



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN DENGAN
PEMANFAATAN FASILITAS PERINATOLOGI
DI RS TUGU IBU TAHUN 2007**

TESIS

**OLEH:
ROSA WIDIYASTUTI
NPM: 0606022542**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, 2008

PROGRAM PASCASARJANA

PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Tesis, 14 Juli 2008

Rosa Widiyastuti, NPM 0606022542

**Hubungan Karakteristik Pasien Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi
Di RS Tugu Ibu Depok Tahun 2007**

viii + 86 halaman, 30 tabel, 4 gambar, 17 lampiran

ABSTRAK

Di seluruh dunia, kematian bayi baru lahir (neonatus) merupakan 36% kematian anak di bawah usia lima tahun. Berdasarkan laporan WHO tahun 2005, angka kematian neonatus Indonesia adalah 18 kematian per 1000 kelahiran hidup, tertinggi se- Asia Tenggara. Dengan kemajuan teknologi kedokteran saat ini, morbiditas maupun mortalitas pada bayi baru lahir yang disertai penyulit dapat ditekan. Unit perinatologi merupakan fasilitas yang terbilang baru di lingkungan RS Tugu Ibu dimana tingkat pemanfaatannya masih tergolong rendah. Berdasarkan data rekam medis tahun 2007, BOR unit perinatologi adalah 37,16%. Agar dapat memaksimalkan pemanfaatan fasilitas perinatologi ini, terlebih dahulu perlu diketahui karakteristik pasien- pasiennya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik pasien dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi di RS Tugu Ibu Depok tahun 2007.

Rancangan penelitian ini adalah studi potong lintang dengan pendekatan kuantitatif. Lokasi penelitian adalah unit perinatologi RS Tugu Ibu, dan dilaksanakan pada bulan Maret sampai Mei 2008. Data yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh dari buku register pasien perinatologi selama tahun 2007 dengan jumlah sampel sebanyak 96. Daftar cocok (check list) digunakan sebagai instrumen

pengumpul data. Variabel independen dalam penelitian ini terdiri dari faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, berat badan dan riwayat asal bayi serta tempat tinggal orang tua), faktor *enabling* (jenis pembiayaan) dan faktor *need* (lama hari rawat dan tindak lanjut). Sebagai variabel dependen adalah pemanfaatan fasilitas perinatologi (inkubator, alat fototerapi, *infus pump*, *nasal canule* dan *nasogastric tube*). Data kemudian dianalisa secara univariat, bivariat (menggunakan uji Kai Kuadrat) dan multivariat (uji regresi logistik).

Dari hasil penelitian didapatkan 25% pasien memanfaatkan fasilitas perinatologi selama menjalani perawatan. Didapatkan hubungan yang bermakna antara variabel umur, berat badan, riwayat asal, lama hari rawat dan tindak lanjut dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi. Sedangkan variabel tindak lanjut merupakan faktor dominan dalam pemanfaatan fasilitas perinatologi di RS Tugu Ibu tahun 2007.

Saran yang dapat diberikan berkaitan penelitian ini adalah menetapkan suatu kriteria tertentu bagi pasien yang akan dirawat di unit perinatologi dan mengembangkan unit perinatologi menjadi NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*).

Kata Kunci: Karakteristik Pasien, Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi, Studi Potong Lintang

Daftar bacaan: 34 (1972- 2008)

**POSTGRADUATE PROGRAM
HOSPITAL ADMINISTRATION STUDY**

Thesis, July 14, 2008

Rosa Widiyastuti, NPM 0606022542

**Relationship Between Patients' Characteristic And Utilization of Perinatology
Facilities in Tugu Ibu Hospital, 2007**

viii+ 86 pages, 30 tables, 4 pictures, 17 appendices

ABSTRACT

Newborn mortality is 36% of under 5 children mortality over the world. Based on WHO's report in 2005, the newborn mortality in Indonesia was 18 mortalities of 1000 livebirth, which were the highest in South East Asia. The advance medical technology now days could reduce morbidity and mortality of the newborn that's had trouble around their conditions. Perinatology unit in Tugu Ibu Hospital was still underutilization. Based on medical report, Bed Occupancy Rate perinatology unit was 37,16% in 2007. In order to maximize it, the indentification of patients characteristic was urgently needed. This study is to identify the relationship between patient's characteristic and utilization of perinatology facilities in Tugu Ibu Hospital in 2007.

The study is quantitative study with a cross sectional design. The location of this study is at perinatology unit in Tugu Ibu Hospital on March- May 2008. The subject is perinatology patient's register book in 2007 as a secondary data and the

sample is 96 data. Check list is used as an instrument of this study. Variables studied are consisting of: predisposing factors (age, sex and weight of the newborns: parents address and referral history), enabling factors (type of financing) and need (length of stay and outcome). As a dependent variables is utilization of perinatology facilities (incubator, phototherapy device, infusion pump, nasal canule and nasogastric tube). Data are analyzed by univariate, bivariate (Chi's square test) and multivariate (logistic regression test) analysis.

It was found that 25% patients use perinatology facility during their treatment. The independent variables, which have significantly related to the utilization of perinatology facilities are: age, weight, referral history, length of stay and outcome. The multivariate analysis found that the dominant factor is outcome of the utilization of perinatology facilities in Tugu Ibu Hospital in 2007.

Based on the study result, it is suggested that hospital must create a specific criterias for newborn whose need perinatology treatment and up grade this unit become Neonatal Intensive Care Unit (NICU).

Key Word: Patients' Characteristic, Utilization of Perinatology Facility, Cross Sectional

References: 34 (1972- 2008)



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN DENGAN
PEMANFAATAN FASILITAS PERINATOLOGI
DI RS TUGU IBU TAHUN 2007**

Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Oleh :
ROSA WIDIYASTUTI
NPM: 0606022542

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, 2008

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN DENGAN PEMANFAATAN FASILITAS PERINATOLOGI DI RS TUGU IBU TAHUN 2007

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 14 Juli 2008

Komisi Pembimbing

Ketua

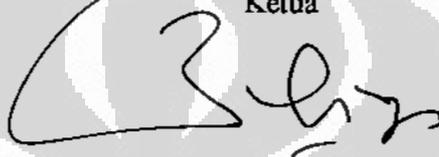


Budi Hidayat, SKM, MPPM, PhD

PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA

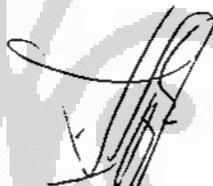
Depok, 14 Juli 2008

Ketua

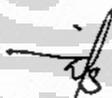


Budi Hidayat, SKM, MPPM, PhD

Anggota



Pujiyanto, SKM, MKes



Amila Megraini, SE, MBA



Dr. Syaifudin Zuhri, MARS

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Rosa Widiyastuti

NPM : 0606022542

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Angkatan : 2006

Jenjang : Magister

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN DENGAN PEMANFAATAN FASILITAS PERINATOLOGI DI RUMAH SAKIT TUGU IBU TAHUN 2007.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar- benarnya.



Depok, 21 Juli 2008

Rosa Widiyastuti

RIWAYAT HIDUP

Nama : Rosa Widiyastuti
Tempat/ Tanggal Lahir : Surabaya/ 13 Nopember 1972
Alamat : Pesona Khayangan blok EZ no. 1 Depok
Status Keluarga : Menikah
Alamat Instansi : RS Zahirah, Jalan Sirsak no. 21, Jakarta Selatan

Riwayat Pendidikan :

1. SD Singkole, Soroako, Sulawesi Selatan, lulus tahun 1985
2. SMP Dharma Bhakti, Surabaya, Jawa Timur, lulus tahun 1988
3. SMAN 15 Surabaya, Jawa Timur, lulus tahun 1991
4. Fak. Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar, lulus Sked tahun 1999
5. Fak. Kedokteran Brawijaya, Malang, lulus dokter tahun 2002

Riwayat Pekerjaan:

1. Dokter jaga klinik Merdeka, Malang, 2002- 2003
2. Dokter jaga klinik Bayuadji, Jakarta Selatan, 2004
3. Dokter jaga RS Zahirah, Jakarta Selatan, 2004- sekarang
4. Dokter di PT Boral Indonesia, Jakarta Selatan, 2006- sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, karena berkat izin dan perkenanNya jua penulis dapat menyelesaikan tesis "Hubungan Karakteristik Pasien Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi Di Rumah Sakit Tugu Ibu Tahun 2007". Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pascasarjana pada Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit.

Penulis dengan tulus mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada Bapak Budi Hidayat, SKM, MPPM, PhD selaku penasehat akademik sekaligus dosen pembimbing yang telah menyediakan waktunya untuk mendukung terselesaikannya tesis ini. Ucapan terima kasih penulis haturkan pula kepada Bapak Pujiyanto, SKM, Mkes yang telah menyatakan kesediaannya untuk menjadi penguji sejak tesis ini masih berupa proposal serta memberi masukan yang sangat berharga guna terselesaikannya tesis ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada Ibu Amila Megraini, SE, MBA atas kesediaannya menjadi penguji tesis ini. Juga kepada Bapak Adang Bachtiar, dr, MPH, Dsc selaku penanggungjawab mata kuliah Metodologi Penelitian dan seluruh staf pengajar, penulis berterimakasih karena telah mendapatkan pemahaman yang cukup mengenai metode penelitian bidang kesehatan. Terima kasih yang tak terhingga khususnya kepada Bapak Syaifudin Zuhri, dr, MARS atas bimbingannya saat penulis melakukan residensi di RS Tugu Ibu serta masukannya pada saat pembuatan tesis ini. Kepada staf medis unit perinatologi RS Tugu Ibu yang senantiasa ramah dan bersedia meluangkan waktu serta menjadi tempat bertanya, penulis ucapkan banyak terima kasih.

Ucapan terima kasih kepada teman-teman sejawat mahasiswa KARS FKM UI angkatan 2006 yang telah banyak membantu penulis dalam bertukar pikiran serta menjadi penyemangat selama pembuatan tesis ini (mbak Wina untuk dukungan konsumsinya, Sufyan, Fitri, Maya untuk “ngobrol- ngobrolnya”, mbak Tina, mbak Baby, Ratikh dan Jufri untuk dukungan morilnya). Tak lupa ucapan terima kasih kepada suami Ir. Rahmad Mudjiono serta anak-anak tercinta Anggas Purwa Anargya dan Arnawa Bhanu Wicaksana yang telah mendampingi dan selalu berdoa untuk keberhasilan penulis.

Penulis sadar tesis ini masih banyak kekurangannya, sehingga saran dan masukan sangat penulis harapkan demi perbaikan dan penyempurnaannya. Demikian harapan penulis, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak, terutama penulis, dalam meningkatkan pengetahuan.

Penulis

Rosa Widiyastuti

DAFTAR ISI

Judul	Halaman
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I : PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Pertanyaan Penelitian	11
1.4 Tujuan Penelitian	
1.4.1 Tujuan Umum	11
1.4.2 Tujuan Khusus	11
1.5 Manfaat Penelitian	
1.5.1 Manfaat Aplikatif	12
1.5.2 Manfaat Teoritis	13
1.5.3 Manfaat Metodologi	13
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	13
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Perinatologi	14
2.1.1 Klasifikasi Neonatus	16
2.1.2 Kategori Perawatan Neonatus	18
2.1.3 Penyebab Kematian Neonatus	20
2.2 Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	26
2.3 Penelitian Sehubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	33
BAB III : PROFIL RUMAH SAKIT	
3.1 Data Umum Rumah Sakit	34

	3.2 Visi, Misi, Motto dan Falsafah	35
	3.3 Sejarah Rumah Sakit	35
	3.4 Struktur Organisasi	37
	3.5 Fasilitas dan Pelayanan	37
	3.6 Ketenagaan	41
	3.7 Pelayanan Unit Perinatologi tahun 2007	43
	3.8 Kinerja Unit Perinatologi tahun 2007	44
BAB IV	: KERANGKA TEORI, KONSEP	
	DAN DEFINISI OPERASIONAL	
	4.1 Kerangka Teori	45
	4.2 Kerangka Konsep	47
	4.3 Definisi Operasional	48
	4.4 Hipotesis	50
BAB V	: METODOLOGI PENELITIAN	
	5.1 Rancangan Penelitian	51
	5.2 Waktu dan Tempat Penelitian	51
	5.3 Populasi Penelitian	51
	5.4 Sampel Penelitian	52
	5.5 Cara Pengambilan Sampel	52
	5.6 Cara Pengumpulan Data	53
	5.7 Instrumen Penelitian	53
	5.5 Analisa Data	54
	5.6 Penyajian Hasil	57
BAB VI	: HASIL PENELITIAN	
	6.1 Analisis Univariat	58
	6.2 Analisis Bivariat	60
	6.3 Analisis Multivariat	66
	6.3.1 Seleksi Bivariat	66
	6.3.2 Pemodelan Multivariat	67
BAB VII	: PEMBAHASAN	
	7.1 Keterbatasan Penelitian	72
	7.2 Tinjauan Hasil Penelitian	72

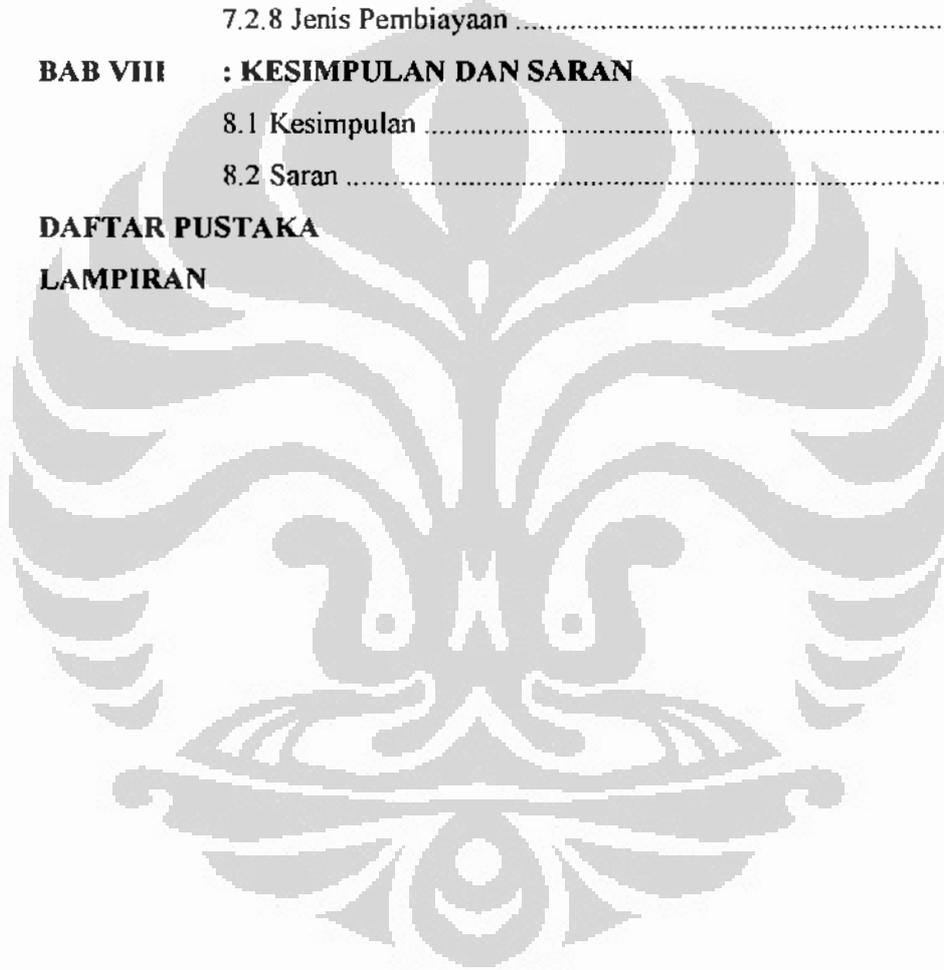
7.2.1 Umur	73
7.2.2 Jenis Kelamin	74
7.2.3 Berat Badan	74
7.2.4 Tempat Tinggal	76
7.2.5 Riwayat Asal	77
7.2.6 Lama Hari Rawat	79
7.2.7 Tindak Lanjut	82
7.2.8 Jenis Pembiayaan	83

BAB VIII : KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan	85
8.2 Saran	86

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Halaman
Tabel 1.1	: Daftar Sepuluh Besar Negara Dengan Angka Kematian Neonatus (AKN) Tertinggi Tahun 2000 4
Tabel 1.2	: Kinerja Unit Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2004- 2007 8
Tabel 2.1	: Sebab- Sebab Utama Mortalitas Perinatal 15
Tabel 2.2	: Kategori Perawatan Neonatus 18
Tabel 2.3	: Kondisi Ibu Yang Menyebabkan Bayi Dirawat Di Unit Perinatologi 19
Tabel 2.4	: Penyebab Kelahiran Preterm Yang Dapat Diidentifikasi 21
Tabel 2.5	: Faktor- Faktor Yang Dihubungkan Dengan Retardasi Pertumbuhan Intrauterin 22
Tabel 3.1	: Pelayanan Poliklinik Rawat Jalan 38
Tabel 3.2	: Pelayanan Rawat Inap 39
Tabel 3.3	: Sumber Daya Manusia RSTI 41
Tabel 3.4	: Perkembangan Pasien Perinatologi 43
Tabel 3.5	: Kinerja Unit Perinatologi Tahun 2007 44
Tabel 4.3	: Definisi Operasional 48
Tabel 6.1	: Distribusi Karakteristik Pasien Dan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007..... 59
Tabel 6.2	: Hubungan Umur Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007 61
Tabel 6.3	: Hubungan Jenis Kelamin Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007 61
Tabel 6.4	: Hubungan Berat Badan Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007 62
Tabel 6.5	: Hubungan Tempat Tinggal Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007 62
Tabel 6.6	: Hubungan Riwayat Asal Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007 63

Tabel 6.7	: Hubungan Lama Hari Rawat Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007	64
Tabel 6.8	: Hubungan Tindak Lanjut Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007	65
Tabel 6.9	: Hubungan Jenis Pembiayaan Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007	65
Tabel 6.10	: Nilai p Dari Kandidat Variabel Untuk Model Multivariat	66
Tabel 6.11	: Parameter Awal Analisis Multivariat Nilai p Dan OR Faktor- Faktor Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi Di RS Tugu Ibu Tahun 2007	67
Tabel 6.12	: Selisih Nilai OR Setelah Variabel Umur Dikeluarkan	68
Tabel 6.13	: Selisih Nilai OR Setelah Variabel Tempat Tinggal Dikeluarkan	68
Tabel 6.14	: Selisih Nilai OR Setelah Variabel Riwayat Asal Dikeluarkan ..	69
Tabel 6.15	: Selisih Nilai OR Setelah Variabel Lama Hari Rawat Dikeluarkan	69
Tabel 6.16	: Selisih Nilai OR Setelah Variabel Berat Badan Dikeluarkan	70
Tabel 6.17	: Parameter Akhir Analisis Multivariat Nilai p Dan OR Faktor- Faktor Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi Di RS Tugu Ibu Tahun 2007.....	70

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
Gambar 1.1 : Angka Kematian Bayi Di Asia Tenggara Tahun 2005	5
Gambar 1.2 : Penyebab Kematian Bayi Baru Lahir	6
Gambar 2.1 : Mode Penularan Agen Infeksi Dari Ibu Ke Janin Atau Neonatus	24
Gambar 2.2 : Model Perilaku Andersen tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	28

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah hak azasi manusia dan sekaligus investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa. Untuk mewujudkan masyarakat yang sehat dan produktif, maka semua warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan agar dapat bekerja dan hidup layak sesuai dengan martabat manusia. Sesuai dengan UUD 1945 pasal 28H bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2004).

Setiap keluarga pastilah ingin memiliki anak- anak yang terlahir sehat. Akan tetapi tidak selamanya hal ini terjadi. Tak sedikit dijumpai bayi- bayi baru lahir (neonatus) disertai penyulit atau masalah kesehatan. Jika tidak segera ditangani, maka permasalahan tersebut dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas neonatus. Perinatal merupakan periode yang ada pada waktu usia kehamilan 20 minggu sampai 28 hari setelah kelahiran seorang bayi. Angka kematian perinatal menggambarkan kematian janin dan neonatus yang dipengaruhi oleh keadaan pranatal dan keadaan di sekitar saat persalinan. Mortalitas perinatal didefinisikan sebagai (Kliegman, 1999): *kematian janin dan bayi dari usia kehamilan 20 minggu sampai hari ke- 28 sesudah lahir.*

Pola morbiditas dan mortalitas perinatal di negara berkembang agak berbeda dibandingkan dengan pola di negara maju. Di negara kita, hal ini lebih banyak

disebabkan oleh kedaruratan obstetri dan kasus penelantaran akibat salah penanganan persalinan atau perawatan antenatal (Wiknjosastro, 1987). Sedangkan di negara maju seperti Amerika Serikat, kematian janin dihubungkan dengan retardasi pertumbuhan intrauteri dan keadaan- keadaan seperti insufisiensi plasenta, yang cenderung mengakibatkan janin mengalami asfiksia (kekurangan oksigen dalam darah). Adapun kematian neonatus disebabkan oleh penyakit- penyakit yang terkait dengan berat badan lahir rendah dan akibat anomali kongenital (kelainan bawaan) yang mematikan (Kliegman, 1999).

Angka kematian perinatal di Indonesia belum diketahui dengan pasti dikarenakan belum ada survei menyeluruh. Angka kematian perinatal yang ada ialah angka kematian perinatal di rumah sakit- rumah sakit besar yang pada umumnya merupakan rumah sakit rujukan (*referral hospital*), sehingga tidak memberikan gambaran yang mendekati angka kematian perinatal secara keseluruhan. Angka kematian perinatal di rumah sakit- rumah sakit rujukan pada umumnya berkisar antara 77,3- 137,7 per 1000 kelahiran hidup. Angka kematian perinatal digunakan untuk menilai kualitas pengawasan antenatal di suatu daerah tempat rumah sakit rujukan tersebut berada (Monintja, 1999).

