

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

a. Letak Geografis

Berdiri sejak 21 November 2012, Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara (BLUD RSU Bahteramas) berpindah lokasi dari jalan Dr. Ratulangi No. 115 Kelurahan Kemaraya Kecamatan Mandonga, menjadi Jalan Kapt.Piere Tendeau No.40 Baruga. Lokasi tersebut sangat strategis karena mudah dijangkau oleh masyarakat dan kendaraan umum dengan batas-batas wilayah sebagai berikut:

- 1) Sebelah Utara : Jalan Kapten Piere Tendeau
- 2) Sebelah Timur : BTN PNS Kendari
- 3) Sebelah Selatan : Polsek Baruga
- 4) Sebelah Barat : Balai Pertanian Provinsi

b. Lingkungan Fisik

Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara (BLUD RSU Bahteramas) terdiri di atas tanah seluas 17,5 Ha. Luas seluruh dalam RSU Bahteramas Kota Kendari Bangunan adalah 53,269 m². Luas bangunan yang terealisasi sampai dengan akhir tahun 2012 adalah 35.410 m². Bangunan yang ada mempunyai tingkat aktivitas yang sangat tinggi. Pengelompokan ruangan berdasarkan

fungsinya sehingga menjadi empat kelompok kegiatan yaitu pelayanan sakit, kelompok kegiatan penunjang medis, kelompok penunjang non medis, dan kelompok kegiatan administrasi.

c. Status Rumah Sakit

Pada tahun 1969/1970 berdasarkan SK Menkes No. 51/Menkes/II/1979 yang dikeluarkan tanggal 22 februari 1979. Pemerintah Provinsi Sulawesi Tenggara membangun Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara secara bertahap tahun 1967/1970 dengan sebutan “Perluasan Rumah Sakit Kendari” dengan klasifikasi tipe C. Susunan struktur organisasi berdasarkan SK Gubernur Provinsi Sulawesi Tenggara No.77 Tahun 1983 pada tanggal 28 Maret 1984.

Kemudian, tertanggal 28 Desember 1998, Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara mengalami peningkatan klasifikasi menjadi tipe B (Non Pendidikan) sesuai dengan SK Menkes No. 1482/Menkes/SK/XII/1998, yang ditetapkan dengan Perda No. 3 Tahun 1999 tanggal 8 Mei 1999.

Secara teknis, kedudukan RSU Provinsi Sulawesi Tenggara berada dibawah Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara dan secara operasional berada dibawah dan tanggung jawab kepada Gubernur, sesuai dengan kebutuhan pendidikan medis Sulawesi Tenggara. Oleh karena itu, sejak tahun 2011 Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara telah terakreditasi menjadi Rumah Sakit Tipe B Pendidikan.

Pada tanggal 18 Januari 2005, RSU Provinsi Sulawesi Tenggara telah terakreditasi dalam 5 pelayanan antara lain Administrasi Manajemen,

Pelayanan Medik, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan dan Pelayanan Rekam Medik, sesuai dengan SK Dirjen Yanmed No.HK. 00.07.4.5.139. Selanjutnya terakreditasi 12 pelayanan dalam SK Dirjen Yanmed No.HK. 00.07.4.5.139. tertanggal 31 Desember 2010, yang meliputi Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medik, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Rekam Medik, Pelayanan Radiologi, Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Farmasi, Pelayanan Peristi, Pelayanan Kamar Operasi, Pelayanan Pencegahan Infeksi, serta Pelayanan Kesehatan dan Keselamatan Kerja.

Sesuai dengan undang-undang Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 dan untuk meningkatkan mutu pelayanan, maka BLUD RSUD Bahteramas Provinsi Sultra telah menjadi Badan Layanan Umum Daerah yang ditetapkan melalui Surat Keputusan Gubernur Nomor: 653 Tahun 2010 tertanggal 15 Oktober 2010. Pada tanggal 21 November 2012, RSUD Provinsi Sulawesi Tenggara telah pindah lokasi dan berubah nama menjadi Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara (RSUD Bahteramas Prov.Sultra) yang diresmikan penggunaannya oleh Menteri Koordinator Bidang Ekonomi dan Keuangan Republik Indonesia, Ir. H. Hatta Rajasa dan Gubernur Sulawesi Tenggara, H. Nur Alam, S.E.

d. Sarana dan Prasarana

1) Bangunan Fisik

Rumah Sakit Umum Bahteramas memiliki sarana dan prasarana yang terdiri dari bangunan fisik seluas 35,410 m².

