

## PERENCANAAN KAPASITAS DALAM UPAYA PENURUNAN *NET DEATH RATE* DI RUANG NEONATUS

### CAPACITY PLANNING AS AN EFFORT TO DECREASE *NET DEATH RATE* IN NEONATAL ROOM

Afidah Andani, Thinni Nurul Rochmah  
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga  
E-mail: afidah.andani@yahoo.com

#### ABSTRACT

*The number of neonatal underweight's birth is increasing. One of the aim that want to achieved by Indonesian Health Ministry on 2014 is decreasing neonatal death to 24 of 1000 life birth. The aim of this study was forming capacity planning to decrease net death rate and the number of neonatal underweight's death. The study was observational and crosssectional design with qualitative approach. Unit analysis of this study was neonatal unit in RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo at Mojokerto, East Java. The informant were the decision maker in neonatal room include nurses who knew all information in neonatal room. Datas about patient, BOR, ALOS, TOI, NDR and GDR were got from registration book while datas about the number of employee, employee education and trainings were got from employee and training department. Demand estimated in neonatal room on 2014 is 1.293 and 1.627 patients on 2015. Quantity and quality of health staff, the width of neonatal room, capacity, and medical instruments, except the number of beds weren't appropriate with Indoneasian Health Ministry standard. Recommendation of this capacity planning may add to the hospital Plan of Action on 2015 to decrease the number of net death rate and neonatal underweight's death.*

**Keywords:** Capacity Planning, Neonatal, Net Death Rate

#### PENDAHULUAN

Menurut Kementerian Kesehatan (2012), pencapaian derajat kesehatan salah satunya ditandai dengan menurunnya Angka Kematian Bayi (AKB). Salah satu sasaran yang ingin dicapai pada tahun 2014 adalah menurunnya kematian neonatus menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup. Faktanya, di Indonesia masih banyak ditemukan kematian neonatus seperti di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto yaitu sebesar 43 kematian per 1000 pasien yang keluar dari rumah sakit dalam waktu <48 jam (NDR = 43,35 ‰ melebihi standar Menkes yaitu <25‰).

NDR (*Net Death Rate*) merupakan indikator mutu pelayanan yang penting karena berhubungan dengan kemampuan rumah sakit dalam menyelamatkan jiwa pasien yang ditanganinya. Jika NDR pada sebuah rumah sakit cenderung meningkat, maka kemungkinan terjadi penurunan *performance* dalam rumah sakit tersebut. Penyebab tingginya kematian neonatus tersebut diantaranya

adalah sebagian rakyat Indonesia kesulitan akses menuju sarana pelayanan kesehatan terutama ibu hamil, neonatus baru lahir, neonatus dan anak balita (Kementerian Kesehatan, 2012).

Pasien neonatus BBLR di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto yang meninggal dari tahun 2012-2013 mengalami kenaikan sebesar 1,45 ‰. Belum baiknya sistem perencanaan kapasitas di rumah sakit mengakibatkan rumah sakit belum sepenuhnya dapat merespon dengan baik seluruh pasien yang masuk sehingga terjadi peningkatan kematian pasien neonatus BBLR. Belum baiknya perencanaan kapasitas tersebut karena masih ditemukannya keterbatasan peralatan medis, jumlah tempat tidur, kapasitas ruang perawatan dan jumlah serta kualitas SDM yang belum memadai.

Berdasarkan penelitian sebelumnya tentang angka NDR oleh Aloysius (2006), penyebab tingginya angka NDR adalah faktor manajemen. Penelitian ini akan akan membuktikan bahwa tingginya angka NDR tidak hanya disebabkan oleh

faktor manajemen tetapi juga disebabkan oleh perencanaan kapasitas yang belum memadai.

Tujuan penelitian ini adalah menyusun *capacity planning* dalam upaya penurunan angka NDR (*Net Death Rate*) dan angka kematian neonatus BBLR di Ruang Neonatus RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto.