Periode perinatal sangat rawan bagi janin dalam rangka proses adaptasinya nanti di luar rahim serta sangat berpengaruh pada keberlangsungan hidup selanjutnya. Kematian dini sering terjadi pada periode ini serta beberapa penyakit dapat mengakibatkan keadaan ataupun dampak yang serius, seperti misalnya kerusakan otak yang dapat berpengaruh terhadap kehidupan bayi secara menyeluruh di masa mendatang (Wiknjosastro, 1999).

Angka mortalitas neonatus adalah *kematian yang terjadi dari saat lahir sampai 4 minggu setelah kelahiran per 1000 kelahiran hidup* (Levene, 2000). Berdasarkan penelitian Lawn dkk (2005) yang dipublikasikan dalam *the Lancet Journal of Newborn Health*, setiap tahun diperkirakan 130 juta bayi lahir ke dunia, dimana 4 juta diantaranya meninggal dalam 4 minggu pertama hidupnya. Sedangkan tiga perempat kematian bayi baru lahir (neonatus) terjadi pada minggu pertama kehidupannya. Di seluruh dunia, kematian neonatus merupakan 36% kematian anak di bawah usia lima tahun. Penyebab langsung kematian neonatus adalah kelahiran kurang bulan (*preterm*) sebesar 28%, infeksi berat 36% (termasuk sepsis/ pneumonia 26%, tetanus 7% dan diare 3%), komplikasi asfiksia (kegawatan napas) 23%. Sedangkan dari sisa 14%, 7% kematian neonatus dikaitkan dengan adanya kelainan bawaan.

Angka mortalitas neonatus tertinggi terjadi pada 24 jam pertama setelah bayi dilahirkan, dan secara keseluruhan kira-kira merupakan 65% kematian di bawah usia 1 tahun di Amerika Serikat (Kliegman, 1999). Menurut Zupan dkk dalam Lawn dkk (2005), India menempati peringkat pertama dunia dalam hal kematian neonatus yaitu 43 per 1000 kelahiran hidup. Adapun Indonesia berada pada posisi ke delapan dengan 18 kematian per 1000 kelahiran hidup. Hal ini menempatkan Indonesia sebagai negara dengan angka kematian neonatus tertinggi di kawasan Asia Tenggara. Berikut ini data 10 besar peringkat kematian neonatus di seluruh dunia:

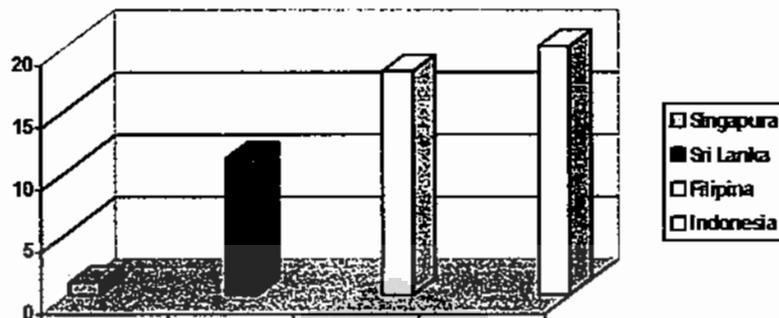
Tabel 1.1. Daftar Sepuluh Besar Negara Dengan Angka Kematian Neonatus (AKN) Tertinggi Tahun 2000

Negara	Jumlah Kematian (dalam ribu)	Persentase	AKN (per 1000 kelahiran hidup)
India	1098	27%	43
China	416	10%	21
Pakistan	298	7%	57
Nigeria	247	6%	53
Bangladesh	153	4%	36
Ethiopia	147	4%	51
Rep. Demokratik Kongo	116	3%	47
Indonesia	82	2%	18
Afghanistan	63	2%	60
Rep. Tanzania	62	2%	43

Sumber: Zupan J, Aahman E. *Perinatal mortality for the year 2000: estimates develop by WHO*. Dalam Lawn J.E, et al. *4 million neonatal deaths: when? where? why?* For the lancet neonatal survival steering team. March, 2005.

Sedangkan berdasarkan laporan WHO tahun 2005 seperti yang dikutip oleh USAID Indonesia, diperkirakan ada 5 juta bayi lahir setiap tahun di Indonesia. Dalam laporan tersebut disebutkan bahwa angka kematian bayi baru lahir (neonatus) di Indonesia adalah 20 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini berarti ada 246 bayi baru lahir yang meninggal setiap hari atau ada 10 bayi baru lahir yang meninggal setiap 1 jam. Angka kematian bayi baru lahir ini paling tinggi jika dibandingkan negara-negara Asia Tenggara lainnya.

Gambar 1.1: Angka Kematian Bayi Di Asia Tenggara Tahun 2005



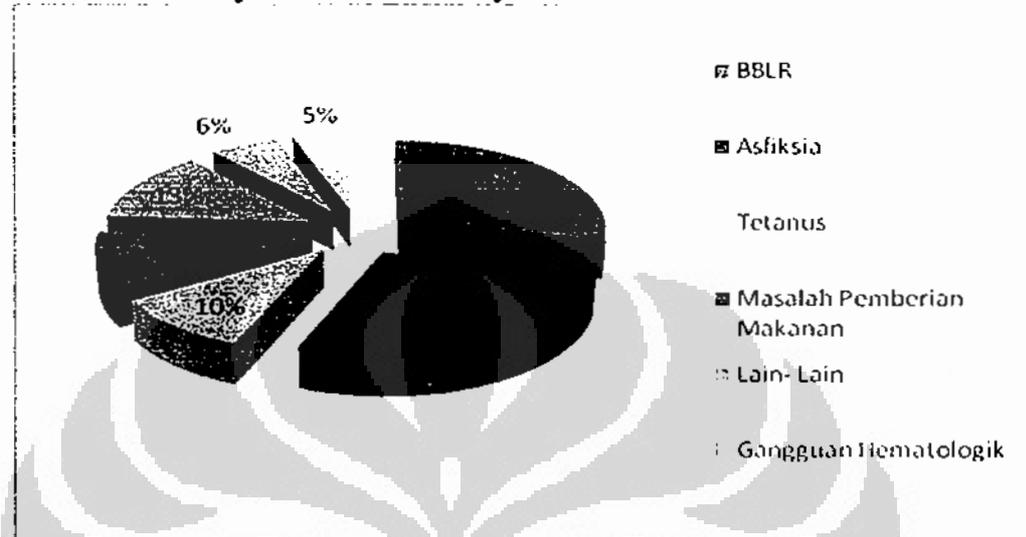
Sumber: The world health report 2005. Dalam health service program usaid indonesia. *Kesehatan bayi baru lahir*.

Distribusi kematian neonatus berbeda-beda di tiap negara, tergantung derajat kematian neonatus. Di negara dengan AKN sangat tinggi (AKN > 45), hampir 50% kematian diakibatkan infeksi berat, tetanus dan diare. AKN yang rendah (< 15), < 20% disebabkan sepsis/ pneumonia, sedangkan tetanus dan diare hampir tidak dijumpai menjadi penyebab kematian. Risiko kematian neonatus disebabkan infeksi berat di negara dengan AKN sangat tinggi sekitar 11 kali lipat dibandingkan dengan negara dengan AKN rendah. Sedangkan risiko kematian akibat asfiksia saat lahir di negara dengan AKN sangat tinggi adalah sekitar delapan kali lipat. Kematian akibat prematuritas menurun seiring dengan peningkatan AKN, akan tetapi dibarengi oleh peningkatan jumlah kematian akibat penyakit infeksi. Risiko kematian neonatus akibat prematuritas di negara dengan AKN sangat tinggi adalah tiga kali lebih besar dibandingkan negara dengan AKN rendah (Lawn, 2005).

Berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001, diperkirakan ada 5 juta bayi lahir setiap tahun. Kematian neonatus di Indonesia disebabkan oleh berat badan lahir rendah 29%, asfiksia 27%, tetanus 10%, masalah

pemberian makanan 10%, gangguan hematologik (darah) 6%, penyakit infeksi 5% dan penyebab lain 13%.

Gambar 1.2: Penyebab Kematian Bayi Baru Lahir



Sumber: Survei kesehatan rumah tangga (SKRT) 2001.

Di era globalisasi ini, dimana perkembangan teknologi, telekomunikasi dan kemudahan dalam mengakses informasi yang seakan tanpa batas, mengakibatkan masyarakat mulai peduli akan adanya berbagai permasalahan di seputar dunia kesehatan. Paradigma masyarakat tentang kesehatan maupun sarana pelayanan kesehatanpun mulai berubah. Jika dahulu rumah sakit hanya diartikan sebagai tempat untuk mengobati penyakit, maka di era globalisasi ini menjadi lebih kompleks. Rumah sakit saat ini telah menjadi institusi yang padat tehnologi, padat modal dan padat pakar. Tuntutan masyarakat pengguna jasa kesehatan terhadap rumah sakit pun berubah. Jika dahulu tuntutan masyarakat terhadap rumah sakit hanyalah agar penyakitnya dapat segera disembuhkan, saat ini masyarakat juga menginginkan pelayanan kesehatan yang bermutu, ramah dan sanggup memuaskan kebutuhan mereka. Seiring dengan hal itu, terjadi persaingan yang ketat antar rumah sakit untuk

merebut pangsa pasar, sehingga efisiensi dari kegiatan rumah sakit serta peningkatan mutu layanan rumah sakit harus selalu dijaga dan ditingkatkan.

Menurut Jacobalis (1995), dalam suasana perumahsakitian yang kompetitif, maka utilisasi pelayanan kesehatan rumah sakit cenderung stagnan malahan dapat menurun. Dampak negatif yang mungkin terjadi adalah kalahnya rumah sakit yang ada, baik akibat kompetisi yang tidak sehat ataupun ketidaksiapan manajemen rumah sakit dalam mengantisipasi persaingan tersebut. Menurut Donabedian (1986), pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan merupakan jalinan dari 3 faktor utama, yaitu pemakai layanan, pemberi layanan dan lingkungan terjadinya interaksi pemakai dan pemberi layanan.

Menurut Kotler (1987) dalam *Marketing in Healthcare*, setiap organisasi baik lambat atau cepat akan menyadari bahwa mereka tidak mungkin mencapai semua konsumen. Konsumen bisa menjadi suatu golongan yang terlalu besar jumlahnya, tersebar luas dan bervariasi kebutuhannya. Menurut Willan (1990), disain sistemnya harus mempertimbangkan kepentingan masyarakat dan harus diterima baik oleh masyarakat sekitar yang menjadi konsumen potensialnya. Bahkan bukan hanya dapat diterima, tetapi mendapat respon yang baik, oleh karena itu sebagai langkah awal adalah dengan melakukan analisis karakteristik dari masyarakat sekitar yang diduga berhubungan dengan pemanfaatan suatu layanan kesehatan.

Rumah Sakit Tugu Ibu (RSTI) merupakan rumah sakit swasta tipe C di wilayah Depok. Sebagai sebuah rumah sakit swasta, RSTI tentunya berusaha untuk tetap *survive* di tengah perkembangan rumah sakit yang pesat di wilayah kota Depok dan sekitarnya. Kehadiran organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik bersalin, praktek pribadi atau praktek dokter bersama

menimbulkan kompetisi yang tak terelakkan. Oleh karena itu, RSTI harus mempunyai *competitive advantage* dalam hal pelayanan yang bisa dibedakan dari kompetitornya.

Sesuai dengan visi dan misi RS Tugu Ibu yaitu unggul dan prima antara lain dalam pelayanan perinatologi, maka pada bulan Maret 2004 lalu RS menambah fasilitas pelayanan berupa unit perinatologi. Kehadiran unit ini diperuntukkan bagi bayi- bayi baru lahir yang mengalami masalah kesehatan sesaat setelah kelahirannya seperti BBLR, gangguan napas (misalnya asfiksia neonatorum, *respiratory distress syndrom* dan sebagainya). Namun unit ini juga merawat bayi- bayi usia kurang dari 1 bulan dengan gangguan kesehatan seperti hyperbilirubin, infeksi dan lainnya. Fasilitas ini baru dioperasikan pada bulan Maret 2004 dengan jumlah tempat tidur sebanyak 8 (delapan) buah. Hingga akhir tahun 2007 lalu, jumlah pasien perinatologi memang menunjukkan peningkatan setiap tahunnya, akan tetapi peningkatan ini belum signifikan. Berikut ini disajikan kinerja unit perinatologi sejak tahun 2004 sampai 2007:

Tabel 1.2 Kinerja Unit Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2004- 2007

	2004	2005	2006	2007
Jumlah Pasien	251	345	348	378
BOR (%)	26,39	32,57	29,59	37,16
LOS (hari)	2,40	3,46	3,58	2,88
TOI (hari)	7,21	5,74	5,87	4,85
BTO (kali)	31,25	42,44	43,75	47,25

Sumber: Rekam Medis RS Tugu Ibu 2004- 2007

Jika diamati lebih lanjut, sebenarnya sejak tahun 2006 sudah tampak adanya masalah yang dapat dilihat pada indikator BOR yaitu pada tahun 2006 menurun jika dibandingkan dengan tahun 2005 (dari 32,57% pada 2005 menurun menjadi 29,59%

pada 2006). Akan tetapi pada tahun 2007 manajemen RS Tugu Ibu tampaknya mulai melakukan upaya- upaya pembenahan sehingga pada tahun tersebut BOR kembali meningkat (37,16%). Berdasarkan parameter yang ditetapkan oleh Depkes RI, nilai BOR yang ideal adalah 60- 85%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu masih rendah.

LOS pada tahun 2007 menurun menjadi 2,88 hari jika dibandingkan dengan tahun 2006 (3,58 hari). Memang indikator LOS di ruang perinatologi bisa jadi kurang sesuai bila dibandingkan dengan standar Depkes (nilai ideal adalah 6- 9 hari). Akan tetapi jika membandingkan LOS tahun 2007 dengan tahun 2006, maka perlu kiranya ditelaah lebih dalam antara lain dengan melihat antara lain kondisi bayi melalui berat badannya. Dengan mengetahui hal ini, maka akan dapat diketahui berapa lama ia dirawat. TOI tahun 2007 adalah 4,85 hari, dimana berdasarkan standar Depkes TOI yang ideal adalah 1- 3 hari. Secara tidak langsung, LOS dan TOI akan memberikan informasi mengenai pemanfaatan pelayanan melalui telaah karakteristik pasien.

Dalam rangka meningkatkan pemanfaatan fasilitas perawatan bagi bayi- bayi baru lahir hingga usia 28 hari yang memiliki masalah kesehatan, RS Tugu Ibu berencana mengubah unit perinatologi menjadi unit perawatan neonatal intensif (*Neonatal Intensif Care Unit= NICU*). Oleh karena itu, informasi mengenai karakteristik pasien yang telah memanfaatkan fasilitas perinatologi ini dapat dijadikan bahan pertimbangan pada saat pihak manajemen RS membuat rencana strategis unit perawatan neonatal intensif (NICU).

Andersen (1975), mengelompokkan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi tiga komponen, yaitu (1) komponen *predisposing* yaitu setiap

individu mempunyai memiliki perbedaan kecenderungan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, (2) komponen *enabling* yaitu keadaan yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya akan pelayanan kesehatan dan (3) komponen *need* yaitu kebutuhan agar memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Menurut Monintja (1987), perinatologi saat ini telah dapat menurunkan angka kematian perinatal, mengobati morbiditas perinatal bahkan telah mampu membuat diagnosis dan terapi antenatal sejak masih dalam kandungan (intrauterin). Gangguan yang terjadi pada masa perinatal dapat menyebabkan kelainan yang tidak dapat diperbaiki di masa datang. Karena itu, kesehatan bayi pada masa perinatal merupakan modal dasar pembangunan bangsa di masa depan.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif khususnya dalam hal penanganan kesehatan bayi baru lahir yang bermasalah, RS Tugu Ibu membuka Unit Perinatologi sejak bulan Maret 2004. Pada tahun 2007 lalu BOR unit perinatologi memang paling tinggi jika dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, akan tetapi masih kurang ideal. Berdasarkan parameter yang ditetapkan oleh Depkes RI, nilai BOR yang ideal adalah 60- 85%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu masih rendah.

Nilai LOS dan TOI unit perinatologi pun masih belum ideal. Memang LOS dan TOI bukan indikator pemanfaatan pelayanan kesehatan, akan tetapi secara tidak langsung akan memberikan informasi mengenai pemanfaatan pelayanan melalui telaah karakteristik pasien. Adanya rencana RS untuk meningkatkan fasilitas

perinatologi menjadi unit perawatan neonatal intensif (*Neonatal Intensive Care Unit*= NICU) juga membutuhkan informasi mengenai karakteristik pasien yang telah memanfaatkan fasilitas perinatologi ini.

Berdasarkan uraian tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif mengenai hubungan karakteristik pasien dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007. Diharapkan dengan diketahuinya karakteristik pasien-pasien perinatologi ini akan dapat memberikan informasi bagi pembuat kebijakan dalam memaksimalkan pemanfaatan pelayanan perinatologi di masa datang.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Dari uraian diatas, maka pertanyaan penelitiannya adalah sebagai berikut:

1. Bagaimanakah hubungan antara karakteristik pasien dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007?
2. Variabel apakah yang dominan terhadap pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketahuinya hubungan karakteristik pasien dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi di RS Tugu Ibu selama tahun 2007.

1.4.2 Tujuan Khusus

Diketahuinya faktor yang dominan terhadap pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Aplikatif

I. Bagi RS Tugu Ibu: mengetahui karakteristik pasien perinatologi yang memanfaatkan pelayanan fasilitas tersebut agar dapat dijadikan pertimbangan bagi penyusunan strategi maupun kebijakan untuk memaksimalkan pemanfaatan fasilitas ini. Hal ini sesuai dengan visi dan misi RS Tugu Ibu yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang baik dan tempat rujukan yang prima dalam pelayanan gawat darurat, kebidanan / kandungan dan perinatologi demi tercapainya masyarakat yang sehat dan sejahtera.

II. Bagi peneliti: dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh pada masa pendidikan serta memperoleh pengetahuan, wawasan, pengalaman dan keterampilan melakukan penelitian yang berkaitan dengan karakteristik pasien dan hubungannya dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi di RS Tugu Ibu.

III. Bagi lembaga pendidikan (KARS):

- a. Sumbangan bagi pengembangan ilmu Kajian Administrasi Rumah Sakit dan sebagai referensi bagi penelitian selanjutnya.
- b. Sebagai masukan sejauh mana proses belajar mengajar dapat diterima dan diserap oleh mahasiswa, sehingga upaya perbaikan maupun peningkatan dapat dilakukan bagi penyempurnaan proses ini di kemudian hari.

1.5.2 Manfaat Teoritis

Menerapkan teori- teori tentang analisis pemanfaatan fasilitas kesehatan khususnya pelayanan perinatologi dihubungkan dengan karakteristik pasien yang dirawat di fasilitas tersebut.

1.5.3 Manfaat Metodologi

Merupakan desain penelitian yang dapat dikembangkan bagi penelitian lebih lanjut dalam hal memaksimalkan maupun mengembangkan fasilitas perinatologi di kemudian hari, disesuaikan dengan karakteristik pasien di RS Tugu Ibu. Juga dapat sebagai bahan masukan untuk dilakukan penelitian bagi rumah sakit lain dengan permasalahan yang sama.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik pasien dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi di RS Tugu Ibu selama tahun 2007. Adapun variabel independen yang diteliti pada karakteristik pasien meliputi umur, jenis kelamin, berat badan, tempat tinggal, riwayat asal, tindak lanjut, lama hari rawat dan pembiayaan kesehatan. Sedangkan variabel dependen yang diteliti adalah pemanfaatan fasilitas perinatologi yaitu pemanfaatan inkubator, fototerapi/ *blue light*, infus, pemberian oksigen dengan *nasal canule* dan *nasogastric tube* (NGT). Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan data sekunder yaitu data yang berasal dari buku register pasien perinatologi yang dirawat di RS Tugu Ibu selama tahun 2007. Data sekunder lainnya diperoleh melalui telaah dokumen yang berkaitan dengan teori- teori pemanfaatan fasilitas kesehatan. Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret sampai Mei 2008.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perinatologi

Sampai saat ini angka kematian dan kesakitan neonatus masih cukup tinggi apabila dibandingkan dengan angka kematian dan kesakitan pada kelompok umur lainnya. Neonatus pada hari-hari pertama kehidupannya mengalami berbagai perubahan yang sangat kompleks. Pada sebagian bayi, perubahan tersebut dapat berjalan dengan lancar, tetapi pada sebagian yang lain kadang-kadang mengalami banyak hambatan yang mengakibatkan bermacam-macam kelainan sehingga menimbulkan kegawatan pada neonatus tersebut. Yang dimaksudkan kegawatan adalah suatu keadaan pada bayi yang mempunyai potensi meningkatkan kematian dan kesakitan neonatus (Aminullah, 1987).

Dengan kemajuan teknologi kedokteran saat ini, morbiditas maupun mortalitas pada bayi baru lahir yang disertai penyulit dapat ditekan. Hal ini berkat berkembangnya perinatologi yang merupakan salah satu cabang ilmu kesehatan anak. Perinatologi dewasa ini, selain dapat menurunkan angka kematian perinatal dan mengobati morbiditas perinatal serta membatasi gejala sisa akibat penyakit-peryakit perinatal, bahkan telah mampu membuat diagnosis dan terapi sejak bayi masih dalam kandungan (intrauterin) (Monintja, 1987).

