

BAB 5

HASIL

5.1. Gambaran Umum RSUP Persahabatan Jakarta

5.1.1. Profil dan Sejarah

Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan (RSUP Persahabatan) merupakan rumah sakit umum tipe B yang berlokasi di Kotamadya Jakarta Timur dan secara administratif adalah rumah sakit vertikal di bawah Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI. RSUP Persahabatan pertama kali dibangun pada tahun 1961 atas bantuan Pemerintah Rusia kepada Pemerintah Indonesia. Penyerahan secara resmi dilaksanakan pada tanggal 7 Nopember 1963, yang kemudian dikenal sebagai hari jadi RSUP Persahabatan.

Pada awal periode perkembangan (1963-1975), RSUP Persahabatan adalah satelit RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM). Para tenaga medis terdiri atas sejumlah dokter ahli dan asisten ahli yang berasal dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI)/RSCM bekerja sama dengan beberapa dokter Rusia. Setelah peristiwa G30S/PKI, sesuai kebijakan Orde Baru, seluruh tenaga kesehatan asal Rusia dikembalikan ke negaranya. Pada periode 1975-1992, RSUP Persahabatan telah berkembang menjadi rumah sakit mandiri, yang selanjutnya menjadi rumah sakit umum kelas B-3 wilayah Jakarta Timur. RSUP juga menjadi rumah sakit rujukan nasional untuk penyakit paru serta laboratorium kuman *tuberculosis* yang mendapat pengakuan internasional sebagai "Collaborating Center" WHO. Sementara itu, pada periode 1992-2002, RSUP Persahabatan ditetapkan sebagai Rumah Sakit Swadana sejak 2 September 1992 melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (SK Menkes RI) No.747/Menkes/SK/IX/1992. Lima tahun kemudian, RSUP Persahabatan memperoleh akreditasi penuh dari Departemen Kesehatan RI untuk melakukan 5 kegiatan pelayanan melalui 7 standar pelayanan rumah sakit. Pada tahun 2002, status RSUP Persahabatan berubah menjadi Perusahaan Jawatan dengan Direktur

Utama dr. Hardi Yusa, Sp.OG., MARS melalui Peraturan Pemerintah (PP) No. 118 tahun 2000 tentang Pendirian Perusahaan Jawatan.

Pada tahun 2005, di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1679/MENKES/PER/XII/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan, disebutkan bahwa RSUP Persahabatan merupakan Unit Pelaksanaan Teknis (UPT) di lingkungan Departemen Kesehatan yang bertanggung jawab kepada Jenderal Bina Pelayanan Medik. Pola pengelolaan keuangannya adalah berupa Badan Layanan Umum (BLU) yang bertanggung jawab langsung kepada Departemen Keuangan. Rumah Sakit Persahabatan juga merupakan rumah sakit pendidikan baik untuk pendidikan dokter spesialis dan juga untuk tempat pendidikan dan pelatihan dokter, perawat, petugas laboratorium, rekam medis dan petugas/ tenaga kesehatan lain yang berasal dari berbagai daerah.

5.1.2. Visi dan Misi

1. Visi

Menjadi Rumah Sakit terdepan dalam menehatkan masyarakat dengan unggulan kesehatan respirasi kelas dunia.

2. Misi

- a. Mengembangkan kepemimpinan yang visioner.
- b. Menyelenggarakan pelayanan prima yang profesional.
- c. Menyelenggarakan pendidikan, penelitian, dan pengembangan.
- d. Mengembangkan pelayanan unggulan di bidang kesehatan respirasi.
- e. Menyelenggarakan pemberdayaan seluruh potensi sumber daya rumah sakit, kemitraan, dan peningkatan kesejahteraan.

5.1.3. Motto dan Nilai

1. Visi

”Caring with Friendship” (melayani secara bersahabat).

2. Nilai-nilai

- a. Jujur

- b. Kompeten
- c. Kerja sama tim
- d. Layanan yang tulus (caring)
- e. Loyal

5.1.4. Sumber Daya Manusia

Adapun ketenagaan di RSUP Persahabatan antara lain terdiri atas: tenaga medis, yakni dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dokter BSB, dan residen; perawat; penunjang medis; tenaga non medis.

5.1.4. Pelayanan

Jenis pelayanan yang disediakan antara lain: layanan gawat darurat (UGD) 24 jam; pelayanan rawat inap, yang terbagi atas kelas III, kelas II, kelas I, kelas VIP/utama, kelas Super VIP, bayi, ICU/CCU; layanan rawat jalan spesialistik yang terdiri dari poliklinik bedah: umum, digestik, tulang, plastik, onkologi, tumor, thoraks, syaraf, anak, dan urologi; poliklinik penyakit dalam: tropik, endokrin, gastro enterologi, reumatik, dan hematologi; poliklinik kesehatan anak dan imunisasi; poliklinik kebidanan dan penyakit kandungan: obsterti, ginekologi, onkologi, dan KB; poliklinik mata; poliklinik THT (Telinga, Hidung, dan Tenggorokan); poliklinik syaraf; poliklinik jantung; poliklinik kulit dan kelamin; poliklinik gigi dan mulut, bedah mulut, dan gigi anak; poliklinik kesehatan jiwa, psikologi, dan detoksikasi narkoba; poliklinik paru dan asma; poliklinik konsultasi gizi; poliklinik akupunktur; poliklinik anestesi; poliklinik kesehatan kerja; poliklinik medical *Check up*; poliklinik spesialis terpadu/*Griya Puspa* (Swasta); layanan perawatan intensif yang terdiri dari ICU, CCU, HCU, Haemodialisa; layanan penunjang terdiri dari laboratorium klinik 24 jam, laboratorium patologi anatomi, laboratorium mikrobiologi: *WHO Collaborating Center for TB*, apotek 24 jam, *Rontgent*, CT Scan, USG, EEG, EKG, Endoskopi, EMG, TUR, Laparoskopi, Bronkoskopi, Spirometri, Treadmill, VO2 Max, *Body Pletysmograph*, Audiometri, rehabilitasi medik, *Linac*, dan Sleep lab terpadu; layanan pusat pemeriksaan medis berupa *Simple Medical Check Up*, *Basic Medical Check Up*, *Executive Medical Check Up*, *Coronary Risk Medical Check*

Up, Pre Employment Medical Check Up, pemeriksaan kesehatan pra nikah; layanan *One Day Care*; dan pelayanan unggulan.

