



TESIS
PENGARUH PAKET PENDIDIKAN KESEHATAN "RINDU"
TERHADAP KESIAPAN IBU MERAJAT BAYI
PREMATUR SETELAH PULANG
DARI RUMAH SAKIT
DI KEDIRI

OLEH:
Erna Rahma Yani
0706194974

MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2009



TESIS

**PENGARUH PAKET PENDIDIKAN KESEHATAN "RINDU"
TERHADAP KESIAPAN IBU MERAWAT BAYI
PREMATUR SETELAH PULANG
DARI RUMAH SAKIT
DI KEDIRI**

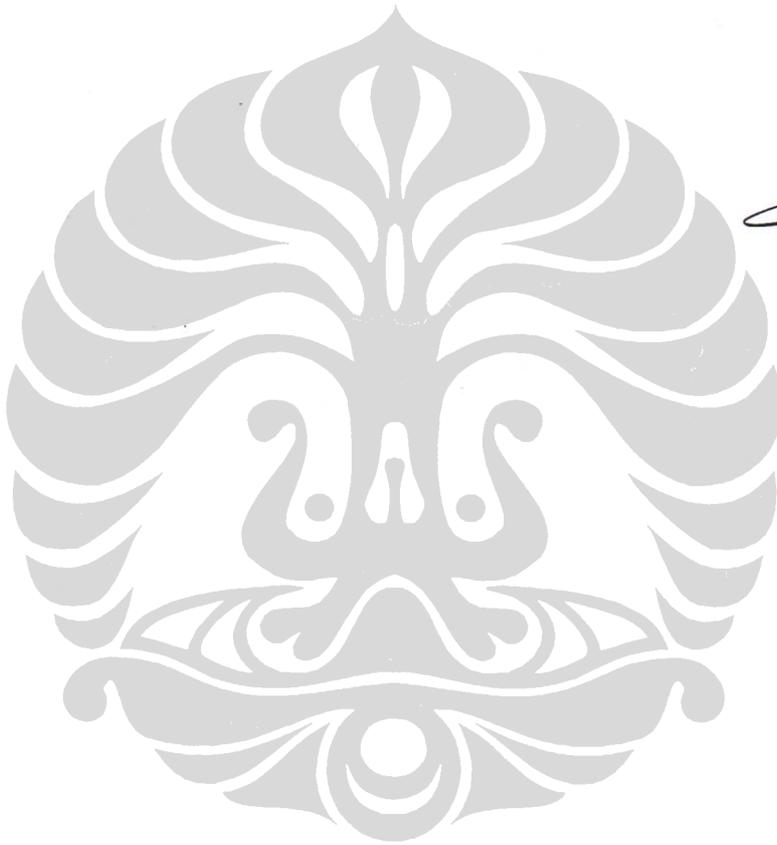
**Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

**OLEH:
Erna Rahma Yani
0706194974**

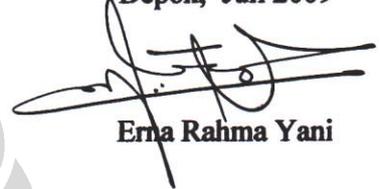
**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2009**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.



Depok, Juli 2009

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'Erna Rahma Yani', is written over the text 'Erna Rahma Yani'.

Erna Rahma Yani

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 17 Juli 2009

Pembimbing I



Yeni Rustina, SKp.M.App.Sc., Ph.D

Pembimbing II



Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes

ANGGOTA PENGUJI TESIS

Jakarta, 17 Juli 2009

Pembimbing I



Yeni Rustina, SKp., M. App.Sc., Ph. D

Pembimbing II



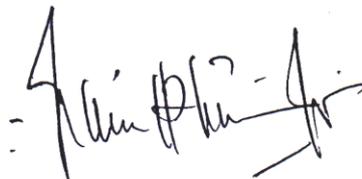
Drs. Sutanto Priyo Hastono., M.Kes

Anggota



Dessie Wanda, SKp, MN

Anggota



Nani Nurhaeni, S.Kp., M.N

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PASCASARJANA-FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2009
Erna Rahma Yani

Pengaruh Paket Pendidikan Kesehatan “RINDU” terhadap Kesiapan Ibu Merawat Bayi Prematur Setelah Pulang dari Rumah Sakit di Kediri

xv + 122 + 15 tabel + 4 skema + 18 lampiran

Abstrak

Penyebab kematian bayi tersering adalah faktor bayi berat lahir rendah (BBLR) dan kelahiran prematur. Masalah perawatan bayi prematur setelah pulang dari rumah sakit dapat terjadi akibat ketidaktahuan dan ketidakmampuan ibu mengantisipasi kondisi kegawatan yang mengancam kematian. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pengaruh paket pendidikan kesehatan “RINDU” terhadap kesiapan ibu merawat bayi prematur setelah pulang dari rumah sakit. Penelitian ini merupakan studi *quasi-experiment* dengan rancangan *pretest-posttest control group design*. Sampel penelitian adalah 50 ibu bayi prematur yang dirawat di RSUD Gambiran, RSIA Aura Syifa, RSIA Melinda, dan RS Muhammadiyah Kediri. Sampel dibagi dalam dua kelompok, 25 orang kelompok intervensi, dan 25 orang kelompok kontrol. Pendidikan kesehatan tentang respons, interaksi, dan dekapan ibu (“RINDU”) diberikan dengan menggunakan media pembelajaran berupa *booklet* dan peralatan praktik perawatan bayi prematur. *Post-test* dilakukan satu hari setelah pelaksanaan intervensi. Hasil penelitian adalah sebagian besar bayi prematur dilahirkan oleh ibu berumur lebih dari 25 tahun (56%), dengan pendidikan dasar dan menengah (88%), pendapatan lebih dari Rp 450.000,00 (52%), dan tidak punya pengalaman merawat bayi prematur (76%). Setelah diberikan pendidikan kesehatan “RINDU” didapatkan peningkatan proporsi ibu berpengetahuan baik sebesar 92% dari 0%, peningkatan sikap positif 80% dari 20%, dan peningkatan keterampilan 100% dari 0%. Didapatkan 76% ibu pada kelompok intervensi siap merawat bayi prematur, yang berbeda secara bermakna dengan kelompok kontrol ($p=0,000$; $\alpha=0,05$). Kesiapan ibu merawat bayi prematur tidak dipengaruhi oleh umur, pendidikan, pendapatan dan pengalaman ($p>0,05$). Paket pendidikan kesehatan “RINDU” efektif digunakan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu merawat bayi prematur di rumah. Pelayanan keperawatan di rumah sakit hendaknya menggunakan paket pendidikan kesehatan “RINDU” sebagai program intervensi keperawatan mandiri bagi semua ibu bayi prematur.

Kata kunci: kesiapan ibu, pengetahuan, sikap, keterampilan, bayi prematur
Daftar Pustaka: 57 (1998-2009)

UNIVERSITY OF INDONESIA
MASTER PROGRAM IN NURSING SCIENCE
MAJORING IN PEDIATRIC NURSING
POST GRADUATE PROGRAM-FACULTY OF NURSING

Thesis, July 2009
Erna Rahma Yani

The Influence Of “RINDU” Health Education Package to Mother Readiness
for Preterm Infant Caring After Returning from Hospital in Kediri

xv + 122 pages+ 15 tables + 4 schemes + 18 enclosure

Abstract

Low birth weight (LBW) and preterm birth are the most cause of infant death. After going home there is a problem of preterm infant care due to inadequate and inability mother to anticipate the emergency condition that threat the baby. The purpose of this study is to identify the influence of “RINDU” health education package to mother readiness for nurturing preterm baby at home. The design of the study is quasi-experimental with pretest-posttest control group. The samples of this study was 50 mothers of preterm infant treated in Aura Syifa, Melinda, Muhammadiyah, and Gambiran district hospital at Kediri. The samples was devided in two groups, 25 participants of intervention group and 25 participants of control group. Descriptive statistic were gotten the data that almost 56% mother were 25th years, 88% had the under junior high school, 52% participants had income more than Rp 450.000,00 and 76% had no experience to preterm infant care. There are significant differences in the readiness of the mother in intervention and control group for caring preterm infant at home ($p=0,000$; $\alpha=0,05$). Readiness of mother take care of preterm infant is not influenced by age, education, incomes and experience ($p>0,05$). “RINDU” health education package effectively used to improve knowledge, attitude, and skill of mother to care the preterm babies at home. Nursing services in hospital should be using “RINDU” a health education package as an independent nursing intervention programe for preterm infant’s mother.

Key words: mother readiness, knowledge, attitude, skill, preterm infant
Refrences: 57 (1998-2009)

KATA PENGANTAR

Terimakasih Ya Allah. Rasa syukur kuuntai kepada-Mu yang telah memberikan kesempatan, kemauan, dan kemampuan untuk berusaha sehingga akhirnya tesis yang berjudul “Pengaruh Paket Pendidikan Kesehatan “RINDU” terhadap Kesiapan Ibu Merawat Bayi Prematur Setelah Pulang dari Rumah Sakit di Kediri” ini dapat terlaksana dan diselesaikan. Tesis ini dilaksanakan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Universitas Indonesia.

Tesis ini dapat diselesaikan atas bimbingan dan arahan dari Ibu Yeni Rustina, S.Kp., M.App.Sc., PhD., Bapak Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes, masukan dari ibu Dessie Wanda, SKp., M.N dan ibu Nani Nurhaeni, SKp., M.N. Rasa hormat dan terimakasih yang tak terhingga disampaikan kepada beliau, yang telah memberikan motivasi, semangat dan bimbingan sejak awal proses penyusunan tesis ini. Terima kasih juga disampaikan kepada seluruh responden, ibu bayi prematur di Kediri, partisipasi ibu adalah penentu awal terlaksananya tesis ini. Terimakasih untuk para penguji dan oponen yang telah mengkritisi tesis ini. Semoga semuanya senantiasa dilimpahkan keihlasan dan ketulusan serta kemanfaatan ilmu yang akan dicatat sebagai amal baik dan akan senantiasa mendatangkan kebajikan bagi diri sendiri dan orang lain.

Penulis menyampaikan rasa hormat kepada Ibu Dewi Irawaty, M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Ibu Krisna Yetty, S.Kp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan kesempatan kepada penulis menyelesaikan Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak.

Terima kasih tak terhingga disampaikan pula kepada Ibunda, Bapak, Mas Aking, Kakak dan mas Luqman yang telah memberikan izin untuk melaksanakan tugas belajar ini. Kalian adalah inspirator terlaksananya tesis ini. Keihlasan kalian dan kebersamaan kita, yang selama ini berkurang, telah menumbuhkan motivasi untuk dapat menyelesaikan tugas dengan sebaik-baiknya. Karya kecil ini didedikasikan untuk “luqman-luqman” tersayang.

Terimakasih kepada PUSREN-GUN DEPKES RI, Direktur Poltekkes Malang, Kaprodi Kebidanan Kediri yang telah memberikan amanah tugas belajar kepada penulis. Direktur RSUD Gambiran, RSIA Aura Syifa, RSIA Melinda, dan RS Muhammadiyah Kediri yang telah memberikan izin pelaksanaan penelitian untuk tesis ini. Semoga amal baiknya akan mendapatkan ridho Allah SWT. Tak lupa terimakasih untuk seluruh keluarga besar SP ANAK 2007-FIK UI tercinta, mbak Devi, Bu Asiyah, Pak Kukuh, Pak Woyo, Bu Yanti, Bu Indah, Pak Tri, Mbak Rub, Mas Har, Bu Na, Mbak Yuli, Dhyani, Mas Hendra dan semua rekan yang telah mendukung terselesaikannya tesis ini. Terima kasih, dan terima kasih.....

Depok, Juli 2009

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
ABSTRAK BAHASA INDONESIA	iv
ABSTRAK BAHASA INGGRIS	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pendidikan Kesehatan	11
B. Perawatan Bayi Prematur sebagai Materi Pendidikan Kesehatan....	32
C. Kesiapan Ibu Bayi Prematur Menjadi Orangtua	48
D. Pencapaian Peran Maternal Berdasarkan Teori Keperawatan ” <i>Maternal Role Attainment</i> ” dari Mercer	53
E. Kerangka Teoritis	56

BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI

OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep	57
B. Hipotesis Penelitian	58
C. Definisi Operasional	60

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	65
B. Populasi dan Sampel	66
C. Tempat Penelitian	69
D. Waktu Penelitian	70
E. Etika Penelitian	70
F. Alat Pengumpul Data	71
G. Prosedur Pengumpulan Data	76
H. Pengolahan dan Analisis Data	79

BAB V HASIL PENELITIAN

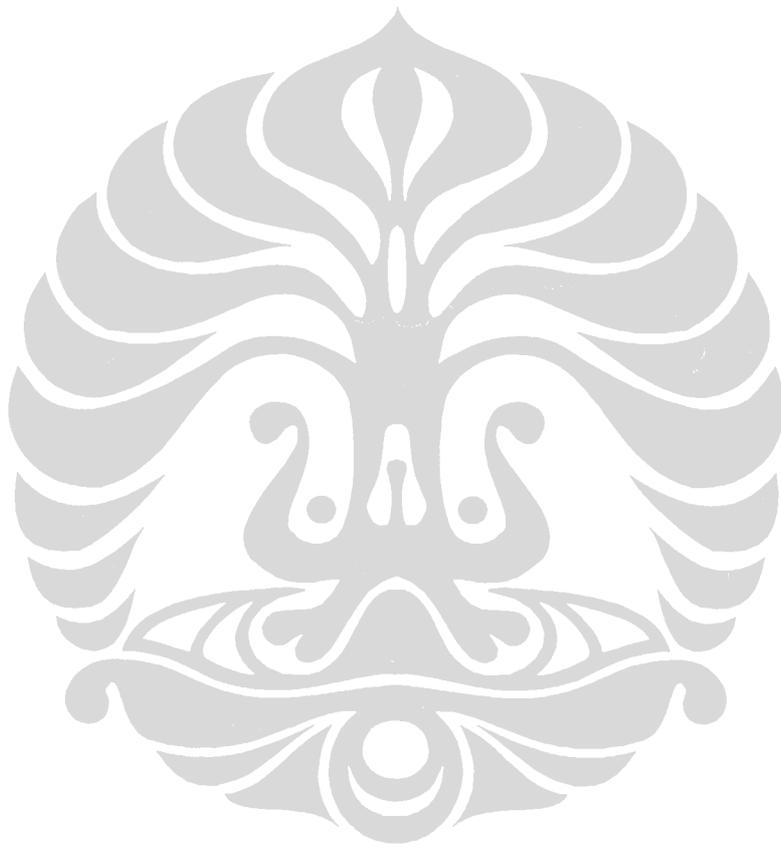
A. Analisis <i>Univariat</i>	83
B. Analisis <i>Bivariat</i>	88

BAB VI PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	103
B. Keterbatasan Penelitian	113
C. Implikasi Hasil Penelitian dalam Pelayanan Keperawatan	114

BAB VII SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan	116
B. Saran	117
DAFTAR PUSTAKA.....	119
LAMPIRAN	



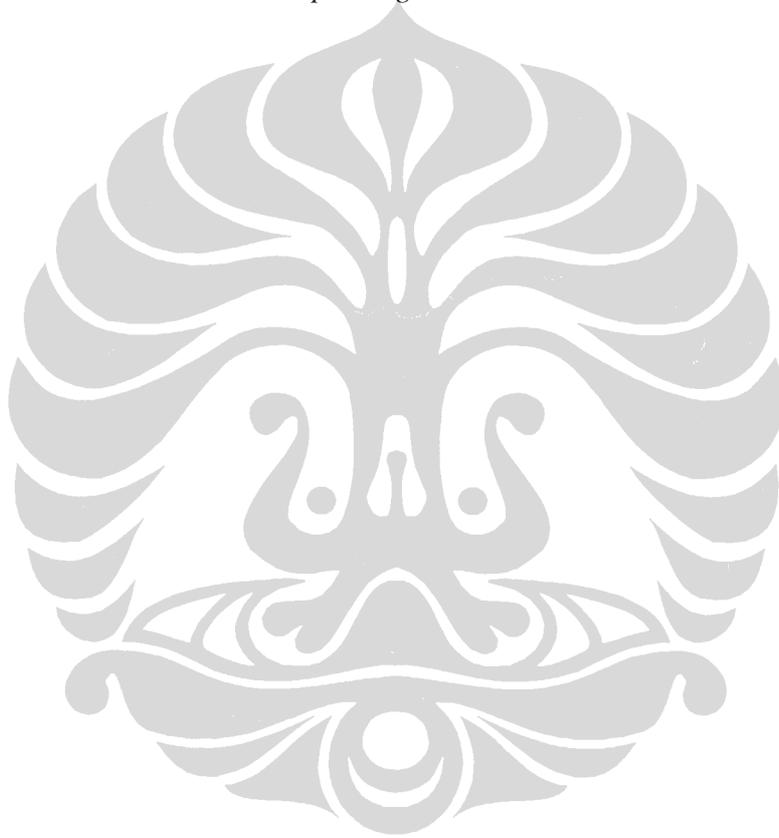
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perilaku Bayi yang Mempengaruhi Kasih Sayang Orangtua	45
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian	60
Tabel 4.1	Analisis Berdasarkan Variabel Data	81
Tabel 5.1	Distribusi Responden Menurut Umur, Pendapatan, Pendidikan, dan Pengalaman Ibu di Kediri Bulan Mei-Juni 2009 (n = 50)	84
Tabel 5.2	Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Ibu Merawat Bayi Prematur Sebelum Periode Intervensi Di Kediri Bulan Mei-Juni 2009	86
Tabel 5.3	Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Ibu Merawat Bayi Prematur Setelah Periode Intervensi Di Kediri Bulan Mei-Juni 2009.....	87
Tabel 5.4	Uji Homogenitas Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum Diberikan Paket Pendidikan Kesehatan "RINDU" Di Kediri Bulan Mei-Juni 2009	88
Tabel 5.5	Perubahan Pengetahuan, Sikap, Keterampilan dan Kesiapan Ibu Saat <i>Pre-Test</i> dan <i>Post-Test</i> Pada Kelompok Intervensi di Kediri Bulan Mei-Juni 2009.....	91
Tabel 5.6	Perubahan Pengetahuan, Sikap, Keterampilan dan Kesiapan Ibu Saat <i>Pre-Test</i> dan <i>Post-Test</i> Pada Kelompok Kontrol di Kediri Bulan Mei-Juni 2009.....	93

Tabel 5.7	Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Ibu setelah Periode Intervensi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Kediri Mei-Juni 2009	94
Tabel 5.8	Perbedaan Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan serta Kesiapan Ibu Sesudah Diberikan Intervensi Pendidikan Kesehatan "RINDU" di Kediri Bulan Mei-Juni 2009	95
Tabel 5.9	Hubungan Karakteristik Responden dengan Kesiapan Setelah Periode Intervensi pada Ibu Bayi Prematur Di Kediri Mei-Juni 2009	97
Tabel 5.10	Hubungan Karakteristik Responden dengan Pengetahuan Setelah Periode Intervensi pada Ibu Bayi Prematur Di Kediri Mei-Juni 2009	99
Tabel 5.11	Hubungan Karakteristik Responden dengan Sikap Setelah Periode Intervensi pada Ibu Bayi Prematur Di Kediri Mei-Juni 2009.....	100
Tabel 5.12	Hubungan Karakteristik Responden dengan Keterampilan Setelah Periode Intervensi pada Ibu Bayi Prematur Di Kediri Mei-Juni 2009.....	101

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Proses Pendidikan Kesehatan	13
Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian	56
Skema 3.1 Skema Kerangka Konsep Penelitian	58
Skema 4.1 Rancangan Penelitian <i>Quasi-Experimental</i> dengan <i>Pretest-Posttest</i> <i>Control Group Design</i>	65



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 2 Ijin Penelitian di RSUD Gambiran Kediri
- Lampiran 3 Ijin Penelitian di RSIA Melinda Kediri
- Lampiran 4 Ijin Penelitian di RSIA Aura Syifa Kediri
- Lampiran 5 Ijin Penelitian di RS Muhammadiyah Kediri
- Lampiran 6 Formulir Informasi Penelitian
- Lampiran 7 Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden Penelitian
- Lampiran 8 Pedoman Intervensi Pendidikan Kesehatan “RINDU” (Respons, Interaksi, dan Dekapan Ibu) untuk Ibu Bayi Prematur
- Lampiran 9 *Booklet* “RINDU”
- Lampiran 10 Kuesioner Karakteristik Responden
- Lampiran 11 Kuesioner Pengetahuan Ibu Tentang Perawatan bayi Prematur di Rumah
- Lampiran 12 Kuesioner Sikap Ibu dalam Merawat Bayi Prematur di Rumah
- Lampiran 13 Daftar Tilik Keterampilan Ibu Mengukur Suhu Tubuh
- Lampiran 14 Daftar Tilik Keterampilan Ibu Meneteki Bayi Prematur
- Lampiran 15 Daftar Tilik Keterampilan Ibu Memandikan Bayi Prematur
- Lampiran 16 Daftar Tilik Keterampilan Ibu Melakukan PMK untuk Bayi Prematur
- Lampiran 17 Jadwal Kegiatan Penelitian Dalam Minggu
- Lampiran 18 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kematian neonatal merupakan masalah yang harus mendapatkan perhatian dari bangsa Indonesia karena angka kematian bayi (AKB) yang tinggi merupakan indikator rendahnya kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003 menunjukkan AKB sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup pada periode 1998-2002. Angka ini tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN lain, yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2007).

