

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pelayanan Gizi

2.1.1 Definisi Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi RS (PGRS) adalah salah satu dari 20 pelayanan wajib RS yang sesuai keputusan menteri kesehatan Nomor 1333/Menkes/Sk/XII/1999. PGRS adalah kegiatan pelayanan gizi di Rumah Sakit untuk memenuhi kebutuhan gizi masyarakat, baik rawat inap maupun rawat jalan. Pelayanan gizi juga ditujukan untuk kepentingan metabolisme tubuh, dalam rangka upaya preventif, kuratif, rehabilitatif maupun promotif. Instalasi gizi merupakan organ fungsional dalam jajaran direksoratif penunjang dan pendidikan dengan kegiatan pokok: (1). Penyelenggaraan makanan, (2). Asuhan gizi rawat inap, (3). Asuhan gizi rawat jalan dan (4). Penelitian pengembangan gizi terapan (Aritonang, 2012).

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 dengan keadaan gizi pasien. Sering terjadi kondisi pasien yang semakin buruk karena tidak tercukupinya kebutuhan zat gizi untuk perbaikan organ tubuh. Fungsi organ yang terganggu akan lebih memburuk dengan adanya penyakit dan kekurangan gizi (PGRS, 2013).

Pelayanan gizi rawat inap merupakan Pelayanan gizi yang dimulai dari proses pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi meliputi perencanaan, penyediaan makanan, penyuluhan/edukasi dan konseling gizi serta monitoring dan evaluasi gizi.

a. Tujuan Dan Sasaran Pelayanan Gizi

Memberikan pelayanan gizi kepada pasien rawat inap agar memperoleh asupan makanan yang sesuai kondisi kesehatannya dalam upaya mempercepat proses penyembuhan, mempertahankan dan meningkatkan status gizi. Sasaran pelayanan gizi adalah pasien dan keluarga. (PGRS, 2013).

b. Mekanisme kegiatan pelayanan gizi

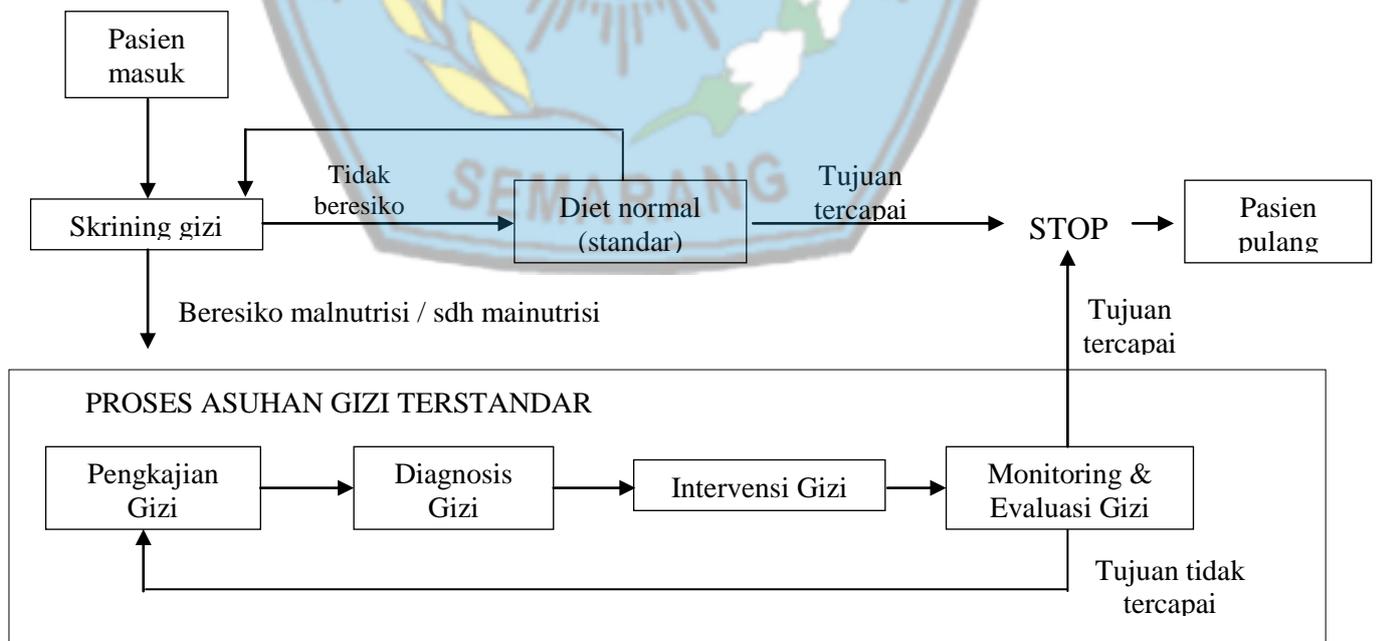
Mekanisme pelayanan gizi rawat inap adalah sebagai berikut :

1. Skrining gizi

Skrining gizi bertujuan untuk mengidentifikasi pasien/klien yang beresiko, tidak beresiko malnutrisi atau kondisi khusus adalah pasien dengan kelainan metabolik, hemodialisis, anak, geriatrik. Kanker dengan kemoterapi/ radiasi, luka bakar pasien dengan imunitas menurun, sakit kritis.

2. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

Proses asuhan gizi terstandar dilakukan pada pasien yang beresiko kurang gizi sudah mengalami kurang gizi dan atau kondisi khusus dengan penyakit tertentu, Proses ini merupakan serangkaian kegiatan yang berulang (Siklus) sebagai berikut :



Gambar 2.1 Proses Asuhan Gizi Dirumah Sakit

c. Langkah PAGT terdiri dari

a. Assesment/Pengkajian gizi

Assesment dikelompokkan dalam 5 kategori yaitu :

1. Anamnesis riwayat gizi
2. adalah data meliputi asupan makanan termasuk komposisi, pola makan, diet saat ini dan data lain yang terkait. Selain itu diperlukan data kepedulian pasien terhadap gizi dan kesehatan, aktivitas fisik dan olahraga

3. Data Biokimia

Data Biokimia meliputi hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan yang berkaitan dengan status gizi, status metabolik dan gambaran fungsi organ lain yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi.

4. Antropometri

Antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu, dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain pengukuran tinggi badan (TB), berat badan (BB) . Pada kondisi tinggi badan tidak dapat diukur dapat digunakan panjang badan, Tinggi lutut (TL), Lingkar lengan atas (LILA), tebal lipatan kulit (Skinfold).

5. Pemeriksaan fisik klinis

Pemeriksaan fisik klinis dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan klinis yang berkaitan dengan gangguan gizi atau dapat menimbulkan masalah gizi.

6. Riwayat personal

Data riwayat personal meliputi 4 area yaitu : Riwayat obat-obatan yang digunakan dan suplemen yang sering dikonsumsi, Sosial budaya, Riwayat penyakit, data umum pasien. (PGRS, 2013).

b. Diagnosis Gizi

Pada langkah ini dicari pola dan hubungan antar data yang terkumpul dan kemungkinan penyebabnya. Penulisan diagnosis gizi terstruktur dengan konsep PES atau Problem Etiologi dan Signs/Symptoms. (PGRS, 2013)

Diagnosis gizi dikelompokkan menjadi tiga domain yaitu :

1. Domain Asupan
Adalah masalah aktual yang berhubungan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, substansi bioaktif dari makanan baik yang melalui oral maupun parenteral dan enteral.
2. Domain Klinis
Adalah masalah gizi yang berkaitan dengan kondisi medis atau fisik/fungsi organ.
3. Domain Perilaku/Lingkungan
Adalah masalah gizi yang berkaitan dengan pengetahuan, perilaku/kepercayaan, lingkungan fisik dan akses dan keamanan makanan.

c. Intervensi Gizi

Terdapat dua komponen intervensi gizi yaitu (PGRS, 2013) :

1. Perencanaan Intervensi, meliputi :
 - a) Penetapan tujuan intervensi, penetapan tujuan harus dapat diukur, dicapai dan ditentukan waktunya.
 - b) Preskripsi diet, meliputi perhitungan kebutuhan gizi, jenis diet, modifikasi diet, jadwal pemberian diet, jalur makanan.
2. Implementasi intervensi
Dikelompokkan menjadi 4 domain yaitu :
 - a) Pemberian makanan atau zat gizi
 - b) Edukasi gizi
 - c) Konseling gizi
 - d) Koordinasi pelayanan gizi

d. Monitoring dan evaluasi gizi

Tiga langkah kegiatan monitoring dan evaluasi gizi yaitu (PGRS, 2013)

- a) Monitor perkembangan yaitu kegiatan mengamati perkembangan kondisi pasien/klien yang bertujuan untuk melihat hasil yang terjadi sesuai yang diharapkan oleh klien.
- b) Mengukur hasil adalah mengukur perkembangan/ perubahan yang terjadi sebagai respon terhadap intervensi gizi

- c) Evaluasi hasil, meliputi dampak perilaku dan lingkungan terkait gizi, dampak asupan makanan dan zat gizi, dampak terhadap tanda dan gejala fisik yang terkait gizi, dampak terhadap pasien/klien terhadap intervensi gizi yang diberikan pada kualitas hidupnya.

d. Koordinasi Pelayanan

Sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan defisien harus berkolaborasi dengan dokter, perawat, farmasi dan tenaga kesehatan lainnya, yang terkait dalam memberikan pelayanan asuhan gizi.