## PUSTAKA

Pelayanan kesehatan neonatal di Indonesia saat ini masih terdapat 45 % kematian bayi pada bayi dengan usia kurang dari 1 bulan terutama pada neonatus dengan risiko tinggi (Widjono, 2008). Jumlah pasien neonatus risiko tinggi akan selalu ada dan bertambah setiap tahun walaupun sudah dilakukan kegiatan untuk meminimalkan bahkan memberantasnya. Hal ini disebabkan karena fenomena seperti ini merupakan fenomena multifaktoral sehingga untuk memberantasnya diperlukan kerjasama multisektoral. Jika pemberantasannya tidak dilakukan secara serentak, dari lini dasar yaitu masalah Infrastruktur (ekonomi dan politik) sampai lini teratas yaitu masalah kesehatan ibu, status gizi, dan keseharan anak (Widjono, 2008), maka kasus kematian neonatus akan tetap ditemukan.

Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. Periode perinatal dimulai pada usia kehamilan 28 minggu hingga bayi baru lahir 0-7 hari (Kepmenkes RI, 2008). Menurut Marmi & Rahardjo (2012), neonatus risiko tinggi adalah bayi baru lahir dengan risiko tinggi dengan berat badan lahir (BBL) dari kehamilan risiko tinggi, BBL dengan BB <2500 gram dan atau >4000 gram, BBL dengan usia kehamilan <37

minggu dan atau >42 minggu, BBL yang BB lahir kurang dari BB menurut usia kehamilan, Nilai APGAR <7, BBL dengan infeksi intrapartum, trauma lahir, atau kelainan kongenital, dan BBL dari keluarga problem sosial.

*Demands* adalah *wants* untuk produk tertentu yang didukung dengan kemauan dan kemampuan untuk membayar harganya (Gunawan, 2010). *Felt need* masyarakat akan pelayanan kesehatan adalah kebutuhan akan pengobatan, namun tidak semua *felt need* ini dapat menjadi *demand* atau *expressed need* karena kurangnya informasi, tidak adanya akses ke pelayanan kesehatan, keterbatasan biaya, dan lain-lain (Supriyanto & Damayanti, 2007). Oleh karena itu, pemberi pelayanan kesehatan dalam merespon *demand*, dapat memenuhi *demand* yang ada namun pada kondisi tertentu pemberi pelayanan kesehatan tidak dapat memenuhi *demand* yang masuk. Kondisi ini menurut Coles & Porter (2008) dikenal dengan kondisi *met* dan *unmet demand*. *Met demand* adalah pengukuran penggunaan sumber daya rumah sakit misalnya jumlah kunjungan dan jumlah TT yang digunakan. *Unmet demand* adalah perhitungan pasien yang masuk dalam daftar tunggu (*waiting list*) untuk mendapatkan pelayanan dari rumah sakit.

Dalam prakteknya, akan selalu ditemui *met* dan *unmeet demand*, oleh karena itu perhitungan tentang *demand* harus diperhatikan. Terdapat 3 situasi yang harus diperhatikan oleh pemberi pelayanan kesehatan dalam merespon *demand* yaitu keadaan dimana masyarakat tidak menyadari kebutuhannya akan pelayanan kesehatan sehingga pada akhirnya tidak dapat berubah menjadi

permintaan, masyarakat memahami kebutuhannya akan pelayanan kesehatan tetapi tidak sampai terealisasi sehingga tidak berubah menjadi permintaan yang kemungkinan disebabkan karena masalah ekonomi, kurangnya pengetahuan, dan sebagainya, dan masyarakat memiliki permintaan akan pelayanan kesehatan tetapi tidak membutuhkannya

Pemberi pelayanan kesehatan harus teliti dalam menghadapi fenomena ini mengingat untuk merubah sebuah keinginan menjadi permintaan itu berkaitan dengan banyak faktor. Menurut Coles & Porter (2008), *demand* pasien bisa disebabkan oleh 2 hal yaitu pasien datang sendiri ke rumah sakit atau pasien datang ke rumah sakit karena dirujuk dari fasilitas kesehatan sebelumnya (pihak lain). Dengan demikian, *demand* di ruang neonatus adalah semua pasien yang datang baik datang sendiri ke rumah sakit maupun dirujuk dari fasilitas kesehatan sebelumnya.

