapasitas aktivitas yang dilakukan. (Farihah dan Sari, 2016).

D. Lama Rawat Pasien

1. Definisi lama rawat

Length of Stay merupakan istilah yang diberikan untuk menyebut lama waktu rawat seorang pasien dimulai sejak tercatatnya pasien saat masuk hingga rumah sakit menerbitkan discharge planing atau rencana pulang pasien, data ini merupakan bagian penting dalam rekam medis untuk memperhitungkan pembiayaan pasien. (Sudra dan Rano, 2010).

Faktor-faktor yang mempengaruhi lama rawat pasien di rumah sakit antara lain : keadaan medis pasien, sosioekonomi, diagnosa, jenis tindakan dan perencanaan tindakan terapi, tenaga yang terlibat dalam proses perawatan dan kebijakan administrasi rumah sakit. Sehingga penting untuk dilakukan penelitian mengenai hubungan antara karakteristik personal pasien dengan lama rawat pasien pada pasien dengan klasifikasi *moderate care*. (Wartawan, 2012).

Rata-rata lama rawat atau Average Length of Stay (AvLOS atau ALOS) adalah rata-rata lama rawat dari pasien keluar (H+M) pada periode tertentu. Perkembangan teknologi medis, perubahan praktik medis, peningkatan kunjungan pasien rawat jalan, tekanan efisiensi finansial pada fasilitas kesehatan, dan perubahan jenis perawatan yang diberikan berkontribusi dalam penurunan AvLOS. (Horton, 2017).

Mengitung AvLOS dengan rumus sebagai berikut:

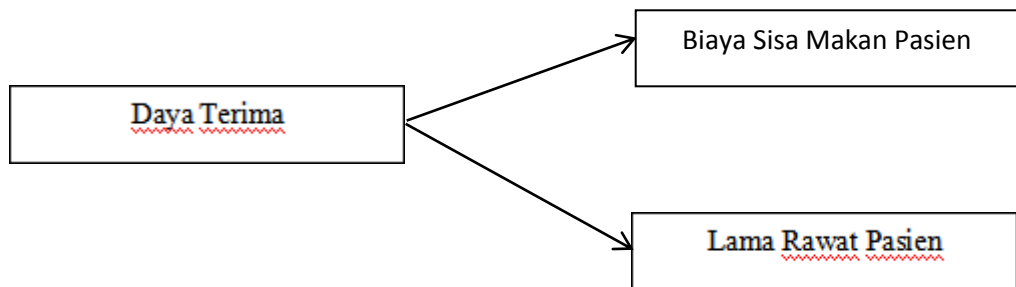
$$\text{AvLOS} = \frac{\text{Jumlah Lama Rawat (total LOS)}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Meninggal)}}$$

ALOS = *Average Length of Stay* = Rata-rata lama dirawat dalam satu periode.

Rumus di atas tidak termasuk LOS untuk bayi baru lahir. Sebagian besar rumah sakit menghitung AvLOS bayi baru lahir secara terpisah karena bayi baru lahir biasanya sama dengan ibunya. Selain itu, bila dibandingkan dengan klasifikasi pasien lainnya, kelahiran normal bayi baru lahir relatif singkat. Sebaliknya, bayi baru lahir di unit perawatan intensif. (Hosizah, Yati Maryati (2018).

BAB III
KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep



Gambar 1

Kerangka konsep : Hubungan daya terima dengan biaya sisa makan dan lama rawat pasien hipertensi.

Keterangan:

—————> : dikaji (diteliti)

Penjelasan :

Daya terima makanan yang rendah pada pasien hipertensi, akan dapat dilihat dari hasil ukur biaya sisa makanan yang tinggi, dan Daya terima makanan yang rendah pada pasien hipertensi akan peningkatan lama hari perawatan.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan studi pustaka (*Studi Literature*). Studi pustaka (*Studi Literature*) adalah metode penelitian dengan mengumpulkan informasi dari buku, jurnal atau referensi lainnya yang terkait dengan masalah dan tujuan penelitian. Buku-buku dan literature lain digunakan sebagai sumber data yang akan diolah dan dianalisis oleh peneliti. (Arikunto, S. 2006 dalam Zagoto. 2019).

B. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama satu bulan yaitu dari bulan Juni 2021.

C. Topik dan Lingkup Pembahasan

1. Topik Pembahasan

Topik pembahasan dalam kajian literatur ini adalah tentang daya terima, biaya sisa makanan dan lama rawat inap pada pasien hipertensi beserta hubungan antar variabel. Topik bahasan yang dianalisis tersebut bersumber dari artikel hasil penelitian yang telah dipublikasikan dalam jurnal nasional di Indonesia.

2. Lingkup Pembahasan

Lingkup pembahasan penelitian ini adalah artikel hasil penelitian yang dimuat dalam jurnal ilmiah yang memenuhi persyaratan sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Artikel hasil penelitian yang masuk dalam database ada di *Google Scholar* dengan tahun publikasi 2016-2020
- 2) Kata kunci yang digunakan yaitu : daya terima, biaya sisa makanan dan lama rawat inap, pasien hipertensi.
- 3) Dimuat di jurnal nasional di Indonesia
- 4) Jenis penelitian yang deskriptif

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Artikel-artikel yang memuat intervensi terhadap diet dan terapi obat-obatan pada pasien hipertensi

D. Sumber Data

Sumber data yang digunakan didapatkan dari jurnal penelitian yang di publikasikan dan ditelusuri pada data base dengan kata kunci: daya terima, biaya sisa makanan dan lama rawat inap, pasien hipertensi. Penelusuran dilakukan pada database Googel Scholar (<http://scholar.google.co.id>).

E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis data yang dikumpulkan

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data sekunder yaitu data yang didapatkan dari artikel hasil penelitian atau referensi lainnya yang

terkait dengan daya terima, biaya sisa makan, lama rawat dari tahun 2016-2021.

Adapun data yang diambil pada penelitian ini yaitu :

- a. Data daya terima makanan pasien hipertensi.
- b. Data biaya sisa makan pasien hipertensi.
- c. Data lama rawat pasien hipertensi.
- d. Hubungan daya terima dengan biaya sisa makan pasien hipertensi.
- e. Hubungan daya terima dengan lama rawat pasien hipertensi.

2. Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah dokumentasi, yaitu penulis mencari data berupa buku-buku, jurnal, skripsi, thesis dan literature lain yang berhubungan dengan judul penelitian mengenai hubungan daya terima dengan biaya sisa makan dan lama rawat. Adapun langkah-langkah yang dilakukan yakni sebagai berikut :

- a. Penelusuran dilakukan pada Google Scholar dengan kata kunci hubungan daya terima makanan, biaya makan dan lama rawat pasien hipertensi.
- b. Setelah menemukan artikel hasil penelitian, kemudian lakukan identifikasi artikel dengan membaca abstrak untuk mengetahui hubungan antar variabel dan data karakteristik subyek.
- c. Setelah memenuhi syarat sesuai ketentuan yang akan dibahas, maka artikel dimaksud di-*download* naskah lengkapnya (*full text*)
- d. Kemudian *full teks* artikel dibaca dan disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian dan sehingga ditemukan sejumlah artikel yang sesuai dengan kebutuhan penelitian.

- e. Artikel yang telah ditelaah saja yang digunakan sebagai bahan penelitian kajian pustaka yang kemudian dilakukan analisis data sesuai dengan kebutuhan penelitian.

F. Pengolahan dan Analisis Data

Artikel yang diperoleh dari *data base* yang memuat data karakteristik sampel, daya terima, biaya sisa makanan, lama rawat pasien hipertensi selanjutnya diolah dan dianalisa. Pengolahan dan analisa data data dilakukan sebagai berikut :

1. Mengumpulkan data yang didapat dari artikel hasil penelitian sesuai dengan subyek penelitian yang akan diambil.
2. Merangkum data-data yang diperoleh yang didapat artikel hasil penelitian.
3. Menganalisis data-data tersebut sehingga peneliti dapat menyimpulkan masalah.
4. Data-data yang telah dianalisa lalu dibandingkan dengan landasan teori yang ada.

G. Etika Penelitian

Penelitian ini dimulai dengan melakukan berbagai prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian dengan literatur review yang meliputi :

1. Melakukan pengajuan persetujuan etika bersifat opsional.
2. Peneliti mencari sumber data yang dapat diakses secara terbuka
3. Peneliti selalu mengedepankan sikap *intellectual honesty* yaitu :
 - a. Tidak mengubah hasil pemikiran dan/atau hasil penelitian agar sesuai dengan kerangka berfikir peneliti.

- b. Selalu mencantumkan sitasi baik primer maupun sekunder meskipun pada saat pemaparan sudah diubah menjadi parafrase.
- d. Tidak membuat pernyataan yang merupakan ide/gagasan/hasil pemikiran sendiri dari hasil sitasi.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Berdasarkan hasil penelusuran pada *data base* (*Google Scholar* dan *Pubmed*), didapatkan 10 jurnal Nasional dan Internasional yang sesuai dengan kata kunci. Pada 10 jurnal yang didapatkan, hanya 7 jurnal Nasional yang memenuhi kriteria inklusi pada penelitian ini, 1 jurnal membahas mengenai hubungan daya Terima makanan pasien hipertensi, 3 jurnal membahas mengenai hubungan lama Rawat pasien dan 4 jurnal membahas mengenai hubungan biaya sisa makanan pasien degeneratif.

1. Karakteristik Pasien Hipertensi Jenis Kelamin, Umur Dan Pendidikan

Terdapat dua faktor penyebab hipertensi yaitu Faktor yang dapat diubah seperti gaya hidup dan konsumsi makanan. Sedangkan jenis kelamin dan umur merupakan penyebab hipertensi yang tidak dapat diubah.

Tabel 2

Distribusi Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur dan Tingkat Pendidikan

| Jenis kelamin | Frekuensi | Presentase (u) %) |
|----------------------|------------------|--------------------------|
| Perempuan | 14 | 58,3 |
| Laki-laki | 10 | 41,7 |
| Total | 24 | 100,0 |
| Umur | | |
| Usia pertengahan | 12 | 50,0 |
| Lansia | 8 | 33,3 |
| Lansia tua | 4 | 16,7 |
| Total | 24 | 100,0 |
| Pendidikan | | |
| Tidak sekolah | 5 | 20,8 |
| SD | 10 | 41,5 |
| SLTP | 3 | 12,5 |
| SLTA | 6 | 25,0 |
| Total | 24 | 100,0 |

Berdasarkan table 2. Diketahui responden pada penelitian sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu 58,3%, Hasil penelitian mendukung penelitian yang dilakukan di RSUP Padang maupun di Uganda, berturut turut ditemukan bahwa penyakit hipertensi primer paling banyak diderita oleh perempuan 64,3% (Sedayu et al., 2015) dan 59.8% (Guatude et al., 2015). Hipertensi pada perempuan banyak dipengaruhi dari faktor hormonal yaitu pada banyak hormon estrogen yang semakin berkurang saat memasuki masa menopause. Hormon estrogen berfungsi untuk mengendalikan kadar LDL dan mengatur HDL pada pembuluh darah, selain itu perubahan hormonal estrogen yang semakin berkurang juga dapat memengaruhi kenaikan berat badan. Selain itu pembuluh darah semakin reaktif terhadap konsumsi natrium (Pakar Gizi Indonesia, 2017).

Berdasarkan tabel 2. Diketahui pasien hipertensi lebih banyak diderita pada kategori usia pertengahan atau middle age sebanyak 50,0%. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian lain bahwa penyakit hipertensi banyak diderita pada umur diatas 50 tahun (Agustina, 2014; Arifin, 2016). Penyakit hipertensi di Nepal juga akan meningkat seiring dengan penambahan umur disemua populasi (Mehta Shrestha, 2018). Semakin tua usia seseorang akan terjadi perubahan elastisitas pada struktur pembuluh darah sehingga terjadi penyempitan dan kekakuan pada dinding pembuluh darah, juga semakin banyak tumpukan plak disekitar aliran darah dan akan beresiko menjadi aterosklerosis. Hal ini dapat memunculkan sifat vasokonstriksi pembuluh darah yang akan berujung pada penyakit hipertensi (Andi kurniawan, 2019)

Berdasarkan tabel II sebanyak 41 sampel berpendidikan rendah atau setingkat Sekolah Dasar. Penyakit hipertensi dapat terjadi karena kurangnya pengetahuan tentang penanggulangannya. Adanya hubungan kualitas pengetahuan terkait kesehatan menjadi penting untuk dapat merubah perilaku ke sehari-hari, hal ini merupakan hasil jangka menengah dari terselenggaranya pendidikan kesehatan di masyarakat (Fitria dan Marissa, 2016). Namun tingkat pendidikan juga harus sejalan dengan mudahnya akses kesehatan untuk terhadap informasi menjalankan hidup sehat, karena penelitian lain mengatakan pendidikan tidak selamanya ikut berperan terhadap timbulnya penyakit hipertensi, selain diderita dari kalangan berpendidikan rendah hipertensi ternyata juga banyak diderita kalangan berpendidikan tinggi karena kurangnya informasi yang mereka dapat dari tenaga kesehatan (Andi kurniawan, 2019).