Oleh karena RSUP Persahabatan merupakan pusat rujukan nasional untuk penyakit paru dan pernafasan, maka pelayanan unggulan di RSUP Persahabatan adalah berupa pelayanan kesehatan respirasi, yaitu suatu pelayanan kesehatan paru dan pernafasan yang terintegrasi dan saling menunjang dengan pelayanan lainnya seperti bedah toraks, THT, jantung, radiodiagnostik, radioterapi, patologi-anatomi, rehabilitasi medik dan lain-lain. Pelayanan unggulan di RSUP Persahabatan merupakan pelayanan paripurna tersier penyakit paru dan pernafasan, yang dilengkapi dengan peralatan canggih dan mutakhir.

Selain itu, RSUP Persahabatan juga melayani penyakit-penyakit paru dan pernafasan yang endemis di Indonesia seperti tuberkulosis dan infeksi saluran napas, serta penyakit non infeksi seperti asma. RSUP Persahabatan juga merupakan salah satu rumah sakit rujukan untuk *new emerging diseases* seperti SARS dan *Avian Influenza*. Sementara itu, RSUP Persahabatan adalah pusat pendidikan dokter spesialis paru dan pernafasan FK UI Jakarta, yang mempunyai kegiatan di bidang pelayanan medik, pendidikan dan penelitian.

5.2. Analisis Univariat

5.2.1. Gambaran Kejadian Pneumonia

Berdasarkan penelitian, diperoleh bahwa jumlah pasien balita rawat inap dengan diagnosis sebagai kasus pneumonia lebih sedikit dibandingkan dengan yang bukan kasus pneumonia.

Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Kejadian Pneumonia pada Balita 10-59 Bulan yang Dirawat Inap di RSUP Persahabatan Tahun 2008

Variabel	Jumlah (Frekuensi)	Persentase (%)
Kasus pneumonia	15	13,4
Bukan kasus pneumonia	97	86,6
Total	112	100,0

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa jumlah pasien balita dengan kasus pneumonia adalah sebanyak 15 balita (13,4%) sedangkan yang tergolong bukan kasus pneumonia adalah sebanyak 97 balita (86,6%). Adapun pasien balita yang tidak termasuk ke dalam kasus pneumonia di antaranya adalah pasien penyakit diare (46,4%), kejang demam (13,4%), demam berdarah (12,5%), demam tifoid (4,5%), dan TB Paru (1,8%).

5.2.2. Gambaran Karakteristik Balita

5.2.2.1. Jenis Kelamin

Berdasarkan penelitian, diperoleh bahwa pasien balita laki-laki lebih banyak daripada pasien perempuan.

Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Balita 10-59 Bulan yang Dirawat Inap di RSUP Persahabatan Tahun 2008

Jenis Kelamin	Jumlah (Frekuensi)	Persentase (%)
Laki-laki	61	54,5
Perempuan	51	45,5
Total	112	100,0

Berdasarkan tabel 5.2 di atas, terlihat bahwa umumnya pasien balita berjenis kelamin laki-laki yakni sebanyak 61 balita (54,5%). Sementara itu, pasien balita perempuan berjumlah 51 balita (45,5%).

5.2.2.2. Umur

Variabel umur dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu kurang dari 12 bulan (kurang dari 1 tahun) dan 12-59 bulan (1 tahun hingga 4 tahun 11 bulan). Pengelompokan ini bertujuan untuk memperlihatkan adanya umur yang lebih muda yang diwakili oleh kategori kurang dari 12 bulan.

Tabel 5.3. Distribusi Frekuensi Umur Balita 10-59 Bulan yang Dirawat Inap di RSUP Persahabatan Tahun 2008

Umur	Jumlah (Frekuensi)	Persentase (%)
< 12 bulan	9	8,0
12-59 bulan	103	92,0
Total	112	100,0

Berdasarkan penelitian, didapatkan bahwa sebagian besar pasien balita berumur lebih dari 12 bulan (1 tahun), dengan usia terbesar adalah 55 bulan dan usia terkecil adalah 10 bulan. Tabel di atas memperlihatkan bahwa pasien balita yang berumur kurang dari 12 bulan hanya sebanyak 9 balita (8%). Sementara sisanya (92%) adalah yang berumur 12 bulan hingga 59 bulan.

5.2.2.3. Status Gizi

Penilaian status gizi pasien balita diperoleh dengan mencari nilai *Zscore* dari indeks berat badan terhadap umur yang kemudian dibandingkan dengan nilai ambang batas (cut off point) yang ditetapkan WHO/NCHS. Status gizi yang baik didapatkan jika nilai *Zscore* tidak kurang dari -2 standar deviasi (SD).

Tabel 5.4. Distribusi Frekuensi Status Gizi Balita 10-59 Bulan yang Dirawat Inap di RSUP Persahabatan Tahun 2008

Status Gizi	Jumlah (Frekuensi)	Persentase (%)
Gizi kurang	39	34,8
Gizi baik	73	65,2
Total	112	100,0

Berdasarkan hasil penelitian di atas, dapat dilihat bahwa sebagian besar balita (65,2%) memiliki riwayat status gizi baik. Sementara itu, balita dengan status gizi kurang jumlahnya lebih sedikit yaitu sebesar 34,8%.

5.2.2.4. Status Imunisasi

Kelengkapan status imunisasi responden balita diukur dari status imunisasi DPT dan campak. Berdasarkan penelitian, diketahui bahwa sebagian besar pasien balita sudah mendapat imunisasi DPT dan campak secara lengkap.

Tabel 5.5. Distribusi Frekuensi Status Imunisasi Balita 10-59 Bulan yang Dirawat Inap di RSUP Persahabatan Tahun 2008

Status Imunisasi	Jumlah (Frekuensi)	Persentase (%)
Tidak lengkap	29	25,9
Lengkap	64	57,1
Total	93	83,0

Terdapat missing values sejumlah 19 balita

Berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa pasien balita dengan status imunisasi DPT dan campaknya lengkap adalah sebanyak 64 balita (57,1%), sedangkan yang tidak lengkap sebanyak 29 balita (25,9%). Sementara itu, 19 balita (17%) tidak diketahui datanya. Dari 19 balita yang tidak diketahui datanya tersebut, 47,3% adalah penderita diare, 26,3% penderita demam berdarah, 15,8% penderita pneumonia, dan sisanya adalah penderita demam tifoid dan kejang demam.

5.2.2.5. Riwayat BBLR

Berdasarkan penelitian, diperoleh bahwa sebagian besar pasien balita tidak memiliki riwayat kelahiran dengan BBLR (berat badan lahir rendah).

