



UNIVERSITAS INDONESIA

**POLA PERAWATAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)
OLEH IBU DI RUMAH SAKIT DAN DI RUMAH DAN HAL-
HAL YANG MEMPENGARUHI: *STUDY GROUNDED THEORY***

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan**

**BINA MELVIA GIRSANG
0706195296**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

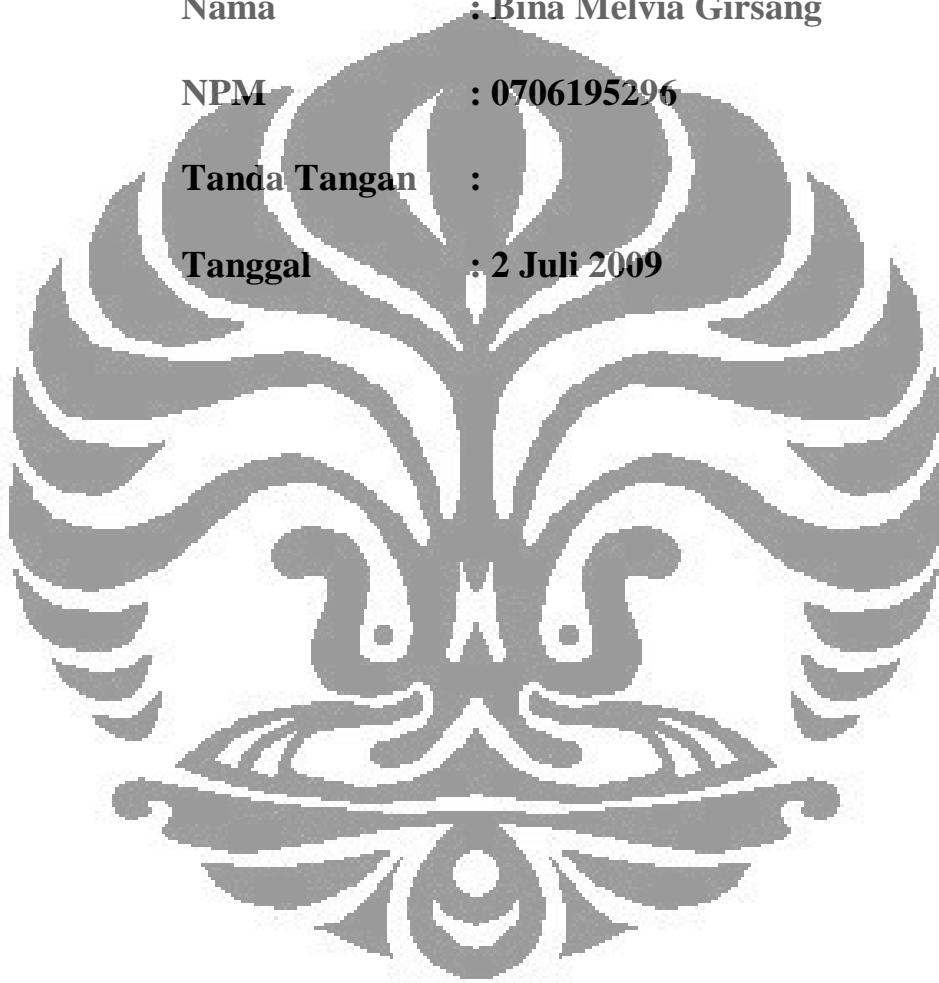
Tesis ini adalah hasil karya Saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Bina Melvia Girsang

NPM : 0706195296

Tanda Tangan :

Tanggal : 2 Juli 2009



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Bina Melvia Girsang
NPM : 0706195296
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pola Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah
(BBLR) Oleh Ibu Di Rumah Sakit Dan Di
Rumah Dan Hal-hal Yang Mempengaruhi:
Study Grounded Theory

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Setyowati, S.Kp., M.App.Sc., PhD ()

Pembimbing : Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN ()

Penguji : Imami Nur Rachmawati., S.Kp., M.Sc ()

Penguji : Atik Hodikoh., S Kp., M.Kep., Sp. .Mat ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 2 Juli 2009

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji Syukur Saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa , karena atas berkat dan rahmatNYA, Saya dapat menyelesaikan Tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka untuk memenuhi salah syarat mencapai gelar Magister Keperawatan Kekhususan Maternitas pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini. Oleh karena itu, Saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dra. Setyowati, S.Kp., M. App.Sc., PhD. Sebagai Pembimbing I, yang dengan sabar dan tekun memberikan bimbingan ilmiah melalui berbagai pengarahan, sharing, dan usul/saran yang cemerlang
2. Ibu Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN. Sebagai Pembimbing II yang sabar memberikan bimbingan
3. Ibu Dewi Irawati, M. A., PhD. Sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
4. Ibu Krisna Yeti, S.Kp., M.App.Sc., PhD. Sebagai Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
5. Dr. Andi Wahyuningsih Altas, Sp.An, sebagai Direktur Utama RSUP Fatmawati yang telah memberikan kesempatan dan izin penelitian kepada saya untuk melaksanakan penelitian di RSUP Fatmawati
6. Dr. Dody Firmanda, SpA, MA, sebagai Ka.SMF Anak RSUP Fatmawati, yang telah memberikan saran dan masukan yang berharga
7. Dr. Didi Danukusumo., SpOG, sebagai Ka.SMF Anak RSUP Fatmawati, yang telah memberikan saran dan masukan yang berharga dalam terlaksananya penelitian ini
8. Dr. Nuraini Irma Susanti, SpA, sebagai Ka. IRNA A RSUP Fatmawati, yang telah banyak memberikan perhatiannya terhadap terlaksananya penelitian ini
9. Bd. Elis Rohaeyati, sebagai Ka. Lantai II Selatan IRNA A RSUP Fatmawati, yang sangat membantu peneliti dalam memberikan rekomendasi dan melakukan pendekatan pada calon partisipan dalam penelitian ini.

10. Para partisipan penelitian ini yang telah banyak meluangkan waktu dan kesempatan untuk menjadi partisipan penelitian, dan tanpa adanya partisipan, penelitian ini tidak akan dapat terlaksana.
11. Para Dosen pengajar Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah dengan tekun mendidik dan membagikan pengalaman ilmiahnya kepada Saya selama ini.
12. Seluruh Staf Akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas kerjasama, dukungan dan rasa kekeluargaan selama ini.
13. Rekan-rekan mahasiswa Program Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia khususnya Keperawatan Maternitas angkatan 2007/2008 atas dukungan, masukan, dan motivasinya dalam penyusunan tesis ini
14. Suami dan Orang tua tercinta serta keluarga yang memberi dukungan, doa, semangat dan pengorbanan selama proses ini
15. Pihak-pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Akhir kata, Saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 2 Juli 2009

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Bina Melvia Girsang
NPM : 0706195296
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Departemen : Kekhususan Maternitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty - FreeRight*)** karya ilmiah saya yang berjudul:

Pola Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Oleh Ibu Di Rumah Sakit Dan Di Rumah Dan Hal-hal Yang Mempengaruhi: *Study Grounded Theory*

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tesis saya selama tetap mencantumkan saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 2 Juli 2009
Yang Menyatakan

(Bina Melvia Girsang)

ABSTRAK

Nama : Bina Melvia Girsang
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Pola Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Oleh Ibu Di Rumah Sakit Dan Di Rumah Dan Hal-hal Yang Mempengaruhi: *Study Grounded Theory*

Kondisi Bayi Berat lahir rendah (BBLR) merupakan faktor resiko yang mempunyai kontribusi terhadap kematian bayi. Tujuan penelitian kualitatif (*grounded theory*) ini untuk mengembangkan kerangka konsep tentang pola perawatan oleh ibu pada BBLR di rumah sakit dan di rumah dan hal-hal yang mempengaruhinya dengan seleksi *theoretical sampling* pada 6 orang partisipan. Metode pengambilan data dengan wawancara mendalam, observasi, dan studi literatur. Hasil penelitian didapatkan 7 tema yang dibentuk menjadi konsep baru tentang pola perawatan oleh ibu pada BBLR di rumah sakit dan di rumah dan hal-hal yang mempengaruhinya. Keinginan ibu melakukan perawatan BBLR merupakan inti tema dari penelitian ini dan ibu memerlukan konseling tenaga kesehatan tentang perawatan BBLR.

Kata Kunci: pola perawatan, bayi berat lahir rendah, konseling, keinginan merawat



ABSTRACT

Name : Bina Melvia Girsang
Study Program : Nursing Science
Title : The Pattern of Low Birth Weight (LBW) Care Used By Mothers In Hospital And At Home And Its Influence : Grounded Theory Study

The condition of Low Birth Weight (LBW) is one of the risk factor that have contribute to the death of infant The purpose of this study is to develop concept about the pattern of LBW care used by mothers in hospital and at home and its influence on six participants that selected by theoretical sampling. The method of collecting data are indepth interview, observation, and literature study. The result of this study finding seven themes tobe the new concept about the pattern of LBW care used by mothers in hospital and at home and its influence. Mother's desire to care LBW is the core theme of this study and mothers require counseling and from the staff of hospital for caring LBW.

Key Words: caregiving pattern, low birth weight infant, counseling, mother's desire

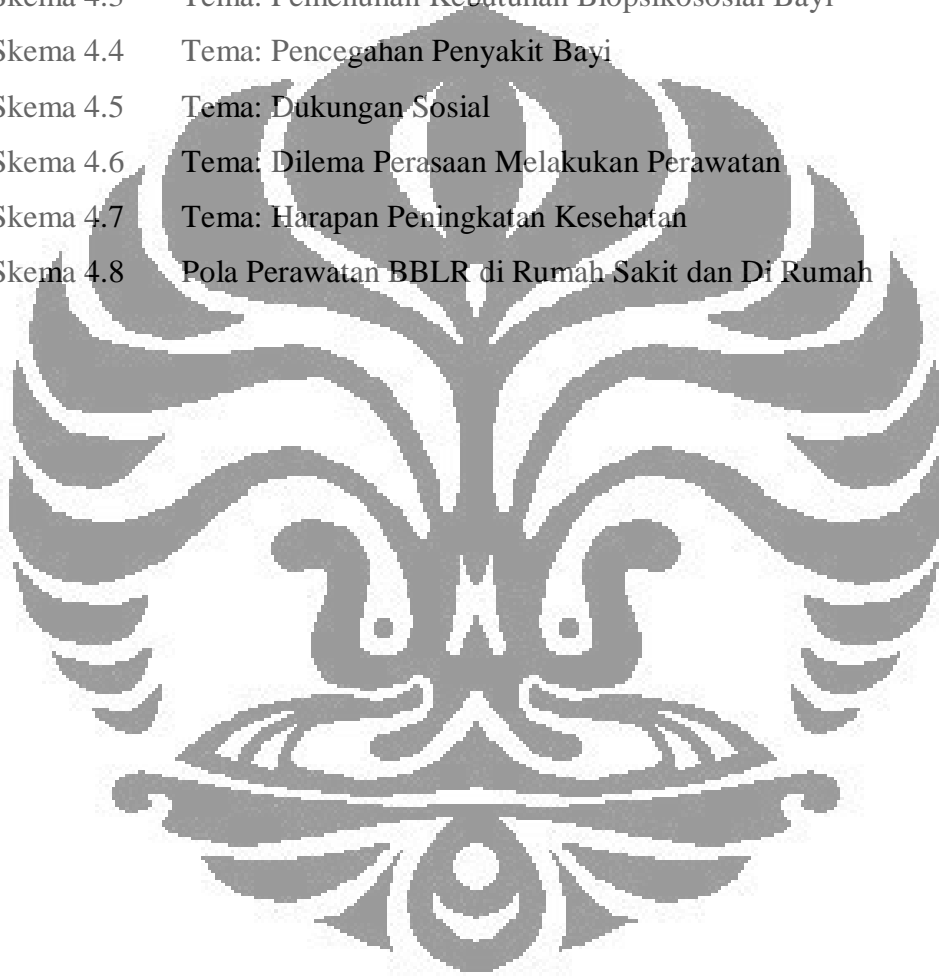
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH ABSTRAK.....	v vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).....	10
2.1.1 Defenisi BBLR.....	10
2.1.2 Penyebab Kelahiran BBLR.....	10
2.1.3 Gambaran BBLR Secara Klinis.....	11
2.1.4 Pemeriksaan Diagnostik Yang dilakukan Pada BBLR.....	12
2.1.5 Asuhan Keperawatan BBLR Di Rumah Sakit dan di Rumah.....	12
2.1.6 Perawatan Medis BBLR di Rumah Sakit.....	13
2.2 Peran Orang Tua Setelah Kelahiran Bayi.....	15
2.3 Pencapaian Peran Ibu.....	17
2.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Respon Orang Tua Terhadap BBLR.....	19
2.5 Penerapan Konsep <i>Bonding Attachment</i> Dalam Keperawatan Maternitas Terhadap Ibu dengan BBLR.....	21
2.6 Pola Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)...	24
2.7 Konsep Keperawatan Maternitas Maternitas Yang Berpusat Pada Keluarga..... (<i>Family Centered Maternity Care</i>)	29
2.8 Peran Perawat Maternitas.....	31
2.9 Kerangka Teori Penelitian.....	33
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	34
3.2 Partisipan.....	35

3.3 Waktu dan Tempat Penelitian.....	37
3.4 Etika Penelitian.....	38
3.5 Validasi Data.....	40
3.6 Prosedur pengumpulan Data.....	42
3.6.1 Tahap Persiapan.....	42
3.6.2 Tahap Pelaksanaan.....	49
3.6.3 Tahap Penutup.....	51
3.8 Pengolahan Data Dan Analisis Data.....	51
BAB IV HASIL PENELITIAN	
4.1 Karakteristik Partisipan.....	57
4.2 Hasil penelitian.....	60
BAB V PEMBAHASAN	
5.1 Interpretasi hasil penelitian.....	85
5.2 Keterbatasan penelitian.....	86
5.3 Implikasi keperawatan.....	86
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan.....	88
6.2 Rekomendasi.....	88
DAFTAR PUSTAKA.....	91
LAMPIRAN	

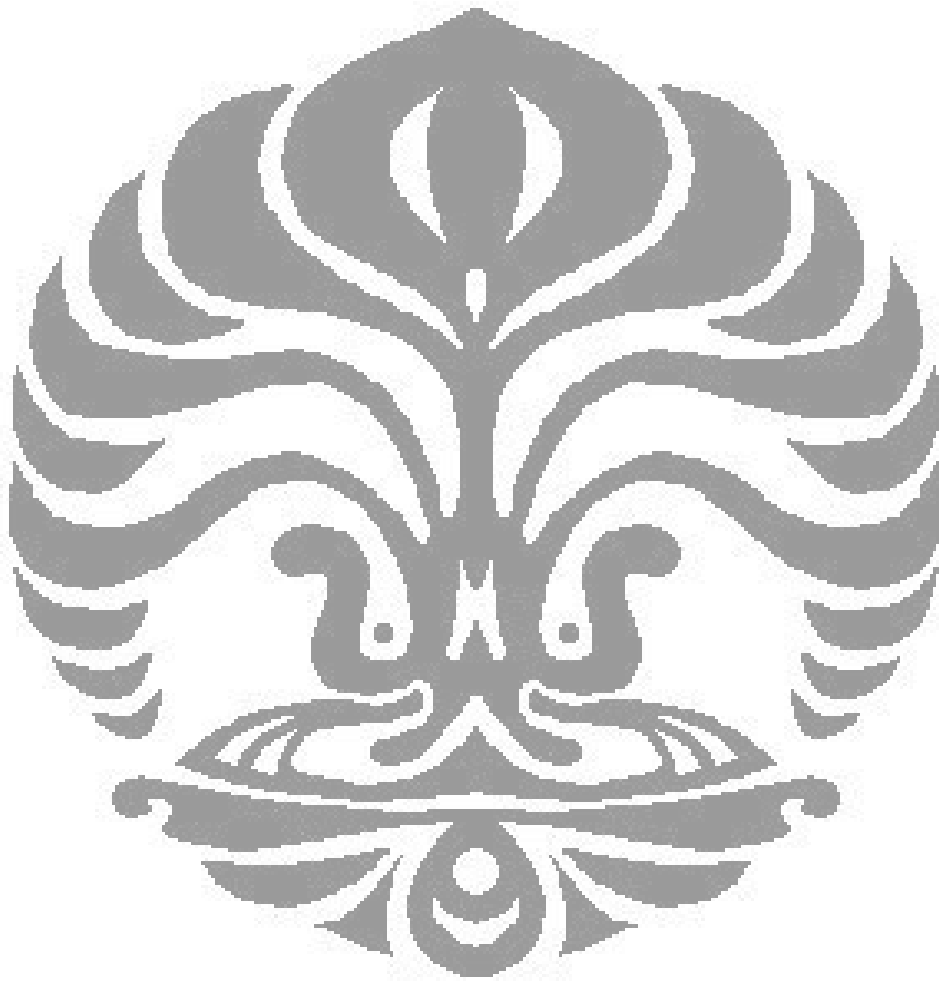
DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 3.6 Teknik Analisa Data	56
Skema 4.1 Tema: Keinginan Ibu Merawat Bayi	61
Skema 4.2 Tema: Nilai dan Budaya Merawat Bayi	65
Skema 4.3 Tema: Pemenuhan Kebutuhan Biopsikososial Bayi	68
Skema 4.4 Tema: Pencegahan Penyakit Bayi	71
Skema 4.5 Tema: Dukungan Sosial	74
Skema 4.6 Tema: Dilema Perasaan Melakukan Perawatan	76
Skema 4.7 Tema: Harapan Peningkatan Kesehatan	78
Skema 4.8 Pola Perawatan BBLR di Rumah Sakit dan Di Rumah	79



DAFTAR TABEL

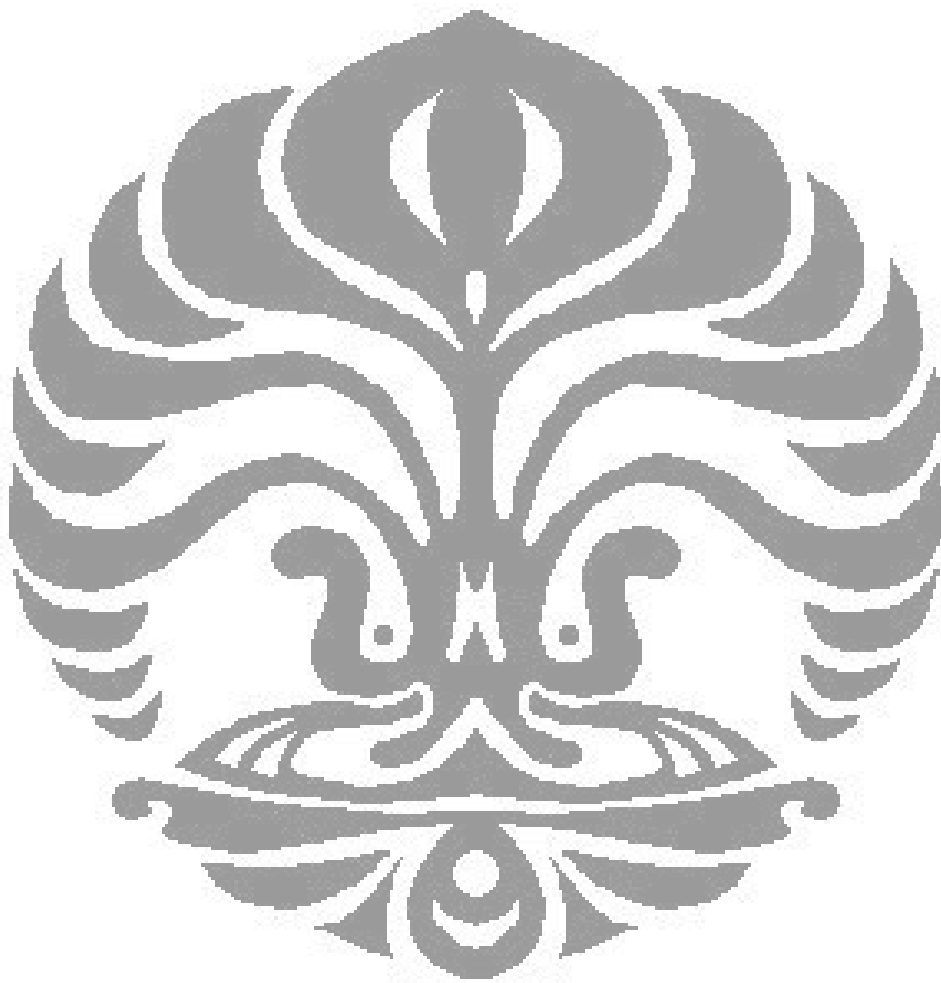
	Halaman
Jadual Kegiatan Penelitian	37



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : PENJELASAN TENTANG PENELITIAN
- Lampiran 2 : PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI PARTISIPAN /
PESERTA PENELITIAN
- Lampiran 3 : DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN
- Lampiran 4 : PEDOMAN WAWANCARA PARTISIPAN
- Lampiran 5 : PEDOMAN OBSERVASI
- Lampiran 6 : PEDOMAN WAWANCARA KEBIJAKAN RUMAH SAKIT
- Lampiran 7 : CATATAN LAPANGAN (*FIELD NOTE*) WAWANCARA





BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian bayi masih tinggi yaitu sebesar 66.4 per 1000 kelahiran hidup dan 35.9% bayi yang lahir mempunyai kategori risiko tinggi (SDKI, 1994). Angka tersebut mengalami penurunan dan berdasarkan *Indonesian Health Profile 2005* angka kematian bayi di Indonesia adalah 23,7 per 1.000 kelahiran hidup, namun kematian bayi yang disebabkan oleh kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) masih tetap tinggi yaitu 38.85 % (Depkes RI, 2007). Menurut SUSENAS tahun 2001 penyebab utama kematian neonatal di Indonesia adalah BBLR (bayi berat lahir rendah) yaitu sekitar 29 % (Roeslani, 2008).

Dari beberapa studi kejadian BBLR pada tahun 1984 sebesar 14.6% di daerah pedesaan dan 17.5% di Rumah Sakit, hasil studi di 7 daerah multicenter diperoleh angka BBLR dengan rentang 2.1%-17.2 %, secara nasional berdasarkan analisa lanjut SDKI 1991 angka BBLR sekitar 7.5 % (Depkes RI, 2004). Di RSCM dari jumlah kelahiran hidup neonatus (3320 neonatus) pada tahun 2007, sekitar 20 %-nya (275 neonatus) lahir dengan berat badan lahir rendah (Roeslani, 2008).

Bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan salah satu faktor risiko yang mempunyai kontribusi terhadap kematian bayi khususnya pada masa perinatal. Sebanyak 25% bayi baru lahir dengan BBLR meninggal, karena BBLR rentan terhadap kekurangan nutrisi, infeksi, keterlambatan perkembangan saraf, dan memerlukan perawatan yang khusus baik dari keluarga terutama ibu, dan tenaga kesehatan (Tridjaja, 2005). Menurut Arif (1999), bahwa BBLR yang dirawat oleh ibunya secara signifikan mengalami penambahan berat badan, penurunan kejadian penyakit,

serta menurunkan angka kejadian kematian BBLR. Karan (1983), menyatakan bahwa bayi dengan berat lahir rendah yang tidak dirawat beresiko mengalami kematian. Sedangkan menurut Konstantyner (2007), bahwa bayi dengan berat lahir rendah yang tidak dirawat mengalami keterbelakangan neuropsikomotor khususnya ketika usia sekolah.

Bayi berat lahir rendah (BBLR) disebabkan oleh berbagai faktor dan merupakan salah satu target intervensi upaya *safe motherhood*. Beberapa faktor penyebab utama kematian BBLR adalah prematuritas, infeksi, asfiksia, hipotermia, dan pemberian ASI yang kurang adekuat (Depkes RI, 1999). Kondisi ini menyebabkan BBLR membutuhkan penatalaksanaan perawatan dan kebutuhan khusus. Kebutuhan-kebutuhan tersebut antara lain berupa kebutuhan lingkungan fisik yang sesuai (pengaturan suhu, kelembaban udara dan kebersihan lingkungan), kebutuhan akan perfusi dan oksigenasi jaringan yang baik, kebutuhan nutrisi yang sesuai dan adekuat, serta kebutuhan akan emosional dan sosial (Suradi, 2008). Prinsip penting dalam memenuhi kebutuhan dan perawatan khusus pada BBLR setelah lahir adalah mempertahankan suhu bayi agar tetap normal, pemberian minum, dan pencegahan infeksi (Depkes, 2000).

Bayi berat lahir rendah (BBLR) sangat rentan mengalami hipotermia, karena tipisnya cadangan lemak di bawah kulit dan masih belum matangnya pusat pengatur panas di otak (Depkes RI, 1999). Disamping itu BBLR sangat rentan terhadap terjadinya infeksi sesudah lahir, karena itu, tangan harus dicuci bersih sebelum dan sesudah memegang bayi, segera membersihkan bayi bila kencing atau buang air besar, tidak mengizinkan menjenguk bayi bila sedang menderita sakit, terutama infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), dan pemberian imunisasi sesuai dengan jadwal (Depkes RI, 2000). Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) juga sangat membutuhkan asupan berupa minuman yang mengandung karbohidrat, protein, lemak serta vitamin. Minuman ataupun nutrisi utama pada bayi adalah ASI, yang mengandung sejumlah nutrisi penting bagi pertumbuhan dan perkembangan BBLR (Sitohang, 2004).

Pemenuhan kebutuhan khusus pada bayi berat lahir rendah memerlukan keterlibatan orang tua yang memberikan perawatan dengan kasih sayang. Ikatan kasih sayang, sebagai satu istilah yang terkait dengan kontak, sesuai dengan teori kasih sayang (*attachment*) dari John Bowlby (1993, dalam Ervika, 2005), antara lain mengacu pada “perilaku kasih sayang” pada bayi dalam bentuk kontak mata, senyuman, tangisan, peniruan dan gerakan sebagai sebuah dasar yang penting untuk menstimulasi perilaku asuh dari orang tua dan menciptakan sebuah ikatan emosional satu sama lain.

Langkah awal pencapaian peran sebagai orang tua (*maternal role attainment*) pada masa post partum dapat dilakukan melalui interaksi dengan bayinya sesegera mungkin setelah bayi lahir (*Bonding attachment*), namun tempat perawatan ibu dan bayi sering dibuat terpisah sehingga interaksi ibu dan bayi sulit dilakukan sejak awal (Ostislo & Kaminski, 2000). Interaksi yang dimulai sejak 30 menit sampai dengan 60 menit pertama setelah bayi lahir merupakan periode sensitif bagi ibu dan bayi untuk saling mengenal dan saling terikat satu sama lain (Matteson, 2001).

Pada periode sensitif ibu dan bayi memungkinkan menjalin hubungan kasih sayang yang dapat ditunjukkan melalui perilaku *bonding attachment* yang positif. Terdapat perasaan keterikatan psikobiologis yang bersifat alami, khususnya antara anak dan ibu, dan sudah ditunjukkan pada bulan pertama kehidupan bayi. Contoh ikatan psikobiologis ini dapat ditemukan dalam pengalaman dengan menggunakan “metode kangguru” bagi bayi yang terlahir dengan berat badan yang rendah. Bayi dengan berat lahir rendah mudah kehilangan panas tubuh karena mempunyai bidang permukaan kulit yang relatif luas dibanding berat badannya. Bila bayi dipangku oleh ibunya dan diletakkan pada payudara di bawah baju ibunya, dapat diamati bahwa terdapat sinkronisasi antara temperatur tubuh bayi dan ibu. Temperatur ibu turun sampai mencapai level normal (Ervika, 2005). Contoh sinkronisasi biologis ini menggambarkan hubungan yang sangat intim yang secara potensial terjadi antara ibu dan anak sejak awal.

Hasil pengkajian melalui observasi, survei, dan wawancara di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati khususnya di Ruang IRNA A lantai II Selatan, didapatkan data bahwa pada akhir Juli – September 2008 bayi yang dirawat di ruang bayi sekitar 381 bayi, dari jumlah tersebut bayi yang lahir dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram sebanyak 91 bayi, dengan berat badan bayi terendah 800 gram. Bayi yang dirawat di Ruang Bayi berkisar 30-40 bayi per hari sedangkan jumlah inkubator yang ada sebanyak 10 buah dengan pemakaian 100 % per hari, bahkan satu inkubator diisi oleh 2 bayi. Rerata hari rawat BBLR di RSUP Fatmawati didasarkan pada kondisi BBLR. Kondisi BBLR yang tidak mengalami gangguan untuk menyusui, dan kondisi klinis yang normal BBLR dapat dirawat gabung dengan ibu dengan rerata hari rawat 4-7 dirawat di rumah sakit, serta membekali pengetahuan dan keterampilan merawat BBLR pada ibu. Bayi dengan kondisi gangguan menyusui, mengalami gangguan klinis seperti hiperbilirubin, gangguan pernafasan, gangguan pencernaan dengan rerata jumlah 36 orang BBLR dalam sebulan dirawat di ruang khusus bayi dan tidak dilakukan rawat gabung.