*Supply* adalah jenis dan jumlah pelayanan yang harus disediakan untuk memenuhi kebutuhan dan *demand*. *Supply* meliputi sumber daya yang diperlukan untuk merawat pasien meliputi sumber daya manusia, tempat tidur, alat medis, ruangan, fasilitas umum, transit, keamanan, obat-obatan (Lubyansky, 2005). *Supply* dalam penelitian ini adalah *supply* SDM dan *supply* non SDM. *Supply* SDM meliputi latar belakang pendidikan; pelatihan yang diikuti; jumlah dokter spesialis anak, perawat, dan bidan; dan kebutuhan dokter spesialis anak, perawat, dan bidan. *Supply* non SDM meliputi ruang perawatan, jumlah tempat tidur, dan alat medis.

Kapasitas adalah hasil maksimum suatu sistem di dalam suatu periode tertentu. Ukuran kapasitas adalah banyaknya satuan maksimum yang dapat dihasilkan pada waktu tertentu dengan ukuran, skala, dan konfigurasi dari transformasi input tertentu (Reksohadiprojo, 2003). Sebagian besar organisasi membuat fasilitas yang dimilikinya tetap dibawah standar dari kapasitas desain yang sesungguhnya. Hal ini dilakukan agar sumber daya organisasi menjadi lebih efisien ketika sumber daya mereka berada tidak pada batas limit yaitu sekitar 82 % dari kapasitas desain yang sesungguhnya (Heizer & Render, 2004). Hal ini yang membuat berapapun jumlah kapasitas yang dimiliki oleh sebuah organisasi akan selalu kurang walaupun sudah dilakukan kegiatan perencanaan kapasitas sebelumnya.

Organisasi pelayanan kesehatan adalah organisasi yang padat karya dan modal. Pasien yang masuk setiap tahun akan cenderung bertambah. Perencanaan sumber daya di rumah sakit juga sudah ditingkatkan agar dapat melayani seluruh pasien yang diperkirakan akan masuk. Jika perencanaan kapasitas yang sudah dilakukan oleh rumah sakit namun tidak digunakan semua (hanya sekitar 82 % yang digunakan) maka tetap saja tidak akan bisa cukup untuk merespon seluruh pasien yang diperkirakan akan masuk. Hal ini yang menjadi penyebab kekurangan kapasitas yang selalu dialami oleh sebagian besar rumah sakit walaupun sudah dibuat perencanaan kapasitas (*capacity planning*) yang matang dan sesuai kebutuhan serta jumlah kapasitas sudah dlebihkan sebagai antisipasi jika ada lonjakan pasien.

Dalam membuat perencanaan kapasitas (*capacity planning*) yang baik, diperlukan strategi kapasitas yang tepat. Strategi kapasitas dapat dilakukan melalui peningkatan kapasitas (*increase capacity*), kapasitas bebas (*de-bottleneck*), pengurangan permintaan (*reduce demand*), dan peralihan kapasitas (*transfer capacity*). Peningkatan kapasitas dilakukan dengan cara menambah jumlah sumber daya organisasi seperti menambah peralatan medis dan *bed*, merekrut karyawan, atau meningkatkan kapasitas ruangan. Jika organisasi memutuskan untuk meningkatkan kapasitas, maka organisasi harus memiliki modal yang besar serta harus yakin bahwa dengan peningkatan kapasitas bisa menghasilkan manfaat yang lebih besar dibandingkan biaya yang diinvestasikan untuk penambahan kapasitas tersebut.

Kapasitas bebas (*de-bottleneck*) merupakan strategi yang berpusat pada hambatan yang dihadapi atau akan dihadapi oleh organisasi di waktu yang akan datang. Hambatan ini dianalogikan dengan sebuah botol dimana pada leher botol adalah tempat hambatan itu berada. Air tidak bisa menuju ke bagian bawah botol karena sisi leher botol yang sempit. Oleh karena itu, untuk mengatasinya, leher botol harus diperlebar agar aliran air menuju bagian bawah botol lancar. Hambatan atau kendala dalam organisasi seperti sistem, terkadang dianggap sebagai sisi *bottleneck*. Misalnya saja sistem rujukan pasien neonatus dari bidan desa ke rumah sakit, sistem rujukan tersebut harus dibuat dengan jelas dan benar untuk menghindari penumpukan pasien di ruang neonatus.