Tabel 5.6. Distribusi Frekuensi Riwayat BBLR pada Balita 10-59 Bulan yang Dirawat Inap di RSUP Persahabatan Tahun 2008

Riwayat Kelahiran	Jumlah (Frekuensi)	Persentase (%)
BBLR	8	7,1
Normal	71	63,4
Total	79	70,5

Terdapat missing values sejumlah 33balita

Tabel di atas memperlihatkan bahwa jumlah balita dengan riwayat BBLR (berat lahir kurang dari 2500 gram) lebih sedikit daripada dengan yang tidak, yakni

sebesar 7,1%. Adapun balita yang tidak memiliki riwayat BBLR berjumlah sebanyak 71 orang (63,4%). Sementara itu, 33 balita (29,5%) tidak diketahui datanya. Dari 29,5% balita yang tidak diketahui datanya, 51,5% adalah penderita diare, 21,2% adalah penderita demam berdarah, 9,1% penderita pneumonia, dan sisanya adalah penderita kejang demam dan demam tifoid.

5.2.3. Gambaran Karakteristik Ibu

5.2.3.1. Tingkat Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan ibu dibedakan atas pendidikan rendah (SD/ sederajat dan SMP/ sederajat) dan pendidikan tinggi (SMA/ sederajat dan akademi/ perguruan tinggi). Distribusi frekuensi balita menurut tingkat pendidikan ibu dapat dilihat pada tabel 5.7 di bawah ini.

Tabel 5.7. Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Ibu dari Balita 10-59 Bulan yang Dirawat Inap di RSUP Persahabatan Tahun 2008

Tingkat Pendidikan	Jumlah (Frekuensi)	Persentase (%)
Rendah	40	35,7
Tinggi	38	33,9
Total	78	69,6

Terdapat missing values sejumlah 34 balita

Berdasarkan tabel di atas, maka dapat dilihat bahwa ibu balita yang memiliki tingkat pendidikan rendah adalah sebanyak 40 orang (35,7%), sedangkan yang tingkat pendidikannya tergolong tinggi berjumlah 38 orang (33,9%). Dari 40 ibu yang tingkat pendidikannya rendah, 9,8% tamat SD/ sederajat dan 25,9% tamat SMP/ sederajat. Sementara dari 38 ibu yang tingkat pendidikannya tinggi, 26,8% adalah tamatan SMA/ sederajat dan 7,1% adalah tamatan akademi/ perguruan tinggi.

Dari di hasil di atas, tidak terlihat perbedaan yang signifikan. Akan tetapi, masih ada 34 ibu (30,4%) yang data pendidikannya tidak diketahui. dari 30,4% data ibu yang tidak diketahui tersebut, 47,1% adalah pasien diare, 20,6% pasien demam

berdarah, 14,7% pasien kejang demam, 8,8% pasien pneumonia, dan sisanya adalah pasien tifoid.

5.2.3.2. Status Pekerjaan Ibu

Berdasarkan penelitian, didapatkan hasil bahwa umumnya ibu balita adalah ibu rumah tangga (tidak bekerja). Distribusi frekuensi status pekerjaan ibu dapat dilihat pada tabel 5.8 di bawah ini.

Tabel 5.8. Distribusi Frekuensi Status Pekerjaan Ibu dari Balita 10-59 Bulan yang Dirawat Inap di RSUP Persahabatan Tahun 2008

Status Pekerjaan	Jumlah (Frekuensi)	Persentase (%)
Bekerja	16	14,3
Tidak bekerja	68	60,7
Total	84	75,0

Terdapat missing values sejumlah 28 balita

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita (68%) tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga. Sementara itu, ibu balita yang bekerja hanya berjumlah 16 orang (14,3%). Akan tetapi, dari 112 sampel responden, masih ada 25% ibu yang tidak diketahuinya datanya, yang antara lain adalah 42,9% pasien diare, 21,4% pasien demam berdarah, 10,7% pasien pneumonia, 10,7% pasien pneumonia dan sisanya adalah pasien kejang demam dan tifoid.

Dari 16 orang ibu yang bekerja, 50% bekerja sebagai karyawan, 25% sebagai guru, dan 12,5% adalah pedagang, sedangkan sisanya bekerja sebagai perawat dan pegawai negeri (PNS).

5.2.4. Gambaran Pelayanan Kesehatan

5.2.4.1. Lama Hari Rawat

Lama hari rawat dibedakan atas kurang dari sama dengan 5 hari dan lebih dari 5 hari. Distribusi lama hari rawat pasien balita dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.10. Distribusi Frekuensi Lama Hari Rawat Balita 10-59 Bulan yang Dirawat Inap di RSUP Persahabatan Tahun 2008

Lama Hari Rawat	Jumlah (Frekuensi)	Persentase (%)
> 5 hari	40	35,7
≤ 5 hari	72	64,3
Total	112	100,0

Tabel 5.10 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar pasien balita (64,3%) dirawat inap selama kurang dari sama dengan 5 hari. Sementara balita yang dirawat lebih dari 5 hari berjumlah 40 balita (35,7%). Lama hari rawat terpendek pasien adalah 1 hari, dan terpanjang adalah 24 hari.

5.3. Analisis Bivariat

5.3.1. Hubungan antara Karakteristik Balita dengan Kejadian Pneumonia

Tabel 5.11. Hasil Analisis Hubungan Karakteristik Balita dengan Kejadian Pneumonia

	Kejadian Pneumonia				P-value	PR	95% CI
	Kasus pneumonia		Bukan kasus pneumonia				
	n	%	n	%			
Jenis kelamin							
Laki-laki	9	14,8	52	85,2	0,85	1,25	0,48-3,29
Perempuan	6	11,8	45	88,2			
Umur							
< 12 bulan	1	11,1	8	88,9	1,00	0,82	0,12-5,52
12-59 bulan	14	13,6	89	86,4			
Status gizi							
Gizi kurang	4	10,3	35	89,7	0,67	0,68	0,23-1,99
Gizi baik	11	15,1	62	84,9			
Status imunisasi							
Tidak lengkap	4	13,8	25	86,2	1,00	1,10	0,36-3,37
Lengkap	8	12,5	56	87,5			
Riwayat BBLR							
BBLR	1	12,5	7	87,5	1,00	0,81	0,78-1,37
Normal	11	15,5	60	84,5			

5.3.1.1. Jenis Kelamin

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa proporsi pneumonia pada balita laki-laki (14,8%) lebih besar dibandingkan proporsi pada balita perempuan (11,8%). Pada sampel ini, balita laki-laki memiliki risiko 1,25 kali lebih besar untuk menderita pneumonia dibandingkan balita perempuan. Namun, hubungan ini secara statistik tidak bermakna (PR = 1,25; 95% CI = 0,48-3,29; *p value* = 0,85).