Kondisi fisik BBLR yang rentan terhadap berbagai penyakit mengakibatkan ibu sering tidak percaya diri melakukan perawatan pada BBLR. Rasa tidak percaya diri ibu melakukan perawatan BBLR di rumah sakit mengakibatkan peran perawatan sering diambil alih oleh tenaga kesehatan. Bang, et al (2005), menyatakan bahwa perawatan ibu pada BBLR sangat berdampak pada kualitas dan pertahanan hidup BBLR, dan bila ibu tidak melakukan perawatan pada BBLR akan berdampak pada angka kejadian infeksi, malnutrisi dan kematian pada BBLR. Hasil penelitian ini juga didukung oleh pernyataan Kathleen (2000), yang menyatakan bahwa respon ibu terhadap permasalahan BBLR sangat mempengaruhi keputusan ibu untuk melakukan perawatan terhadap bayinya dan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan BBLR. Matteson (2001), menyatakan bahwa latar belakang budaya dalam keluarga ibu mempengaruhi ibu melakukan perawatan pada bayinya. Dalam hal ini keluarga sebagai pemberi dukungan utama memiliki nilai dan budaya yang dapat mempengaruhi pola perawatan bayi oleh ibu (Tomey, 2006).

Angka bayi berat lahir rendah (BBLR) yang di rawat di rumah sakit cukup tinggi. Namun bayi berat badan lahir rendah (BBLR) tidak harus selalu membutuhkan perawatan di rumah sakit dalam jangka waktu yang lama sehingga memerlukan biaya perawatan yang tinggi, hal ini tergantung pada kondisi bayi itu sendiri. Bila fungsi organ-organ tubuhnya baik dan tidak terdapat gangguan seperti gangguan pernapasan dan bayi dapat menghisap dengan baik, maka bayi bisa dibawa pulang dan dirawat oleh keluarga.

Perawatan bayi dengan berat lahir rendah selama di rumah sakit dan di rumah memberikan arti tersendiri bagi keluarga khususnya ibu. Kondisi bayi dengan berat lahir yang kurang, sering membuat ibu merasa takut dan khawatir memberikan perawatan pada bayinya di rumah. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mello, et al (2002), bahwa ibu sangat khawatir dan tidak percaya diri merawat bayi di rumah sakit dan di rumah. Peran ibu dalam memberikan perawatan pada BBLR diperlukan sejak awal sehingga ibu memahami kebutuhan BBLR dan memiliki rasa percaya diri untuk melanjutkan perawatan BBLR di rumah.

Menurut Bang, et al, (2005), bahwa ibu sering merasa khawatir dan cemas saat akan melakukan perawatan pada BBLR di rumah walaupun sudah dibekali dengan pendidikan kesehatan tentang perawatan BBLR di rumah sakit. Perasaan khawatir yang terjadi pada ibu cenderung disebabkan oleh faktor usia, pendidikan ibu, paritas, dan komplikasi medis pada BBLR (Kurdahi, 2007). Sedangkan menurut Hazel, (2006), ibu tidak siap melakukan perawatan di rumah dikarenakan oleh kurangnya dukungan keluarga, dan persepsi ibu yang salah terhadap kondisi BBLR. Ibu dan keluarga perlu diberikan informasi yang jelas tentang kondisi dan perawatan bayi di rumah, serta dilibatkan untuk mengambil keputusan untuk melakukan perawatan BBLR. Kondisi di rumah yang tidak mendukung ibu melakukan perawatan terhadap BBLR memerlukan pemantauan dari tenaga kesehatan. Pemantauan perawatan BBLR yang dilakukan ibu di rumah oleh tenaga kesehatan

memberikan dampak yang berarti pada kemampuan ibu melakukan perawatan BBLR di rumah (Bang, et al, 2005).

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang paling banyak berinteraksi dengan bayi dan keluarga harus memiliki pendekatan khusus dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal ini perlu ditangani dengan pemberdayaan keluarga khususnya ibu dengan pendekatan perawat. Pendekatan yang dapat digunakan adalah dengan konsep FCMNC (*Family Centered Maternity-Newborn Care*). FCMNC merupakan filosofi asuhan yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik, sosial, psikologis, spiritual, ekonomis dari keluarga secara keseluruhan terhadap asuhan perawatan pada bayi (Rustina, 2008).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan bahwa kondisi BBLR yang rentan terhadap berbagai penyakit memerlukan perawatan yang tepat sejak awal, sehingga BBLR dapat mempertahankan hidupnya (*live survive*), dan menurunkan angka kematian bayi khususnya BBLR. Perawatan BBLR yang tidak tepat juga dapat berdampak pada gangguan perkembangan pada BBLR. Pada dasarnya perawatan terhadap BBLR mencakup perawatan pencegahan infeksi, termoregulasi, dan pemenuhan nutrisi. Pemenuhan pola perawatan oleh ibu pada BBLR dapat terpenuhi bila ada kedekatan antara ibu dan bayi, sehingga ibu dapat memahami kebutuhan perawatan bayinya dengan tepat. Perawatan BBLR oleh ibu juga sangat dipengaruhi oleh nilai budaya dan dukungan yang didapatkan oleh ibu dalam melakukan perawatan terhadap BBLR. Keluarga sebagai pendukung utama bagi ibu dalam memberikan perawatan pada BBLR memiliki nilai budaya yang mempengaruhi keputusan ibu untuk melakukan pola perawatan terhadap BBLR di rumah sakit dan di rumah.

Peralihan perawatan BBLR oleh ibu dari rumah sakit ke rumah sering membuat ibu cemas walaupun sudah dibekali pendidikan perawatan BBLR di

rumah sakit, karena persepsi ibu yang salah pada kondisi BBLR, dukungan keluarga yang tidak adekuat membuat ibu merasa sulit untuk menjalankan peran perawatan BBLR di rumah dan memerlukan bantuan dari tenaga kesehatan untuk memantau perawatan yang dilakukan oleh ibu selama di rumah. Berdasarkan permasalahan tersebut peneliti perlu meneliti tentang bagaimana sebenarnya pola perawatan bayi berat lahir rendah yang dilakukan oleh ibu selama di rumah sakit dan di rumah dan hal-hal yang mempengaruhinya.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan kerangka konsep tentang pola perawatan yang diberikan oleh ibu pada bayi berat badan lahir rendah di Rumah Sakit dan di rumah dan hal-hal yang mempengaruhi

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik ibu yang melahirkan bayi berat badan lahir rendah (BBLR).
- b. Mengidentifikasi karakteristik BBLR yang dirawat oleh ibu selama di rumah sakit dan di rumah
- c. Mengidentifikasi faktor – faktor yang mempengaruhi proses pengambilan keputusan terhadap perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah
- d. Mengidentifikasi nilai dan budaya keluarga yang mempengaruhi

pengambilan keputusan terhadap pola perawatan bayi berat badan lahir rendah oleh ibu di rumah sakit maupun di rumah

e. Mengidentifikasi pola perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah.

f. Mengidentifikasi perasaan ibu saat melakukan perawatan BBLR di rumah sakit dan di rumah

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak dalam mengembangkan pelayanan keperawatan, yang meliputi:

1. Manfaat bagi perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai dasar ilmiah bagi perawat dalam menerapkan dan mengaplikasikan konsep pola perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit.

2. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat melatih peneliti dan menjadi pengalaman untuk melakukan penelitian kualitatif dan menjadi bahan pembelajaran bagi peneliti untuk melakukan dan memberikan rekomendasi pada penelitian selanjutnya.

3. Bagi Pemerintah atau pembuat kebijakan rumah sakit

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam menyusun program konseling tentang pola perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah, serta menyusun kebijakan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan khususnya pada bayi dengan kebutuhan khusus

(BBLR) melalui pelatihan keterampilan (*skill*) ibu dalam melakukan perawatan.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini selanjutnya dapat dijadikan sumber melakukan penelitian lanjutan terutama pada pola perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah, dan dapat dijadikan sebagai bahan rujukan penelitian selanjutnya. Penelitian ini juga diharapkan akan dapat mengidentifikasi penelitian spesifik selanjutnya terkait tentang pola perawatan BBLR.

5. Bagi ibu dan keluarga

Penelitian ini dapat digunakan oleh ibu dan keluarga sebagai wacana dalam memberikan pola perawatan pada BBLR, serta menjadi sumber informasi pada ibu tentang bagaimana melakukan pola perawatan pada BBLR di rumah sakit dan di rumah. Penelitian ini juga dapat menjadi pedoman bagi ibu untuk memahami kondisi BBLR dan pola perawatannya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

2.1.1 Defenisi Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang dilahirkan dengan berat badan kurang dari 2500 gram (Dhyanti, 2001). Sedangkan menurut Saifuddin, et al (2001), bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badan saat lahir kurang dari 2500 gram. Bayi berat lahir rendah (BBLR) dibedakan dalam berat lahir 1500 – 2500 gram sebagai bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), dan berat lahir kurang dari 1599 gram sebagai bayi berat lahir ekstrim rendah (BBLER), berat lahir kurang dari 1000 gram sebagai BBLR prematur (kurang bulan) (Saifuddin., et al, 2001).

2.1.2 Penyebab Kelahiran Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Menurut Sitohang (2004), penyebab kelahiran BBLR dapat dibagi :

a. Faktor ibu

1) Penyakit yang berhubungan langsung dengan kehamilan

(toksemia gravidarum, perdarahan ante partum, trauma fisik dan psikologis, atau penyakit lain seperti : nephritis akut, diabetes mellitus, infeksi akut) atau tindakan operatif dapat merupakan faktor etiologi prematuritas.

2) Usia

Angka kejadian prematuritas tertinggi ialah pada usia ibu dibawah 20 tahun dan pada multi gravidarum, yang jarak antar kelahirannya terlalu dekat.

3) Keadaan sosial ekonomi

Keadaan ini sangat berperan terhadap timbulnya prematuritas. Kejadian tertinggi terdapat pada golongan sosial ekonomi yang rendah. Hal ini disebabkan oleh keadaan gizi yang kurang baik dan pengawasan antenatal yang kurang.

b. Faktor janin

Hidramion, kehamilan ganda, umumnya akan mengakibatkan lahir bayi BBLR.

2.1.3 Gambaran Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) secara Klinis

Gambaran fisik BBLR pada umumnya menunjukkan ukuran tubuh yang mungil karena berat badan lahir yang rendah, tubuh tampak kurus dan lemah. Ukuran kepala pada BBLR lebih besar dari badan. Gambaran klinis pada kulit dan kelamin, bahwa kulit tampak tipis dan transparan, terdapat banyak lanugo, genitalia belum sempurna dimana labia minora pada bayi wanita lebih besar dari labia mayora dengan klitoris yang menonjol. Sedangkan pada bayi laki-laki testis kemungkinan belum turun, terdapat banyak rugae pada skrotum (Doenges, 2001)

Pada sistem syaraf refleks moro dan menghisap belum sempurna, koordinasi menghisap dan menelan pada bayi belum terbentuk sampai usia gestasi mencapai 32 sampai 34 minggu. Sedangkan pada sistem muskuloskeletal bayi gambaran ubun-ubun dan sutura lebar, tulang rawan elastis kurang, otot-otot masih hipotonik, tungkai abduksi, sendi lutut kaki fleksi, kepala menghadap ke satu jurusan. Pada sistem pernafasan BBLR belum teratur, dangkal, dan frekwensi pernafasan bervariasi. Pernafasan diafragmatik intermiten atau periodik (40-60 X/menit). Suhu tubuh BBLR sangat mudah berfluktuasi, nadi apikal cenderung cepat (120-160 dpm) (Sitohang, 2004; Doenges, 2001)

2.1.4 Pemeriksaan Diagnostik Yang Dilakukan Pada BBLR di Rumah Sakit

Beberapa pemeriksaan diagnostik perlu dilakukan pada bayi berat lahir rendah (BBLR) selama dalam perawatan di rumah sakit. Pemeriksaan yang dilakukan pada BBLR diantaranya adalah pemeriksaan cairan amniotik. Pemeriksaan ini penting dilakukan untuk mengkaji kematangan (maturitas) organ – organ tubuh bayi berat badan lahir rendah. Pada pemeriksaan darah lengkap pada BBLR biasanya dijumpai nilai klinis pada penurunan hemoglobin/hematokrit (Hb/Ht) kurang dari $10.000 /m^3$ dengan pertukaran ke kiri (kelebihan dini netrofil dan pita) yang biasanya dihubungkan dengan penyakit bakteri berat. Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) memiliki karakteristik golongan darah menyatakan potensial inkompatibilitas ABO. (Doengoes, 2001)

Pada pemeriksaan diagnostik gas darah arteri (GDA) pada BBLR menggambarkan hasil PO_2 menurun, PCO_2 meningkat, asidosis, sepsis, kesulitan nafas yang lama (apneu) (Doengoes, 2001). Hal ini terjadi akibat ketidakmatangan paru dan susunan syaraf pusat. Apneu didefinisikan sebagai periode tidak bernafas selama lebih dari 20 detik dan disertai bradikardia. Kelainan ini dapat ditemukan pada pemantauan yang teliti dan terus menerus (Sitohang, 2004).

1.1.1. Asuhan Keperawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Rumah Sakit Dan Di Rumah

Asuhan keperawatan pada BBLR dapat dilakukan dengan menetapkan beberapa tindakan perawatan khusus BBLR. Sitohang (2004) menyatakan bahwa, perawatan BBLR diantaranya adalah mempertahankan suhu tubuh yang optimal, meningkatkan dan mempertahankan berat badan, merawat kulit bayi agar tidak cidera, mengkaji bayi terhadap tanda-tanda infeksi. Mempertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal ($36,4 ^\circ C$ - $37,4 ^\circ C$)

dilakukan agar penggunaan simpanan lemak coklat, oleh karena itu pengkajian terhadap suhu tubuh BBLR sangat penting dilakukan. Intervensi untuk mempertahankan lingkungan termo netral pada BBLR dapat dilakukan dengan menempatkan BBLR pada tempat hangat (inkubator), menjaga agar kepala bayi tetap tertutup agar mencegah kehilangan cairan melalui evaporasi.

Peningkatan dan mempertahankan berat badan bayi dapat dipantau dengan penimbangan berat badan bayi di ruang perawatan setiap hari. Secara ideal penambahan berat badan dapat dicapai 20-30 gr/hari. Inspeksi kulit bayi dilakukan untuk mengidentifikasi area potensial cedera yang dapat mengakibatkan infeksi. Menurut Bang, et al (2005), perawat berperan untuk melakukan kunjungan rumah dalam menindaklanjuti intervensi *discharge planning* pada ibu dengan BBLR yang diberikan di rumah sakit agar dilakukan di rumah. Perawatan yang dapat diajarkan perawat pada ibu dalam merawat BBLR selama di rumah mencakup pemantauan suhu tubuh bayi, menyelimuti bayi, tidak memnadikan bayi sedikitnya selama 7 hari sejak lahir, menyusui bayi dengan teknik yang benar, dan mencegah infeksi dengan cara menganjurkan ibu agar mencuci tangan, menjaga kebersihan ruangan bayi, menjaga kebersihan kulit bayi agar tetap bersih dan dengan kondisi kering.

1.1.2. Perawatan Medis Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Selama Di Rumah Sakit

Salah satu ciri dari BBLR adalah memiliki suhu yang tidak stabil dan cenderung hipotermia (suhu $< 36.5^{\circ} \text{C}$). Stres dingin dapat mengakibatkan angka kematian dan menghambat pertumbuhan, sedangkan hipertermia dan suhu yang berfluktuasi dapat menimbulkan apneu pada BBLR (Yoke, 2006). Suhu yang cenderung hipotermia disebabkan oleh produksi panas yang kurang dan kehilangan panas yang tinggi. Panas kurang disebabkan karena sirkulasi belum sempurna, respirasi BBLR yang masih lemah,

konsumsi oksigen yang rendah, otot yang belum aktif dan asupan makanan yang kurang. Kehilangan panas terjadi akibat permukaan tubuh yang relatif lebih luas dan lemak sub kutan yang kurang.

Penatalaksanaan hipotermia di rumah sakit harus terlebih dahulu menemukan penyebab hipoternia. Bayi dapat diletakkan di dalam inkubator dengan suhu 1- 1.5°C lebih tinggi dari suhu bayi, dan jika diperlukan bayi dapat diberikan oksigen, suhu tubuh bayi dimonitor tiap 15-30 menit sampai suhu tubuh BBLR kembali stabil. Cara lain dalam mengatasi kondisi hipotermi pada bayi baru lahir adalah dengan metode kangguru (metode bayi lekat), dimana bayi dilekatkan ke kulit ibu (dada ibu) sehingga ada transfer panas dari ibu ke bayi. Suhu ibu akan meningkat bila bayi mulai 'dingin' dan bila bayi telah 'hangat' maka suhu ibu akan menurun kembali (Suradi & Yanuarso, 2000). Bayi yang mengalami hipertermia didinginkan dengan cara menghilangkan sumber panas dari lingkungan dekat bayi (sinar matahari, lampu penghangat, inkubator) dan semua perlengkapan bayi yang dapat menghambat keluarnya panas tubuh bayi BBLR, seperti selimut, topi, ataupun pembungkus (PERINASIA, 2001).

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) sangat rentan terhadap infeksi, karena daya tahan tubuh BBLR yang masih rendah. Kemampuan leukosit, kadar imunoglobulin serum yang rendah, dan pembentukan antibodi yang belum sempurna membuat BBLR sangat mudah terserang infeksi. Infeksi yang sering menyerang BBLR selama dalam perawatan di rumah sakit adalah infeksi nosokomial, hal ini dikarenakan posisi bayi yang sering berpindah-pindah tangan, dan kondisi perawatan inkubator yang belum sepenuhnya memenuhi standar (Sitohang, 2004; Yoke, 2006).

Kondisi apneu sering terjadi pada BBLR, dan kondisi ini disebabkan oleh ketidakmatangan paru dan susunan syaraf pusat. Defenisi apneu adalah sebagai periode tidak bernafas selama lebih dari 20 detik, atau disertai

dengan bradikardi. Kondisi apneu dapat dipantau dengan apneic alarm selama 1-3 minggu sampai bebas dari serangan apneu. Menurut Milsap, dkk (2000), pada 60-90% kasus pemberian teofilin dapat mencegah timbulnya apneu.

Keadaan organ-organ BBLR yang belum matang merupakan faktor resiko terjadinya enterokolitis nekrotikans (EKN) pada BBLR (Suradi, 2000). Kejadian EKN tertinggi pada bayi berat lahir < 1500 gram (Yoke, 2006). Etiologi penyakit ini multifaktor, yaitu faktor yang menyebabkan trauma hipoksik iskemik pada saluran cerna yang masih imatur, kolonisasi bakteri patogen, dan substrat protein berlebihan dalam lumen (Yoke, 2006).

Pemberian ASI dapat mencegah/ mengurangi kejadian EKN karena ASI merupakan cairan mono-osmolar dan mengandung makrofag, limfosit, dan imunoglobulin yang mencegah kolonisasi bakteri patogen. Alat cerna BBLR yang belum sempurna, lambung yang kecil dan enzim pencernaan yang belum matang, kebutuhan protein BBLR adalah 3-5 gr/Kg BB dan kalori 110 Kal/Kg BB sehingga pertumbuhan BBLR dapat meningkat. Pemberian minum BBLR dianjurkan 3 jam setelah lahir. Bila faktor menghisap bayi rendah ASI diperas dan diminumkan dengan sendok secara perlahan/ menggunakan sonde. Permulaan cairan diberikan 50-60 cc/KgBB/Hari dan dinaikkan sampai mencapai sekitar 200 cc/KgBB/Hari. Kebutuhan cairan ASI pada BBLR 120-150 ml/KgBB/Hari (Sitohang, 2004).

1.2. Peran Orang Tua Dalam Perawatan Bayi

Orang tua adalah guru utama pada bayi mulai sejak dilahirkan. Perilaku orang tua dalam perawatan BBLR di rumah sakit dan di rumah sangat penting untuk bayi. Orang tua umumnya tidak siap menghadapi kenyataan bahwa bayinya berbeda dengan bayi yang lain (kondisi bayi berat lahir rendah) (Brooks, 2001). Bayi dengan resiko tinggi khususnya pada BBLR

terkadang di rawat di ruang khusus, dalam inkubator tertutup, sehingga orang tua sulit untuk melihat, menyentuh, tidak dapat mengambil, menggendong atau menimang bayinya.

Perasaan dan sikap orang tua dipengaruhi oleh penampilan fisik bayi dan sikap/perilaku dokter dan perawat yang melakukan intervensi pada BBLR dengan serius (Martin, 2002). Ketidaktahuan orang tua tentang keadaan bayinya dapat menimbulkan kecemasan yang berlebihan, oleh karena itu orang tua harus segera diberi penjelasan tentang prognosis, kemungkinan perjalanan penyakit, kemungkinan penyulit, agar orang tua tahu keadaan BBLR secara proporsional dan tidak menimbulkan kecemasan yang berlebihan serta mampu melakukan perawatan pada BBLR secara bertahap (Brooks, 2001).

Perry dan Bobak, (2000), menjelaskan proses menjadi orang tua terdiri dari dua komponen, yang pertama merupakan keterampilan dan pengetahuan yang bersifat praktik dan mekanik serta kognitif dan keterampilan motorik, misalnya memberi makan, menggendong, memandikan, dan melindungi bayi dari bahaya. Komponen kedua, bersifat psikologis melibatkan keterampilan kognitif dan kemampuan afektif, misalnya memberikan kasih sayang, memberikan perhatian terhadap kebutuhan dan keinginan BBLR.

Ibu yang mendapat dukungan dari suami lebih mampu berhadapan dengan masalah emosional dalam mengasuh dan merawat BBLR. Perilaku perawatan dari ibu yang menunjukkan rasa kasih sayang dan kepekaan terhadap BBLR mempunyai hubungan yang bermakna dengan perkembangan kognitif bayi sampai umur 5 bulan (Veize, 2000). Peralihan perawatan BBLR dari rumah sakit ke rumah sering disertai ketakutan dan keragu-raguan pada orang tua (Martin, 2002). Keluarga sering tidak siap mengantisipasi masalah akibat kondisi pada BBLR, sehingga ibu merasa letih, merasa gagal sebagai orang tua. Orang tua harus belajar mengatur

prioritas dalam menjalankan perannya sebagai orang tua setelah kelahiran bayi dan harus saling bantu (Brooks, 2002).

1.3. Pencapaian Peran Ibu

Partisipasi dan dukungan yang kuat dan konsisten membantu ibu dalam proses penyesuaian perannya sehingga percaya diri akan kemampuannya untuk merawat BBLR di rumah sakit maupun di rumah (Alfiben, Wiknjosastro, & Elyira, 2000). Hubungan emosional yang positif antara ibu dan suami sangat penting dalam meningkatkan kemampuan peran menjadi ibu (Matteson, 2001). Ibu yang tidak percaya diri akan kemampuannya untuk merawat BBLR akan menjadikan pengalaman yang negatif sebagai seorang ibu dan akan menjadikannya merasa tidak adekuat lagi untuk merawat bayinya (Waren, 2004). Rasa tidak mampu yang dirasakan oleh ibu merawat bayi dapat berakibat kelelahan pada ibu, dan kelelahan yang berkepanjangan tanpa sistem pendukung yang baik merupakan pencetus depresi pada ibu selama melakukan perawatan bayi (Nakita, 2000).

Perilaku perawatan yang diberikan ibu dalam melakukan perawatan sebagai bentuk nyata pelaksanaan peran sebagai ibu sangat penting. Efek yang nyata adalah pemenuhan nutrisi. Ibu yang cemas akan menyebabkan produksi ASI yang sedikit dibandingkan dengan ibu yang tidak cemas akan kondisi dan perawatan bayi. Hal ini akan mempengaruhi adaptasi bayi terhadap lingkungan barunya. Sikap bayi sebagai respon dari sikap dan perilaku ibu akan mempengaruhi sikap ibu kembali terhadap perawatan bayi (Desmita, 2003).

Pencapaian peran ibu adalah proses dimana ibu meraih kepercayaan diri dalam kemampuan merawat bayinya dan merasa senang dengan identitas sebagai ibu. Proses ini dimulai dari kehamilan dan berlanjut sampai

beberapa bulan berikutnya. Menurut Gorrie, Mc Kinney dan Murray (2003), masa transisi peran ibu terdiri dari 4 tahap yaitu:

a. Fase antisipasi

Fase ini dimulai dari saat hamil, ketika hamil ibu memilih dokter atau perawat bidan dan tempat melahirkan, dan belajar peran

b. Fase formal

Dimulai dari kelahiran bayi dan berlanjut sampai 6-8 minggu. Selama tahap ini ibu belajar dan menjalankan perannya sebagai ibu

c. Fase Informal

Ibu mulai mengembangkan peran unik sebagai seorang ibu, belajar tentang respon yang sesuai terhadap isyarat yang diberikan bayi dan mulai berespon berdasarkan kebutuhan bayi

d. Fase personal

Pencapaian peran terjadi bila sudah merasakan keharmonisan dalam berperan sebagai ibu, menyenangkan bayinya, dan menginternalisasi peran sebagai ibu dalam memberikan perawatan.

Seorang ibu yang baik diharapkan selalu memberikan kasih sayang pada bayinya dan memiliki ikatan batin yang kuat pada bayi terutama dalam memenuhi kebutuhan BBLR. Menurut Suradi (2000), bahwa bayi berat lahir rendah (BBLR) membutuhkan beberapa kebutuhan khusus agar dapat beradaptasi dengan baik dengan lingkungan sekitarnya. Kebutuhan khusus tersebut antara lain adalah kebutuhan lingkungan fisik yang sesuai dengan pengaturan suhu, kelembaban udara, dan kebersihan lingkungan.

Bayi berat lahir rendah membutuhkan perfusi dan oksigenisasi yang baik agar fungsi metabolisme dan ekskretorik dapat berlangsung adekuat. Kebutuhan nutrisi yang sesuai juga sangat penting bagi BBLR, sehingga menjamin tumbuh kembang optimal, disamping itu kebutuhan emosional dan sosial yang terpenuhi akan menunjang tumbuh kembang BBLR yang baik (Suradi, 2000). Seorang ibu yang baik diharapkan mendahulukan

kebutuhan perawatan bayinya daripada kebutuhan dirinya sendiri, dan seorang ibu yang baik harus rela kehilangan waktu tidurnya demi memenuhi kepentingan perawatan bayinya (Lupton & Fenwick, 2001).

1.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi Respon Orang Tua Terhadap BBLR

Orang tua harus dapat menguasai cara merawat bayinya, termasuk aktivitas memperhatikan gerakan komunikasi yang dilakukan bayi dalam menyampaikan apa yang diperlukan dan memberi respon yang terhadap respon yang tepat terhadap stimulus yang diberikan bayi. Cara bayi berespon terhadap perawatan, atau perhatian diartikan orang tua sebagai respon bayi terhadap kualitas perawatan yang diberikan oleh ibu. Respon yang diperlihatkan dapat dalam bentuk menangis, peningkatan atau penurunan berat badan (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000). Karakteristik ibu seperti hubungan dengan pasangan, kesehatan, depresi hambatan peran dan ikatan kasih sayang dengan bayi mempunyai korelasi yang positif terhadap coping ibu dalam merawat bayi baru lahir (Tarkka, Paunonen, & Laipala, 2000).

Cara orang tua berespon terhadap kelahiran anaknya dipengaruhi oleh beberapa faktor, meliputi: usia, jaringan sosial, budaya, keadaan sosial ekonomi, dan aspirasi tentang masa depan (Lowdermilk, Perry, Bobak, 2000). Ibu remaja lebih bersifat egosentris, tidak berpengalaman, kurang pengetahuan dalam perawatan bayi sehingga memerlukan dukungan yang adekuat. Usia ibu dihubungkan dengan meningkatnya resiko fisik yang mempengaruhi kesehatan ibu dan kemampuannya dalam melakukan perawatan pada BBLR (Mattenson, 2001). Ibu dan bayi secara umum akan berada pada status resiko ketika ibu berusia terlalu muda atau lebih dari 35 tahun (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2007). Ibu yang berusia yang terlalu muda dapat mengalami konflik perkembangan, konflik peran yang berhubungan dengan kebutuhan perawatan, sedangkan ibu diatas 35 tahun

akan mengalami kelelahan dan membutuhkan lebih banyak istirahat (Matteson, 2001).

Latar belakang budaya perempuan mempengaruhi perempuan merawat dan berinteraksi dengan bayinya selama periode nifas (Matteson, 2001). Keluarga sebagai sistem pendukung yang utama bagi ibu dan bayi baru lahir memiliki nilai budaya, dimana nilai budaya ini akan berpengaruh besar terhadap praktik asuhan perawatan BBLR (Tomey, 2006). Berdasarkan status ekonomi, respon ibu merawat bayi sangat berhubungan erat dengan tingkat pengetahuan, sikap, emosional, dan material yang memungkinkan ibu dapat menghadapi stresor parenting dalam merawat BBLR (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2007). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sofyan (1997), bahwa kelompok ibu yang memiliki pendidikan tinggi (54,1%) menunjukkan respon merawat BBLR lebih baik dibandingkan dengan ibu dengan pendidikan rendah (33,3%). Hasil penelitian Runiari (2005) tentang persepsi perawat, ibu, dan keluarga mengenai metode pendidikan kesehatan post partum yang paling dibutuhkan, mengemukakan bahwa kebutuhan atau ketertarikan belajar ibu post partum terhadap perawatan bayinya lebih besar daripada perawatan dirinya sendiri. Penelitian yang melibatkan 76 orang responden ibu post partum tersebut menyatakan bahwa materi perawatan bayi merupakan materi yang ingin dipelajari, yaitu mengenai pemberian nutrisi (menyusui), memandikan bayi, merawat tali pusat, dan mengetahui tanda-tanda bayi sakit.