2. Gambaran Daya Terima Makanan Pasien Hipertensi

Dalam Jurnal Gizi Prima (Prime Nutrition Journal) Vol.5, Edisi.2, September 2020, yang berjudul “Pengaruh Suhu Makanan Terhadap Daya Terima Makanan Di Rumah Sakit”, yang diteliti oleh: Akila Lalita Widi, AASP Chandra Dewi, Reni Sofiyatin dan Luh Suranadi. Dengan menggunakan studi literature dengan pencarian menggunakan empat data base diantaranya E-resources Perpustnas, Portal Garuda, Pubmed, dan Google Scholar serta menggunakan kriteria inklusi. Didalam penelitiannya ada 3 diantaranya menyatakan bahwa ada pengaruh suhu makanan terhadap daya terima makanan. Daya terima makanan dapat diukur dengan melihat sisa makanan, semakin tinggi waste atau sisa makanan maka daya terima makan pasien tersebut rendah. Faktor yang mempengaruhi daya terima makanan juga dapat disebabkan oleh waktu tunggu atau ketepatan waktu yang tidak sesuai. Dimana mendapatkan kesimpulan dalam studi literatur tentang pengaruh suhu makanan terhadap daya terima makanan di Rumah Sakit dapat ditarik kesimpulan bahwa menu sayuran yang paling banyak menyisakan makanan dan sisa makanan terbanyak pada waktu makan pagi dengan kisaran suhu makanan yang disajikan paling baik yaitu pada waktu makan siang 5 C - 44.9°C dan pada menu sayur rata-rata suhu yang disajikan <60 C.

3. Gambaran Lama Rawat Pasien

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskripsi dengan pendekatan observasional dan desain penelitian *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *consecutive sampling* sebanyak 24 responden. Penilaian

gizi buruk menggunakan *Subjective Global Assesment*, sedangkan lama rawat pasien diperoleh dengan menghitung selisih antara tanggal masuk dan tanggal keluar rumah sakit. Responden dengan jenis kelamin perempuan adalah 58,9%. Sebagian besar responden berusia paruh baya (50%). Tingkat pendidikan SD adalah 41% responden. pekerjaan responden 41% adalah buruh. Responden dengan hipertensi stadium 2 dengan lama rawat inap sebanyak 52%. Responden hipertensi stadium 2 dengan lama rawat yang tergolong sedang sebanyak 52%. Gizi responden pasien adalah A atau tidak malnutrisi.

Ada hubungan antara lama hari rawat dengan antrian masuk rumah sakit, dimana hasil hasil penelitian didapatkan lama hari rawat atau ALOS pasien BPJS sebagian besar (74,0%) pasien tidak standar, dan hampir seluruhnya (85,0%) pasien BPJS antri untuk masuk rumah sakit. Uji statistik *Fisher's Exact Test*, didapatkan $p = 0,029$ berarti $p < \alpha = 0,05$ artinya H_0 ditolak. Yang menggunakan, Desain penelitian cross sectional probability sampling yaitu secara simple random sampling. Populasi sebanyak 181 orang dengan sampel 73 pasien BPJS yang rawat inap di RS Islam Jemursari Surabaya, 73 ALOS dari pasien BPJS diambil dari data sekunder rekam medis. Dengan jurnal yang “Hubungan Antara Lama Hari Rawat Dengan Antrian Masuk Rumah Sakit Pada Pasien Bpjs Di Rs. Islam Jemursari Surabaya”(Agustina E, W A, 2015)

Gizi buruk dapat mempengaruhi fungsi dan penyembuhan setiap organ, seperti perubahan berat badan, fungsi jantung dan ginjal menurun, gangguan sistem saluran pencernaan, infeksi bakteri atau parasit dan luka yang sulit sembuh akibat daya tahan tubuh menurun, penurunan kapasitas reproduktif. -sindrom

makan, dan depresi pada pasien, sehingga penting menjadi perhatian rumah sakit minggu untuk melakukan perbaikan status gizi dengan pemenuhan kebutuhan energi dalam upaya mendukung proses penyembuhan pasien. Penelitian ini merupakan penelitian/ deskriptif analitik observasional dengan studi potong lintang atau Cross sectional, yang dilakukan pada tanggal 13 April - 13 Mei 2016 di RS Advent Manado dengan sampel 43 orang. Kriteria pasien dewasa, telah menjalani pengobatan minimal 2 hari dan mendapatkan makanan rumah sakit Sebanyak 74,4% pasien rawat inap di RS Advent Manado memiliki tingkat asupan $\leq 80\%$. Status gizi buruk sebanyak 32,6 % dan lama tinggal sebanyak 32,6% dan lama tinggal sebanyak 76,7% dengan kategori > 6 hari. Ada hubungan asupan Aa dengan status gizi, status gizi dan lama status.