5.3.1.2. Umur

Hasil analisis statistik di atas memperlihatkan proporsi pneumonia pada balita berumur kurang dari 12 bulan adalah sebesar 11,1%, lebih rendah dibandingkan pada balita 12-59 bulan yaitu sebesar 13,6%. Pada sampel ini, balita 12-59 bulan memiliki risiko 1 per 0,82 atau 1,21 kali lebih besar untuk menderita pneumonia dibandingkan balita <12 bulan. Namun, hubungan ini secara statistik tidak bermakna (PR = 0,82; 95% CI = 0,12-5,52; *p value* = 1,00).

5.3.1.3. Status Gizi

Dari hasil analisis di atas, diketahui bahwa proporsi pneumonia pada balita yang memiliki status gizi kurang (10,3%) lebih rendah dibandingkan proporsi pada balita yang berstatus gizi baik (15,1%). Sementara itu, nilai PR = 0,68 (95% CI = 0,23-1,99; *p value* = 0,67) menunjukkan bahwa pada sampel ini, balita yang memiliki status gizi baik lebih berisiko 1 per 0,68 kali atau 1,47 kali lebih besar untuk menderita pneumonia dibandingkan dengan balita yang status gizinya kurang. Namun, hubungan ini secara statistik tidak bermakna.

5.3.1.4. Status Imunisasi

Berdasarkan tabel di atas, diperoleh bahwa proporsi pneumonia pada balita yang status imunisasinya (DPT dan campak) tidak lengkap lebih besar daripada balita dengan status imunisasi lengkap. Proporsi pneumonia pada balita dengan status imunisasi lengkap adalah 12,5%, sedangkan pada balita yang status imunisasinya tidak lengkap adalah 13,8%. Pada sampel ini, balita dengan status imunisasi tidak lengkap risiko 1,10 kali lebih besar untuk menderita pneumonia dibandingkan

balita yang status imunisasinya lengkap. Namun, hubungan ini secara statistik tidak bermakna (PR = 1,10; 95% CI = 0,36-3,37; *p value* = 1,00).

5.3.1.5. Riwayat BBLR

Tabel di atas memperlihatkan bahwa proporsi pneumonia pada balita dengan riwayat BBLR adalah sebesar 12,5%, lebih rendah dibandingkan pada balita normal yaitu sebesar 15,5%. Pada sampel ini, balita normal memiliki risiko 1 per 0,80 atau 1,25 kali lebih besar untuk menderita pneumonia dibandingkan balita dengan riwayat BBLR. Namun, hubungan ini secara statistik tidak bermakna (PR = 1,25; 95% CI = 0,78-1,37; *p value* = 1,00).

5.3.2. Hubungan antara Karakteristik Ibu dengan Kejadian Pneumonia

Tabel 5.12. Hasil Analisis Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kejadian Pneumonia

	Kejadian Pneumonia				P-value	PR	95% CI
	Kasus pneumonia		Bukan kasus pneumonia				
	n	%	n	%			
Tingkat pendidikan ibu							
Rendah	6	15,0	34	85,0	1,00	0,95	0,34-2,69
Tinggi	6	15,8	32	84,2			
Status pekerjaan ibu							
Bekerja	3	18,8	13	81,3	0,69	1,42	0,43-4,64
Tidak bekerja	9	13,2	59	86,8			

5.3.2.1. Tingkat Pendidikan Ibu

Dari hasil analisis statistik di atas, didapatkan bahwa proporsi pneumonia pada balita yang ibunya berpendidikan tinggi justru lebih tinggi dibandingkan balita dengan yang memiliki ibu berpendidikan rendah. Jumlah balita pneumonia pada ibu yang berpendidikan rendah adalah sebesar 15% sedangkan pada ibu yang tingkat pendidikannya tinggi adalah 15,8%. Hasil PR = 0,95 (95% CI = 0,34-2,69; *p value* = 1,00) memperlihatkan balita yang ibunya berpendidikan tinggi justru memiliki risiko lebih besar 1 per 0,95 atau 1,05 kali dibandingkan dengan balita yang memiliki ibu berpendidikan rendah. Hasil tersebut juga menunjukkan hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian pneumonia secara statistik tidak bermakna.

5.3.2.2. Status Pekerjaan Ibu

Dari tabel analisis di atas dapat dilihat bahwa proporsi pneumonia lebih banyak dialami oleh balita yang ibunya sehari-hari bekerja yaitu sebesar 18,8%. Sementara itu, proporsi pneumonia pada balita yang ibunya tidak bekerja adalah 13,2%. Pada sampel ini, balita dengan ibu yang bekerja memiliki risiko 1,42 kali lebih besar untuk menderita pneumonia dibandingkan balita yang ibunya tidak bekerja. Namun, hubungan ini secara statistik tidak bermakna (PR = 1,42; 95% CI = 0,43-4,64; *p value* = 0,69).

5.3.3. Hubungan antara Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Pneumonia

Tabel 5.13. Hasil Analisis Hubungan Karakteristik Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Pneumonia

	Kejadian Pneumonia				P-value	PR	95% CI
	Kasus pneumonia		Bukan kasus pneumonia				
	n	%	n	%			
Lama hari rawat							
> 5 hari	5	12,5	35	87,5	1,00	0,90	0,33-2,45
≤ 5 hari	10	13,9	62	86,1			

5.3.3.1. Lama Hari Rawat

Dari tabel di atas diperoleh proporsi pneumonia pada balita yang dirawat inap lebih dari 5 hari (12,5%) lebih rendah daripada proporsi pada balita yang dirawat selama ≤ 5 hari (13,9%). Hasil statistik menunjukkan PR = 0,90 (95% CI = 0,33-2,45; *p value* = 1,00). Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa pada sampel ini, balita yang dirawat inap ≤ 5 hari cenderung memiliki risiko lebih besar 1 per 0,90 atau 1,11kali didiagnosis menderita pneumonia dibandingkan dengan balita yang dirawat tidak lebih dari 5 hari. Meskipun demikian, hubungan ini secara statistik tidak bermakna.