Berdasarkan paritas, ada perbedaan kepedulian merawat bayi pada ibu primipara dan multipara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir semua ibu primipara (> dari 60%) sangat peduli dengan aspek-aspek yang berhubungan dengan bayi, termasuk keadaan umum, penampilan, dan perawatan. Sementara pada ibu multipara lebih peduli terhadap keadaan umum (50%) dan penampilan bayi khususnya terkait kondisi kesehatan kulit bayi (78.9%), dan berat badan bayi (76.3%). Aspek yang sangat

dipedulikan ibu (95%) adalah kebutuhan bayi untuk mendapatkan imunisasi, pengetahuan tentang tumbuh kembang, dan pengetahuan tentang bayi agar tetap sehat (Afiyanti, et al, 2006)

Menurut Tomey dan Alligood (2006), ada 4 macam dukungan sosial yang dapat diberikan, yaitu: (1) dukungan emosional, seperti merasa dicintai, dipercayai dan dimengerti; (2) dukungan informasi, membantu ibu menolong dirinya sendiri dan menyediakan informasi yang berguna berhubungan dengan masalah yang terjadi; (3) dukungan fisik, adalah pertolongan secara langsung yang diberikan kepada orang tua baru; (4) dukungan penilaian, dukungan yang memberikan penilaian terhadap peran yang telah dilakukan.

Dukungan yang diberikan pada ibu dan keluarga yang diberikan sangat bermanfaat dan berpengaruh pada perawatan BBLR oleh ibu selama di rumah sakit dan di rumah. Menurut Rauh, et al. (2000), beberapa manfaat dukungan dan pelatihan perawatan bayi pada ibu selama di rumah sakit dan di rumah adalah bahwa ibu dapat mengerti keadaan khusus bayinya (BBLR), potensi perkembangannya sehingga menghilangkan ketakutan dan kecemasan, serta mendorong ibu untuk menikmati kebersamaan dengan bayinya. Kepekaan ibu terhadap isyarat bayinya terutama isyarat kelelahan, kelebihan rangsangan dapat dipahami oleh ibu, sehingga dapat mengajarkan ibu untuk berinteraksi dengan bayi pada saat yang tepat dan ibu dapat belajar kapan harus beristirahat. Pemahaman ibu terhadap temperamen bayi akan meningkatkan rasa percaya diri ibu merawat BBLR selama di rumah sakit dan di rumah.

1.5. Penerapan Konsep *Bonding Attachment* Dalam Keperawatan Maternitas Terhadap Ibu dengan BBLR

Bonding attachment adalah interaksi antara orang tua dan bayi yang dimulai sejak dalam kandungan, dilanjutkan saat persalinan dan

dipertahankan pada periode post partum. *Bonding* diartikan sebagai dimulainya interaksi secara emosi, fisik dan sensorik antara orang tua terhadap bayinya, sedangkan *attachment* (kedekatan) adalah ikatan perasaan kasih sayang antara orang tua dengan bayi. Kedekatan ini meliputi pencurahan perhatian serta adanya hubungan emosi dan fisik melalui pertukaran sinyal pada pemberi asuhan (Mattesson, 2001).

Pencapaian peran sebagai orang tua (*maternal role attainment*) pada masa post partum dapat dilakukan melalui berinteraksi dengan bayinya sesegera mungkin setelah bayi lahir (*Bonding attachment*). Interaksi yang dimulai sejak 30 menit sampai dengan 60 menit pertama setelah bayi lahir merupakan periode sensitif bagi ibu dan bayi untuk saling mengenal dan saling terikat satu sama lain (Matteson, 2001). Pada periode sensitif ibu dan bayi memungkinkan menjalin hubungan kasih sayang yang dapat ditunjukkan melalui perilaku *bonding attachment* yang positif.

Hubungan kasih sayang, sebagai satu istilah yang terkait dengan kontak, berasal dari teori kasih sayang (*attachment*) dari John Bowlby (Klaus & Karin, 2007). Perilaku kasih sayang pada bayi dalam bentuk kontak mata, senyuman, tangisan, peniruan dan gerakan sebagai sebuah dasar yang penting untuk menstimulasi sebagai pola perawatan BBLR.

Kondisi fisik dan adaptasi ibu post partum dalam merawat bayi berat lahir rendah (BBLR) sering membuat ibu tidak memiliki rasa percaya diri dalam merawat bayinya selama di rumah sakit maupun di rumah. Hal ini disebabkan oleh banyak faktor diantaranya faktor usia, jaringan sosial ekonomi, budaya, pendidikan (Lowdermilk, Perry, Bobak, 2000; May, Mahlmeister, 2001). Sedangkan Kurdahi (2007), menyatakan bahwa perasaan khawatir yang terjadi pada ibu cenderung disebabkan oleh faktor usia, pendidikan ibu, paritas, dan komplikasi medis pada BBLR.

Selain hal tersebut diatas beberapa faktor berkontribusi terhadap pola perawatan ibu terhadap bayinya dipengaruhi oleh adanya rasa tidak nyaman dan kelelahan setelah melahirkan, kurang pengetahuan tentang kebutuhan BBLR, pengalaman sebelumnya, harapan-harapan tentang bayinya, karakteristik bayi, dan kejadian tidak terduga seperti kejadian BBLR (Gorrie, Mc Kinney & Murray, 2003). Hasil penelitian lain menyatakan bahwa ibu sering merasa khawatir dan cemas saat akan melakukan perawatan pada BBLR di rumah walaupun sudah dibekali dengan pendidikan kesehatan tentang perawatan BBLR di rumah sakit (Bang, et al, 2005). Sedangkan menurut Hazel, (2006), ibu tidak siap melakukan perawatan di rumah dikarenakan oleh respon keluarga yang tidak adekuat, dan persepsi ibu yang salah terhadap kondisi BBLR.

Kelekatan dan kasih sayang (*bonding attachment*) merupakan ikatan emosional yang kuat yang dikembangkan bayi melalui interaksi bayi dengan ibunya (Mc Cartney & Dearing, 2002). Bayi mendapatkan kesan pertama melalui perilaku dan sikap ibu dalam memberikan perawatan terhadap bayi mulai awal usianya. Pengenalan sejak dini ibu pada bayinya akan membuat ibu lebih mengenal kondisi dan kebutuhan bayi sehingga dapat melakukan perawatan pada bayi dengan sikap yang percaya diri. Perilaku perawatan yang baik melalui pengenalan akan bayinya, mengakui bayi sebagai anggota keluarga sebagai ikatan kasih sayang, serta interaksi ibu merespon kebutuhan perawatan bayi sebagai kelekatan terhadap bayinya akan mampu membuat bayi mengeksplorasi lingkungan secara optimal. Hal ini akan dapat membuat bayi mengalami perkembangan perilaku, sosial, kognitif secara optimal (Stams., dkk, 2002).

Melakukan rawat gabung sesegera mungkin pada kondisi bayi yang memenuhi syarat sebagai intervensi *bonding attachment* merupakan satu cara perawatan terhadap ibu dan bayi yang baru dilahirkan khususnya pada BBLR. Pelaksanaan rawat gabung dapat mempertahankan integritas ikatan biologis dan psikologis bayi baru lahir dengan ibunya. Rawat gabung

(*rooming-in*) merupakan upaya rumah sakit dalam memfasilitasi kedekatan ibu dan bayinya sehingga dapat merangsang ibu untuk menyusui. Manfaat lain dari rawat gabung adalah menurunkan insiden sepsis pada bayi, menurunkan gangguan tidur bayi, memfasilitasi kesinambungan pemberian ASI pada BBLR (Platt & Ball, 2002).

2.6 Pola Perawatan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Proses pencapaian peran ibu yang dilalui dengan empat fase yang berhubungan dengan respon bayi. Pada keempat fase tersebut diantaranya fase *anticipatory*, formal, informal, dan personal. Fase *anticipatory* dimulai sejak kehamilan dan melibatkan interaksi dengan bayi. Fase kedua dimulai saat kelahiran bayi yang juga memerlukan peran perawat dalam melakukan pengkajian fisik secara umum. Pada fase informal, peran ibu dalam proses interaksi dengan bayinya menjadikan ibu lebih matang di dalam menjalankan perannya. Fase keempat personal, ibu telah menginternalisasi perannya sehingga ibu mulai merasa percaya diri, merasa mampu dalam menjalankan tugasnya (Mercer, 1995 dalam Tomey & Alligood, 2006). Dalam model konseptual yang dinyatakan oleh Mercer, bahwa sifat bayi berdampak pada identitas peran ibu yang meliputi : temperamen, kemampuan memberikan isyarat, penampilan, karakteristik umum, *responsiveness* dan kesehatan umum.

Pada bayi baru lahir lebih spesifik mengkaji kontak mata antara bayi dengan ibunya sebagai isyarat pembicaraan, refleks menggenggam, refleks tersenyum dan tingkah laku yang tenang sebagai respon terhadap perawatan yang dilakukan ibu (Mercer, 1995 dalam Tomy & Alligood, 2006). Pada kondisi post partum perubahan dapat terjadi, termasuk perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial pada ibu yang memasuki awal transisi menjadi seorang ibu. Masa penyesuaian awal postpartum diperlukan oleh keluarganya, sehingga dapat menimbulkan variasi

kepedulian maternal pada ibu nifas dalam melakukan perawatan terhadap bayi (Afiyanti., et al, 2006).

Perawatan ibu setelah melahirkan di rumah sakit cukup singkat; di Indonesia biasanya ibu dirawat 2-3 hari, sehingga tidak banyak yang didapatkan ibu tentang perawatan bayi berat badan lahir rendah (BBLR) dari tenaga kesehatan selama ibu dirawat, selanjutnya ibu akan segera kembali ke rumah dan memulai peran menjadi orang tua. Lowdermilk dan Perry (2005), menyatakan bahwa menjadi orang tua merupakan suatu proses yang terdiri dari dua komponen. Komponen pertama yaitu bersifat praktis atau mekanis yang melibatkan keterampilan kognitif dan motorik dan komponen kedua yang bersifat emosional, melibatkan keterampilan afektif dan kognitif., kedua komponen ini penting untuk tumbuh kembang BBLR selanjutnya.

Komponen pertama dalam proses menjadi orangtua melibatkan aktivitas perawatan bayi, seperti memberi makan, menggendong, mengenakan pakaian, dan membersihkan bayi menjaganya dari bahaya, dan memungkinkannya untuk bisa bergerak. Aktivitas yang berorientasi pada tugas ini atau keterampilan kognitif-motorik tidak terlihat secara otomatis pada saat bayi lahir. Kemampuan orang tua dalam hal ini dipengaruhi oleh pengalaman pribadinya dan budayanya, banyak orang tua untuk belajar dan dibantu dukungan orang lain menjadi terbiasa dengan aktivitas merawat BBLR (Lowdermilk & Perry, 2005).

Komponen psikologis menjadi orang tua, sifat keibuan atau kebakapan bersumber dari pengalaman orangtua dimasa kecil saat mengalami dan menerima kasih sayang dari ibunya. Dalam hal ini orang tua bisa dikatakan bisa mewarisi kemampuan untuk menunjukkan perhatian dan kelembutan serta menyalurkan kemampuan ini ke generasi berikutnya dengan meniru hubungan orangtua-anak yang pernah dialaminya. Keterampilan kognitif-afektif menjadi orangtua ini meliputi sikap yang

lembut, waspada, dan memberi perhatian terhadap kebutuhan dan keinginan anak. Komponen menjadi orang tua ini memiliki efek yang mendasar pada cara perawatan anak yang dilakukan dengan praktis dan pada respons emosional anak terhadap asuhan yang diterimanya.

Lowdermilk dan Perry (2005), menyebutkan bahwa terdapat beberapa adaptasi ibu setelah melahirkan, yaitu dependen-mandiri (*taking hold*), dan interdependen (*letting go*). Pada fase dependen yang terjadi sampai hari kedua sampai hari ketiga, ibu masih tergantung dengan orang lain sebagai respon terhadap kebutuhan istirahat dan makan. Pada fase dependen-mandiri, ibu mulai ingin tahu tentang perawatan bayi dan dirinya sendiri, sedangkan fase interdependen merupakan fase stres bagi ibu karena kesenangan dan memenuhi kebutuhan bayi menjadi terbagi. Ibu harus menyelesaikan peran dalam merawat bayi dan memerlukan dukungan.

Pola perawatan bayi berat lahir rendah (BBLR) yang dapat dilakukan oleh ibu selama di rumah sakit, pada prinsipnya adalah mempertahankan suhu bayi agar tetap normal, pemberian minum, dan pencegahan infeksi. Pola perawatan yang dapat dilakukan oleh ibu diuraikan sebagai berikut (Depkes RI, 2000)

1. Menjaga BBLR tetap hangat

Menjaga kehangatan tubuh bayi agar tidak terserang hipotermia dapat dilakukan dengan cara mengeringkan bayi berat lahir rendah (BBLR) segera setelah lahir dengan menggunakan kain kering dan bersih, Untuk menjaga agar suhu BBLR dapat tetap stabil maka bayi memerlukan kehangatan dan kedekatan sebagai hubungan ikatan kasih sayang pada ibunya. Meletakkan dan mendekapkan bayi di dada ibu merupakan salah satu cara mentransfer panas agar menjaga tubuh bayi tetap hangat, karena bayi berat badan lahir rendah mudah sekali kedinginan, dan serangan dingin dapat menyebabkan kematian pada BBLR.

Ibu harus menjaga bayi tetap hangat dengan kontak langsung ibu dan bayi. Kontak langsung kulit bayi dan ibu menyebabkan panas tubuh ibu menghangatkan tubuh bayi. Sering mendekap bayi di dada ibu akan memperkuat ikatan batin ibu dan bayi secara dini dan memudahkan bayi untuk menyusui ke payudara ibu. Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) perlu dibungkus dengan kain atau selimut, memakai topi namun tidak dibedong terlalu ketat karena akan dapat membatasi gerakan pernafasan BBLR. Seseegera mungkin bayi sebaiknya didekatkan dengan ibu dalam perawatan bersama (*rooming in*). Hal ini dapat memudahkan ibu untuk menyusui bayi dan berinteraksi dengan bayi.

Tubuh BBLR sangat rentan terhadap perubahan suhu, hal ini disebabkan oleh sistem pengaturan suhu tubuh BBLR yang tidak adekuat, oleh sebab itu memandikan bayi berat badan lahir rendah ditunda sampai dengan suhu tubuh bayi stabil, keadaan umum membaik, bayi sudah lebih kuat dan dapat menghisap ASI dengan baik. Sebelum memandikan bayi terlebih dahulu sebaiknya mempersiapkan perlengkapan bayi. Bayi harus dimandikan dengan cepat dan segera dikeringkan, memakaikan pakaian dan topi. Bayi yang baru saja selesai menyusui tindakan memandikan bayi ditunda 1 jam, hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya muntah pada bayi.

2. Mencegah infeksi pada BBLR

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) sangat rentan terhadap infeksi, hal ini memerlukan penanganan pencegahan infeksi pada BBLR. Beberapa cara perawatan BBLR untuk mencegah infeksi pada BBLR dapat dilakukan dengan tindakan preventif melalui cuci tangan dengan sabun setiap kali akan memegang bayi, hal ini dikarenakan BBLR sangat rentan dengan penyakit karena pertahanan tubuh yang tidak adekuat.

Perawatan preventif yang dapat dilakukan ibu untuk mencegah infeksi adalah perawatan tali pusat pada BBLR yang dapat dilakukan oleh ibu selama di rumah sakit dan di rumah. Tali pusat bayi harus dibersihkan dengan air bersih dan dikeringkan hingga pangkalnya setiap kali basah atau kotor. Tali pusat tidak boleh dibubuhi ramuan tradisional karena dapat menyebabkan infeksi atau tetanus neonatorium.

Popok bayi dapat menjadi media penyebab infeksi akibat ruam popok pada bokong bayi yang tidak dibersihkan dan dalam kondisi lembab. Popok bayi harus diganti setiap kali basah. Kotoran yang ada di bokong bayi dibersihkan dengan menggunakan kapas basah dan dikeringkan kembali.

Tindakan membedaki bayi juga perlu dilakukan dengan hati-hati, bedak tidak boleh mengenai mata, hidung, mulut, telinga, atau kemaluan karena dapat menyebabkan alergi dan infeksi. Penggunaan minyak penghangat seperti minyak telon dan kayu putih harus hati-hati karena dapat menyebabkan luka bakar dan infeksi pada kulit bayi.

3. Menyusui Bayi berat badan lahir rendah

Bayi berat lahir rendah (BBLR) sangat memerlukan nutrisi untuk tumbuh. Nutrisi utama pada BBLR adalah ASI. Pemberian ASI oleh ibu dapat dilakukan oleh ibu dengan posisi duduk, bayi dipangku, kepala bayi diletakkan pada siku ibu sedangkan tangan ibu menahan bokong bayi, bayi miring menghadap ibu, perut bayi menempel pada perut ibu. Ibu dapat merangsang mulut bayi agar terbuka lebar dengan cara menyentuhkan puting susu ibu ke bibir bayi agar bayi membuka mulutnya, dan memasukkan puting susu ibu sampai ke bagian lingkaran hitam disekitar puting.

Posisi bibir bayi yang benar saat menyusui penting diperhatikan, agar kebutuhan ASI pada BBLR terpenuhi dan energi yang digunakan bayi untuk menyusui tidak mengganggu kenyamanan bayi sewaktu menyusui. Posisi mulut bayi sebaiknya terdorong ke luar, dagu bayi menempel pada payudara. Teknik menyusui dilakukan dengan menyusui dari kedua payudara secara bergantian selama bayi menginginkan ASI. Apabila bayi sudah puas menyusui, bayi akan tidur nyenyak. Bila sudah waktunya menyusui dan bayi masih tidur, maka bayi segera dibangunkan untuk disusui paling tidak tiap 3 jam.

2.7 Konsep Keperawatan Maternitas Yang Berpusat Pada Keluarga (*Family Centered Maternity Care*)

Konsep keperawatan maternitas yang berpusat pada keluarga (*Family Centered Maternity Care*) merupakan suatu filosofi pelayanan keperawatan maternal dan perinatal yaitu pemberian pelayanan perinatal berkualitas yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik dan psikososial pada wanita, bayi, dan keluarga sebagai individu yang unik dan melihat setiap anggota keluarga yang memiliki kebutuhan dan keinginan khusus yang dapat dipenuhi melalui proses keperawatan (Philip, 1996).

Konsep keperawatan maternitas yang berpusat pada keluarga juga diarahkan pada pemenuhan kebutuhan ibu pada masa kehamilan, persalinan dan nifas (Pilliteri, 2003). Pelayanan keperawatan maternitas yang berpusat pada ibu dan keluarga diharapkan dapat mencapai pelayanan kesehatan yang optimal.

Menurut Zwelling dan Philip, (2001), ada sepuluh pendekatan yang digunakan dalam model *Family Centered Maternity Care*, yaitu: (1) pelayanan dengan pendekatan konsep maternitas yang berpusat pada keluarga dilakukan untuk mempertahankan sikap perawatan bayi; (2)

pelayanan perinatal bersifat personal dan disesuaikan dengan kebutuhan fisik, psikologis, spiritual, dan budaya serta latar belakang pendidikan dari setiap perempuan dan keluarganya; (3) program komprehensif edukasi perinatal mempersiapkan keluarga untuk aktif ikut berpartisipasi sepanjang periode perinatal, kehamilan, persalinan, nifas dan menjadi orang tua; (4) para penyedia pelayanan kesehatan membantu keluarga agar dapat membuat keputusan untuk perawatan mereka dan membantu keluarga memiliki pengalaman positif sesuai dengan harapan mereka; (5) pasangan dan orang terdekat memberikan bantuan dan melibatkan diri dalam perawatan bayi; (6) memenuhi kebutuhan ibu dan keluarga selama perawatan di rumah sakit; (7) perawatan rawat gabung yang fleksibel; (8) para ibu adalah perawat bagi bayinya sendiri, perawat memfasilitasi pelayanan; (9) pemberi pelayanan memfasilitasi pasangan ibu dan bayi sebagai satu unit keluarga; (10) para orang tua diizinkan merawat bayi mereka yang sakit/ beresiko tinggi setiap waktu dan mereka diikutsertakan merawat bayi dengan kondisi tertentu.

Konsep keperawatan maternitas yang berpusat pada keluarga mempunyai beberapa prinsip dapat dijadikan sebagai dasar dalam pola asuh bayi berat badan lahir rendah (BBLR). Klien dan keluarga berhak menentukan perawatan yang sesuai, perawat membantu ibu mengambil keputusan tentang perawatan bayi berat badan lahir rendah. Sikap, nilai dan perilaku sehat keluarga mempengaruhi pola perawatan bayi, perawat berperan sebagai advokat untuk melindungi hak anggota keluarga, peningkatan kesehatan melalui model peran, proses belajar dan konseling dengan melibatkan keluarga (Philip, 2006; Straight, 2001).

2.8 Peran Perawat Maternitas

Secara teoritis peran perawat maternitas dikhususkan pada area spesifik, diantaranya sebagai perawat pelaksana, pendidik, pengelola, advokat, dan peneliti (Pilliteri, 2003).

1. Peran perawat maternitas sebagai perawat pelaksana

Peran perawat dapat diwujudkan dengan memberikan rasa aman dan nyaman pada ibu dan keluarga. Perawat juga berperan memberikan contoh demonstrasi pola perawatan BBLR pada ibu selama di rawat di rumah sakit dan akan dapat dilanjutkan di rumah, serta memantau pola perawatan yang telah dilakukan oleh ibu.

2. Peran perawat maternitas sebagai perawat pendidik

Sebagai perawat pendidik perawat maternitas dapat memberikan pendidikan kesehatan pada ibu dan keluarga agar memberi perawatan pada BBLR. Perawat berperan meningkatkan pengetahuan ibu dan keluarga mengenai pola perawatan BBLR di rumah sakit dan di rumah melalui pendidikan *discharge planning* di rumah sakit, sehingga keluarga mampu mengambil keputusan dalam perawatan BBLR. Pendidikan perawatan BBLR dimaksudkan untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu merawat BBLR, dan melanjutkan peran perawatan di rumah.

3. Peran perawat maternitas sebagai perawat pengelola

Perawat sebagai pengelola berperan dan bertanggung jawab dalam mengelola pelayanan dengan memantau kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada ibu hamil serta mengorganisasi dan mengendalikan sistem pelayanan keperawatan agar dapat mendeteksi bahaya.

4. Peran perawat maternitas sebagai perawat advokat

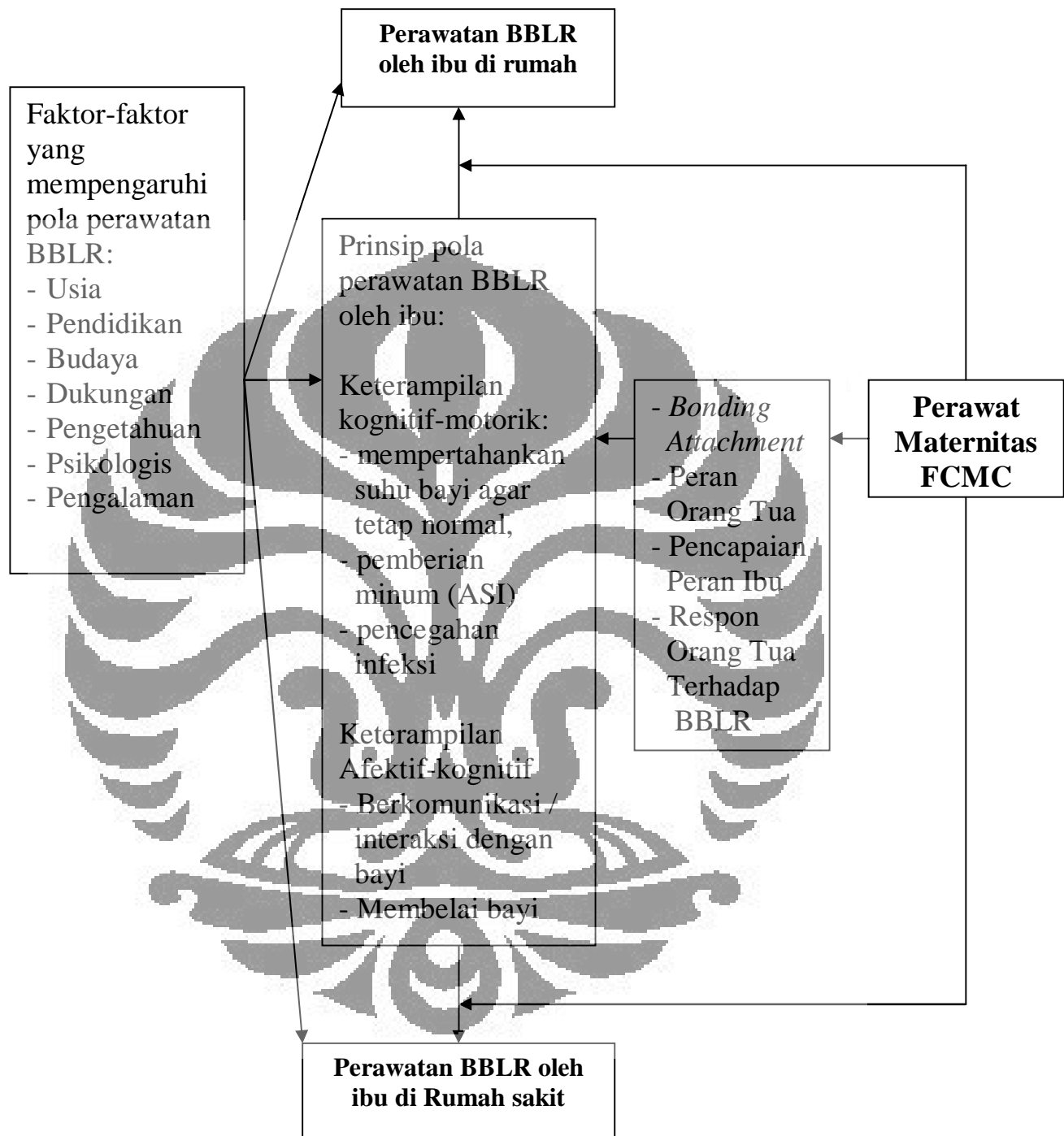
Peran perawat sebagai advokat menjamin dan melindungi hak dan kewajiban ibu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal dan seimbang.

5. Peran perawat maternitas sebagai perawat peneliti

Peran perawat sebagai peneliti dapat mengidentifikasi masalah-masalah yang terkait dengan pola perawatan bayi berat badan lahir rendah (BBLR), diharapkan dapat digunakan dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayi. Sebagai perawat peneliti pola perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah penting untuk diteliti sebagai landasan ilmiah dalam memberikan asuhan keperawatan, dan menjadi modal untuk mempromosikan cara perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah, serta mengevaluasi keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan.



2.8 Kerangka Teori Penelitian



Sumber : (Lodermilk, Perry, Bobak, 2005; Matteson, 2001; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Gorrie, Mc Kenney & Murray, 2003; Tomey Aligood, 2006; Depkes, 2000)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian riset kualitatif dengan pendekatan *grounded theory*. Penelitian ini mengeksplorasi suatu perilaku pola perawatan bayi berat lahir rendah (BBLR) oleh ibu di rumah sakit dan di rumah, sehingga dapat mengembangkan suatu teori atau konsep yang dapat dijadikan salah satu dasar pelayanan keluarga dalam perawatan BBLR. Berdasarkan pendekatan *grounded theory*, peneliti membangun teori dari data empiris yang merupakan proses sosial yang terjadi dalam interaksi perilaku manusia (Speziale & Carpenter, 2003).

Teori yang dihasilkan dalam penelitian ini adalah sebuah skema analitik yang abstrak dari fenomena (perilaku pola perawatan BBLR), yang terkait dengan sebuah situasi kehidupan natural dengan menjalankan peran sebagai ibu. Perilaku merawat BBLR oleh ibu selama di rumah sakit merupakan perilaku interaksi antara ibu dan bayi. Simbol interaksi meyakini bahwa manusia khususnya ibu mempunyai perilaku dan interaksi alami yang diekspresikan dalam bentuk verbal (subjektif) maupun non verbal. Studi ini lebih menekankan nilai-nilai subjektif yang disampaikan oleh partisipan dari suatu kondisi yang nyata dan dibuat dalam bentuk naratif. Selain itu dalam penelitian ini, peneliti berperan sebagai instrumen penelitian dalam menginterpretasikan data dengan validasi dari partisipan.