3. Gambaran Analisa Biaya Sisa Makanan

Penelitian yang berjudul “Analisis Biaya Yang Hilang Dari Sisa Makanan Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram Yang Mendapatkan Makanan Biasa”, diteliti oleh : Baiq Wida Sari Febri, AASP Candradewi, Irianto dan Reni Sofiyatin, yang menggunakan rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi dengan menggunakan rancangan penelitian cress-sectional, dimana biaya makanan biasa pasien RSUD Kota Mataram, dari hasil penelitian diketahui bahwa total biaya makan sehari untuk pasien rawat inap kelas 3 yang mendapatkan makanan biasa adalah sebesar Rp. 58 638,-. Adapun instalasi gizi menerapkan perhitungan biaya tenaga kerja sebesar 20% dari total biaya makan sehingga harga jual makanan biasa untuk pasien rawat inap kelas 3 adalah sebesar Rp 70.366,- sehari. Harga tersebut telah termasuk dengan

pemberian 2 kali snack. Tingginya sisa makanan biasa pada siklus menu ke-9 diakibatkan oleh tingginya sisa makanan pada jenis sayuran yaitu sisa makanan sebesar 44.1%. Lauk nabati meninggalkan sisa makanan sebesar 17.1%, sedangkan lauk hewani meninggalkan sisa makanan sebesar 16% dan sisa makanan dari nasi sebesar 12%. Tingginya sisa makanan pada jenis sayuran diakibatkan oleh pengulangan penggunaan bahan makanan pada hari yang sama yang kemudian dapat menimbulkan kebosanan pasien untuk mengkonsumsi jenis sayuran tersebut. Setelah dilakukan uji logistik regresi ganda diperoleh hasil uji, dimana diperoleh data R Square sebesar 0.132 yang berarti bahwa karakteristik pasien seperti umur, jenis kelamin, jenis penyakit dan penilaian pasien terhadap cita rasa makanan meliputi warna, aroma, rasa, penyajian dan variasi makanan yang disajikan rumah sakit hanya berkontribusi sebesar 13.2% sebagai faktor yang mempengaruhi terjadinya Sisa makanan biasa pasien, sedangkan 86.7% terjadinya sisa makanan biasa di RSUD Kota Mataram dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak diteliti. Biaya yang hilang dari sisa makanan biasa berdasarkan hasil pengukuran terhadap sisa makanan biasa pasien dengan metode penimbangan yang, dilakukan selama 10 hari yang kemudian dibandingkan dengan standar porsi dan standar harga bahan makanan Instalasi Gizi RSUD Kota Mataram. Penelitian ini merupakan penelitian abstrak dengan desain cross sectional. Subyek penelitian adalah pasien yang dirawat di bangsal kelas II RS Raden Mataram penelitian pada bulan Januari sampai Maret 2013, Data diukur dengan menimbang sisa makanan dengan menggunakan timbangan dapur elektronik. Data dianalisis secara univariat dan bivariat. Analisis statistik menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang

signifikan antara sisa makanan pokok, lauk sayur, dan lauk sayur dengan lama tinggal ($p > 0,05$), sedangkan hubungan yang signifikan antara lauk hewani dan buah dengan lama tinggal ($p < 0,05$). Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur dan buah dengan rata-rata biaya responden selama dalam Disini tidak ada hubungan yang bermakna antara sisa makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur dan buah dengan rata-rata biaya responden selama dalam perawatan.

Sisa makanan menyebabkan adanya biaya yang hilang secara sia-sia dan akan berdampak terhadap anggaran yang digunakan untuk pengadaan bahan makanan. Dinyatakan dalam *Journal of Nutrition College*, Volume 4, Nomor 1, Tahun 2015, dengan judul “Analisis Biaya Yang Hilang Dari Sisa Makanan Pasien Di Rsud Dr. Adhyatma, Mph” oleh penulis : Amanda Umihani dan Adriyan Pramono, dengan menggunakan metode *cross sectional*. Jumlah sisa makanan per pasien didapatkan dengan menimbang sisa makanan dari plato pasien setelah pasien selesai makan. Biaya sisa makanan dihitung dengan mengetahui jumlah (berat) sisa makanan terhadap jumlah makanan yang disajikan dan kemudian dibandingkan dengan harga makanan per sajian. Hubungan antara sisa makanan tiap item menu dengan biaya yang hilang dari sisa makanan dianalisis dengan uji korelasi person. Mendapatkan hasil sisa makanan yang berkorelasi dengan biaya yang hilang antara lain adalah nasi ($r=0,412$), lauk hewani ($r=0,505$), dan sayur ($r = 0,068$) Sisa lauk Nabati tidak berkorelasi dengan biaya yang hilang ($r = 0,142$). Dan mendapatkan simpulan bahwa sisa nasi, lauk hewani, dan sayur berkorelasi dengan biaya yang hilang akibat sisa makanan.

B. Pembahasan

Kejadian hipertensi di seluruh dunia mencapai lebih dari 1,3 milyar orang atau sekitar 31% jumlah penduduk dewasa di dunia dengan peningkatan sebesar 5,1% lebih besar dari tahun 2000-2010 (Bloch, 2016). Penyakit hipertensi telah membunuh 9,4 juta warga dunia setiap tahunnya. Ada satu miliar orang yang terkena hipertensi, dan akan terus meningkat seiring jumlah penduduk yang membesar. Persentase penderita hipertensi saat ini paling banyak terdapat di negara berkembang (WHO, 2011). Data prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 31,7% (Risikedas, 2013).

Daya terima sendiri sebagai tolak ukur kepuasan pasien. Daya terima makanan adalah penerimaan terhadap makanan yang disajikan dapat diterima oleh konsumen, tolak ukur keberhasilan penyelenggaraan makanan adalah makanan yang disajikan dapat diterima dan makanan tersebut habis termakan tanpa meninggalkan sisa makanan (Fika, 2016). Daya terima dilihat dari sisa makanan yang banyak, mengakibatkan pembengkakan biaya makan pasien. Rata-rata biaya sisa makanan dari rata-rata sisa makanan terbesar ada pada pasien dengan status akut pada ruang perawatan UPI sebesar Rp 8.940,00 dengan rata-rata sisa makanan 41.3% dari seluruh jenis makanan yang dikonsumsi, sedangkan pada pasien di ruang *Maintenance* biaya sisa makanan yang terbuang sebesar Rp 811,00 dengan rata-rata sisa makanan 7,81%. Penelitian pada pasien rawat inap di salah satu Rumah Sakit Umum diketahui rata-rata biaya sisa makanan yang terbuang dalam sehari sebesar Rp 2.939,00 (Pratiwi, 2015). Penelitian lain pasien

rawat inap di salah satu Rumah Sakit Jiwa diketahui rata-rata biaya sisa makanan yang terbuang sebesar Rp 1.529,33 atau 9.97% (Irawati *et al*, 2010).