BAB 6

PEMBAHASAN

Pembahasan hasil penelitian ini disajikan ke dalam dua bagian, yakni keterbatasan penelitian dan pembahasan hasil penelitian mengenai faktor-faktor kejadian pneumonia pada pasien balita 10-59 bulan yang dirawat inap di RSUP Persahabatan Jakarta tahun 2008.

6.1. Keterbatasan Penelitian

Dengan memperhatikan proses penelitian dan teknik analisis yang digunakan di dalam penelitian ini, maka terdapat sejumlah keterbatasan, yaitu:

1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* yaitu salah satu rancangan penelitian epidemiologi yang mempelajari hubungan antara penyakit dan pajanan pada suatu individu atau populasi tunggal melalui pengamatan status penyakit dan pajanannya pada saat yang bersamaan (periode yang sama) (Murti, 1997). Karena pengukurannya dilakukan pada satu periode waktu, data yang digunakan adalah data prevalensi. Oleh sebab itu, studi ini juga sering disebut sebagai studi prevalensi (Gordis, 2004).

Studi *cross-sectional* memang cocok dan efisien jika digunakan pada penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan distribusi suatu penyakit kemudian dihubungkan dengan pajanan faktor-faktor penelitian. Selain itu, studi ini tergolong murah dan mudah untuk dilakukan, sebab tidak memerlukan *follow-up*. Akan tetapi, desain penelitian ini tidak menggambarkan urutan waktu yang jelas antara pajanan dan penyakit (Murti, 1997). Padahal untuk mengetahui hubungan status penyakit dan pajanan faktor penelitian perlu sekuensi waktu pemajanan yang jelas-apakah penyakit terjadi setelah pemajanan atau justru sebelumnya. Salah satu contohnya adalah studi *cross-sectional* mengenai hubungan peningkatan kadar kolesterol dengan *Coronary Heart Disease* (CHD). Tanpa

informasi waktu (temporal) yang jelas, kita tidak dapat mengetahui secara pasti apakah terjadinya CHD merupakan akibat dari adanya peningkatan kadar kolesterol, atau justru sebaliknya, peningkatan kadar kolesterol dipicu oleh munculnya CHD. Bahkan kemungkinan keduanya sama-sama terjadi karena adanya faktor lain (Gordis, 2004).

Oleh karena itu, studi *cross-sectional* dapat menggambarkan kemungkinan faktor-faktor risiko dari suatu penyakit atau masalah kesehatan, namun memiliki keterbatasan dalam mengembangkan hubungan temporal pajanan dan kejadian penyakit.

2. Sumber data

Data yang digunakan di dalam penelitian ini adalah data sekunder berupa data rekam medis pasien balita rawat inap RSUP Persahabatan yang berumur 10-59 bulan selama tahun 2008. Rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain, baik dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya, yang telah diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Rekam medis juga dapat disertai dengan beberapa dokumen kelengkapan seperti foto rontgen, hasil laboratorium, maupun keterangan pemeriksaan lainnya (Sjamsuhidajat dan Alwy, Sabir, et al, 2006).

Rekam medis sebenarnya dapat memberi berbagai informasi yang penting mengenai pasien terkait dalam sebuah penelitian. Hal ini disebabkan oleh isi rekam medis yang berdasarkan bukti-bukti medis (evidence based medicine). Akan tetapi, rekam medis terkadang sulit digunakan karena keterbatasan variabel yang akan digunakan di dalam penelitian yang tidak terdapat di dalam rekam medis, atau beberapa informasi identitas pasien yang tidak terisi dengan lengkap. Contohnya, pada penelitian ini ditemukan beberapa data rekam medis pasien yang tidak diisi seperti informasi riwayat kelahiran, imunisasi, dan asal rujukan, serta informasi mengenai orang tua pasien (pekerjaan dan pendidikan terakhir)

sehingga menyebabkan adanya beberapa *missing values*. Informasi yang hilang ini tentu saja dapat mempengaruhi hasil penelitian.

6.2. Kejadian Pneumonia

Berdasarkan hasil penelitian ini, diketahui bahwa dari 112 pasien balita proporsi dengan pneumonia adalah sebesar 13,4% atau 13 per 1000 pasien balita. Angka ini berbeda dari prevalensi pneumonia pada seluruh pasien balita 10-59 bulan yang dirawat inap pada tahun 2007 yakni sebesar 11,8%.

6.3. Hubungan antara Karakteristik Balita terhadap Kejadian Pneumonia

6.3.1. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi pneumonia pada balita laki-laki (14,8%) lebih besar dibandingkan pada balita perempuan (11,8%). Hal yang sama terlihat pada penelitian di Uruguay pada tahun 1997-1998 terhadap pneumonia balita yang dirawat di rumah sakit yang menunjukkan 56% penderitanya adalah laki-laki (Pirez dalam Machmud, 2006). Hasil penelitian ini juga memperlihatkan bahwa pada sampel ini, balita laki-laki cenderung berisiko 1,25 kali lebih besar untuk menderita pneumonia daripada balita perempuan. Akan tetapi, diperoleh hubungan yang tidak bermakna secara statistik. Hal ini sejalan dengan penelitian Herman di Sumatera Selatan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan bermakna secara statistik (OR = 1,1; 95% CI = 0,7-1,6 dengan *pvalue* = 0,600).

Meskipun demikian, Depkes RI menyebutkan bahwa laki-laki adalah salah satu faktor risiko kejadian pneumonia pada balita. Beberapa penelitian menemukan sejumlah penyakit saluran pernapasan yang dipengaruhi oleh adanya perbedaan fisik anatomi saluran pernapasan pada anak laki-laki dan perempuan berusia 4-6 tahun (Doershuk et al. dan Taussig et al. dalam King, 2002). Secara umum, dalam ukuran tertentu saluran pernapasan anak laki-laki lebih kecil dibandingkan dengan anak perempuan. Hal ini dapat meningkatkan frekuensi penyakit saluran pernapasan bawah dan wheezing pada laki-laki dibandingkan pada perempuan (Glezen dan Denny; Monto dan Ulman; Martinez et al. dalam King, 2002).