Kematian perinatal menggambarkan kematian janin dan neonatus (bayi baru lahir) yang dipengaruhi oleh keadaan pranatal (sebelum kehamilan) dan keadaan di sekitar saat persalinan. Sering didefinisikan sebagai kematian janin dan bayi dari usia

kehamilan 20 minggu sampai hari ke- 28 sesudah lahir. Angka kematian perinatal didefinisikan sebagai jumlah lahir mati dan kematian neonatal dini (kurang dari satu minggu) dalam 1000 kelahiran (Speirs, 1992).

Adapun penyebab mortalitas perinatal adalah sebagai berikut (Kliegman, 1999):

Tabel 2.1 Sebab- Sebab Utama Mortalitas Perinatal

Janin	Kurang Bulan	Cukup Bulan
Insufisiensi plasenta	Sindrom kegawatan	Kelainan kongenital
Infeksi intrauteri	pemapasan	Trauma, asfiksia kelahiran
Malformasi kongenital	Displasia bronkopulmonal	Infeksi
berat	Imaturitas berat	Pneumonia akibat aspirasi
Kecelakaan tali pusat	Perdarahan	mekonium
Abrupsio plasenta	intraventrikuler	Sirkulasi janin persisten
Hidrops fetalis	Anomali kongenital	
	Infeksi	
	Enterokolitis nekrotikans	

Sumber: Kliegman, Robert M., *Janin dan bayi neonatus*, Ilmu Kesehatan Anak Nelson, edisi 15, EGC, 1999.

Jumlah bayi dengan berat badan lahir rendah merupakan penentu utama angka mortalitas neonatus, dan bersama dengan anomali kongenital yang mematikan (misalnya jantung, sistem saraf pusat dan pemapasan) secara nyata berperan pada mortalitas pada masa kanak-kanak (Speirs, 1992).

Sedangkan morbiditas pada masa perinatal dapat meninggalkan sekuele (gejala sisa) yang tidak dapat disembuhkan dan mempengaruhi pertumbuhan serta perkembangan anak di masa datang. Mortalitas serta morbiditas perinatal dapat diturunkan dengan cara pencegahan kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah

(BBLR), melakukan diagnosis prenatal dan pengobatan awal pada penyakit- penyakit akibat faktor – faktor yang berperan selama kehamilan dan pada saat persalinan (Kliegman, 1999).

Menurut Merenstein (2002), pengidentifikasian kasus- kasus perinatal risiko tinggi dapat dilakukan pada saat ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan berkala (*antenatal care/ ANC*). Pada saat ANC, dokter ataupun bidan dapat memperoleh informasi mengenai kondisi kesehatan, sosial ekonomi, demografi dan sebagainya yang berkaitan dengan ibu hamil tersebut maupun janinnya. Pengidentifikasian faktor- faktor yang dapat mempengaruhi kehamilan dan persalinan ini sangat berguna dalam menegakkan diagnosa serta melakukan pengobatan prenatal, sehingga dapat meminimalkan morbiditas neonatal maupun maternal.

2.1.1 Klasifikasi Neonatus

Neonatus adalah organisme pada periode adaptasi kehidupan intrauterin (di dalam kandungan) ke kehidupan ekstrauterin (diluar kandungan). Pertumbuhan dan perkembangan normal masa neonatal adalah satu bulan. Neonatus dapat diklasifikasikan menurut (Monintja, 1987):

a. Berat lahir

- I. Bayi berat lahir rendah: bila berat lahir kurang dari 2500 gram
- II. Berat lahir cukup: bila berat lahir 2500 – 4000 gram
- III. Berat lahir lebih: bila berat lahir 4000 gram atau lebih

b. Masa gestasi

Masa gestasi adalah periode sejak konsepsi/ pembuahan sampai bayi dilahirkan. Klasifikasi ini menunjukkan maturitas (kematangan) bayi baru

lahir pada saat dilahirkan. Menurut *Second European Congress of Perinatal Medicine* di London pada tahun 1970, maka klasifikasi neonatus menurut masa gestasinya adalah:

- I. Bayi kurang bulan: masa gestasi kurang dari 37 minggu
- II. Bayi cukup bulan: masa gestasi 37 – 42 minggu
- III. Bayi lebih bulan: masa gestasi lebih dari 42 minggu

c. Berat lahir dan masa gestasi

Dengan klasifikasi ini, maka dapat terlihat dengan jelas status maturasi dan status gizi neonatus saat kelahiran. Battaglia dan Lubchenco adalah penemu kurva pertumbuhan janin dihubungkan dengan masa gestasinya. Terdapat sembilan klasifikasi, yaitu:

- I. Neonatus cukup bulan yang:
 - a). Kecil untuk masa kehamilannya (KMK)
 - b). Sesuai untuk masa kehamilannya (SMK)
 - c). Besar untuk masa kehamilannya (BMK)
- II. Neonatus kurang bulan yang:
 - a). Kecil untuk masa kehamilannya (KMK)
 - b). Sesuai untuk masa kehamilannya (SMK)
 - c). Besar untuk masa kehamilannya (BMK)
- III. Neonatus lebih bulan yang:
 - a). Kecil untuk masa kehamilannya (KMK)
 - b). Sesuai untuk masa kehamilannya (SMK)
 - c). Besar untuk masa kehamilannya (BMK)

d. Risiko kesakitan dan kematian

2.1.2 Kategori Perawatan Neonatus

Menurut Johnston dkk (2003), bayi- bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran (neonatus) akan mendapatkan penanganan yang berbeda berdasarkan kondisi mereka masing- masing. Terdapat beberapa tingkatan perawatan neonatus, yaitu:

- a. *Normal care*: bayi dirawat sendiri oleh ibunya, sedangkan penanganan oleh perawat dan dokter diberikan hanya jika diminta oleh si ibu.
- b. *Special care*: bayi dirawat bersama dalam satu ruangan dengan ibu ataupun terpisah di unit lain. Hal ini membutuhkan kemampuan/ *skill* perawatan neonatus dan penanganan medis khusus neonatus yang baik serta melibatkan dukungan dari orang tua bayi.
- c. *Intensive care*: merupakan unit tersendiri yang berisi fasilitas medis lengkap disertai tenaga perawat dan tenaga medis khusus neonatus yang handal, yang selalu siap setiap saat. Terkadang, kategori ini mencakup *high- dependency care*.

Secara garis besar kasus- kasus yang membutuhkan perawatan- perawatan di atas adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Kategori Perawatan Neonatus

<i>Intensive Care</i>	<i>High Dependency</i>	<i>Special Care</i>
Berat lahir < 1000 gram	Total parenteral nutrition	Penyakit- penyakit saluran napas yang membutuhkan
Kehamilan < 27 minggu	Kejang	pengawasan kontinyu
Membutuhkan ventilator mekanik	RDS sedang (40- 60% O ₂)	<i>Intravenous infusion</i>
<i>Respiratory Distress Syndrom</i> yang	Infeksi berat	<i>Tube- fed babies</i>

membutuhkan O ₂ > 60%	Henti napas sedang	Setelah pembedahan minor
Henti napas berat yang berulang	Penyakit- penyakit saluran napas yang membutuhkan pemberian O ₂	Monitoring bilirubin dan gula darah
Membutuhkan transfusi tukar		Bayi yang diberikan antibiotik
Pembedahan darurat	<i>Post operative</i>	

Sumber: Johnston, Peter G.B., *Intensive neonatal care*, The newborn child, 9th edition, Elsevier science ltd, Philadelphia, 2003.

Selain karena kondisi bayi itu sendiri yang memang membutuhkan perawatan perinatal, kondisi ibu pun dapat menyebabkan bayi harus dirawat di unit perinatologi. Keadaan tersebut dapat disebabkan oleh (Merenstein, 2002):

Tabel 2.3 Kondisi Ibu Yang Menyebabkan Bayi Dirawat Di Unit Perinatologi

Komplikasi Kehamilan	Komplikasi Medis	Komplikasi Operasi
<i>Premature rupture of the fetal membranes</i>	Infeksi pada ibu yang dapat menyebabkan kelahiran prematur	Trauma yang membutuhkan perawatan intensif
Persalinan dini	Penyakit jantung organik berat, kelas 3-4	<i>Acute abdominal emergency</i>
Pre eklamsia berat	<i>Thyrotoxicosis</i>	<i>Thoracic emergency requiring intensive care</i>
Hipertensi berat	Penyakit ginjal atau hipertensi	
<i>Multiple gestation</i>	<i>Drug overdose</i>	
<i>Intrauterine growth restriction with evidence of fetal distress</i>		
Perdarahan saat trimester tiga kehamilan		
Rh isoimmunization		
Dilatasi mulut rahim dini		

Sumber: Merenstein, Gerald B., *Regionalization and transport in perinatal care*, Handbook of neonatal intensive care, 5th edition, Mosby inc., Missouri, 2002.

2.1.3 Penyebab Kematian Neonatus

Secara garis besar, penyebab langsung kematian neonatus adalah kelahiran kurang bulan (*preterm*) sebesar 28%, infeksi berat 26%, dan gangguan napas (asfiksia) 23%. Tetanus hanya mengakibatkan 7% kematian oleh karena kejadiannya dewasa ini telah dapat dicegah. Berat badan lahir rendah (*low birthweight*) merupakan penyebab tak langsung kematian neonatus yang terpenting (Lawn, 2005).

- a. Kelahiran kurang bulan (*preterm*/ prematuritas) dan berat badan lahir rendah (*low birthweight*)

Prematuritas berdasarkan definisi WHO adalah *bayi lahir hidup yang dilahirkan sebelum 37 minggu dari hari pertama menstruasi terakhir*. Istilah prematur sering digunakan untuk menunjukkan imaturitas. Sebagian besar dari bayi- bayi prematur dilahirkan dengan berat badan kurang dari 2500 gram, sehingga mereka disebut sebagai “bayi dengan berat badan lahir rendah” atau BBLR (Kliegman, 1999). Bayi prematur dapat disebabkan oleh (Johnston, 2003; Kliegman, 1999):

- I. Kehamilan kurang bulan (< 37 minggu), sehingga lahir lebih cepat (*small for gestational ages/ SGA*),
- II. Mengalami retardasi pertumbuhan *intrauteri* sehingga lahir terlalu kecil (*intrauterine growth retardation/ IUGR*), atau
- III. Gabungan keduanya

Menurut Lawn dkk (2005), berdasarkan penelitian terhadap 45 negara, 1- 2% kematian neonatus disebabkan secara langsung oleh IUGR.

Berkat perkembangan teknologi dan dunia kedokteran yang cukup pesat, saat ini dimungkinkan untuk merawat bayi baru lahir dengan usia saat

dalam kandungan antara 23 – 25 minggu. Tentu saja bayi tersebut harus dirawat di unit perawatan neonatal intensif dengan fasilitas yang modern dan lengkap (Johnston, 2003). Senada dengan hal ini, bahkan bayi baru lahir dengan berat 1000 gram pun saat ini sekitar 90% memiliki kesempatan untuk bertahan hidup dan sebagian besar mengalami perkembangan neurologi yang normal (Lemmons, 2001)

Selain BBLR, ada pula bayi- bayi yang saat dilahirkan memiliki berat badan kurang dari 1500 gram (BBLSR = bayi dengan berat badan lahir sangat rendah). BBLSR mencakup lebih dari 50% penyebab kematian neonatus dan 50% bayi yang cacat. Ketahanan hidup mereka terkait langsung dengan berat badan, sekitar 20% yang bertahan hidup dengan berat badan antara 500 dan 600 gram dan 85% - 90% dengan berat badan 1250 dan 1500 gram (Kliegman, 1999).

Adapun faktor- faktor yang terkait dengan kelahiran prematur dan BBLR adalah (Johnston, 2003; Kliegman, 1999):

Tabel 2.4 Penyebab Kelahiran Preterm Yang Dapat Diidentifikasi

JANIN	Gawat janin Kehamilan multipel Eritroblastosis Hidrops nonimun
PLASENTA	Plasenta previa Abrupsio plasenta
UTERUS	Uterus bikornus Serviks tidak kompeten (dilatasi prematur)
IBU	Pre- eklampsia Penyakit medis yang kronis (penyakit jantung sianosis,

	penyakit ginjal) Infeksi (misalnya <i>Listeria monocytogenes</i> , streptokokus grup B, infeksi saluran kemih, korioamnionitis) Penyalahgunaan obat (misalnya kokain)
LAINNYA	Ketuban pecah prematur Polihidramnio Iatrogenik

Sumber: Kliegman, robert m. *Bayi berisiko tinggi*. Ilmu kesehatan anak nelson. Vol. 1. Edisi 15. EGC. Jakarta. 1999.

Tabel 2.5 Faktor- Faktor Yang Dihubungkan Dengan Retardasi Pertumbuhan Intrauterin

JANIN	Gangguan kromosom (misal: trisomi autosom) Infeksi janin yang kronis (misal: penyakit inklusi sitomegali, rubela kongenital, sifilis) Anomai kongenital kompleks sindrom Jejas radiasi Kehamilan multipel Aplasia pankreas
PLASENTA	Berat plasenta atau selularitas atau keduanya berkurang Luas permukaan berkurang Plasentitis vilosa (bakteri, virus, parasit) Infark Tumor (korioangioma, mola hidatidosa) Pelepasan plasenta Sindrom transfusi kembar (sindrom parabiotik)
IBU	Toksemia Penyakit hipertensi atau penyakit ginjal atau keduanya Hipoksemia (tempat tinggi, penyakit jantung sianosis atau penyakit paru) Malnutrisi atau penyakit kronik Anemia sel sabit

Obat- obatan (narkotik, alkohol, rokok, kokain, antimetabolit)
--

Sumber: Kliegman, robert m. *Bayi berisiko tinggi*. Ilmu kesehatan anak nelson. Vol. 1. Edisi 15. EGC. Jakarta. 1999.

Adalah sukar untuk memisahkan secara sempurna faktor- faktor yang terkait dengan prematuritas dari faktor- faktor yang terkait dengan IUGR. Ada korelasi yang positif kuat antara kelahiran prematur maupun IUGR dengan:

- I. Status sosioekonomi: pada keluarga dengan sosioekonomi rendah, kasus- kasus kurang gizi, anemi, penyakit pada ibu, perawatan prenatal yang tidak adekuat, komplikasi obstetrik dan riwayat inefisiensi reproduktif ibu (infertilitas relatif, aborsi, lahir mati, bayi prematur ataupun BBLR), insidensnya relatif tinggi.
- II. Faktor terkait lainnya: keluarga dengan orang tua tunggal, kehamilan di usia belasan tahun, jarak kehamilan yang dekat, kelahiran anak lebih dari empat, tingkat pendidikan rendah; insidensnya juga relatif tinggi.

b. Infeksi berat

Sebanyak 2% janin mengalami infeksi in utero, dan lebih dari 10% bayi terinfeksi selama proses kelahiran. Infeksi neonatus terjadi akibat beberapa faktor (Kliegman, 1999):

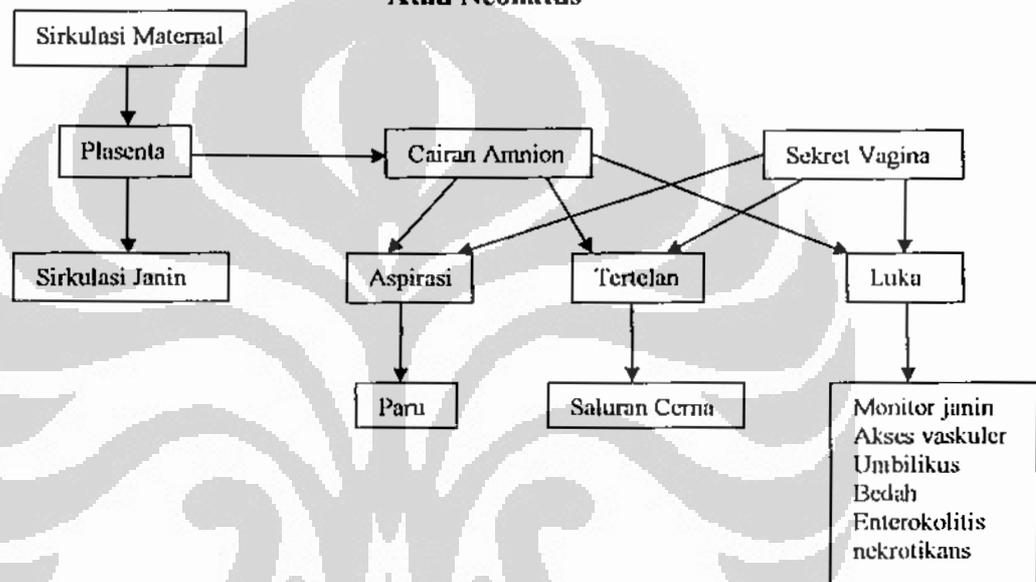
- I. Ada beraneka ragam mode penularan agen penyebab infeksi dari ibu ke janin atau ke neonatus (gambar..)
- II. Neonatus mungkin kurang mampu berespon terhadap infeksi, karena menderita defisiensi salah satu atau lebih faktor imunologis

III. Penyakit penyerta pada neonatus sering mempersulit diagnosis dan penatalaksanaan

IV. Manifestasi infeksi pada neonatus sangat beragam

Faktor terpenting yang memberi kecenderungan pada infeksi adalah prematuritas dan berat badan lahir rendah.

Gambar 2.1 Mode Penularan Agen Infeksi Dari Ibu Ke Janin Atau Neonatus



Sumber: Kliegman, robert m. *Infeksi pada bayi baru lahir*. Ilmu kesehatan anak nelson. Vol. 1. Edisi 15. EGC. Jakarta. 1999.

c. Gangguan napas (asfiksia)

Asfiksia waktu lahir dapat menyebabkan morbiditas pada neonatus dan juga merupakan penyebab utama mortalitas terutama pada neonatus dengan berat lahir rendah. Kontraksi rahim yang terjadi saat proses persalinan menyebabkan aliran oksigen ke plasenta berkurang. Janin cukup bulan mampu bertahan pada kadar oksigen yang rendah sehingga tidak menunjukkan tanda- tanda kekurangan oksigen (asfiksia) pada saat lahir.

Akan tetapi janin yang mengalami gangguan pertumbuhan intrauterin mudah mengalami asfiksia (Pusponegoro, 1997)

Beberapa faktor tertentu diketahui dapat menjadi penyebab terjadinya asfiksia pada neonatus, diantaranya adalah (Depkes, 2007):

I. Faktor ibu

- a). Pre eklampsia dan eklampsia
- b). Perdarahan abnormal (placenta praevia atau solusio placenta)
- c). Persalinan lama atau macet
- d). Demam selama persalinan
- e). Infeksi berat (malaria, sifilis, TBC, HIV)
- f). Kehamilan lewat waktu (lebih 42 minggu kehamilan)

II. Faktor tali pusat

- a). Lilitan tali pusat
- b). Tali pusat pendek
- c). Simpul tali pusat
- d). Prolapsus tali pusat

III. Faktor janin

- a). Bayi prematur (kurang 37 minggu kehamilan)
- b). Persalinan dengan tindakan (sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, ekstraksi forsep)
- c). Kelainan bawaan (kongenital)
- d). Air ketuban bercampur mekonium

d. Tetanus

Tetanus pada neonatus sampai saat ini masih menjadi penyebab kematian terpenting di negara- negara tropis (Hendrickse, 1981). Menurut Lawn dkk (2005), secara global tetanus pada neonatus telah berkurang sebanyak 50% sejak tahun 1990. Pada tahun 2000 lalu, dua pertiga negara dengan pendapatan menengah ke bawah di Afrika telah mengeliminasi penyakit ini. Sedangkan negara- negara maju telah mengeliminasi penyakit ini sejak puluhan tahun yang lalu. Di Inggris, tercatat angka kematian neonatus akibat tetanus sebesar 1000 kelahiran hidup pada tahun 1940. Akan tetapi pada tahun 1975 menjadi 10 per 1000 kelahiran hidup. Saat ini, tetanus merupakan 7% penyebab kematian neonatus akibat infeksi.

Berkurangnya angka kematian akibat tetanus ini disebabkan telah dilaksanakannya asuhan persalinan serta perawatan bayi baru lahir yang higienis oleh tenaga- tenaga kesehatan di seluruh dunia. Dan juga imunisasi tetanus pada setiap ibu hamil serta bayi- bayi baru lahir dengan perawatan tali pusat yang kurang memadai juga memberi kontribusi pada penurunan angka kematian akibat tetanus (Hendrickse 1981, Lawn, 2005).

2.2 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

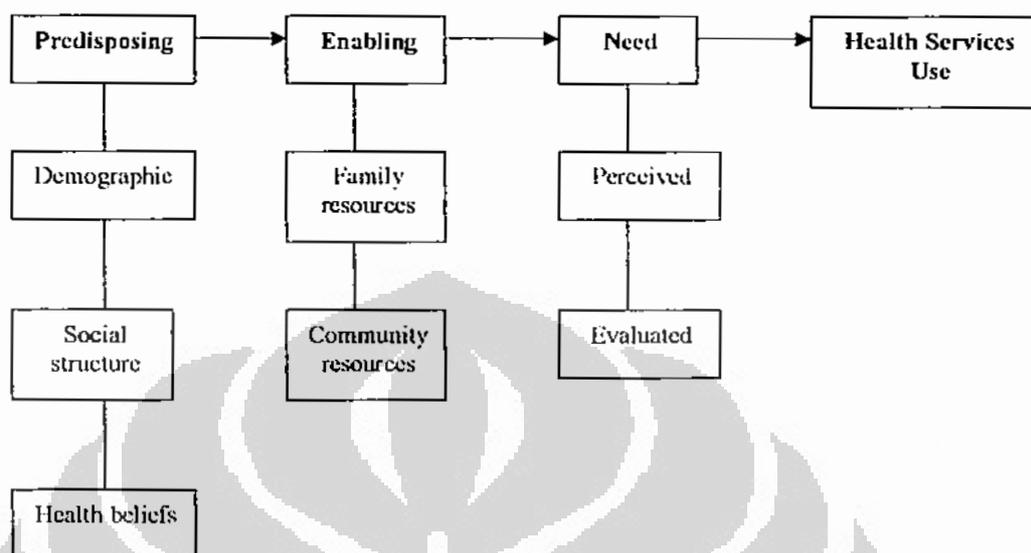
Manajemen tempat pelayanan kesehatan yang baik harus berpedoman pada lingkungan tempat pelayanan itu berada. Hal ini penting karena menyangkut perencanaan sesuai karakteristik dan kecenderungan kebutuhan masyarakat yang dilayani (MacStravic, 1978). Menurut Kotler dan Bloom (1987), dengan penelitian pada masyarakat sekitar, rumah sakit dapat memperoleh masukan yang berarti dalam mengidentifikasi kelompok/ golongan masyarakat, sumber- sumber rujukan,

lembaga, perusahaan industri maupun rumah tangga tertentu dan hal tersebut dapat membuat strategi rumah sakit menjadi lebih terarah pada sasarannya sehingga tidak perlu berkomunikasi dengan semua orang dalam masyarakat.