2.1.2 Indikator Mutu Pelayanan Gizi

Beberapa contoh indikator mutu pelayanan gizi antara lain (PGRS, 2013) :

1. Perencanaan asuhan gizi sesuai dengan standar pelayanan
Prosentase rencana asuhan gizi yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan gizi.
2. Keberhasilan konseling gizi
Prosentase perubahan sign dan simptoms dari problem gizi pada kunjungan awal dengan target pada kunjungan-kunjungan konseling berikutnya.
3. Ketepatan diet yang disajikan
Prosentase ketepatan diet yang disajikan sesuai dengan diet order dan rencana asuhan.
4. Ketepatan penyajian makanan
Prosentase ketepatan dan keakuratan makanan yang disajikan yang sesuai standar yang disepakati.
5. Ketepatan cita rasa makanan
Prosentase cita rasa (aroma, suhu, penampilan, rasa dan tekstur) hidangan yang dapat diterima atau sesuai dengan dietnya.
6. Sisa makanan pasien
Prosentase makanan yang dapat dihabiskan dari satu atau lebih waktu makan.

Menurut pendapat Isnaeni (2015) Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien dengan pelayanan gizi RS antara lain:

1. Porsi makan adalah banyaknya jumlah makanan yang disajikan.
Jumlah atau porsi makanan merupakan ukuran maupun takaran makanan yang dikonsumsi pada tiap kali makan (Sediaoetama, 2006).
Jumlah (porsi) standar adalah sebagai berikut :
 - a. Makanan pokok berupa nasi, roti tawar dan mi instant. Jumlah makanan pokok lain: nasi 100 gram, roti tawar 50 gr, mi instant ukuran besar 100 gr dan ukuran kecil 60 gram.
 - b. Lauk pauk, terdiri dari golongan hewani dan tumbuhan dengan jumlah: daging 50 gram, telur 50 gram, ikan 50 gram, tempe 50 gram (2 potong), tahu 100 gram (2 potong).
 - c. Sayur, merupakan bahan makanan yang berasal dari tumbuh-tumbuhan. Jumlah (porsi) sayuran dari berbagai jenis masakan sayuran: 100 gram.
 - d. Buah, merupakan suatu hidangan yang disajikan setelah makanan utama sebagai pencuci mulut. Porsi untuk ukuran buah 100 gram, dan ukuran potongan 75 gram.
 - e. Makanan selingan, biasanya dihidangkan antara waktu makan pagi ke makan siang, dan antara makan siang ke makan malam. Jumlah untuk makanan selingan tidak terbatas jumlahnya (bisa sedikit atau banyak).
 - f. Minuman, tiap jenis minuman berbeda-beda tapi pada umumnya jumlah atau ukuran untuk air putih dalam sehari lima kali (2 liter per hari), sedangkan untuk susu 1 gelas (200 gram)
2. Waktu penyajian makanan adalah persepsi pasien tentang jadwal penyajian makanan yang sampai kepada pasien.
Penyajian makanan merupakan faktor terakhir dari proses penyelenggaraan makanan. Meskipun makanan diolah dengan cita rasa yang tinggi tetapi dalam penyajiannya tidak dilakukan dengan baik, maka nilai makanan tersebut tidak akan berarti, karena makan yang ditampilkan waktu disajikan akan merangsang indra penglihatan sehingga menimbulkan selera yang berkaitan dengan cita rasa. Masalah

penyajian makanan kepada orang sakit lebih kompleks daripada makanan untuk orang sehat. Hal ini disebabkan oleh nafsu makan, kondisi mental pasien yang berubah akibat penyakit yang diderita, aktifitas fisik yang menurun dan reaksi obat-obatan disamping sebagian pasien harus menjalani diet.

3. Rasa makanan adalah aroma makanan yang akan disajikan dan mampu merangsang indera penciuman sehingga membangkitkan selera makan. Menurut WHO, makanan adalah semua substansi yang dibutuhkan oleh tubuh tidak termasuk air, obat-obatan dan substansi-substansi lain yang digunakan untuk pengobatan. Air tidak termasuk dalam makanan karena termasuk elemen yang vital bagi kehidupan manusia (Chandra, 2006).