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Menurut hasil kajian pustaka karakteristik sampel bahwa daya terima pasien hipertensi paling banyak pada penderita hipertensi berjenis kelamin perempuan, pada usia pertengahan (*midle age*) pada kelompok rentang pendidikan rendah yaitu sekolah dasar.
2. Biaya sisa makan pada pasien hipertensi juga dipengaruhi oleh umur dan jenis kelamin yaitu sebagian besar pada jenis kelamin perempuan di usia pertengahan (*midle age*).
3. Hasil kajian pustaka juga menyebutkan bahwa lama rawat pasien pada pasien hipertensi Stage 2 memerlukan lama rawat lebih lama.
4. Daya terima dilihat dari sisa makanan yang banyak, mengakibatkan pembengkakan biaya makan pasien. Rata-rata biaya sisa makanan dari rata-rata sisa makanan terbesar ada pada pasien dengan status akut.

B. Saran

Penelitian bagi penyelenggaraan makanan rumah sakit untuk selalu memperhatikan daya terima makanan dengan memperhatikan factor-factor yang mempengaruhi daya terima makanan khususnya pasien hipertensi. Untuk mengurangi biaya dan lama perawatan dirumah sakit. Karena tolak ukur

keberhasilan penyelenggaraan makanan adalah makanan yang disajikan dapat diterima dan makanan tersebut habis termakan tanpa meninggalkan sisa makanan.

Saran penelitian selanjutnya yaitu mengembangkan penelitian dengan menggunakan metode yang paling akurat daya terima makanan menggunakan metode food weighing dirumah sakit, biaya makanan dan lama rawat dengan penelitian juga langsung dirumah sakit tidak dengan kajian pustaka.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S, (2010). Gizi Seimbang dalam Daur Kehidupan. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Arum. (2015). Stroke, Kenali, Cegah dan Obati. Yogyakarta : Notebook. Dalam : NenengGetreda Sufmela (2019); Studi Kasus Proses Asuhan Gizi Terstandar Pada Pasien Stroke Hemoragik Dan Non Hemoragik Rawat Inap Di Ruang Anggrek Rsud Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupan
- Bambungan, Yulinda Margareth Oetari, R., Satibi. (2017). Analisis Biaya Pengobatan Hipertensi Pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Sorong. Tunas Tunas Riset Kesehatan. Vol.7(2): 72-76
- Bloch, M. J. (2016). Worldwide Prevalence of Hypertension Exceeds 1.3 Billion. *Journal of The American Society of Hypertension*. 10(10): 753-754.
- Brunner & Suddarth, 2002. dalam Hernawan, Siti Arifah (2012) Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Hipertensi Dengan Sikap Kepatuhan Dalam Menjalankan Diit Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Andong Kabupaten Boyolali. Mahasiswa Fakultas ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Bustan, M. Nadjib. (2015) Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular: Cetakan I. Jakarta: PT Rineka Cipta. 2015
- Darmojo, (2010), Keperawatan Gerontik, Jakarta ; EGC.
- Departemen Kesehatan RI. (2003). PGRS Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta.
- Dita Julia, S,A,A, (2018) Hubungan daya terima makanan dengan biaya sisa Makanan pada pasien Skizofrenia, *Darussalam Nutrition Journal*, Mei 2018, 2(1):19-28.
- Farihah, A., & Sari, R. M. (2016). Analisis *Activity Based Costing* System Dalam Menentukan Harga Jual Produk. *Jurnal Penelitian Teori & Terapan Akuntansi*, 1(1), 54-72.
- Fika Agustina. (2016), Hubungan Antara Daya Terima Makanan Dengan Tingkat Kepuasan Pelayanan Gizi Pasien Hipertensi Rawat Inap Di Rsup Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten . Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta 2016.

- Ernalina, Y, (2014). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien di ruang penyakit dalam dan ruang bersalin terhadap pelayanan makanan pasien di RSUD Mandau Duri tahun 2014. *Jurnal Gizi STIKes Tuanku Tambusai Riau*, 4(3): 36-47.
- Hairil. A, Eko B. S. (2020). Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Hipertensi Pada Masyarakat (Studi Kasus Di Kecamatan Passi Barat Kabupaten Bolaang Mongondow). *Mppki Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*. Mppki (Januari, 2020) Vol. 3. No. 1.
- Hardinsyah, Supariasa (2017) *Ilmu Gizi Teori & Aplikasi*, Penerbit Buku Kedokteran EGC-2479 AIPU 2017
- Haryani, Ira Suprpto. (2014). *Menu Ampuh Atasi Hipertensi*. Yogyakarta: Notebook. 2014
- Ilham Sunarya, Widyana Lakshmi Puspita. (2018) Perbandingan Daya Terima Makanan Serta Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pada Sistem Penyelenggaraan Makanan Swakelola Dan Outsourcing Pontianak *NutritionJournal (Pnj)-Vol.01No.02Tahun2018*.
- Irawati, Prawiningdyah, Y. & Budiningssari, D., (2010). Analisis Sisa Makanan Dan Biaya Sisa Makanan Pasien Skizofrenia Rawat Inap Di Rumah Sakit Jiwa Madani Palu. *Jurnal Giziz Klinik Indonesia*, Vol-6 No: 5. Pp.123–131.
- Kartika Sari. (2012). *Buku Ajar Kesehatan Mental*. UPT UNDIP Press Semarang.
- Kemendes RI dan WHO Indonesia (2015). *Buku Saku Asuhan Gizi Di Puskesmas. Pedoman Pelayanan Gizi Bagi petugas Kesehatan*. www.edukia.org/.../Buku-Saku-Asuhan-Gizi-di-Puskesmas-complete1.pdf
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Hasil riset Kesehatan Dasar (2013). Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
- Kristiawan P.A. Nugroho. (2019). Faktor Resiki Penyebab Kejadian Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidorejo Lor Kota Salatiga. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*. Vo.10 No.1 Januari 2019.
- Kurnia, (2010), Hubungan Waktu Tunggu Dan Suhu Makanan Dengan Daya Terima Makanan Di RSUD dr Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang.