Pemantauan lingkungan juga mencakup pengamatan kecenderungan ekonomi dan struktur sosial masyarakat, perkembangan jenis penyakit dan perkembangan tempat- tempat kesehatan lainnya. Walaupun perhatian rumah sakit yang utama adalah pada pengelolaan pasien yang datang ke rumah sakit tersebut, tetapi keberhasilan sebuah rumah sakit juga dipengaruhi oleh bagaimana berbagai kalangan masyarakat memandang kegiatan mereka (Silalahi, 1989).

Banyak model yang dikembangkan untuk meneliti faktor- faktor yang berperan dalam pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan. Salah satunya yang sampai saat ini masih banyak dianut adalah model "*Behavioral Model of Health Services Utilization*" dari Ronald Andersen (1975). Andersen menilai pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan dari komponen *predisposing*, *enabling* dan *need*. Adapun pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Andersen adalah sebagai berikut:

Gambar 2.2 Model Perilaku Andersen tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan



Sumber: Andersen Ronald, *Equity in Health Services*, Ballinger Publishing Company, Cambridge, Massachusetts, 1975.

Dari gambar diatas tampak bahwa pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor- faktor *predisposing*, *enabling* dan *need*. Secara terperinci adalah sebagai berikut:

1. Komponen *Predisposing*

Komponen ini disebut *predisposing* karena faktor- faktor pada komponen ini menggambarkan ciri perorangan yang sudah ada sebelum seseorang sakit yang memberikan variasi dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Terdapat tiga faktor pada komponen ini, yaitu:

- a. Faktor demografi: terdiri dari variabel usia, jenis kelamin dan status perkawinan. Masyarakat dengan kelompok umur tertentu mempunyai faktor predisposisi untuk penyakit tertentu sehingga pola pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya berbeda sesuai kelompok umumnya tersebut. Banyaknya

anggota keluarga usia balita dan lansia akan meningkatkan frekuensi penggunaan pelayanan kesehatan tersebut (Feldstein, 1993). Pemanfaatan layanan kesehatan juga berkaitan dengan jenis kelamin dimana wanita memiliki kemungkinan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan lebih tinggi dari pria, mulai dari saat mengandung, menyusui dan berbagai penyakit yang memang hanya diderita wanita (MacStravic, 1978).

- b. Faktor struktur sosial: mencerminkan hidup seseorang dalam hubungannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang diwakili oleh variabel etnik, agama, pendidikan dan pekerjaan.
- c. Faktor keyakinan terhadap kesehatan: adalah sikap atau pandangan seseorang terhadap subyek kesehatan (tenaga kesehatan dan penyakit) atau sikap terhadap sistem pelayanan itu sendiri. Keyakinan ini dianggap sebagai alasan yang kuat terhadap kecenderungan seseorang memanfaatkan lebih awal dan lebih banyak pelayanan kesehatan dibandingkan dengan orang yang kurang percaya pada saat mereka sakit.

2. Komponen *Enabling*

Enabling diartikan Andersen sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya akan pelayanan kesehatan. Komponen ini dibagi dalam 2 golongan yaitu:

a. Sumber daya keluarga

Yang termasuk sumber daya keluarga adalah penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Kemampuan keluarga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh sumber pendapatan keluarga termasuk simpanan keluarga, jaminan kesehatan dan tersedianya sarana kesehatan. Dari penelitian ditemukan bahwa makin tinggi penghasilan seseorang maka makin besar pula pengeluaran di bidang pelayanan kesehatan (Feldstein, 1993). Masyarakat dengan penghasilan yang lebih tinggi umumnya cenderung menginginkan pelayanan yang mengutamakan "privacy", selain itu keluarga yang berpenghasilan tinggi lebih sering menggunakan fasilitas kesehatan daripada keluarga dengan penghasilan lebih rendah (Willan, 1990).

b. Sumber daya masyarakat.

Termasuk dalam sumber daya masyarakat adalah jumlah sarana kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia di wilayah tertentu, rasio penduduk dan tenaga kesehatan, serta lokasi permukiman.

3. Komponen *Need*

Dengan adanya kondisi yang menjadi predisposisi dan *enabling* pada diri seseorang, diperlukan adanya kebutuhan agar memanfaatkan pelayanan kesehatan. Kebutuhan dalam model ini merupakan komponen yang langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Terdapat dua cara dalam menilai kebutuhan ini yaitu dengan *perceived need* dan *evaluated need*. Cara yang pertama adalah dari kondisi kesehatan seseorang yang dirasakannya dan diukur melalui informasi status kesehatan individunya. Sedangkan *evaluated need* adalah penentuan derajat keparahan suatu penyakit melalui hasil diagnosa yang ditegakkan. Andersen mengukur derajat kesakitan melalui:

- a. Jumlah hari sakit yang dilaporkan
- b. Keluhan atau gangguan kesehatan yang dirasakan, yang merupakan manifestasi dari penyakit yang diderita.
- c. Persepsi tentang status kesehatan pribadi pada saat tertentu

Konsep *health belief model* menyebutkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh (Becker, 1974 dalam Notoatmodjo, 2007):

- a. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*): seseorang akan bertindak untuk mencegah atau mengobati penyakitnya bila ia atau keluarganya merasa rentan terhadap suatu penyakit.
- b. Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*): seseorang akan mencari pelayanan kesehatan jika ia merasa suatu penyakit berpengaruh secara serius terhadap dirinya ataupun masyarakat.
- c. Manfaat dan rintangan yang dirasakan (*perceived benefits and barriers*): jika seseorang merasa rentan terhadap suatu penyakit, maka ia akan melakukan tindakan tertentu. Tindakan tersebut tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan yang ditemui saat mengambil tindakan tersebut.
- d. Isyarat atau tanda-tanda (*cues*): agar mendapatkan tingkat penerimaan kerentanan yang benar, maka diperlukan isyarat berupa faktor eksternal seperti pesan di media massa, nasihat atau anjuran kawan atau anggota keluarga dari si sakit.

Becker mengembangkan konsep ini dari teori lapangan (*fieldtheory*) Lewin menjadi model kepercayaan kesehatan (*health belief model*). Konsep ini merupakan penjabaran model sosiopsikologis yang didasarkan pada kenyataan bahwa masalah-

masalah kesehatan ditandai oleh kegagalan orang-orang atau masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan suatu penyakit.

Model ekonomi menekankan pada aspek *supply and demand*. Yang termasuk aspek demand adalah rasio tempat tidur terhadap jumlah penduduk dan rasio dokter terhadap jumlah penduduk. Sedangkan yang termasuk aspek supply adalah keikutsertaan dalam asuransi dan jenis asuransi, pendapatan, umur, pendidikan, suku dan status perkawinan.

Denver (1994), menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan interaksi antara pengguna jasa (*user*) dan penyelenggara pelayanan (*provider*). Interaksi ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain:

- a. Faktor yang berhubungan dengan penyelenggara pelayanan: penyelenggara pelayanan harus memahami bagaimana konsumen akan berinteraksi terhadap produk yang dihasilkannya. Hal ini dapat dilihat dari keramahan pada waktu pelayanan berlangsung.
- b. Faktor ekonomi: penyediaan obat dan peralatan kesehatan dengan menggunakan teknologi canggih seharusnya disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat.
- c. Faktor yang berhubungan dengan pengguna pelayanan: (1) faktor sosiodemografi: umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan; dan (2) derajat sakit dan mobilitas pasien

2.3 Penelitian Yang Telah Dilaksanakan Sehubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

1. Navarro (1970) dalam penelitiannya tentang faktor- faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan telah membuktikan bahwa faktor umur merupakan faktor yang paling berpengaruh.
2. Ascobat Gani (1981) dalam penelitiannya tentang demand terhadap pelayanan kesehatan di daerah pedesaan di kabupaten Karang Anyar Jawa Tengah mendapatkan bahwa secara keseluruhan faktor preferensi dan faktor kebutuhan merupakan faktor yang berpengaruh lebih besar terhadap demand pelayanan kesehatan dibandingkan dengan faktor pendapatan dan harga. Faktor jarak tempat tinggal ke tempat pelayanan kesehatan merupakan penghambat dalam memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan.
3. Tarmadi (1995) dalam penelitiannya tentang hubungan karakteristik kepala rumah tangga dengan pemilihan pengobatan di puskesmas kabupaten Garut membuktikan bahwa faktor yang ternyata berhubungan secara searah adalah persepsi tentang sikap pelayanan di puskesmas, jarak tempat tinggal ke puskesmas, pendapatan dan tingkat keparahan penyakit.

BAB 3

PROFIL RUMAH SAKIT

3.1 DATA UMUM

Nama rumah sakit	: Tugu Ibu
Status	: Swasta Terakreditasi Penuh Tingkat Dasar
Pemilik	: PT. Tugu Ibu
Tanggal berdiri	: 15 November 1985
Alamat	: Jl. Raya Bogor Km. 29
Kecamatan	: Cimanggis
Kota / Propinsi	: Depok / Jawa Barat
No. Telpon	: (021) 8711693, 8718633, 8718634
No. Fax	: (021) 8708266
Jumlah TT	: 150/132
Luas Tanah / Bangunan	: 7885 m ² / 7247,35 m
Izin	: Kepmenkes No. YM.02.04.3.5.2103 (19
Desember	2003 – 19 Desember 2008)
Anugerah	: ” The Favorite Hospital Award 2000”

3.2 Visi, Misi, Motto Dan Falsafah

VISI: Prima dalam pelayanan gawat darurat, kebidanan / kandungan dan perinatologi demi tercapainya masyarakat yang sehat dan sejahtera.

MISI: Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang terbaik dengan tidak mengabaikan fungsi sosial ekonomi dan berperan sebagai rumah sakit rujukan, prima dalam pelayanan gawat darurat, kebidanan / kandungan dan perinatologi untuk mengoptimalkan pengabdian terhadap kesehatan masyarakat.

MOTTO: Komitmen Untuk Melayani

FALSAFAH: Memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik tanpa membedakan suku bangsa, agama dan status sosial.

3.3 Sejarah

Pada tahun 1982, Yayasan Pendidikan Nasional (YASPEN) yang merupakan sebuah yayasan yang bergerak dalam bidang sosial pendidikan dan pelayanan kesehatan, mendirikan sebuah fasilitas kesehatan yang berbentuk Balai Pengobatan Umum dan Rumah Bersalin (RB) Tugu Ibu yang berlokasi di Jl. Raya Bogor Km. 29 Cimanggis- Depok, Jawa Barat. Fasilitas kesehatan tersebut dalam perjalanannya berkembang sedemikian rupa dan berubah fungsinya menjadi sebuah rumah sakit berkapasitas 52 tempat tidur. Selama periode bertahun-tahun rumah sakit ini merupakan satu-satunya rumah sakit di wilayah kecamatan Cimanggis dan telah dimanfaatkan oleh penduduk kecamatan lain seperti kecamatan Pasar Minggu.

Adapun pelayanan yang diberikan adalah menangani berbagai kasus penyakit serta kasus kecelakaan lalulintas dan kecelakaan kerja.

Dengan semakin meningkatnya permintaan pelayanan kesehatan dan searah dengan pengembangan berbagai kawasan pemukiman di wilayah Cimanggis, Depok dan Cibinong, maka pada tahun 1990 YASPEN membangun fasilitas rumah sakit baru diatas tanah seluas 7885 m². RSTI yang baru ini berlantai dua dengan luas bangunan 7247,35 m² dengan kapasitas 150 tempat tidur (TT), dengan kapasitas terpasang 109 TT. Sejak tahun 2002 RSTI membuka ruang Babussalam sehingga menambah kapasitas terpasang menjadi 127 TT. Pada bulan Maret 2004 dibuka fasilitas pelayanan Perinatologi sehingga kapasitas terpasang menjadi 135 TT. Sejak bulan Agustus 2005 kapasitas terpasang berkurang menjadi 133 TT.

Sejak tanggal 25 Februari 2005 status kepemilikan rumah sakit Tugu Ibu berubah menjadi PT TUGU IBU. Pada tanggal 31 Mei 1999 berdasarkan SK Menkes RI No. YM.00.03.3.5.25.28, RS Tugu Ibu memperoleh "Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit dengan status Akreditasi Penuh Tingkat Dasar" yaitu sertifikat yang menunjukkan pengakuan dari Pemerintah bahwa RSTI telah melaksanakan dan memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan.

Tepat pada hari ulang tahunnya yang ke -15 pada tanggal 15 November 2000, RSTI memperoleh anugerah "The Favorite Hospital Award 2000" atas dasar penilaian masyarakat dari aspek keterjangkauan jarak dan tarif serta atas dasar mutu pelayanan yang diberikan dan dirasakan sendiri oleh masyarakat secara langsung.

Dengan status terakreditasi dan anugerah rumah sakit favorit yang disandangnya, RSTI kini mengemban kepercayaan dan tanggung jawab baik dari

pemerintah maupun masyarakat untuk senantiasa mampu mempertahankan keberdayaannya melalui proses pelayanan kesehatan/ rumah sakit yang bermutu bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat menuju visi " masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat".

3.4 Struktur Organisasi

Berdasarkan Surat keputusan Direktur Utama No. 021 / PT.TI/2/V/2006 Tanggal 24 Mei 2006 telah ditetapkan Struktur Organisasi Rumah Sakit Tugu Ibu. Secara umum struktur tersebut adalah sebagai berikut: (lihat lampiran)

3.5 Fasilitas Dan Pelayanan

Adapun jenis yang ada di RS Tugu Ibu adalah sebagai berikut:

a. Instalasi Gawat Darurat

Pelayanan 24 Jam dengan kapasitas 4 TT, Dokter dan Perawat PPGD

b. Rawat Jalan

Tabel 3.1: Pelayanan Poliklinik Rawat Jalan

NO	POLIKLINIK	HARI BUKA	WAKTU	JUMLAH DOKTER
1.	Umum	Senin-Sabtu	09.00-20.00	7
2	Penyakit Dalam	Senin-Sabtu	Pagi & Sore	2
3	Kesehatan Anak	Senin-Sabtu	09.00-20.00	3
4	Penyakit Syaraf	Senin-Sabtu	Pagi & Sore	3
5	Jantung*	Senin- Sabtu	Pagi & Sore	3
6	Bedah Tulang	Senin-Jumat	Siang & Sore	2
7	Gigi & Mulut	Senin- Sabtu	Pagi, siang & sore	8
8	Kulit dan Kelamin	Senin-Sabtu	Pagi & sore	2
9	Bedah umum	Senin- Sabtu	Pagi & Sore	3
10	Urologi	Senin, Rabu	Sore	1
11	Paru	Senin-Sabtu	Sore	2
12	Mata	Senin- Sabtu	Pagi & sore	3
13	Kebidanan & Kandungan **	Senin-Sabtu	Pagi & Sore	5
14	THT	Senin- sabtu	Pagi & Sore	2
15	Fisiotherapi	Senin-Sabtu	Pagi & Sore	4
16	Gizi	Senin- Sabtu	Pagi& Sore	1

* Dilengkapi dengan Treadmill

** Memiliki 2 Poli, Menggunakan Poli ex BKIA

Sumber: Profil RS Tugu Ibu tahun 2007

c. Rawat Inap

Tabel 3.2: Pelayanan Rawat Inap

NO	RUANGAN	JUMLAH TT	FASILITAS
1	VIP	6	1 TT, TV, AC, Kulkas, Sofa, Telepon, KM, Meja Pasien, Dispenser, Water Heater
2	Kelas I	24	2 TT, TV, AC, KM, Meja Pasien, telepon
3	Kelas II	32	4 TT, AC, KM, Meja pasien
4	Kelas III	40	6 TT, KM, Kipas Angin, Meja Pasien
5	Babussalam VIP	2	1 TT, TV, AC, Kulkas, Sofa, telpon, KM, Meja Pasien, telepon.
6	Babussalam IIA	4	2 TT, TV, AC, KM, Meja Pasien, telepon
8	Babussalam IIB	5	5 TT, KM, AC, Meja pasien
9	Babussalam III	6	6TT, KM, Kipas Angin, Meja Pasien
10	ICU	3	3 TT, AC, Bedside Monitor, Syringe Pump, Infus Pump, ventilator.
11	Perinatologi	8	8 TT, Kamar Tunggu Ibu, AC, Inkubator

Sumber: Profil RS Tugu Ibu tahun 2007

d. Kamar bersalin

Pelayanan 24 Jam, ditangani oleh dokter dan bidan yang telah berpengalaman serta memiliki 2 orang dokter kebidanan dan kandungan wanita.

e. Kamar Operasi

Pelayanan 24 jam, mempunyai 2 ruang operasi.

f. Medical Check Up

Memiliki Tim tersendiri yang melayani Medical Check Up bagi calon karyawan, karyawan dan masyarakat umum.

g. Penunjang Medik

- Laboratorium

Pelayanan 24 jam yang ditangani oleh tenaga analis yang berpengalaman dan sejak bulan juni 2006 telah memiliki seorang dokter patologi klinik.

Dilengkapi dengan peralatan medis sesuai dengan standar peralatan yang ditetapkan oleh departemen kesehatan RI. Melalui semua pemeriksaan laboratorium baik pemeriksaan darah, urin, feses maupun pemeriksaan lainnya.

- Radiodiagnostik & Elektromedik

Pelayanan 24 jam, ditangani oleh 2 orang dokter radiologi dan penata rontgen yang telah berpengalaman.

Peralatan yang dimiliki sampai saat ini berupa pesawat rontgen dengan kapasitas 500 KVA, elektrokardiografi (EKG) dan Ultra Sonografi

- Pelayanan Umum seperti Ambulan & Mobil Jenazah

3.6 Ketenagaan

Ketenagaan RS Tugu Ibu adalah sebagai berikut :

- a. Tenaga medis : 66 Orang
 - b. Tenaga Perawat & bidan : 29 Orang
 - c. Tenaga non perawat : 29 Orang
 - d. Tenaga penunjang & prakarya : 59 Orang
 - e. Tenaga non Medis : 120 Orang
- jumlah : 411 Orang

Dengan perincian sebagai berikut :

Tabel 3.3: Sumber Daya Manusia RSTI

NO	KRITERIA	URAIAN	STATUS		TOTAL
			Tetap	Paruh waktu	
1	Medis	Dr. Umum	5	12	17
		Dr. Spesialis	2	36	38
		Dr. Gigi	0	11	11
2.	Keperawatan	Perawat	118	0	118
		Perawat Gigi	4	0	4
		Bidan	18	0	18
		POS	29	0	29
3	Penunjang Medis	Apoteker	1	0	1
		Asisten Apoteker	10	0	10
		Juru Resep	7	0	7
		Laboratorium	11	0	11
		Radiologi	7	0	7
		Gizi	20	0	20
		Fisioterapi	1	0	1
Elektromedik	1	1	2		

		Wadir	1	0	1
		UmumBagian	1	0	1
		Umum	4	0	4
		Logistik /Umum	3	0	3
		Rumah Tangga	18	0	18
		Kecamatan	5	0	5
		Sopir	6	0	6
		Sandang	10	0	10
		PSRS	3	0	3
4	Non Medis	Kesling	5	0	5
		Sekretariat	0	0	0
		SIR*	5	0	5
		Humas & Operator	2	0	2
		Pemasaran			
		Rckam Medis	12	0	12
		Wadir Keuangan	1	0	1
		Kuangan	27	0	27
		SDM	5	0	5
		Logistik / Farmasi	4	0	4
		Sekretaris Komite medis	1	0	1

Ket : * Dijabat oleh dokter umum

Sumber: Profil RS Tugu Ibu tahun 2007

3.7. Pelayanan Unit Perinatologi Tahun 2007

Tabel 3.4: Perkembangan Pasien Perinatologi

No.	Bulan	Jumlah Pasien
1.	Januari	38
2.	Pebruari	22
3.	Maret	29
4.	April	45
5.	Mei	45
6.	Juni	30
7.	Juli	34
8.	Agustus	28
9.	September	27
10.	Oktober	31
11.	Nopember	34
12.	Desember	26
	Jumlah	378

Sumber: Rekam medis RSTI 2007

3.8 Kinerja Unit Perinatologi

Tabel 3.5 Kinerja Unit Perinatologi Tahun 2007

Kapasitas Tempat Tidur	8
Jumlah Pasien	378
Pasien Meninggal > 48 Jam	10
Pasien Meninggal < 48 Jam	8
Hari Perawatan	1085
Lama Dirawat	1090
BOR (%)	37,16
AvLOS (hari)	2,88
TOI (hari)	4,85
BTO (kali)	47,25
NDR (‰)	21,16
GDR (%)	47,62

Sumber: Rekam Medis RSTI tahun 2007

BAB 4

KERANGKA TEORI, KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1. Kerangka Teori

Dengan kemajuan teknologi kedokteran saat ini, morbiditas maupun mortalitas pada bayi baru lahir yang disertai penyulit dapat ditekan. Hal ini berkat berkembangnya perinatologi yang merupakan salah satu cabang ilmu kesehatan anak. Banyak rumah sakit saat ini telah melengkapi fasilitasnya dengan mengadakan unit perinatologi. Hal ini selain untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas bayi baru lahir (neonatus) juga merupakan upaya rumah sakit dalam meningkatkan pelayanannya.