Anak laki-laki juga memiliki tingkat aktivitas fisik yang lebih tinggi dibandingkan anak perempuan. Anak laki-laki cenderung lebih sering bermain dan berinteraksi dengan lingkungannya, sehingga mereka akan lebih rentan terkena kuman atau *agent* infeksi lain yang dapat menyebabkan penyakit. Pada penelitian ini, ditemukan jumlah balita gizi kurang lebih banyak pada laki-laki daripada perempuan. Hal ini pula yang kemungkinan menyebabkan proporsi pneumonia lebih banyak pada laki-laki. Akan tetapi, hubungan yang tidak bermakna antara jenis kelamin dan kejadian pneumonia memperlihatkan bahwa sebenarnya tidak ada perbedaan proporsi pneumonia antara laki-laki dan perempuan. Hal ini mungkin disebabkan oleh pengaruh faktor lain, seperti salah satunya faktor lingkungan tempat tinggal yang tidak diteliti pada penelitian ini.

6.3.2. Umur

Hasil penelitian di atas memperlihatkan proporsi pneumonia pada balita usia 12-59 bulan (13,6%) lebih tinggi dibandingkan pada balita usia <12 bulan (11,1%). Pada sampel ini, balita 12-59 bulan memiliki risiko 1,21 kali lebih besar untuk menderita pneumonia dibandingkan balita <12 bulan. Namun, hubungan ini secara statistik tidak bermakna. Akan tetapi, diperoleh hubungan yang tidak bermakna secara statistik.

Penelitian Herman (2002) juga menunjukkan hubungan yang tidak bermakna secara statistik antara umur balita dengan kejadian pneumonia (OR = 0,8; 95% CI = 0,4-1,6 dengan *pvalue* = 0,566). Hal yang sama juga terjadi pada penelitian Heri di Lampung Timur (2000). Dari penelitian tersebut, diperoleh asosiasi yang tidak bermakna antara umur dengan pneumonia (*pvalue* = 0,2984).

Gambaran proporsi pneumonia yang lebih tinggi pada anak usia 12-59 bulan juga ditunjukkan pada hasil Riset Kesehatan Dasar Nasional tahun 2007 dimana prevalensi pneumonia pada anak usia 1-4 tahun (3,02%) lebih tinggi dibandingkan prevalensi pada anak di bawah 1 tahun (2,2%) (Depkes RI, 2008). Pada dasarnya, morbiditas pneumonia diketahui memiliki korelasi negatif dengan umur (Purwanto, 2000). Beberapa teori menyebutkan bahwa anak berumur < 1 tahun

lebih rentan untuk terkena pneumonia. Fox dan Gwaltney menyatakan bahwa insidens penyakit pernapasan oleh virus meningkat pada bayi dan anak usia dini, namun angka tersebut tetap menurun sejalan dengan penambahan usia (Herman, 2002). Ariffin S. juga menyebutkan lebih dari setengah jumlah penderita pneumonia adalah anak usia 2-11 bulan (Purwanto, 2002). Meskipun demikian, proporsi pneumonia yang lebih tinggi pada 12-59 bulan disebabkan karena sampel penelitian yang kecil serta balita berusia <12 bulan lebih banyak didominasi oleh penderita diare.

Pada hasil penelitian ini juga didapatkan bahwa umur tidak berhubungan secara bermakna terhadap kejadian pneumonia. Hal ini diasumsikan karena adanya perbedaan jumlah sampel dan jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini dengan penelitian lain serta adanya pengaruh faktor lain. Pengaruh umur terhadap perbedaan prevalensi penyakit infeksi saluran pernapasan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh (Foster dalam Machmud, 2006). Faktor status imunisasi dapat menjadi salah satu faktor lain yang mempengaruhi hubungan langsung antara umur dengan kejadian ISPA. Depkes RI menyebutkan anak usia 0-24 cenderung memiliki imunitas yang belum sempurna serta lubang pernapasannya yang relatif masih sempit (Tantry, 2008). Oleh sebab itu, pemberian imunisasi menjadi sangat penting untuk diberikan kepada bayi dan balita sehingga dapat memberikan kekebalan terhadap penyakit-penyakit tertentu.

Usia balita (infancy) juga merupakan usia yang paling rawan dalam pertumbuhan, dikarenakan pada usia tersebut anak mulai berinteraksi dan bereksplorasi dengan lingkungan. Menurut teori psikoanalisis Freud, anak berusia 0-18 bulan sangat senang memasukkan apa saja ke dalam mulutnya, atau yang dikenal dengan periode oral (Shaleh, 2008). Hal ini tentu saja dapat meningkatkan risiko anak terkena pajanan beberapa penyakit, baik itu disebabkan oleh virus, bakteri, ataupun jamur.

6.3.3. Status Gizi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi pneumonia lebih tinggi pada kelompok balita dengan status gizi baik (15,1%) dibandingkan dengan balita gizi kurang (10,3%). Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian di Cikutra, Bandung, yang menyebutkan bahwa angka prevalensi dan insidens ISPA lebih tinggi pada anak dengan gizi kurang namun secara statistik tidak menunjukkan hubungan yang bermakna (Juliastuti, 2000). Proporsi pneumonia yang lebih tinggi pada balita dengan gizi baik kemungkinan disebabkan oleh adanya pengaruh faktor lain. Penelitian ini menemukan bahwa jumlah balita gizi baik dengan status imunisasi tidak lengkap (37,5%) lebih tinggi dibandingkan pada balita gizi kurang (25%).

Berdasarkan hasil penelitian, nilai $PR = 0,68$ memperlihatkan bahwa pada sampel ini, balita dengan status gizi baik justru cenderung lebih berisiko 1 per 0,68 atau 1,47 kali lebih besar untuk menderita pneumonia daripada balita dengan status gizi kurang. Akan tetapi, hasil tersebut menunjukkan hubungan yang tidak bermakna secara statistik. Berbeda dengan penelitian Tri Juliastuti (2000) yang menemukan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara status gizi dengan kejadian pneumonia balita ($OR = 2,15$; 95% $CI = 1,27-3,66$ dengan $pvalue = 0,002$).

Pada dasarnya, status gizi dan penyakit infeksi saling berhubungan. Keadaan status gizi kurang bahkan malnutrisi dapat disebabkan oleh adanya penyakit infeksi. Di dalam model faktor-faktor penyebab gizi kurang, Daly mengungkapkan bahwa penyakit infeksi merupakan salah satu penyebab langsung gizi kurang (Supariasa, 2002). Demikian juga dengan penyakit infeksi yang keberadaannya tidak lepas dari status gizi seseorang. Sebagian besar dari kematian anak di negara berkembang disebabkan oleh adanya infeksi yang menjadi berat akibat kekurangan gizi (Sediaoetama, 1985).