Pengurangan permintaan (*reduce demand*) dilakukan jika sebuah rumah sakit memiliki terlalu banyak pasien sampai harus dibuatkan *waiting list*. Oleh karena itu, jika memungkinkan dan jika dianggap lebih menguntungkan, maka rumah sakit dapat mengambil kebijakan dengan merujuk pasien ke rumah sakit lain.

Peralihan kapasitas (*transfer capacity*) dilakukan ketika ada ketidakseimbangan hunian dalam sebuah ruangan di rumah sakit. Terkadang ada ruangan yang tingkat huniannya rendah dan sebaliknya ada ruangan yang tingkat huniannya tinggi sehingga kekurangan sumber daya.

Ketepatan perencanaan kapasitas bergantung pada ketepatan peramalan. Peramalan digunakan untuk membuat perkiraan tentang kebutuhan kapasitas sesuai dengan produk yang ditawarkan. Peramalan merupakan satu-satunya prediksi atas permintaan hingga permintaan yang sebenarnya diketahui. Salah satu metode peramalan yang dapat digunakan adalah dengan peramalan secara informal (metode persentase pertumbuhan) (Meredith & Shafer, 2011).

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan rancangan studi observasional dengan pendekatan kualitatif dan merupakan penelitian *cross sectional*. Unit analisis pada penelitian ini adalah unit neonatus. Informan dalam penelitian ini adalah pengambil keputusan di ruang neonatus termasuk perawat yang mengetahui seluruh informasi di Ruang Neonatus RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto. Selebihnya data didapatkan dari data sekunder yang ada di ruang neonatus seperti data tentang jumlah

kunjungan, jumlah tempat tidur, BOR, ALOS, TOI, NDR, dan GDR. Data dari bagian kepegawaian yaitu data tentang latar belakang pendidikan pegawai di ruang neonatus serta data dari bagian diklat meliputi data tentang pelatihan yang telah diikuti oleh pegawai di ruang neonatus. Waktu pengumpulan data sejak Oktober 2013 sampai Agustus 2014 kemudian ditindaklanjuti dengan penyusunan *capacity planning* untuk ruang neonatus.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

*Demand* pasien bisa disebabkan oleh 2 hal yaitu pasien datang sendiri ke rumah sakit atau pasien datang karena dirujuk dari fasilitas kesehatan sebelumnya (pihak lain) (Coles & Porter, 2008). Jumlah neonatus risiko tinggi (*demand*) dalam penelitian ini seluruh pasien yang masuk ke ruang neonatus baik pasien yang datang sendiri ke rumah sakit maupun pasien rujukan dari fasilitas kesehatan sebelumnya (rumah sakit lain, puskesmas, bidan, maupun dokter). Jumlah pasien (*demand*) yang masuk di Ruang Neonatus RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto pada tahun 2012 sebanyak 816 pasien dan sebanyak 1.027 pasien pada tahun 2013. Jumlah pasien ini kemudian digunakan sebagai data awal dalam membuat peramalan tentang jumlah pasien yang diperkirakan akan masuk di ruang neonatus pada tahun 2014 dan 2015.

Peramalan merupakan satu-satunya prediksi atas permintaan hingga permintaan yang sebenarnya diketahui (Meredith & Shafer 2011). Estimasi jumlah pasien yang masuk di ruang neonatus pada tahun 2014 adalah 1.293 pasien dan pada tahun 2015 sebanyak 1.627 pasien. Estimasi

10 penyakit terbanyak yang akan masuk di ruang neonatus pada tahun 2014-2015 antara lain: risiko infeksi, asfiksia sedang, BBLR, asfiksia berat, hiperbilirubin, *ichterus neonatorum*, anemi, sepsis, dehidrasi, dan obstruksi febris. Jenis dan jumlah estimasi 10 penyakit terbanyak ini jenisnya tidak jauh berbeda dengan tahun sebelumnya.