Penilaian dengan bahan makanan berbeda-beda, tergantung dari kesenangan atau selera seseorang. Penilaian akan berbeda karena pengalaman, misalnya rasanya enak pada jenis makanan yang sama akan berbeda pada setiap orang. Dua aspek utama dalam makanan adalah penampilan makanan sewaktu dihidangkan dan rasa makanan pada saat dimakan.

Rasa makanan mempunyai faktor kedua yang menentukan cita rasa makanan setelah penampilan makanan. Komponen yang berperan dalam penentuan rasa makanan adalah : Aroma makanan, bumbu masakan dan bahan penyedap, keempukan makanan, kerenyahan makanan, tingkat kematangan, temperatur makanan.

4. Penampilan makanan adalah persepsi makanan pasien tentang warna, bentuk dan besar porsi makanan.

Dalam usaha untuk mendapatkan citarasa makanan yang baik dimulai sejak memilih bahan makanan yang akan digunakan dan kemudian menyiapkan bahan makanan. Pada tahap pengolahan selanjutnya digunakan berbagai cara memasak sehingga diperoleh citarasa yang diinginkan. Citarasa makanan mencakup dua aspek utama yaitu penampilan makanan sewaktu dihidangkan dan rasa makanan waktu dimakan. Kedua aspek itu sama pentingnya untuk diperhatikan agar betul-betul dapat menghasilkan makanan yang memuaskan yaitu,

Faktor yang menentukan penampilan makanan waktu disajikan : warna makanan, konsistensi atau tekstur makanan, bentuk makanan yang disajikan, porsi makanan, penyajian makanan.

5. Sikap petugas, sikap petugas yang dsimaksud disini adalah sikap petugas dalam menyajikan makanan yang bisa berkomunikasi, baik dalam sikap, baik dalam berekspresi wajah dan senyum yang akan mempengaruhi pasien untuk menikmati makanan dan akhirnya dapat menimbulkan rasa puas. Sebaliknya perhatian pramusaji dapat tidak memuaskan pasien ketika pramusaji kurang perhatian dalam memberikan pelayanan dan kurang memperlakukan pasien sebagaimana manusia yang selalu ingin diperhatikan dan dipenuhi kebutuhannya.
6. Kebersihan alat makan adalah upaya kesehatan dengan cara memelihara dan melindungi kebersihan lingkungan, alat penyajian, wadah makanan dan distribusi makanan harus tertutup.

Dalam penyehatan makanan dan minuman, kebersihan alat makan merupakan bagian yang sangat penting dan berpengaruh dengan kualitas makanan dan minuman. Alat makan yang tidak dicuci dengan bersih dapat menyebabkan organisme atau bibit penyakit yang tertinggal akan berkembang biak dan mencemari makanan yang akan diletakkan di atasnya.

Alat makan yang kurang bersih dapat menyebabkan terjadinya penularan penyakit. Penyakit tersebut dapat berupa infeksi saluran pernafasan. Oleh karena itu perlu diupayakan agar alat makan yang akan dipakai harus memenuhi syarat kesehatan (Surasri,1989).

7. Variasi menu makanan adalah golongan bahan makanan yang terdapat dalam satu hidangan berbeda pada tiap kali penyajian.

Makanan memiliki empat fungsi pokok bagi kehidupan manusia antar lain (Azwar, 1996) :

1. Memelihara proses tubuh dalam pertumbuhan atau perkembangan serta mengganti jaringan tubuh yang rusak.
2. Memperoleh energi guna melakukan aktivitas sehari-hari.
3. Mengatur metabolisme dan mengatur berbagai keseimbangan air, mineral dan cairan tubuh yang lain.

4. Berperan didalam mekanisme pertahanan tubuh dengan berbagai penyakit.

Menu yang dianggap lazim di semua daerah di Indonesia umumnya terdiri dan susunan variasi hidangan sebagai berikut (Moehyi, 1992):

1. Hidangan makanan pokok, hidangan ini umumnya terdiri dari nasi. Berbagai variasi makanan nasi sering digunakan dalam berbagai hidangan, seperti nasi uduk, nasi kuning, nasi tim. Disebut makanan pokok karena dari makanan ini tubuh memperoleh sebagian besar zat tenaga yang diperlukan tubuh.
2. Hidangan lauk pauk. Hidangan ini berupa masakan yang bervariasi yang terbuat dari bahan makanan hewani atau nabati, atau gabungan keduanya, bahan makanan hewani yang digunakan dapat berupa daging sapi, ayam, ikan, telur, udang, atau berbagai jenis hasil laut. Lauk pauk nabati biasanya berbahan dasar kacang-kacangan atau hasil olahan seperti tahu dan tempe.
3. Hidangan sayur mayur. Biasanya hidangan ini berupa masakan yang berkuah karena berfungsi sebagai pembasah nasi agar mudah ditelan. Hidangan makanan ini bisa terdiri dari gabungan jenis makanan sayur berkuah dan tidak berkuah.
4. Hidangan buah-buahan. Buah biasanya disajikan dalam bentuk segar maupun sudah diolah seperti setup dan sari buah. Hidangan ini berfungsi seperti penghilang rasa kurang sedap sehabis makan, sehingga biasa disebut hidangan pencuci mulut.
5. Hidangan snack, biasanya disajikan berbagai variasi bentuk dan rasa, ada yang manis, asin dan gurih. Hidangan snack ini sebagai makanan selingan antara makan pagi dan makan siang atau makan siang dan makan malam.