Hubungan antara gizi kurang dan malnutrisi dengan penyakit infeksi saluran pernapasan bawah sebenarnya sudah diteliti sejak tahun 1990 (Bale dalam Semba dan Bloem, 2001). Gizi kurang dan malnutrisi dapat meningkatkan keparahan

penyakit tersebut, meningkatkan probabilitas bakterimia pada beberapa kasus dengan multipel organisme mikroba, menyebabkan terjadinya efusi pleura, dan komplikasi lainnya (James dan Johnson dalam Semba dan Bloem, 2001). Anak dengan gizi kurang bahkan gizi buruk memang lebih mudah terserang penyakit infeksi karena daya tahan tubuh yang kurang dan balita cenderung tidak memiliki nafsu makan, sehingga berdampak pada kurang gizi dan malnutrisi.

6.3.4. Status Imunisasi

Hasil penelitian di atas memperlihatkan proporsi pneumonia pada balita dengan status imunisasi (DPT dan campak) yang tidak lengkap (13,8%) lebih besar dibandingkan pada balita yang telah diimunisasi lengkap (15,1%). Pada sampel ini, balita dengan status imunisasi tidak lengkap berisiko 1,10 kali lebih besar untuk menderita pneumonia dibandingkan balita yang status imunisasinya lengkap. Akan tetapi, dari hasil di atas diperoleh hubungan yang tidak bermakna secara statistik antara status imunisasi dengan kejadian pneumonia.

Penelitian Tri Juliastuti juga menemukan bahwa imunisasi campak dan kejadian pneumonia secara statistik tidak berhubungan bermakna. Lain halnya dengan penelitian Heri di Lampung yang menyebutkan bahwa ada hubungan bermakna antara imunisasi DPT dan campak terhadap kejadian pneumonia (OR = 2,6; 95% CI = 1,2 – 3,9 dengan *pvalue* = 0,001 dan OR = 1,99; 95% CI = 1,07-3,71 dengan *pvalue* = 0,003). Perbedaan ini mungkin disebabkan karena perbedaan jumlah sampel dan jenis penelitian yang digunakan.

Pada dasarnya, penyakit ISPA dapat dicegah dengan imunisasi (Pio dalam Juliastuti, 2000). Imunisasi DPT dan campak diketahui dapat mencegah morbiditas dan mortalitas akibat pneumonia. Hal ini disebabkan karena pneumonia merupakan penyakit penyerta atau bentuk komplikasi dari penyakit campak dan pertusis. Pertusis dan campak menyebabkan hampir seperempat kematian akibat pneumonia. Infeksi campak dapat menekan sistem imun tubuh pada anak dan sering menyebabkan anak kehilangan berat badannya, penyusutan produksi vitamin A di dalam tubuh, serta anak akan lebih suseptibel terhadap

penyakit pneumonia dan diare (Ranuh, 2001). Pertusis sendiri merupakan penyakit yang bersifat *toxin-mediated*. Toksin yang dihasilkan tersebut akan melumpuhkan bulu-bulu getar pada saluran pernapasan yang dapat mengganggu aliran sekresi saluran pernapasan sehingga berpotensi menyebabkan pneumonia.

Biasanya, kematian campak yang dilaporkan adalah akibat komplikasi penyakit campak, bukan akibat dari penyakit campak itu sendiri. Media Warta Posyandu tahun 1998/1999 menyebutkan bahwa imunisasi DPT dapat mencegah 6% kematian karena pneumonia, sedangkan imunisasi campak mencegah 11% kematian (Ranuh, 2001).

Hasil yang tidak menunjukkan hubungan bermakna antara status imunisasi dan kejadian pneumonia diasumsikan karena masih ada beberapa balita yang data imunisasinya tidak diketahui atau tidak terisi. Hal ini mungkin mempengaruhi hasil secara statistik. Selain itu, imunisasi DPT dan campak juga mencegah beratnya penyakit campak dan pertusis sehingga tidak menimbulkan komplikasi seperti pneumonia, serta mencegah dari kematian akibat komplikasi tersebut.

6.3.5. Riwayat BBLR

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi pneumonia pada balita dengan riwayat BBLR (12,5%) lebih rendah dibandingkan pada balita normal (15,5%). Pada penelitian ini, balita dengan riwayat normal memiliki risiko 1,25 kali lebih besar untuk menderita pneumonia dibandingkan balita dengan riwayat BBLR. Akan tetapi, hasil di atas tidak menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan proporsi pneumonia antara balita BBLR dengan balita normal.

Penelitian Herman juga tidak menemukan ada hubungan yang bermakna antara berat badan lahir balita dengan kejadian pneumonia (OR = 1,9; 95% CI = 0,7-4,9 dengan *pvalue* = 0,175). Hal ini sejalan dengan penelitian James yang menyebutkan bahwa anak-anak dengan riwayat BBLR mengalami penyakit saluran pernapasan dan jumlahnya tidak lebih dari anak-anak dengan berat badan

lahir normal. Meskipun demikian, James juga menyatakan bahwa anak-anak BBLR dengan malnutrisi ternyata mengalami pneumonia 19 kali lebih tinggi, serta memerlukan perawatan di rumah sakit dibandingkan dengan anak-anak yang normal (James dalam Herman, 2002).

Sejumlah teori menyebutkan bahwa riwayat BBLR berhubungan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas infeksi saluran pernapasan bawah. Sebuah studi kasus kontrol di Brazil dan Srilanka melaporkan balita BBLR mempunyai risiko 50% lebih besar untuk terkena pneumonia dibandingkan dengan balita normal (Victoria, dkk dalam Semba dan Bloem, 2001). Peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas pada balita BBLR kemungkinan disebabkan oleh rendahnya imunitas dan/atau menurunnya fungsi paru (Majone dalam Semba dan Bloem, 2001). Apalagi jika balita BBLR hidup dengan pola asupan gizi yang buruk. Anak BBLR yang tidak memperoleh asupan gizi yang kurang di masa kecilnya dan terjadi dalam jangka waktu yang lama, akan berisiko malnutrisi yang berlanjut hingga dewasa.

Adanya hubungan yang tidak bermakna pada penelitian ini kemungkinan disebabkan karena adanya faktor lain yang dihubungkan dengan berat badan lahir seperti kepadatan rumah, kemiskinan, dan rendahnya nutrisi, sehingga sulit untuk menetapkan hubungan antara riwayat BBLR dan kejadian pneumonia secara langsung. Rate terhadap penyakit saluran pernapasan pada anak-anak dengan riwayat BBLR memang tidak lebih tinggi dari balita normal, namun mereka akan mengalami infeksi yang lebih berat (Herman, 2002).