Salah satu penyebab kematian neonatus tersering adalah bayi berat lahir rendah (BBLR) yang dilahirkan cukup bulan maupun kurang bulan (prematuur). Pertumbuhan dan perkembangan BBLR mengalami hambatan sejak masa janin, sehingga berdampak pada hambatan pertumbuhan dan perkembangan pada masa setelah lahir. Bayi prematur merupakan kelompok neonatus risiko tinggi yang mudah mengalami sindroma aspirasi, hipoglikemia, hiperbilirubinemia dan hipotermi akibat maturasi organ yang belum dicapai pada saat lahir. Bayi prematur umumnya memiliki berat lahir rendah, sehingga membutuhkan usaha penyesuaian terhadap kehidupan ekstrasuterin yang lebih berat dibandingkan

bayi yang lahir cukup bulan. Bayi prematur juga menghadapi ancaman terhadap kelangsungan hidupnya akibat maturasi organ yang belum tercapai pada saat dilahirkan. Prognosis bayi dengan berat lebih dari 1800 gram lebih baik dari bayi dengan berat antara 1500 sampai 1800 gram. Mortalitas BBLR kurang dari 5% jika kehamilan berlangsung sampai usia 35 minggu dan berat janin lebih dari 2000 gram (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

Prevalensi kelahiran bayi prematur dan BBLR di Indonesia termasuk tinggi, mencapai 7-14%, bahkan pada beberapa kabupaten mencapai 16%. Padahal, berdasarkan simposium *Low Birth Weight* di Dhaka, Bangladesh, tingkat indikasi BBLR lebih dari 15% dimaknai adanya masalah kesehatan masyarakat yang penting dan serius, antara lain kondisi kurang energi kronik pada perempuan usia subur, dan ibu hamil yang mengalami anemia defisiensi besi (www.kompas.com/2008 diambil tanggal 26 Maret 2009).

Perawatan bayi prematur di rumah sakit diperlukan untuk membantu bayi mempertahankan hidup dengan kondisi organ belum matur dan jika kondisi telah memungkinkan, maka bayi prematur dapat dirawat di rumah. Menurut Rohsiswatmo (2007 dalam Indriasari, 2007) penentuan kondisi bayi layak dibawa pulang tidak hanya berdasar pada usia kehamilan. Berat badan bayi saat lahir juga harus dipertimbangkan. Bayi prematur dengan berat minimal 1800 – 2000 gram sudah aman untuk dibawa pulang asalkan tidak ada kelainan atau memiliki faktor penyulit akibat belum sempurnanya organ tubuh. Berat badan 2000 gram setara dengan usia kehamilan 34 minggu, sehingga bayi sudah memiliki refleks isap dan pola nafas teratur. Sebelum pulang, bayi harus mampu

minum secara aktif. Trachtenbarg dan Goleman (1998) menambahkan kriteria sosial pemulangan bayi prematur berupa kemampuan orangtua merawat bayi prematur di rumah. Kriteria tersebut sesuai dengan rekomendasi dari *American Academy of Pediatrics (AAP)*.

Kriteria pemulangan bayi prematur dari rumah sakit menunjukkan bahwa asuhan keperawatan pada bayi prematur diberikan untuk memenuhi kebutuhan dasar bayi dan kebutuhan pendidikan kesehatan bagi ibu sebagai pengasuh. Dengan demikian asuhan yang diberikan merupakan asuhan yang berbasis pada keluarga, bukan hanya pada individu. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada orangtua dimaksudkan untuk membantu orangtua menjalankan peran dalam merawat bayi setelah pulang dari rumah sakit. Ramona T. Mercer dalam teori keperawatan "*Maternal Role Attainment*" menjelaskan bahwa pencapaian peran menjadi orangtua sangat dipengaruhi oleh interaksi antar anggota dalam keluarga, termasuk bayi, nilai dalam keluarga, dan pengalaman yang dimiliki untuk merawat anak.

Peningkatan keterlibatan keluarga terutama ibu, selama perawatan bayi prematur di rumah sakit menjadi perhatian dalam perawatan yang menggunakan pendekatan *family-centered care (FCC)*. Pendekatan FCC efektif digunakan untuk mengubah pengetahuan dan perilaku ibu serta menurunkan stres ibu selama perawatan bayi di unit perawatan intensif (Browne dan Talmi, 2005), sehingga ibu akan lebih siap melakukan perawatan bayi setelah pulang dari rumah sakit. Survey yang dilakukan oleh Berns, Boyle, Propper, dan Gooding (2007) di Amerika Serikat untuk mengkaji keberhasilan *FCC* selama perawatan

bayi di NICU menunjukkan bahwa kesiapan orangtua untuk merawat bayi prematur di rumah memerlukan waktu yang bervariasi lamanya mulai kurang dari 1 minggu hingga satu tahun.

Salah satu faktor yang menghambat kesiapan ibu merawat bayi adalah tidak efektifnya penerimaan informasi akibat stres, kecemasan dan depresi yang dialami ibu pasca persalinan. Menurut *Association for Post-Natal Depression South Afrika* (2002, dalam Madu & Roos, 2006) dilaporkan bahwa 10-15% ibu di Afrika Selatan mengalami depresi setelah melahirkan. Depresi yang terjadi diakibatkan oleh tindakan medis yang harus dijalani oleh ibu maupun bayi, serta perpisahan ibu dengan bayinya. Kondisi ini dapat berdampak pada terjadinya hambatan dalam proses persiapan menjadi orangtua dan melakukan perawatan bayi. Hasil penelitian juga menunjukkan tidak ada perbedaan tingkat depresi antara ibu bayi prematur dengan ibu bayi cukup bulan, namun ada korelasi positif antara strategi koping pencarian dukungan sosial dengan tingkat depresi pada ibu bayi prematur dan korelasi positif antara strategi koping penerimaan tanggung jawab dengan tingkat depresi pada ibu bayi cukup bulan.

Melnyk, et.al (2008) dalam penelitiannya mengkaji upaya menurunkan stres, kecemasan dan depresi orangtua pasca persalinan dengan intervensi program pendidikan perilaku yang disebut *Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE)*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa orangtua yang mengikuti program ini memiliki kepercayaan diri untuk mengasuh bayi, memiliki interaksi yang lebih baik terhadap bayi dan mengalami penurunan rasa cemas dan depresi.

Kesulitan ibu merawat bayi prematur di rumah berkaitan dengan keterlibatan ibu yang belum efektif selama perawatan di rumah sakit. Survey yang dilakukan McKim (1993) di Kanada terhadap 56 ibu bayi prematur didapatkan 48% ibu mengalami kesulitan merawat bayi setelah pulang dari rumah sakit. Mereka mendatangi pelayanan kesehatan kembali karena bayi mengalami apnea selama di rumah, ibu memerlukan informasi spesifik tentang kolik, dan jadwal kunjungan ke rumah sakit berikutnya.

Penelitian yang dilakukan di rumah sakit dr. Soekandar Mojokerto oleh Adriati (2006) menunjukkan bahwa ada korelasi antara pengetahuan dan sikap ibu dalam perawatan bayi prematur setelah keluar dari rumah sakit dengan frekuensi terjadinya sakit pada bayi. Bayi dari ibu yang memiliki pengetahuan tidak baik berisiko 5 kali lebih besar mengalami sakit setelah pulang dari rumah sakit, dibanding bayi dari ibu yang berpengetahuan baik. Bayi dari ibu yang memiliki sikap negatif berisiko 4 kali lebih besar mengalami sakit dibanding bayi dari ibu yang memiliki sikap positif.

Proses merawat bayi melibatkan interaksi antara ibu dan bayi. Interaksi yang baik antara ibu dan bayi akan meningkatkan perasaan nyaman pada kedua belah pihak dan membentuk ikatan kasih sayang (*bonding*). Interaksi antara orang tua dan bayi prematur berbeda dengan interaksi antara orang tua dan bayi cukup bulan. Bayi prematur menggunakan energinya untuk mempertahankan kehidupan sehingga memiliki keterbatasan untuk berinteraksi dengan lingkungan. Prematuritas pada sistem saraf pusat juga menyebabkan perilaku bayi prematur menjadi terbatas dan tidak terorganisasi, sehingga orang tua

mengalami kesulitan untuk membaca dan berespon secara tepat terhadap isyarat yang dikirimkan oleh bayi. Kondisi ini akan mempersulit dan menghambat perkembangan psikososial bayi.

Pendidikan kesehatan yang efektif akan meningkatkan kepercayaan diri dan kemampuan ibu untuk melakukan perawatan bayi prematur. Kemampuan ibu memberikan respon yang tepat terhadap sinyal yang diberikan bayi dan menghasilkan interaksi antara keduanya yang dapat dilihat selama pemberian air susu ibu (ASI). Interaksi yang dimulai sejak di ruang perawatan menunjukkan sensitifitas ibu yang lebih baik dalam mengenal sinyal yang diberikan oleh bayi (Browne & Talmi, 2005).

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam mempersiapkan ibu untuk merawat bayi di rumah. Pendidikan kesehatan sebagai intervensi keperawatan mandiri dapat direncanakan untuk meningkatkan kemampuan ibu merawat bayi prematur di rumah. Metoda yang efektif perlu dikembangkan agar selama perawatan bayi di rumah sakit, ibu juga mendapatkan persiapan untuk perawatan bayi di rumah, sehingga ketika pulang dari rumah sakit ibu memiliki kepercayaan diri dan siap merawat bayi prematur di rumah.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gambiran di kota Kediri, bimbingan perawatan bayi prematur di rumah diberikan kepada ibu dan keluarga pada saat bayi diperbolehkan pulang. Umumnya bayi prematur yang dirawat di RSUD Gambiran merupakan pasien rujukan dan dirawat tanpa didampingi orangtua. Pada saat bayi diperbolehkan

pulang, ibu dan keluarga dihubungi untuk datang ke rumah sakit dan mendapatkan bimbingan tentang perawatan bayi di rumah. Bimbingan diberikan untuk pemberian ASI, memonitor suhu tubuh bayi dan mempertahankan kehangatan, perawatan metode kanguru, dan perawatan tali pusat. Satu hari setelah pulang dari rumah sakit, ibu dan bayi dianjurkan untuk melakukan kontrol ke poli KIA sekaligus mengevaluasi kemampuan ibu melakukan perawatan di rumah. Pendidikan kesehatan yang diberikan dalam waktu singkat dengan topik pembelajaran yang cukup banyak dirasakan kurang efektif. Meskipun tidak ada laporan resmi tentang rehospitalisasi bayi prematur di kota Kediri, namun diketahui selama proses bimbingan masih banyak ibu yang mengalami kesulitan dalam memberikan ASI untuk bayi prematur.

B. Rumusan Masalah

Bayi prematur memiliki kebutuhan ganda dalam awal kehidupannya. Sebagaimana bayi yang dilahirkan cukup bulan, bayi prematur memiliki kebutuhan untuk beradaptasi dengan lingkungan ekstrasuterin. Di sisi lain bayi prematur memiliki keterbatasan kemampuan akibat kondisi organ yang belum matur untuk menjalankan fungsinya secara optimal, sehingga bayi prematur memerlukan energi yang lebih besar dibandingkan bayi cukup bulan.

Pemenuhan kebutuhan bayi prematur sangat bergantung pada pemberi asuhan. Meskipun selama perawatan di rumah sakit bayi prematur banyak bergantung pada perawat dan tenaga kesehatan lainnya dan tidak banyak menuntut peran ibu dalam merawat bayi, namun tidak dapat dipungkiri bahwa pemberi asuhan yang utama di rumah adalah ibu. Saat ini di Rumah Sakit Umum Daerah

(RSUD) Gambiran, persiapan ibu untuk merawat bayi prematur di rumah belum diberikan secara efektif, pendidikan kesehatan diberikan ketika ibu dan bayi akan pulang. Padahal telah diketahui bahwa melahirkan bayi prematur bukanlah suatu kelahiran yang direncanakan, sehingga kesiapan ibu untuk merawat bayi prematur di rumah sangat dipengaruhi oleh persiapan yang diberikan oleh tenaga kesehatan selama perawatan. Oleh sebab itu perlu dikembangkan suatu intervensi keperawatan dalam bentuk pendidikan kesehatan dengan menggunakan paket "RINDU" dan dinilai sejauh mana pengaruhnya terhadap kemampuan ibu merawat bayi prematur di rumah.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh paket pendidikan kesehatan "RINDU" terhadap kesiapan ibu merawat bayi prematur setelah pulang dari rumah sakit di Kota Kediri.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden.
- b. Mengidentifikasi kesiapan (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) ibu merawat bayi prematur sebelum dan sesudah periode intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- c. Mengidentifikasi perbedaan kesiapan (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) ibu sebelum dan sesudah periode intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

- d. Mengidentifikasi perbedaan kesiapan (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) ibu setelah periode intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- e. Mengidentifikasi hubungan karakteristik responden dengan kesiapan (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) ibu merawat bayi prematur.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1. Bagi Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini dapat menunjang peningkatan kualitas asuhan keperawatan, khususnya dalam perawatan bayi prematur. Pendidikan kesehatan yang diberikan secara efektif diharapkan akan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu, sehingga ibu akan lebih siap dan mandiri melakukan perawatan bayi prematur di rumah, dan pada akhirnya bayi prematur akan dapat mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal.

Pendidikan kesehatan yang efektif juga diharapkan dapat mengurangi masalah perawatan bayi prematur di rumah seperti kesulitan dalam menyusui, sehingga bayi prematur akan mendapatkan kesempatan memperoleh air susu ibu tanpa ketergantungan pada susu formula. Hasil penelitian juga dapat digunakan sebagai bahan dalam mendapatkan dasar ilmiah dalam merencanakan intervensi keperawatan.

2. Bagi Pendidikan dan Perkembangan Ilmu Keperawatan

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan orangtua dalam merawat bayi prematur di rumah, meningkatkan wawasan pengembangan teori keperawatan "*Maternal Role Attainment*" dari Mercer serta mengembangkan intervensi asuhan keperawatan berdasarkan prinsip FCC.

3. Bagi perawat spesialis anak

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dalam mengembangkan penelitian tentang bentuk intervensi keperawatan yang efektif untuk bayi prematur dengan keterlibatan ibu dan keluarga. Penelitian ini akan memberikan sumbangan dalam mengidentifikasi dan menyusun rencana keperawatan mandiri oleh perawat spesialis anak sehingga intervensi keperawatan diberikan berdasarkan hasil penelitian ilmiah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok, atau masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat. Pendidikan kesehatan merupakan proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai kesehatan menjadi tahu, dan dari tidak mampu mengatasi masalah kesehatan sendiri menjadi mandiri. Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan melalui kegiatan pembelajaran, yang di dalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

Notoatmodjo (2003a) menyatakan bahwa visi umum pendidikan kesehatan tidak terlepas dari Undang-Undang Kesehatan No. 23/1992, maupun dari WHO yakni: meningkatnya kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosial sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial. Untuk mencapai visi tersebut, perlu upaya-upaya yang dilakukan dengan memperhatikan prinsip: (1) advokat (*advocate*), yaitu melakukan kegiatan advokasi terhadap para pengambil keputusan di berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan; (2)

menjembatani (*mediate*) yakni menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan; dan (3) memampukan (*enable*) memberikan kemampuan atau keterampilan kepada masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan secara mandiri.

Tujuan pendidikan kesehatan diperinci oleh Wong (1974, dalam Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002) sebagai berikut: (1) agar klien memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan dirinya, keselamatan lingkungan, dan masyarakat; (2) agar klien melakukan langkah positif pencegahan penyakit; (3) agar klien memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi perubahan; dan (4) agar klien melakukan apa yang dapat dilakukan sendiri.