2) Prasarana

- a) Listrik dari PLN tersedia 1400 KVA dibantu dengan 2 unit genset (2x250 KVA)
- b) Air yang digunakan di BLUD RSUD Bahteramas berasal dari sumur dalam, sumur bor, dan PDAM
- c) Sarana komunikasi berupa jaringan internet
- d) Sistem alarm kebakaran, hidrant, dan tabung pemadam kebakaran di semua gedung
- e) Pembangunan limbah yaitu: limbah padat adalah insenerator dan limbah cair adalah IPAL
- f) Sebuah mesjid

2. Karakteristik Sampel

Data distribusi karakteristik sampel disajikan pada tabel berikut:

Tabel 7
Distribusi Sampel Berdasarkan Karakteristik

No	Karakteristik	n	%
1	Jenis kelamin		
	Laki-laki	17	42.5
	Perempuan	23	57.5
	Total	40	100.0
2	Usia		
	17-25	5	12.5
	26-35	5	12.5
	36-45	8	20.0
	46-55	7	17.5
	56-65	13	32.5
	>65	2	5.0
Total	40	100.0	
3	Pendidikan		
	SD	13	32.5
	SMP	7	17.5
	SMA	15	37.5
	S-1/sederajat	5	12.5
Total	40	100.0	
4	Pekerjaan		
	IRT (ibu rumah tangga)	15	37.5
	Wiraswasta	13	32.5
	Petani/nelayan	8	20.0
	Pelajar/mahasiswa	4	10.0
Total	40	100.0	
5	Agama		
	Islam	35	87.5
	Kristen	1	2.5
	Hindu	4	10.0
Total	40	100.0	

Sumber : Data Primer Diolah 2023

Berdasarkan tabel 7 distribusi karakteristik sampel pasien rawat inap kelas III RSUD Bahteramas menunjukkan bahwa karakteristik sampel berdasarkan jenis kelamin sebagian besar perempuan 57,5% (n=23) selebihnya laki-laki

42,5% (n=17). Karakteristik umur sebagian besar pada kelompok usia 56 sampai dengan 65 tahun 32,5% (n=13) dan kelompok usia 46 sampai dengan 55 tahun 17,5% (n=7). Karakteristik sampel berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar lulusan SMA 37,5% (n=15), Karakteristik sampel berdasarkan pekerjaan sebagian besar memiliki pekerjaan IRT (ibu rumah tangga) sebanyak 37,5% (n=15).

3. Hasil Analisis Univariat

a. Tingkat Konsumsi Energi

Tingkat Konsumsi Energi dapat dilihat pada tabel 8 berikut:

Tabel 8

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Konsumsi Energi

Konsumsi Energi	Total	
	n	%
Cukup	18	45,0
Kurang	22	55,0
Total	40	100.0

Sumber : Data Primer Diolah 2023

Berdasarkan tabel 8 dapat dilihat bahwa sebesar sampel, memiliki tingkat konsumsi energi cukup yaitu sebanyak 45,0% (n=18), selebihnya memiliki konsumsi energi kurang sebanyak 55,0% (n=22).

b. Konsumsi Protein

Tingkat Konsumsi Protein dapat dilihat pada tabel 9 berikut:

Tabel 9

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Konsumsi Protein

Konsumsi protein	Total	
	n	%
Cukup	14	35,0
Kurang	26	65,0
Total	40	100

Sumber : Data Primer Diolah 2023

Berdasarkan tabel 9 dapat dilihat bahwa sebagian besar sampel, memiliki tingkat konsumsi protein kurang sebanyak 65,0% (n=26). Dan cukup yaitu sebanyak 35,0% (n=14).

b. Tingkat Kepuasan Pelayanan makanan

Merupakan tingkat kepuasan yang diterima dari hasil pelayanan makanan. Meliputi :

1. Jadwal makan

Tabel 10

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jadwal Makan

Jadwal Makan	Total	
	n	%
Puas	34	85.0
Tidak puas	6	15.0
Total	40	100.0

Sumber : Data Primer Diolah 2023

Berdasarkan tabel 10 dapat dilihat bahwa sebesar sampel, memilih dengan kategori puas terhadap kepuasan pelayanan makanan (jadwal makan) yaitu sebesar 85,0% (n=34), dan tidak puas 15,0% (n=6%).