- Michael, D,S,W,C. (2014). Tata Laksana Terkini pada Hipertensi. Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Krida Wacana. J. K. Meditek Vol 20, No. 52, Jan-April 2014
- Dian Berdhika. S. L. (2012). Hubungan Penampilan Makanan dan Faktor Lainnya dengan Sisa Makanan Biasa Pasien Kelas 3 Seruni RS Puri Cinere Depok Bulan April-Mei 2012. Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Sarjana Gizi Depok Juni 2012 DEPOK. Universitas Indonesia
- Nida (2011). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Sisa Makanan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Jiwa Sumbang Lihum. Banjarbaru: STIKES Borneo.
- Pertemuan Ilmiah Nasional, 2007. dalam Fika .A (2016) Hubungan Antara Daya terima Makanan Dengan tingkat Kepuasan Pelayanan Gizi Pasien Hipertensi Rawat Inap Di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro KLATEN. Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan Unifersitas Muhammadiyah Surakarta.
- Pramana.(2016). Dalam Suparta, Rasmi 2018 Hubungan Genetik dan Stress dengan Kejadian Hipertensi. Program Studi Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Sidrap. Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Sidrap. JIKP©JURNAL ILMIAH KESEHATAN PENCERAH Volume 7 Nomor 2 Bulan Desember Tahun 2018 • ISSN:2089-9394
- Pratiwi, (2015) dalam Baiq Winda Sari Febri (2018) Analisa Biaya Yang Hilang Dari Sisa Makanan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram Yang mendapatkan Makanan Biasa Jurnal Gizi Prima Vol.3, Edisi.1, Maret 2018, pp. 28~34
- Puspitasari Aprillia, Dini Tania B, Gina Zaipa, Jayanti I L, Vina N S . (2014). “Asuhan Keperawatan dan Penatalaksanaan Pasien Hipertensi”. Laporan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Ratnasari, 2003 Dalam: Nadia C, Etti S, Ernawati N. (2016). Konsumsi Dan Daya Terima Pasien Rawat Inap Penyakit Kardiovaskular Terhadap Makanan Yang Disajikan Rsup H. Adam Malik Medan. Alumni Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Usu. Staf Pengajar Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Isabelita Welviana, (2018). Gambaran Umum Sisa Makanan Dan Status Gizi Pada Pasien Hipertensi Yang Menerima Diet Rendah Garam Di Rumah Sakit Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Pontianak. Jurusan Gizi,

Poltekkes Kemenkes Pontianak, Indonesia. Pontianak Nutrition Journal (Pnj) - Vol. 01 No. 01 Tahun 2018.

Sudarmoko, A. (2015). Sehat Tanpa Hipertensi. Yogyakarta: Cahya Atma Pustaka. 2015

Sudra, Rano Indradi, (2010) Statistik Rumah Sakit – Dari Sensus Pasien & Grafik Barber Jhonson Hingga Statistik Kematian & Otopsi. Graha Ilmu : Yogyakarta. 2010.

Sugiarta, I.G.R.M dan Satriyasa, B. K. (2015). Karakteristik Penderita Hipertensi Yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2013. Jurnal Medika Udayana. 4(11)

Sugiyanto, W., 2004. Dalam : Bachyar B. (2018) Sistem Penyelenggaraan Makanan Institusi.

Suiraoaka, IP. (2012). Penyakit Degeneratif: Mengenal, Mencegah dan Mengurangi, Faktor Risiko 9 Penyakit Degeneratif. Yogyakarta: Nuha Medika.

Sutanto. (2010). Cekal (Cegah dan Tangkal) Penyakit Modern Hipertensi, Stroke, Jantung, Kolestrol, dan Diabetes. Yogyakarta: C.V Andi Offset.

Tumenggung, I (2013). Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Di RSUD TotoKabila Kabupaten Bone Bolong, Vol1.

Wahyuningsih, Retno. (2013). Penatalaksanaan Diet Pada Pasien. Yogyakarta : Graha Ilmu

Wartawan, I. W. (2012). Analisis Lama Hari Rawat Pasien yang Menjalani Pembedahan di Ruang Rawat Inap Bedah Kelas III RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2011.

Wayansari; Anwar; Amri, (2018), Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Bahan Ajar, Manajemen Sistem Penyelenggaraan Makanan Institusi.

WHO. (2018). Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva: World Health Organization. [serial online]. [cited 2020 Feb 02]. Available from <https://www.who.int/>. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2016.

Widyastuti Dan Pramono (2014). Damal: Yessi Marlina, S.Gz, Mph1, Fitriani, Mkm2, Rivera Ulfa. Gambaran Penampilan Makanan Dan Daya Terima

Makanan Lunak Di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional. Poltekkes Kemenkes Riau.

Wirakusumah. (1998) Dalam Christoper (2012). Hubungan Rasa Makanan, Penampilan Makanan & Faktor Lainnya Terhadap Daya Terima Makanan Lunak Pada Pasien Dewasa Di Gedung Perawatan Umum Rspad Gatot Soebroto Jakarta [Skripsi]. Jakarta: Fkm UI

World Health Organization. (2011) A global brief on hipertension : Silent Killer, global public health cisis.

Woro Riyadina. (2019) Hipertensi Pada Wanita Menopause. Kemenkes RI. Pusat Penelitian Dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan LIPI.

Yulistina, Fera., Sri Maryati Deliana., & Eunike Raffy Rustiana. (2017). Korelasi Asupan Makanan, Stres, dan Aktivitas Fisik dengan Hipertensi Pada Usia Menopause. Unnes Journal of Public Health. 6(1): 35-42.

Yuriah, Aas., Ari Tri Astuti., & Inayah Inayah. (2019). Hubungan Asupan Lemak, Serat dan Rasio Lingkar Pinggang Panggul dengan Tekanan Darah Pasien Hipertensi di Puskesmas Gondokusuman I. 2(2): 115-124.