6.4. Hubungan antara Karakteristik Ibu terhadap Kejadian Pneumonia

6.4.1. Tingkat Pendidikan Ibu

Berdasarkan hasil penelitian di atas, tampak proporsi pneumonia pada balita yang ibunya memiliki tingkat pendidikan rendah (15%) lebih rendah dibandingkan pada balita yang ibunya berpendidikan tinggi (15,8%). Pada penelitian ini terlihat bahwa balita yang memiliki ibu berpendidikan tinggi justru cenderung memiliki risiko 1 per 0,95 atau 1,05 kali lebih besar untuk menderita pneumonia daripada

balita yang ibunya berpendidikan rendah. Akan tetapi, hasil di atas menunjukkan hubungan yang tidak bermakna secara statistik antara tingkat pendidikan ibu balita dengan kejadian pneumonia.

Hasil ini juga terlihat pada penelitian Boer (2002) yang menemukan bahwa tingkat pendidikan ibu tidak berhubungan secara bermakna terhadap kejadian pneumonia balita ($pvalue = 0,37$). Akan tetapi, penelitian lain menyebutkan hal yang berbeda. Hasil penelitian Sumargono menunjukkan adanya hubungan bermakna di antara tingkat pendidikan ibu dan kejadian pneumonia balita (Boer, 2002). Perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian Sumargono tersebut mungkin disebabkan karena perbedaan jumlah sampel dan jenis penelitian yang digunakan.

Pada umumnya, di dalam pencegahan dan pengendalian pneumonia pada balita, tingkat pendidikan ibu berhubungan dengan praktek pencarian pengobatan. Greeney mengemukakan bahwa masyarakat yang berpendidikan tinggi biasanya memiliki angka kunjungan yang relatif tinggi ke tenaga kesehatan (Harimat, 2003). Ibu yang latar belakang pendidikannya tinggi diharapkan dapat lebih mudah menerima suatu pengetahuan mengenai kesehatan yang disampaikan kepadanya, sehingga diharapkan mampu mengenali tanda-tanda bahaya terhadap balita sakit dan pada akhirnya mampu memberikan upaya pengobatan kepada balita sakit secara cepat, tepat, dan rasional.

Akan tetapi, teori lain mengatakan bahwa ibu dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung tidak melakukan upaya pencarian pengobatan kepada tenaga kesehatan (Harimat, 2003). Meskipun demikian, baik ibu yang berpendidikan tinggi maupun rendah belum tentu memiliki pengetahuan yang baik mengenai kondisi kesehatan anaknya oleh karena tidak pernah mendapat informasi sebelumnya, tidak memiliki kepercayaan yang baik mengenai kesehatan dan pelayanan kesehatan, atau tidak merasakan adanya kedekatan dengan pelayanan kesehatan tersebut sehingga ibu tidak atau terlambat membawa balitanya yang sakit ke pelayanan kesehatan (Harimat, 2003).

6.4.2. Status Pekerjaan Ibu

Hasil penelitian di atas memperlihatkan proporsi pneumonia pada balita yang ibunya bekerja (18,8%) lebih besar dibandingkan pada balita yang ibunya sehari-hari tidak bekerja (13,2%). Pada sampel ini, balita dengan ibu yang bekerja memiliki risiko 1,42 kali lebih besar untuk menderita pneumonia dibandingkan balita yang ibunya tidak bekerja. Akan tetapi, diperoleh hubungan yang tidak bermakna secara statistik antara status pekerjaan ibu dengan kejadian pneumonia pada balita.

Hasil yang tidak menunjukkan adanya hubungan bermakna kemungkinan dikaitkan dengan adanya faktor lain, seperti pola asuh, pemberian ASI, dan pencarian pengobatan. Ibu yang bekerja cenderung memiliki lebih sedikit waktu untuk bersama anak-anaknya dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Hal ini menyebabkan pada saat ibu tidak berada di rumah, anak kurang diperhatikan. Selain itu, ibu juga akan cenderung tidak memberikan ASI kepada sang anak selama bekerja, padahal ASI diyakini memiliki zat-zat protektif bagi anak agar anak terhindar dari penyakit infeksi. Penelitian mengenai perilaku pemberian ASI eksklusif pada anak usia 6-12 bulan di Ciganjur, Jakarta Selatan (2008) memperlihatkan bahwa ibu yang bekerja cenderung untuk tidak memberikan ASI kepada anaknya (87,5%) dibandingkan ibu yang tidak bekerja (Rizkianti, et al, 2008). Sementara itu, penelitian Widiawati di Klapa Nunggal, Bogor menunjukkan bahwa balita yang tidak mendapatkan ASI lebih berisiko 4,59 kali menderita pneumonia dibandingkan yang telah mendapatkan ASI (Tantry, 2008: 17).

6.5. Hubungan antara Karakteristik Pelayanan Kesehatan terhadap Kejadian Pneumonia

6.5.1. Lama Hari Rawat

Hasil penelitian di atas memperlihatkan balita yang dirawat selama lebih dari 5 hari (12,5%) memiliki proporsi pneumonia yang lebih rendah daripada balita yang dirawat kurang lebih 5 hari (13,9%). Pada sampel ini, balita yang dirawat kurang lebih 5 hari cenderung memiliki risiko 1 per 0,90 atau 1,11 kali lebih besar untuk

menderita pneumonia dibandingkan balita yang dirawat lebih dari 5 hari. Akan tetapi, dari hasil di atas diperoleh hubungan yang tidak bermakna secara statistik antara lama hari rawat dengan kejadian pneumonia.

Lama hari rawat yang panjang salah satunya disebabkan oleh adanya penyakit lain atau penyakit penyerta (baik penyakit penyulit maupun penyakit yang tidak berhubungan). Penelitian Cannodt (1984) menyebutkan bahwa penderita yang didiagnosa ganda akan mempunyai lama hari rawat yang lebih panjang. Menurut Payne, lama hari rawat untuk penderita pneumonia adalah 2-10 hari (Yuniarti, 2002). Selain adanya penyakit penyerta, faktor gizi juga dapat mempengaruhi lama hari rawat pasien balita dengan pneumonia. Di Gambia, Brazil, dan Chili, ditemukan bahwa gizi kurang atau malnutrisi teridentifikasi sebagai salah satu faktor risiko perawatan balita dengan pneumonia di rumah sakit (Man, et al., Victora, dan Atalah dalam Semba dan Bloem., 2001).