Masakan harus bervariasi, suatu jenis masakan yang dihidangkan berkali-kali dalam jangka waktu yang singkat akan membosankan konsumen.

2.2 Definisi Kepuasan

Kepuasan menurut kamus bahasa Indonesia adalah puas: merasa senang, perihal (hal yang bersifat puas, kesenangan, kelegaan, sebagainya) kepuasan dapat diartikan sebagai perasaan puas, rasa senang dan kelegaan seseorang dikarenakan mengkonsumsi suatu produk atau jasa untuk mendapatkan pelayanan suatu jasa.

Menurut Oliver (dalam Supranto, 2001) mendefinisikan kepuasan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakannya dengan harapannya. Tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan.

Menurut Richard Oliver (dalam James G. Barnes, 2003) kepuasan adalah tanggapan pelanggan atas terpenuhinya kebutuhannya. Kepuasan pasien adalah indikator utama dari standar suatu fasilitas kesehatan dan merupakan suatu ukuran mutu pelayanan kepuasan pelanggan yang rendah akan berdampak terhadap jumlah kunjungan yang akan mempengaruhi kelangsungan hidup sebuah lembaga atau institusi dan sikap karyawan terhadap pelanggan juga akan berdampak terhadap kepuasan pelanggan di mana kebutuhan pelanggan dari waktu ke waktu akan meningkat, begitu pula tuntutan akan mutu pelayanan yang akan diberikan (Triatmojo, 2006) dalam Aliffianti, 2015)

Pada dasarnya harapan klien adalah perkiraan atau keyakinan klien tentang pelayanan yang diterimanya akan memenuhi harapannya. Sedangkan hasil kinerja akan dipersepsikan oleh klien. Kotler (dalam Rangkuti, 2006), kepuasan pelanggan adalah *“a person’s feeling of pleasure or disappointment resulting from comparing a product’s received performance (or out come) in relations to the person expectation”*, yaitu perasaan senang atau kecewa seseorang sebagai hasil dari perbandingan antara prestasi atau produk yang dirasakan dan yang diharapkannya. (Aliffianti, 2015)

2.2.1 Definisi Kepuasan Pasien

Pasien adalah orang sakit yang dirawat dokter dan tenaga kesehatan lainnya ditempat praktek (Yuwono: 2003). Indikator utama untuk mengetahui mutu pelayanan rumah sakit adalah kepuasan pasien. Pelayanan yang baik dari suatu rumah sakit akan membuktikan bahwa rumah sakit

tersebut bertemu baik. Memahami kebutuhan dan keinginan konsumen dalam hal ini pasien adalah hal penting yang mempengaruhi kepuasan pasien. Pasien yang puas merupakan aset yang sangat berharga karena apabila pasien puas mereka akan terus melakukan pemakaian dengan jasa pilihannya, tetapi jika pasien merasa tidak puas mereka akan memberitahukan dua kali lebih hebat kepada orang lain tentang pengalaman buruknya. Untuk menciptakan kepuasan pasien suatu perusahaan atau rumah sakit harus menciptakan dan mengelola suatu system untuk memperoleh pasien yang lebih banyak dan kemampuan untuk mempertahankan pasiennya. (dalam Purnomo, 2012)

Konsumen yang mengalami kepuasan terhadap suatu produk atau jasa dapat dikategorikan ke dalam konsumen masyarakat, konsumen instansi dan konsumen individu. Menurut Prabowo (1999), pasien adalah orang yang karena kelemahan fisik atau mentalnya menyerahkan pengawasan dan perawatannya, menerima dan mengikuti pengobatan yang diterapkan oleh tenaga kesehatan. Sedangkan menurut Aditama (2002), pasien adalah mereka yang diobati di rumah sakit. Berdasarkan uraian dari para ahli tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien adalah perasaan senang, puas individu karena terpenuhinya harapan atau keinginan dalam menerima jasa pelayanan kesehatan. (Alifianti, 2015)

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien

Menurut pendapat Budiastuti (2002) mengemukakan bahwa pasien dalam mengevaluasi kepuasan dengan jasa pelayanan yang diterima mengacu pada beberapa faktor antara lain :

1. Kualitas Produk atau Jasa

Pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas. Persepsi konsumen dengan kualitas produk atau jasa di pengaruhi oleh dua hal yaitu kenyataan kualitas produk atau jasa yang sesungguhnya dan komunikasi perusahaan terutama iklan dalam mempromosikan rumah sakitnya.