SDM dalam organisasi merupakan "*Human Capital*" karena memberikan kontribusi terhadap suatu keberhasilan, seringkali juga disebut sebagai "*Intellectual Capital*" karena kemampuannya memberikan berbagai ide cemerlang dalam mengembangkan perusahaan dan dapat memberikan respon yang cerdas terhadap tuntutan pasien (Syafaruddin 2001).

Perhitungan tentang kebutuhan jumlah tempat tidur ideal menggunakan simulasi BOR 85 % didapatkan 13 tempat tidur untuk tahun 2014 dan 16 tempat tidur untuk tahun 2015. Perhitungan tentang kebutuhan tempat tidur ideal ini digunakan untuk menghitung kebutuhan perawat dan bidan. Perhitungan tentang kebutuhan perawat dan bidan adalah 1:1 dengan jumlah tempat tidur (Kepmenkes RI, 2010).

Jumlah perawat di Ruang Neonatus RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto saat ini sebanyak 15 orang sehingga sudah memadai untuk merespon *demand* tahun 2014 karena jumlah kebutuhan tempat tidur ideal untuk tahun 2014 menurut perhitungan dengan BOR 85 % adalah sebanyak 13 tempat tidur. Jumlah perawat yang ada saat ini belum memadai untuk merespon *demand* yang masuk tahun 2015 karena dibutuhkan 16 tempat tidur di tahun 2015 sedangkan jumlah

perawat hanya 15 orang. Dibutuhkan tambahan 1 orang perawat agar jumlah perawat dapat memadai untuk merespon *demand* di tahun 2015.

Jumlah bidan belum memadai untuk merespon *demand* yang masuk tahun 2014-2015 karena jumlah bidan saat ini sebanyak 11 orang belum sesuai dengan jumlah tempat tidur ideal yang dibutuhkan yaitu sebanyak 13 tempat tidur di tahun 2014 dan 16 tempat tidur di tahun 2015. Diperlukan tambahan 2 bidan agar dapat merespon *demand* di tahun 2014 dan tambahan 5 bidan agar dapat merespon *demand* di tahun 2015. Penambahan jumlah perawat dan bidan ini dilakukan secara rasional melalui telaah tim perencanaan rumah sakit dan dilakukan secara bertahap sesuai anggaran yang tersedia.

Jumlah dokter spesialis anak sudah memadai yaitu sebanyak 2 dokter. Dokter spesialis anak tidak perlu terlalu banyak karena dokter lebih diperlukan pemikirannya dalam memberikan diagnosis dan keputusan pemberian perawatan pada pasien daripada tenaganya.

Dalam menilai kompetensi petugas kesehatan di ruang neonatus, bukan hanya aspek kuantitas namun juga harus memperhatikan aspek kualitas. Aspek kualitas perlu dikembangkan mengingat perawatan pasien neonatus BBLR (bayi kecil) tidak mudah sehingga diperlukan keahlian khusus. Peningkatan kualitas petugas kesehatan yang bertugas di ruang neonatus ini dapat dilakukan melalui pendidikan formal, *assessment* (pelatihan), pengalaman jabatan, dan hubungan interpersonal (Syafaruddin 2001). Dalam penelitian ini dilakukan analisis tentang pelatihan yang telah diikuti oleh

petugas kesehatan di ruang neonatus sehingga dapat diketahui kompetensinya. Perawat yang berkompentensi baik dapat membantu dokter dalam memberikan pertolongan pertama dan segera pada pasien neonatus dengan kegawatdaruratan. Di sisi lain, pentingnya upaya pengembangan kualitas yang dilakukan karena upaya pengembangan ini mempunyai ruang lingkup yang lebih luas dalam peningkatan kemampuan, sikap, dan banyak sifat kepribadian (Handoko, 2000).

Data tentang pelatihan yang diikuti oleh dokter spesialis anak, perawat dan bidan yang bertugas di ruang neonatus dapat dilihat pada Tabel 1.

Berdasarkan Tabel 1, dapat diketahui bahwa pelatihan yang diikuti oleh dokter spesialis anak, perawat, dan bidan masih belum memadai baik dari kuantitas maupun kualitasnya. Pelatihan yang diikuti masih belum merata pada seluruh dokter spesialis anak, perawat dan bidan serta pelatihan yang diikuti tidak spesifik pada penanganan kasus neonatus.