Informasi dari penelitian berhubungan dengan teori yang dihasilkan dari data yang diperoleh dan teori yang muncul dihubungkan dengan temuan data-data penelitian sebelumnya, sehingga prosedur dalam penelitian bersifat khusus (Streubert & Carpenter, 2003). Teori dalam pola perawatan

BBLR oleh ibu dikembangkan berdasarkan pengalaman, pengetahuan, dukungan, dan interaksi sosial ibu terhadap masalah terkait. Penelitian *grounded theory* ini mengacu pada teori feminis kritis yang menuntun peneliti dalam proses perumusan teori dan intervensi yang baru berdasarkan prinsip pada pengetahuan yang dihasilkan oleh partisipan dan peneliti

Penggunaan teori feminis kritis ini adalah peneliti melihat dinamika sebuah realitas terkait perilaku pola perawatan ibu terhadap BBLR. Penggunaan teori feminis kritis dalam penelitian ini karena akan menggali mendalam tentang pengalaman perempuan sebagai seorang ibu, khususnya pada ibu yang melahirkan dan melakukan perawatan terhadap bayi berat badan lahir rendah (BBLR) di rumah sakit dan di rumah. Penelitian feminis membahas tentang isu terkait perempuan dan pemberdayaan perempuan dengan studi berperspektif perempuan (Speziale & Carpenter, 2003).

3.2 Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah ibu yang melahirkan bayi berat badan lahir rendah (BBLR) yang di rawat gabung dan melakukan perawatan terhadap BBLR. Penelitian ini dilakukan di rumah sakit umum pusat (RSUP) Fatmawati Jakarta. Pemilihan sampel dilakukan dengan *Purposive sampling*, dimana sampel yang dipilih adalah sampel yang sesuai dengan kriteria tertentu tergantung tujuan penelitian (Patton, 1990). Sampel yang dipilih merupakan sampel yang dianggap paling mampu dan paling baik, serta berkontribusi dalam pembentukan teori (Creswell, 1998). Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah: (1) Ibu yang melahirkan BBLR; (2) Ibu yang sudah rawat gabung dengan BBLR dan melakukan perawatan pada BBLR; (3) Dapat berbahasa Indonesia; (4) Dapat menceritakan pengalamannya dengan lancar.

Jumlah informan dalam penelitian kualitatif rata-rata 6-10 orang, tetapi jika penelitian belum mencapai saturasi jumlah sampel dalam penelitian akan ditambah sampai informasi yang didapat dari informan menghasilkan data jenuh (Dukes, 1984 dalam Creswell, 1998). Dalam penelitian ini melibatkan 6 orang partisipan. Proses rekrutmen partisipan dilakukan dengan terlebih dahulu mendapatkan izin penelitian di RSUP Fatmawati dan melakukan pendekatan pada perawat ruangan untuk mengidentifikasi calon partisipan. Sebelum peneliti melakukan wawancara pada partisipan, peneliti melakukan seleksi calon partisipan yang memenuhi kriteria dalam penelitian dengan bantuan kepala ruangan tempat penelitian berlangsung. Setelah mendapatkan calon partisipan peneliti kemudian melakukan pendekatan pada calon partisipan dengan menanyakan keadaan partisipan dan keadaan bayinya sampai terbina hubungan saling percaya dengan peneliti dan menjelaskan pada partisipan tentang program penelitian pada calon partisipan. Peneliti kemudian menjelaskan manfaat penelitian dan prosedur penelitian yang dilakukan dan meminta kesediaan calon partisipan untuk memilih bersedia atau tidak dalam penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti.

Pada proses rekrutmen didapatkan 7 orang partisipan yang teridentifikasi sebagai calon partisipan. Peneliti melakukan pendekatan kepada ketujuh calon partisipan dan mendapatkan persetujuan penelitian dari ketujuh partisipan. Pada proses penelitian salah seorang partisipan menyatakan bahwa dirinya tidak bersedia bila hasil wawancara yang telah direkam dipublikasikan, sehingga dalam hal ini partisipan tersebut tidak diikutsertakan dalam penelitian. Setelah membina hubungan saling percaya pada partisipan, peneliti melakukan kontrak pada partisipan untuk melakukan kunjungan rumah, melakukan observasi pada pola perawatan BBLR yang dilakukan oleh ibu selama di rumah. Berdasarkan alamat dan data yang diperoleh, partisipan dihubungi kembali dan dikunjungi sesuai dengan kontrak waktu yang sebelumnya dilakukan antara peneliti dan partisipan.

3.3 Waktu Dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret sampai bulan Juli 2009 di RSUP Fatmawati, Jakarta. Tempat penelitian dipilih oleh peneliti atas dasar hasil pengkajian yang telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya pada praktek aplikasi pada bulan Juli – September 2008 di RSUP Fatmawati. Didapatkan data bahwa angka BBLR cukup tinggi yaitu 91 bayi dengan rerata hari rawat 4-7 hari. Selain hal tersebut di RSUP Fatmawati telah menerapkan program rawat gabung ibu dan bayi dan memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan bayi, sehingga dapat dilanjutkan oleh ibu. Berdasarkan kondisi tersebut tempat penelitian dapat mendukung pelaksanaan penelitian pola perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan dirumah.

Tabel 3.3 Alokasi Waktu Penelitian

Uraian Kegiatan	Bulan				
	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Persetujuan Rumah Sakit					
Eksplorasi dan pemilihan lokasi penelitian					
Identifikasi dan perekrutan partisipan					
Wawancara dan Observasi					
Pengumpulan dokumentasi lapangan					
Penulisan Transkrip dan analisis data					
Penulisan laporan					
Penulisan draft artikel publikasi					
Desiminasi hasil					

3.4 Etika Penelitian

Etika sangat perlu dipertimbangkan dalam suatu penelitian yang dilakukan (Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti harus melindungi hak-hak setiap individu yang menjadi subyek penelitian terhadap kenyamanan baik dari segi fisik maupun psikologis, karena dalam suatu penelitian menghasilkan suatu bentuk konsekuensi dan tanggungjawab yang profesional dan bersifat personal bahwa desain yang dipilih sesuai dengan pertimbangan etik dan moral. Sebelum melakukan penelitian di lapangan, peneliti meminta persetujuan untuk melakukan di lapangan. Persetujuan didapatkan oleh peneliti dengan memberikan informasi secara tertulis dan memberi penjelasan tentang tujuan dan prosedur penelitian yang dilakukan, resiko dan manfaat berpartisipasi dalam penelitian ini, kemudian meminta persetujuan partisipan untuk terlibat dalam penelitian dengan sukarela.

Aspek prinsip etik yang diperhatikan peneliti meliputi *autonomy*, *confidentiality*, *anonymity*, *nonmaleficence*, dan *protection from discomfort* (Polit & Hungler, 2001). Berdasarkan aspek *autonomy* atau otonomi, artinya partisipasi yang diberikan oleh partisipan bersifat sukarela, dalam hal ini peneliti meminta persetujuan partisipan untuk terlibat dalam penelitian ini dengan sukarela. Partisipan diminta untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan sebagai tanda kebersediaan mengikuti penelitian. Pada penelitian ini prinsip otonomi yang digunakan adalah peneliti menjelaskan pada partisipan bahwa partisipan diberikan hak dan kebebasan memilih untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian, tanpa paksaan, dan sewaktu-waktu partisipan dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Confidentiality merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan. Dalam hal ini selama penelitian berlangsung peneliti berusaha untuk meyakinkan partisipan bahwa hasil jawaban partisipan baik informasi

maupun masalah-masalah lainnya dikumpulkan dan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Upaya yang dilakukan oleh peneliti untuk menjaga kerahasiaan partisipan adalah membuat nomor kode partisipan (*anonymity*) dan menyimpan semua informasi yang telah didapatkan dan dikumpulkan oleh peneliti selama melakukan penelitian dalam tempat yang terjamin kerahasiaannya, dan memusnahkan semua informasi yang telah dikumpulkan oleh peneliti lima tahun setelah kegiatan penelitian selesai.

Berdasarkan aspek *protection from discomfort*, bahwa dalam penelitian harus memperhatikan aspek kenyamanan partisipan. Selama proses penelitian, partisipan diwawancarai oleh peneliti dan memakai waktu partisipan untuk memperoleh informasi, selain itu perilaku partisipan juga diobservasi oleh peneliti sehingga dapat menimbulkan ketidaknyamanan bagi partisipan. Aspek kenyamanan pada penelitian ini diterapkan dengan memberikan penjelasan tentang manfaat yang didapatkan oleh partisipan dan kemungkinan resiko yang dapat terjadi. Peneliti menjelaskan pada partisipan bahwa resiko yang dapat terjadi adalah perubahan pada emosi (menangis atau sedih, karena mengungkapkan hal-hal yang sensitif terkait dengan kondisi bayi dengan berat lahir rendah, dan ketidakberdayaan ibu untuk memberikan yang terbaik bagi bayinya) yang dapat terjadi pada partisipan saat dilakukan wawancara oleh peneliti.

Pada saat melakukan wawancara, peneliti mengobservasi apakah beberapa partisipan menunjukkan rasa bersedih dari mimik muka menunjukkan rasa bersedih, pada kondisi ini peneliti memberikan kesempatan pada partisipan untuk terlebih dahulu mengekspresikan perasaan partisipan dan menghentikan proses wawancara untuk sementara dan memberikan kesempatan pada partisipan untuk menenangkan diri. Wawancara dilanjutkan kembali setelah partisipan bersedia dan telah merasa tenang dan nyaman kembali. Partisipan juga diberi kebebasan menentukan waktu dan tempat wawancara agar dapat menjaga kenyamanan partisipan

Peneliti menjelaskan pada partisipan bahwa perilaku perawatan BBLR yang dilakukan oleh partisipan selama di rumah sakit dan di rumah sewaktu-waktu akan diobservasi oleh peneliti. Hal ini dapat menimbulkan ketidaknyamanan pada partisipan sehingga peneliti akan meminta kesediaan partisipan untuk tidak terpengaruh dengan observasi yang dilakukan oleh peneliti dan beraktivitas secara natural, dan hal ini dilakukan untuk mengumpulkan data observasi yang dibutuhkan dalam proses penelitian.

3.5 Validitas

Validasi data dalam suatu penelitian sangat diperlukan. Hal ini dilakukan agar informasi yang didapatkan dalam proses penelitian memiliki sifat yang valid. Dalam penelitian ini, kepercayaan terhadap data dibangun oleh peneliti dengan cara memperhatikan dengan seksama dan mengkonfirmasi informasi-informasi yang ditemukan. Tujuan validasi data dalam suatu penelitian kualitatif adalah agar dapat menampilkan semua informasi atau data yang telah ditemukan dari fenomena yang dipelajari secara akurat. Kriteria yang digunakan untuk menghasilkan informasi yang valid menurut Moleong (2004), diantaranya derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferrability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*).

Credibility adalah derajat kepercayaan yang diperoleh dengan cara yang benar dan handal sehingga tingkat kepercayaan dapat dipenuhi. Pada penelitian ini tingkat kepercayaan dipenuhi dengan menggunakan metode penelitian yang benar. Metode yang digunakan dalam proses penelitian ini adalah wawancara, catatan lapangan, dan observasi. Kebenaran metode penelitian yang digunakan diperoleh melalui proses perencanaan penelitian yang dibuat dalam bentuk proposal, dan melalui tahap uji proposal penelitian agar memenuhi derajat kepercayaan dalam penelitian.

Transferrability merupakan kriteria dalam validitas data yang dilakukan dengan cara membangun keteralihan untuk menilai keabsahan penelitian kualitatif. Dalam hal ini keteralihan dibangun dengan mengumpulkan kejadian ilmiah dari semua data-data yang telah dikumpulkan yang memiliki konsep yang sama, sehingga temuan dalam penelitian dapat berlaku dan diterima dalam segala konteks. Data-data yang dikumpulkan dinyatakan valid jika hasil yang dirasakan sama pada populasi lain yang tidak termasuk sebagai partisipan dengan kriteria yang sama dengan sampel penelitian. Data-data partisipan yang telah dikumpulkan oleh peneliti kemudian dikonfirmasi kembali dengan partisipan uji coba, apakah sudah dirasakan sama. Pada hasil penelitian ini data-data yang didapatkan memiliki hasil yang dirasakan sama dengan membandingkan data-data yang didapatkan dari partisipan yang dilakukan uji coba dengan partisipan yang menjadi sampel penelitian.

Dependability adalah suatu kestabilan dan saling ketergantungan data atau proses penelitian dari waktu ke waktu untuk menjamin keabsahan penelitian. Dalam hal ini, peneliti melakukan auditing (pemeriksaan) data dengan melibatkan seseorang yang berkompeten di bidangnya (Moleong, 2004). Untuk memperoleh hasil data yang stabil maka dalam penelitian ini peneliti melakukan proses auditing. Auditing dilakukan melalui proses bimbingan yang dilakukan bersama dengan pembimbing tesis.

Confirmability, merupakan proses menghasilkan objektivitas data atau hasil penelitian. Proses dalam menghasilkan objektivitas data dalam penelitian ini dilakukan dengan konfirmasi data yang telah diperoleh peneliti dari partisipan. Data-data yang dikumpulkan oleh peneliti diklarifikasi kembali oleh partisipan untuk memperoleh pandangan dan persetujuan dari partisipan. Proses ini dilakukan dengan membuat transkrip dari hasil wawancara dengan partisipan dan meminta partisipan untuk membaca isi transkrip yang telah dibuat oleh peneliti sambil

mendengarkan rekaman wawancara sebagai upaya untuk memperoleh kepastian atau objektivitas data yang telah diperoleh.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Pada dasarnya alat pengumpul data dalam penelitian *grounded theory* adalah peneliti sendiri (Speziale & Carpenter, 2003), sedangkan alat lain seperti catatan, *audiotape*, *videotape*, pedoman wawancara, panduan observasi, dan alat tulis lain merupakan alat pelengkap untuk membantu kelengkapan pengumpulan data. Pada penelitian ini peneliti menggunakan metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam (*semi structured, open-ended*), observasi, studi dokumen / literatur sebagai sumber data.

Pada proses pengumpulan data peneliti membagi dalam beberapa tahapan yaitu:

3.6.1 Tahap Persiapan

3.6.1.1 Persiapan Lapangan

Pada tahap ini peneliti mempersiapkan segala sesuatu (sarana) yang diperlukan sebelum melakukan penelitian. Sarana yang dipersiapkan mencakup alat pengumpul data (pedoman wawancara, alat perekam MP4, lembar observasi, dan alat tulis). Langkah pertama yang dilakukan oleh peneliti adalah persiapan lapangan dimulai dengan melakukan prosedur perijinan. Setelah mendapatkan surat keterangan atau ijin dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tentang pelaksanaan penelitian yang berjudul Pola Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) oleh Ibu di Rumah Sakit dan di Rumah dan Hal-Hal Yang Mempengaruhi, peneliti menyampaikan surat ke RSUP Fatmawati dengan tembusan ke bagian Departemen Obgyn.

Berdasarkan prosedur penelitian di RSUP Fatmawati, maka sebelum mendapatkan surat ijin penelitian, peneliti mempresentasikan proposal penelitian kepada seluruh bidang

terkait dalam penelitian ini, diantaranya bagian divisi kebidanan dan divisi anak. Setelah melakukan proses presentasi peneliti diberikan ijin untuk meneliti pada bulan Maret di RSUP Fatmawati.

Langkah kedua peneliti bersama dengan kepala ruangan mengidentifikasi partisipan berdasarkan kriteria. Langkah ketiga peneliti melakukan pertemuan dengan calon partisipan. Pada kontak pertama, peneliti didampingi oleh perawat ruangan untuk melakukan pendekatan dan penjelasan pada calon partisipan. Hubungan saling percaya dilakukan melalui pendekatan personal dengan membicarakan topik-topik yang berkaitan dengan pola perawatan BBLR yang telah dilakukan ibu selama di rumah sakit.

Indikator pencapaian hubungan saling percaya antara peneliti dengan partisipan adalah kesediaan partisipan menceritakan biodata partisipan, ketertarikan partisipan dalam menceritakan pola perawatan BBLR yang dilakukan oleh partisipan, dan kesediaan melakukan wawancara dengan peneliti. Peneliti juga memperhatikan kesiapan ibu secara fisik dan psikologis untuk melakukan wawancara. Peneliti menjelaskan dan meminta kesediaan pada partisipan jika wawancara tidak memungkinkan untuk dilakukan di rumah sakit karena keterbatasan hari rawat, maka wawancara dilakukan di rumah partisipan. Peneliti memberikan *informed consent* untuk mendapatkan persetujuan tertulis dari partisipan. Peneliti menjelaskan tentang tujuan penelitian dan wawancara kepada partisipan serta memastikan partisipan dapat mengerti dan menyetujui serta menandatangani pernyataan persetujuan sebagai partisipan.

Peneliti juga memberikan penjelasan tentang hak-hak yang diperoleh seperti kenyamanan fisik dan psikologis serta kewajiban

yang harus dilakukan selama masa penelitian dilakukan. Peneliti menjelaskan bahwa hak-hak yang diperoleh oleh partisipan adalah menetapkan keputusan waktu dan tempat wawancara, serta mendapatkan dukungan emosional saat menceritakan hal-hal yang sensitif tentang kondisi BBLR. Peneliti menjelaskan pada partisipan bahwa kewajiban yang dilakukan oleh partisipan adalah memberikan informasi yang sebenarnya berkaitan dengan fokus penelitian.

3.6.1.2.Persiapan Metode dan Alat

Metode yang digunakan dalam penelitian ini meliputi wawancara mendalam, observasi, dan studi literatur. Metode wawancara mendalam (*in depth - interview*) dalam penelitian ini dilakukan dengan mengajukan pertanyaan terbuka yang menurut Speziale dan Carpenter (2003), adalah memberikan kesempatan kepada partisipan untuk menjelaskan sepenuhnya pengalamannya tentang fenomena yang diteliti. Sarana penting yang membantu peneliti untuk menghimpun data penelitian adalah alat pengumpul data (Moleong, 2006). Alat yang digunakan oleh peneliti pada metode wawancara adalah pedoman wawancara, *tape recorder*, dan menggunakan panduan *field note*.

Pedoman wawancara yang dikembangkan oleh peneliti dalam penelitian ini mengacu pada tujuan khusus penelitian yang mencakup faktor – faktor yang mempengaruhi proses perilaku perawatan BBLR, nilai dan budaya keluarga yang mempengaruhi pola perawatan BBLR, pola perawatan BBLR oleh ibu, pengetahuan ibu tentang pola perawatan BBLR, dan perasaan ibu yang memiliki BBLR dalam melakukan perawatan. Pedoman wawancara diuji pada salah satu partisipan untuk menilai bahwa pertanyaan yang tertera dalam pedoman wawancara telah dipahami oleh partisipan. Indikator pemahaman panduan wawancara dicapai

apabila partisipan memberikan jawaban yang sesuai atas pertanyaan yang diajukan oleh peneliti.

Proses mendapatkan informasi melalui wawancara pada penelitian ini dilakukan dengan perekaman. Peneliti melakukan persiapan alat sebelum melakukan proses wawancara pada partisipan penelitian. Wawancara pertama dilakukan pada partisipan uji coba. Sehari sebelum dilakukan wawancara peneliti telah mengecek alat *tape* yang sebelumnya telah dipersiapkan dan direncanakan dipakai dalam melakukan perekaman proses wawancara dengan partisipan, namun pada saat dilakukan wawancara *tape recorder* tidak berputar merekam. Kemampuan peneliti dalam menggunakan alat perekam *tape recorder* belum cukup baik, karena peneliti tidak dapat mengatasi kerusakan *tape recorder* yang tidak berputar saat proses wawancara, sehingga tidak dapat digunakan untuk merekam dan peneliti memakai alat rekam cadangan yaitu dengan menggunakan alat MP4.

Alat perekam MP4 digunakan dan di cek, alat dapat merekam dengan baik dan menghasilkan suara yang jelas. Perekaman uji coba dilakukan dengan jarak peneliti dengan partisipan sekitar 0,5 meter. Baterai dapat bertahan lebih dari 1 jam pemakaian, hal ini dapat diketahui dengan adanya pengingat waktu habis pakai pada alat, sehingga peneliti dapat memperkirakan waktu pemakaiannya. Alat ini memakai baterai yang dapat di *charge* sehingga sebelum dipakai untuk merekam maka peneliti akan melakukan *charge*. Kemampuan peneliti dalam menggunakan alat perekam MP4 pada saat uji coba sudah cukup baik, hal ini dapat dilihat dari hasil rekaman yang dapat diputar kembali dan dapat didengar dengan jelas.

Wawancara dalam penelitian merupakan teknik komunikasi antara peneliti dengan partisipan. Pada proses wawancara peneliti

menggunakan alat pedoman wawancara untuk memudahkan peneliti untuk memfokuskan pertanyaan sesuai dengan tujuan penelitian yang akan dicapai. Dalam hal ini peneliti telah melakukan uji coba pedoman wawancara pada partisipan guna melatih persiapan diri dan kelancaran dalam melakukan wawancara serta menguji validitas dari alat penelitian ini.

Uji coba dilakukan pada seorang ibu postpartum dengan BBLR, dengan berat 1900 gram yang di rawat di ruang post partum IRNA A, lantai 2 Selatan RSUP Fatmawati selama 61 menit. Wawancara dilakukan peneliti sesuai dengan pedoman wawancara yang telah dipersiapkan sebelumnya. Pada saat melakukan uji coba wawancara, peneliti mengajukan pertanyaan yang tertera dalam pedoman wawancara dan berkembang mengikuti jawaban partisipan untuk mendapatkan jawaban yang lebih mendalam. Peneliti berusaha untuk memfokuskan pembicaraan agar dapat fokus pada pertanyaan yang ada di dalam pedoman wawancara dan mengembangkan pertanyaan dari hasil jawaban yang disampaikan oleh partisipan.

Kemampuan wawancara dapat dikatakan baik apabila pertanyaan peneliti dimengerti oleh partisipan dengan memberikan jawaban yang sesuai dengan pertanyaan. Isi pertanyaan dalam pedoman wawancara dapat dijawab oleh responden dengan jelas dan sesuai, sehingga alat ini dapat dipakai oleh peneliti untuk melakukan wawancara pada partisipan yang lain. Namun masih banyak kekurangan yang dialami oleh peneliti untuk memfokuskan isi wawancara dengan jawaban partisipan. Peneliti masih kurang dapat merespon dan tanggap terhadap setiap jawaban partisipan sehingga pengembangan jawaban masih sulit didapatkan oleh peneliti. Peneliti merasa perlu meningkatkan teknik mendengar dengan penuh perhatian, penguasaan pertanyaan berikut pengembangannya

dan melatih kesabaran dalam menggali informasi dari seorang ibu yang merawat BBLR.

Persiapan yang dilakukan oleh peneliti sendiri dalam melakukan proses wawancara pada penelitian ini adalah menguasai teori dan konsep perawatan BBLR yang harus dilakukan oleh ibu, dan melatih diri untuk dapat menerima, dan memahami semua respon yang disampaikan oleh partisipan sebagai pengembangan teori dan pengkayaan informasi yang belum didapatkan oleh peneliti sebelumnya tanpa memberikan penjelasan apapun pada partisipan, serta berespon secara aktif terhadap respon yang ditampilkan oleh partisipan.

Selama proses wawancara peneliti mencatat situasi dan kejadian yang terjadi disekitar selama proses wawancara, dan respon yang diperlihatkan oleh partisipan dengan menggunakan alat tulis yang telah disediakan oleh peneliti sebelumnya. Peneliti juga menggunakan diri sebagai alat observasi. Sebelum melakukan observasi peneliti juga menjelaskan pada partisipan bahwa peneliti akan mengamati tindakan perawatan yang dilakukan oleh partisipan pada bayinya. Peneliti mulai melakukan observasi dengan mengamati saat partisipan melakukan perawatan pada bayi. Peneliti mencatat perilaku partisipan, situasi, tempat, orang-orang yang terlibat saat melakukan perawatan pada bayi.

Instrumen penelitian lain yang diperlukan dalam pengumpulan data adalah buku catatan lapangan. Catatan lapangan ini merupakan instrumen penelitian yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan informasi melalui observasi selama wawancara antara partisipan dan peneliti berlangsung. Observasi yang dilakukan mencakup observasi situasi dan kondisi lingkungan sekitar saat proses wawancara berlangsung, respon non verbal yang

diperlihatkan oleh partisipan saat proses wawancara, dan kesesuaian respon yang diperlihatkan oleh partisipan.

Observasi yang dilakukan pada partisipan, masih mengalami kekurangan karena peneliti lebih fokus pada hal tertentu, sehingga ada hal lain yang terlewat, dalam hal ini peneliti telah berusaha untuk mengamati dan memaknai hasil pengamatan yang telah dilakukan pada partisipan, sehingga hasil observasi lebih akurat dan mengumpulkan lebih banyak informasi tentang pola perawatan yang dilakukan oleh partisipan dan hal-hal yang mempengaruhi. Peneliti dikatakan mampu dalam membuat *field note* apabila hasil pengamatan ditulis oleh peneliti secara lengkap pada catatan lapangan.

Fokus observasi dalam penelitian ini mencakup ruang / tempat, dimana pola perawatan BBLR oleh ibu berlangsung; observasi aktor / pelaku, dalam hal ini observasi dilakukan pada orang-orang yang memainkan peranan tertentu, semua yang terlibat, atau orang yang terlibat disekitar aktivitas partisipan melakukan pola perawatan pada BBLR selama di rumah sakit dan di rumah (partisipan, anggota keluarga lainnya); aktivitas yang dilakukan oleh aktor / pelaku dan tujuan aktivitas yang dilakukan oleh pelaku. Aktivitas atau perilaku partisipan yang diobservasi oleh peneliti adalah pola perawatan BBLR yang dilakukan oleh ibu diantaranya, memberi kehangatan pada bayi, memberikan ASI, mencegah infeksi, dan komunikasi pada bayi.

Kemampuan peneliti dalam melakukan fokus observasi dilatih dengan mengobservasi salah satu partisipan. Indikator kemampuan melakukan observasi dapat dilihat dari deskripsi yang dilakukan secara jelas dan lengkap tentang situasi ruangan, pelaku pola perawatan, aktivitas perawatan, dan tujuan tindakan perawatan

yang dilakukan pada BBLR. Peneliti juga memberikan penjelasan pada partisipan bahwa peneliti melakukan kunjungan ke rumah partisipan beberapa kali.

Studi dokumentasi yang digunakan oleh peneliti mencakup jurnal-jurnal penelitian keperawatan terkait pola perawatan BBLR yang dilakukan oleh ibu di rumah sakit dan di rumah. Selain itu peneliti juga menggunakan hasil laporan kegiatan praktek residensi dan aplikasi yang dilakukan oleh mahasiswa keperawatan maternitas. Fokus pada studi literatur ini adalah sama dengan metode kedua. Metode ini digunakan dalam rangka mendukung data yang dihasilkan dari wawancara dan observasi.

3.6.2 Tahap Pelaksanaan

Langkah pertama pada tahap pelaksanaan wawancara, peneliti mempersiapkan lingkungan untuk mendukung situasi wawancara yang terbuka dan mendalam, dan mengantisipasi hal-hal yang mungkin mengganggu pada saat wawancara seperti kondisi lingkungan yang sibuk dan ramai. Strategi yang dilakukan oleh peneliti dalam mengatasi hal ini adalah dengan melakukan wawancara di ruang tersendiri dimana hanya ada peneliti dengan partisipan pada saat wawancara. Namun pada beberapa partisipan wawancara dilakukan dalam ruang rawat, hal ini didasarkan atas permintaan partisipan pada peneliti dengan alasan tidak ingin meninggalkan bayi dan tidak ada yang menjaga bayi di dalam ruang rawat. Wawancara dilakukan sesuai dengan kontrak waktu yang telah dilakukan dengan partisipan..

Wawancara di rumah sakit dilakukan diluar jam kunjungan dokter dan keluarga. Wawancara dilakukan pada pukul 9-11 WIB dan pukul 15-17 WIB, Namun sebagian besar partisipan memilih kesepakatan waktu untuk diwawancara. Peneliti mengingatkan kembali kontrak waktu yang telah disepakati sebelumnya dengan partisipan untuk kunjungan rumah

selanjutnya. Pada saat proses wawancara, pada beberapa partisipan terjadi respon yang berlebihan, untuk mengatasi hal ini, peneliti menghentikan proses wawancara sejenak dan mendengarkan partisipan ataupun keluarga, kemudian kembali memfokuskan proses wawancara dan melanjutkannya kembali sampai semua topik selesai dibahas. Setelah menyelesaikan satu topik wawancara, partisipan langsung diberikan pertanyaan yang baru sesuai dengan respon yang disampaikan oleh partisipan, demikian seterusnya sampai seluruh topik didiskusikan.

Pada *field note* peneliti mencatat komunikasi non verbal dan situasi kondisi lingkungan pada saat wawancara dengan partisipan. Total wawancara yang dilakukan adalah sebanyak enam kali. Wawancara dilakukan satu kali pada setiap partisipan dengan durasi waktu 50-60 menit. Partisipan yang diwawancara sebagai uji coba tidak diikutkan sebagai partisipan penelitian. Setelah dilakukan wawancara pada partisipan, peneliti kembali melakukan konfirmasi terhadap hasil wawancara yang telah didapatkan dan telah ditranskrip oleh peneliti pada partisipan uji coba. Hal ini bertujuan untuk membuat perbaikan atau koreksi jika terdapat kesenjangan (gap) dari data yang diperoleh dari hasil wawancara pertama, mengklarifikasi informasi yang kurang jelas dan mengkonfirmasi pengalaman partisipan.