2. Kualitas Pelayanan

Memegang peranan penting dalam industri jasa. Pelanggan dalam hal ini pasien akan merasa puas. Jika mereka memperoleh pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan

3. Faktor emosional

Pasien yang merasa bangga dan yakin bahwa orang lain kagum dengan konsumen bila dalam hal ini pasien memilih rumah sakit yang sudah mempunyai pandangan “Rumah Sakit Mahal”, cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi.

4. Harga

Harga merupakan aspek penting namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Meskipun demikian elemen ini mempengaruhi pasien dari segi biaya yang dikeluarkan. Biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar. Sedangkan rumah sakit yang berkualitas sama tetapi berharga lebih murah, memberi nilai yang lebih tinggi pada pasien.

5. Biaya

Mendapatkan produk atau jasa, pasien yang tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan jasa pelayanan, cenderung puas dengan jasa pelayanan tersebut.

Menurut pendapat Tjiptono (1997) kepuasan pasien ditentukan oleh beberapa faktor antara lain yaitu :

1. Kinerja (*Performance*)

Berpendapat pasien dengan karakteristik operasi dari pelayanan inti yang telah diterima sangat berpengaruh pada kepuasan yang dirasakan. Wujud dari kinerja ini misalnya : kecepatan, kemudahan dan kenyamanan bagaimana perawat dalam memberikan jasa pengobatan terutama keperawatan pada waktu penyembuhan yang relatif cepat, kemudahan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan kenyamanan yang diberikan yaitu dengan memperhatikan kebersihan, keramahan dan kelengkapan peralatan rumah sakit.

2. Ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (*Features*)
Merupakan karakteristik sekunder atau karakteristik pelengkap yang dimiliki oleh jasa pelayanan misalnya : kelengkapan interior dan eksterior seperti televisi, AC, sound system.
3. Keandalan (*Rehability*)
Sejauh mana kemungkinan kecil akan mengalami ketidakpuasan atau ketidak sesuaian dengan harapan atas pelayanan yang diberikan. Hal ini dipengaruhi oleh kemampuan yang dimiliki oleh perawat dirumah sakit.
4. Kesesuaian dengan Spesifikasi (*Conformance to Spesification*)
Yaitu sejauh mana karakteristik pelayanan memenuhi standart. Standart yang telah ditetapkan sebelumnya. Misalnya : Standar keamanan dan emisi terpenuhi seperti peralatan pengobatan
5. Daya tahan (*Durability*)
Berkaitan dengan beberapa lama produk tersebut digunakan. Dimensi ini mencakup umur teknis maupun umur ekonomis dalam penggunaan peralatan rumah sakit, misalnya : Peralatan bedah, alat transportasi.
6. *Service ability*
Meliputi kecepatan, kompetensi serta penanganan keluhan yang memuaskan pelayanan yang diberikan oleh perawat dengan penanganan yang cepat dan kompetensi yang tinggi dengan keluhan pasien sewaktu-waktu.
7. Estetika
Merupakan daya tarik rumah sakit yang dapat ditangkap oleh panca indera misalnya : keramahan perawat, peralatan rumah sakit yang lengkap dan modern, desain arsitektur rumah sakit, dekorasi kamar, kenyamanan ruang tunggu, taman yang indah dan sejuk.
8. Kualitas yang dipersepsikan (*Perceived Quality*), citra dan reputasi rumah sakit serta tanggung jawab rumah sakit.
Bagaimana kesan yang diterima pasien dengan rumah sakit tersebut dengan prestasi dan keunggulan rumah sakit dari pada rumah sakit lainnya dan tanggungjawab, rumah sakit selama proses

penyembuhan baik dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit dalam kondisi sehat.

2.3 Lama Dirawat (LD)

Lama dirawat (LD) adalah jumlah hari kalender dimana pasien mendapatkan perawatan rawat inap dirumah sakit, sejak tercatat sebagai pasien rawat inap (admisi) hingga keluar dari rumah sakit (discharge). Kondisi pasien keluar bisa dalam keadaan hidup maupun mati. Jadi, pasien yang belum keluar dari rumah sakit belum dapat dihitung LDnya.