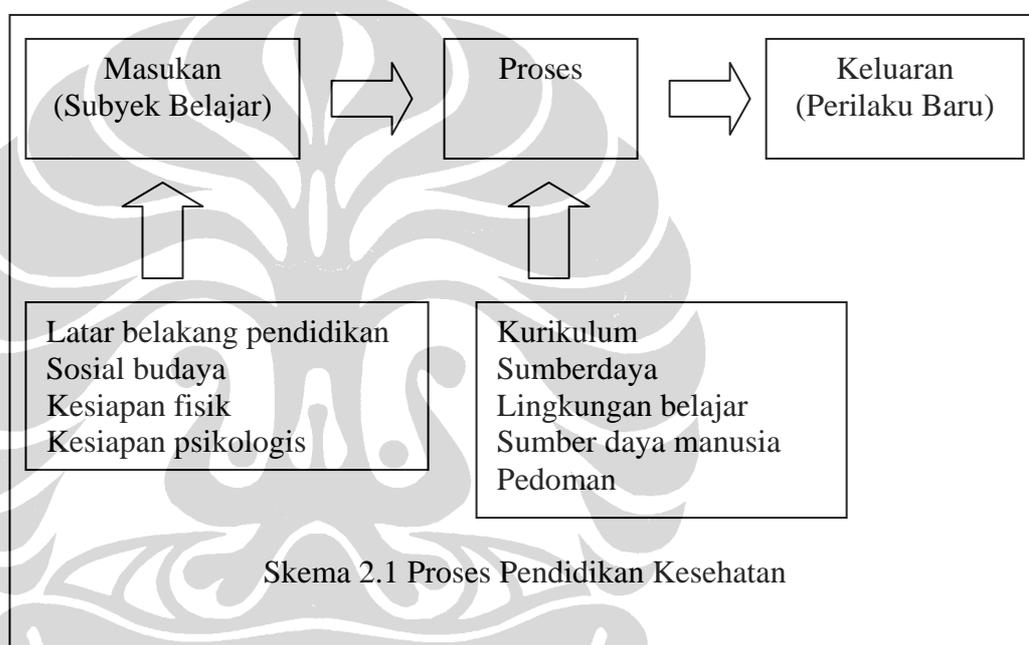
1. Proses Pendidikan Kesehatan

Pendidikan tidak lepas dari proses belajar. Belajar adalah kegiatan yang diasadari yang menghasilkan kemampuan baru pada diri individu, kelompok, atau masyarakat yang sedang belajar, baik aktual maupun potensial yang berlaku untuk waktu yang relatif lama (Notoatmodjo, 2003b).

Proses belajar dilakukan dalam rangka mencapai tujuan pendidikan. Dengan kata lain pendidikan dilihat secara makro sedangkan proses belajar dilihat secara mikro. Pengajaran diperlukan untuk memperoleh keterampilan yang dibutuhkan manusia dalam hidup bermasyarakat. Belajar pada hakikatnya adalah penyempurnaan potensi atau kemampuan pada organisme biologis dan

psikis yang dibutuhkan dalam hubungan manusia dengan dunia luar dan hidup bermasyarakat (Notoatmodjo, 2003a).

Apabila proses pendidikan kesehatan dilihat sebagai sistem, proses belajar dalam kegiatannya menyangkut aspek masukan, proses, dan keluaran yang digambarkan Notoatmodjo (1997, dalam Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002) sebagai berikut :



Sumber: Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002

Masukan dalam proses pendidikan kesehatan adalah subyek atau sasaran belajar dengan berbagai latar belakangnya (Notoatmodjo, 2003a). Dalam pendidikan kesehatan, sasaran adalah pembelajar dengan perilaku belum sehat. Kondisi pembelajar yang mempengaruhi proses pendidikan kesehatan adalah kesiapan fisik dan psikologis (motivasi, dan minat), latar belakang pendidikan, dan sosial budaya (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

Proses dalam pendidikan kesehatan merupakan mekanisme atau proses terjadinya perubahan kemampuan pada subyek belajar. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor (Notoatmodjo, 2003a). Menurut Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, (2002) proses pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh faktor: materi/bahan pendidikan kesehatan, lingkungan belajar, perangkat pendidikan baik perangkat lunak maupun perangkat keras, dan subyek belajar, yaitu individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat serta tenaga kesehatan/perawat.

Keluaran merupakan hasil belajar yang terdiri dari kemampuan baru atau perubahan baru pada diri subyek belajar (Notoatmodjo, 2003a).

2. Metode Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok, maupun individu. Penyampaian pesan dapat dilakukan dengan metode pendidikan individual, pendidikan kelompok maupun pendidikan massa (Notoatmodjo, 2003a).

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk menyampaikan pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan, yaitu individu, kelompok/keluarga, dan masyarakat. Suliha, Herawani, Sumiati, dan Resnayati (2002) menjelaskan pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan menggunakan metode:

ceramah, diskusi kelompok, metode panel, metode forum panel, permainan peran, simposium, demonstrasi.

3. Alat Bantu Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan

Alat bantu pembelajaran adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan dan pengajaran. Alat bantu ini sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan /pengajaran. Alat peraga pada dasarnya dapat membantu sasaran didik untuk menerima pelajaran dengan menggunakan pancaindera. Semakin banyak indera yang digunakan dalam menerima pelajaran semakin baik penerimaan pelajaran (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

Macam-macam alat bantu dalam pendidikan pada dasarnya dikelompokkan dalam tiga macam, yaitu: alat bantu lihat (*visual aids*), alat bantu dengar (*audio aids*), dan alat bantu lihat-dengar (*audio visual aids*). Alat bantu lihat berguna dalam membantu menstimulasi indera penglihatan pada waktu terjadinya proses pengajaran. Alat bantu dengar adalah alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pengajaran. Alat bantu lihat-dengar merupakan gabungan dari kedua alat di atas (Notoatmodjo, 2003).

Penggunaan alat bantu dalam pendidikan kesehatan memberikan manfaat:

- a. Menimbulkan minat sasaran didik.
- b. Mencapai sasaran yang lebih banyak.

- c. Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman.
- d. Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
- e. Mempermudah penyampaian bahan pendidikan/informasi oleh para pendidik.
- f. Mempermudah menerima informasi oleh sasaran pendidikan.
Pengetahuan seseorang diterima melalui indera. Indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah mata. Kurang lebih 75% sampai 87% dari pengetahuan manusia diperoleh dan disalurkan melalui mata, sedangkan 13% sampai 25% lainnya tersalur melalui indera yang lain. Dari sini dapat disimpulkan bahwa alat-alat visual lebih mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi atau bahan pendidikan.
- g. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik. Orang yang melihat sesuatu yang memang diperlukan tentu akan menarik perhatiannya, dan apa yang dilihat dengan penuh perhatian akan memberikan pengertian baru baginya, yang merupakan pendorong untuk melakukan/memakai sesuatu yang baru tersebut.
- h. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh. Di dalam menerima sesuatu yang baru, manusia mempunyai kecenderungan untuk melupakan atau lupa terhadap pengertian yang telah diterima. Untuk mengatasi hal ini alat bantu akan membantu menegakkan pengetahuan-pengetahuan yang telah diterima oleh manusia

sehingga apa yang diterima akan lebih lama tersimpan dalam ingatan.

4. Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan

a. Pengkajian Kebutuhan Belajar pada Ibu bayi Prematur

Pengkajian yang komprehensif tentang kebutuhan belajar dapat digali dari riwayat keperawatan dan hasil pengkajian fisik serta melalui informasi dari orang yang dekat dengan klien. Pengkajian mencakup karakteristik klien yang mungkin akan mempengaruhi proses belajar, misalnya kesiapan belajar, motivasi untuk belajar, dan tingkat kemampuan membaca (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

Pengkajian kebutuhan belajar pada ibu bayi prematur bertujuan untuk mengetahui kesiapan ibu menerima informasi tentang perawatan bayi prematur dan menerima peran sebagai orangtua. Menurut Rubin (1961, dalam Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005) penyesuaian ibu terhadap peran sebagai orangtua terbentuk melalui fase: (1) Menerima (*taking-in*), ibu memindahkan energi psikologisnya kepada bayi. Penelitian Ament (1990, dalam Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005) menyatakan fase menerima yang kuat berlangsung pada 24 jam pertama setelah ibu melahirkan. Kecemasan terhadap peran baru sering mempersempit lapang persepsi ibu, sehingga informasi yang diberikan pada saat ini perlu diulang; (2) Fase dependen mandiri (*taking-hold phase*). Pada hari kedua atau ketiga keinginan untuk mandiri timbul pada ibu. Rubin menjelaskan fase ini berlangsung kira-kira 10 hari. Secara bergantian

muncul kebutuhan untuk mendapat perawatan dari orang lain dan keinginan untuk bisa melakukan kegiatan secara mandiri. Ibu berespon dengan penuh semangat untuk memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang perawatan bayi; (3) Fase interdependen (*letting go phase*) yang ditandai dengan perilaku ibu dan keluarga bergerak maju sebagai sistem dengan interaksi antar anggota.

Keberhasilan pendidikan kesehatan didukung oleh adanya faktor penguat. Faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Di dalam pendidikan kesehatan klien di rumah sakit penguat dapat diberikan oleh perawat, dokter, ahli gizi, klien lain, atau anggota keluarga. Faktor penguat dapat memberikan pengaruh yang positif maupun negatif (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

b. Penegakan Diagnosis

Diagnosis keperawatan yang berkaitan dengan kebutuhan belajar dalam NANDA dikelompokkan di bawah kategori kurang pengetahuan. Definisi kurang pengetahuan adalah: pernyataan pada saat individu, keluarga, atau komunitas tidak dapat memahami, tidak dapat belajar, dan tidak dapat menunjukkan pengetahuannya tentang tindakan-tindakan keperawatan kesehatan yang penting untuk mempertahankan kesehatan (Wilkinson, 2006).

Karakteristik dari definisi kurang pengetahuan adalah adanya pengungkapan secara verbal tentang masalah, ketakakuratan mengikuti instruksi, ketakakuratan penampilan dalam suatu uji, ketaksesuaian perilaku atau adanya perilaku berlebihan, misalnya histeria, permusuhan, agitasi, atau apatis. Faktor yang berhubungan atau menjadi penyebab dari kurangnya pengetahuan mencakup kurangnya terpapar informasi, kurang mengulang pelajaran, adanya kesalahan menafsirkan, keterbatasan pengetahuan, kurang tertarik dalam belajar, tidak familiarnya klien dengan sumber informasi (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

c. Perencanaan Pendidikan

Pegembangan rencana pengajaran adalah menyelesaikan sejumlah langkah. Pelibatan klien saat perencanaan dapat meningkatkan terciptanya perencanaan yang berguna dan merangsang motivasi klien. Klien yang membantu merumuskan perencanaan pengajaran akan lebih mudah untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Perencanaan pendidikan meliputi menentukan prioritas pengajaran, menetapkan tujuan belajar, memilih substansi, menentukan strategi belajar, memilih alat bantu belajar, dan membuat rencana evaluasi (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

Proses belajar pada orang dewasa dilakukan dengan mengingat prinsip-prinsip sebagaimana dikemukakan Notoatmodjo (2003a): (1) belajar adalah suatu pengalaman yang terjadi dalam diri pelajar dan

diaktifkannya sendiri; (2) belajar adalah penemuan diri melalui penggalian ide; (3) belajar sebagai konsekuensi dari pengalaman; (4) belajar adalah proses kerjasama dan kolaborasi; (5) belajar adalah proses evolusi, bukan revolusi; (6) belajar kadang merupakan proses yang menyakitkan karena harus mengubah perilaku yang menyenangkan; (7) belajar adalah proses emosional dan intelektual; dan (8) belajar bersifat individual dan unik.

d. Implementasi Pendidikan Kesehatan

Implementasi pengajaran memerlukan keterampilan personal seperti teknik berkomunikasi. Penampilan sikap perawat memiliki efek yang besar dibandingkan dengan faktor lain (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

Sidi (2002) menjelaskan sikap petugas dalam memberikan pendidikan kesehatan pada ibu hendaknya: (1) menunjukkan perhatian; (2) bersikap ramah; (3) menerima dan memahami kondisi keluarga bayi; (3) menghargai pendapat ibu; (4) menumbuhkan rasa percaya diri keluarga; (5) memberikan informasi yang jelas; (6) mampu menjaga kerahasiaan bila diperlukan.

Lebih lanjut, Sidi (2002) menjelaskan langkah-langkah komunikasi yang diringkas dalam satu kata SAJI, yang dijabarkan sebagai berikut:

Salam : Beri salam, sapa ibu, tunjukkan bahwa petugas bersedia meluangkan waktu untuk berbicara.

Ajak bicara : Usahakan berkomunikasi dua arah. Jangan bicara sendiri. Dorong ibu agar mau dan dapat mengemukakan pikiran dan perasaan. Petugas menunjukkan penghargaan terhadap pendapat ibu, dapat memahami kecemasan, dan mengerti perasaan ibu.

Jelaskan : Beri penjelasan mengenai hal-hal yang menjadi perhatian, ingin diketahui ibu, dan yang akan dijalani agar ibu tidak terjebak dalam pikirannya sendiri. Luruskan persepsi yang keliru. Bicarakan sumber informasi dan ketepatannya tanpa menyinggung perasaan atau pelecehkan.

Ingatkan : Informasi yang diberikan mungkin terlalu luas bagi ibu dan tidak mudah diingat. Di bagian akhir percakapan ingatkan ibu untuk hal-hal yang penting.

e. Evaluasi Pendidikan Kesehatan

Evaluasi dilakukan selama proses pengajaran dan pada akhir pengajaran. Metode terbaik untuk evaluasi tergantung pada jenis belajar. Dalam belajar untuk aspek kognitif, klien akan menunjukkan kemahiran pengetahuan. Evaluasi dapat dilakukan dengan memberikan tes kepada klien untuk menyatakan kembali informasi atau memperbaiki respon verbal atas suatu pertanyaan (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2003a).

Evaluasi kemahiran aspek psikomotor yang terbaik adalah dengan mengobservasi bagaimana klien melakukan prosedur (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002). Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan yang telah dilakukan. Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung dengan observasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2003a).

Evaluasi sikap dilakukan dengan skala sikap berupa kumpulan pernyataan mengenai suatu obyek sikap. Respons individu terhadap stimulus sikap yang berupa jawaban setuju atau tidak setuju sebagai indikator sikap seseorang (Azwar, 2003).

f. Dokumentasi Pendidikan Kesehatan

Pendokumentasian proses belajar adalah hal yang sangat penting sebab hal ini memberikan suatu legalitas pencatatan bahwa pengajaran telah dilakukan dan dokumen merupakan alat komunikasi dengan profesi lain. Dokumentasi mencakup diagnosis keperawatan, tujuan belajar, topik, hasil yang dicapai, kebutuhan mengajar tambahan dan sumber-sumber yang diberikan (Suliha, Herawani, Sumiati, & Resnayati, 2002).

5. Hasil Belajar

Perubahan perilaku merupakan tujuan akhir proses belajar. Dalam pendidikan kesehatan perubahan ditujukan pada perilaku kesehatan. Dengan kata lain pendidikan kesehatan akan menghasilkan perilaku kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2003a).

Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Pusat Promosi Kesehatan Depkes R.I, 2006). Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan sebagai suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan atau stimulus dari luar subyek. Respons organisme dibagi menjadi dua bentuk yaitu perilaku terselubung (*covert behaviour*) dan perilaku nyata (*overt behaviour*). Perilaku terselubung merupakan respons internal yang terjadi dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat dilihat oleh orang lain. Respons internal dapat berupa kegiatan berpikir, berniat, menanggapi, sikap batin, dan pengetahuan. Perilaku nyata adalah perilaku yang telah diwujudkan dalam tindakan.

Perilaku menurut Bloom (1908, dalam Pusat Promosi Kesehatan Depkes R.I, 2006) dibagi dalam ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*afektive domain*) dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Untuk mengukur hasil pendidikan maka ketiga ranah diukur dari pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan praktik atau tindakan (*practice*).

a. Pengetahuan sebagai Hasil Belajar

1) Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003a).

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui proses sensoris khususnya mata dan telinga terhadap obyek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (Sunaryo, 2004).

Perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng daripada yang tidak didasari pengetahuan. Sebelum mengadopsi perilaku baru, dalam diri seseorang terjadi proses yang berurutan, yakni: (1) kesadaran (*awareness*), kesadaran individu terhadap adanya stimulus obyek; (2) tertarik (*interest*), individu merasa tertarik kapada stimulus; (3) penimbangan (*evaluation*), menimbang baik tidaknya stimulus bagi dirinya; dan (4) *adoption*, subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Notoatmodjo, 2003a).

2) Cara Memperoleh Pengetahuan

Dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

a) Cara tradisional

(1) Cara coba salah

Cara ini telah dipakai orang sebelum adanya kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban yang dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba dengan kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat terpecahkan.

(2) Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini berupa pemimpin-pemimpin baik formal maupun informal, ahli agama pemegang pemerintah. Prinsip ini adalah, orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris ataupun berdasarkan penalaran sendiri.

(3) Berdasarkan pengalaman pribadi.

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara

mengulang kembali pengalaman yang telah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.

(4) Melalui jalan pikiran

Dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi. Apabila proses pembuatan kesimpulan itu melalui pernyataan-pernyataan khusus kepada yang umum dinamakan induksi. Sedangkan deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum kepada yang khusus.

b) Cara Modern

Cara ini disebut “metode penelitian ilmiah” atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*). Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626) kemudian dikembangkan oleh Deobold Van Dallen yang mengatakan bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung dan membuat pencatatan-pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamati. Akhirnya lahir suatu cara melakukan penelitian, yang dewasa ini kita kenal dengan metode penelitian ilmiah (*scientific research method*) (Notoadmodjo, 2003).

3) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, inteligensi, status sosial ekonomi dan sosial budaya.

a) Usia

Usia dapat mempengaruhi pengetahuan, orang yang berusia dewasa dimungkinkan lebih sulit dilakukan modifikasi persepsi dan tingkah lakunya dibandingkan dengan orang yang berusia belasan tahun. Artinya remaja lebih fleksibel dalam mengubah sikap dan tingkah lakunya dibandingkan dengan orang yang sudah dewasa.

Faktor yang menghambat proses belajar pada orang dewasa yaitu penurunan fungsi penglihatan dan pendengaran (Verner & Davison dalam Notoatmodjo, 2003a).

b) Jenis Kelamin

Jenis kelamin, terutama berkaitan dengan perilaku model bahwa individu melakukan modeling sesuai dengan jenis seksnya. Faktor modeling ini sangat penting dalam upaya pembentukan tingkah laku baru.

c) Tingkat Pendidikan

Pendidikan seseorang mempengaruhi cara pandangnya terhadap dari dan lingkungannya. Karena itu akan berbeda sikap orang yang berpendidikan tinggi dibandingkan yang berpendidikan rendah.

d) **Inteligensi**

Inteligensi mempengaruhi kemampuan penyesuaian diri dan cara-cara pengambilan keputusan. Orang yang berkecerdasan tinggi akan banyak berpartisipasi, lebih cepat dan tepat dalam pembuatan keputusan.

e) **Status Sosial Ekonomi**

Status sosial ekonomi berpengaruh terhadap tingkah lakunya. Individu yang berasal dari keluarga yang status ekonominya baik dimungkinkan lebih memiliki sikap positif memandang diri dan masa depannya dibandingkan dengan mereka yang berasal dari keluarga dengan status sosial ekonomi rendah.

f) **Sosial Budaya**

Sosial budaya termasuk didalamnya adalah pandangan keagamaan yang dapat mempengaruhi pengetahuan dalam penyerapan nilai sosial keagamaan untuk memperkuat superegonya (Latipun,2005).

b. **Perubahan Sikap sebagai Hasil Belajar**

Pengertian sikap banyak dirumuskan oleh ahli psikologi. Azwar (2003) menyimpulkan pengertian sikap pada umumnya dapat dimasukkan ke dalam salah satu diantara tiga kerangka pemikiran. Kerangka pemikiran pertama yang mendefinisikan sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan

mendukung (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung (*unfavorable*) pada obyek tersebut.