Banyak model yang dikembangkan untuk meneliti faktor- faktor yang berperan dalam pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan. Becker mengembangkan konsep *health belief model* dari *fieldtheory* Lewin yang menyebutkan bahwa perilaku individu ditentukan oleh motif dan kepercayaan seseorang. Dimana perilaku tersebut dipengaruhi oleh kerentanan, keseriusan, manfaat dan rintangan yang dirasakan serta dibutuhkan pula faktor eksternal untuk memperkuat penerimaannya. Konsep ini merupakan penjabaran model sosiopsikologis yang didasarkan pada kenyataan bahwa masalah- masalah kesehatan ditandai oleh kegagalan orang- orang atau masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan suatu penyakit (Notoatmodjo, 2007).

Model ekonomi menekankan pada aspek *supply and demand*. Yang termasuk aspek demand adalah rasio tempat tidur terhadap jumlah penduduk dan rasio dokter

terhadap jumlah penduduk. Sedangkan yang termasuk aspek supply adalah keikutsertaan dalam asuransi dan jenis asuransi, pendapatan, umur, pendidikan, suku dan status perkawinan.

Andersen (1975) menilai pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan dari komponen *predisposing*, *enabling* dan *need*. *Predisposing* adalah ciri perorangan yang sudah ada sebelum seseorang sakit, yang memberikan variasi dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Yang termasuk komponen *predisposing* adalah faktor demografi yaitu usia, jenis kelamin dan status perkawinan. *Enabling* adalah kondisi yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya akan pelayanan kesehatan. Yang termasuk komponen ini adalah sumber daya keluarga dan sumber daya masyarakat. Sumber daya keluarga adalah penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Termasuk dalam sumber daya masyarakat adalah jumlah sarana kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia di wilayah tertentu, rasio penduduk dan tenaga kesehatan, serta lokasi permukiman. Sedangkan *need* adalah kebutuhan agar memanfaatkan pelayanan kesehatan. Terdapat dua cara dalam menilai kebutuhan ini yaitu dengan *perceived need* dan *evaluated need*. Cara yang pertama adalah dari kondisi kesehatan seseorang yang dirasakannya dan diukur melalui informasi status kesehatan individunya. Sedangkan *evaluated need* adalah penentuan derajat keparahan suatu penyakit melalui hasil diagnosa yang ditegakkan. Andersen mengukur derajat kesakitan melalui:

- a. Jumlah hari sakit yang dilaporkan

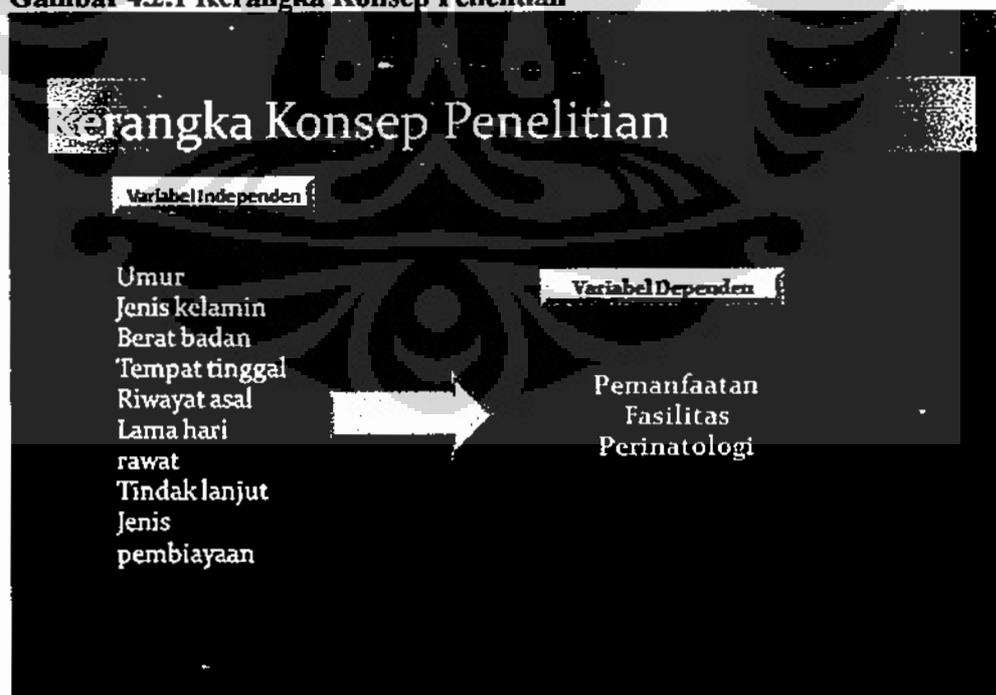
- b. Keluhan atau gangguan kesehatan yang dirasakan, yang merupakan manifestasi dari penyakit yang diderita.
- c. Persepsi tentang status kesehatan pribadi pada saat tertentu

Denver (1994), menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan interaksi antara pengguna jasa (*user*) dan penyelenggara pelayanan (*provider*). Interaksi ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain pemahaman terhadap konsumen, faktor sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan), derajat sakit, mobilitas pasien dan faktor ekonomi masyarakat.

4.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan teori- teori yang telah disebutkan di atas, maka pada penelitian ini dapat dibuat suatu kerangka konsep sebagaimana berikut ini:

Gambar 4.2.1 Kerangka Konsep Penelitian



4.3. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi	Kategori	Skala Ukur
1	Umur	Selisih waktu antara tanggal lahir dengan saat pasien pertama kali mendapat perawatan di unit perinatologi dalam hitungan minggu.	0. Neonatal 1. Perinatal	Ordinal
2	Jenis kelamin	Menunjukkan perbedaan menurut gender	0. Laki-laki 1. Perempuan	Nominal
3	Berat badan	Massa tubuh yang dilaporkan dalam satuan gram yang diukur menggunakan <i>baby scale</i> .	0. BBLR 1. Non BBLR	Ordinal
4	Tempat tinggal	Merupakan domisili sesuai yang tercantum dalam rekam medis tahun 2007	0. Luar Depok 1. Depok	Nominal
5	Riwayat asal	Merupakan asal pasien sebelum masuk ke ruang perawatan perinatologi	0. Dari luar RSTI 1. Dari dalam RSTI	Nominal
6	Lama rawat hari	Waktu yang dibutuhkan pasien selama perawatan di unit perinatologi dalam hitungan hari	0. ≤ 1 hari 1. > 1 hari	Ordinal
7	Tindak lanjut	Keberadaan bayi setelah mendapat perawatan di unit perinatologi	0. Keluar RSTI 1. Rawat gabung di RSTI	Nominal
8	Jenis Pembiayaan	Macam pembiayaan kesehatan yang dimiliki oleh orang tua pasien perinatologi	0. Umum 1. Asuransi	Nominal
9	Pemanfaatan fasilitas perinatologi	Pasien menggunakan satu atau lebih peralatan kesehatan (inkubator, fototerapi/ <i>blue light</i> , infus, NGT, <i>nasal canule</i>) di ruang perinatologi selama masa perawatannya.	0. Tidak memanfaatkan 1. Memanfaatkan	Nominal

Untuk variabel umur digunakan skala ukur ordinal yaitu berupa kriteria neonatal dan perinatal. Dimana interpretasi dari kriteria ini adalah (Kliegman, 1999):

- a. Neonatal: bayi yang baru dilahirkan sampai usia satu minggu setelah kelahirannya (≤ 1 minggu).
- b. Perinatal: bayi usia lebih dari satu minggu sampai empat minggu setelah dilahirkan (>1 minggu sampai ≤ 4 minggu).

Untuk variabel berat badan digunakan skala ukur ordinal yaitu berupa kriteria BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) dan non BBLR. Dimana interpretasi kriteria ini adalah (Monintja, 1987 dan Kliegman, 1999):

- a. BBLR: bayi yang lahir dengan berat badan ≤ 2500 gram
- b. Non BBLR: bayi yang dilahirkan dengan berat badan > 2500 gram

Sedangkan untuk pemanfaatan fasilitas perinatologi digunakan indikator-indikator sebagai berikut:

- a. Pemanfaatan *infus set* di ruang perinatologi RSTI selama tahun 2007
- b. Pemanfaatan *nasal canule* untuk pemberian oksigen di ruang perinatologi RSTI selama tahun 2007
- c. Pemanfaatan inkubator di ruang perinatologi RSTI selama tahun 2007
- d. Pemanfaatan *nasogastric tube* (NGT) di ruang perinatologi RSTI selama tahun 2007
- e. Pemanfaatan fototerapi *blue light* di ruang perinatologi RSTI selama tahun 2007

4.4 Hipotesis

Karakteristik pasien memiliki hubungan bermakna dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi di RS Tugu Ibu.

- a. Ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007.
- b. Ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007.
- c. Ada hubungan yang bermakna antara berat badan dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007.
- d. Ada hubungan yang bermakna antara tempat tinggal dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007.
- e. Ada hubungan yang bermakna antara riwayat asal dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007.
- f. Ada hubungan yang bermakna antara tindak lanjut dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007.
- g. Ada hubungan yang bermakna antara lama hari rawat dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007.
- h. Ada hubungan yang bermakna antara jenis pembiayaan dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007.

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah studi potong lintang (*cross sectional*) yang dilakukan dengan menggunakan pendekatan kuantitatif, dimana data yang dipakai adalah data sekunder yang berasal dari buku register pasien perinatologi RS Tugu Ibu (RSTI) selama tahun 2007 (Januari- Desember 2007).

5.2. Waktu Dan Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan selama dua bulan yaitu pada bulan Maret- Mei 2008. Sebagai tempat penelitian adalah RS Tugu Ibu yang terletak di Jl. Raya Bogor Km. 29, Cimanggis, Depok.

5.3. Populasi Penelitian

Populasi bayi di unit perinatologi pada tahun 2007 sejumlah 378 orang. Sehingga populasi penelitian adalah seluruh pasien perinatologi yang dirawat di RS Tugu Ibu yang diambil pada periode 1 (satu) tahun yaitu Januari sampai Desember 2007 serta memenuhi kriteria eksklusi dan kriteria inklusi. Adapun kriteria eksklusinya adalah:

- a. Data dari buku register yang tidak lengkap pengisian datanya
- b. Data dari buku register yang tak jelas tulisannya sehingga tak dapat dibaca oleh peneliti.

Kriteria inklusi adalah seluruh pasien perinatologi yang dirawat di RSTI yang diambil pada periode 1 (satu) tahun yaitu Januari sampai Desember 2007 dan memenuhi syarat kelengkapan data.

5.4. Sampel Penelitian

Sampel adalah pasien perinatologi yang dirawat di RSTI yang diambil pada periode 1 (satu) tahun yaitu Januari sampai Desember 2007 serta memenuhi kriteria ekskusi dan inklusi.

5.5. Cara Pengambilan Sampel

- a. Sampel diambil dengan cara *systematic sampling*. Pada cara ini, unit dari populasi diberi nomor dan diurutkan. Kemudian ditentukan satu nomor sebagai titik tolak menarik sampel. Nomor berikut dari anggota yang ingin dipilih ditentukan secara sistematis, misalnya nomor ke- *m* dari titik tolak dan dari unit selanjutnya akan dipilih sebagai anggota sampel (Nazir, 2005). Dalam pengambilan sampel penelitian ini, peneliti membuat ketetapan bahwa sampel yang diambil berdasarkan kelipatan empat.

- b. Teknik pengambilan sampel

Karena sampel penelitian sama dengan populasi sampel, maka digunakan rumus:

$$n = \{ Z^2_{(1-\alpha/2)} * P(1-P) \} / d^2$$

Dimana: *n* = jumlah sampel

Z = nilai baku distribusi normal pada α tertentu

P = proporsi sesuatu

d = derajat akurasi (presisi) yang diinginkan Diketahui:

$$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$$

P = proporsi belum diketahui, sehingga nilainya adalah 50%

d = 10%

Hasil perhitungan:

$$\begin{aligned} n &= \{ (1,96)^2 * (0,5)(1-0,5) \} / 0,1^2 \\ &= 96,04 \approx 96 \end{aligned}$$

Jadi sampel minimal adalah 96 pasien.

5.6. Cara Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan adalah data sekunder yang didapatkan melalui telaah dan pencatatan buku register pasien perinatologi selama satu tahun yaitu sejak bulan Januari sampai Desember 2007 terhadap pasien-pasien perinatologi yang dirawat di RS Tugu Ibu. Adapun data yang dikumpulkan dan dicatat meliputi karakteristik umur, jenis kelamin, berat badan, tempat tinggal, riwayat asal, lama hari rawat, tindak lanjut, jenis pembiayaan dan pemanfaatan fasilitas perinatologi.

5.7 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya (Arikunto, 1995 dalam Riduwan, 2008). Salah satu alat untuk mengumpulkan data adalah daftar cocok (*check list*). Check list adalah suatu daftar yang berisi subyek dan aspek- aspek yang akan diamati. Pada

penelitian ini digunakan check list untuk mencatat variabel- variabel penelitian yang diambil dari buku register perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007.

5.7. Analisa Data

Analisis dengan pendekatan kuantitatif dalam penelitian ini dengan mencatat karakteristik pasien perinatologi yang dirawat di ruang perinatologi RS Tugu Ibu selama bulan Januari – Desember 2007. Adapun data yang dikumpulkan dan dicatat meliputi data karakteristik seperti umur, jenis kelamin, berat badan, tempat tinggal, riwayat asal, lama hari rawat, tindak lanjut dan jenis pembiayaan. Adapun tahap pengolahan data kuantitatif adalah sebagai berikut (Hastono, 2007):

1. *Editing*

Melakukan pengecekan isian pada lembar pencatatan apakah karakteristik yang tercatat sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten.

2. *Coding*

Melakukan kegiatan yaitu mengubah data yang berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/ bilangan. Kegunaannya adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry* data. Data ini meliputi:

- a. Umur: dibedakan atas neonatal (kode 0) dan perinatal (kode 1)
- b. Jenis kelamin: dibedakan atas laki- laki (kode 0) dan perempuan (kode 1)
- c. Berat badan: dibedakan atas BBLR (kode 0) dan non BBLR (kode 1).
- d. Tempat tinggal: dibedakan atas wilayah luar Depok (kode 0) dan di dalam wilayah Depok (kode 1).

- e. Riwayat asal: dibedakan atas pasien luar (kode 0) dan berasal dari dalam RSTI (kode 1).
- f. Lama hari rawat: dibedakan atas ≤ 1 hari (kode 0) dan > 1 hari (kode 1).
- g. Tindak lanjut: dibedakan atas keluar RS (KRS) dengan kode 0 dan rawat gabung (*rooming in*) di RSTI (kode 1).
- h. Jenis pembiayaan: dibedakan atas tanpa asuransi kesehatan (pasien umum) dengan kode 0 dan dengan asuransi kesehatan (kode 1).
- i. Pemanfaatan fasilitas perinatologi: dibedakan atas tidak memanfaatkan fasilitas perinatologi (kode 0) dan memanfaatkan fasilitas perinatologi (kode 1).

3. *Processing*

Memproses data agar dapat dianalisis, yaitu dengan cara meng-*entry* data ke dalam komputer dengan menggunakan program komputer khusus statistik .

4. *Cleaning*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak.

Adapun jenis variabel dari karakteristik pasien yang digunakan adalah variabel kategorik, dimana merupakan hasil pengklasifikasian/ penggolongan suatu variabel yang berskala nominal dan ordinal. Setelah dilakukan uji statistik, langkah selanjutnya adalah melakukan analisis dengan pendekatan kuantitatif, yaitu:

1. Analisis Deskriptif: Analisis Univariat

Tujuan dari analisis ini adalah untuk menjelaskan / mendeskripsikan karakteristik pasien berdasarkan masing- masing variabel yang diteliti.

Analisis univariat yang dipergunakan dalam penelitian ini bertujuan untuk memperlihatkan gambaran distribusi karakteristik pasien perinatologi yang dirawat di ruang perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007. Karena data bersifat kategorik, maka nilai proporsi atau persentase digunakan untuk menjelaskan variabel kategorik ini.

2. Analisis Analitik: Analisis Bivariat

Tujuan analisis ini adalah untuk melihat hubungan antara dua variabel. Analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel- variabel karakteristik pasien perinatologi yang dirawat di RS Tugu Ibu selama satu tahun (Januari-Desember 2007) dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi. Karena analisis hubungan dua variabel (analisis bivariat) yang dipergunakan untuk mengetahui hubungan data kategorik dengan data kategorik, maka digunakan *Uji Chi Square* (Uji Kai Kuadrat) dengan tingkat kemaknaan (α) 0,05 dan tingkat kepercayaan (z) 95%. Dan juga karena skala ukur pada variabel independen yang diuji berkisar antara nominal dan ordinal, serta variabel terikat yang akan diuji berskala ukur nominal.

3. Analisis Multivariat

Tujuan dari analisis ini adalah melihat hubungan beberapa variabel independen dengan variabel dependen pada waktu yang bersamaan (Hastono, 2007). Pada penelitian ini digunakan Uji Regresi Logistik Ganda karena jenis data baik variabel independen maupun dependennya adalah data kategorik dengan menggunakan model Prediksi. Adapun langkah- langkahnya adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan seleksi bivariat antara masing- masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat.
- b. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk ke dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai nilai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang nilai $> 0,05$. Pengeluaran variabel tidak serentak dilakukan, akan tetapi bertahap mulai dari nilai p yang terbesar.

5.8. Penyajian Hasil

Data sekunder karakteristik pasien perinatologi disajikan dalam bentuk narasi dan bentuk tabular/ grafikal.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di unit perinatologi RS Tugu Ibu Depok pada bulan Mei 2008. Adapun data penelitian didapatkan dari buku register pasien yang dirawat di unit perinatologi sejak bulan Januari- Desember 2007. Sampel yang dibutuhkan sesuai dengan kriteria sampel minimal yaitu sebanyak 96 sampel. Variabel independen dari penelitian ini adalah karakteristik umur, jenis kelamin, berat badan, tempat tinggal, riwayat asal, lama hari rawat, tindak lanjut dan jenis pembiayaan. Sedangkan variabel dependennya adalah pemanfaatan fasilitas perinatologi yaitu pasien- pasien yang memanfaatkan fasilitas alat- alat kesehatan yang khususnya ada di unit perinatologi yaitu infus set, inkubator, NGT (*nasogastric tube*), *nasal canule* dan *blue light*. Setelah pengumpulan data penulis melakukan analisis statistik untuk mendapatkan hubungan antara karakteristik pasien dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi di RS Tugu Ibu tahun 2007. Adapun langkah- langkahnya adalah sebagai berikut:

6.1 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk melihat gambaran karakteristik pasien perinatologi RS Tugu Ibu menurut masing- masing variabel penelitian. Gambaran tersebut dapat dilihat dalam bentuk jumlah maupun proporsi karakteristik pasien yang diambil datanya bagi penelitian ini.

Tabel 6.1 Distribusi Karakteristik Pasien Dan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007

VARIABEL	JUMLAH	
	N	%
Umur:		
Neonatal	93	96,9
Perinatal	3	3,1
Jenis kelamin:		
Laki- laki	49	51
Perempuan	47	49
Berat badan:		
BBLR	24	25
Non BBLR	72	75
Tempat tinggal:		
Luar Depok	29	30,2
Depok	67	69,8
Riwayat asal:		
Luar RSTI	9	4,2
Dalam RSTI	87	95,8
Tindak lanjut:		
Keluar RS	26	27,1
<i>Rooming in</i>	70	72,9
Jumlah Hari Rawat:		
≤ 1 hari	58	60,4
> 1 hari	38	39,6

Dari hasil analisis univariat variabel umur didapatkan 93 pasien (96,9%) termasuk kategori neonatal dan 3 pasien (3,1%) termasuk kategori perinatal. Sedangkan jenis kelamin laki- laki sebanyak 49 orang (51%) dan perempuan sebanyak 47 orang (49%). Untuk berat badan sebanyak 24 pasien (25%) merupakan BBLR, sedangkan 72 pasien (75%) merupakan non BBLR.

Dari analisis terhadap variabel tempat tinggal, didapatkan sebanyak 29 pasien (30,2%) beralamat di luar wilayah Depok dan 67 pasien beralamat di dalam wilayah Depok. Adapun asal pasien yaitu 9 pasien (4,2%) berasal dari luar RS Tugu Ibu (merupakan pasien rujukan) dan 87 pasien (95,8%) merupakan pasien dalam RS Tugu Ibu.

Tindak lanjut setelah mendapatkan perawatan adalah sebanyak 26 pasien (27,1%) keluar RS (KRS) dan 70 pasien (72,9%) dirawat gabung bersama ibunya. Sedangkan untuk lama hari rawat sebanyak 58 pasien (60,4%) mendapatkan perawatan ≤ 1 hari dan 38 pasien (39,6%) mendapat perawatan > 1 hari.

Untuk jenis pembiayaan didapatkan sebanyak 55 pasien (57,3%) merupakan pasien tanpa asuransi kesehatan (pasien umum) dan 41 pasien (42,7%) menggunakan asuransi kesehatan. Sebanyak 72 pasien (75%) tidak menggunakan fasilitas perinatologi dan 24 pasien (25%) menggunakan fasilitas yang ada di unit perinatologi.