Observasi dilakukan oleh peneliti selama di rumah sakit dan di rumah. Observasi spesifik dilakukan pada ruang, pelaku, aktivitas, tujuan aktivitas. Peneliti melakukan observasi di rumah sakit dan di rumah masing-masing sebanyak dua kali. Peneliti melakukan observasi di rumah sakit diluar jam kunjungan dokter, dan melanjutkan observasi di rumah sebanyak dua kali pada semua partisipan dengan kontrak waktu yang telah disepakati sebelumnya antara peneliti dengan partisipan. Peneliti akan menghubungi partisipan kembali untuk mengingatkan kontrak yang telah dibuat dan melakukan kunjungan ke rumah partisipan setelah partisipan pulang dari rumah sakit untuk mengobservasi pola perawatan BBLR oleh

ibu selama di rumah. Peneliti melakukan pencatatan hasil observasi pada lembar panduan observasi yang telah disediakan. Sedangkan studi literatur digunakan oleh peneliti setelah peneliti mengumpulkan seluruh data hasil wawancara, dan observasi.

3.6.3 Tahap Penutup

Peneliti mengakhiri wawancara yang dilakukan di rumah sakit ataupun di rumah dengan menyimpulkan serta mengklarifikasi informasi yang kurang jelas. Setelah semua topik terjawab peneliti memberikan ucapan terimakasih kepada partisipan atas partisipasinya dan membuat kontrak selanjutnya dengan partisipan untuk melakukan validasi data yang telah didapatkan. Hasil observasi yang telah dilakukan oleh peneliti kemudian dikumpulkan dan disesuaikan dengan data hasil wawancara sehingga peneliti dapat menilai kesesuaian data wawancara dengan observasi yang telah dilakukan oleh peneliti dan melakukan penelusuran studi literatur yang sesuai.

3.7 Pengolahan Data Dan Analisis Data

Pada penelitian *grounded theory* proses pengumpulan data, pengkodean, dan analisis data dilakukan secara bersamaan (Streubert & Carpenter, 2003). Adapun tahapan analisis terhadap data yang diperoleh dalam penelitian ini adalah mengumpulkan data dari hasil wawancara mendalam dengan partisipan, hasil pencatatan lapangan, hasil observasi perilaku perawatan, dan hasil penelusuran jurnal dan literatur. Penelusuran dokumen sebagai hasil dari data studi dokumen dikumpulkan dan dijadikan sebagai bahan pendukung dalam generalisir data yang telah dikumpulkan oleh peneliti dari partisipan. Data-data hasil observasi dan catatan lapangan pada saat wawancara dicantumkan sesuai dengan keterangan hasil wawancara, serta mencantumkan data studi dokumentasi dan literatur terkait hasil wawancara sebagai pendukung.

Proses analisa data dilakukan dengan melakukan pengumpulan data terlebih dahulu yang kemudian dilanjutkan dengan pembuatan transkrip dan pengkodean data. Setelah melalui proses pengkodean data, maka data diidentifikasi melalui pola dan proses konseptual. Proses pengkodean telah dilakukan pada tiga tingkatan (level) yaitu: Level I: Pada level ini dilakukan pengkodean pada kata-kata yang disampaikan oleh partisipan, dan memberikan tanda pada kata-kata partisipan yang signifikan sebagai kata kunci, Level II: Pada level ini dilakukan pengkodean untuk membentuk kategori-kategori kata kunci yang sudah ditentukan sebelumnya kemudian dilakukan pengelompokan untuk membantu kategori-kategori, Level III: Pada level ini dilakukan proses pengkodean yang bertujuan untuk pembentukan tema. Hasil pengelompokan kategori-kategori yang telah dilakukan kemudian dicari hubungan atau keterkaitan antara kategori dengan kategori lainnya yang bertujuan untuk menentukan tema. Penentuan tema-tema didasari pada tujuan penelitian yang akan dicapai (Streubert & Carpenter, 2003).

Proses analisa data dilakukan peneliti sejak awal pengumpulan data. Proses pengumpulan data, pengkodean dan analisa data dilakukan secara sirkuler dan simultan. Transkrip hasil wawancara dan observasi pertama yang didapatkan oleh peneliti langsung diberi kode dan dianalisa sebelum dilakukan wawancara berikutnya. Data yang diberi kode diverifikasi oleh pembimbing dalam bidang penelitian kualitatif untuk persetujuan dan meningkatkan reabilitas data.

Data dilihat dari berbagai sudut pandang termasuk sudut pandang perawat, ibu, dan peneliti. Peneliti memeriksa data dari transkrip wawancara dan transkrip catatan lapangan untuk melihat pemikiran dan makna yang terkandung di dalamnya. Aktifitas, peristiwa, dan obyek yang sama dikelompokkan dalam kategori-kategori yang terkait dengan fenomena. Kategori-kategori ini membentuk karakteristik yang memberi arti dan

makna pada kategori, serta batasan kategori yang merupakan satu kesatuan waktu, frekwensi, angka, durasi, tingkat, intensitas dan pemicu.

Peneliti mengidentifikasi kategori tunggal yang menjadi fenomena sentral dan mengeksplorasi keterkaitan antar kategori yang dapat menjawab pertanyaan kapan, dimana, mengapa, siapa, dan bagaimana konsekwensinya. Hubungan antar kategori diidentifikasi berdasarkan kondisi/ faktor penyebab, strategi khusus (aksi/interaksi yang dihasilkan fenomena sentral), konteks (latar belakang dimana fenomena terjadi), kondisi intervensi (kondisi yang berdampak pada fenomena), dan konsekwensi / hasil

Peneliti mengintegrasikan kategori-kategori utama, dan menseleksi sehingga terbentuk sebuah skema teoritis. Pada tahapan ini proposisi/hipotesa sementara tentang fenomena terkait dihasilkan. Kategori-kategori hasil pengkodean dimodifikasi dan diintegrasikan kedalam bentuk konsep. Hal ini memberikan arah pada pemikiran peneliti dan memberikan abstrak pada teori yang dihasilkan dalam penelitian ini dengan menggunakan hasil pengkodean sebelumnya. Peneliti mengidentifikasi dan mencatat kategori-kategori umum yang dihasilkan dari data. Hal ini dilakukan untuk membantu peneliti melihat data dan kode dengan cara yang baru dan mengarahkan pada proses pengumpulan data selanjutnya. Proses ini juga membantu peneliti untuk memfokuskan analisis dalam penelitian ini.

Kategori-kategori yang selanjutnya muncul diklarifikasi kembali pada partisipan dan peneliti ahli dibidangnya dengan menggunakan pendekatan *constant comparative*, guna pengembangan konsep teori yang dihasilkan. Tema-tema dan kategori-kategori terus diidentifikasi dan diklarifikasi sampai kategori tersaturasi dan penelitian ini berhasil mengembangkan kategori-kategori inti. Saturasi data dicapai setelah dilakukan masing-masing satu kali wawancara pada 6 orang partisipan. Pada saat hipotesa

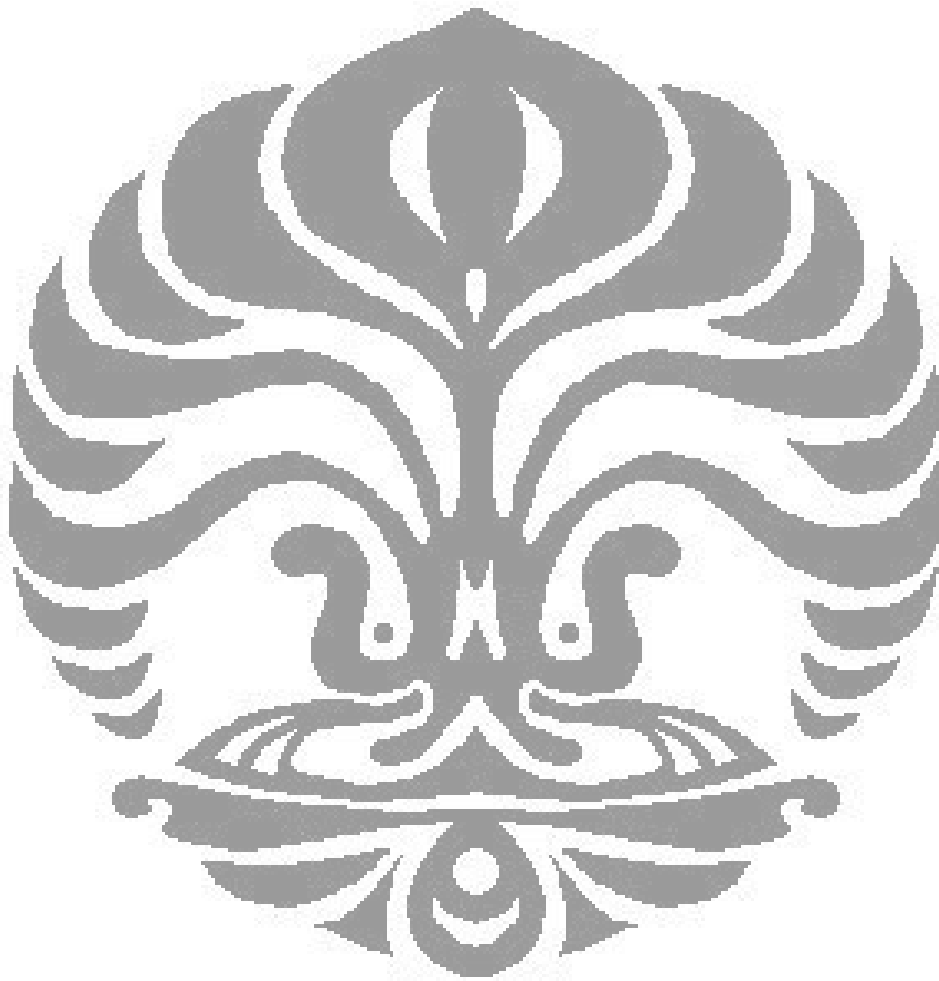
berhasil dibentuk, peneliti membandingkannya dengan teori-teori yang telah pernah dikembangkan sebelumnya melalui studi literatur terkait.

Peneliti memvalidasi teori yang dihasilkan dengan melakukan pengkoreksian hasil interpretasi yang melibatkan partisipan. Hasil penelitian dianggap dapat dipercaya karena partisipan telah menyetujui hasil interpretasi. Pengecekan hasil pengembangan teori dilakukan oleh 3 orang partisipan yang dilakukan pada pertengahan bulan Mei 2009, yang memvalidasi hasil analisa data.

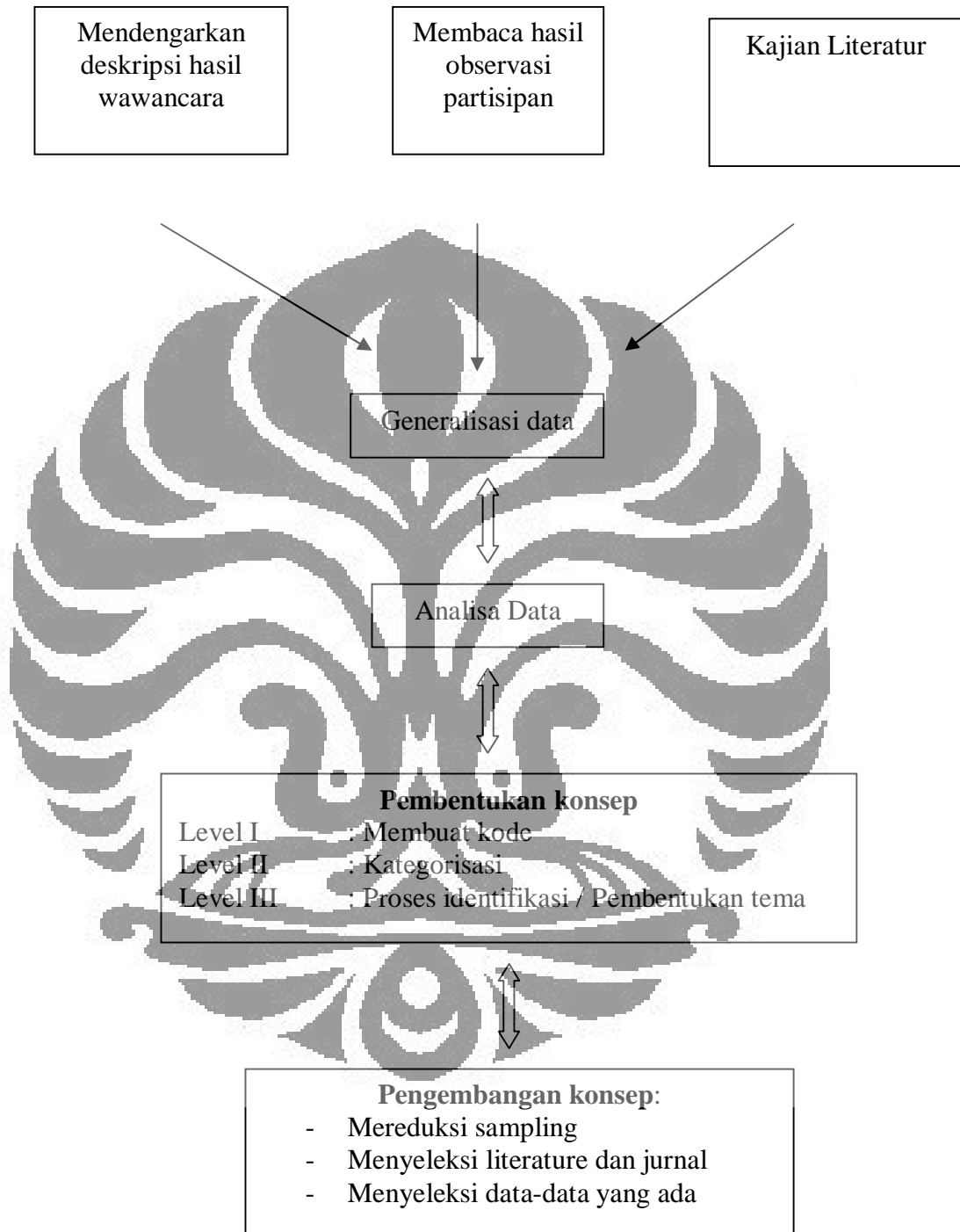
Analisis pada observasi perilaku perawatan BBLR oleh partisipan dilakukan dengan melakukan pengelompokan pada seluruh hasil observasi. Setelah melakukan pengelompokan pada hasil observasi maka tahap selanjutnya dilakukan pembentukan kategori yang sesuai dengan hasil pengelompokan dan disesuaikan dengan data-data hasil wawancara yang telah dikumpulkan sehingga membentuk suatu konsep.

Seluruh data yang telah dikumpulkan telah dikelompokkan, dikategorikan, dan setelah itu dilakukan pengembangan konsep yang dilatarbelakangi oleh literatur yang sesuai dengan konsep yang ditemukan oleh peneliti dengan melakukan perumusan pernyataan secara operasional dalam menjawab pertanyaan dalam penelitian. Data-data yang telah ditemukan kemudian selanjutnya dipilah kembali dengan menggunakan perbandingan teori-teori yang mendukung, hal ini digunakan sebagai perbandingan bagi peneliti terhadap hasil penelitian. Proses kemudian dilanjutkan dengan membentuk suatu pernyataan untuk mendapat variabel inti, kemudian melakukan pembentukan skema-skema dengan mengumpulkan tema-tema esensial dan dibentuk menjadi satu rangkaian untuk menghasilkan suatu teori dasar penelitian. Peneliti harus menyusun suatu teori baru dengan menggunakan model induktif pemikiran atau logika (Patilima, 2005). Pengembangan sebuah teori yang dihasilkan didasarkan pada data-data yang telah dikumpulkan dan dapat disajikan

sebagai diagram logis, suatu gambaran visual hubungan antar konsep. Untuk lebih jelas teknik pengolahan dan analisis data yang dilakukan dapat dilihat pada skema berikut:



Skema. 3.6 Teknik Analisa Data



Sumber: Streubert Speziale dan Carpenter (2003)

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan, yang bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang Pola Perawatan BBLR oleh Ibu di Rumah Sakit dan di Rumah. Bab ini terdiri dari uraian tentang karakteristik partisipan, hasil analisis data yang muncul dari penguraian temuan-temuan dalam penelitian yang telah dilaksanakan pada enam orang partisipan dengan menggunakan metode penelitian kualitatif dari masing-masing subtema yang muncul, yang selanjutnya disajikan sebagai hasil penelitian pola perawatan BBLR yang dilakukan oleh ibu di Rumah Sakit dan di Rumah.

4.1 Karakteristik Partisipan

Peneliti mewawancarai 6 partisipan dari bulan April 2009 sampai dengan Mei 2009. Enam orang ibu dengan BBLR didata untuk terlibat dalam penelitian ini. Gambaran karakteristik partisipan dan BBLR pada penelitian ini menjawab tujuan khusus penelitian untuk mengidentifikasi karakteristik ibu dan BBLR yang dirawat oleh ibu selama di rumah sakit dan di rumah.

Partisipan 1 (P1)

Usia partisipan 33 tahun, status perkawinan kawin, ibu rumah tangga, suku Jawa, suku suami Aceh, menderita penyakit hipertensi saat hamil, melakukan kunjungan ANC sebanyak 10 kali, periksa hamil di PUSKESMAS, melahirkan di rumah sakit, bayi adalah anak ketiga, dengan berat 1500 gram, usia gestasi 32 minggu, jenis kelamin bayi perempuan. Kondisi bayi secara umum: bayi kecil, rambut halus dan tipis, berwarna hitam, kemampuan bergerak minimal/kurang aktif, kemampuan menghisap kurang baik, suara menagis lemah, refleks genggam lemah. Kondisi Ibu secara umum: keadaan umum ibu baik, konjungtiva tidak anemis, berpakaian rapi dan bersih, produksi ASI sedikit.

Partisipan 2 (P2)

Usia partisipan 22 tahun, status perkawinan kawin, ibu rumah tangga, suku Betawi, suku suami Betawi, tidak menderita penyakit saat hamil, melakukan kunjungan ANC sebanyak 15 kali, periksa hamil di PUSKESMAS, melahirkan di rumah sakit, bayi adalah anak ketiga, dengan berat 2215 gram, usia gestasi 37 minggu, jenis kelamin bayi laki-laki. Kondisi bayi secara umum: bayi kecil, rambut halus dan tipis, berwarna hitam, kemampuan bergerak minimal/kurang aktif, kemampuan menghisap masih baik, suara menagis lemah, refleks genggam baik. Kondisi Ibu secara umum: keadaan umum ibu baik, konjungtiva tidak anemis, berpakaian rapi dan bersih, produksi ASI banyak.

Partisipan 3 (P3)

Usia partisipan 24 tahun, status perkawinan kawin, karyawan swasta, suku Betawi, suku suami Betawi, menderita penyakit hipertensi saat hamil, melakukan kunjungan ANC sebanyak 7 kali, periksa hamil di Bidan, melahirkan di rumah sakit, bayi adalah anak pertama, dengan berat 2300 gram, usia gestasi 33 minggu, jenis kelamin bayi laki-laki. Kondisi bayi secara umum: bayi kecil, rambut halus dan tipis, berwarna hitam, kemampuan bergerak minimal/kurang aktif, kemampuan menghisap kurang baik, suara menagis lemah, refleks genggam lemah. Kondisi Ibu secara umum: keadaan umum ibu baik, konjungtiva tidak anemis, berpakaian rapi dan bersih, produksi ASI banyak.

Partisipan 4 (P4)

Usia partisipan 27 tahun, status perkawinan kawin, karyawan, suku Betawi, suku suami Sunda, tidak menderita penyakit saat hamil, melakukan kunjungan ANC sebanyak 9 kali, periksa hamil di bidan, melahirkan di rumah sakit, bayi adalah anak pertama, dengan berat 2200 gram, usia gestasi 38 minggu, jenis kelamin bayi laki-laki. Kondisi bayi secara umum: bayi kecil, rambut halus dan tipis, berwarna hitam, kemampuan bergerak minimal/kurang aktif, suara lemah, kemampuan menghisap lemah, suara menagis lemah, refleks genggam

lemah. Kondisi Ibu secara umum: keadaan umum ibu baik, konjungtiva tidak anemis, berpakaian rapi dan bersih, kondisi puting masuk ke dalam, produksi ASI banyak.

Partisipan 5 (P5)

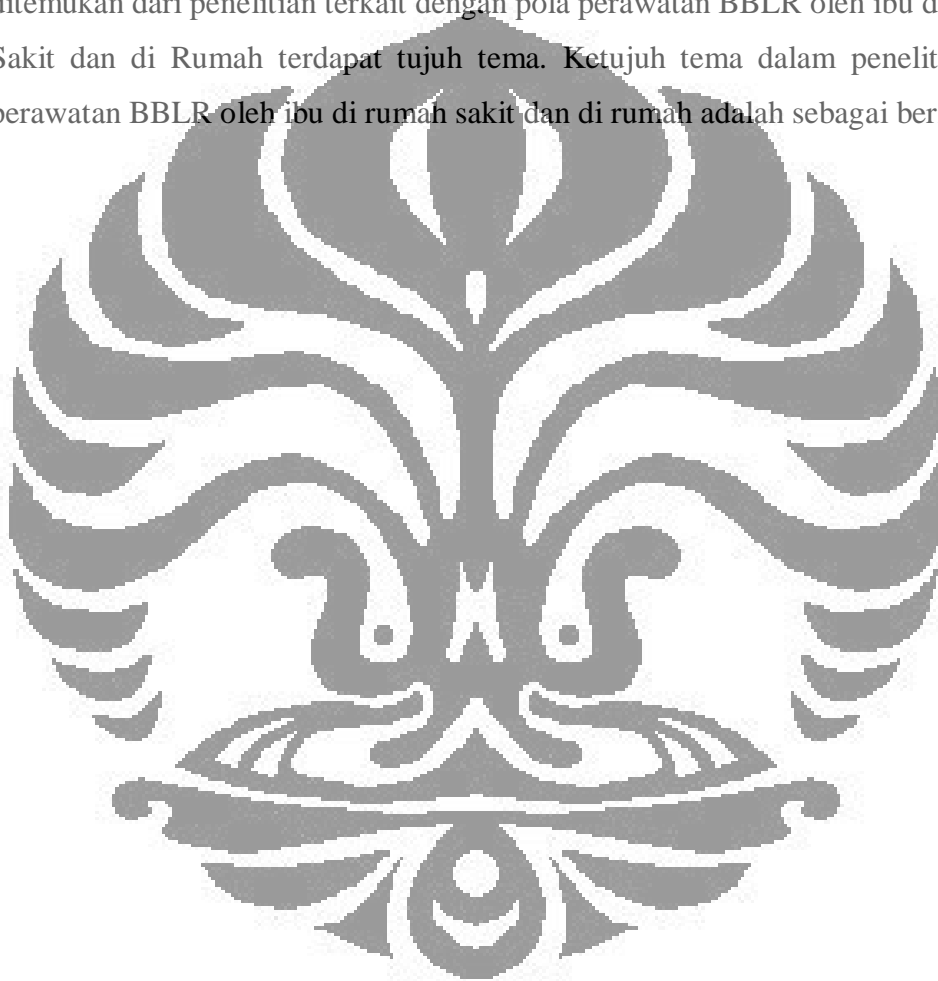
Usia partisipan 29 tahun, status perkawainan kawin, ibu rumah tangga, suku Jawa, suku suami Jawa, tidak menderita penyakit saat hamil, melakukan kunjungan ANC sebanyak 8 kali, periksa hamil di PUSKESMAS, melahirkan di rumah sakit, bayi adalah anak kedua, dengan berat 2000 gram, usia gestasi 34 minggu, jenis kelamin bayi perempuan. Kondisi bayi secara umum: bayi kecil, rambut halus dan tipis, berwarna hitam, kemampuan bergerak minimal/kurang aktif, kemampuan menghisap kurang baik, suara menagis lemah, refleks genggam lemah, kulit tipis dan kuning. Kondisi Ibu secara umum: keadaan umum ibu baik, konjungtiva tidak anemis, berpakaian rapi dan bersih, produksi ASI sedikit.

Partisipan 6 (P6)

Usia partisipan 23 tahun, status perkawainan kawin, karyawan, suku Betawi, suku suami Betawi, menderita penyakit Asma saat hamil, melakukan kunjungan ANC sebanyak 7 kali, periksa hamil di rumah sakit, melahirkan di rumah sakit, bayi adalah anak pertama, dengan berat 2200 gram, usia gestasi 34 minggu, jenis kelamin bayi laki-laki. Kondisi bayi secara umum: bayi kecil, rambut halus dan tipis, berwarna hitam, kemampuan bergerak minimal/kurang aktif, kemampuan menghisap masih baik, suara menagis lemah, refleks genggam baik, kulit tipis dan tampak kuning. Kondisi Ibu secara umum: keadaan umum ibu baik, konjungtiva tidak anemis, berpakaian rapi dan bersih, produksi ASI banyak.

4.2 Hasil Penelitian

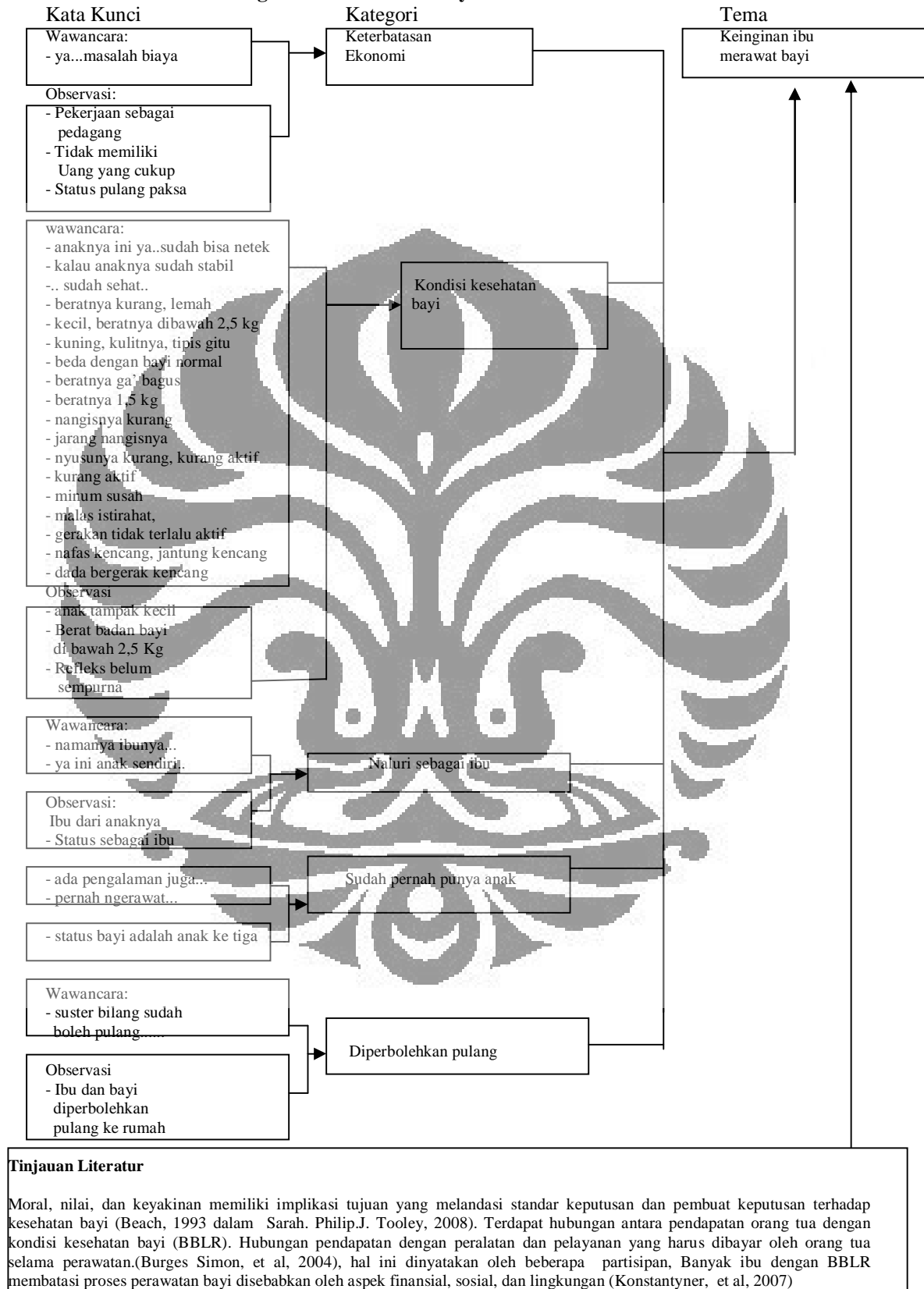
Peneliti melakukan analisa transkrip wawancara yang dilengkapi dengan catatan lapangan hasil observasi, studi dokumen terkait, proses yang dibuat oleh peneliti dan studi literatur. Peneliti mengaitkan dan menganalisa konsep penelitian menggunakan tinjauan literatur yang telah dipersiapkan sebelumnya. Data-data yang diperoleh dibandingkan satu dengan yang lainnya. Tema-tema utama yang ditemukan dari penelitian terkait dengan pola perawatan BBLR oleh ibu di Rumah Sakit dan di Rumah terdapat tujuh tema. Ketujuh tema dalam penelitian pola perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah adalah sebagai berikut:



Tujuan: Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi proses pengambilan keputusan terhadap perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah dan hal-hal yang mempengaruhi

Tema: "Keinginan Ibu Merawat Bayi"

Skema 4. 1. Tema: "Keinginan Ibu Merawat Bayi"



Tema “Keinginan ibu merawat bayi” terbentuk dari susunan kategori yang mencakup keterbatasan ekonomi, kondisi kesehatan bayi, naluri sebagai ibu, sudah pernah punya anak, dan diperbolehkan pulang. Beberapa kategori-kategori tersebut dijelaskan sebagai berikut:

”Keterbatasan ekonomi”

Masalah keterbatasan biaya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi ibu dalam mengambil keputusan dalam melakukan perawatan terhadap BBLR. Hal ini membuat ibu mengalami kecemasan dan depresi. Menurut Konstantyner (2007), bahwa beberapa aspek yang mempengaruhi ibu dalam melakukan perawatan pada bayinya adalah finansial, sosial dan lingkungan keluarga. Satu dari 6 orang partisipan mebagatakan bahwa keyakinan ibu melakukan perawatan BBLR adalah keterbatasan ekonomi keluarga. Hal ini diungkapkan oleh satu diantara enam orang partisipan. Partisipan pertama (P1), yang mengatakan:

”.....ya....ada juga ya...masalah biaya juga....” (P1).