Kerangka pemikiran kedua menjelaskan sikap sebagai kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek dengan cara tertentu. Kesiapan yang dimaksud merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki respon.

Menurut kerangka pemikiran ketiga, sikap merupakan konstelasi komponen kognitif, afektif, dan konatif yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan, dan berperilaku terhadap suatu obyek

Proses perubahan sikap hampir selalu dipusatkan pada cara-cara manipulasi atau pengendalian aituas dan lingkungan untuk menghasilkan perubahan sikap ke arah yang dikehendaki. Salah satu aspek yang penting guna memahami sikap adalah masalah pengungkapan dan pengukuran sikap. Metode pengukuran sikap secara historik telah dilakukan orang melalui observasi perilaku, penanyaan langsung, dan pengungkapan langsung (Azwar, 2003).

c. Praktik Kesehatan sebagai Hasil belajar

Praktik kesehatan merupakan perilaku kesehatan (*overt behaviour*). Dalam upaya pengembangan perilaku kesehatan dikenal jenis perilaku ideal (*ideal behaviour*), perilaku sekarang (*current behaviour*), dan

perilaku yang diharapkan (*expected/feasible behaviour*). Perilaku ideal merupakan perilaku atau tindakan yang bisa diamati dan perlu dilakukan oleh individu atau masyarakat untuk membantu memecahkan masalah. Perilaku sekarang adalah perilaku yang dilaksanakan saat ini. Perilaku ini dapat diidentifikasi melalui observasi atau pengamatan di lapangan. Perilaku yang diharapkan merupakan target dari program kesehatan dan diharapkan dapat dilakukan oleh sasaran.

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah respon seseorang terhadap *stimulus* yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Secara rinci dijelaskan perilaku kesehatan mencakup:

- 1) Perilaku terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia berespon, baik secara pasif (pengetahuan, sikap, dan mempersepsikan penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan di luar dirinya) maupun secara aktif berupa tindakan yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut.
- 2) Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan yaitu respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan, dan obat-obatan.
- 3) Perilaku terhadap makanan, yakni respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan. Perilaku ini

meliputi pengetahuan, persepsi, sikap, dan praktik terhadap makanan dan zat gizi, pengolahan makanan, dan sebagainya sehubungan kebutuhan tubuh kita.

- 4) Perilaku terhadap lingkungan kesehatan adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia.

Beberapa ahli mencoba menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seperti teori Green (1980), Snehandu (1983) dan teori WHO (1984). Menurut Green perilaku kesehatan dipengaruhi faktor-faktor: (1) faktor predisposisi (*predisposing factor*), yaitu terdiri dari pengetahuan, kepercayaan, keyakinan, dan nilai yang dianut, (2) faktor pendukung (*enabling factor*) seperti lingkungan fisik, ketersediaan fasilitas atau sarana, dan (3) faktor pendorong (*reinforcing factor*) seperti sikap dan perilaku petugas kesehatan.

Menurut Snehandu (1983, dalam Pusat Promosi Kesehatan Depkes R.I, 2006) perilaku kesehatan merupakan fungsi dari: (1) niat seseorang untuk mengambil tindakan sehubungan dengan kesehatan (*behaviour intention*), (2) dukungan sosial masyarakat di sekitarnya (*social support*), (3) informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*), (4) otonomi individu dalam pengambilan keputusan dan tindakan (*personal otonomy*), dan (5) situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Menurut WHO (1984, dalam Pusat Promosi Kesehatan Depkes R.I, 2006) seseorang berperilaku tertentu karena 4 alasan: (1) pikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*) seperti pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan nilai terhadap kesehatan; (2) orang penting sebagai panutan seperti ulama, guru, kepala suku; (3) sumber daya (*resources*) seperti fasilitas, uang, waktu, dan tenaga; dan (4) perilaku normal berupa kebiasaan nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber dalam suatu masyarakat yang akan menghasilkan pola hidup (*way of life*) yang disebut kebudayaan.

B. Perawatan Bayi Prematur sebagai Materi Pendidikan Kesehatan

1. Bayi Prematur

Definisi bayi prematur menurut WHO adalah bayi lahir hidup yang dilahirkan sebelum usia kehamilan 37 minggu dari hari pertama menstruasi terakhir. Prematur juga sering digunakan untuk menunjukkan imaturitas (Behrman, Kliegman, & Arvin, 2000).

Manifestasi dari prematuritas (Wong, 2004) dapat dikaji dari temuan berikut:

- a. Penampilan umum: sangat kecil dan rapuh, kulit merah sampai merah muda dengan vena yang mudah terlihat, rambut tipis dan halus, lanugo pada punggung dan wajah, tidak ada bukti lemak subkutan, kepala lebih besar dari tubuh, bantalan penghisap menonjol, berbaring dalam sikap rileks, ekstremitas terekstensi, kartilago telinga berkembang buruk, sedikit keriput halus pada telapak tangan dan kaki, sendi mudah dimanipulasi dan longgar, tidak dapat mempertahankan suhu tubuh, urin encer, toraks lunak, bernafas periodik, hipoventilasi sering mengalami periode apnea.

- b. Refleks: menggenggam, menghisap, menelan, dan muntah tidak ada, lemah, atau tidak efektif.
- c. Genetalia: pada laki-laki skrotum belum berkembang, tidak menggantung dengan rugae minimal, dan testis tidak turun. Pada wanita klitoris menonjol.
- d. Tanda neurologis lain tidak ada atau menurun.

Penyebab pasti kelahiran bayi prematur sampai saat ini belum diketahui. Ada korelasi yang positif antara kelahiran prematur dengan status sosioekonomi yang rendah. Pada keluarga dengan status ekonomi rendah kasus kurang gizi, anemia, dan penyakit pada ibu; perawatan pranatal tidak adekuat, adiksi obat; komplikasi obstetrik; dan riwayat inefisiensi reproduktif memiliki insiden kelahiran prematur yang tinggi. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi prematuritas adalah orangtua tunggal, umur ibu terlalu muda, jarak kehamilan terlalu dekat, dan ibu telah melahirkan lebih dari empat kali (Behrman, Kliegman, & Arvin, 2000).

Kelahiran bayi prematur dengan berat sesuai umur kehamilan dihubungkan dengan kondisi medis akibat ketidakmampuan uterus untuk mempertahankan janin, gangguan pada perjalanan kehamilan, pelepasan plasenta prematur, rangsangan tidak pasti yang menimbulkan kontraksi efektif pada uterus sebelum kehamilan mencapai umur yang cukup untuk dilahirkan. Infeksi bakteri yang menunjukkan gejala (*streptokokus grub B*, *Listeria monocytogenes*) maupun yang tidak menunjukkan gejala (*Chlamydia*, *Gardnerella vaginalis*) pada cairan amnion dapat memicu mulainya kelahiran

prematuur. Produk-produk bakteri dapat merangsang sitokin lokal (interleukin-6, prostaglandin), yang dapat menimbulkan kontraksi uterus prematur atau respon peradangan lokal dengan akibat ketuban pecah setempat (Behrman, Kliegman, & Arvin, 2000).

2. Perawatan Bayi Prematur di Rumah

Kelahiran prematur menuntut adaptasi pada kehidupan ekstrauterin sebelum sistem organ berkembang secara memadai. Bayi prematur belum dapat mempertahankan suhu badan, mengisap, dan menelan sebagaimana bayi yang dilahirkan cukup bulan (Rudolph, Hoffman & Rudolph, 2006).

Bayi prematur berisiko mengalami masalah-masalah yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya: (1) pola nafas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas paru dan neuromuskuler, penurunan energi dan kelelahan, (2) termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan kontrol suhu yang imatur dan penurunan lemak sub kutan, (3) risiko tinggi infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis yang kurang, (4) perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna nutrisi karena imaturitas dan atau penyakit yang dialami, dan (5) risiko tinggi kekurangan / kelebihan cairan berhubungan dengan karakteristik fisiologis imatur atau penyakit (Wong, 2004).

Segera setelah kelahiran, bayi prematur maupun bayi berat lahir rendah akan mengalami penurunan berat badan. Penurunan hingga 10% pada beberapa hari pertama masih dapat dikatakan wajar. Setelah mengalami penurunan

berat badan, berat badan akan berangsur meningkat diantara 7 dan 14 hari setelah kelahiran. Pertambahan berat harian yang cukup pada minggu kedua bagi bayi adalah 15 gram/kg BB/hari. Tepatnya pertambahan berat badan untuk usia pasca menstruasi adalah: (1) dua puluh (20) gram/ hari sampai dengan 32 minggu dari usia pasca menstruasi; (2) dua puluh lima (25) gram/hari dari 33 sampai 36 minggu dari usia pasca menstruasi; dan (3) tiga puluh (30) gram/hari dari 37 sampai 40 minggu dari usia pasca menstruasi (WHO, 2002).

Bayi prematur dapat dirawat di rumah jika kondisi kesehatannya sudah stabil. Pemulangan awal menjadi tujuan utama para ibu setelah mereka percaya akan kemampuan dalam merawat bayi. Kriteria untuk pemulangan bayi prematur dan BBLR menurut WHO (2003): (1) informasi yang memadai diberikan untuk perawatan di rumah pada saat pemulangan kepada ibu dan keluarga, lebih baik informasi dalam bentuk tertulis atau tergambar; (2) Ibu sudah menerima instruksi tentang pengenalan tanda bahaya atau tahu kapan dan di mana mencari pertolongan jika tanda tersebut terjadi.

Trachtenbarg dan Goleman (1998) menetapkan kriteria pemulangan bayi dari *neonatal intensive care unit (NICU)* antara lain: refleks hisap yang baik, suhu tubuh dapat dipertahankan normal dan stabil serta tercapai peningkatan berat badan sebesar 20 sampai 30 gram per hari. Ia juga menambahkan kriteria sosial untuk pemulangan bayi prematur dari *NICU*: (1) orangtua dapat memenuhi kebutuhan fisik dasar bayi; (2) orangtua memiliki pengetahuan yang cukup untuk mengidentifikasi masalah yang timbul setelah pemulangan;

dan (3) adanya rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan dan bimbingan menjadi orangtua.

American Academy of Pediatrics (1998, dalam Lahood & Bryant, 2007) merekomendasikan enam kriteria pemulangan bayi prematur dari NICU yaitu: (1) pendidikan kesehatan bagi orangtua; (2) implementasi perawatan primer; (3) evaluasi terhadap masalah kesehatan; (4) perencanaan perawatan di rumah; (5) identifikasi dan mobilisasi pelayanan yang mendukung; dan (6) penentuan perawatan lanjutan.

Perawatan bayi prematur di rumah dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan dasar bayi prematur serta menunjang proses pertumbuhan dan perkembangan bayi. Kesiapan ibu untuk merawat bayi prematur dapat dikaji melalui kemampuan ibu memberikan respon terhadap kebutuhan bayi, berinteraksi dengan bayi, dan memberikan dekapan hangat yang dibutuhkan bayi untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan.

a. Respons Ibu

Respons menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2002) berarti tanggapan, reaksi, jawaban. Respons ibu terhadap bayi prematur ditunjukkan oleh sensitifitas ibu dalam menangkap sinyal yang dikirimkan oleh bayi. Respons orangtua terhadap kelahiran bayi meliputi perilaku adaptif dan perilaku maladaptif. Perilaku adaptif berasal dari penerimaan dan persepsi realitas orangtua terhadap kebutuhan dan

keterbatasan kemampuan bayi prematur, respons sosial yang tidak matur, dan ketidakberdayaan bayi (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

Perilaku maladaptif terlihat ketika respons orangtua tidak sesuai dengan kebutuhan bayi. Orangtua merasa tidak tertarik untuk melihat bayi, tugas merawat anak dianggap menjadi beban, dan tidak mampu membedakan cara berespon terhadap tanda yang disampaikan bayi (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

Bayi berkomunikasi melalui tangisan. Tangisan bayi dapat menggambarkan perasaan lapar atau haus, nyeri, keinginan untuk diperhatikan, atau rasa tidak puas. Tangisan lapar biasanya keras dan lama, tidak berhenti sampai diberi makanan. Tangisan karena nyeri memiliki nada yang lebih tinggi dan melengking. Menangis karena merasa tidak puas bernada lebih rendah dan memiliki intensitas yang bervariasi (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

Sentuhan, atau indera peraba digunakan oleh orangtua sebagai suatu sarana untuk mengenali bayi (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005). Cara yang paling mudah, cepat, dan praktis untuk memberikan respon terhadap sinyal bayi adalah dengan sentuhan, usapan halus, dan interaksi selama beberapa menit yang akan membantu terjalinnya hubungan antara ibu dan bayi (Jackson, 2008).

1) Respons Ibu terhadap Kebutuhan Makan bayi

Respons ibu terhadap kebutuhan makan bayi prematur ditunjukkan dengan keinginan dan kemampuan ibu memberikan air susu ibu (ASI). Perilaku adaptif terhadap kebutuhan makan bayi dapat ditunjukkan orangtua dengan cara: memberi makan dalam jumlah dan jenis yang tepat, memeluk bayi pada posisi nyaman saat menyusui, menyendawakan bayi selama dan setelah diberi minum, menyiapkan makanan dengan benar, dan memberikan makan dengan kecepatan yang nyaman bagi bayi (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

Kemampuan bayi mentoleransi minum bergantung pada jumlah ASI yang dapat diminum setiap kali pemberian. Bayi prematur yang dipulangkan dari rumah sakit umumnya telah memiliki reflek hisap yang cukup, sehingga dapat dilakukan pemberian ASI melalui oral dengan menyusui (WHO, 2000).

Tanda kesiapan bayi untuk menyusui dengan menggerakkan lidah dan mulut, dan keinginan untuk mengisap (seperti mengisap jari atau kulit ibu). Waktu yang tepat untuk menyusui adalah saat bayi bangun dari tidurnya, atau pada saat sadar dan terbangun. Bayi yang kecil perlu menyusui lebih sering, setiap 2-3 jam (WHO, 2000).

Untuk memberikan ASI posisi ibu diatur senyaman mungkin, sehingga proses menyusui merupakan kegiatan yang menyenangkan dan dapat dinikmati. Bayi dipeluk pada bagian kepala dan tubuhnya

dalam posisi lurus. Bayi diarahkan pada puting susu ibu, perut bayi menempel pada perut ibu. Sentuhkan bibir bayi pada puting susu ibu, tunggu sampai mulut bayi terbuka lebar. Posisikan mulut bayi agar areola masuk ke mulut bayi, bagian dagu bayi menempel dada ibu (WHO, 2000).

Meskipun bayi belum dapat mengisap dengan baik dan lama, dianjurkan pemberian ASI dengan cara menyusui lebih dulu, baru dilakukan metode pemberian minum yang lain (WHO, 2000).

2) Respons terhadap Perubahan Tanda Vital Bayi

Kesehatan bayi ditandai dengan tanda vital yang stabil dan tidak menunjukkan tanda bahaya. Tanda-tanda bahaya yang dapat dikenali orangtua antara lain: kesulitan bernafas, bernafas dengan cepat atau sangat lambat, serangan apnu sering dan lama, bayi teraba dingin, sulit minum, kejang, diare, dan kulit menjadi kuning (WHO, 2002).

Respons ibu terhadap perubahan tanda vital diharapkan mampu mengantisipasi masalah yang dialami bayi prematur, yang dilakukan melalui observasi tanda vital bayi dan berusaha mendapatkan pertolongan dari tenaga kesehatan ketika menemukan tanda bahaya pada bayi. Perubahan tanda vital yang mudah dikenali orangtua adalah perubahan suhu tubuh dari batas normal, yaitu $36,5^{\circ}\text{C}$ hingga $37,5^{\circ}\text{C}$ (WHO, 2002).

Pengontrolan suhu tubuh merupakan masalah utama bagi bayi prematur. Permukaan tubuh yang relatif luas terhadap massa tubuh meningkatkan kehilangan panas. Kehilangan cairan melalui proses evaporasi juga merupakan masalah utama berikutnya. Kedua masalah tersebut saling berkaitan: faktor lingkungan yang mempengaruhi suhu tubuh juga mempengaruhi kehilangan cairan melalui evaporasi, dan kehilangan cairan evaporasi akan meningkatkan kehilangan panas. Kehilangan panas tubuh pada bayi baru lahir dapat terjadi melalui empat jalur utama (Rudolph, Hoffman & Rudolph, 2006):

a. Konveksi

Kehilangan panas melalui cara ini meningkat jika udara dingin dan bergerak cepat di atas permukaan tubuh bayi. Kehangatan spesifik udara meningkat seiring meningkatnya kandungan air, sehingga kehilangan panas terendah terjadi bila udara di sekelilingnya hangat dan lembab.

b. Radiasi

Radiasi dapat terjadi ke struktur yang lebih dingin di sekitar bayi, seperti dinsing inkubator yang dingin.

c. Evaporasi

Evaporasi merupakan kehilangan panas tubuh akibat cairan pada permukaan kulit. Kehilangan panas ini meningkat jika udara sekitar kering dan kulit terpajan pada sumber penghangat radian.

d. Konduksi

Konduksi dapat terjadi akibat kontak tubuh bayi terhadap benda dingin seperti kasur tempat bayi dibaringkan.

Respons bayi baru lahir terhadap kehilangan panas adalah dengan meningkatkan konsumsi oksigen serta penghasilan panas untuk mempertahankan suhu tubuh. Respons ini tidak berjalan baik pada bayi yang sakit sehingga meningkatkan kemungkinan hipotermia yang juga mengakibatkan apnea serta asidosis metabolik. Bila bayi berada dalam lingkungan yang ideal maka kehilangan panas serta konsumsi oksigen minimal. Menghangatkan bayi secara berlebihan juga mengakibatkan peningkatan konsumsi oksigen (Rudolph, Hoffman & Rudolph, 2006).

Pada hari-hari pertama setelah kelahiran bayi dengan berat lahir sangat rendah, kehilangan cairan evaporatif dapat mencapai empat kali lipat air yang keluar dalam bentuk urin. Keadaan ini dapat menimbulkan dehidrasi berat dan hipernetremia (Rudolph, Hoffman & Rudolph, 2006).

Upaya mempertahankan suhu tubuh secara efektif dan penurunan risiko hipotermia pada bayi prematur dilakukan dengan perawatan metode kanguru (PMK). Observasi suhu tubuh bayi yang dirawat dengan PMK dilakukan setiap 6 jam pada awal pelaksanaan hingga

suhu stabil. Selanjutnya pengukuran dilakukan 2 kali sehari dengan pengukuran suhu ketiak (WHO, 2002).