2. Sikap Petugas

Tabel 11

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Sikap Petugas

Sikap Petugas	Total	
	n	%
Puas	34	85.0
Tidak Puas	6	15.0
Total	40	100.0

Sumber : Data Primer Diolah 2023

Berdasarkan tabel 11 dapat dilihat bahwa sebagian besar sampel, memilih dengan kategori puas terhadap kepuasan pelayanan makanan (sikap petugas) yaitu sebesar 85,0% (n=34), dan tidak puas sebesar 15,0% (n=6%).

3. Kualitas Makanan

Tabel 12

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kualitas Makanan

Kualitas Makanan	Total	
	n	%
Puas	34	85,0
Tidak puas	6	15,0
Total	40	100.0

Sumber : Data Primer Diolah 2023

Berdasarkan tabel 12 dapat dilihat bahwa sebagian besar kategori puas terhadap kepuasan pelayanan makanan (kualitas makanan) yaitu sebesar 85,0% (n=34), dan tidak puas 15,0% (n=15).

c. Status Gizi

Status gizi dapat dilihat pada tabel 13 berikut :

Tabel 13

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Gizi

Status Gizi	Total	
	n	%
Normal	21	52.5
Kurus	19	47.5
Total	40	100.0

Sumber : Data Primer Diolah 2023

Berdasarkan tabel 13 dapat dilihat bahwa sebagian besar sampel, memiliki status gizi normal yaitu sebanyak 52,5% (n=21), dan kurus sebanyak 47,5% (n=19).

4. Hasil Analisis Bivariat

a. Hubungan Tingkat Konsumsi Energi dengan Status Gizi Pasien

Hasil distribusi hubungan tingkat konsumsi energi dengan status gizi pasien dapat dilihat pada tabel 14 berikut ini;

Tabel 14

Hubungan Tingkat Konsumsi Energi dengan Status Gizi pasien

Konsumsi Energi	Status gizi				Total		p- value
	Normal		Kurus		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Cukup	13	32,5	5	12,5	18	45,0	0,024
Kurang	8	20,0	14	35,0	22	55,0	
Total	21	52,5	19	47,5	40	100	

Berdasarkan tabel 14 didapatkan data, dari 45,0 % (n=18) orang sampel yang memiliki tingkat konsumsi energi cukup dengan status gizi

normal 32,5 % (n=13) dan kurus 12,5 % (n=5) sedangkan tingkat konsumsi energi kurang dengan status gizi normal 20,0 % (n=8) dan kurus 35,0 % (n=4). Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin kurang asupan energi yang di konsumsi maka semakin kecil pula asupan zat gizi di dalam tubuh. Dengan hasil analisis statistik menunjukkan nilai *p- value* sebesar 0,024. Hal ini berarti menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi energi dengan status gizi pasien.

b. Hubungan Tingkat Konsumsi Protein dengan Status Gizi Pasien

Hasil distribusi hubungan tingkat konsumsi protein dengan status gizi pasien dapat dilihat pada tabel 15 berikut ini;

Tabel 15

Hubungan Tingkat Konsumsi Protein dengan Status Gizi pasien

Konsumsi protein	Status gizi				Total		p- value
	Normal		Kurus		n	%	
	n	%	n	%			n
Cukup	11	27,5	3	7,5	14	35,0	0,022
Kurang	10	25,0	16	40,0	26	65,0	
Total	21	52,0	19	47,5	40	100	

Berdasarkan tabel 15 didapatkan data, dari 35,0 % (n=14) orang sampel memiliki tingkat konsumsi protein cukup dengan status gizi normal 27,5 % (n=11) dan kurus 7,5 % (n=3), sedangkan tingkat konsumsi protein kurang dengan status gizi 25,0 % (n=10) dan kurus 40,0% (n=16). Hal ini menunjukkan bahwa semakin kurang tingkat konsumsi protein yang dikonsumsi, maka semakin kecil pula asupan zat gizi didalam tubuh.