2.4 Lama Hari Rawat

2.4.1 Definisi

Lama rawat inap adalah istilah yang umum digunakan untuk mengukur durasi satu episode rawat inap. Lama rawat inap dinilai dengan mengekstraksi durasi tinggal di rumah sakit yang diukur dalam jam atau hari.

Pelayanan rawat inap yaitu pelayanan pada pasien yang memerlukan observasi, diagnosis, terapi atau rehabilitasi yang perlu menginap dan menggunakan tempat tidur serta mendapatkan makanan dan pelayanan perawatan terus menerus.

Lama hari rawat merupakan salah satu unsur atau aspek asuhan dan pelayanan di rumah sakit yang dapat dinilai atau diukur. Bila seseorang dirawat di rumah sakit, maka yang diharapkan tentunya ada perubahan akan derajat kesehatannya. Bila yang diharapkan baik oleh tenaga medis maupun oleh penderita itu sudah tercapai maka tentunya tidak ada seorang pun yang ingin berlama-lama di rumah sakit. Lama hari rawat secara signifikan berkurang sejak adanya pengetahuan tentang hal-hal yang berkaitan dengan diagnosa yang tepat. Untuk menentukan apakah penurunan lama hari rawat itu meningkatkan efisiensi atau perawatan yang tidak tepat, dibutuhkan pemeriksaan lebih lanjut berhubungan dengan keparahan atas penyakit dan hasil dari perawatan (Indradi, 2007).

Lama hari rawat inap yang terlalu panjang akan menimbulkan kerugian, antara lain menambah beban biaya perawatan pasien atau keluarga pasien, mengurangi cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit, BOR (*Bed*

Occupancy Rate) menjadi meningkat dan menjadi pemborosan bagi rumah sakit (biaya operasional dari rumah sakit akan lebih besar (Depkes RI, 2007). Lama hari rawat berhubungan dengan status gizi awal berdasarkan SGA (*Subjective Global Assesment*), IMT (Indeks Masa Tubuh), asupan gizi (energi, protein, lemak dan karbohidrat), umur, jenis kelamin, kelas perawatan, jenis penyakit, jumlah diagnosa penyakit, hari masuk, hari pulang dan sumber biaya. (Tedja, Vicky Riyana, 2012 dalam Abdurrachim 2016)

Dalam penghitungan statistik pelayanan rawat inap di rumah sakit dikenal istilah yang lama dirawat (LD) yang memiliki karakteristik cara pencatatan, penghitungan, dan penggunaan yang berbeda. LD menunjukkan beberapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada satu episode perawatan. Satuan untuk LD adalah hari. Cara menghitung LD yaitu dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (keluar dari rumah sakit, hidup maupun mati) dengan tanggal masuk rumah sakit. Dalam hal ini, untuk pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama-lama dirawatnya dihitung sebagai satu hari dan pasien yang belum pulang atau keluar belum bisa dihitung lama dirawatnya (Indradi, 2007; Fema S., 2009).

Beberapa faktor baik yang berhubungan dengan keadaan klinis pasien, tindakan medis, pengelolaan pasien diruangan maupun masalah administrasi rumah sakit bisa mempengaruhi terjadinya penundaan pulang pasien. Ini akan mempengaruhi lama hari rawat.

Lama hari rawat merupakan salah satu indikator mutu pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien (*quality of patient care*). Sedangkan cara perhitungan rata-rata lama hari rawat adalah sebagai berikut:

Rata-rata lama hari rawat (Average Lenght of Stay) = X : Y

Dimana :

X : Jumlah hari perawatan pasien rawat inap (hidup dan mati) di rumah sakit pada suatu periode tertentu