Analisis *supply* non SDM dilakukan melalui analisis sarana (ruang perawatan), prasarana (jumlah tempat tidur), dan fasilitas (jumlah peralatan medis). Sarana adalah segala sesuatu benda fisik yang dapat tervisualisasi oleh mata maupun teraba oleh panca indera dan dengan mudah dapat dikenali oleh pasien dan (umumnya) merupakan bagian dari suatu bangunan gedung ataupun bangunan gedung itu sendiri (Kepmenkes RI, 2010). Luas ruang perawatan neonatus di Ruang Neonatus RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto adalah 74,3 m<sup>2</sup> masih belum sesuai standar Menkes RI yaitu dengan asumsi BOR 85 % luas ruang perawatan ideal adalah 201 m<sup>2</sup>.

Prasarana adalah benda maupun jaringan atau instalasi yang membuat suatu sarana yang ada bisa berfungsi sesuai tujuan yang diharapkan (Kepmenkes RI, 2010). Jumlah tempat tidur di Ruang Neonatus RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto saat ini sebanyak 18 tempat tidur sudah melebihi jumlah kebutuhan tempat tidur ideal sebanyak 16 tempat tidur dengan perhitungan menggunakan asumsi BOR 85%. Hal ini sudah baik

karena ketersediaan tempat tidur di lapangan sudah melebihi jumlah kebutuhan tempat tidur ideal menurut perhitungan dengan asumsi BOR 85 % namun jumlah ini masih belum sesuai standar Menkes RI dimana standar ruang neonatus RS tipe B dengan asumsi BOR 85 % seharusnya tersedia 29 tempat tidur dengan luas ruangan 201 m<sup>2</sup>.

Tabel 1 Jenis Pelatihan yang Diikuti oleh Tenaga Kesehatan di Ruang Neonatus RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto Tahun 2010-2013.

Jenis Pelatihan	Tenaga kesehatan	Peserta	Tahun	Keterangan
Kegiatan Audit Maternal Maternal Perinatal	Dokter Sp.A	1	2010	Up-to-date
Pentaloka XXI dengan tema "Akselerasi Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur"	Dokter Sp.A	1	2010	Up-to-date
Pertemuan Penyusunan Pedoman Teknis Penelusuran Kesehatan Ibu dan Anak	Dokter Sp.A	1	2010	Up-to-date
Pelatihan Tata Laksana Gizi Buruk	Dokter Sp.A	1	2011	Up-to-date
Jenis Pelatihan	Tenaga kesehatan	Peserta	Tahun	Keterangan
Pertemuan Persiapan Teknis Medis serta KIPI pada PIN Differi Bayi	Dokter Sp.A	1	2012	Up-to-date
Workshop Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK)	Dokter Sp.A	1	2013	Up-to-date
Kegiatan Audit Maternal Perinatal	Perawat	1	2010	Up-to-date
Pertemuan Penyusunan Pedoman Teknis Penelusuran Kesehatan Ibu dan Anak	Perawat	1	2010	Up-to-date
Pelatihan CI ( <i>Clinical Instructur</i> )	Perawat	1	2010	Up-to-date
Pelatihan Penanganan Penderita HIV/AIDS	Perawat	5	2010	Up-to-date
Pelatihan dan Peningkatan Ketrampilan Petugas dalam Manajemen Laktasi di Kota Mojokerto	Perawat	1	2010	Up-to-date
Pelatihan Peningkatan Kompetensi Deteksi Dini Dampak Rokok Terhadap Kanker	Perawat	1	2010	Up-to-date
Pelatihan/ Sosialisasi Peningkatan Kompetensi Pembacaan ECG Bagi Paramedis	Perawat	1	2010	Up-to-date
Pelatihan Perawat Ahli	Perawat	1	2012	Up-to-date
Seminar Nasional dan <i>Workshop</i> Keperawatan dan Kebidanan Kegawatdaruratan <i>Obstetric Ginekologi Tatalaksana Pertolongan Pertama Persalinan Patologis</i>	Bidan	1	2010	Up-to-date
Pelatihan Kegiatan Pleno AMP (Audit Maternal Perinatal)	Bidan	1	2011	Up-to-date
Pelatihan CTU	Bidan	1	2012	Up-to-date
Pelatihan TOT	Bidan	1	2012	Up-to-date

Sumber: Laporan Seksi Diklat RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto

Fasilitas adalah segala sesuatu hal yang menyangkut sarana, prasarana, maupun alat (baik alat medik maupun alat non medik) yang dibutuhkan oleh rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya bagi pasien (Kepmenkes RI, 2010).