Karena ada isi sel yang kurang dari 5 maka uji yang dipakai adalah Fishers Exact Test dengan hasil analisis statistik menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,022. Hal ini berarti menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi protein dengan status gizi pasien.

c. Hubungan Kepuasan Pelayanan Makanan dengan Status Gizi Pasien

Hasil distribusi hubungan tingkat kepuasan pelayanan makanan dengan status gizi pasien dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 16

Hubungan Tingkat Kepuasan Pelayanan Makanan dengan Status Gizi Pasien

Kepuasan pelayanan makanan	Status gizi				Total		p- value
	Normal		Kurus				
	n	%	n	%	n	%	1,000
Puas	18	45,0	16	40,0	34	85,0	
Tidak puas	3	7,5	3	7,5	6	15,0	
Total	21	52,5	19	47,5	40	100	

Berdasarkan tabel 16 didapatkan data, 85,0% (n=34) orang sampel memiliki tingkat kepuasan pelayanan makananan puas dengan status gizi normal 45,0% (n=18) dan kurus 40,0% (p=16) sedangkan yang tidak puas dengan status gizi normal 7,5% (n=3) dan kurus 7,5% (n=3). Karena ada isi sel yang kurang dari 5 maka uji yang dipakai adalah Fishers Exact Test dengan hasil analisis statistik menunjukkan nilai *p-value* sebesar 1,000. Hal ini berarti menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan kepuasan pelayanan makanan dengan status gizi pasien.

B. Pembahasan

1. Hubungan Tingkat Konsumsi Energi Dengan Status Gizi Pasien

Setiap orang dianjurkan konsumsi makanan yang cukup mengandung energi, agar dapat hidup dan dapat melaksanakan kegiatan sehari-hari. Asupan energi dapat dipenuhi dengan mengkonsumsi makanan sumber karbohidrat, protein dan lemak. Kecukupan energi seseorang ditandai oleh berat badan yang normal atau ideal. Tingkat konsumsi energi adalah konsumsi pangan yang di konsumsi selama 24 jam terakhir lalu di konversi menjadi kalori atau energi atau angka kecukupan gizi per hari setiap orang (Harianti, 2012).

Berdasarkan hasil di RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara penelitian menunjukkan bahwa dari 18 sampel dengan konsumsi energinya cukup sebesar 45,0 % dan 22 sampel dengan konsumsi energi kurang sebesar 55,0%. dari hasil pengamatan yang dilakukan saat penelitian beberapa pasien mengatakan bahwa nafsu makannya berkurang selama menjalani masa perawatan di rumah sakit hal itu disebabkan karena pengaruh obat serta adanya terapi seperti hemodialisa dan kemoterapi pada penderita gagal ginjal kronik dan kanker. Data tingkat konsumsi protein diambil dengan menggunakan kuesioner *food recall* 2x24 jam.

Berdasarkan uji *chi square* terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat konsumsi energi dengan status gizi pasien rawat inap kelas III di RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara dengan nilai yaitu $p=0,024$ yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi energi dengan status gizi pasien artinya semakin kurang asupan energi yang

dikonsumsi, maka semakin kecil pula asupan zat gizi di dalam tubuh. Asupan energi yang kurang akan berdampak pada ketersediaan zat gizi lainnya seperti karbohidrat, protein dan lemak sebagai energi alternatif dan jika berlangsung dalam waktu lama dapat menyebabkan perubahan berat badan dan kerusakan jaringan tubuh.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Fahmia,dkk (2012) yang menyatakan bahwa ada hubungan asupan energi dengan status gizi pada penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Tugurejo Semarang. dengan p-value 0.000.

Secara teori bahwa asupan energi yang baik, tidak akan menimbulkan mual dan muntah dengan cara diit diberikan energi yang cukup untuk mencegah infeksi atau kerusakan ginjal dan mempertahankan status gizi yang optimal apabila kecukupan energi tidak terpenuhi secara terus menerus, maka protein akan dipecah menjadi sumber energi dan menyebabkan meningkatnya sisa metabolisme protein berupa ureum darah.

Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian Putu,dkk (2020) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara asupan energi terhadap status gizi dan lama hari rawat inap pasien dewasa di RSUP sanglah Denpasar dengan p-value 0,384.

2. Hubungan Tingkat Konsumsi Protein Dengan Status Gizi Pasien

Protein yang berasal dari makanan berfungsi menyediakan asam amino esensial untuk sintesis protein jaringan, protein juga menyediakan nitrogen untuk sintesis asam amino non-esensial, asam nukleat, proteoglikan, dan molekul lain yang diperlukan. Komponen struktural yang akan dibentuk dari protein antara lain adalah otot, tulang, kuku, kulit, keratin, dan kolagen. Pembentukan dan pertumbuhan otot memerlukan jumlah dan campuran asam amino yang tepat demikian juga untuk perbaikan dan pemeliharaan. (Damayanti 2016).