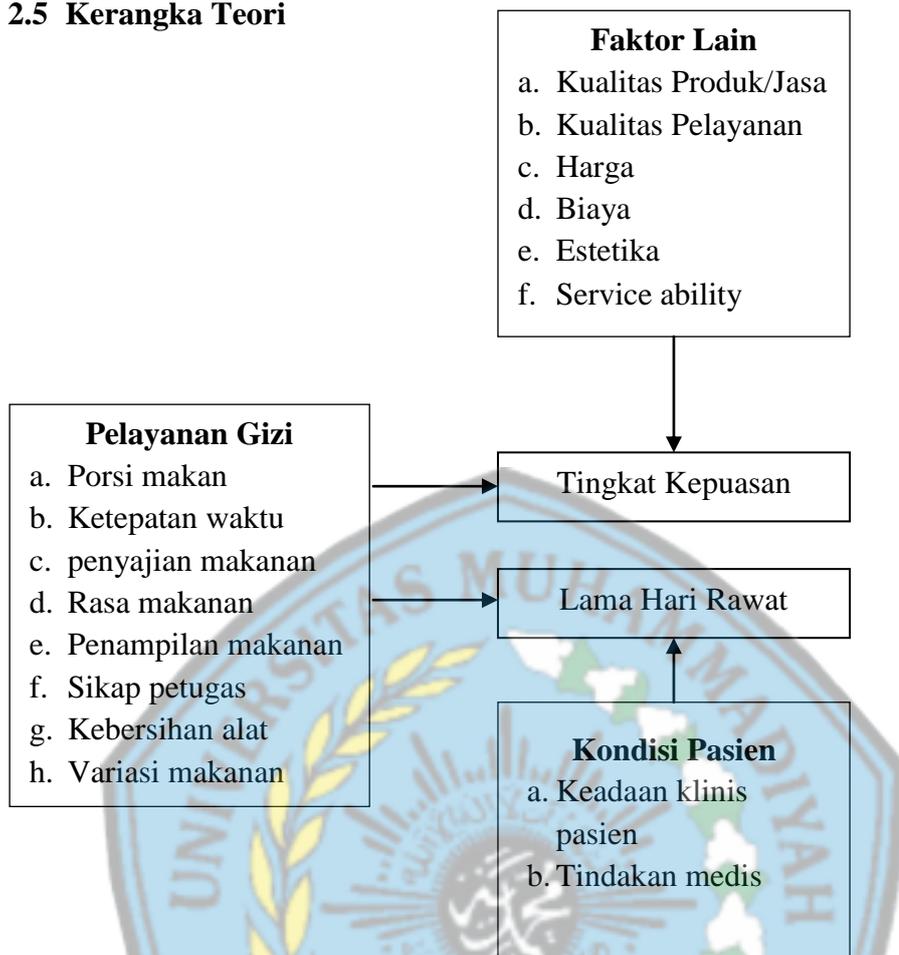
Y : Jumlah pasien rawat inap yang keluar (hidup dan mati) di rumah sakit pada periode waktu yang sama

Cara menghitung jumlah pasien rawat inap yang keluar rumah sakit (hidup atau mati) dalam periode tertentu diperlukan catatan setiap hari pasien yang keluar rumah sakit (hidup atau mati) dari tiap-tiap ruang rawat inap dan jumlah lama perawatan dari pasien-pasien tersebut. Sehingga diperoleh catatan perhitungan jumlah pasien rawat inap yang keluar dari rumah sakit (hidup atau mati) dan jumlah total hari rawatnya (Depkes RI, 2005).

Pemberian dukungan gizi bagi orang sakit bukan merupakan tindakan yang berdiri sendiri dan terpisah dari tindakan keperawatan dan pengobatan. Pengaturan makanan, keperawatan penyakit, dan pengobatan merupakan satu kesatuan dalam proses penyembuhan penyakit. Malnutrisi dapat timbul sejak sebelum dirawat di rumah sakit karena penyakitnya atau asupan zat gizi yang tidak cukup, namun tidak jarang pula malnutrisi ini timbul selama dirawat di rumah sakit. Penurunan status gizi dapat menyebabkan angka mortalitas naik dan memperpanjang lama hari rawat (Kusumayati dan Rosidah, 2012).

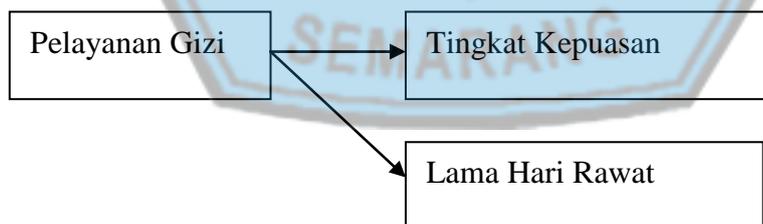
Asupan gizi yang adekuat bagi pasien yang dirawat inap di rumah sakit, puskesmas atau balai kesehatan diperlukan dalam upaya mencegah penurunan status gizi yang terjadi selama perawatan. Gizi merupakan bagian integral dengan pengobatan atau proses penyembuhan serta memperpendek lama hari rawat, sedang lama hari rawat sendiri dikategorikan menjadi 2 yaitu kurang dari 5 hari dan lebih atau sama dengan 5 hari (Kusumayati dan Rosidah, 2012).

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

2.7 Hipotesis

2.7.1 Ada hubungan pelayanan gizi dengan tingkat kepuasan

2.7.2 Ada hubungan pelayanan gizi dengan lama hari rawat