Fasilitas dalam hal ini adalah jenis dan jumlah peralatan medis yang tersedia di ruang neonatus. Peralatan Medis yang ada di Ruang Neonatus RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto saat ini masih belum sesuai dengan standar Menkes

RI. Hal ini karena ada beberapa alat yang belum tersedia padahal alat tersebut menurut Kepmenkes Ri (2008) adalah alat yang minimal harus tersedia. Alat tersebut meliputi monitor pernafasan, monitor tekanan darah, monitor jantung, *pulse oximeters*, *PICC line*, *central line*, dan ventilator.

Analisis tentang *supply* SDM dan non SDM diperlukan agar dapat membuat perencanaan kapasitas (*capacity planning*) yang efektif mengingat *capacity planning* adalah keputusan strategis jangka panjang yang menetapkan keseluruhan tingkat sumber daya yang dimiliki oleh sebuah organisasi (Maria dkk, 2011). Pasien neonatus yang masuk di Ruang Neonatus RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto terus meningkat jumlahnya dari tahun ke tahun. Oleh karena itu pembuatan perencanaan kapasitas (*capacity planning*) penting untuk dilakukan agar semua pasien yang masuk dapat dilayani secara maksimal melalui sumber daya rumah sakit yang memadai.

Penyusunan *capacity planning* ini didasarkan pada keselarasan *demand* dan *supply* yang dilakukan dengan membuat BOR menjadi ideal secara bertahap. Awalnya dibuat simulasi BOR 85 % dalam 2 tahun kemudian dibuat BOR 60 % dalam 2 tahun berikutnya kemudian menambah luas ruangan menjadi minimal 201 m<sup>2</sup> secara bertahap dalam 2 tahun. Setelah itu, dilakukan penambahan luas ruangan menjadi minimal 289 m<sup>2</sup> secara bertahap dalam 2 tahun kemudian dan menambah tempat tidur sebanyak 11 TT sehingga total menjadi 29 TT dengan pertimbangan yang rasional sesuai dengan kondisi ruangan. Setelah itu dilakukan penambahan jumlah dan jenis pelatihan untuk dokter spesialis

anak, perawat, dan bidan yang spesifik untuk penanganan kasus yang ada di ruang neonatus dan menambah jumlah perawat BLUD maupun wiyata sebanyak 1 perawat dan 5 bidan dikonfirmasi berdasarkan hasil telaah dari tim RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto.

Dalam rangka menyesuaikan kondisi di lapangan dengan standar Menkes RI, maka dilakukan upaya penyediaan ruangan yang digunakan sebagai area laktasi minimal seluas 6 m<sup>2</sup> dan ruangan yang digunakan sebagai ruang pencucian inkubator minimal seluas 8 m<sup>2</sup>. Perbaikan format penulisan di buku register dan mendata ulang seluruh peralatan medis di ruang neonatus serta melengkapi peralatan medis yang masih belum tersedia dilakukan untuk mempermudah proses administrasi. Kegiatan ini dilakukan oleh kepala ruang neonatus bersama dengan para staf kemudian berkonsultasi dengan dokter spesialis anak dan pihak manajemen rumah sakit. Selain itu juga dilakukan penataan ulang ruang perawatan agar lebih efisien dalam pemanfaatannya serta menambahkan tugas perawat jaga agar mempertahankan suhu ruangan 24°C – 26°C. Di sisi lain, dilakukan kegiatan pembuatan SOP tentang rujukan neonatus risti melalui sosialisasi dan bekerjasama dengan Dinkes, Puskesmas, RS lain, dan bidan yang ada di Kota Mojokerto. Kegiatan *benchmarking* ke RS lain yang lebih baik dalam penanganan kasus neonatus baik dari segi medis maupun non medis juga dilakukan agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan di Ruang Neonatus RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto. Kegiatan ini dilakukan melalui *study comparative*.