6.2 Analisis Bivariat

Dalam analisis bivariat yang dilihat adalah hubungan antara pemanfaatan fasilitas perinatologi sebagai variabel dependen dengan variabel umur, jenis kelamin, berat badan, tempat tinggal, riwayat asal, tindak lanjut, lama hari rawat dan jenis pembiayaan sebagai variabel independen. Hasil analisis bivariat dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6.2 Hubungan Umur Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007

Variabel	Pemanfaatan Fasilitas				Total		OR (95% CI)	P value
	Memanfaatkan		Tidak Manfaatkan		n	%		
	n	%	n	%				
Umur:								
Neonatal	21	22,6	72	77,4	93	100	~	0.014
Perinatal	3	100,0	0	,0	3	100		
Jumlah	24	25	72	75	96	100		

Hasil analisis hubungan umur dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi diperoleh 21 pasien neonatal (22,6%) menggunakan fasilitas perinatologi. Sedangkan pasien perinatal sebanyak 3 orang (100%) menggunakan fasilitas perinatologi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,014$, sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi pemanfaatan fasilitas perinatologi antara perinatal dengan neonatal (ada hubungan bermakna antara umur dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi). Nilai $OR = \sim$, artinya golongan perinatal mutlak memanfaatkan fasilitas perinatologi dibandingkan neonatal.

Tabel 6.3 Hubungan Jenis Kelamin Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007

Variabel	Pemanfaatan Fasilitas				Total		OR (95% CI)	P value
	Memanfaatkan		Tidak Manfaatkan		n	%		
	n	%	n	%				
Jenis Kelamin:								
Laki-laki	13	26,5	36	73,5	49	100	0,846 0,3 - 2,1	0,906
Perempuan	11	23,4	36	76,6	47	100		
Jumlah	24	25	72	75	96	100		

Pada hasil analisis hubungan jenis kelamin dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi didapatkan 13 bayi laki-laki (26,5%) menggunakan fasilitas perinatologi. Sedangkan sebanyak 11 bayi perempuan (23,4%) menggunakan

fasilitas perinatologi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,724$, sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi.

Tabel 6.4 Hubungan Berat Badan Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007

Variabel	Pemanfaatan Fasilitas				Total		OR (95% CI)	P value
	Memanfaatkan		Tidak Manfaatkan		n	%		
	n	%	n	%				
Berat Badan:								
BBLR	15	62,5	9	37,5	24	100	0,086	0,001
Non BBLR	9	12,5	63	87,5	72	100	0,03-0,3	
Jumlah	24	25	72	75	96	100		

Pada pasien dengan berat badan ≤ 2500 gram (BBLR) didapatkan 15 pasien (62,5%) menggunakan fasilitas perinatologi. Sedangkan pada berat badan >2500 gram (non BBLR) sebanyak 9 pasien (37,5%) menggunakan fasilitas perinatologi. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,001$, sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi pemanfaatan fasilitas perinatologi antara bayi non BBLR dengan BBLR (ada hubungan bermakna antara berat badan dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi). Hasil nilai $OR= 0,086$, artinya bayi non BBLR mempunyai peluang 0,086 kali lebih rendah untuk memanfaatkan fasilitas perinatologi dibandingkan bayi BBLR.

Tabel 6.5 Hubungan Tempat Tinggal Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007

Variabel	Pemanfaatan Fasilitas				Total		OR (95% CI)	P value
	Memanfaatkan		Tidak Manfaatkan		n	%		
	n	%	n	%				
Tempat Tinggal:								
Luar Depok	4	13,8	25	86,2	29	100	2,660 0,8- 8,6	0,158
Depok	20	29,9	47	70,1	67	100		
Jumlah	24	25	72	75	96	100		

Hasil analisis hubungan antara tempat tinggal dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi didapatkan 4 pasien (13,6%) yang bertempat tinggal di luar Depok memanfaatkan fasilitas perinatologi. Sedangkan 20 pasien (29,9%) yang bertempat tinggal di wilayah Depok memanfaatkan fasilitas perinatologi. Dari hasil analisa statistik didapatkan nilai $p = 0,158$, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara tempat tinggal dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi.

Tabel 6.6 Hubungan Riwayat Asal Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007

Variabel	Pemanfaatan Fasilitas				Total		OR (95% CI)	P value
	Memanfaatkan		Tidak Manfaatkan		n	%		
	n	%	n	%				
Riwayat Asal:								
Luar RSTI	7	77,8	2	22,2	9	100	0,069	0,001
Dalam RSTI	17	19,5	70	80,5	87	100	0,4	
Jumlah	24	25	72	75	96	100		

Pada analisis variabel riwayat asal, didapatkan 7 pasien (77,8%) dari luar RSTI memanfaatkan fasilitas perinatologi. Sedangkan 17 pasien (19,5%) yang berasal dari dalam RSTI memanfaatkan fasilitas perinatologi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,001$, sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi antara pasien yang berasal dari dalam RSTI dengan pasien dari luar RSTI yang memanfaatkan fasilitas perinatologi (ada hubungan bermakna antara asal pasien dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu). Nilai OR= 0,069 yang berarti pasien berasal dari dalam RSTI memiliki peluang 0,069 kali lebih rendah untuk memanfaatkan fasilitas perinatologi dibandingkan pasien dari luar RS Tugu Ibu.

Tabel 6.7 Hubungan Lama Hari Rawat Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007

Variabel	Pemanfaatan Fasilitas				Total		OR (95% CI)	P value
	Memanfaatkan		Tidak Manfaatkan		n	%		
	n	%	n	%				
Lama Hari Rawat:								
≤ 1 hari	4	6,9	54	93,1	81	100	15,0 4,5-	0,001
> 1 hari	20	52,6	18	47,4	15	100	49,7	
Jumlah	24	25	72	75	96	100		

Dari analisis hubungan jumlah hari rawat dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi didapatkan 4 pasien (6,9%) dengan hari rawat ≤ 1 hari memanfaatkan fasilitas perinatologi. Sedangkan 20 pasien (52,6%) dengan hari rawat > 1 hari memanfaatkan fasilitas perinatologi. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,001$, sehingga disimpulkan ada perbedaan proporsi antara lama hari rawat > 1 hari dengan lama hari rawat ≤ 1 hari dalam memanfaatkan fasilitas perinatologi (ada hubungan yang bermakna antara lama hari rawat dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi). Nilai OR = 15,0 yang berarti pasien dengan lama hari rawat > 1 hari memiliki peluang 15 kali lebih tinggi untuk memanfaatkan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu dibandingkan pasien dengan lama hari rawat ≤ 1 hari.

Tabel 6.8 Hubungan Tindak Lanjut Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007

Variabel	Pemanfaatan Fasilitas				Total		OR (95% CI)	P value
	Memanfaatkan		Tidak Manfaatkan		n	%		
	n	%	n	%				
Tindak lanjut:								
KRS	22	84,6	4	15,4	26	100	0,005	0,001
<i>Rooming in</i>	2	2,9	68	97,1	70	100	0,001-0,03	
Jumlah	24	25	72	75	96	100		

Hasil analisis hubungan tindak lanjut dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi didapatkan 22 pasien KRS (84,6%) memanfaatkan fasilitas perinatologi. Sedangkan 2 (2,9%) pasien rawat gabung/ *rooming in* memanfaatkan fasilitas perinatologi. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,001$, sehingga disimpulkan ada perbedaan proporsi tindak lanjut pasien yaitu antara pasien *rooming in* dengan KRS (keluar RS) dalam memanfaatkan fasilitas perinatologi (ada hubungan bermakna antara tindak lanjut pasien dalam pemanfaatan fasilitas perinatologi). Nilai OR= 0,005 yang berarti pasien dengan tindak lanjut rawat gabung (*rooming in*) memiliki peluang 0,005 kali lebih rendah untuk memanfaatkan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu dibandingkan pasien KRS.

Tabel 6.9 Hubungan Jenis Pembiayaan Dengan Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi RS Tugu Ibu Tahun 2007

Variabel	Pemanfaatan Fasilitas				Total		OR (95% CI)	P value
	Memanfaatkan		Tidak Manfaatkan		n	%		
	n	%	n	%				
Jenis Pembiayaan:								
Umum	14	25,5	41	74,5	55	100	0,945	1,000
Asuransi	10	24,4	31	75,6	41	100	0,37-2,4	
Jumlah	24	25	72	75	96	100		

Dari hasil analisis hubungan jenis pembiayaan dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi didapatkan 14 pasien umum (25,5%) memanfaatkan fasilitas perinatologi. Sedangkan 10 pasien asuransi (24,4%) memanfaatkan fasilitas perinatologi. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 1,000$ sehingga disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi antara pasien asuransi dengan pasien umum dalam pemanfaatan fasilitas perinatologi (tidak ada hubungan bermakna antara jenis pembiayaan dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi).

6.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian ini menggunakan Uji Regresi Logistik Ganda. Tahapan uji regresi logistik ganda terdiri dari beberapa langkah, yaitu:

6.3.1 Seleksi Bivariat

Seleksi bivariat bertujuan untuk mengetahui nilai p dari masing-masing variabel. Hanya variabel dengan nilai $p < 0,25$ yang akan dimasukkan ke dalam model multivariat.

Tabel 6.10 Nilai p Dari Kandidat Variabel Untuk Model Multivariat

Variabel	Nilai p
Umur	0,003*
Jenis kelamin	0,723
Berat badan	0,001*
Tempat tinggal	0,083*
Riwayat asal	0,001*
Tindak lanjut	0,001*
Lama hari rawat	0,001*
Jenis pembiayaan	0,905

*: masuk pemodelan multivariat

Dari hasil seleksi bivariat terlihat ada 6 variabel yang nilai $p < 0,25$ yaitu umur, berat badan, tempat tinggal, riwayat asal, tindak lanjut dan lama hari rawat. Sedangkan variabel jenis kelamin dan jenis pembiayaan nilai $p > 0,25$, sehingga variabel jenis kelamin dan jenis pembiayaan tidak dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat.

6.3.2 Pemodelan Multivariat

Pemodelan multivariat dilakukan dengan menganalisis semua variabel independen yang nilai $p < 0,25$. Dalam penelitian ini yang akan diikutkan ke dalam pemodelan multivariat adalah variabel umur, berat badan, tempat tinggal, riwayat asal, tindak lanjut dan lama hari rawat. Jika hasil pemodelan nantinya ada nilai $p > 0,05$, maka variabel tersebut dikeluarkan dari model. Kemudian dilakukan perbandingan perubahan nilai OR dari masing-masing variabel antara OR sebelum dengan OR setelah variabel dengan nilai $p > 0,05$ dikeluarkan. Jika terdapat variabel yang perubahan OR-nya $> 10\%$, maka variabel yang telah dikeluarkan tersebut harus dimasukkan kembali ke dalam model. Namun jika perubahan OR-nya $< 10\%$, maka variabel yang telah dikeluarkan tersebut tidak lagi dimasukkan ke dalam model.

Tabel 6.11 Parameter Awal Analisis Multivariat Nilai p Dan OR Faktor- Faktor Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi Di RS Tugu Ibu Tahun 2007

Variabel	B	Sig.	OR (Exp (B))	95% CI for EXP (B)	
				Lower	Upper
Umur	18,641	0,999	1E+008	0,001	-
Berat badan	-1,950	0,059	0,142	0,019	1,075
Tempat tinggal	0,528	0,617	1,696	0,214	13,465
Riwayat asal	-2,261	0,359	0,104	0,001	13,074
Lama hr rawat	1,987	0,069	7,292	0,858	61,983
Tindak lanjut	-4,245	0,001	0,014	0,002	0,102
Constant	2,905	0,257	18,267		

Dari parameter awal tersebut tampak bahwa variabel dengan nilai p -nya $> 0,05$ adalah variabel umur, berat badan, tempat tinggal, riwayat asal, dan lama hari rawat. Langkah berikutnya adalah mengeluarkan variabel yang paling besar nilai p -nya. Dalam hal ini yang pertama kali akan dikeluarkan adalah variabel umur.

Tabel 6.12 Selisih Nilai OR Setelah Variabel Umur Dikeluarkan

Variabel	OR Dengan Umur	OR Tanpa Umur	Selisih	Keterangan
Umur	1E+008			Dikeluarkan
Berat badan	0,142	0,149	4,9%	
Tempat tinggal	1,696	1,858	9,5%	
Riwayat asal	0,104	0,099	4,8%	
Lama hari rawat	7,292	7,780	6,7%	
Tindak lanjut	0,014	0,013	7,1%	

Setelah variabel umur dikeluarkan ternyata nilai OR tidak ada yang berubah $> 10\%$ sehingga variabel umur dikeluarkan dari pemodelan. Kemudian variabel tempat tinggal dikeluarkan, sehingga hasilnya:

Tabel 6.13 Selisih Nilai OR Setelah Variabel Tempat Tinggal Dikeluarkan

Variabel	OR Dengan Tempat Tinggal	OR Tanpa Tempat Tinggal	Selisih	Keterangan
Berat badan	0,142	0,145	2,1%	
Tempat tinggal	1,696			Dikeluarkan
Riwayat asal	0,104	0,364	250%	
Lama hari rawat	7,292	7,834	7,4%	
Tindak lanjut	0,014	0,014	0%	

Setelah variabel tempat tinggal dikeluarkan ternyata nilai OR berubah > 10% yaitu variabel riwayat asal sehingga variabel tempat tinggal dimasukkan lagi ke dalam pemodelan. Selanjutnya variabel riwayat asal dikeluarkan dan hasilnya sebagai berikut:

Tabel 6.14 Selisih Nilai OR Setelah Variabel Riwayat Asal Dikeluarkan

Variabel	OR Dengan Riwayat Asal	OR Tanpa Riwayat Asal	Selisih	Keterangan
Berat badan	0,142	0,131	7,7%	
Tempat tinggal	1,696	1,709	0,8%	
Riwayat asal	0,104			Dikeluarkan
Lama hari rawat	7,292	7,001	4%	
Tindak lanjut	0,014	0,011	21,4%	

Setelah variabel riwayat asal dikeluarkan ternyata nilai OR variabel tindak lanjut berubah > 10%, sehingga variabel riwayat asal dimasukkan lagi ke dalam pemodelan. Selanjutnya variabel lama hari rawat dikeluarkan dan hasilnya sebagai berikut:

Tabel 6.15 Selisih Nilai OR Setelah Variabel Lama Hari Rawat Dikeluarkan

Variabel	OR Dengan Lama Hari Rawat	OR Tanpa Lama Hari Rawat	Selisih	Keterangan
Berat badan	0,142	0,203	42,9%	
Tempat tinggal	1,696	1,913	12,8%	
Riwayat asal	0,104	0,188	80,8%	
Lama hari rawat	7,292			Dikeluarkan
Tindak lanjut	0,014	0,008	42,9%	

Setelah variabel lama hari rawat dikeluarkan ternyata nilai OR semua variabel berubah > 10, sehingga variabel lama hari rawat dimasukkan lagi ke dalam

pemodelan. Selanjutnya variabel berat badan dikeluarkan dan hasilnya adalah sebagai berikut:

Tabel 6.16 Selisih Nilai OR Setelah Variabel Berat Badan Dikeluarkan

Variabel	OR Dengan Berat Badan	OR Tanpa Berat Badan	Selisih	Keterangan
Berat badan	0,142			Dikeluarkan
Tempat tinggal	1,696	2,229	31,4%	
Riwayat asal	0,104	0,104	0%	
Lama hari rawat	7,292	4,991	31,6%	
Tindak lanjut	0,014	0,011	21,4%	

Setelah variabel berat badan dikeluarkan ternyata nilai OR berubah > 10% (tempat tinggal, lama hari rawat dan tindak lanjut), sehingga variabel berat badan dimasukkan lagi ke dalam pemodelan. Akhirnya model yang dihasilkan adalah sebagai berikut:

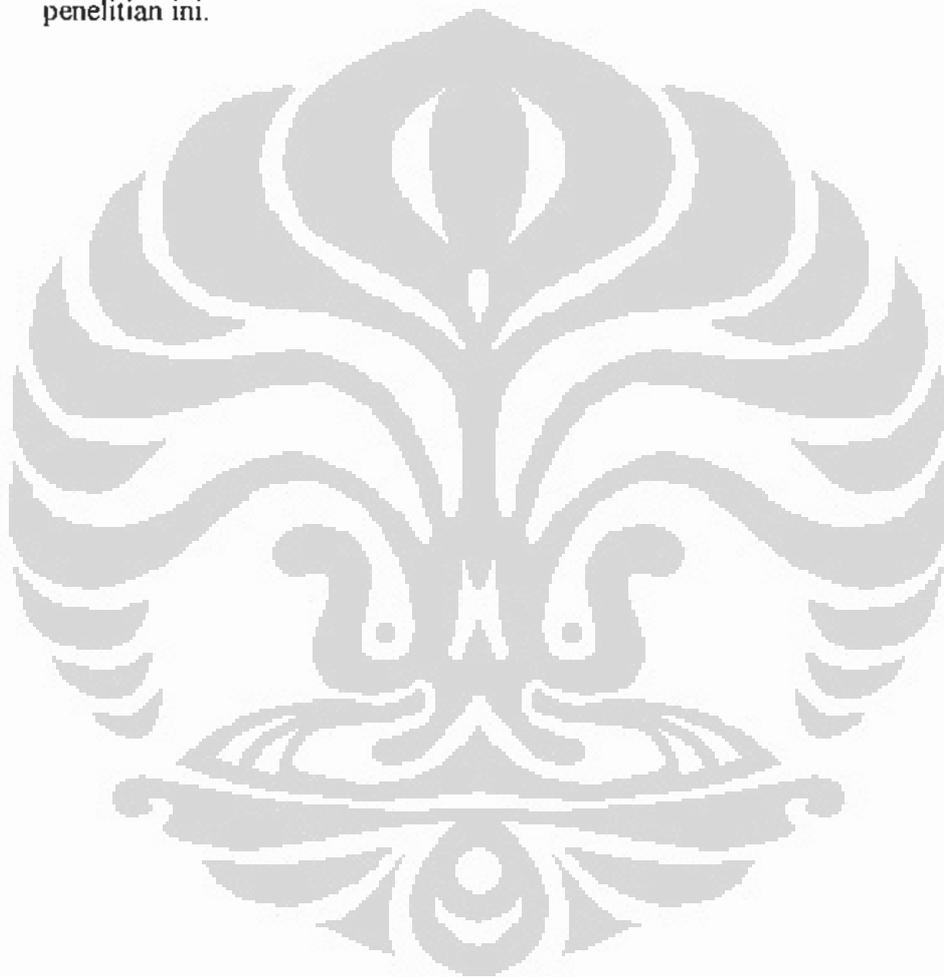
Tabel 6.17 Parameter Akhir Analisis Multivariat Nilai p Dan OR Faktor-Faktor Pemanfaatan Fasilitas Perinatologi Di RS Tugu Ibu Tahun 2007

Variabel	B	Sig.	OR (Exp (B))	95% CI for EXP (B)	
				Lower	Upper
Berat badan	-1,901	0,066	0,149	0,020	1,131
Tempat tinggal	0,620	0,559	1,858	0,232	14,850
Riwayat asal	-2,309	0,346	0,099	0,001	12,121
Lama hr rawat	2,052	0,061	7,780	0,911	66,460
Tindak lanjut	-4,333	0,001	0,013	0,002	0,094
Constant	2,897	0,254	18,115		

$R^2 = 94,8\%$

Dari hasil akhir analisis multivariat ternyata variabel yang dominan dalam pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007 adalah variabel tindak lanjut. Nilai OR= 0,013, ini berarti bayi dengan tindak lanjut rawat gabung (*rooming*

in) di RSTI akan memiliki peluang 0,013 kali lebih rendah dalam pemanfaatan fasilitas perinatologi dibandingkan bayi yang keluar RS (KRS). $R^2= 94,8\%$, artinya variabel berat badan, tempat tinggal, riwayat asal, lama hari rawat dan tindak lanjut bisa menjelaskan pemanfaatan fasilitas perinatologi di RS Tugu Ibu tahun 2007 sebesar 94,8%. Sisanya 5,2% dijelaskan oleh variabel lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini.



BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Banyak keterbatasan yang ditemui pada penelitian yang menggunakan data sekunder, antara lain:

- a. Variabel penelitian terbatas. Sebab tidak semua data pasien tercatat dalam dokumen, baik rekam medis ataupun buku register pasien. Hal ini dapat disebabkan keluarga pasien kurang lengkap saat mengisi formulir pendaftaran ataupun petugas pendaftaran kurang teliti saat memasukkan data pasien ke dalam dokumen rekam medis. Juga karena dokumen rekam medis telah memiliki bentuk baku, sehingga data yang tidak dibutuhkan oleh rumah sakit tak perlu dicatat. Pencarian variabel lain sebenarnya dapat dilakukan dengan melihat buku register ibu di kamar bersalin, akan tetapi hal ini akan menemui kendala jika ibu melahirkan di luar RS Tugu Ibu.
- b. Kesalahan pencatatan. Petugas yang mencatat pada buku register pasien pada saat sibuk (banyak pasien yang harus ditangani) dapat melakukan kesalahan pencatatan. Hal ini dapat dilakukan pula oleh peneliti pada saat memasukkan data ke dalam lembar *check list* maupun saat melakukan koding.

7.2 Tinjauan Hasil Penelitian

Dalam tinjauan hasil penelitian akan dijelaskan hasil penelitian penulis yang telah dianalisis secara statistik dan dipadukan dengan teori- teori yang berkaitan.