LAMPIRAN

Lampiran

RANGKUMAN IDENTIFIKASI JURNAL

| No | Judul | Penulis | Jurnal | Jenis dan metode penelitian | Sampel | Hasil/kesimpulan penelitian | Saran penelitian |
|----|---|---|---|-----------------------------|--|---|---|
| 1. | Pengaruh Suhu Makanan Terhadap Daya Terima Makanan Di Rumah Sakit | Akila Lalita Widi', AASP Chandra Dewi', Reni Sofiyatin' dan Luh Suranadi' | Jurnal Gizi Prima (Frim e Nutrition Journal) Vol.5, Edisi 2, September 2020 | Studi literature | review 3 jurnal yang mendekati dengan judul penelitian | <p>Hasil dari jurnal yang review, 3 diantaranya menyatakan ada pengaruh suhu makanan terhadap daya terima makanan, 1 menyatakan tidak ada pengaruh suhu makanan terhadap daya terima makanan karena ada faktor lain yaitu faktor internal maupun eksternal. kirsan suhu makanan yang disajikan paling baik yaitu pada waktu makan siang 35°C-44,9°C dan pada menu sayur rata- rata suhu yang disajikan <60°C.</p> <p>Dan simpulan sebagai berikut:</p> <p>menyatakan ada pengaruh suhu makanan terhadap daya terima makanan bahwa menu sayuran yang paling banyak menyisakan makanan dan sisa makanan terbanyak pada waktu makan pagi dengan kisaran suhu makanan yang disajikan paling baik yaitu</p> | <p>Saran penelitian penyelenggaraa n makanan untuk selalu memperhatikan daya terima makanan pada waktu pagi hari dan memperhatikan suhu makanan serta manajemen waktu mulai dari pengolahan, pemorsian dan pendistribusian terutama pada makan malam agar waktu distribusi tepat dengan suhu makanan yang disajikan masih hangat.</p> <p>Saran penelitian</p> |

| | | | | | | | |
|----|---|---------------------------------|---|------------------------------------|------------------|--|---|
| | | | | | | pada waktu makan siang 35°C-44,9°C dan pada menu sayur rata-rata suhu yang disajikan <60°C. | selanjutnya yaitu mengembangkan penelitian dengan menggunakan metode yang paling akurat (daya terima makanan menggunakan metode food weighing dan pengukuran suhu makanan dengan thermometer) |
| 2. | Hubungan Antara Lama Hari Rawat Dengan Antrian Masuk Rumah Sakit Pada Pasien Bpjs Di Rs. Islam Jemursari Surabaya | Agustina Ekawati, Wiwik Afridah | Ilmiah Kesehatan, Vol 8, No 1, Februari 2015. | Metode penelitian cross sectional. | Sampel 73 pasien | Hasilnya ada hubungan antara lama hari rawat dengan antrian masuk rumah sakit, dimana hasil hasil penelitian didapatkan lama hari rawat atau ALOS pasien BPJS sebagian besar (74,0%) pasien tidak standar, dan hampir seluruhnya (85,0%) pasien BPJS antri untuk masuk rumah sakit. Uji statistik Fisher's Exact Test, didapatkan $p = 0,029$ berarti $p < \alpha = 0,05$ artinya H_0 ditolak. Dan simpulan sebagai berikut: Pasien BPJS di RS Islam | Saran penelitian diharapkan Rumah Sakit lebih mengoptimalkan lama hari rawat pasien atau menambahkan bed. |

| | | | | | | | |
|----|---|--|---|---|------------------|--|---|
| | | | | | | Jemursari Surabaya sebagian besar lama hari rawatnya tidak standar antara < 3 dan >12 hari, Ada hubungan antara lama hari rawat dengan antrian masuk rumah sakit pasien BPJS di RS Islam Jemursari Surabaya. | |
| 3. | Analisis Biaya Yang Hilang Dari Sisa Makanan Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram | Baiq Winda Sari Febri, AASP Chandradewi, Irianto dan Reni Sofiyatin Alumni | Gizi Prima Vol.3, Edisi. 1, Maret 2018, | Metode penelitian cross sectional. Dengan metode tafsiran visual comstock | Sampel 625 orang | Hasilnya setelah dilakukan uji logistik regresi ganda diperoleh hasil uji, dimana diperoleh data R Square sebesar 0.132 yang berarti bahwa karakteristik pasien seperti umur, jenis kelamin, jenis penyakit dan penilaian pasien terhadap cita rasa makanan meliputi warna, aroma, rasa, penyajian dan variasi makanan yang disajikan rumah sakit hanya berkontribusi sebesar 13.2% sebagai faktor yang mempengaruhi terjadinya Sisa makanan biasa pasien, sedangkan 86.7% terjadinya sisa makanan biasa di RSUD Kota Mataram dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak diteliti. Biaya yang hilang dari sisa makanan biasa berdasarkan hasil pengukuran terhadap sisa makanan biasa pasien dengan metode penimbangan yang dilakukan selama 10 hari yang kemudian dibandingkan | Saran penelitian perlu adanya penelitian lebih lanjut untuk mengukur sisa makanan di semua keles perawatan dan semua jenis diet sehingga dapat menggambarkan sisa makanan dan biaya terbuang secara keseluruhan |

| | | | | | | | |
|----|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------|--|---|
| | | | | | | <p>dengan standar porsi dan standar harga bahan makanan Instalasi Gizi RSUD Kota Mataram.</p> <p>Dan simpulan sebagai berikut:</p> <p>Hasilnya rata-rata sisa makanan biasa pasien sebesar 17.1% dengan biaya yang hilang dari sisa makanan pasien tertinggi pada siklus menu ke-10 yang diakibatkan oleh tingginya sisa makanan pada jenis lauk hewani dengan persentase sisa makanan sebesar 22.8%. sedangkan rata-rata biaya yang hilang dari sisa makanan biasa pasien sebesar Rp. 1521,- per plato makanan.</p> | |
| 4. | Gambaran Penilaian Status Malnutrisi Dan Lama Rawat Inap Pasien Hipertensi Di RSUD Ir. | Sukoharjo Andi Kurniawan', Rusjiyanto | Jurnal Gizi Volume 8 No 2 Tahun 2019 | penelitian deskriptif dengan pendekatan observasional dan rancangan penelitian | 24 responden | Hasilnya responden dengan hipertensi stadium 2 dengan lama rawat inap sebanyak 52%. Responden hipertensi stadium 2 dengan lama rawat yang tergolong sedang sebanyak 52%. Gizi responden pasien adalah A atau tidak malnutrisi | Saran Penilaian status malnutrisi diawal pasien masuk rumah sakit dapat menggunakan metode SGA untuk mendeteksi kejadian resiko |