3) Respons terhadap Tanda Bahaya

Bayi prematur memiliki risiko lebih besar mengalami sakit dibandingkan bayi cukup bulan. Studi *cross sectional* yang dilakukan oleh Adriati (2006) di Mojokerto menunjukkan adanya korelasi antara pengetahuan dan sikap ibu tentang perawatan bayi lahir prematur setelah keluar dari rumah sakit dengan frekuensi terjadinya sakit.

Analisis secara deskriptif terhadap 56 responden menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan ibu dengan frekuensi terjadinya sakit pada bayi ($p = 0,013$, dan $OR=4,694$) dan hubungan antara sikap ibu dengan frekuensi terjadinya sakit pada bayi ($p=0,039$, dan $OR=3,852$). Peneliti juga merekomendasikan agar dilakukan pembinaan dan simulasi kepada ibu yang melahirkan bayi prematur tentang perawatan bayi prematur setelah keluar dari rumah sakit untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu.

Tanda bahaya yang harus dikenali ibu dan segera meminta pertolongan pada petugas kesehatan antara lain: (1) bayi berhenti minum, tidak minum dengan baik, atau muntah; (2) gelisah, mudah terangsang, letargi, lesu, tidak sadarkan diri, demam (suhu di atas $37,5^{\circ}C$); (3) dingin (hipotermia, suhu badan di bawah $36,5^{\circ}C$ walau telah dilakukan penghangatan ulang; (4) kejang; (5) mengalami

kesulitan bernafas; (6) diare; dan (8) menunjukkan gejala lain yang menghawatirkan (WHO, 2002).

4) Respons terhadap Perasaan Tidak Nyaman

Bayi prematur tidak dapat mentolerir perlakuan (*handling*) yang berlebihan. Perubahan posisi tubuh dan berbagai tindakan dapat menimbulkan hipoksia. Posisi leher pada bayi yang fleksi menyebabkan sumbatan jalan nafas disertai hipoksia serta hiperkarbia. Bahkan pemberian susu pun sering menyebabkan penurunan PaO₂ sebesar 10-15 mmHg selama 15-30 menit. Rangkaian tindakan akan menimbulkan efek merugikan yang bersifat kumulatif (Rudolph, Hoffman, & Rudolph, 2006).

Bayi yang dirawat dengan metode kanguru, ketika punggungnya diketuk secara perlahan atau diberikan keributan di sekitarnya, reaksi bayi berupa kerutan wajah serta pergerakan jari tangan dan kaki yang berlangsung singkat. Selanjutnya bayi akan tidur kembali dengan tenang tanpa terbangun (Ludington & Golant, 1993 dalam Suradi & Yanuarso, 2002).

Cara bayi berespon terhadap perawatan atau perhatian yang diberikan bayi diartikan orangtua sebagai komentar bayi terhadap kualitas perawatan yang diberikan. Respon bisa dalam bentuk menangis, peningkatan atau penurunan berat badan, atau tidur pada waktunya. Respon yang terus-menerus dianggap negatif oleh orangtua akan

mengganggu hubungan dan merugikan bayi (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

b. Interaksi Ibu dan Bayi Prematur

Interaksi artinya saling melakukan aksi., berhubungan, mempengaruhi. Hubungan antar orang yang satu dengan yang lain dengan menggunakan bahasa (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2002).

Interaksi antara orang tua dan bayi prematur berbeda dengan interaksi antara orang tua dan bayi cukup bulan. Bayi prematur menggunakan energinya untuk mempertahankan kehidupan, sehingga mengalami keterbatasan untuk berinteraksi dengan lingkungan. Prematuritas pada sistem saraf pusat juga akan menyebabkan perilaku mereka menjadi terbatas dan tidak terorganisasi. Akibatnya orang tua mengalami kesulitan untuk membaca dan berespon secara tepat terhadap isyarat yang dikirimkan oleh bayinya. Perilaku bayi selama berinteraksi akan mempengaruhi kasih sayang orangtua, yang ditunjukkan dalam tabel berikut (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005):

Tabel 2.1 Perilaku Bayi yang Mempengaruhi Kasih Sayang Orangtua

Perilaku yang Memfasilitasi	Perilaku yang Menghambat
Dapat memandang dengan baik, kontak mata, mengikuti wajah orangtua.	Mengantuk, tertidur, mata hampir selalu tertutup.
Wajah yang menarik; gerakan tubuh yang mencerminkan ketidakberdayaan.	Wajah menyerupai wajah yang tidak disukai orangtuanya, mudah menagis atau melakukan gerakan saat disentuh.
Tersenyum.	Ekspresi wajah tidak menarik; jarang tersenyum.
Bersuara, menangis hanya waktu lapar atau ngompol.	Refleks motorik yang berlebihan
Reflek menggenggam	Menangis dalam waktu yang lama, kolik.
Perilaku yang sesuai saat diberi makan, mengisap dengan baik, mudah diberi makan.	Sulit diberi makan, sering muntah, regurgitasi.
Senang waktu digendong	Menolak digendong dengan menangis atau membuat tubuhnya kaku.
Mudah ditenangkan	Tidak mudah ditenangkan, tidak memberi respon terhadap asuhan orangtua.
Aktivitas yang bisa diduga	Makan dan tidur tidak sesuai jadwal.
Cukup memberi perhatian kepada orangtua.	Tidak dapat memperhatikan wajah orangtua atau memberikan stimulasi.
Perbedaan dalam menangis, tersenyum, dan bersuara; mengenali dan menyukai orangtuanya.	Tidak menunjukkan bahwa ia lebih menyukai orangtuanya daripada orang lain.
Pendekatan melalui gerakan.	Tidak berespon terhadap pendekatan yang dilakukan orangtua.
Mendekap orangtua; menempatkan lengan merangkul leher orangtua.	Mencari perhatian dari setiap orang dewasa yang ada di dalam ruangan.
Mengangkat tangan sewaktu memberi salam.	Cuek terhadap orangtuanya

Sumber: Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005.

Interaksi ibu dengan bayi yang efektif terjadi bila ibu mampu memahami sinyal kesiapan dari bayi. Tanda-tanda yang menunjukkan ketidaksiapan

bayi untuk berinteraksi antara lain: tersedak, apnea, bradikardi, perubahan warna kulit, jari ektensi, wajah menyeringai, Sebaliknya isyarat kesiapan bayi untuk berinteraksi dengan lingkungan dapat dilihat dari: tangan ke bagian tengah tubuh, mengisap, mulut mengerut, tubuh fleksi, tersenyum, dan menggenggam tangan (Angelini & Blackburn,1998).

c. Dekapan Ibu

Dekapan berasal dari kata dekap; yang berarti peluk, lekap. Mendekap berarti mendekat, melekat (Kamus Besar bahasa Indonesia, 2002). Bayi dengan kontak dini dengan ibunya, lebih sedikit menangis, lebih sering tersenyum, dan lebih banyak memanfaatkan ASI daripada bayi yang terlambat atau tidak adekuat kontak dengan ibu (De Chateu & Winberg, 1977 dalam Suradi & Yanuarso, 2002).

Dekapan diberikan melalui kontak langsung kulit bayi dengan kulit ibu. Kebutuhan ini dapat difasilitasi dengan perawatan metode kanguru (PMK). Manfaat kontak kulit bayi ke ibu adalah stabilisasi suhu, pola pernafasan lebih teratur, denyut jantung lebih stabil, frekuensi menangis berkurang, lebih sering dan lama menetek, dan berkurangnya kejadian infeksi (Suradi & Yanuarso, 2000).

Kontak kulit ibu dengan bayi dapat dicapai dengan PMK. Perawatan ini dilakukan dengan menyiapkan bayi dalam keadaan telanjang, hanya memakai popok dan topi (WHO, 2000). Otak merupakan salah satu sumber utama panas metabolik pada bayi, dan kulit kepala adalah salah

satu daerah kulit yang paling hangat. Menutupi kepala bayi dengan topi akan mengurangi kehilangan panas melalui kulit kepala (Rudolph, Hoffman & Rudolph, 2006).

PMK dilakukan dengan meletakkan bayi secara tegak/vertikal di dada di antara kedua payudara ibu (ibu telanjang dada), kemudian diselimuti. Dengan demikian, terjadi kontak kulit bayi dengan kulit ibu secara kontinyuan bayi memperoleh panas (sesuai suhu ibu) melalui proses konduksi. Kontak yang berlangsung kurang dari 60 menit sebaiknya dihindari, karena pergantian yang sering, akan membuat bayi menjadi stres. Lama kontak kulit langsung ditingkatkan secara bertahap hingga jika mungkin dilakukan terus menerus, siang dan malam, dan ditunda hanya untuk mengganti popok, lebih-lebih bila tidak tersedia alat pengontrol suhu. PMK dapat diberikan hingga bayi mencapai usia kehamilan sekitar 40 minggu atau berat badan 2500 gram (WHO, 2002).

Kontak kulit bayi ke ibu dapat merangsang laktasi ibu bayi prematur akibat penningkatan produksi oksitosin (Nissen, Lilja, Windstorm & Unvas-Moberg, 1995 dalam Tallandini & Scalembra, 2006) dan meningkatkan volume ASI (Hurst, Valentine, Renfro, Burns, & Ferlic, 1997 dalam Tallandini & Scalembra, 2006).

C. Kesiapan Ibu Bayi Prematur Menjadi Orangtua

Selama periode prenatal, ibu adalah satu-satunya pihak yang membentuk lingkungan tempat janin tumbuh dan berkembang. Setelah bayi terlahir, orang lain mulai terlibat dalam perawatan bayi (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

Menjadi orangtua merupakan suatu proses yang terdiri dari dua komponen. Komponen pertama, bersifat praktis atau mekanis, melibatkan keterampilan kognitif dan motorik; komponen kedua bersifat emosional, melibatkan keterampilan afektif dan kognitif. Komponen pertama dalam proses menjadi orangtua melibatkan aktivitas perawatan anak, seperti memberi makan, menggendong, mengenakan pakaian, membersihkan bayi, menjaganya dari bahaya, dan memungkinkannya untuk bisa bergerak (Steele & Pollack, 1968 dalam Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005). Aktivitas yang berorientasi pada tugas atau keterampilan kognitif motorik ini tidak terlihat secara otomatis pada saat bayi lahir, namun dipelajari orangtua dan dipengaruhi oleh pengalaman pribadi dan budaya (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005). Kesiapan ibu menjadi orangtua dapat dipersiapkan melalui proses belajar guna meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu tentang perawatan bayi prematur di rumah.

Komponen psikologis sebagai orangtua, bersifat keibuan atau kebapakan berakar dari pengalaman orangtua saat mengalami dan menerima kasih sayang dari orangtuanya. Keterampilan kognitif afektif menjadi orangtua meliputi sikap yang lembut, waspada, dan memberi perhatian terhadap kebutuhan dan keinginan bayi. Komponen menjadi orangtua memiliki efek yang mendasar

pada cara perawatan bayi yang dilakukan dengan praktis dan pada respon emosional bayi terhadap asuhan yang diterima (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

Ibu yang melahirkan bayi prematur memiliki pengalaman yang berbeda dari orangtua yang melahirkan bayi cukup bulan (Samson & Lewis, 1985 dalam Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005). Persalinan prematur merupakan faktor risiko terjadinya depresi pasca melahirkan. Sepuluh hingga lima puluh persen ibu mengalami depresi hingga dua minggu pasca persalinan (Kumar & Robson, 1984 dalam Madu & Roos, 2006).

Depresi ibu pasca persalinan merupakan faktor risiko yang menghambat hubungan bayi prematur dengan ibu (Korja, et al., 2008). Orangtua dari bayi prematur menghadapi tugas psikologis sebelum mempunyai kemampuan yang cukup untuk membangun hubungan dan pola pengasuhan yang efektif terhadap bayi (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005). Tugas psikologis orangtua bayi prematur meliputi:

1. Antisipasi berduka terhadap potensial kehilangan bayi. Orangtua berduka dengan kemungkinan bayi meninggal, meskipun orangtua berharap bayi dapat diselamatkan. Tugas ini dimulai selama persalinan dan berlangsung hingga bayi meninggal atau menunjukkan tanda-tanda selamat.
2. Ibu menerima kegagalan melahirkan bayi sehat dan cukup bulan. Dukacita dan depresi menjadi ciri khas pada fase ini, berlangsung sampai bayi lepas dari bahaya dan diharapkan untuk selamat.

3. Memulai proses berhubungan dengan bayi. Pada saat bayi mulai berkembang, berat badan bertambah, menyusui pada puting susu dan disapih dari inkubator, orangtua dapat memulai proses mengembangkan ikatan dengan bayi yang telah dihambat oleh kondisi bayi yang membahayakan pada waktu lahir (Als & Brazelton, 1981 dalam Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).
4. Mempelajari perbedaan kebutuhan khusus dan pola pertumbuhan bayi prematur. Orangtua memiliki tugas untuk belajar, memahami, dan menerima kebutuhan perawatan bayi dan harapan pertumbuhan dan perkembangan (Sammons & Lewis, 1985 dalam Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).
5. Menyesuaikan lingkungan rumah dengan kebutuhan bayi. Seluruh anggota keluarga akan bereaksi terhadap kelahiran bayi prematur. Anggota keluarga diharapkan mampu memahami penggunaan waktu orangtua yang lebih banyak bagi bayi prematur (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah psikologis ibu pasca melahirkan bayi prematur telah banyak dilaporkan. Preyde dan Ardal (2003) dalam penelitiannya di Toronto mengidentifikasi efektifitas dukungan kelompok antar orangtua bayi prematur melalui program "buddy". Studi dilakukan terhadap 32 ibu yang dimasukkan dalam kelompok intervensi dan 28 ibu sebagai kelompok kontrol. Intervensi dilakukan dengan membentuk kelompok ibu yang memiliki bayi prematur dan memfasilitasi pemberian nomor telepon

orangtua bayi prematur untuk saling bertukar pengalaman, diskusi, dan memberikan dukungan.

Setelah empat minggu, ibu dari kelompok intervensi dilaporkan memiliki skor stress yang lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol ($p < 0,001$). Setelah 16 minggu dilaporkan tingkat kecemasan kelompok intervensi lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol ($p < 0,05$), tingkat depresi lebih rendah ($p < 0,01$), dan penerimaan dukungan sosial yang lebih besar ($p < 0,01$). Hasil penelitian menunjukkan dukungan antar anggota kelompok membantu menurunkan stres pada ibu bayi prematur (Preyde & Ardal, 2003).

Melnyk, et.al. (2008) melakukan studi secara *randomized controll trial* untuk mengevaluasi efek program *creating opportunities for parent empowerment (COPE)* terhadap ibu yang memiliki bayi sakit. Ibu dalam kelompok intervensi diberikan program edukasi perilaku dalam 3 fase: (1) enam sampai 16 jam setelah masuk unit perawatan intensif, (2) dua sampai 16 jam setelah masuk ruang perawatan umum, dan (3) dua sampai 3 hari setelah pulang dari rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan program *COPE* mampu menurunkan tingkat stres orangtua dan meningkatkan partisipasi orangtua dalam perawatan bayi.

Adaptasi orangtua terhadap kelahiran bayi prematur dapat ditunjukkan dari respon orangtua yang dapat diamati melalui dua pendekatan koping, yaitu koping melalui komitmen dan koping melalui jarak. Dengan pendekatan pertama orangtua mengakui dan menerima kekurangan respon dari bayi dan mencatat

kemajuan bertahap kondisi bayi. Pada pendekatan kedua, orangtua menarik diri dari ikatan emosional dengan bayi, menunda ikatan sampai kondisi bayi lebih sehat (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005). Ibu dari bayi prematur memiliki kecenderungan menggunakan strategi koping pencarian dukungan sosial, sedang ibu bayi cukup bulan menggunakan penerimaan tanggungjawab dalam berespon terhadap depresi yang dialami pasca persalinan (Madu & Roos, 2006).

Orangtua mengalami tahap-tahap kemajuan seiring lebih banyak waktu untuk bersama bayi. Pada tahap satu orangtua mempertahankan posisi memandang, mengusap, dan menyentuh bayi. Tahap kedua ibu menerima aktifitas untuk perawatan bayi untuk menyusui, memandikan, mengganti pakaian bayi. Pada tahap ketiga bayi menjadi seorang individu dan tampak sebagai anak yang utuh. (Schraeder, 1980 dalam Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

Ibu yang memiliki bayi prematur dan dirawat oleh perawat yang terampil membuat ibu merasa tidak mampu memberikan perawatan yang adekuat. Perawat memiliki peran untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005). Kemampuan orangtua untuk merawat bayi prematur di rumah memerlukan waktu bervariasi. Survey terhadap 506 ibu bayi prematur di Amerika yang dilakukan Berns, Boyle, Propper dan Gooding (2007) menunjukkan waktu yang diperlukan orangtua untuk benar-benar merasa siap merawat bayi sangat bervariasi. Dari total responden 32% menyatakan sangat siap dalam waktu kurang dari 1 minggu, 29% memerlukan waktu 1 hingga 2 minggu, 28% memerlukan waktu 3 minggu hingga 2 bulan, dan 8% memerlukan waktu 3 bulan hingga 1 tahun.

D. Pencapaian Peran Maternal Berdasarkan Teori Keperawatan "*Maternal Role Attainment*" dari Mercer

Teori dan model *Maternal Role Attainment* diperkenalkan pertama kali pada tahun 1991 dalam simposium penelitian internasional yang disponsori oleh *American Nursing Association (ANA)* dan konsil keperawatan Amerika. Teori ini menggambarkan bahwa lingkungan mempengaruhi pencapaian peran maternal. Menurut Mercer menjadi seorang ibu merupakan perjalanan yang luar biasa dari siklus kehidupan wanita, sebab hal itu merupakan suatu proses yang tidak pernah berhenti dan terus berkelanjutan.

Lingkungan yang paling dekat dalam proses pencapaian peran maternal adalah fungsi keluarga, hubungan ibu-ayah, dukungan sosial, status ekonomi, nilai dan kepercayaan dalam keluarga serta sumber stressor yang dipandang melekat dalam sistem keluarga. Variabel-variabel tersebut saling berinteraksi satu sama lain dan memberikan pengaruh dalam transisi menjadi *motherhood*. Bayi merupakan individu yang ada di dalam sistem keluarga. Keluarga dipandang sebagai sistem semi tertutup yang membatasi dan mengontrol perubahan diantara sistem keluarga dan sistem sosial lainnya. Komponen yang paling berpengaruh dalam pencapaian peran maternal terjadi melalui interaksi antara ayah, ibu dan bayinya.