7.2.1 Umur

Pada penelitian ini, mayoritas bayi tergolong umur neonatal yaitu sebesar 96,9%. Menurut Kliegman (1999), definisi neonatus adalah bayi- bayi baru lahir hingga berusia 7 hari setelah kelahiran. Berdasarkan penelitian Lawn dkk (2005) yang dipublikasikan dalam *the Lancet Journal of Newborn Health*, setiap tahun diperkirakan 130 juta bayi lahir ke dunia, dimana 4 juta diantaranya meninggal dalam 4 minggu pertama hidupnya. Sedangkan tiga perempat kematian bayi baru lahir (neonatus) terjadi pada minggu pertama kehidupannya. Di seluruh dunia, kematian neonatus merupakan 36% kematian anak di bawah usia lima tahun. Ini berarti sekitar 3 juta neonatus meninggal pada minggu pertama setelah kelahirannya. Hal ini mengingat bayi- bayi muda tersebut masih membutuhkan waktu untuk beradaptasi dengan lingkungan di luar rahim ibu dan masih sangat rentan terhadap berbagai pengaruh luar tersebut.

Pada sebagian bayi, proses adaptasi tersebut dapat berjalan dengan lancar, tetapi pada sebagian yang lain kadang- kadang mengalami banyak hambatan yang mengakibatkan bermacam- macam kelainan sehingga menimbulkan kegawatan pada neonatus tersebut (Aminullah, 1987). Sehingga tidaklah mengherankan jika golongan neonatal sangat beresiko mendapat gangguan kesehatan di awal kehidupannya. Gangguan kesehatan yang kerap dialami neonatus dikaitkan dengan penyulit yang dialami pada saat masih dalam kandungan, saat kelahiran dan sesudahnya serta daya tahan tubuh mereka yang belum terbentuk dengan baik.

Dari hasil uji statistik didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara umur dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi (nilai $p > 0,05$). Menurut Andersen (1975), masyarakat dengan kelompok umur tertentu mempunyai faktor predisposisi

untuk penyakit tertentu sehingga pola pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya berbeda sesuai kelompok umur tersebut. Golongan neonatal bahkan juga perinatal, dengan segala kekhasannya merupakan kelompok masyarakat tersendiri yang memerlukan fasilitas kesehatan khusus untuk menangani permasalahan kesehatannya. Hal ini telah disadari oleh dunia perumahsakit dewasa ini, sehingga unit perinatologi telah banyak disediakan baik oleh rumah sakit- rumah sakit pemerintah yang menjadi rujukan maupun rumah sakit- rumah sakit swasta.

7.2.2 Jenis Kelamin

Dari hasil penelitian, didapatkan pasien perinatologi RS Tugu Ibu berjenis kelamin laki- laki yaitu sebesar 51%, sedangkan jenis kelamin perempuan sebanyak 49%. Kemungkinan di unit perinatologi tahun 2007 lalu jenis kelamin laki- laki dan perempuan hampir terdistribusi secara merata. Dari hasil uji statistik tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi (nilai $p > 0,05$). Hal ini disebabkan jenis kelamin apapun jika memang membutuhkan penggunaan fasilitas kesehatan yang spesifik, maka sudah pasti akan memanfaatkannya.

7.2.3 Berat Badan

Mayoritas pasien perinatologi memiliki berat badan > 2500 gram (non BBLR) yaitu sebesar 75%. Dari uji statistik didapatkan hubungan yang bermakna antara berat badan dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi (nilai $p < 0,05$). Hal ini kemungkinan karena bayi dengan berat badan > 2500 gram juga disertai penyakit ataupun penyulit pada saat kelahirannya (misalnya asfiksia) sehingga membutuhkan

penanganan serius serta peralatan medis untuk menunjang terapinya. Berdasarkan klasifikasi neonatus menurut Battaglia dan Lubchenco (Monintja, 1987), bayi dengan berat badan > 2500 gram merupakan bayi Sesuai Masa Kehamilan (SMK). Bayi-bayi ini biasanya tidak mempunyai komplikasi khusus kecuali akibat tindakan, infeksi, obat-obatan dan penyakit ibu pada masa kehamilan dan persalinan

Biasanya, bayi lahir tanpa disertai penyulit akan langsung dibawa ke ruang bayi ataupun dirawat gabung dengan ibunya. Adapun neonatus dengan disertai kegawatan pada saat kelahirannya ataupun membutuhkan observasi khusus setelah kelahirannya akan dirawat di unit perinatologi. Kegawatan yang paling banyak menyertai kelahiran neonatus dan membutuhkan penanganan segera mengingat angka morbiditas dan mortalitas yang cukup tinggi adalah trauma kelahiran, asfiksia neonatorum, sindrom gawat nafas, hiperbilirubinemia, infeksi, kejang dan syok. Kegawatan bisa terjadi pada bayi cukup bulan (aterm) ataupun kurang bulan (preterm), bayi dengan berat lahir cukup ataupun BBLR. Bayi dengan BBLR yang preterm mempunyai risiko yang lebih besar untuk terjadinya kegawatan dibandingkan bayi yang lebih besar dan cukup masa gestasinya (Soleh, 1994).

Bayi dengan berat lahir rendah memerlukan (Speirs, 1992):

- a. Suhu yang tinggi dan stabil untuk mempertahankan suhu tubuh
- b. Atmosfer dengan kadar oksigen dan kelembaban tinggi
- c. Pemberian minum secara hati-hati karena ada kecenderungan terisapnya susu ke paru-paru
- d. Terlindung dari infeksi
- e. Pencegahan kekurangan zat besi dan vitamin

Dengan persyaratan di atas, maka bayi harus dirawat di unit khusus yang memiliki peralatan lengkap, dirawat oleh staf yang terlatih dalam bidang ini. Bayi dengan berat < 2000 gram dirawat dalam inkubator pada suhu 32- 35 °C (90- 95°F) dengan kelembaban tinggi. Menurut Johnston (2003), bayi- bayi ini membutuhkan perawatan karena mereka mengejar perkembangan fisik dan emosi agar sama dengan bayi normal lainnya. Mereka bisa merasakan sakit, gembira ataupun sedih, dan mampu mengkomunikasikannya. Jika stres, mereka akan menunjukkannya melalui perubahan denyut jantung dan tekanan darah atau henti napas. Oleh karena itu, perlu dilakukan observasi selama 24 jam dengan memonitor suhu, denyut jantung, pernapasan, warna kulit dan gerakan bayi. Sebab pada masa inilah masalah yang berkaitan dengan BBLR akan timbul. Diupayakan agar bayi dapat tidur nyenyak dan lama dengan meletakkannya dalam inkubator yang selalu tertutup pintunya serta meminimalkan menyentuhnya.

Tetapi bayi sehat dengan berat badan > 2500 gram dirawat di boks pada suhu 27°C (80°F). Sebelum bayi dipulangkan mereka dirawat di kamar bayi yang dingin (21°C) untuk menyesuaikan diri dengan suhu kamar (Speirs, 1992).

7.2.4 Tempat Tinggal

Pada penelitian ini didapatkan mayoritas pasien bertempat tinggal di wilayah Depok, yaitu sebesar 69,8%. Banyaknya pasien perinatologi yang bertempat tinggal di Depok sesuai dengan lokasi RS Tugu Ibu yang memang berada di dalam lingkungan kota Depok. RS Tugu Ibu merupakan RS swasta pertama di kota Depok, sehingga masyarakat Depok telah mengenal RS ini sejak lama. Meskipun di Depok saat ini telah banyak didirikan rumah sakit - rumah sakit swasta yang juga

menyediakan pelayanan perinatologi, namun tampaknya hal ini tidak menggoyahkan kepercayaan masyarakat Depok untuk memanfaatkan unit perinatologi di RS Tugu Ibu. Menurut Andersen (1975), sikap atau pandangan seseorang terhadap subyek kesehatan (tenaga kesehatan dan penyakit) atau sikap terhadap sistem pelayanan kesehatan mempengaruhi seseorang untuk memanfaatkan suatu pelayanan kesehatan. Keyakinan ini dianggap sebagai alasan yang kuat terhadap kecenderungan seseorang memanfaatkan lebih awal dan lebih banyak pelayanan kesehatan.

Dari hasil uji statistik tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara tempat tinggal dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi (nilai $p > 0,05$). Di dalam sistem rujukan kesehatan, apabila suatu keadaan tidak dapat ditangani oleh sarana kesehatan yang lebih rendah, maka pasien harus dirujuk ke sarana kesehatan yang lebih tinggi. Hal ini berarti bila ada bayi- bayi dalam kondisi yang memang membutuhkan penanganan spesifik, maka unit perinatologi menjadi tujuannya. Terkadang tidak dimungkinkan mencari sarana kesehatan rujukan yang dekat dengan tempat tinggal orang tua pasien. Hal ini bisa disebabkan sarana kesehatan terdekat tidak memiliki fasilitas perinatologi, ataupun jika ada kemungkinan pada saat itu sedang penuh, dan berbagai penyebab lainnya. Sehingga sarana kesehatan yang ada di luar wilayah tempat tinggal orang tua pun menjadi tujuannya.

7.2.5 Riwayat Asal

Mayoritas pasien perinatologi berasal dari dalam RS Tugu Ibu yaitu sebanyak 95,8%. Pada tahun 2007 lalu tercatat 1226 bayi lahir di RSTI (rekam medis RSTI 2007). Sebanyak 286 bayi dilahirkan dengan cara *sectio caesarean* dan 170 bayi lahir dengan berat badan < 2500 gram. Bayi- bayi tersebut merupakan kandidat untuk

dirawat di unit perinatologi. Belum lagi bayi- bayi yang dilahirkan dengan tindakan (ekstraksi vakum atau forseps) dan lahir spontan (normal) dengan penyulit (misalnya asfiksia).

Dari uji statistik didapatkan ada hubungan yang bermakna antara riwayat asal dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi (nilai $p < 0,05$). Menurut Levene (2000), keputusan untuk merujuk neonatus sakit mempertimbangkan keamanan saat di perjalanan, tersedianya tenaga ahli di tempat rujukan, dan kelengkapan fasilitas tempat rujukan. Terdapat beberapa kriteria bagi neonatus yang membutuhkan rujukan baik ke unit perawatan khusus (special care) maupun perawatan intensif (NICU):

- a. Berat lahir < 1750 gram
- b. Gangguan napas pada awal kelahiran ataupun menetap selama lebih dari 4- 6 jam
- c. Membutuhkan pemberian oksigen dengan disertai henti napas, aspirasi mekonium atau diduga pneumonia
- d. Henti napas berulang
- e. Kejang
- f. Perdarahan
- g. Kulit bayi kuning dan membutuhkan transfusi tukar
- h. Membutuhkan pembedahan
- i. Penyakit jantung bawaan
- j. Cacat kongenital berat
- k. Membutuhkan terapi atau pemeriksaan diagnostik khusus

1. 'Unwell' baby disertai kelemahan, perfusi yang buruk, kencing sedikit, dan sebagainya

Apabila seorang ibu melahirkan di luar RS (baik di rumah, praktek bidan ataupun puskesmas) dan bayinya mengalami salah satu kondisi di atas, maka tenaga kesehatan yang membantu persalinan akan merujuk bayi tersebut. Tentunya keputusan untuk merujuk ini akan mempertimbangkan berbagai hal seperti telah disebutkan di atas.

7.2.6 Lama Hari Rawat

Pada penelitian ini didapatkan mayoritas pasien dirawat ≤ 1 hari yaitu sebesar 60,4%. Andersen (1975) memasukkan jumlah hari sakit sebagai *evaluated need* yang dijadikan penentuan derajat keparahan suatu penyakit melalui hasil diagnosa yang ditegakkan. Jika melihat lamanya hari perawatan yaitu sebesar ≤ 1 hari, maka kemungkinan bayi- bayi tersebut hanya menjalani observasi selama ± 24 jam di unit perinatologi. Sehingga bisa disimpulkan bahwa mayoritas bayi yang dirawat di unit perinatologi berpotensi untuk mengalami kondisi sakit yang parah sehingga perlu diobservasi selama 1 hari.

Dari uji statistik didapatkan ada hubungan yang bermakna antara lama hari rawat dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi (nilai $p < 0,05$). Hal ini disebabkan semakin lama hari perawatan mengindikasikan parahnya suatu penyakit sehingga makin besar kemungkinan untuk memanfaatkan suatu fasilitas kesehatan. Misalnya saja pada kasus BBLR, dimana untuk kelangsungan hidupnya seorang bayi harus dirawat dengan dimasukkan ke inkubator. BBLR memiliki lapisan lemak yang sangat tipis sehingga berpotensi kehilangan panas akibat suhu ruangan lebih rendah

dibandingkan suhu tubuhnya. Oleh karena itu BBLR dimasukkan ke inkubator untuk membuat kondisi lingkungannya selalu hangat. Hal ini akan berlangsung sehari-hari bahkan sampai berminggu-minggu hingga si bayi bertambah berat badannya dan jaringan lemaknya sehingga bisa mempertahankan suhu tubuhnya dari kehilangan panas.

Demikian pula dengan kejadian hyperbilirubinemia dengan tanda kulit kekuningan pada bayi baru lahir. Sebelum lahir, bilirubin (yang berasal dari pemecahan hemoglobin) diekskresikan melalui plasenta. Setelah lahir, hati mengambil alih fungsi ini. Bilirubin pada bayi baru lahir dapat naik karena (Kliegman, 1999):

- a. Produksi berlebihan, seperti pada penyakit hemolitik
- b. Kegagalan ekskresi, misalnya pada bayi kurang bulan dengan fungsi hati yang belum matang, kuning akibat kurang minum ASI, hepatitis, sepsis maupun karena obat-obatan

Upaya untuk menurunkan kadar bilirubin ini antara lain dengan melakukan fototerapi menggunakan lampu fluoresen dengan sinar ultraviolet. Sinar ultraviolet akan mengubah bilirubin yang ada di kulit yang terpapar tadi menjadi bentuk senyawa tidak berbahaya yang mudah diekskresi (Speirs, 1992). Dengan fototerapi yang intensif, kadar bilirubin akan menurun 1-2 mg/ dL dalam waktu 4- 6 jam. Fototerapi akan dihentikan jika kadar bilirubin dibawah 15 mg/ dL (Porter & Dennis, 2002). Tentunya penurunan kadar bilirubin ini tidak terjadi dalam waktu yang singkat, sehingga penggunaan alat fototerapi (*blue light*) akan membutuhkan waktu beberapa hari sampai kadar bilirubin normal tercapai.

Berdasarkan Pedoman Pelayanan Maternal Perinatal Pada Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Depkes RI (2008), maka pelayanan perinatologi RS Tugu Ibu termasuk pelayanan perinatologi level II. Dimana jenis perawatan yang diberikan dapat berupa *Intermediate Care Unit (IMCU)* ataupun *High Care Unit (HCU)*. Mengacu pada pedoman Depkes tersebut, maka IMCU/ HCU yang berupa unit perinatologi RS Tugu Ibu telah dapat merawat bayi- bayi baru lahir dengan risiko sedang (*Middle Risk*). Adapun bayi yang tergolong risiko sedang adalah:

- a. BBLR > 1000 gram tanpa komplikasi
- b. BBL > 4000 gram (makrosomia)
- c. Gangguan napas ringan- sedang
- d. Infeksi lokal/ sistemik ringan- sedang
- e. Kelainan bawaan ringan sampai sedang yang bukan merupakan keadaan gawat
- f. Penyulit/ komplikasi yang lain tanpa memerlukan perawatan intensif

Hal ini sebaiknya dibarengi pula dengan upaya meningkatkan pelayanan neonatus sakit dengan membuka unit perawatan neonatal intensif (NICU). Sebab apabila ditemukan kasus yang membutuhkan penggunaan alat- alat lebih canggih seperti ventilator mekanik serta perawatan yang intensif, maka kasus ini tidak perlu dirujuk ke RS lain. Menurut Levene (2000) dan Johnston (2003) , NICU terbagi atas 2 tingkatan:

- a. NICU tingkat pertama (*Level I intensive care*)

Dapat memberi perawatan antara lain pada penggunaan ventilator mekanik, observasi BBLR selama 48 jam yaitu bayi dengan berat badan < 1000 gram

ataupun < 27 minggu usia kehamilan, observasi selama 48 jam bagi bayi-bayi *pre* dan *postoperative* bedah mayor darurat, membutuhkan transfusi tukar dengan komplikasi penyakit, henti napas berulang yang membutuhkan intervensi berulang, dan membutuhkan dukungan sirkulasi ketat

b. NICU tingkat dua (*Level 2 intensive care*)

Dapat melakukan perawatan pada bayi yang membutuhkan asupan nutrisi parenteral total, kejang, pemberian infus melalui arteri, transfusi tukar, dengan trakheostomi selama 2 minggu pertama, dan perawatan yang kompleks setelah operasi.

7.2.7 Tindak lanjut

Dari hasil penelitian didapatkan mayoritas pasien setelah dirawat di unit perinatologi selanjutnya dirawat gabung di ruang perawatan ibu dan anak RS Tugu Ibu yaitu sebesar 72,9%. Dari uji statistik didapatkan hubungan yang bermakna antara tindak lanjut dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi (nilai $p < 0,05$). Variabel tindak lanjut juga merupakan variabel dominan yang mempengaruhi pemanfaatan fasilitas perinatologi di RS Tugu Ibu.

Hal ini dikarenakan mayoritas bayi dilahirkan di RS Tugu Ibu sehingga bila pada saat kelahiran terjadi kegawatan yang membutuhkan penanganan lebih lanjut, maka bayi tersebut akan langsung dimasukkan ke perawatan perinatologi. Setelah kegawatannya ditangani, selanjutnya bayi akan dikembalikan ke ruang perawatan ibu dan anak RS Tugu Ibu. Dengan melakukan *rooming in*, maka bayi sedini mungkin berinteraksi dengan ibu sehingga tercipta jalinan emosional yang kuat antara ibu dan bayi. Menurut Johnston (2002) dan Levene (2000), cara ini termasuk perawatan

normal (*normal care*) dimana perawatan bayi dilakukan sendiri oleh ibu dibawah pengawasan bidan atau dokter.

Dengan *rooming in*, bayi dapat diberi ASI (air susu ibu) sesegera dan sesering mungkin. Pemberian ASI dapat dilakukan dengan cara menyusu pada ibu ataupun dengan ASI peras. Tentu saja hal ini disesuaikan dengan kondisi bayi serta memperhatikan anjuran dari dokter yang merawat. Bila perlu, perawat ataupun bidan dan juga dokter dapat mengedukasi ibu dan keluarganya mengenai manfaat dan cara pemberian ASI, cara merawat bayi di rumah serta hal- hal yang harus diperhatikan pasca perawatan di ruang perinatologi (IDAI, 2003).

Selain *rooming in*, tindak lanjut setelah pasien dirawat di unit perinatologi adalah KRS (keluar rumah sakit). Yang termasuk KRS yaitu pasien pulang, pulang paksa atau meninggal dunia. Pasien yang pulang adalah mereka yang telah menjalani perawatan di unit perinatologi dan dinyatakan sembuh dari penyakitnya, baik berdasarkan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan tambahan lainnya. Sedangkan pasien yang pulang paksa adalah bayi- bayi yang dibawa pulang oleh keluarganya walaupun belum dinyatakan sembuh oleh dokter yang merawat. Biasanya alasan yang dikemukakan pihak keluarga adalah biaya yang tak dimiliki untuk melanjutkan perawatan.

7.2.8 Jenis Pembiayaan

Dari hasil penelitian didapatkan mayoritas pasien merupakan pasien tanpa asuransi kesehatan (pasien umum) yaitu sebesar 57,3%. Menurut Thabrany (2005), pendanaan kesehatan di Indonesia 60- 70% didominasi oleh pengeluaran dari kantong yang dibayarkan langsung (*out of pocket*) kepada pemberi pelayanan

kesehatan. Hal ini berarti masyarakat yang memanfaatkan fasilitas kesehatan swasta harus membayar pelayanan dari kantong mereka sendiri tanpa ada subsidi dari pemerintah. Sedangkan cakupan asuransi kesehatan yang berkesinambungan di Indonesia masih rendah, yaitu sekitar 16% dari jumlah penduduk.

Dari uji statistik tidak didapatkan hubungan bermakna antara jenis pembiayaan dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi. Hal ini kemungkinan disebabkan pasien-pasien yang membutuhkan perawatan perinatologi memang dalam keadaan yang mutlak memerlukan peralatan medis khusus perinatologi. Akibatnya, suatu keluarga memiliki asuransi kesehatan atau tidak, sudah tidak lagi menjadi pertimbangan saat memasukkan bayi mereka ke ruang perinatologi. Hal ini dikarenakan orang tua berkeinginan untuk segera mendapatkan pengobatan dan perawatan bagi bayi mereka.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Ada beberapa kesimpulan yang dapat ditarik dari penelitian mengenai analisis hubungan karakteristik pasien dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi di RS Tugu Ibu tahun 2007 dengan sampel penelitian sejumlah 96 pasien ini, yaitu:

- a. Dari analisis univariat, didapatkan 96,9% tergolong umur neonatus, 51% berjenis kelamin laki-laki dan 75% dengan berat badan > 2500 gram (non BBLR). Sebanyak 69,8% bertempat tinggal di dalam wilayah Depok dan 95,8% pasien berasal dari dalam RS Tugu Ibu. Sebanyak 60,4% menjalani perawatan di unit perinatologi selama ≤ 1 hari dan 72,9% selanjutnya di rawat gabung (*rooming in*) di ruang perawatan ibu dan anak di RS Tugu Ibu. Untuk variabel jenis pembiayaan, sebanyak 57,3% tidak menggunakan asuransi kesehatan (pasien umum). Didapatkan 25% pasien menggunakan fasilitas perinatologi selama menjalani perawatan di RS Tugu Ibu.
- b. Dari analisis bivariat didapatkan tiga variabel yang tidak memiliki hubungan bermakna dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007, yaitu jenis kelamin, tempat tinggal dan jenis pembiayaan.
- c. Dari analisis multivariat didapatkan variabel yang dominan terhadap pemanfaatan fasilitas perinatologi RS Tugu Ibu tahun 2007 adalah variabel tindak lanjut.