## SIMPULAN

Beberapa hal yang bisa dijadikan acuan untuk proses perkembangan dan perbaikan rumah sakit diantaranya dapat dilakukan dengan memasukkan rekomendasi penyusunan *capacity planning* dari penelitian ini pada lini dasar yaitu lini ruang neonatus sehingga dapat diajukan menjadi salah satu *Plan of Action* rumah sakit dalam tahun anggaran 2015.

Di sisi lain, dilakukan upaya untuk meningkatkan peranan wanita melalui konsensus keluarga sehingga kondisi kandungan dapat terjaga dengan baik selama masa kehamilan untuk menghindari kejadian abortus dan lahir prematur sebagai penyebab kematian bayi terbesar. Pada lini yang lebih tinggi, protap tentang rujukan pasien perlu diperbaiki dengan pertimbangan standar rujukan untuk pasien neonatus risiko tinggi, kebijakan pemerintah daerah, dan pertimbangan keadaan sosial ekonomi masyarakat. Akhirnya, dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan di ruang neonatus, maka Ruang Neonatus RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto dapat mengacu pada Ruang Neonatus RSUD Sidoarjo yang sudah maju dalam hal peralatan medis maupun SDM.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aloysius, A., 2006. Upaya Penurunan *Net Death Rate* Berdasarkan Analisis Faktor Manajemen di Ruang Perinatologi RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. Tesis. Surabaya, Universitas Airlangga.
- Coles, L., & Porter E., 2008. *Public Health Skills: A Practical Guide for Nurses and Public Health Practitioners*. Oxford: Blackwell Publishing, Ltd.
- Gunawan, A., 2010. *Manajemen Pemasaran Analisis untuk Perancangan Strategi Pemasaran*. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Manajemen YKPN.
- Handoko, T.H., 2000. *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: BPFE.
- Heizer, J & Render, B., 2004. *Operations Management Seventh Edition*. New Jersey: Pearson Education., Inc.
- Kementrian Kesehatan RI., 2008. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 604/ Menkes/SK/ VII/ 2008 tentang *Pedoman Pelayanan Maternal Perinatal Pada Rumah Sakit Kelas B, C, dan Kelas D*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementrian Kesehatan RI., 2008. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1051/ Menkes/SK/ VII/ 2008 tentang *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensif Komprehensif (PONEK) 24 jam di Rumah Sakit*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementrian Kesehatan RI., 2010. *Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementrian Kesehatan RI., 2010. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 340/ Menkes/SK/ VIII/ 2010 tentang *Klasifikasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementrian Kesehatan RI., 2012. *Buku Panduan Hari Kesehatan Nasional ke-48: Ibu Selamat, Anak Sehat*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lubyansky, A., 2005. A System Dynamics Model of Health Care Surge Capacity. Paper, Conference Proceedings, The 23<sup>rd</sup> International Conference of The System Dynamics Society, pp. 1-16.
- Maria P., Heni K., Rahmat P., 2011. *Manajemen Operasi*. Yogyakarta: Unit Penerbit dan Percetakan STIM YKPN Yogyakarta.
- Marmi & Rahardjo, K., 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Meredith, J.R. & Shafer S.M., 2011. *Operations Management International Student Version*. New Jersey: John Willey & Sons (Asia) Pte Ltd.
- Reksohadiprodjo, S., 2003. *Manajemen Produksi dan Operasi Edisi 2*. Yogyakarta: Fakultas Ekonomi UGM
- Supriyanto, S., & Damayanti, N. A., 2007. *Perencanaan dan Evaluasi*. Surabaya: Airlangga University Press
- Syafaruddin., 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia, Strategi Keunggulan Kompetitif, Edisi 1*. Yoyakarta: BPFE.
- Widjono, D., 2008. *Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak Prinsip dan Strategi Pendekatan Komunitas*. Surabaya: Duta Prima Airlangga