Mercer (1961, Tommey & Alligood, 2006) menjelaskan tahap pencapaian peran maternal dari antisipasi ke personal (identitas peran) serta tahap pertumbuhan dan perkembangan bayi:

a. Antisipasi

Tahap antisipasi dimulai selama kehamilan termasuk juga penyesuaian awal psikologis dan sosial selama kehamilan. Ibu mempelajari harapan terhadap perannya, berfantasi tentang peran, berhubungan dengan fetus dalam uterus dan mulai bermain peran (Tommey & Alligood, 2006).

b. Formal

Tahap formal dimulai dari kelahiran bayi, belajar dan menerima peran menjadi ibu. Perilaku peran digambarkan melalui tahap formal dan harapan-harapan lain yang ada dalam sistem sosial ibu.

c. Informal

Dimulai saat ibu mengembangkan cara yang unik dalam menjalankan peran dan peran tersebut tidak ada dalam sistem sosial. Ibu membuat peran baru yang tepat sesuai gaya hidupnya berdasarkan pengalaman masa lalu dan tujuan yang akan datang (Tommey & Alligood, 2006).

d. Personal

Tahap identitas peran personal terjadi ketika ibu menginternalisasi peran. Ibu mengalami perasaan keselarasan, kepercayaan diri, dan kompeten dalam peran maternal yang telah dicapai.

Sifat dan perilaku ibu dan bayi dapat mempengaruhi identitas peran ibu dan anak. Sifat dan perilaku ibu yang dapat mempengaruhi identitas peran maternal dalam model Mercer ini adalah empati, sensitif terhadap bayi, harga diri dan konsep

diri, penerimaan sebagai orang tua, kematangan, fleksibilitas, sikap, pengalaman kehamilan dan melahirkan, kesehatan, depresi dan konflik peran.

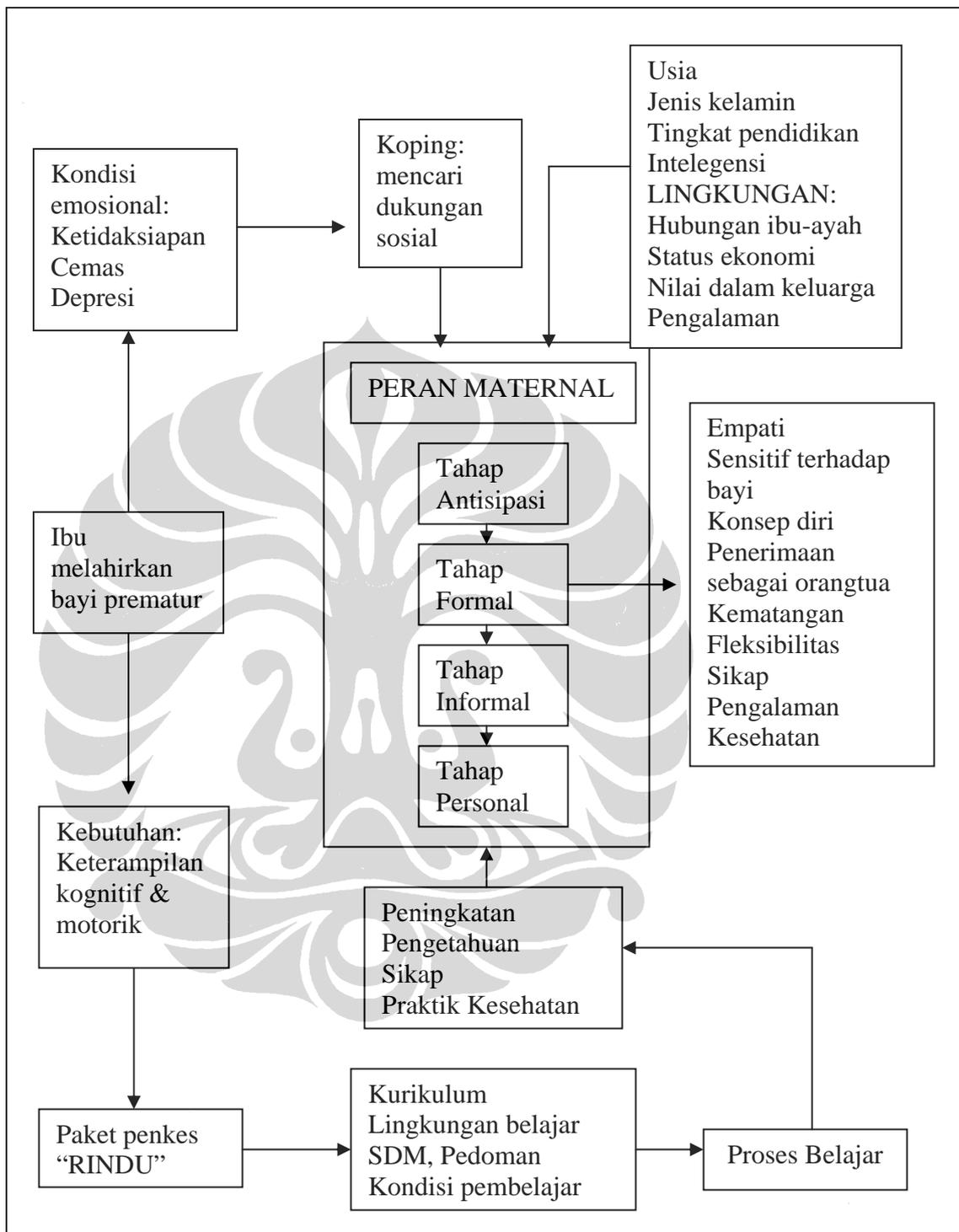
Sifat bayi yang memberi dampak terhadap identitas peran maternal adalah temperamen bayi, kemampuan dalam memberikan sinyal, kemampuan berespon dan kesehatan. Berikut contoh respon perkembangan bayi yang berinteraksi dengan ibu untuk mengembangkan identitas maternal.

1. Kontak mata dengan ibu sebagai isyarat berbicara, adanya reflek menggenggam.
2. Reflek tersenyum dan perilaku yang tenang sebagai respon terhadap perawatan ibu.
3. Perilaku interaksi yang konsisten dengan ibu.
4. Respon-respon yang berasal dari ibu dengan lebih meningkatkan pergerakan.

(Tommeey & Alligood, 2006).

E. Kerangka Teoretis

Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian



Dikutip dari: Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005; Madu & Roos, 2006; Notoatmodjo, (2003); Azwar, (2003); Tommey dan Alligood, (2006).

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu struktur dari konsep dan atau teori yang diletakkan secara bersama-sama dengan menggunakan skema pada suatu penelitian. Kerangka konsep merupakan unsur yang penting dalam penelitian, menjelaskan hubungan atau keterkaitan antara variabel-variabel dalam penelitian. Kerangka konsep penelitian ini secara lengkap digambarkan dalam skema 3.1.

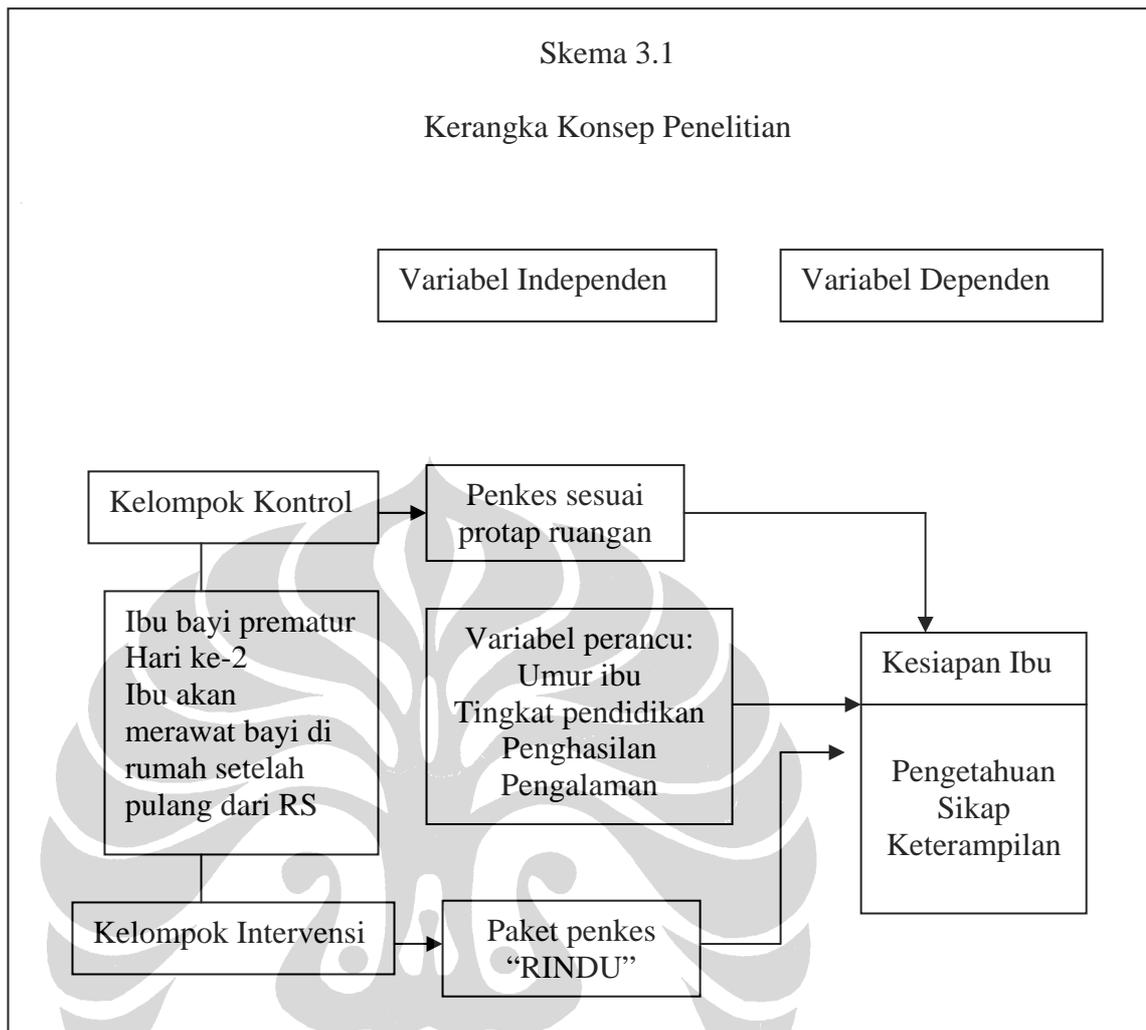
Variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel *Independent*

Variabel independen dalam penelitian ini adalah paket pendidikan kesehatan "RINDU".

2. Variabel *Dependent*

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kesiapan ibu merawat bayi prematur.



B. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian dikembangkan dan dirumuskan untuk menjawab permasalahan penelitian.

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Hipotesis Mayor

Ada pengaruh paket pendidikan kesehatan "RINDU" terhadap kesiapan ibu merawat bayi prematur setelah pulang dari rumah sakit.

2. Hipotesis Minor

- a. Ada perbedaan pengetahuan antara sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan “RINDU”.
- b. Ada perbedaan sikap antara sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan “RINDU”.
- c. Ada perbedaan keterampilan antara sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan “RINDU”.
- d. Ada perbedaan pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi pendidikan kesehatan “RINDU”.
- e. Ada perbedaan sikap antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi pendidikan kesehatan “RINDU”.
- f. Ada perbedaan keterampilan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi pendidikan kesehatan “RINDU”.

C. Definisi Operasional

Berdasarkan variabel penelitian yang telah ditetapkan, definisi operasional variabel dapat dilihat pada tabel 3.1:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

NO	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur Dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Variabel Dependen: Kesiapan ibu merawat bayi prematur di rumah.	Kondisi ibu yang bersedia merawat bayi preamatur di rumah, yang ditunjukkan oleh	Cara Ukur: Peneliti menghitung perubahan nilai dari kuesioner pengetahuan,	0: Tidak siap, jika responden menunjukkan pengetahuan tidak baik, sikap negatif, atau tidak	Nominal

NO	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur Dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
		kemampuan pengetahuan, sikap, keterampilan untuk melakukan perawatan bayi prematur.	sikap, dan keterampilan.	terampil. 1: Siap, jika pengetahuan baik, sikap positif, dan terampil.	
	Sub variabel: Pengetahuan tentang perawatan bayi prematur di rumah	Kemampuan kognitif ibu tentang perawatan bayi prematur, meliputi tahu tentang definisi dan memahami kebutuhan bayi prematur.	Cara Ukur: Jawaban benar diberi skor 1, jawaban salah diberi skor 0. Jumlah skor yang diperoleh dibandingkan skor maksimal dikalikan 100. Alat Ukur: Kuesioner pengetahuan ibu tentang perawatan bayi prematur di rumah	1: Baik, nilai \geq 70 0: Tidak baik, nilai $<$ 70	Nominal
	Sikap ibu terhadap perawatan bayi prematur di rumah.	Kemampuan ibu berespon secara emosional terhadap kebutuhan perawatan bayi prematur yang dinyatakan secara tertulis oleh responden.	Cara Ukur: Skor ditentukan dengan skala likert 1-4; untuk pernyataan positif: 1: sangat tidak setuju, 2: tidak setuju, 3: setuju, 4: sangat setuju,	1: Positif, nilai \geq 80. 0: Negatif, nilai $<$ 80.	Nominal

NO	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur Dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
			<p>Pertanyaan negatif: 1: sangat setuju, 2: setuju, 3: tidak setuju, 4: sangat tidak setuju</p> <p>Peneliti menjumlah skor yang diperoleh responden dibandingkan skor maksimal dikalikan 100.</p> <p>Alat Ukur: Kuesioner sikap.</p>		
	Keterampilan ibu dalam merawat bayi prematur	Kemampuan psikomotor ibu dalam memenuhi kebutuhan dasar bayi prematur, meliputi prosedur pengukuran suhu tubuh, pemberian ASI, perawatan metode kanguru, memandikan	<p>Cara Ukur: Peneliti menjumlah skor yang diperoleh responden berdasarkan observasi terhadap responden saat mendemonstrasikan prosedur perawatan bayi di rumah.</p> <p>Penentuan skor: 0: langkah tidak dilakukan 1: langkah dilakukan tapi tidak tepat</p>	1: Terampil, nilai ≥ 69 0: Tidak terampil, nilai < 69	Nominal

NO	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur Dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
			2: langkah dilakukan dengan benar. Skor yang diperoleh responden untuk setiap keterampilan dibandingkan dengan skor maksimal dikalikan 100. Alat Ukur: Daftar tilik.		
	Peningkatan pengetahuan	Perbedaan nilai antara <i>pre-test</i> dengan <i>post-test</i> pengetahuan	Nilai <i>post-test</i> pengetahuan dikurangi <i>pre-test</i>	0: tidak meningkat, bila selisih < 20 1: meningkat, bila selisih \geq 20.	Nominal
	Peningkatan sikap	Perbedaan nilai antara <i>pre-test</i> dengan <i>post-test</i> sikap	Nilai sikap <i>post-test</i> dikurangi <i>pre-test</i>	0: tidak meningkat, bila selisih < 5 1: meningkat, bila selisih \geq 5.	Nominal
	Peningkatan keterampilan	Perbedaan nilai antara <i>pre-test</i> dengan <i>post-test</i> keterampilan	Nilai keterampilan <i>post-test</i> dikurangi <i>pre-test</i>	0: tidak meningkat, bila selisih < 14 1: meningkat, bila selisih \geq 14.	Nominal

NO	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur Dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
2	Variabel Independen Pendidikan kesehatan dengan paket "RINDU"	Adalah metoda pendidikan kesehatan yang diberikan kepada ibu untuk merawat bayiprematur di rumah.	Pembagian kelompok	Kelompok: 0:kontrol, tidak diberi paket "RINDU" 1:intervensi, diberi paket "RINDU"	Nominal
3	Karakteristik Responden Usia	Lamanya hidup responden yang dihitung berdasarkan tanggal lahir sampai dengan ulangtahun terakhir. Tanggal lahir disesuaikan dengan kartu identitas responden berupa KTP atau KK. Lama hidup dihitung dalam tahun.	Cara Ukur: peneliti menuliskan selisih tahun kelahiran dengan tahun ulang tahun terakhir. Selanjutnya umur dikelompokkan berdasarkan median. Alat ukur: kuesioner	0: umur < 25 1: umur \geq 25	Nominal
	Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang diikuti dan dinyatakan lulus.	Cara Ukur: peneliti mengisi format pada lampiran 1, sesuai yang dituliskan responden dalam kuesioner.	1: Pendidikan dasar dan menengah. (pendidikan rendah): SD, SMP, SMA 2: Pendidikan tinggi (tinggi): Diploma, Sarjana	Ordinal

NO	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur Dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	Penghasilan keluarga	Kemampuan keluarga memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, yang ditinjau dari besar sumber penghasilan keluarga setiap bulan.	Cara Ukur: peneliti mengisi format pada lampiran 1 sesuai yang dituliskan responden dalam kuesioner. Alat ukur: Kuesioner	0: pendapatan < Rp 450.000 1: pendapatan \geq Rp 450.000	Nominal
	Pengalaman merawat bayi prematur	Informasi, riwayat melahirkan atau kemampuan yang dimiliki ibu tentang perawatan bayi prematur sebelum diberikan pendidikan kesehatan.	Cara Ukur: peneliti mengisi format pada lampiran 1 sesuai yang dituliskan responden dalam kuesioner. Alat ukur: kuesioner	0 : tidak mempunyai pengalaman 1 : mempunyai pengalaman	Nominal

Pre-test dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol untuk mengetahui data dasar yang akan digunakan untuk mengetahui efek dari variabel independen. Intervensi akan dilakukan pada kelompok intervensi dan setelah itu akan dilakukan *post-test*. Kelompok kontrol tidak mendapatkan perlakuan sebelum mendapatkan *post-test*. Hasil sebelum dan sesudah intervensi akan dibandingkan, demikian juga hasil pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang melahirkan bayi prematur di rumah sakit di kota Kediri.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah ibu yang melahirkan bayi prematur di rumah sakit di kota Kediri pada saat dilakukan penelitian 4 Mei sampai 14 Juni 2009 dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Ditegakkan diagnosis medis melahirkan bayi prematur
- c. Bayi memerlukan perawatan secara intensif dan terpisah dengan ibu
- d. Ibu akan merawat bayi di rumah setelah pulang dari rumah sakit
- e. Ibu bisa membaca dan menulis.