Berdasarkan hasil di RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara penelitian menunjukkan bahwa dari 14 sampel dengan konsumsi protein cukup sebesar 35,0 % dan 26 sampel dengan konsumsi protein kurang sebesar 65,0%. dari hasil pengamatan yang dilakukan saat penelitian hal ini disebabkan karena kondisi pasien, adanya pengaruh atau efek samping konsumsi obat-obatan dan adanya terapi seperti hemodialisa dan kemoterapi sehingga muncul adanya rasa mual dan muntah, perubahan pola makan, mulut kering, perubahan rasa, bau, serta kehilangan nafsu makan. Data tingkat konsumsi protein diambil dengan menggunakan kuesioner *food recall 2x24 jam*.

Berdasarkan uji *chi square* terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat konsumsi protein dengan status gizi pasien rawat inap kelas III di RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara dengan nilai yaitu $p=0,022$ yang berarti ada hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi protein dengan status gizi. artinya semakin kurang asupan protein yang dikonsumsi,

maka semakin kecil pula asupan zat gizi di dalam tubuh. Pada orang sakit kebutuhan protein akan berbeda dengan orang sehat. Meningkatnya kebutuhan protein pada orang sakit bertujuan untuk meningkatkan sistem imun tubuh, serta mempercepat proses penyembuhan luka dan meningkatkan atau mempertahankan status gizi normal.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Fahmia,dkk (2012) yang menyatakan bahwa ada hubungan asupan protein dengan status gizi pada penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Tugurejo Semarang, dengan p-value 0.000.

Penderita gagal ginjal dengan dialisis dianjurkan asupan protein tinggi untuk mempertahankan keseimbangan nitrogen dan mengganti asam amino yang hilang selama dialisis, yaitu 1-1,2 g/kg BB/hari. Asupan protein dapat dipengaruhi oleh konsumsi protein yang rendah dalam diit. Pengaruh asupan protein memegang peranan yang penting dalam penanggulangan gizi penderita gagal ginjal kronik, karena gejala sindrom uremik disebabkan menumpuknya katabolisme protein tubuh. Oleh karena itu semakin baik asupan protein semakin baik pula dalam mempertahankan status gizinya.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Dewi,dkk, (2020) menunjukkan bahwa sebagian besar 51 orang (78,5%) asupan protein kurang karena adanya pengobatan seperti kemotrapi.

Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian Putu,dkk (2020) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara asupan energi terhadap status gizi dan lama hari rawat inap pasien dewasa di RSUP sangglah

denpasar dengan p-value 0,384.

3. Hubungan Tingkat kepuasan Pelayanan Makanan Dengan Status Gizi Pasien

Kepuasan pelayanan makanan merupakan gabungan dari rasa makanan, suhu makanan, suhu makanan, tingkat kematangan, penampilan makanan, kebersihan peralatan, penilaian petugas penyaji dan ketepatan pemberi makanan. (Semedi,kk, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat kepuasan pelayanan makanan dengan status gizi yaitu dengan nilai $p=1,000$. Hal ini disebabkan karena sebagian besar pasien (85%) menyatakan bahwa puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit baik dari segi aspek ketepatan waktu pada saat jadwal makan, sikap petugas dan kualitas makanan. Artinya kepuasan pelayanan makanan di rumah sakit sudah baik. Data kepuasan pelayanan makanan diperoleh dengan cara wawancara menggunakan panduan kuesioner.

Penelitian ini sejalam dengan Huda (2018), menunjukkan tidak ada hubungan kepuasan pelayanan makanan dengan status gizi dengan nilai $p=0,247$. hal ini disebabkan karena faktor yang mempengaruhi status gizi seperti aktivitas fisik. Kepuasan pelayanan makanan ditentukan dengan beberapa indikator diantaranya seperti variasi menu makanan, cara penyajian makanan, ketepatan waktu dalam menghidangkan makanan, keadaan tempat waktu makan, kebersihan makanan yang dihidangkan, sikap dan perilaku

petugas yang menghidangkan makanan (Suryawati dkk, 2006).

penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Nurqisthy dkk (2016) di Rumah Sakit Universitas Airlangga yang menyatakan bahwa sebagian besar pasien merasa puas terhadap ketepatan waktu pemberian atau penyajian makanan sebesar 67,6% dan yang menyatakan tidak puas sebesar 32,4%