Hal ini diperkuat dengan adanya hasil observasi yang menunjukkan bahwa pekerjaan dari partisipan sehari-hari adalah berdagang ke pasar, dan pada saat bayi di rawat di rumah sakit partisipan merundingkan untuk pulang ke rumah karena tidak memiliki uang yang cukup membayar biaya rumah sakit yang semakin mahal, dan keputusan keluarga untuk pulang paksa melanjutkan perawatan bayi di rumah.

”Kondisi kesehatan bayi”

Kondisi biologis yang digabungkan dengan pengalaman kontak yang diperoleh melalui interaksi dengan lingkungan sekitar yang terjadi pada tahun pertama kehidupan menciptakan pola dasar untuk berinteraksi (Henning Rye, 2000). Kondisi bayi sangat berkontribusi terhadap keyakinan ibu melakukan interaksi dalam pola perawatan pada bayinya. Interaksi antara ibu dan bayi dalam pola perawatan dipengaruhi oleh kondisi bayi. Hal ini diungkapkan oleh seluruh partisipan, diwakili oleh pernyataan berikut:

"..karena...kalau kita ga yakin, ga' bakalan bisa, suami dah melihat, ya anaknya ini ya sudah bisa netek, jadi dia juga dah merasa yakin dia, kalau anaknya dah stabil!"(P1), "...Ya yakin aja... gimana ya, kalau lihat kondisinya ya... baik lah, meningkat gitu, kalau yakin, ya..yakin aja, karena kondisinya juga dah bagus.."(P3)

Hasil observasi menunjukkan bahwa sebagian besar kondisi fisik dari bayi tanpak kecil, berat lahir yang kurang yaitu dibawah 2500 gram, dan sebagian besar bayi mengalami refleks hisap yang belum sempurna. Kondisi ini sesuai dengan pernyataan Agarwal (2007), bahwa BBLR mengalami kondisi fisik yang kecil, menangis dengan suara yang lemah, kemampuan menghisap yang belum sempurna sehingga memerlukan perawatan khusus dari ibu.

"Naluri sebagai ibu"

Hasil penelitian menyatakan bahwa ibu yang dirawat terpisah dari bayinya merasa lebih khawatir akan bayinya (Hansen.. et al, 2000). Bayi cenderung membangun hubungan psikososial dengan orang tuanya sejak lahir (Henning Rye, 2000). Hal ini menunjukkan bahwa naluri seorang ibu yang tercipta pada bayi sejak dalam kandungan memberikan keyakinan dalam mengambil keputusan melakukan perawatan terhadap bayi, sehingga ibu akan khawatir jika terpisah dari bayinya. Hal ini dinyatakan oleh 3 diantara 6 orang partisipan dengan pernyataan:

"ya ..kita ya...namanya ibunyaya..kita harus yakin mba.."(P1), " Saya yakin deh...anak saya, ya kelihatan ya...karena anak sendiri..mungkin ya..mudah-mudahan..."(P4), "...yakin aja merawatnya, dan emang kan saya ibunya.."(P6)

Pernyataan diatas diperkuat dengan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti, bahwa status peran sebagai ibu yang melakukan perawatan terhadap bayinya. Pencapaian peran sebagai ibu adalah proses dimana ibu meraih kepercayaan diri dalam merawat bayinya. Sikap bayi sebagai respon dari sikap dan perilaku ibu akan mempengaruhi sikap ibu kembali terhadap perawatan bayinya (Desmita, 2003)

"Sudah pernah punya anak"

Pemahaman terhadap kondisi bayi dipengaruhi oleh faktor pengalaman, pendidikan ibu dalam melakukan perawatan terhadap BBLR (Koh, Harrison, &

Morley, 1999, dalam Philip J. Sarah, Tooley). Hasil penelitian juga menyatakan bahwa sebelum dari rumah sakit ibu mengeluhkan bahwa dirinya tidak menerima informasi yang cukup mencakup perubahan perkembangan bayi, menyusui, perawatan bayi (Gazarmarian., et al 1997), hal ini dinyatakan oleh 2 dari 6 orang partisipan dengan pernyataan beberapa partisipan:

"yasudah ada pengalaman juga...,yakin karena disini dah coba merawat..."(P2)

Hal ini didukung oleh hasil observasi bahwa status bayi adalah anak ketiga. Hasil penelitian menyatakan bahwa beberapa faktor yang berhubungan dengan kepercayaan diri ibu merawat bayi adalah, umur, pendidikan, paritas, berat badan bayi, berat badan bayi saat pulang ke rumah, komplikasi medis bayi, namun faktor yang paling berpengaruh adalah faktor paritas ibu, diikuti dengan kondisi bayi (Kurdahi, 2007)

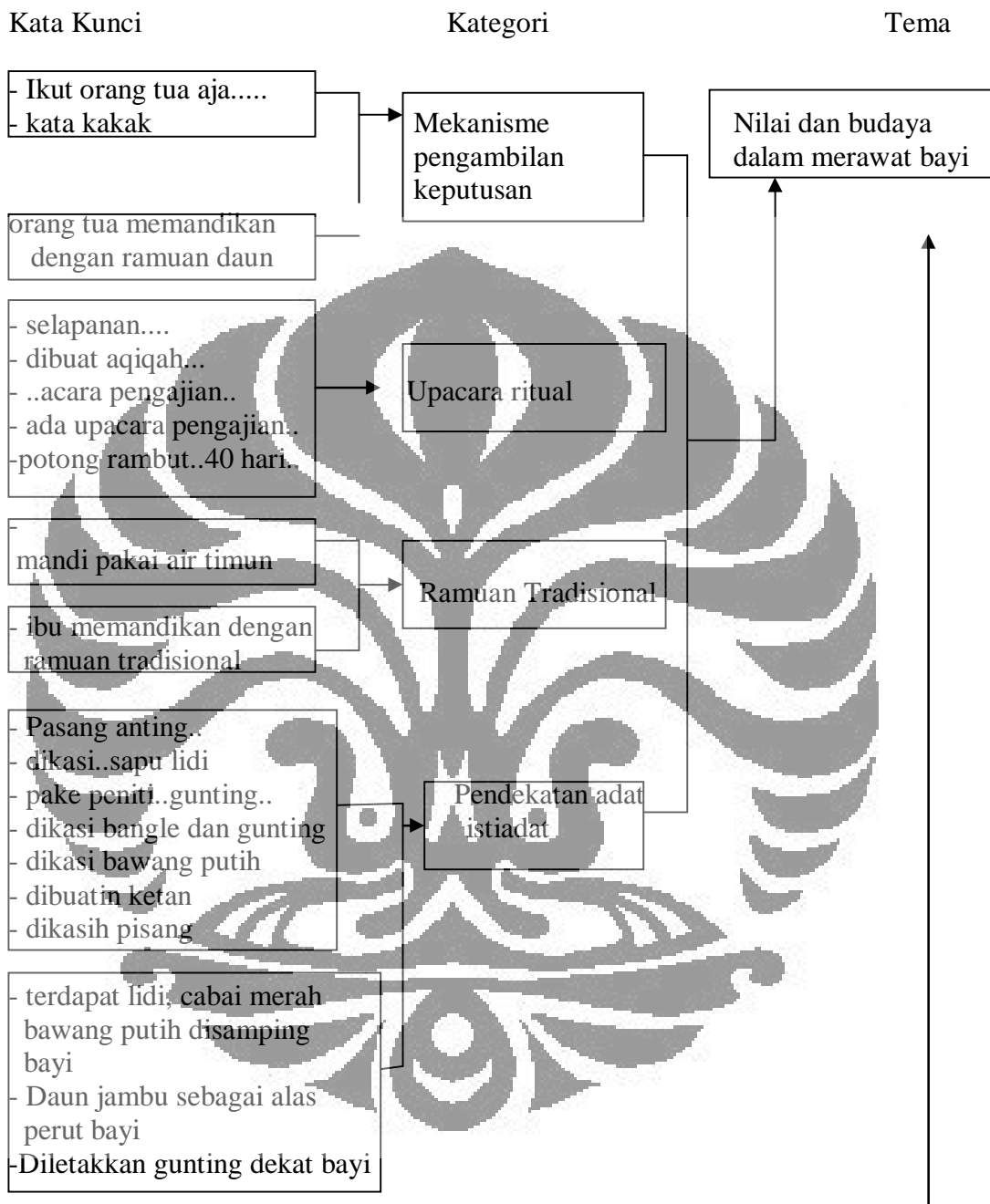
"Diperbolehkan pulang"

Informasi dari tenaga kesehatan sangat diperlukan oleh ibu dalam melakukan perawatan pada BBLR dengan kebutuhan khusus (Agarwal, 2007). Hal ini dinyatakan oleh 1 dari 6 orang partisipan penelitian.

".....suster..bilang...sudah boleh pulang..."(P5)

Ketergantungan ibu terhadap informasi tenaga kesehatan tentang status kesehatan bayi, cukup berpengaruh terhadap keyakinan ibu melakukan perawatan terhadap BBLR (Pridham, 2009).

Tujuan: Mengidentifikasi nilai dan budaya keluarga yang mempengaruhi pengambilan keputusan terhadap pola perawatan bayi di rumah sakit dan di rumah
Skema 4.2. Tema: " Nilai dan budaya dalam merawat bayi "



Tinjauan Literatur

Budaya adalah Suatu cara perkembangan hidup dari suatu kelompok masyarakat dalam upayanya beradaptasi terhadap lingkungan fisik dan sosial dalam rangka mempertahankan diri sedangkan "sosialisasi" adalah suatu proses dimana seorang individu belajar terhadap nilai-nilai, kepercayaan, dan perilaku dari suatu lingkungan sosial di dalam kelompok atau masyarakatnya. (Elkin & Handel, 1989 dalam Siswanto, 2006). Kebudayaan atau kultur akan membentuk seorang anak dalam berbagai aktifitasnya seperti cara makan, bahasa yang digunakan dalam berbicara, ide dan pola pikir dalam berperilaku, dan banyak hal yang berkaitan dengan perannya dalam lingkungan sosialnya (Siswanto, 2006).

Tema “Nilai dan budaya dalam perawatan bayi” terbentuk dari susunan kategori yang mencakup mekanisme pengambilan keputusan, upacara ritual, ramuan tradisional, dan pendekatan adat istiadat. Beberapa kategori-kategori tersebut dijelaskan sebagai berikut:

”Mekanisme pengambilan keputusan”

Ibu sering mengambil keputusan perawatan bayinya atas rekomendasi ibunya (Marvin., B, Sussman, et al, 1999). Hal ini dikemukakan oleh 2 dari 6 orang partisipan:

*”..ya...potong rambut pas 40 hari, ikut orang tua aja...,ga’ tau deh...”(P3),
 ”...kalau bayi gini kan’ kata suster ga’ boleh...ya..kalau kata kakak saya itu ya..ga’ pernah dimandiin, katanya dimandiin aja pake air timun gitu....”(P1)*

Pada partisipan pertama mengungkapkan tidak berani untuk memandikan bayinya. Melalui hasil observasi peneliti bahwa sebagian besar tindakan memandikan diambil alih oleh orang tua ataupun kakak partisipan, dan sebagian partisipan lain mengungkapkan masih takut untuk memandikan bayi karena kondisi bayi dengan berat lahir yang rendah. Cara dan media memandikan juga perlu diketahui oleh ibu dalam melakukan perawatan pada bayinya. Hal ini berkaitan dengan pernyataan partisipan:

”Upacara Ritual”

Pendekatan agama yang dianut oleh ibu dan keluarga dilakukan dalam memberikan pola perawatan pada bayi. Aqiqah yaitu kambing yang disembelih untuk bayi pada hari yang ke tujuh dari kelahirannya. Berdasarkan hadits yang diriwayatkan Salman Bin Ammar Adh Dhabbi dalam agama Islam, Rasulullah bersabda :”Setiap anak membawa Aqiqah”(HR. Al. Bukhari). Sedangkan mencukur rambut bayi dapat memperkuat kepala, membuka pori-pori disamping memperkuat indera penglihatan, pendengaran dan penciuman (Abdullah Nasih Ulwan, Tabiyatul Aulad fil Islam, Juz 1) (Mohammad Yusuf, 2000). Hal ini berkaitan dengan pernyataan 5 dari 6 orang partisipan:

”...ya.itu kata orang tua ..ya..ngikut aja katanya.....potong rambut..digundul 40 hari ., tapi lebih bagus itu ..7 hari...”(P1),”..terus aqiqah gitu kan, ya..kalau anak

alaki-laki ya potong kambing dua ekor gitu, ya akalu anak perempuan satu ya, gitu-gitu aja...ya asal jangan kurang dari 40 hari”(P3)

”Ramuan Tradisional”

Kebudayaan yang turun temurun dalam melakukan sebuah tradisi, termasuk tradisi memandikan masih dianut dan dilakukan oleh keluarga dalam melakukan pola perawatan pada bayi. Hal ini dinyatakan oleh 1 dari 6 orang partisipan penelitian, dengan pernyataan:

”...kata kakak mandi air timun ...”(P1)

Hasil observasi yang ditemukan adalah bahwa peranan orangtua dalam praktik perawatan mandi masih menggunakan ramuan tradisional. Hal ini berbeda dengan perawatan mandi yang dinyatakan oleh partisipan, dengan menggunakan media air hangat. Penggunaan media tradisional masih dilakukan dalam perawatan bayi secara turun - temurun oleh keluarga

”Pendekatan adat istiadat”

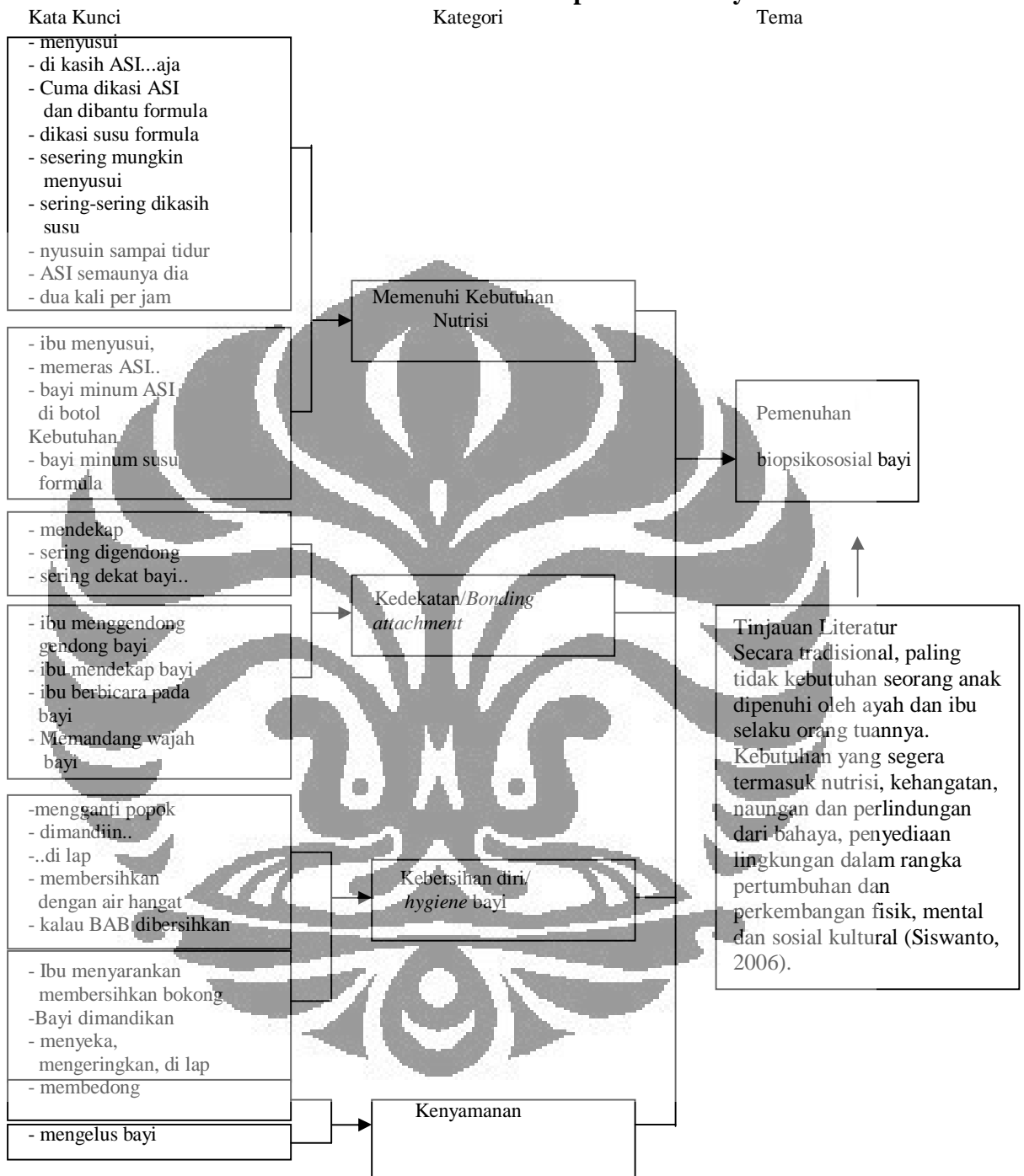
Pendekatan adat istiadat dalam melakukan perawatan masih dilakukan oleh keluarga dalam merawat bayi. Hal ini merupakan suatu keharusan yang sudah diajarkan dari nenek moyang secara turun temurun kepada generasi selanjutnya. Hal ini sesuai dengan pernyataan 3 dari 6 orang partisipan, diwakili dengan pernyataan:

”..ya...pake peniti, gunting, sekarang ya...dikasi di bantal si ade, ga tau buat apa..ga’ tau juga ya...dikasi bangle dan gunting...”(P3),”..ngikutin adat gitu...makan dikasih pisang, katanya kan’ lapar, jadi dikasi pisang..”(P1)

Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti mendapatkan bahwa disamping bayi diberikan lidi, cabai merah, bawang putih, dan ada juga membuat daun jambu pada perut bayi, serta meletakkan gunting dekat bayi. Pendekatan ini dilakukan oleh partisipan sebagai bentuk perilaku yang sudah diajarkan sebagai adat ataupun aturan yang memiliki makna dan tujuan tersendiri bagi setiap keluarga dan partisipan sendiri.

Tujuan: Mengidentifikasi pola perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah

Skema 4.3. Tema: "Pemenuhan Kebutuhan Biopsikososial bayi"



Tema “Pemenuhan kebutuhan biopsikososial bayi” terbentuk dari susunan kategori yang mencakup memenuhi kebutuhan nutrisi, kedekatan/*bonding attachment*, kebersihan diri/*hygyne* bayi, dan kenyamanan. Beberapa kategori-kategori tersebut dijelaskan sebagai berikut:

”Memenuhi kebutuhan nutrisi”

Wanita dengan kapasitas produksi ASI yang sedikit Perlu untuk memeras ASI lebih sering untuk memenuhi kebutuhan menyusui. (Liz Jones, 2008). Bayi dapat menjadi frustrasi Jika ASI ibu terbatas. ASI ibu dapat ditingkatkan dengan cara memompa ASI (Zerzan, 2007). Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit, dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam (Perinasia, 1994), Hal ini dinyatakan oleh 2 dari 6 orang partisipan, dengan diwakili pernyataan:

”..Cuma dikasih ASI dan dibantu susu formula...”(P1),, ”....nyusuiin aja sampai tidur...”(P4)

Pemenuhan kebutuhan nutrisi merupakan salah satu prinsip penting yang harus dipenuhi dalam kebutuhan perawatan bagi BBLR. Cara partisipan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi BBLR sangat dipengaruhi oleh kondisi bayi. Refleksi hisap BBLR yang tidak adekuat akan berpengaruh terhadap keputusan ibu dalam memberikan ASI pada bayi. Tindakan yang dilakukan oleh partisipan dalam mengatasi hal ini adalah dengan memeras ASI, ataupun beralih ke susu formula.

“Kedekatan / *bonding attachment*”

Kedekatan ibu dan bayinya dapat terbina bila ada interaksi antara bayi dengan ibunya yang memberikan perawatan pada bayi. Hal ini dinyatakan oleh 2 dari 6 orang partisipan:

“...Kalau bayi kayak gini kan ya..harusnya ya lebih..kedekatakan orangtua aja lah.., misalnya..sering dinetikin.., juga akan berpengaruh kan?...terus..pokoknya sering dekat ibu gitu...”(P1),”

Tindakan ibu seperti menggendong, mendekap, berbicara, dan memandang bayi adalah pola interaksi hubungan antara ibu dan bayi. Tindakan ini dilakukan untuk

menjalin kedekatan antara ibu dan bayi, sehingga ibu dapat lebih memahami bayi, dan isyarat bayi serta responsif terhadap kebutuhan bayi.

”Kebersihan diri / hygiene bayi”

Perawatan kebersihan pada bayi dapat dilakukan dengan menjaga agar kulit bayi tetap kering dan bersih, sehingga dapat mencegah terjadinya infeksi (Bang., et al, 2005). Hal ini dinyatakan oleh seluruh partisipan, diwakili dengan pernyataan:

“...popoknya diganti aja dengan yang bersih...”(P4)

Perawatan kebersihan adalah pola perawatan yang mendapat perhatian lebih dari partisipan. Hal ini dimungkinkan karena perawatan ini adalah perawatan yang sering dilakukan pada bayi, dan merupakan tindakan kemampuan teknik (*technical skill*). Pengaruh kondisi fisik bayi yang kecil dan rentan akan suhu yang dingin, membuat beberapa partisipan merasa takut untuk melakukan perawatan ini, dan sering diambil alih oleh orang tua yang tinggal bersama partisipan di rumah.

”Kenyamanan”

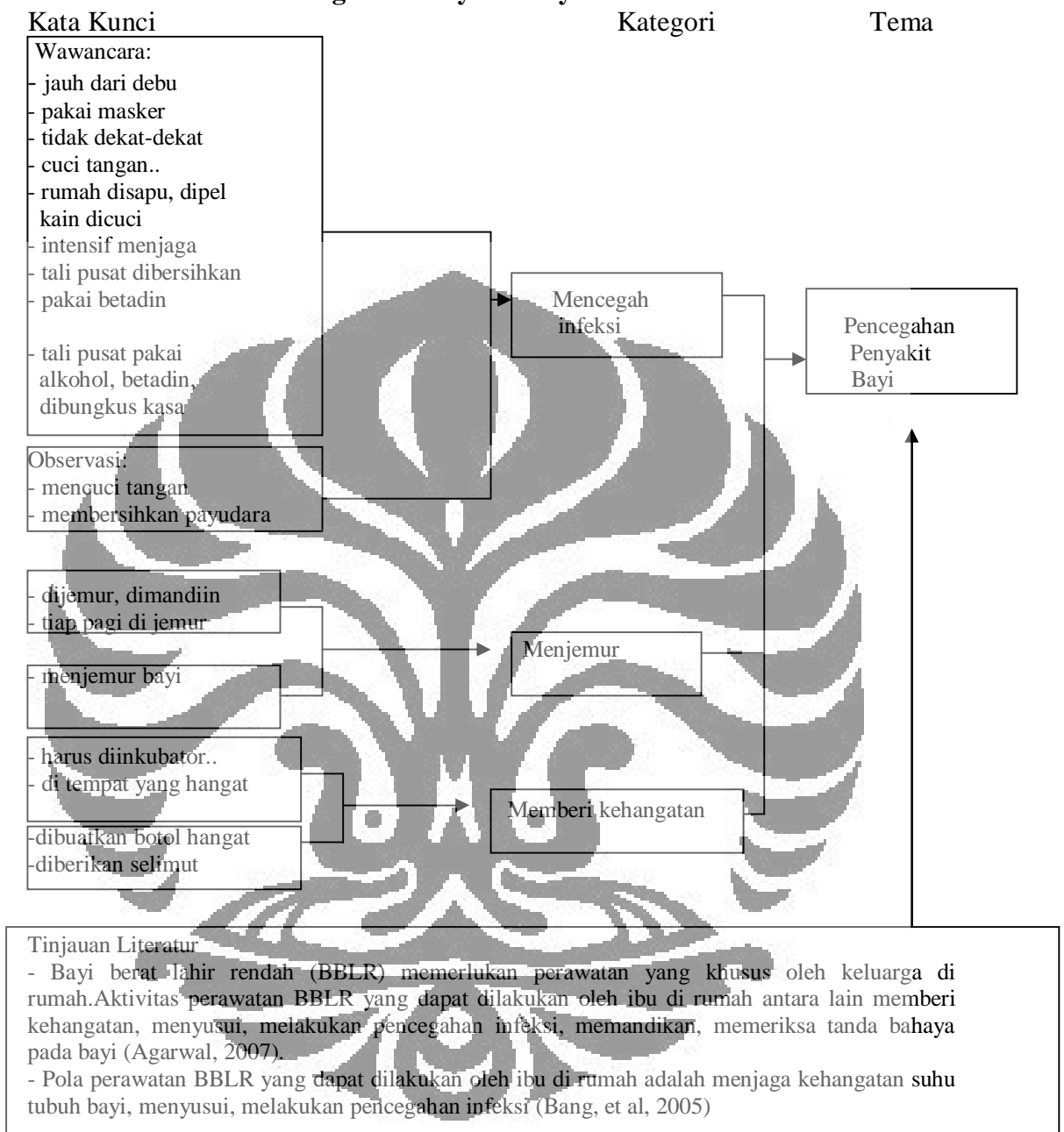
Bayi akan merasa lebih nyaman bila dekat ibunya. Bayi dengan berat lahir rendah akan rentan terhadap suhu dingin sehingga membedong adalah cara untuk memberi rasa nyaman pada bayi agar tidak kehilangan panas. Hal ini dinyatakan oleh 1 dari 6 orang partisipan, dengan pernyataan:

“...merawat dengan membedong bayi...”(P6)

Memberikan kenyamanan bayi dengan sentuhan adalah tindakan yang dapat memberikan kenyamanan bagi bayi khususnya bayi dengan bayi berat lahir rendah. Stimulus sentuhan akan dapat berpengaruh baik terhadap tumbuh kembang BBLR. Kualitas sentuhan ibu, dan sensitifitas ibu terhadap isyarat dan respon bayi akan membantu ketidakmampuan bayi untuk meregulasi stimulus taktil yang didapatkan bayi dari ibunya (Weiss, 2000)

Tujuan: Mengidentifikasi pola perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah

Skema 4.4. Tema: "Pencegahan Penyakit Bayi"



Tema "Pencegahan penyakit bayi" terbentuk dari susunan kategori yang mencakup mencegah infeksi, menjemur, memberi kehangatan. Beberapa kategori-kategori tersebut dijelaskan sebagai berikut:

"Mencegah infeksi"

Selama dirawat di rumah sakit, resiko infeksi nasokomial dapat terjadi pada bayi. Orang Tua dianjurkan untuk menjaga kebersihan diri sebelum dan sesudah menyentuh bayi. Hal ini dikarenakan oleh kondisi bayi berat lahir rendah yang rentan akan infeksi. Pencegahan dapat dilakukan dengan mencuci tangan (Salaria., Easton, 1978), dan mencegah kontak langsung dengan orang yang mengalami infeksi (Bang., et al, 2005). Mencegah infeksi silang, dianjurkan untuk mencuci tangan dan melakukan *universal precaution* sebelum menyentuh bayi (Salaria,Easton, 1978). Hal ini sesuai dengan pernyataan 2 dari 6 orang partisipan:

"..kalau misalnya mau memegang ..kitanya ya...cuci tangan, terus kan ga boleh kita tinggalin gitu..terus ya ..pakai masker, terus misalnya untuk anakku ya,...jangan terlalu sering dekat lah gitu.."(P1)

Tindakan *universal precaution* sebelum dan sesudah memegang bayi dapat meminimalkan kejadian infeksi nasokomial pada bayi BBLR yang sangat rentan akan penyakit infeksi. Perawatan kebersihan payudara ibu juga berkontribusi terhadap pencegahan infeksi pada BBLR, khususnya infeksi pada organ pencernaan. Hal ini sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Sitohang (2004), bahwa enzim pencernaan BBLR yang belum matang dapat beresiko mengalami infeksi pada organ pencernaan bayi.