8.2 Saran

Ada beberapa saran yang dapat penulis berikan kepada pihak RS Tugu Ibu sehubungan dengan pemanfaatan fasilitas perinatologi berdasarkan hasil penelitian ini.

- a. Menetapkan kriteria tertentu bagi pasien perinatologi. Kriteria ini dibuat dengan mempertimbangkan antara lain kondisi bayi (penyakit atau penyulit yang menyertai) dan perlu tidaknya perawatan serta pemakaian alat khusus perinatologi. Sehingga pemanfaatan alat-alat kesehatan yang ada di unit perinatologi akan meningkat.
- b. Mengembangkan unit perinatologi menjadi NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*), untuk itu perlu dibuat kajian secara khusus terlebih dahulu yang melibatkan jajaran manajemen RS Tugu Ibu.

Daftar Pustaka

- Aminullah, asril. *Asfiksia neonatorum*. Ilmu kebidanan. Yayasan bina pustaka sarwono prawirohardjo. Jakarta. 1999.
- Andersen. ronald. et al. *Equity in health services*. Ballinger publishing co. Cambridge. Massachusetts. 1975.
- Departemen kesehatan RI. *Sistem kesehatan nasional*. Depkes RI. Jakarta. 2004.
- . *Indikator pelayanan rumah sakit*. Dirjen pelayanan medik. Depkes RI. Jakarta. 1997.
- . *Penatalaksanaan bayi baru lahir dengan asfiksia. Asuhan persalinan normal*. Depkes RI. Jakarta. 2007
- Donabedian. avedis. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Volume 1. Health administration press. Ann arbor Michigan. 1972.
- Denver, alan g.e. *Epidemiology in health service management*. Aspen publisher inc. Maryland. 1984.
- Feldstein, paul j. *Health care economic*. 4th edition. Delmar publisher inc. Albany. New york. 1993.
- Gani, ascobat. *Demand for health services in rural areas of karang anyar regency central java Indonesia*. Thesis for doctor of public health. John Hopkins university. Baltimore. Maryland. 1981.
- Hastono, sutanto p. *Analisis data kesehatan*. Basic data analysis for health research training. FKMUI. Depok. 2007.
- IDAI (ukk perinatologi), maternal neonatal health depkes RI. Editor m. sholeh kosim. *Manajemen pemberian minum dan cairan*. Buku panduan manajemen masalah bayi baru lahir untuk dokter, bidan dan perawat di rumah sakit. Jakarta. 2003.
- Jacobalis, samsi. *Kumpulan tulisan terpilih tentang rumah sakit Indonesia dalam dinamika sejarah, transformasi, globalisasi dan krisis nasional*. Ikatan dokter Indonesia. Jakarta. 2001.
- Johnston, peter g.b. et al. *Intensive neonatal care*. The newborn child. 9th edition. Elsevier science ltd. Philadelphia. 2003.
- Henrickse, r. g . *Neonatology in developing countries: an overview with special reference to neonatal tetanus*. Paediatrics in the tropics. Oxford university press. New york. 1981.

Kliegman, robert m. *Janin dan bayi neonatus*. Ilmu kesehatan anak nelson. Edisi 15. EGC. Jakarta. 1999.

Kotler, phillip & bloom, paul. *Marketing professional services*. Prentice hall inc. New jersey. 1984.

Lawn, joy e. et al. *4 million neonatal deaths: when? where? why?* The lancet neonatal survival steering team. Elsevier science. New york. 2005

Lemmons, j.a. et al (2001). *Very low birth weight outcomes of the national institute of child health and human development neonatal research network january 1995 through december 1996*. Dari <http://id.wikipedia.org>. Diunduh tanggal 22 mei 2008.

Levene, malcolm i. et al. *Definition and terminology*. Essential of neonatal medicine. Third edition. Blackwell science. London. 2000.

MacStravic, robin. *Determining health needs*. Health administration press. The university of Michigan. 1978.

Monintja, hans e. *Neonatus dan homeostatis*. Kegawatan perinatal. Balai penerbit FKUI. Jakarta. 1987.

-----, *Asfiksia perinatal*. Beberapa masalah perawatan intensif neonatus. Balai penerbit FKUI. Jakarta. 1997.

Navarro et al. *A stochastic and deterministic model of medical care utilization*. John Hopkins press. Baltimore. Maryland. 1970.

Nazir, moh. *Beberapa tehnik sampling*. Metode penelitian. Penerbit ghalia indonesia. Bogor. 2005.

Notoatmodjo, soekidjo. *Perilaku pencarian pelayanan kesehatan*. Promosi kesehatan dan perilaku. Rineka cipta. Jakarta. 2007.

Porter, meredith l. & dennis, beth l. *Management of hyperbilirubinemia in healthy term newborns*. American family physician. Volume 65. No. 4. February 15, 2002. www.aafp.org/afp. Diunduh tanggal 14 Juni 2008.

Pusponegoro, titut s. *Tatalaksana neonatus di luar rumah sakit oleh bidan dan penggunaan algoritme pada manajemen neonatus sakit*. The use of appropriate technology for reduction of maternal and perinatal mortality and morbidity. The vi national congress of the perinasia and international symposium. Manado. 1997.

Riduwan. *Instrumen penelitian*. Skala pengukuran dan variabel- variabel penelitian. Alfabeta. Bandung. 2008.

Sholeh, kosim m. *Penanganan awal dan rujukan bayi dengan kegawatan perinatal*. Naskah lengkap simposium perinatologi iii. Jakarta. 1994.

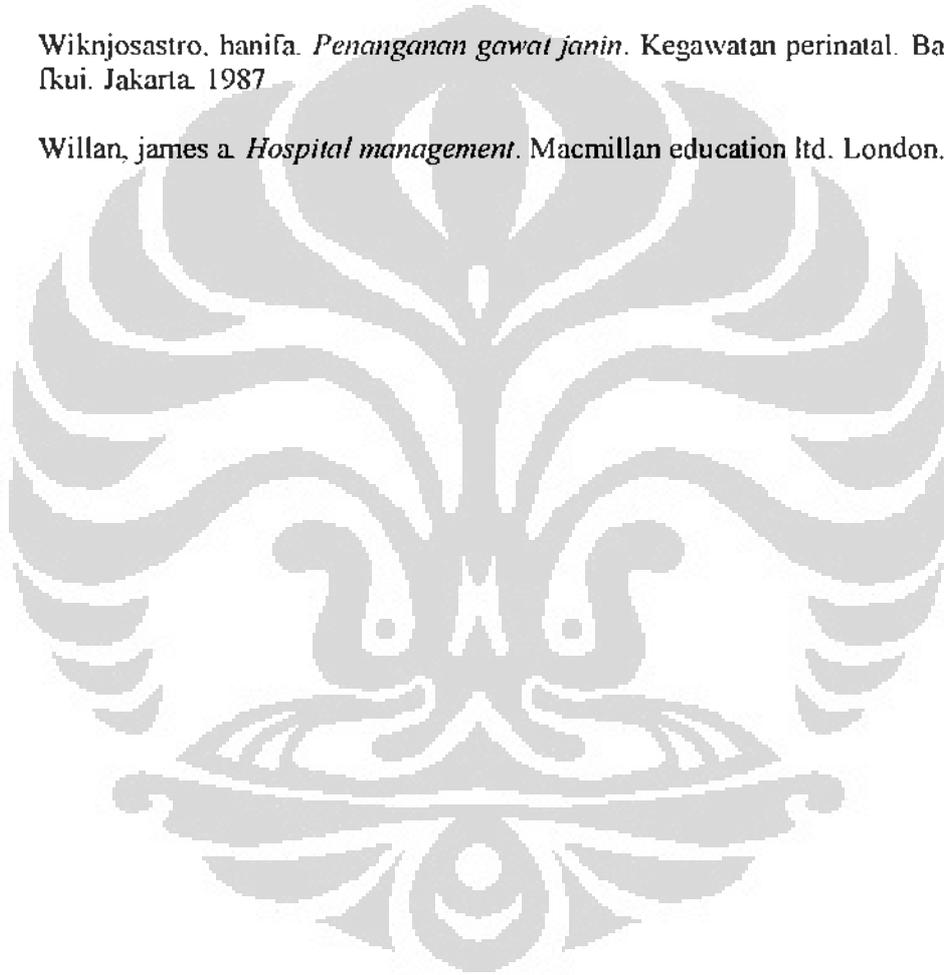
Silalahi, bennet. *Prinsip-prinsip manajemen rumah sakit*. LPMI. Jakarta. 1989.

Speirs al. *Bayi baru lahir*. Ilmu kesehatan anak untuk perawat. IKIP semarang press. Semarang. 1992.

Thabrany, hasbullah (editor). *Pendanaan kesehatan dan alternatif mobilisasi dana kesehatan di indonesia*. PT rajagrafindo persada. Jakarta. 2005.

Wiknjosastro, hanifa. *Penanganan gawat janin*. Kegawatan perinatal. Balai penerbit fku. Jakarta. 1987.

Willan, james a. *Hospital management*. Macmillan education ltd. London. 1990.



LAMPIRAN



ANALISIS UNIVARIAT

Frequencies

Umur bayi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Neonatal	93	96,9	96,9	96,9
	Perinatal	3	3,1	3,1	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Jenis kelamin bayi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki- laki	49	51,0	51,0	51,0
	Perempuan	47	49,0	49,0	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

BB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BBLR	24	25,0	25,0	25,0
	Non BBLR	72	75,0	75,0	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Domisili

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Luar Depok	29	30,2	30,2	30,2
	Depok	67	69,8	69,8	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Cara masuk ke perna

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Luar RSTI	9	9,4	9,4	9,4
	RSTI	87	90,6	90,6	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Lama hr rwt 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<= 1 hari	58	60,4	60,4	60,4
	> 1 hari	38	39,6	39,6	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

TLANJUT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KRS	26	27,1	27,1	27,1
	Rooming in	70	72,9	72,9	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Jenis pembiayaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Umum	55	57,3	57,3	57,3
	Asuransi	41	42,7	42,7	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Pemanfaatan fasilitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	72	75,0	75,0	75,0
	Ya	24	25,0	25,0	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

ANALISIS BIVARIAT

Umur bayi * Pemanfaatan fasilitas Crosstabulation

			Pemanfaatan fasilitas		Total
			Tidak	Ya	
Umur bayi	Neonatal	Count	72	21	93
		% within Umur bayi	77,4%	22,6%	100,0%
	Perinatal	Count	0	3	3
		% within Umur bayi	,0%	100,0%	100,0%
Total	Count	72	24	96	
	% within Umur bayi	75,0%	25,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,290 ^b	1	,002		
Continuity Correction ^a	5,620	1	,018		
Likelihood Ratio	8,615	1	,003		
Fisher's Exact Test				,014	,014
Linear-by-Linear Association	9,194	1	,002		
N of Valid Cases	96				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,75.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Ya	,226	,155	,329
N of Valid Cases	96		

Jenis kelamin bayi * Pemanfaatan fasilitas Crosstabulation

			Pemanfaatan fasilitas		Total
			Tidak	Ya	
Jenis kelamin bayi	Laki-laki	Count	36	13	49
		% within Jenis kelamin bayi	73,5%	26,5%	100,0%
	Perempuan	Count	36	11	47
		% within Jenis kelamin bayi	76,6%	23,4%	100,0%
Total		Count	72	24	96
		% within Jenis kelamin bayi	75,0%	25,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.125 ^b	1	.724		
Continuity Correction ^a	.014	1	.906		
Likelihood Ratio	.125	1	.723		
Fisher's Exact Test				.815	.454
Linear-by-Linear Association	.124	1	.725		
N of Valid Cases	96				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,75.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis kelamin bayi (Laki-laki / Perempuan)	.846	.335	2,137
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Tidak	.959	.761	1,208
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Ya	1,134	.565	2,274
N of Valid Cases	96		

BB * Pemanfaatan fasilitas Crosstabulation

			Pemanfaatan fasilitas		Total
			Tidak	Ya	
BB	BBLR	Count	9	15	24
		% within BB	37,5%	62,5%	100,0%
	Non BBLR	Count	63	9	72
		% within BB	87,5%	12,5%	100,0%
Total		Count	72	24	96
		% within BB	75,0%	25,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	24,000 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	21,407	1	,000		
Likelihood Ratio	21,958	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	23,750	1	,000		
N of Valid Cases	96				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for BB (BBLR / Non BBLR)	,086	,029	,253
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Tidak	,429	,254	,724
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Ya	5,000	2,520	9,921
N of Valid Cases	96		

Domisili * Pemanfaatan fasilitas Crosstabulation

			Pemanfaatan fasilitas		Total
			Tidak	Ya	
Domisili	Luar Depok	Count	25	4	29
		% within Domisili	86,2%	13,8%	100,0%
	Depok	Count	47	20	67
		% within Domisili	70,1%	29,9%	100,0%
Total		Count	72	24	96
		% within Domisili	75,0%	25,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,783 ^b	1	,095		
Continuity Correction ^a	1,993	1	,158		
Likelihood Ratio	3,014	1	,083		
Fisher's Exact Test				,126	,076
Linear-by-Linear Association	2,754	1	,097		
N of Valid Cases	96				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,25.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Domisili (Luar Depok / Depok)	2,660	,819	8,638
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Tidak	1,229	,993	1,521
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Ya	,462	,173	1,233
N of Valid Cases	96		

Cara masuk ke perina * Pemanfaatan fasilitas Crosstabulation

			Pemanfaatan fasilitas		Total
			Tidak	Ya	
Cara masuk ke perina	Luar RSTI	Count % within Cara masuk ke perina	2 22,2%	7 77,8%	9 100,0%
	RSTI	Count % within Cara masuk ke perina	70 80,5%	17 19,5%	87 100,0%
Total		Count % within Cara masuk ke perina	72 75,0%	24 25,0%	96 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14,754 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	11,811	1	,001		
Likelihood Ratio	12,484	1	,000		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	14,600	1	,000		
N of Valid Cases	96				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,25.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Cara masuk ke perina (Luar RSTI / RSTI)	,069	,013	,364
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Tidak	,276	,081	,942
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Ya	3,980	2,294	6,907
N of Valid Cases	96		

Lama hr rwt 1 * Pemanfaatan fasilitas Crosstabulation

			Pemanfaatan fasilitas		Total
			Tidak	Ya	
Lama hr rwt 1	<= 1 hari	Count	54	4	58
		% within Lama hr rwt 1	93,1%	6,9%	100,0%
	> 1 hari	Count	18	20	38
		% within Lama hr rwt 1	47,4%	52,6%	100,0%
Total		Count	72	24	96
		% within Lama hr rwt 1	75,0%	25,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	25,612 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	23,230	1	,000		
Likelihood Ratio	26,284	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	25,345	1	,000		
N of Valid Cases	96				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Lama hr rwt 1 (<= 1 hari / > 1 hari)	15,000	4,524	49,739
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Tidak	1,966	1,396	2,768
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Ya	,131	,049	,354
N of Valid Cases	96		

TLANJUT * Pemanfaatan fasilitas Crosstabulation

			Pemanfaatan fasilitas		Total
			Tidak	Ya	
TLANJUT	KRS	Count	4	22	26
		% within TLANJUT	15,4%	84,6%	100,0%
	Rooming in	Count	68	2	70
		% within TLANJUT	97,1%	2,9%	100,0%
Total		Count	72	24	96
		% within TLANJUT	75,0%	25,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	67,587 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	63,297	1	,000		
Likelihood Ratio	67,480	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	66,883	1	,000		
N of Valid Cases	96				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TLANJUT (KRS / Rooming in)	,005	,001	,031
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Tidak	,158	,064	,390
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Ya	29,615	7,482	117,220
N of Valid Cases	96		

Jenis pembiayaan * Pemanfaatan fasilitas Crosstabulation

			Pemanfaatan fasilitas		Total
			Tidak	Ya	
Jenis pembiayaan	Umum	Count	41	14	55
		% within Jenis pembiayaan	74.5%	25.5%	100.0%
	Asuransi	Count	31	10	41
		% within Jenis pembiayaan	75.6%	24.4%	100.0%
Total		Count	72	24	96
		% within Jenis pembiayaan	75.0%	25.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.014 ^b	1	.905		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.014	1	.905		
Fisher's Exact Test				1.000	.550
Linear-by-Linear Association	.014	1	.906		
N of Valid Cases	96				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.25.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis pembiayaan (Umum / Asuransi)	.945	.370	2.409
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Tidak	.986	.781	1.244
For cohort Pemanfaatan fasilitas = Ya	1.044	.516	2.109
N of Valid Cases	96		

ANALISIS MULTIVARIAT

Seleksi Bivariat

Variabel UMUR

Block 1: Method = Enter

		Chi-square	df	Sig.
→ Step 1	Step	8,615	1	,003
	Block	8,615	1	,003
	Model	8,615	1	,003

Variabel JENIS KELAMIN

Block 1: Method = Enter

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	,125	1	,723
	Block	,125	1	,723
	Model	,125	1	,723

Variabel BERAT BADAN

Block 1: Method = Enter

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	21,958	1	,000
	Block	21,958	1	,000
	Model	21,958	1	,000

Variabel TEMPAT TINGGAL

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	3,014	1	,083
	Block	3,014	1	,083
	Model	3,014	1	,083

Variabel RIWAYAT ASAL

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	12,484	1	,000
	Block	12,484	1	,000
	Model	12,484	1	,000

Variabel LAMA HARI RAWAT

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	26,284	1	,000
	Block	26,284	1	,000
	Model	26,284	1	,000

Variabel TINDAK LANJUT

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	67,480	1	,000
	Block	67,480	1	,000
	Model	67,480	1	,000

Variabel JENIS PEMBIAYAAN

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	.014	1	.905
Block	.014	1	.905
Model	.014	1	.905

PEMODELAN MULTIVARIAT

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	UMUR	18,641	20138,865	,000	1	,999	1E+008	,000	.
	BB	-1,950	1,032	3,571	1	,059	,142	,019	1,075
	ALAMAT	,528	1,057	,249	1	,617	1,696	,214	13,465
	ASAL	-2,261	2,465	,841	1	,359	,104	,001	13,074
	HRawat1	1,987	1,092	3,311	1	,069	7,292	,858	61,983
	TLANJUT	-4,245	1,003	17,895	1	,000	,014	,002	,102
	Constant	2,905	2,563	1,285	1	,257	18,267		

a. Variable(s) entered on step 1: UMUR, BB, ALAMAT, ASAL, HRawat1, TLANJUT.

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	BB	-1,901	1,033	3,390	1	,066	,149	,020	1,131
	ALAMAT	,620	1,080	,341	1	,559	1,858	,232	14,850
	ASAL	-2,309	2,451	,887	1	,346	,099	,001	12,121
	HRawat1	2,052	1,094	3,514	1	,061	7,780	,911	66,460
	TLANJUT	-4,333	1,002	18,708	1	,000	,013	,002	,094
	Constant	2,897	2,542	1,298	1	,254	18,115		

a. Variable(s) entered on step 1: BB, ALAMAT, ASAL, HRawat1, TLANJUT.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	BB	-1,933	1,021	3,585	1	,059	,145	,020	1,070
	ASAL	-2,206	2,428	825	1	,364	,110	,001	12,837
	HRawat1	2,058	1,089	3,673	1	,059	7,834	,927	66,223
	TLANJUT	-4,296	,986	18,985	1	,000	,014	,002	,094
	Constant	3,241	2,494	1,688	1	,194	25,557		

a. Variable(s) entered on step 1: BB, ASAL, HRawat1, TLANJUT.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	BB	-2,036	1,010	4,061	1	,044	,131	,018	,945
	HRawat1	1,946	1,065	3,341	1	,068	7,001	,869	56,414
	TLANJUT	-4,502	,998	20,347	1	,000	,011	,002	,078
	ALAMAT	,536	1,037	,267	1	,605	1,709	,224	13,042
	Constant	1,013	1,187	,729	1	,393	2,754		

a. Variable(s) entered on step 1: BB, HRawat1, TLANJUT, ALAMAT.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	BB	-1,593	1,014	2,469	1	,116	,203	,028	1,483
	TLANJUT	-4,809	,947	25,784	1	,000	,008	,001	,052
	ALAMAT	,649	1,054	,379	1	,538	1,913	,243	15,093
	ASAL	-1,673	1,877	,794	1	,373	,188	,005	7,438
	Constant	3,604	2,181	2,732	1	,098	36,758		

a. Variable(s) entered on step 1: BB, TLANJUT, ALAMAT, ASAL.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	TLANJUT	-4,530	,949	22,802	1	,000	,011	,002	,069
	ALAMAT	,801	1,062	,570	1	,450	2,229	,278	17,861
	ASAL	-2,267	1,770	1,641	1	,200	,104	,003	3,325
	HRawat1	1,608	,962	2,790	1	,095	4,991	,757	32,922
	Constant	1,911	1,786	1,144	1	,285	6,759		

a. Variable(s) entered on step 1: TLANJUT, ALAMAT, ASAL, HRawat1.

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			Pemanfaatan fasilitas		Percentage Correct
			Tidak	Ya	
Step 1	Pemanfaatan fasilitas	Tidak Ya	69 2	3 22	95,8 91,7
Overall Percentage					94,8

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step	Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	TLANJUT	-4,333	1,002	18,708	1	,000	,013	,002	,094
	ALAMAT	,620	1,060	,341	1	,559	1,858	,232	14,850
	ASAL	-2,309	2,451	,887	1	,345	,099	,001	12,121
	HRawat1	2,052	1,094	3,514	1	,061	7,780	,911	65,460
	BB	-1,901	1,033	3,390	1	,066	,149	,020	1,131
	Constant	2,897	2,542	1,298	1	,254	18,115		

a. Variable(s) entered on step 1: TLANJUT, ALAMAT, ASAL, HRawat1, BB.

STRUKTUR ORGANISASIRS TUGU IBU