| | | | | | | | |
|----|--|---|--|--------------------|-----------------|--|---|
| | Soekarno Sukoharjo | | | n cross sectional. | | <p>Dan simpulan sebagai berikut:</p> <p>Pasien dengan hipertensi stadium 2 yang memiliki lama rawat inap sedang sebanyak 52%. Sedangkan pasien hipertensi stage 2 yang mempunyai status gizi kurang dan buruk berturut-turut 21,2% dan 10,5%. Sebagian besar skore SGA pasien adalah A. atau tidak malnutrisi.</p> | <p>malnutrisi. Sedangkan bagi pasien hendaknya selalu memperhatikan status malnutrisi. Selain itu juga agar dapat manajemen stress yang dapat peningkatan stadium hipertensi.</p> |
| 5. | Hubungan Sisa Makanan Terhadap Lama Hari Rawat Dan Biaya Pasien Dengan Penjamin Jamkesmas Dan Jampersal Diet Makanan Biasa Di Ruang Rawat Inap RSUD Raden Mattaher | Iswanto", Toto Sudargo", Yeni Prawinin gdyah" | Jurnal Akad emika Baitur rahim Vol.5, No.1, Maret 2016 | Cross Sectional. | Sampel 92 orang | <p>Hasilnya hubungan sisa makanan dengan lama hari rawat, menurut jenis sisa lauk hewani dan buah, analisa dengan uji statistik fisher's exact menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara sisa lauk hewani dan buah dengan lama rawat ($p < 0,05$) dan hubungan sisa makanan dengan biaya pasien tidak ada hubungan yang bermakna antara sisa makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur dan buah dengan rata-rata biaya responden selama perawatan ($p > 0,05$).</p> <p>Dan simpulan sebagai berikut:</p> | <p>Saran penelitian manajemen khususnya Direktur Pelayanan dan dapat kesempatan lebih luas kepada tenaga Instalasi Gizi untuk mengikuti pelatihan atau short Course yang berkaitan penyelenggaraan makanan.</p> |

| | | | | | | | |
|----|--|---|---------------------------------|---|----------|--|---|
| | Jambi Kelas Iii | | | | | <p>Responden yang memiliki lama hari rawat panjang (> 9 hari) sebanyak 11 orang (12%), sedangkan lama hari rawat pendek (< 9 hari) sebanyak 81 orang (88%). Lebih dari rata-rata biaya responden selama perawatan sebanyak 45 (48,9%) sedangkan kurang dari sama dengan rata-rata biaya responden selama perawatan sebanyak 47 (51,1%). Tidak ada hubungan yang bermakna antara sisa makanan pokok, sayur dan lauk nabati dengan lama hari rawat</p> <p>sedangkan menurut jenis sisa lauk hewani dan buah menunjukkan ada hubungan yang bermakna. menurut jenis sisa makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur dan buah tidak ada hubungan yang bermakna dengan rata-rata biaya responden selama perawatan. orang (4,3%).</p> | |
| 6. | Asupan Makanan , Status Gizi Dan Lama Hari Rawat Inap Pada | Dhian Ayudhia Kasim', Vera T. Harikedua', Olga L. Paruntu | GIZID O Volume 8 No. 2 November | Penelitian ini merupakan penelitian/ deskriptif | 43 orang | Ada hubungan asupan Aa dengan status gizi, status gizi dan lama status. Gizi buruk dapat mempengaruhi fungsi dan penyembuhan setiap organ, seperti perubahan berat badan, fungsi jantung | Saran bagi institusi agar dapat menerapkan proses asuhan gizi pada setiap pasien dengan |

| | | | | | | | |
|----|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|-----------|--|--|
| | Pasien Penyakit Dalam Di Rumah Sakit Advent Manado | | 2016 | analitik observasional dengan studi potong lintang atau Cross sectional, | | dan ginjal menurun, gangguan sistem saluran pencernaan, infeksi bakteri atau parasit dan luka yang sulit sembuh akibat daya tahan tubuh menurun, penurunan kapasitas reproduktif. -sindrom makan, dan depresi pada pasien, sehingga penting menjadi perhatian rumah sakit minggu untuk melakukan perbaikan status gizi dengan pemenuhan kebutuhan energi dalam upaya mendukung proses penyembuhan pasien. Kriteria pasien dewasa, telah menjalani pengobatan minimal 2 hari dan mendapatkan makanan rumah sakit Sebanyak 74,4% pasien rawat inap di RS Advent Manado memiliki tingkat asupan $\leq 80\%$. Status gizi buruk sebanyak 32,6 % dan lama tinggal sebanyak 32,6% dan lama tinggal sebanyak 76,7% dengan kategori > 6 hari. | menggunakan skrining gizi, pemberian terapi gizi, memonitorng dan evaluasi, serta mempunyai staf ahli gizi yang bertanggung jawab dimasing-masing ruangan. |
| 7. | Analisis Biaya Yang Hilang Dari Sisa Makanan Pasien Di | Amanda Umihani, Adriyan Pramono " | .Journal of Nutrition College, Volu | Jenis penelitian ini merupakan penelitian | 24 pasien | Sisa makanan yang berkorelasi dengan biaya yang hilang antara lain adalah nasi ($r = 0.412$), lauk hewani ($r = 0,505$), dan sayur ($r = 0,668$), Sisa lauk nabati tidak berkorelasi dengan biaya | Saran RSUD Dr. Adhyatma, MPH melakukan evaluasi menu pada setiap siklus menu |

| | | | | | | | |
|--|------------------------|--|----------------------------|--|--|--|--|
| | Rsud Dr. Adhyatma, Mph | | me 4, Nomor 1, Tahun 2015, | observasi dengan rancangan penelitian cross sectional. | | yang hilang ($r = 0,142$). Dan simpulan sebagai berikut: Sisa nasi, lauk hewani, dan sayur berkorelasi dengan biaya yang hilang akibat sisa makanan. | yang dilakukan. Langkah sederhana adalah untuk lebih memperhatikan kesesuaian porsi yang dapat diatasi dengan standarisasi alat pemorsian dan memberikan pelatihan terhadap peamu masak. |
|--|------------------------|--|----------------------------|--|--|--|--|