"Menjemur"

Menjemur bayi pada pagi hari dapat memecah bilirubin dalam darah (Setyawati, 2008)

Pencahayaan dapat menangani kekuningan dan sianosis, sinar matahari pagi cukup baik,namun sebaiknya menghindari untuk kontak langsung dengan sinar matahari (Gupta, 2008). Hal ini dinyatakan oleh 1 diantara 6 orang partisipan

"...dimandiin dijemur, dikasih ASI..."(P4),

Berdasarkan hasil observasi peneliti, Partisipan melakukan perawatan menjemur pada bayi saat di rumah, hal ini dimungkinkan karena kondisi ruang rawat yang tidak masuk sinar matahari, sehingga tindakan ini dilakukan oleh partisipan di rumah.

”Memberi kehangatan”

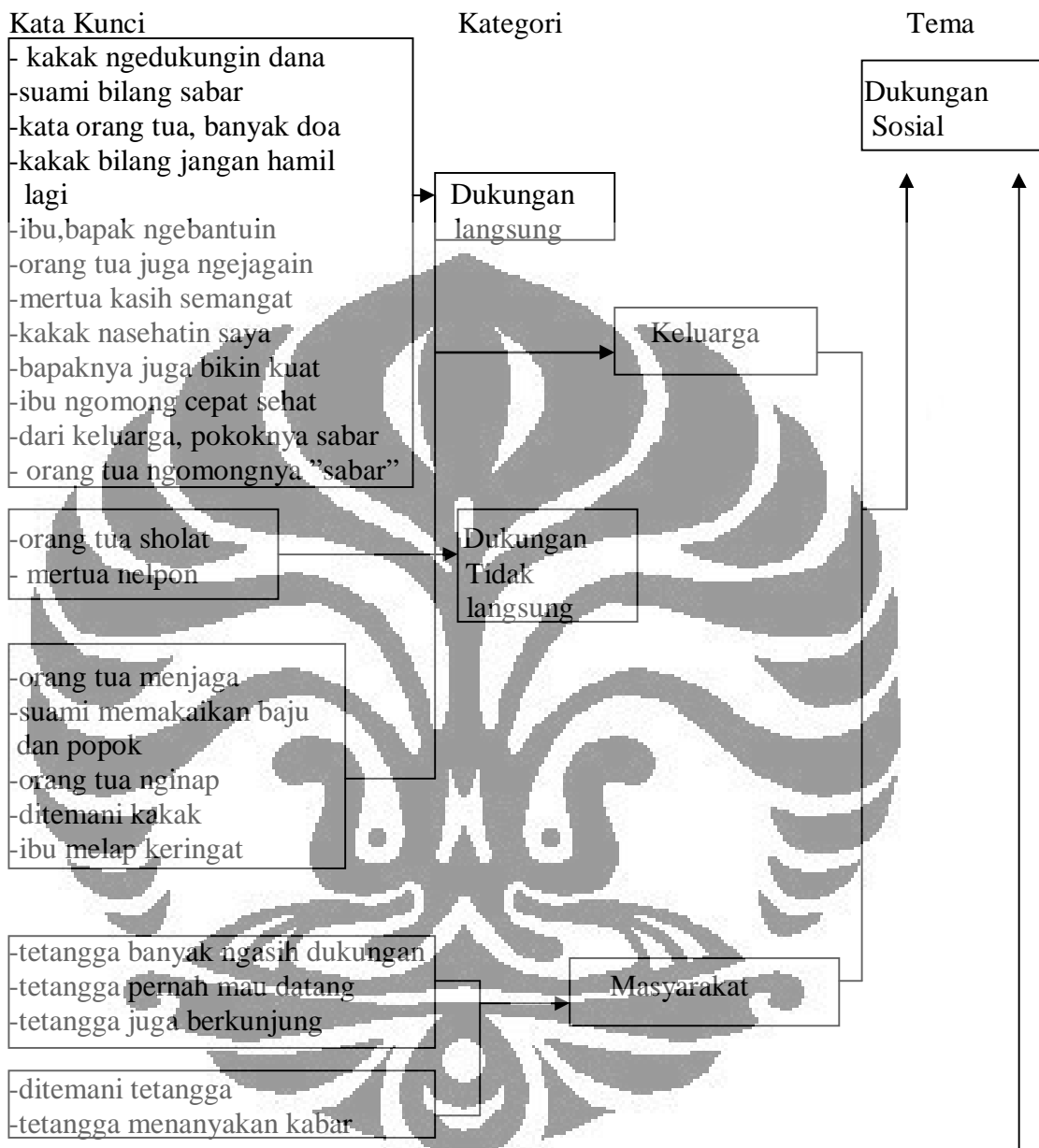
Perawatan Kehangatan pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dapat dilakukan dengan memakaikan pakaian dan topi pada bayi, menyelimuti bayi, temperatur ruangan yang hangat (Bang., T, Baitule, 2005). Perawatan kehangatan pada bayi dapat dilakukan dengan mbedong, memakaikan pakaian hangat, dan penggunaan metode penghangat tradisional (Agarwal, 2007). Hal ini sesuai dengan hasil observasi peneliti pada partisipan yang melakukan perawatan kehangatan pada bayi dengan botol hangat, selimut, dan menjemur. Penggunaan botol hangat cukup beresiko pada bayi karena dapat mengakibatkan luka bakar pada bayi, namun pemakaian selimut pada bayi dinyatakan aman dan cukup efektif untuk menjaga pengaturan suhu BBLR yang rentan terhadap suhu dingin.

“...harus di inkubator..di tempat yang haugat..”(P6)

Perawatan dengan memberikan kehangatan bagi BBLR adalah salah satu prinsip tindakan perawatan bagi BBLR, hal ini dikarenakan oleh kondisi BBLR yang rentan terhadap suhu dingin. Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti bahwa metode tradisional dengan memakai botol hangat masih dilakukan oleh partisipan. Pemakaian botol hangat ini sangat beresiko dapat menimbulkan luka bakar, jika tidak diperhatikan. Penggunaan selimut adalah cara yang aman dan dapat memberikan kehangatan bagi BBLR.

Tujuan: Mengidentifikasi pola perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah

Skema 4.5. Tema: "Dukungan Sosial"



Tinjauan Literatur

Ibu adalah anggota keluarga yang lebih merasakan dampak dari situasi keluarga (keluarga dengan BBLR), dan orang yang lebih memerlukan dukungan psikososial (Konstantyner. et al, 2007)

Panduan partisipasi untuk mendukung keluarga dengan kebutuhan khusus (keluarga dengan BBLR) didasarkan atas kompetensi dalam memberikan perawatan. Kompetensi perawatan meliputi pengetahuan, pengambilan keputusan, keterampilan, menyelesaikan masalah spesifik, memberdayakan fungsi dalam lingkungan, dan memberikan dukungan (Pridham. et al, 2009)

Tema “Dukungan sosial” terbentuk dari susunan kategori yang mencakup keluarga, dan masyarakat. Beberapa kategori-kategori tersebut dijelaskan sebagai berikut:

”Keluarga”

Keluarga dengan BBLR harus melakukan perawatan khusus, kondisi Bayi ini membuat keluarga memerlukan dukungan dalam melakukan perawatan terhadap bayi. Setiap keluarga memiliki nilai dan budaya yang turun temurun di dalam keluarga berupa nasehat, sehingga diajarkan untuk tiap generasi sebagai bentuk dukungan terhadap kesehatan anak (Siswanto, 2006). Hal ini dinyatakan oleh seluruh partisipan:

”..kata kakak..banyak doa.....jangan hamil lagi...sabar ngurusinnya...., ”(P1)

Berdasarkan hasil observasi peneliti, partisipan mendapatkan dukungan yang berasal dari keluarga baik secara langsung maupun tidak langsung. Sumber dukungan keluarga yang didapatkan oleh partisipan yang terbanyak adalah dari orangtua. Hal ini mengindikasikan bahwa peranan dan dukungan orangtua terhadap anak cukup besar.

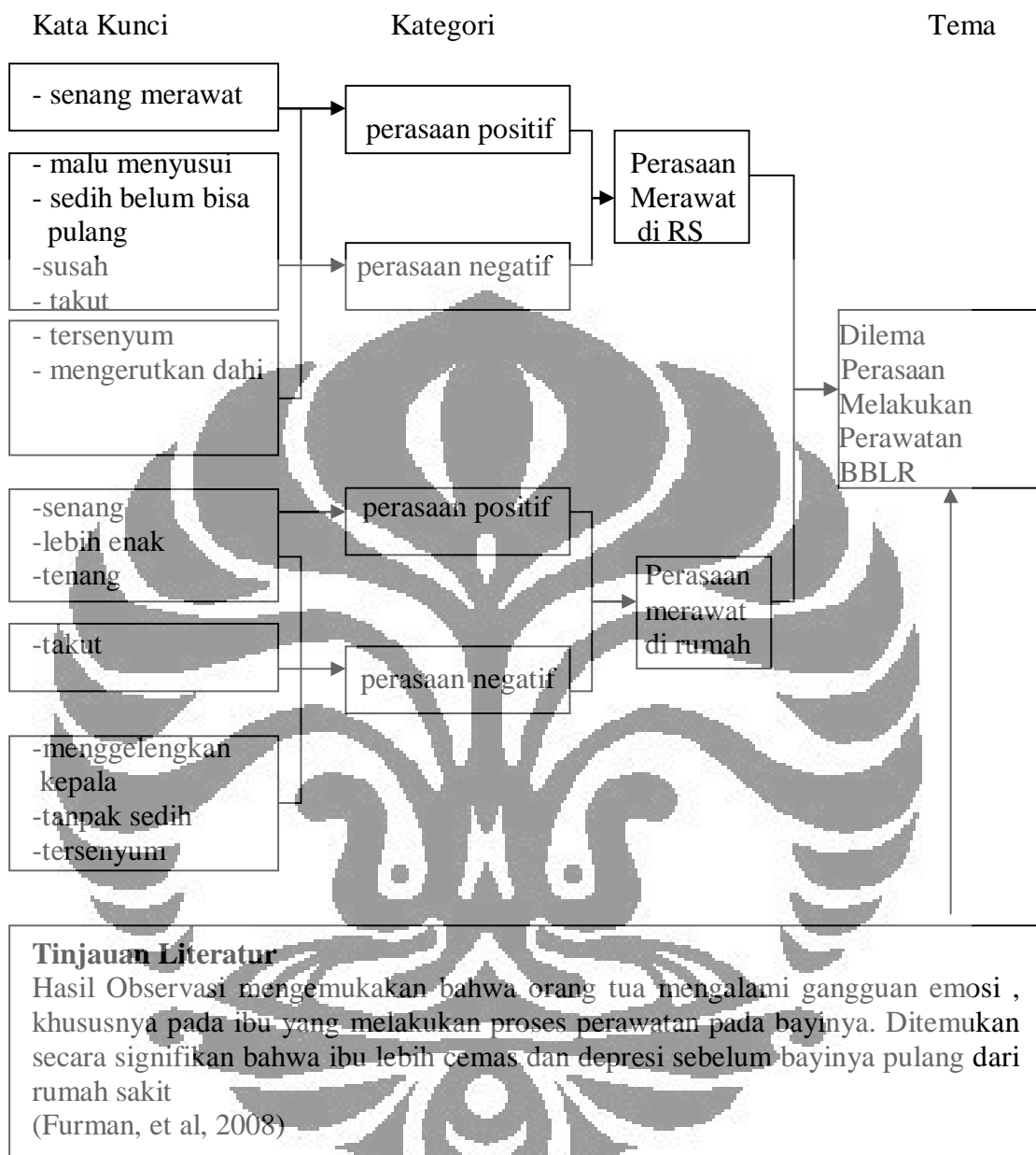
”Masyarakat”

Dukungan dari tetangga selama melakukan perawatan sangat memberi motivasi pada ibu melakukan perawatan (Goldenpining, 2000). Hal ini dinyatakan oleh 3 dari 6 orang partisipan:

”.... tetangga banyak ngasih dukungan..., banyak ngejengukin..tetangga ngomong:”adek cepet pulang, pengen liat..”...kakak sering nelpon..”(P1).

Dukungan tetangga juga sangat berpengaruh terhadap motivasi keluarga dalam memberikan perawatan terhadap BBLR. Dukungan secara langsung lebih banyak dijumpai pada saat dilakukan observasi, dan hal ini membuat partisipan sangat senang

Tujuan: Mengidentifikasi pengetahuan ibu yang memiliki BBLR
Skema 4.6. Tema: "Dilema Perasaan Melakukan Perawatan"



Tema "Dilema perasaan merawat bayi" terbentuk dari susunan kategori yang mencakup perasaan merawat di rumah sakit, dan perasaan merawat di rumah. Beberapa kategori-kategori tersebut dijelaskan sebagai berikut:

”Perasaan merawat di rumah sakit”

Ibu mengalami dilema perasaan selama melakukan perawatan di rumah sakit. Adapun perasaan yang dirasakan dan diartikan secara positif, dinyatakan oleh 1 dari 6 orang partisipan

”..ya...seneng ngerawat..., ya...dibantuin orangtua...”(P4)

Perasaan negatif yang dirasakan oleh ibu selama di rawat di rumah sakit, hal ini dinyatakan oleh 3 dari 6 orang partisipan

”..banyak orang, ...nyusu malu..., ...sedih juga di sini..., belum bisa pulang,..mandinya harus sekali..., repot aja..., ga’ ada yang gantiin..., ga’ ada yang bantuin jagain..., jemur bayi aja susah...”(P2),” ..senang, masalahnya emang masih belum bisa pulang., ..bayinya ga’ diperhatikan ama suster...”(P3),”...de..deg..’an ga’ tega...ga’ kuat..takut..., malu nete’in...”(P6)

Hasil observasi peneliti apada ekspresi wajah partisipan mengungkapkan perasaan negatif merawat di rumah sakit dirasakan lebih dominan. Hal ini dimungkinkan karena pelayanan dan fasilitas yang tidak mendukung perawatan BBLR yang dilakukan oleh ibu di rumah sakit, misalnya saja kebutuhan ibu akan privasi dan informasi tentang perawatan BBLR

”Perasaan merawat di rumah”

Ibu juga mengalami dilema perasaan saat melakukan perawatan di rumah. Perasaan positif yang dirasakan. Hal ini dinyatakan oleh seluruh partisipan *”ya...seneng...enakan di rumah kati ya..”(P4)*

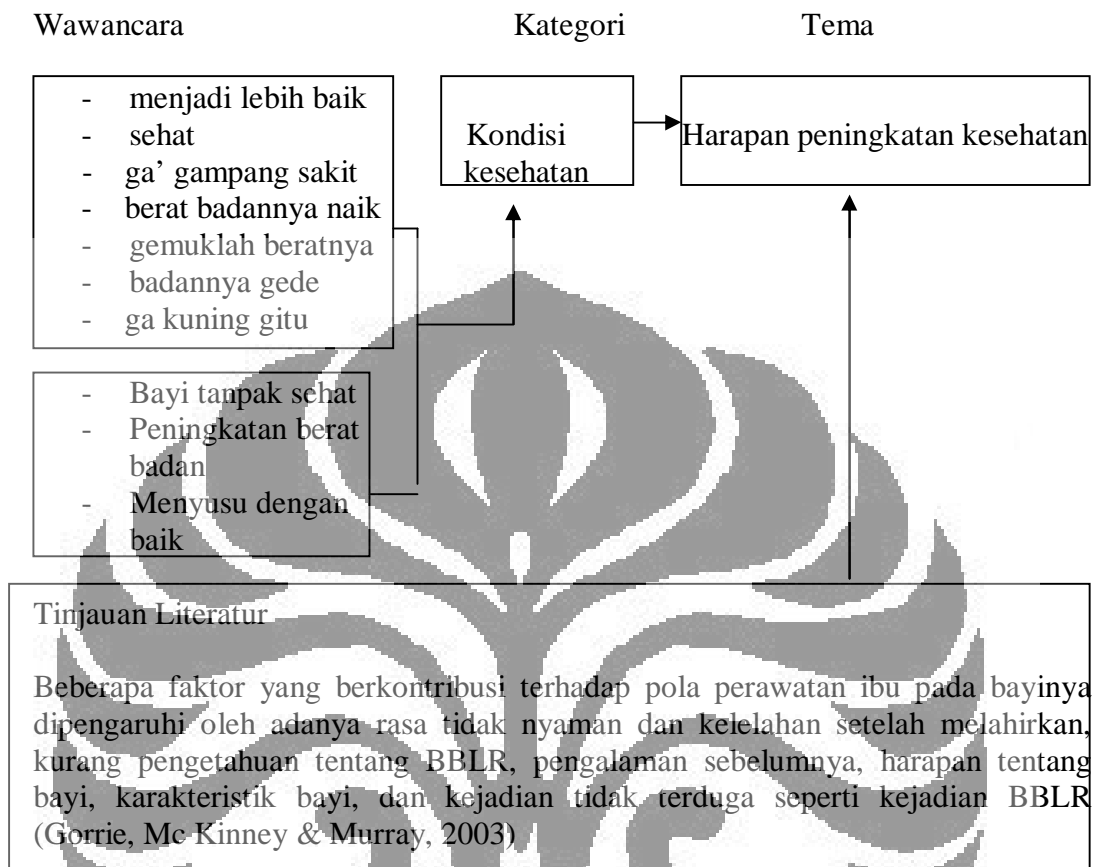
Perasaan negatif yang dirasakan ibu selama melakukan perawtan di rumah:dinyatakan oleh 2 dari 6 orang partisipan:

”ya..begitulah..ya..lebih senang kalau di rumah...takut memang ada...”(P1)

Perasaan partisipan lebih senang jika melakukan perawatan di rumah, hal ini dimungkinkan bahwa saat melakukan perawatan di rumah partisipan akan lebih banyak mendapat bantuan dari keluarga dalam melakukan perawatan bayi

Tujuan: Mengidentifikasi pola perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah

Skema 4.7. Tema: “Harapan peningkatan kesehatan”



Tema “Harapan peningkatan kesehatan” terbentuk dari susunan kategori yang mencakup kondisi kesehatan. Kategori dijelaskan sebagai berikut:

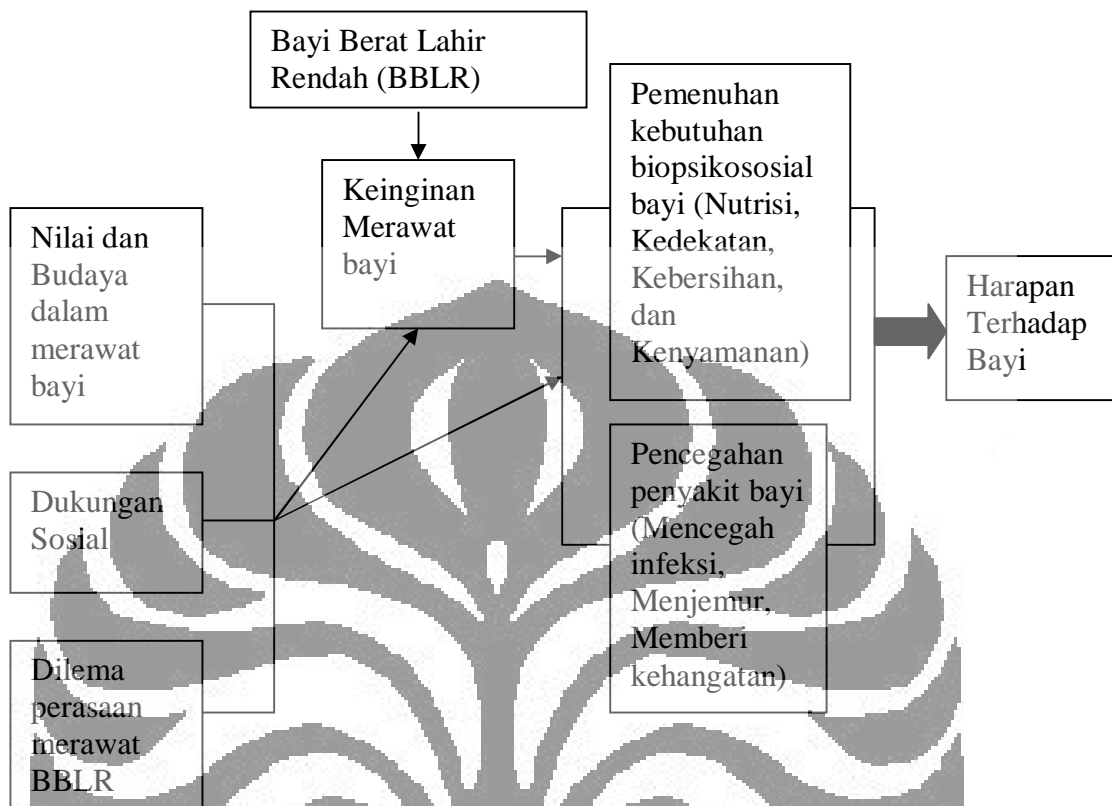
“Kondisi kesehatan”

Ibu sangat berharap bayi mengalami perkembangan menjadi lebih sehat, karena kondisi bayi yang rentan sangat mempengaruhi sikap dan perasaan ibu dalam melakukan perawatan. Ibu cenderung takut dan tidak percaya diri melakukan perawatan pada BBLR. Hal ini dinyatakan oleh 3 dari 6 orang partisipan:

“...ini kan sudah membaik kan mba' ya..pengennya akan menjadi lebih baik lagi, itu aja harapannya..” (P1)

Hasil observasi peneliti, didapatkan bahwa sebagian kondisi bayi saat akan pulang ke rumah sakit sudah tampak lebih sehat dan dapat menyusu pada ibunya

Skema 4.8. Pola Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) oleh Ibu di Rumah Sakit Dan di Rumah Dan Hal-hal Yang Mempengaruhi



Pada penelitian ini, peneliti menggali bagaimana ibu melakukan pola perawatan terhadap bayi berat lahir rendah (BBLR) di rumah sakit dan di rumah dan hal-hal yang mempengaruhinya. Teori konsep dalam penelitian ini menunjukkan bahwa, sebagai pusat pola perawatan BBLR dilakukan oleh ibu adalah keinginan ibu dalam melakukan pola perawatan yaitu pemenuhan kebutuhan biopsikosial (nutrisi, kedekatan, kebersihan, dan kenyamanan). Pola perawatan yang dilakukan oleh ibu dan keinginan ibu merawat BBLR dipengaruhi nilai dan budaya merawat bayi, dukungan sosial, dan dilema perasaan yang disakan oleh ibu saat merawat BBLR. Pola perawatan BBLR yang dilakukan oleh ibu merupakan tindakan yang dilakukan oleh ibu dengan harapan terhadap kondisi bayi yang sehat dan penambahan berat badan bayi.

BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan berbagai implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan cara membandingkan hasil temuan penelitian ini dengan berbagai literatur dan tinjauan pustaka yang telah diuraikan sebelumnya. Keterbatasan penelitian ini dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Sementara implikasi keperawatan pada penelitian ini diuraikan dengan mempertimbangkan pengembangan dan keberlanjutan hasil penelitian ini bagi pelayanan, pendidikan, dan penelitian keperawatan.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian

Penelitian ini mengidentifikasi 7 tema utama penelitian yaitu: (1) keyakinan melakukan perawatan; (2) nilai dan budaya merawat bayi; (3) pemenuhan kebutuhan biopsikososial bayi; (4) pencegahan penyakit bayi; (5) dukungan sosial; (6) dilema perasaan melakukan perawatan; (7) harapan peningkatan kesehatan. Faktor yang mempengaruhi keputusan ibu dalam melakukan pola perawatan pada BBLR diindikasikan oleh karena naluri sebagai seorang ibu.

Bayi berat lahir rendah memerlukan perawatan dan kebutuhan khusus. Hal ini disebabkan oleh karena kondisi BBLR yang sangat rentan. Kebutuhan-kebutuhan tersebut antara lain berupa kebutuhan lingkungan fisik yang sesuai (pengaturan suhu, kelembapan udara dan kebersihan lingkungan), kebutuhan akan perfusi dan oksigenasi jaringan yang baik, kebutuhan yang sesuai dan adekuat, serta kebutuhan akan emosional dan sosial (Suradi, 2008). Pada prinsipnya perawatan pada BBLR mencakup tiga hal dasar yaitu termoregulasi, pemenuhan nutrisi, dan pencegahan infeksi pada bayi (Konstantyner, 2007). Menurut Bang., et al (2005), bahwa pemenuhan kebutuhan nutrisi diprioritaskan pada pemberian ASI pada BBLR. Ibu dengan kapasitas ASI yang terbatas dapat memeras ASInya untuk memenuhi kebutuhan BBLR, pencegahan infeksi dapat dilakukan dengan cara

mencuci tangan, menjaga kebersihan ruangan, menjaga kebersihan kulit bayi agar tetap dalam kondisi kering (tidak lembab), perawatan tali pusat, sedangkan untuk mencegah kestabilan suhu bayi dapat dilakukan dengan cara tidak memandikan bayi selama 6 jam pertama, menyelimuti bayi, memakaikan topi pada bayi.

Kondisi BBLR yang rentan terhadap suhu dingin memerlukan penatalaksanaan hypotermia. Penatalaksanaan hypotermia di rumah sakit harus terlebih dahulu menemukan penyebab hypotermia. Bayi dapat diletakkan didalam inkubator dengan suhu 1- 1,5 C lebih tinggi dari suhu bayi dengan monitor 15-30 menit sampai suhu BBLR kembali stabil. Cara lain dalam mengatasi hipotermi dengan metode kangguru, bayi diletakkan di dada ibu (PERINASIA, 2001). Penatalaksanaan lain untuk menjaga BBLR tetap hangat adalah dengan cara membungkus bayi dalam kain atau selimut dan memakai topi (Depkes, 2000). Perawatan memandikan pada BBLR ditunda sampai keadaan umum BBLR membaik, suhu tubuh stabil (Agarwal, 2007).

Bayi dengan berat lahir yang rendah juga rentan terhadap infeksi. Pola perawatan pencegahan infeksi pada BBLR dilakukan dengan cara melakukan tindakan *universal precaution*, dengan mencuci tangan, melakukan perawatan tali pusat, melakukan perawatan kebersihan pada bayi (Agarwal, 2007). Menurut Depkes (2000), bahwa perawatan preventif dapat dilakukan oleh ibu dalam mencegah infeksi, dengan merawat tali pusat. Tali pusat dibersihkan dan dikeringkan hingga pangkalnya setiap kali basah atau kotor dengan menggunakan air bersih. Popok bayi harus diganti setiap kali basah, dan membersihkan kotoran bayi dengan menggunakan kapas basah dan dikeringkan kembali.

Pemberian ASI dapat mencegah kejadian enterokolitis nekrotikans (EKN) pada BBLR (Suradi, 2000). Kondisi BBLR ini memerlukan pola perawatan pemenuhan nutrisi dengan kebutuhan protein BBLR 3-5 gr/Kg BB, dan kalori sebesar 110 Kal/Kg BB, sehingga pertumbuhan BBLR dapat meningkat. Air susu ibu (ASI) diperas dan diminumkan dengan sendok secara perlahan/ menggunakan sonde bila kemampuan menghisap bayi belum baik. Permulaan cairan diberikan 50-60

cc/KgBB/Hari dan dinaikkan sampai mencapai 200 cc/KgBB/Hari (Sitohang, 2004). Pemberian ASI dapat dilakukan oleh ibu dengan posisi duduk, dan ibu dapat merangsang mulut bayi agar terbuka dengan cara menyentuhkan puting susu ibu ke bibir bayi agar bayi membuka mulutnya. Teknik menyusui dilakukan dengan menyusui dari kedua payudara secara bergantian selama bayi menginginkan ASI. Bila sudah waktunya menyusui dan bayi masih tidur, maka bayi segera dibangunkan untuk disusui paling tidak tiap 3 jam. Berdasarkan pendapat Agarwal (2007), bahwa aktivitas perawatan yang dilakukan oleh ibu pada BBLR mencakup pemenuhan nutrisi, pencegahan infeksi, memeriksa tanda bahaya pada bayi, dan memberi kehangatan pada BBLR.

Berdasarkan hasil temuan dalam penelitian, perawatan yang dilakukan oleh ibu pada BBLR mencakup pemenuhan kebutuhan biopsikososial dan pencegahan penyakit pada BBLR. Kebutuhan biopsikososial yang dipenuhi oleh ibu dalam pola perawatan BBLR mencakup pemenuhan kebutuhan nutrisi, kedekatan/*bonding attachment*, kebersihan diri / *hygiene* bayi, dan kenyamanan. Pencegahan penyakit yang dilakukan pada BBLR yang dilakukan oleh ibu pada pola perawatan BBLR mencakup, pencegahan infeksi, menjemur, memberi kehangatan.