Kriteria eksklusi yaitu ibu yang melahirkan bayi prematur dengan:

- a. Bayi meninggal dunia

- b. Ibu mengalami penurunan kesadaran
- c. Ibu memerlukan perawatan di ruang intensif
- d. Ibu dirujuk ke rumah sakit lain
- e. Ibu mengundurkan diri berpartisipasi

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan uji hipotesis beda rata-rata berpasangan, dengan rumus sebagai berikut (Ariawan, 1998):

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} [2\sigma^2]}{d^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel minimal

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α tertentu

σ = standar deviasi dari beda dua rata-rata berpasangan penelitian awal,

d = presisi

Peneliti menggunakan nilai standar deviasi dan peningkatan rata-rata pengetahuan dari penelitian Browne dan Talmi (2005) tentang pengaruh intervensi berbasis keluarga terhadap peningkatan hubungan ibu-bayi. Hasil penelitian menunjukkan standar deviasi pengetahuan ibu tentang perilaku bayi prematur sebesar 5,94. Estimasi dilakukan pada derajat kemaknaan 5% dan kekuatan uji 90%, dengan perbedaan rata-rata sebesar 3,3 poin. Besar sampel minimal didapatkan adalah:

$$n = \frac{1,96^2 [2 \times 5,94^2]}{3,3^2}$$

$$n = 24,89$$

$$n = 25$$

Sampel minimal yang diperlukan sebanyak 25 orang untuk masing-masing kelompok. Penelitian direncanakan dengan mengantisipasi kemungkinan terjadinya *drop out* sehingga diperlukan menambahkan jumlah sampel sebanyak 10% pada masing-masing kelompok, sehingga menjadi 28 orang, dan untuk kepentingan analisis, jumlah responden pada masing-masing kelompok ditentukan 30 orang, sehingga keseluruhan sampel adalah 60 orang. Dalam pelaksanaan penelitian, dengan keterbatasan waktu dan tidak terjadi *droup out*, maka pencapaian sampel dibatasi pada jumlah minimal yaitu sebesar 25 orang pada masing-masing kelompok, sehingga total sampel adalah 50 orang.

Penelitian direncanakan dengan menetapkan kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan waktu perawatan, dengan tujuan menghindari bias akibat interaksi kedua kelompok. Pada tiga minggu awal dilakukan pengumpulan data untuk kelompok kontrol pada semua rumah sakit, tiga minggu berikutnya dilakukan pengumpulan data untuk kelompok intervensi pada semua rumah sakit.

Pelaksanaan penelitian dilakukan modifikasi pengumpulan data. Pengumpulan data pada tanggal 4 sampai dengan 24 Mei (tiga minggu awal) dilakukan untuk kelompok intervensi di RSUD Gambiran dan RS Muhammadiyah, sedang kelompok kontrol dari RSIA Aura Syifa dan RSIA Melinda. Tiga minggu berikutnya, 25 Mei sampai dengan 14 Juni 2009 di RSUD Gambiran dan RSI Muhammadiyah dilakukan pengumpulan data kelompok kontrol, sedang di RSIA Aura Syifa dan RSIA Melinda pengumpulan data kelompok intervensi. Modifikasi yang dilakukan tidak mengubah rencana awal, karena interaksi antara

kedua kelompok pada masing-masing rumah sakit tetap dapat diminimalkan, sehingga diharapkan dapat menghindari bias.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan cara *non probability sampling* jenis *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah responden yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2002).

C. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di rumah sakit yang ada di kota Kediri yaitu RSUD Gambiran, RSIA Melinda, RS Muhammadiyah, dan RSIA Aura Syifa di Kediri. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan pertimbangan keempat tempat mempunyai jumlah kunjungan pasien yang hampir sama dan pelaksanaan pendidikan kesehatan belum terprogram secara khusus. Pendidikan kesehatan dengan paket "RINDU" akan dilakukan di ruang perawatan pasien. Untuk kegiatan pre tes dilakukan pada hari kedua setelah persalinan dan sebelum mendapatkan paket pendidikan kesehatan, dengan harapan pada hari kedua ibu telah memasuki fase *taking hold* sehingga telah memiliki kesiapan untuk belajar, sedangkan *post-test* dilakukan setelah pasien menyelesaikan paket pendidikan kesehatan "RINDU".

D. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan selama 6 bulan, pengambilan data dilakukan selama 6 minggu, mulai tanggal 4 Mei sampai dengan tanggal 14 Juni 2009. Jadwal penelitian terlampir pada lampiran 17.

E. Etika Penelitian

Penelitian dilakukan dengan mempertimbangkan prinsip etik. Prinsip etik bertujuan melindungi subyek penelitian. Responden baik sebagai kelompok intervensi maupun kelompok kontrol dilindungi hak-haknya. Peneliti menggunakan pertimbangan 5 petunjuk dari *American Nurses Association (ANA)* sebagaimana dikuti Wood dan Harber (2006):

1. Right to self-determination

Responden mempunyai hak otonomi untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian. Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti yang berisi prosedur penelitian, manfaat, dan risikonya, responden diberi kesempatan untuk memberikan persetujuan atau menolak berpartisipasi dalam penelitian. Responden dapat mengundurkan diri dari penelitian tanpa konsekuensi apapun.

2. Right to privacy and dignity

Peneliti melindungi privasi dan martabat responden. Selama penelitian, kerahasiaan dijaga dengan cara menempatkan responden di ruang lain yang telah disiapkan yang terpisah dari pasien.

3. Right to anonymity and confidentiality

Data penelitian yang berasal responden tidak disertai dengan identitas responden tetapi cukup dengan kode responden. Data yang diperoleh dari

setiap responden hanya diketahui oleh peneliti dan responden yang bersangkutan. Selama pengolahan data, analisis, dan publikasi dari hasil penelitian, tidak dicantumkan identitas responden.

4. *Right to fair treatment*

Kedua kelompok penelitian mendapatkan intervensi yang sama. Responden sebagai kelompok intervensi diberikan *booklet* sebagai panduan dan diberikan pendidikan kesehatan paket "RINDU". Responden sebagai kelompok kontrol pada saat pengumpulan data penelitian tidak mendapatkan intervensi pendidikan kesehatan paket "RINDU", tetapi setelah pengumpulan data selesai responden diberikan pendidikan kesehatan paket "RINDU".

5. *Right to protection from discomfort and harm*

Kenyamanan responden dan risiko dari perlakuan yang diberikan selama penelitian tetap dipertimbangkan dalam penelitian ini. Kenyamanan responden baik fisik, psikologis dan sosial dipertahankan dengan memilih tempat *pre-test* dan *post-test* di ruang yang terpisah dari pasien lain.

F. Alat Pengumpul Data

1. Jenis Alat Pengumpul Data

Alat yang digunakan sebagai pengumpul data dalam penelitian ini berupa kuesioner tentang karakteristik responden, pengetahuan ibu tentang perawatan bayi prematur di rumah, dan sikap ibu terhadap perawatan bayi prematur di rumah, serta daftar tilik keterampilan prosedur perawatan bayi prematur di rumah.

Karakteristik responden meliputi: tanggal lahir/umur, pendidikan, sumber penghasilan keluarga, riwayat melahirkan dan merawat bayi prematur sebelumnya, dan pengalaman tentang perawatan bayi prematur. Responden diminta mengisi jawaban di tempat yang disediakan pada kuesioner.

Kuesioner pengetahuan ibu tentang perawatan bayi prematur di rumah terdiri atas 18 butir soal yang telah dinyatakan valid dan reliabel. Pemberian skor dilakukan berdasarkan ketentuan, jawaban benar diberi skor 1, dan jawaban salah diberi skor 0. Skor yang diperoleh masing-masing responden dijumlahkan, dibandingkan dengan skor maksimal kemudian dikalikan 100. Hasil penghitungan terakhir menunjukkan nilai pengetahuan yang dimiliki responden tentang perawatan bayi prematur. Nilai dari seluruh responden dijumlahkan dan dihitung untuk mengetahui nilai mean dan median. Untuk kepentingan analisis, skor masing-masing responden dikelompokkan dalam dua kategori: kelompok pengetahuan baik bila skor yang diperoleh lebih besar dari median, dan kelompok pengetahuan tidak baik bila skor yang diperoleh kurang dari median.

Kuesioner sikap ibu terhadap perawatan bayi prematur di rumah berisi 25 pernyataan tentang sikap yang memihak (*favourable*) dan tidak memihak (*unfavourable*) terhadap perawatan bayi prematur di rumah. Setiap butir sikap diberikan 4 pilihan jawaban dengan pemberian skor berdasarkan skala Likert 1 sampai 4 yang menunjukkan sikap sangat tidak setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju terhadap perawatan bayi prematur di rumah.

Pemberian skor untuk pernyataan positif dengan ketentuan: 1 untuk sikap sangat tidak setuju, 2 untuk sikap tidak setuju, 3 untuk sikap setuju, 4 untuk sikap sangat setuju. Ketentuan pemberian skor untuk pertanyaan negatif berkebalikan dengan pernyataan positif: 1 sangat setuju, 2 setuju, 3 tidak setuju, dan 4 sangat tidak setuju.

Skor yang diperoleh masing-masing responden dijumlahkan, dibandingkan dengan skor maksimal, kemudian dikalikan 100, didapatkan nilai sikap responden. Nilai seluruh responden dijumlah untuk menentukan mean dan median. Skor masing-masing responden dikelompokkan dalam dua kategori: kelompok sikap positif bila skor yang diperoleh lebih besar dari median, dan kelompok sikap negatif bila skor yang diperoleh kurang dari median.

Data tentang keterampilan ibu merawat bayi prematur diukur dengan daftar tilik prosedur pelaksanaan tindakan yang digunakan kolektor data melakukan observasi terhadap demonstrasi yang dilakukan ibu. Daftar tilik diberikan untuk prosedur pengukuran suhu tubuh, pemberian ASI, cara memandikan, dan perawatan metode kanguru untuk bayi prematur.

Skor diberikan berdasarkan kemampuan ibu mendemonstrasikan prosedur. Skor 0 bila langkah tidak dilakukan, skor 1 bila langkah dilakukan tapi tidak tepat, dan skor 2 bila langkah dilakukan dengan benar. Skor yang diperoleh setiap responden pada tiap-tiap prosedur dijumlah, dibandingkan skor maksimal tiap keterampilan dikalikan 100. Skor seluruh responden untuk tiap-tiap keterampilan dijumlah dan dicari nilai mean dan median. Responden

dinyatakan terampil untuk satu keterampilan bila memperoleh skor di atas nilai mean atau median, dan dinyatakan tidak terampil bila pencapaian skor kurang dari median.

Skor yang diperoleh dari keempat keterampilan pada setiap responden dijumlahkan kemudian dibagi empat untuk memperoleh rata-rata. Nilai rata-rata menunjukkan penilaian terhadap keterampilan ibu. Nilai keterampilan seluruh responden dijumlah, kemudian dianalisis untuk mendapatkan mean dan median. Kategori terampil dan tidak terampil ditentukan berdasarkan nilai median. Nilai di atas median adalah kategori terampil, sedang nilai kurang dari median adalah kategori tidak terampil.

Kesiapan ibu untuk merawat bayi prematur di rumah, ditetapkan untuk ibu yang memiliki kriteria pengetahuan baik, sikap positif, dan terampil mendemonstrasikan keterampilan. Ibu dinyatakan tidak siap jika memiliki pengetahuan rendah, sikap negatif, atau tidak terampil.

2. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan terhadap kuesioner pengetahuan dan sikap. Kuesioner yang telah disusun diuji cobakan kepada individu yang memiliki karakteristik seperti kriteria inklusi di RS. Bhayangkara Kediri. Analisis dilakukan dengan korelasi *Pearson product moment* untuk menentukan validitas tiap butir soal atau pernyataan terhadap keseluruhan alat ukur.

Kuesioner pengetahuan yang disiapkan terdiri atas 30 butir pertanyaan, dan didapatkan 18 pertanyaan valid ($p > 0,05$) sedang 12 pertanyaan tidak valid. Pertanyaan yang dinyatakan valid selanjutnya diuji reliabilitas dengan cara belah dua genap ganjil, didapatkan nilai sebesar $r = 0,991$. Kuesioner sikap disiapkan 30 butir pernyataan tentang sikap ibu dalam merawat bayi prematur, didapatkan 25 pernyataan valid ($p > 0,05$) dan 5 pertanyaan tidak valid. Uji reliabilitas dengan teknik belah dua genap ganjil, diperoleh nilai sebesar $r = 0,952$. Kuesioner pengetahuan dan sikap digunakan untuk mengumpulkan data tanpa uji coba ulang.

Alat pengumpul data keterampilan digunakan daftar tilik yang merupakan pedoman bagi observer menilai keterampilan responden. Daftar tilik pengukuran suhu tubuh, menetek, memandikan dan perawatan metode kanguru tidak semuanya diuji coba lebih dahulu, karena instrumen telah disarikan dan diadaptasi dari panduan WHO. Uji coba dilakukan untuk daftar tilik menetek, peneliti dan 3 orang calon kolektor data yang selanjutnya disebut C1, C2, dan C3 melakukan observasi pada obyek yang sama. Observasi dilakukan terhadap 10 ibu yang menetek bayi di RSUD Gambiran, dengan aspek yang diobservasi adalah memasukkan areola ke dalam mulut bayi. Hasil observasi peneliti dan calon kolektor data dianalisis dengan uji statistik Kappa. Uji ini bertujuan mengukur kesepahaman 2 atau lebih pengamat terhadap obyek yang diamati. Besar koefisien Kappa berkisar pada 0-1. $K=1$ menunjukkan *perfect agreement*, $K=0,8-0,99$ *excellent agreement*, $K=0,6-0,79$ *good agreement*, $K=0,4-0,59$ *fair agreement*, dan $K < 0,4$ *poor agreement*. Hasil uji Kappa bermakna ($p < \alpha$) menunjukkan persepsi

antara peneliti dengan calon kolektor data ada kesepahaman. Dari 3 calon kolektor data didapatkan 2 orang memenuhi kriteria, yaitu calon C1 ($K=0,672$; $p=0,004$) dan C3 ($K=0,516$; $p=0,025$), sedang calon C2 tidak memenuhi kriteria sebagai observer ($K=0,032$; $p=0,889$). Berdasarkan koefisien Kappa didapatkan C1 dan peneliti memiliki kesepahaman yang baik (*good agreement*) sehingga peneliti menetapkan C1 sebagai observer, C3 sebagai pengawas tes, dan C2 membantu peneliti pada saat intervensi.

G. Prosedur Pengumpulan Data

1. Prosedur Administrasi

Penelitian dilakukan setelah dinyatakan lulus kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan/ Kesehatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan memenuhi prosedur administrasi yang berlaku di unit pelayanan kesehatan di kota Kediri. Ijin penelitian ditujukan kepada direktur RSUD Gambiran, RSIA Melinda, RS Muhammadiyah, dan RSIA Aura Syifa di Kediri.

2. Prosedur Teknis

Prosedur teknis yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi:

- a. Peneliti melakukan uji coba kuesioner kepada ibu bayi prematur di RS. Bhayangkara Kediri dan melakukan uji validitas dan reliabilitas alat pengumpul data.
- b. Peneliti meminta mahasiswa untuk menjadi kolektor data dan membantu pelaksanaan penelitian dengan ketentuan pendidikan D3 Keperawatan atau Kebidanan sekurang-kurangnya telah masuk semester 4. Calon

kolektor data berjumlah 3 orang bersama peneliti melakukan uji *interrater reliability* untuk menentukan calon kolektor data yang memiliki kesetaraan observasi dengan peneliti sebagai observer. Calon kolektor data yang lain akan mendapatkan tugas mengatur dan mengawasi pelaksanaan *pre-tests* dan *post-test*, serta calon lainnya bersama-sama peneliti memberikan intervensi sesuai panduan yang ditetapkan peneliti.

- c. Peneliti memberikan pelatihan kepada kolektor data selama 2 jam guna menyamakan persepsi tentang prosedur penelitian, tugas dan tanggung jawab kolektor data serta data-data yang akan digali dari responden, Observasi selama pengumpulan data, dilakukan oleh peneliti dan observer yang telah dinyatakan lulus oleh peneliti. Keterlibatan peneliti dalam observasi dilakukan karena keterbatasan tenaga oleh satu orang observer meskipun hal ini memungkinkan bias data akibat subyektivitas peneliti. Peneliti melakukan observasi pada kelompok kontrol dengan tujuan meminimalkan subyektifitas selama observasi.
- d. Pengontrolan responden dilakukan sesuai kriteria inklusi untuk meminimalkan dan mengontrol variabel perancu yang dapat mempengaruhi hasil penelitian.
- e. Peneliti menentukan kelompok intervensi adalah ibu bayi prematur yang dirawat di RSUD Gambiran dan RS Muhammadiyah pada tanggal 4 sampai dengan 24 Mei 2009 dan ibu bayi prematur yang dirawat di RSIA Aura Syifa dan RSIA Melinda pada tanggal 25 Mei sampai 14 Juni 2009. Kelompok kontrol adalah ibu bayi prematur yang dirawat di RSIA Aura Syifa dan RSIA Melinda pada tanggal 4 sampai dengan 24 Mei 2009 dan

ibu bayi prematur yang dirawat di RSUD Gambiran dan RS Muhammadiyah pada tanggal 25 Mei sampai 14 Juni 2009.

- f. Peneliti dan kolektor data memperkenalkan diri kepada calon responden, menyampaikan informasi penelitian, menjelaskan tujuan penelitian dan prosedur penelitian, dan meminta kesediaan calon responden untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian.
- g. *Pre-test* diberikan kepada ibu yang bersedia berpartisipasi sebagai responden dengan diminta mengisi kuesioner yang berisi karakteristik responden, pengetahuan tentang perawatan bayi prematur, dan sikap ibu terhadap bayi prematur.
- h. Responden diminta mendemonstrasikan prosedur perawatan bayi prematur di rumah dan diobservasi oleh observer (C1).
- i. Intervensi: Ibu pada kelompok intervensi diberikan paket pendidikan kesehatan "RINDU" selama 2 jam. Satu jam pertama diberikan informasi tentang bayi prematur. Ibu diberikan *booklet* "RINDU" yang disusun oleh peneliti. *Booklet* berisi informasi bergambar tentang bayi prematur dan perawatannya di rumah. Ibu dipersilakan membaca *booklet*, peneliti memberikan penjelasan tentang informasi yang ada dalam *booklet*. Ibu diberi kesempatan untuk bertanya, berdiskusi, atau menjawab pertanyaan yang disampaikan peneliti. Satu jam kedua peneliti mengajarkan keterampilan cara pengukuran suhu tubuh, pemberian ASI, memandikan bayi, dan perawatan metode kanguru dengan cara demonstrasi. Alat bantu yang digunakan dalam demonstrasi antara lain *panthoom* bayi, pakaian bayi, termometer, handuk, washlap, bak mandi, dan pakaian kanguru. Ibu

diberi kesempatan melakukan demonstrasi ulang untuk setiap keterampilan

- j. Hari kedua dilakukan *post-test* untuk mengukur pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu.
- k. Kelompok kontrol diberikan asuhan keperawatan sesuai protap yang ada di masing-masing rumah sakit, paket pendidikan kesehatan "RINDU" diberikan kepada kelompok kontrol setelah pelaksanaan *post-test*.
- l. Data dari kedua kelompok, baik *pre-test* maupun *post-test* selanjutnya diolah dan dianalisis sesuai tujuan penelitian.