Tindakan pola perawatan yang dilakukan oleh ibu memiliki kesamaan dan perbedaan dengan teori perawatan BBLR dalam tinjauan literatur. Perbedaan perawatan yang dilakukan oleh ibu dengan tinjauan literatur yang ada adalah dalam hal pola perawatan 'kedekatan/*bonding attachment*' dan 'pemenuhan kebutuhan kenyamanan' pada BBLR. Pemenuhan perawatan ini tidak dibahas lebih lanjut dalam tinjauan literatur yang didapatkan oleh peneliti. Pada pola perawatan pencegahan penyakit, ibu melakukan pola perawatan 'jemur'. Pola perawatan ini dilakukan oleh ibu sebagai tindakan untuk mencegah kuning pada kulit bayi. Perawatan BBLR seperti ini tidak ditemukan oleh peneliti dalam tinjauan literatur sebagai pola perawatan pada BBLR. Namun tindakan pemeriksaan tanda bahaya pada bayi yang dikemukakan oleh Agarwal (2007) tidak ditemukan dalam hasil penelitian ini. Secara garis besar pola perawatan yang

dilakukan oleh ibu pada BBLR sama dengan prinsip pola perawatan yang dikemukakan oleh Depkes (2000); Bang., et al (2005); dan Agarwal (2007). Hasil penelitian ini dapat memperkuat konsep pola perawatan pada BBLR yang sudah ada sebelumnya.

Siswanto (2006), menyatakan bahwa kebutuhan seorang anak dipenuhi oleh ayah dan ibu selaku orang tuanya. Kebutuhan yang segera termasuk nutrisi, kehangatan, naungan dan perlindungan dari bahaya, penyediaan lingkungan dalam rangka pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental dan sosial kultural. Faktor sosial budaya berpengaruh membentuk naluri seorang ibu dalam memaknai masalah ekonomi, dukungan sosial, sumber psikologis, komposisi keluarga, karakteristik bayi, kemampuan bayi, dan temperamen bayi. (Scheper, 1987). Nilai dan budaya keluarga memegang peranan penting terhadap ibu dalam melakukan perawatan terhadap BBLR.

Pengaruh ketergantungan orang tua ataupun orang yang dituakan dalam keluarga cukup memegang kontrol pengambilan keputusan cara perawatan yang dilakukan ibu terhadap BBLR (Marvin., B, Sussman, et al, 1999). Hal ini dimungkinkan terjadi karena kurangnya informasi tentang perawatan BBLR yang didapatkan ibu dari tenaga kesehatan, sehingga ibu merasa tidak percaya diri dalam melakukan perawatan BBLR. Bang., et al (2005), menyatakan bahwa ibu sering merasa khawatir dan cemas saat akan melakukan perawatan pada BBLR. Perasaan khawatir yang terjadi pada ibu cenderung disebabkan oleh faktor usia, pendidikan, paritas, dan komplikasi medis pada BBLR (Kurdahi., 2007).

Ruddick (1980, dalam Scheper, 1987), menyatakan bahwa pengalaman wanita dalam menjalankan fungsi sosial biologis dalam proses reproduksinya, walaupun mengalami keterbatasan ekonomi, namun sebagai ibu tetap berusaha dan rela mengorbankan hidup untuk merawat anaknya. Ibu berperan sebagai sumber pemenuhan kebutuhan bayi, menjadi sumber bergantung pemenuhan kebutuhan nutrisi serta sumber kenyamanan (Ervika, 2000). Partisipasi ibu dalam melakukan perawatan terhadap bayi adalah perkembangan dari pengalaman dan sikap adaptif

ibu terhadap pola perawatan yang sudah dilakukan oleh ibu (Pridham, 2009). Sikap adaptif ibu dinyatakan dengan ekspektasi ibu terhadap kondisi bayi yang mencakup pertumbuhan dan perkembangan bayi, pemenuhan nutrisi, kesehatan fisik, serta hubungan ibu dan bayi.

Engle (1996), mengemukakan bahwa terdapat beberapa kategori penting yang mempengaruhi pola perawatan yang diberikan ibu pada bayi diantaranya adalah, (1) pendidikan, pengetahuan, dan nilai yang dianut ibu; (2) status kesehatan dan nutrisi ibu; (3) kesehatan mental, sikap percaya diri ibu; (4) autonomi; (5) pekerjaan dan kesibukan; (6) dukungan sosial dari anggota keluarga dan masyarakat. Pola perawatan yang diberikan pada bayi mencakup pemenuhan kebutuhan nutrisi (ASI) pada bayi; stimulasi psikososial bayi, mendukung perkembangan bayi; perawatan kebersihan; dan perawatan selama sakit.

Memahami kebutuhan khusus orangtua selama melakukan perawatan BBLR di rumah sakit dan di rumah perlu dianalisa dengan baik sehingga dapat memberikan dan merencanakan intervensi konseling pada ibu dan keluarga tentang perawatan BBLR. Hasil penelitian yang telah dianalisa dan diobservasi menemukan beberapa hal yang perlu ditinjau tentang perawatan BBLR yang dilakukan oleh ibu di rumah sakit dan di rumah, bahwa partisipan menyatakan ingin mengetahui tentang perawatan BBLR. Hal ini menunjukkan bahwa ada kebutuhan ingin tahu (*need to know*) pada ibu dalam melakukan pola perawatan BBLR di rumah sakit dan di rumah.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti bahwa dalam melakukan pola perawatan pada BBLR baik di rumah sakit maupun di rumah ibu. Hasil observasi yang telah dilakukan oleh peneliti bahwa ibu membutuhkan konseling dari tenaga kesehatan profesional tentang perawatan khusus bagi BBLR di rumah sakit dan di rumah. Hal ini membuktikan bahwa ibu memerlukan informasi yang cukup (*need for information*) tentang pola perawatan di rumah sakit dan di rumah.

Dalam hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa adanya pemahaman yang kurang tentang BBLR dan kebutuhan perawatan khusus bagi BBLR. Pemahaman yang kurang pada ibu tentang kebutuhan perawatan yang khusus bagi BBLR mengindikasikan bahwa ibu sangat perlu diberikan pengetahuan (*need for knowledge*) tentang perawatan BBLR di rumah sakit dan di rumah. Disamping beberapa hal di atas hasil penelitian melalui wawancara dan observasi juga menunjukkan bahwa ibu merasa takut untuk melakukan tindakan perawatan pada BBLR, sehingga tindakan perawatan diambil alih oleh tenaga kesehatan maupun anggota keluarga lain yang tinggal di rumah. Hal ini menunjukkan bahwa ibu juga memerlukan keterampilan dalam melakukan perawatan BBLR (*need for skill*).

Beberapa kebutuhan yang diperlukan oleh ibu dalam melakukan tindakan perawatan pada BBLR tersebut dalam hal ini memerlukan dukungan baik dari tenaga kesehatan maupun anggota keluarga sehingga ibu dapat melakukan perawatan di rumah sakit dan di rumah tanpa disertai dengan dilema perasaan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti bahwa dalam melakukan pola perawatan pada BBLR baik di rumah sakit maupun di rumah ibu. Hasil observasi yang telah dilakukan oleh peneliti bahwa ibu membutuhkan konseling dari tenaga kesehatan profesional tentang perawatan khusus bagi BBLR di rumah sakit dan di rumah. Hal ini membuktikan bahwa ibu memerlukan informasi yang cukup (*need for information*) tentang pola perawatan di rumah sakit dan di rumah.

Pada hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa adanya pemahaman yang kurang tentang BBLR dan kebutuhan perawatan khusus bagi BBLR. Pemahaman yang kurang pada ibu tentang kebutuhan perawatan yang khusus bagi BBLR mengindikasikan bahwa ibu sangat perlu diberikan pengetahuan (*need for knowledge*) tentang perawatan BBLR di rumah sakit dan di rumah. Disamping beberapa hal di atas hasil penelitian melalui wawancara dan observasi juga menunjukkan bahwa ibu merasa takut untuk melakukan tindakan perawatan pada BBLR, salah satu contoh adalah melakukan perawatan memandikan, sehingga tindakan perawatan diambil alih oleh tenaga kesehatan maupun anggota keluarga lain yang tinggal di rumah. Hal ini menunjukkan bahwa ibu juga memerlukan

keterampilan dalam melakukan perawatan BBLR (*need for skill*). Beberapa kebutuhan yang diperlukan oleh ibu dalam melakukan tindakan perawatan pada BBLR tersebut dalam hal ini memerlukan dukungan baik dari tenaga kesehatan maupun anggota keluarga sehingga ibu dapat melakukan perawatan di rumah sakit dan di rumah tanpa disertai dengan dilema perasaan.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih banyak memiliki keterbatasan dan kekurangan, diantaranya:

1. Keterbatasan teknik observasi, dan wawancara secara mendalam, sehingga data yang diperoleh kurang lengkap dan belum menyeluruh.
2. Kemampuan peneliti untuk melakukan analisa dan interpretasi hasil analisa data (wawancara, catatan lapangan, observasi, studi literatur) masih sangat terbatas. Banyak data yang lebih tergal bila peneliti dapat meningkatkan kemampuannya dalam melakukan wawancara, membuat catatan lapangan. Keterbatasan kemampuan peneliti melakukan analisa data membuat proses analisa sedikit tersendat dan membutuhkan waktu yang cukup lama.
3. Keterbatasan dalam menentukan kriteria inklusi. Beberapa kriteria inklusi yang perlu ditambahkan adalah tingkat pendidikan, dan kemampuan berkomunikasi yang baik pada partisipan penelitian.

5.3 Implikasi Keperawatan

Penelitian ini memberi gambaran tentang pola perawatan BBLR oleh ibu di Rumah Sakit dan di Rumah. Tindakan pola perawatan terhadap bayi merupakan keputusan orang tua yang dilandasi dengan nilai dan keyakinan orang tua untuk memberikan perawatan yang terbaik bagi bayi. Keputusan untuk melakukan perawatan bayi juga dipengaruhi oleh faktor keinginan ibu dalam melakukan perawatan, nilai dan budaya dalam merawat bayi yang dianut oleh ibu, dukungan sosial yang diterima ibu dalam merawat bayi, serta dilema perasaan yang dirasakan ibu saat harus melakukan perawatan pada BBLR. Keinginan untuk melakukan perawatan bayi dikontribusi oleh masalah ekonomi, kondisi kesehatan bayi, pengalaman, serta informasi tenaga kesehatan yang diterima oleh ibu.

Perawatan BBLR memerlukan biaya lebih besar di rumah sakit maupun di rumah karena kondisi BBLR yang memerlukan perawatan pemenuhan kebutuhan biopsikososial yang khusus dan berbeda dibandingkan dengan perawatan bayi yang normal, sehingga hal ini memerlukan penanganan yang tepat sehingga perawatan BBLR dapat dilakukan dengan tepat oleh ibu dan tidak menghabiskan biaya yang mahal.

Sebagai pelaku perawatan BBLR, ibu sangat memerlukan dukungan dari keluarga dalam melakukan perawatan. Dukungan tenaga kesehatan sangat dibutuhkan oleh keluarga khususnya ibu dalam melakukan perawatan pada BBLR, dan menjawab berbagai pertanyaan dan ketidaktahuan ibu dalam perawatan BBLR di rumah sakit dan di rumah. Perawat Maternitas khususnya perlu memberikan pendidikan dan informasi mengenai perawatan BBLR pada ibu selama di rumah sakit dan melakukan kunjungan rumah untuk memantau perawatan yang telah dilakukan oleh ibu setelah pulang dari rumah sakit. Dukungan yang didapatkan oleh ibu dapat membantu ibu untuk dapat lebih merasa percaya diri dalam dan merasa senang dalam menjalankan perannya sebagai ibu, melakukan perawatan BBLR baik di rumah sakit maupun di rumah. Peranan perawat maternitas dalam memberikan konseling perawatan BBLR pada keluarga dengan BBLR di area komunitas khususnya pada ibu juga dapat mengatasi permasalahan keterbatasan biaya perawatan BBLR yang dirasakan oleh ibu.

BAB VI

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

6.1 Simpulan

Pusat pola perawatan BBLR oleh ibu di rumah sakit dan di rumah adalah keinginan ibu dalam merawat BBLR. Pola perawatan BBLR yang dilakukan oleh ibu di rumah sakit dan di rumah mencakup pemenuhan kebutuhan biopsikosial BBLR (memenuhi kebutuhan nutrisi, kedekatan/*bonding attachment*, kebersihan diri/*hygiene* bayi, kenyamanan) dan pencegahan penyakit (mencegah infeksi, menjemur, memberi kehangatan) dipengaruhi oleh keinginan ibu dalam merawat. Keinginan ibu dalam melakukan perawatan juga dipengaruhi oleh nilai dan budaya dalam merawat bayi, dukungan sosial, dan dilema perasaan yang dirasakan oleh ibu saat merawat BBLR. Pemenuhan kebutuhan biopsikosial pada BBLR berbeda dengan bayi dengan kondisi normal. Pemenuhan kebutuhan ini didasarkan oleh kondisi BBLR yang sangat rentan oleh penyakit. Hal tersebut dilakukan dengan harapan kondisi bayi akan lebih sehat. Perasaan cemas dan tekanan yang dialami oleh ibu dalam melakukan perawatan BBLR memerlukan solusi yang tepat sehingga ibu dapat melakukan perawatan bayi dengan benar dan dengan rasa percaya diri. Ibu sangat memerlukan dukungan khususnya dari tenaga kesehatan untuk dapat merawat BBLR dengan tepat. Perawat sangat berperan dalam memberikan konseling tentang perawatan BBLR pada ibu di rumah sakit maupun di rumah.

B. Rekomendasi

1. Bagi pelayanan Ibu (Perawat)
 - a. Bagi pelayanan ibu, sebagai seorang perawat dapat memberikan dukungan pada ibu dengan BBLR dalam melakukan perawatan terhadap bayinya.
 - b. Memberdayakan ibu dengan memberikan informasi dan keterampilan merawat

BBLR di rumah sakit.

- c. Melakukan *follow up* terhadap perawatan BBLR yang telah dilakukan oleh ibu di rumah

2. Bagi Perawat Maternitas dan Komunitas

- a. Diharapkan dapat melakukan pengkajian dan pemberian asuhan keperawatan tentang perawatan BBLR yang tepat sesuai dengan kebutuhan ibu yang berada di ruang perawatan postpartum dan di komunitas agar terpenuhi kebutuhan pemahaman dan keterampilan dalam melakukan pola perawatan BBLR di Rumah Sakit dan di Rumah
- b. Diharapkan mampu mengimplementasikan dan menganalisa keberhasilan asuhan keperawatan perawatan BBLR yang telah diberikan pada Ibu.
- c. Diharapkan dapat melakukan upaya pemberdayaan perempuan yang dapat meningkatkan pemahaman dan kemampuan dalam melakukan pola perawatan BBLR di rumah sakit dan di rumah, misalnya dengan memberikan pendidikan kesehatan dan pelatihan perawatan BBLR pada ibu di rumah sakit dan di rumah.

3. Bagi Pendidikan Keperawatan

- a. Diharapkan materi pemberian konseling perawatan BBLR
- b. Diharapkan meningkatkan kemampuan mahasiswa dan melakukan pengkajian tentang kesulitan yang dihadapi ibu dalam melakukan perawatan BBLR
- c. Diharapan meningkatkan kesensitifan mahasiswa program spesialis maternitas mengkaji /peka terhadap kebutuhan ibu dalam melakukan perawatan BBLR

4. Bagi Penelitian Keperawatan

- a. Diharapkan dalam penelitian selanjutnya dilakukan penelitian dengan teknik kuantitatif tentang hubungan antara karakteristik partisipan dengan pola perawatan BBLR oleh ibu
- b. Diharapkan dilakukan penelitian dengan pendekatan kualitatif perbedaan naluri ibu dalam melakukan perawatan pada ibu yang memiliki BBLR dengan yang memiliki bayi normal penelitian
- c. Diharapkan pada penelitian selanjutnya dapat mengeksplorasi lebih jauh tentang konseling tentang perawatan BBLR di rumah sakit dan di rumah



Daftar Pustaka

- Afiyanti, Y, et al. (2006). Perbedaan kepedulian maternal antara ibu primipara dan ibu multipara pada periode post partum. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 10(2), 54-60
- Agarwal. (2007). Positive deviance in house hold caring of low birth weight newborns in Slums of. India: Urban Health Resource Centre
- Ampuni., S. (2002). Hubungan antara ekspresi afek ibu dengan kompetensi sosial anak. Tesis. Yogyakarta: Program Studi Psikologi Universitas Gajah Mada
- Anonim, (2004). *Family-centered maternity newborn care: national guidelines*. http://www.phac.aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/fcmnc_e.pdf. Diambil pada tanggal 25 Januari 2009
- Anonim. (1994). *Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 1993*. ORC Macro Calverton. USA: Maryland
- Arif, M. A. (1999). Low birth weight babies in the third world: Maternal nursing versus professional nursing care. *Journal Tropical Pediatric*. Vol.45(5): 278-280
- Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan. (2002). Laporan Data SUSENAS 2001. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Bang, et al. (2005). Low Birth Weight and Preterm Neonates: Can they managed at home by mother and a trained village health worker. *Journal of Perinatologi*. 25: S72-S81
- Bobak., I. M., Loder milk., D. L., Jensen., M. D., Perry., S. E. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi 4. Alih bahasa: Maria. W., & Peter., I. N. Jakarta: EGC
- Bobak., I. M., Loder milk., D. L., Jensen., M. D., Perry., S. E.(2007). *Maternity Nursing*. 5th edition. St. Louis: Mosby Year Book Inc.
- Bowling., A. (2002). *Research methods in health: investigating health and health service*. 2nd ed. Buckingham: Open University Press
- Brooks., J. B. (2001). *The process of parenting*. 3th edition. London: Mayfield
- Creswell., J. W. (2003). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five tradition*. Thousand Oaks. Caifornia: SAGE Publication, Inc
- Denzin., N. K., & Lincoln., Y. S. (2003). *Strategies of qualitative inquiry*. 2nd ed. Thousand Oaks California: SAGE publication, Inc.

- Departemen Kesehatan. (2000). *Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Depkes
- Departemen Kesehatan. (2000). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan, RI
- Departemen Kesehatan. (2007). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan, RI
- Departemen Kesehatan. (1993). *Pedoman pelaksanaan upaya peningkatan kesehatan neonatal Departemen Kesehatan. Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Direktorat Bina Kesehatan Keluarga*. Jakarta: Depkes RI
- Departemen Kesehatan. (1999). *Pedoman teknis pelayanan kesehatan dasar: Pelayanan kesehatan neonatal esensial*. Jakarta: Depkes RI
- Departemen Kesehatan. (2001). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes RI
- Dhyanti., W. (2001). Masalah perawatan bayi berat lahir rendah. *Perinatal Workshop dan International Symposium*. Bali, 18 – 19 Oktober
- Djelantik. (2001). Proses penyesuaian metode kangguru di rumah sakit (in hospital adaptation) dalam *PERINASIA*
- Doenges, Marilyn E. (2001). *Rencana perawatan maternal/bayi : Pedoman untuk perencanaan dan dokumentasi perawatan klien*. Jakarta : EGC
- Easton. et al. (1978). Duration of Breastfeeding After Early Initiation and Frequent Feeding. *Lancet*, 11:1141-43
- Eka Ervika. (2005). Kelekatan (*attachment*) pada anak. Medan: Universitas Sumatera Utara, e-USU Repository
- Engle. (1996). *Care and Nutrition: Concept and measurement*. Washington: UNICEF
- Furman. (1998 dalam *Growth and Development*, 2004). The growth of VLBW infants. Academy of Medicine (ABM).
- Gazarmarian., et al. (1997). Maternity experiences in a manage care organization. *Health Affairs*, 16.(3), hlm. 198-208
- Gorrie., T. M., Mc Kinney., E. S., & Murray., S. S. (2003). *Foundation of maternal newborn nursing*. 2nd ed. California: W.B. Saunders Company
- Gupta. (2008). *Module for training of specialist in pediatricts on new born care: Care of low birth weinght babies*.India: Jaipur

- Halpen, F. S., et al. (2001). Parenting stress in mothers of very low birth weight (VLBW) and fullterm infant: A function of infant behavioral characteristic and child rearing attitudes. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(2), hlm. 93-104
- Hanning Rye., (2000). Membantu anak dan keluarga berkebutuhan khusus: Sebuah pendekatan berorientasi sumber. Jakarta: Bina Rupa Pustaka
- Hazel, E. (2006). Mother of very low birth weight babies: How do they adjust?. *Journal of Advanced Nursing*, 15(1), hlm. 6-11
- Hamilton., P. M. (2000). (Alih bahasa * Asih., G. Y.). *Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas*. Edisi 7. Jakarta: EGC
- Heaman, M. I., Sprague, A. E., & Stewart, P. J. (2000). Reducing the Preterm Birth Rate: A Population Health Strategy. *JOGNN*, 30(2), hlm. 20-29
- Hoekenberry., M. J., Wison., D. (2007). *Nusing Care of Infants and Children*. 8th edition. St. Louis: Mosby
- Judith Lauwers. (2009). Counseling the nursing mother. www.jbpub.com. Pada tanggal 11 Mei 2009
- Karie., N. K., et al. (2002). Mother insightfulness regarding their infants internal experience : relation with maternal sensitvity and infant attachment. *Journal of Developmental Psychology*, 38(4), hlm. 534-542
- Kathleen, M. D. (2000). Care giving and health seeking infants. *Public Health Nursin*, 17(4), hlm. 273-279
- Keumala. (2008). BBLR tidak harus dirawat di rumah. Diambil dari <http://www.tabloid-nakita.com/artikel.php3?edisi=05237&rubrik=bayi>, pada tanggal 20 Januari 2008
- King, F. S. (1997). *Menolong ibu menyusui*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Klaus., E. G., Karin., G. (2007). *The Impact attachment to mother and father at an early age on childrens psychosocial developmental through young adulthood*. Germany: University of Rogensburg
- Konstantyner., et al. (2007). Effect Of A Very Low Birth Weight Newborn On Family: Literature Review. *Nutr. Hosp.* 22:138-45
- Kurdahi, L. (2007). The confidence of Latina mothers in the care of their low birth infants. *Research in nursing & Health*. Vol. 16(5): 335-342

- Leslie., et al. (2001). Parenting stress in mothers of very-low-birth-weight (VLBW) and full-term infants : a function of infant behavioral characteristics and child rearing attitude. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(2), hlm. 93-104
- Lupton, D. & Fenwick, J. (2001). They've forgotten that I'm the mum: constructing and practicing motherhood in special care nurseries. *Social Science & Medicine*, 53: 1011-1021
- Liz Jones. (2008). Principles to promote the initiation and establishment of lactation in the mother of preterm or sick infant. www.babyfriendly.org.uk/pdf, pada tanggal 20 Mei 2009
- Marvin. (1999). Handbook of marriage and the family. <http://googlebooks.com> pada tanggal 30 Mei 2009
- Martin., C. A. (2002). *Parenting, a life span perspective*. New York: Mc Graw-Hill
- Matteson, S. P. (2001). *Women's health during the child bearing years a community based approach*. Massachusetts: Mosby
- Matteson., P. L., Perry., S. E., & Bobak., I. M. (2001). *Maternity Nursing*. St. Louis. Inc
- Matteson., S. P. (2001). *Womens's Health During The Childbearing Years a Community Based Approach*. Massachusetts: Mosby
- May., K. A. Mahlmeister, L. R. (2001). *Maternal and neonatal nursing: family centered care*. 3rd ed. Philadelphia: J. B. Lipincott
- Mc Cartney., K. & Dearing., E. (2002). *Child development*. USA: Mc. Milan Reference
- Mello, D.F; Sclochi, C. G; 5, R. A. (2002). Brazilian mother's experiences of home care for their low birth. *Journal of Developmental Psychology*, 21(3), hlm. 342-352
- Muhammad Yusuf. (2009). Pendidikan anak dalam Islam. Jakarta: Yayasan Al-Sofwa.
- Mokhtar Malekpour. (2004). Low birth weight infant and the importance of early intervention: Enhancing mother-infant interactions a literature review. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 55(99), hlm 78-88
- None., J. (2004). Finding the best fit: a grounded theory of contraceptive decision making in woman. *Nursing Forum*, 34(4), hlm. 13-12

- Oslislo, A., Kaminski, K. (2000). Rooming-in: a new standard in obstetrics and neonatology. *Ginekol Pol*, 71(4), hlm. 202-207.
- Patton, M. Q. (1999). *Qualitative evaluation and research methods*. New Burney: SAGE
- Perinasia. (1994). *Teknik menyusui yang benar*. Jakarta: Perinasia
- Phillip., C. R. (1996). *Family centered maternity and newborn care: A Basic Text*. 4th ed. St. Louis: Mosby, Inc.
- Pilliteri. (2003). *Maternal and child health nursing care of childbearing and childrearing family*. Philadelphia: Williams & Wilkin
- Plat, M. W., & Ball, H. L. (2002). *Rooming in at the hospital: asseing the practical consideration*. St. Louis: Mosby
- Pojda, Judith Laura Kelly. (2000). *Low birth weight, nutrition policy*. Paper. No. 18. Geneva, Switzerland: ACC/SCN
- Polit., D. F., & Hungler, B. F. (2004). *Nursing research: principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pridham. (2009). *Support of family caregiving for children with special needs*. University of Wisconsin: Madison
- Rauh., V. A. (2000). Mother- infant transaction program: stimulation and the preterm Infant. *Clin Perinatol*, 1(4), hlm. 34-43
- Roeslanf. R. (2008). *Perkembangan global dan nasional perawatan metode kangguru: tantangan dan harapan*. Seminar Perawatan Metode Kangguru di Rumah Sakit: Tantangan dan Harapan. 3 Mei 2008. Jakarta: Perinasia DKI Jakarta.
- Rustina. Y. (2008). *Aspek psikososial dan komunikasi dalam metode kangguru*. Seminar Perawatan Metode Kangguru di Rumah Sakit: Tantangan dan Harapan. 3 Mei 2008. Jakarta: Perinasia DKI Jakarta.
- Saifuddin., A. B, et al. (2001). *Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: Yayasan Pustaka Sarwono Prawiriharjo
- Saili. (2008). Essensial Care of Low Birth Weight Neonates. *Indian Pediatrics*, .45(17), hlm. 13-15
- Sankar., et al. (2008). *Feeding of low birth weight infant*. India: AIMS-NICU Protocol

- Sameroff. (2008). Handbook of early childhood. <http://books.google.com>. Pada tanggal 21 April 2009
- Sarah J Philip., Tooley. (2008). The impact of birth complication on parental decision making: Could prenatal classes help?. Deakin University: Melbourne
- Setyawati. (2008). Ensiklopedia bayi. www.aiki.tk. Pada tanggal 24 Mei 2009
- Siswanto. (2006). Konsep pengaruh kultur dan keluarga terhadap kesehatan anak. Bina Pustaka: Jakarta
- Sitohang. N. A. (2004). Asuhan Keperawatan Pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah. Universitas Sumatera Utara (USU): USU Library
- Sofyan. (1997). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu dalam swarawat dan merawat bayi*. Tesis. Paska Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan
- Speziale., H. J. S. & Carpenter., D. R. (2003). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Stams., J. M., Juffer., F., Ijzendoorn., M. H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: the case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Journal of developmental Psychology*, 33(5), hlm. 806-821.
- Straight., Twin. (2001). The evaluation of effectiveness of health education intervention in clinical practice: a continuing methodological callene. *Journal Advance Of Nursing*, 3(2)
- Sugiyono. (2007). *Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif*. Bandung: Alfabeta
- Suradi. R. (2008). *Perawatan metode kangguru sebagai pengganti inkubator untuk bayi berat lahir rendah*. Seminar Perawatan Metode Kangguru di Rumah Sakit: Tantangan dan Harapan. 3 Mei 2008. Jakarta: Perinasia DKI Jakarta.
- Suradi., R, Yanuarso, P. B. (2000). Metode kangguru sebagai pengganti inkubator bagi BBLR. *Sari Pediatri*, 2(1), hlm. 29-35
- Sutcliffe., J. (2002). *Baby bonding: membentuk ikatan batin dengan bayi*. Jakarta: Taramedia & Restu Agung

- Swanson., K. (2000). There should have been two: nursing care of parents experiencing perinatal death of a twin. *Journal Of Perinatal And Neonatal Nursing*, 22(3), hlm. 78
- Swasono, M. F. (1998). *Kehamilan, kelahiran, perawatan ibu dan bayi dalam konteks budaya*. Jakarta: EGC
- Tarkka., M. T., Paunonen., M., & Laipala. (2005) Social support provided by public health nurses and the coping of first time mothers with child care. *Public Health Nursing*, 16(2), hlm. 114 -119
- Thompson., S. B. (2004). Qualitative research: grounded theory – sample size validity: *Advances in Developing Human Resources*, 4, hlm. 288.
- Tomey., A. M. & Alligood., M. R. (2006). *Nursing theorists and their work*. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc
- Tridjaja. (2005). *Tata laksana dan nutrisi bayi kecil*. Jakarta: IDAI
- Usman. (2001). *Esensi metode Kangguru untuk BBLR*. Perkumpulan Perinatologi Indonesia. Materi Perawatan Metode Kangguru. 18-19 Oktober, Denpasar, Bali
- Veize., P. M. (2000). Parental stimulation of high risk infant in naturalistic settings: stimulans and the preterm Infant. *Clin Perinatol*, 14(8), hlm. 20-30
- Yoke., A. S. (2006). Permasalahan dan penetalaksanaan bayi kurang bulan. *Medika Kartika*, 4(1), hlm. 29-40
- Zerzan. J. (2007). Some common feeding problems for low birth weight infant. <http://depts.washington.edu/growing/feed/oralprob.htm>, pada tanggal 25 Mei 2009
- Zwelling., E., & Phillip., C. R. (2001). Family centered maternity care in the new millennium is it real or is it imagined?. *Jornal of Perinatal and neonatal Nursing*, 15(3), hlm. 1-12