H. Pengolahan dan Analisis Data

Sebelum dilakukan analisis data, dilakukan pengolahan data melalui empat langkah (Hastono, 2007):

1. *Editing*

Peneliti dan kolektor data melakukan pengecekan kelengkapan isian kuesioner, kejelasan penulisan jawaban, dan relevansi dengan pertanyaan. Jika ditemukan pengisian kuesioner tidak lengkap, tidak jelas, atau tidak relevan dengan pertanyaan, peneliti atau kolektor data mengklarifikasi kepada responden.

2. *Coding*

Peneliti memberikan kode A diikuti nomor urut responden (A,1,2,...) untuk kelompok kontrol, dan B diikuti nomor urut responden (B,1,2,...) untuk kelompok intervensi. Peneliti juga mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan berupa skor jawaban responden berdasarkan ketentuan yang ditetapkan peneliti untuk mempermudah analisis.

3. *Processing*

Peneliti memproses data dengan cara melakukan *entry* data dari masing-masing responden ke dalam program komputer.

4. *Cleaning*

Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang telah di-*entry*. Setelah dipastikan tidak ada kesalahan, dilakukan tahap analisis data sesuai jenis data.

Analisis dilakukan secara univariat dan bivariat. Analisis *univariat* digunakan untuk menjelaskan variabel pengetahuan, sikap, keterampilan, dan karakteristik responden, meliputi umur, tingkat pendidikan, pendapatan, dan pengalaman merawat bayi prematur. Variabel dengan data numerik dianalisis dengan menggunakan mean, median, standar deviasi, dan nilai minimal-maksimal. Semua data dianalisis dengan tingkat kemaknaan 95% ($\alpha=0.05$). Variabel dalam bentuk data kategorik dijelaskan dengan menggunakan distribusi frekuensi dan persentase atau proporsi.

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan atau perbedaan yang bermakna antara dua variabel. Analisis bivariat data kategorik pada sampel yang berpasangan (*dependent*) digunakan uji *McNemar*, untuk mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap, dan keterampilan responden sebelum dan setelah intervensi pada masing-masing kelompok. Data kategorik yang tidak berpasangan (*independent*) diuji dengan *chi-square*. Homogenitas responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, perbedaan hasil *post-test* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis dengan uji *chi-square*. Analisis antar variabel selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut:

Tabel 4.1
Analisis Berdasarkan Variabel Penelitian

Variabel I	Variabel II	Uji Statistik
Pengetahuan kelompok kontrol sebelum intervensi	Pengetahuan kelompok kontrol setelah intervensi	<i>Mc Nemar</i>
Sikap kelompok kontrol sebelum intervensi	Sikap kelompok kontrol setelah intervensi	<i>Mc Nemar</i>
Keterampilan kelompok kontrol sebelum intervensi	Keterampilan kelompok kontrol setelah intervensi	<i>Mc Nemar</i>
Pengetahuan kelompok intervensi sebelum intervensi	Pengetahuan kelompok intervensi setelah intervensi	<i>Mc Nemar</i>
Sikap kelompok intervensi sebelum intervensi	Sikap kelompok Intervensi setelah intervensi	<i>Mc Nemar</i>
Keterampilan kelompok intervensi sebelum intervensi	Keterampilan kelompok intervensi setelah intervensi	<i>Mc Nemar</i>
Pengetahuan kelompok kontrol sebelum intervensi	Pengetahuan kelompok intervensi sebelum intervensi	<i>Chi-square</i>
Sikap kelompok kontrol sebelum intervensi	Sikap kelompok intervensi sebelum intervensi	<i>Chi-square</i>
Keterampilan kelompok kontrol sebelum intervensi	Keterampilan kelompok intervensi sebelum intervensi	<i>Chi-square</i>
Pengetahuan kelompok kontrol setelah intervensi	Pengetahuan kelompok intervensi setelah intervensi	<i>Chi-square</i>

Variabel I	Variabel II	Uji Statistik
Keterampilan kelompok kontrol setelah intervensi	Keterampilan kelompok intervensi setelah intervensi	<i>Chi-square</i>
Pendidikan pada kelompok kontrol	Pendidikan pada kelompok intervensi	<i>Chi square</i>
Penghasilan keluarga pada kelompok kontrol	Penghasilan keluarga pada kelompok intervensi	<i>Chi-square</i>
Pengalaman merawat bayi prematur pada kelompok kontrol	Pengalaman merawat bayi prematur pada kelompok Intervensi	<i>Chi square</i>
Peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan kelompok kontrol	Peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan kelompok intervensi	<i>Chi-square</i>
Karakteristik responden (umur, pendidikan, pengalaman, dan pendapatan keluarga)	Pengetahuan, sikap, keterampilan, dan kesiapan setelah periode intervensi	<i>Chi-square</i>
Kesiapan kelompok kontrol setelah intervensi	Kesiapan kelompok intervensi setelah periode intervensi	<i>Chi-square</i>

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian pengaruh paket pendidikan kesehatan “RINDU” terhadap kesiapan ibu merawat bayi prematur setelah pulang dari rumah sakit di Kediri. Penelitian dilakukan terhadap 50 responden yang melahirkan bayi prematur di empat rumah sakit di Kediri, yaitu RSUD Gambangan, RSIA Melinda, RSIA Aura Syifa, dan RS Muhammadiyah. Pengumpulan data dilakukan selama 6 minggu mulai 4 Mei sampai 14 Juni 2009.

A. Analisis Univariat

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang merupakan ibu bayi prematur diidentifikasi berdasarkan umur, pendidikan, pendapatan keluarga, dan pengalaman merawat bayi prematur. Data yang bersifat numerik dianalisis sehingga didapatkan nilai rata-rata, median, dan standar deviasi. Berdasarkan nilai median, masing-masing variabel dikategorikan menjadi dua, kurang dari median dan sama atau lebih besar dari median. Kategori masing-masing variabel ditunjukkan dalam tabel 5.1 berikut:

Tabel 5.1
Distribusi Responden Menurut Umur, Pendapatan, Pendidikan,
dan Pengalaman Ibu di Kediri Bulan Mei-Juni 2009

Variabel	Intervensi (n=25)		Kontrol (n=25)		Total (n=50)	
	f	%	f	%	f	%
Umur						
Kurang dari 25 tahun	11	44	11	44	22	44
Lebih dari 25 tahun	14	56	14	56	28	56
Pendapatan						
Kurang dari Rp 450.000,00	14	56	10	40	24	48
Lebih dari Rp 450.000,00	11	44	15	60	26	52
Pendidikan						
Dasar dan Menengah	21	84	23	92	44	44
Tinggi	4	16	2	8	6	12
Pengalaman						
Memiliki Pengalaman	7	28	5	20	12	24
Tidak Memiliki Pengalaman	18	72	20	80	38	76

a. Umur

Berdasarkan tabel 5.1, dari seluruh responden didapatkan proporsi ibu berumur lebih dari 25 tahun lebih banyak (56%) dibandingkan ibu berumur kurang dari 25 tahun (44%). Pada masing-masing kelompok didapatkan proporsi umur yang sama yaitu sebagian besar (56%) ibu berumur lebih dari 25 tahun.

b. Pendapatan Keluarga

Dari seluruh responden didapatkan proporsi ibu yang memiliki pendapatan lebih dari Rp 450.000,00 sebesar 52%, sedang sisanya (48%) memiliki pendapatan kurang dari Rp 450.000,00. Proporsi pada masing-masing kelompok didapatkan sedikit perbedaan, pada kelompok kontrol sebagian besar (64%) responden memiliki pendapatan lebih dari Rp

450.000,00, sedang pada kelompok intervensi adalah hanya 44% responden memiliki pendapatan lebih dari Rp 450.000,00.

c. Pendidikan

Pendidikan diidentifikasi berdasarkan tingkat pendidikan dasar/menengah dan pendidikan tinggi. Dari seluruh responden didapatkan sebagian besar (88%) berpendidikan dasar-menengah (SD, SLTP, SLTA), sedang sebagian kecil berpendidikan tinggi (12%). Proporsi pada kedua kelompok menunjukkan sebagian besar ibu berpendidikan dasar-menengah, yaitu sebesar 84% pada kelompok intervensi dan 92% pada kelompok kontrol.

d. Pengalaman Merawat Bayi Prematur

Pengalaman merawat bayi prematur diidentifikasi dari persalinan prematur sebelumnya, pengalaman mengikuti penyuluhan dari tenaga kesehatan, pengalaman dari orang lain atau yang didapatkan melalui media massa. Sebagian kecil (24%) responden menyatakan memiliki pengalaman untuk merawat bayi prematur, sedang sisanya (76%) menyatakan tidak memiliki pengalaman untuk merawat bayi prematur di rumah.

2. Kesiapan Ibu Merawat Bayi Prematur Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan “RINDU”

Kesiapan ibu merawat bayi prematur diidentifikasi dari pengetahuan, sikap dan keterampilan yang menunjukkan kemampuan merawat bayi prematur.

Pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu sebelum diberikan intervensi pendidikan kesehatan pada masing-masing kelompok dijelaskan dalam tabel berikut:

Tabel 5.2
Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Ibu Merawat Bayi Prematur
Sebelum Periode Intervensi Di Kediri
Bulan Mei-Juni 2009

Variabel	Intervensi (n=25)		Kontrol (n=25)	
	f	%	f	%
Pengetahuan				
Baik	0	0	2	8
Tidak Baik	25	100	23	92
Sikap				
Positif	5	20	5	20
Negatif	20	80	20	80
Keterampilan				
Terampil	0	0	0	0
Tidak Terampil	25	100	25	100
Kesiapan				
Siap	0	0	0	0
Tidak Siap	25	100	25	100

Sebelum diberikan pendidikan kesehatan didapatkan tidak ada ibu (0%) berpengetahuan baik pada kelompok intervensi, sedang pada kelompok kontrol didapatkan proporsi sebesar 8%. Proporsi ibu yang bersikap positif sebesar 20% pada masing-masing kelompok. Tidak didapatkan ibu yang terampil pada kedua kelompok, dan seluruh ibu tidak siap merawat bayi prematur di rumah sebelum periode intervensi.

3. Kesiapan Ibu Merawat Bayi Prematur Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan “RINDU”

Tabel 5.3
Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Ibu Merawat Bayi Prematur
Setelah Periode Intervensi Di Kediri
Bulan Mei-Juni 2009

Variabel	Intervensi (n=25)		Kontrol (n=25)	
	f	%	f	%
Pengetahuan				
Baik	23	92	4	16
Tidak Baik	2	8	21	84
Sikap				
Positif	20	80	9	36
Negatif	5	20	16	64
Keterampilan				
Terampil	25	100	0	0
Tidak Terampil	0	0	25	100
Kesiapan				
Siap	19	76	0	0
Tidak Siap	6	24	25	25

Setelah periode intervensi didapatkan proporsi ibu yang memiliki pengetahuan baik sebesar 92% pada kelompok intervensi, sedang pada kelompok kontrol sebesar 16%. Proporsi ibu yang memiliki sikap positif sebesar 80% pada kelompok intervensi dan 36% pada kelompok kontrol. Seluruh ibu pada kelompok intervensi menjadi terampil (100%), sedang pada kelompok kontrol seluruh ibu (100%) tetap tidak terampil. Tujuh puluh enam persen (76%) ibu pada kelompok intervensi siap merawat bayi prematur di rumah, sedang pada kelompok kontrol tidak didapatkan ibu yang siap merawat bayi prematur di rumah.

B. Analisis Bivariat

1. Uji Homogenitas

Uji homogenitas dilakukan untuk mengetahui kesetaraan kedua kelompok responden sebelum diberikan intervensi pendidikan kesehatan "RINDU".

Tabel 5.4
Uji Homogenitas Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum Diberikan Paket Pendidikan Kesehatan "RINDU" Di Kediri Bulan Mei-Juni 2009

Variabel	Intervensi		Kontrol		<i>p Value</i>
	f	%	f	%	
Umur					
< 25 th	11	44	11	44	1,000
≥ 25 th	14	56	14	56	
Pendapatan					
< Rp 450.000,00	14	56	10	40	0,396
≥ Rp 450.000,00	11	44	15	60	
Pendidikan					
Dasar-Menengah	21	84	23	92	0,667
Tinggi	4	16	2	8	
Pengalaman					
Tidak Berpengalaman	18	72	20	80	0,741
Berpengalaman	7	28	5	20	
Pengetahuan					
Tidak Baik	25	100	23	92	0,490
Baik	0	0	2	8	
Sikap					
Negatif	20	80	20	80	1,000
Positif	5	20	5	20	
Keterampilan					
Terampil	0	0	0	0	
Tidak Terampil	100	100	25	100	
Kesiapan					
Siap	0	0	0	0	
Tidak Siap	100	100	25	100	

Proporsi ibu yang berumur lebih dari 25 tahun sebesar 56% pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna umur ibu pada kedua kelompok responden

($p=1,000$; $\alpha=0,05$). Umur ibu pada kedua kelompok bersifat homogen atau setara.

Proporsi ibu yang memiliki pendapatan keluarga kurang dari Rp 450.000,00 sebesar 56% pada kelompok intervensi, sedang pada kelompok kontrol sebesar 40%. Analisis lebih lanjut didapatkan tidak ada perbedaan bermakna pendapatan keluarga pada kedua kelompok ($p=0,396$; $\alpha=0,05$). Pendapatan pada kedua kelompok responden bersifat homogen.

Tabel 5.4 menunjukkan adanya perbedaan proporsi pendidikan responden dari kedua kelompok, namun keduanya menunjukkan kecenderungan yang sama, yaitu sebagian besar responden memiliki pendidikan dasar dan menengah. Proporsi pendidikan dasar dan menengah pada kelompok kontrol adalah 92% dan pada kelompok intervensi sebesar 84%. Analisis dengan uji *chi-square* menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara pendidikan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi ($p=0,667$; $\alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa karakteristik pendidikan responden dari kelompok kontrol dan kelompok intervensi bersifat homogen.

Tabel 5.4 juga menunjukkan adanya perbedaan proporsi pengalaman responden dari kedua kelompok, namun keduanya menunjukkan kecenderungan yang sama, yaitu hanya sebagian kecil responden memiliki pengalaman merawat bayi prematur. Proporsi responden yang memiliki pengalaman merawat bayi prematur pada kelompok kontrol adalah 20% dan

pada kelompok intervensi sebesar 28%. Analisis dengan uji *chi-square* menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna antara pengalaman pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi ($p=0,741; \alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa karakteristik pengalaman responden merawat bayi prematur di rumah dari kelompok kontrol dan kelompok intervensi bersifat homogen.

Tidak didapatkan ibu berpengetahuan (0%) baik pada kelompok intervensi, sedang pada kelompok kontrol didapatkan proporsi sebesar 8%. Analisis lebih lanjut menunjukkan sebelum periode intervensi tidak ada perbedaan bermakna pengetahuan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0,490; \alpha=0,05$).

Sikap positif pada masing masing kelompok didapatkan proporsi yang sama, sebesar 20%. Analisis menunjukkan sikap pada kedua kelompok tidak ada perbedaan secara bermakna ($p=1,000; \alpha=0,05$). Sebelum periode intervensi sikap ibu pada kedua kelompok bersifat homogen.

Seluruh ibu pada kedua kelompok tidak terampil melakukan perawatan bayi prematur dan tidak siap merawat bayi prematur. Secara statistik tidak dapat dilakukan uji *chi-square* karena tidak didapatkan variasi kategori keterampilan dan kesiapan. Dari data dapat diketahui kecenderungan keterampilan dan kesiapan kedua kelompok adalah sama dalam kategori tidak terampil dan tidak siap (100%). Keterampilan dan kesiapan ibu sebelum periode intervensi bersifat homogen.

2. Perbedaan Kesiapan Ibu Sebelum (*Pre-test*) dan Sesudah (*Post-test*) Diberikan Pendidikan Kesehatan “RINDU”

Perbedaan kesiapan diidentifikasi dari perubahan pengetahuan, sikap, dan keterampilan antara kondisi *pre-test* dengan *post-test* pada masing-masing kelompok. Analisis perbedaan dilakukan dengan uji *McNemar*. Perubahan masing-masing variabel dijelaskan dalam tabel 5.5 dan 5.6.

Tabel 5.5
Perubahan Pengetahuan, Sikap, Keterampilan dan Kesiapan Ibu
Saat *Pre-Test* dan *Post-Test* Pada Kelompok Intervensi
di Kediri Bulan Mei-Juni 2009

<i>Pre-test</i> (n=25)	<i>Post-test</i> (n=25)				Total		<i>p value</i>
	Baik		Tidak Baik		f	%	
	f	%	f	%	f	%	
Pengetahuan							0,000
Baik	0	0	0	0	0	0	
Tidak Baik	23	92	2	18	25	100	
Total	23	92	2	18	25	100	
Sikap							0,000
Positif	5	20	0	0	5	20	
Negatif	15	60	5	20	20	80	
Total	20	80	5	20	25	100	
Keterampilan							0,000
Terampil	0	0	0	0	0	0	
Tidak Terampil	25	100	0	0	25	100	
Total	25	100	0	0	25	100	
Kesiapan							0,000
Siap	0	0	0	0	0	0	
Tidak Siap	19	76	6	24	25	100	
Total	19	76	6	24	25	100	

Tidak didapatkan ibu yang memiliki pengetahuan baik saat *pre-test* pada kelompok intervensi dan saat *post-test* didapatkan 92% memiliki pengetahuan baik. Analisis dengan uji *McNemar* pada kelompok intervensi menunjukkan ada perbedaan bermakna pengetahuan ibu sebelum dan sesudah periode intervensi ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Didapatkan proporsi ibu bersikap positif sebesar 20% *pre-test* dan 80% saat *post-test*. Analisis lebih lanjut didapatkan pada kelompok intervensi ada perbedaan bermakna sikap ibu sebelum dan sesudah periode intervensi ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Seluruh ibu (100%) tidak terampil saat *pre-test* dan menjadi terampil setelah *post-test*. Analisis lebih lanjut didapatkan ada perbedaan yang bermakna dari keterampilan ibu saat *pre-test* dan *post-test* ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Periode *pre-test* tidak didapatkan ibu yang siap merawat bayi prematur dan pada periode *post-test* didapatkan 76% ibu siap merawat bayi prematur. Didapatkan pada kelompok intervensi ada perbedaan bermakna kesiapan ibu sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan “RINDU” ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Tabel 5.6
Perubahan Pengetahuan, Sikap, Keterampilan dan Kesiapan Ibu
Saat *Pre-Test* dan *Post-Test* Pada Kelompok Kontrol
di Kediri Bulan Mei-Juni 2009

<i>Pre-test</i> (n=25)	<i>Post-test</i> (n=25)				Total		<i>p value</i>
	Baik		Tidak Baik				
	f	%	f	%	f	%	
Pengetahuan							0,625
Baik	1	4	1	4	2	8	
Tidak Baik	3	12	20	80	23	92	
Total	4	16	21	84	25	100	
Sikap							0,125
Positif	5	20	0	0	5	20	
Negatif	4	16	16	64	20	80	
Total	9	36	16	64	25	100	
Keterampilan							
Terampil	0	0	0	0	0	0	
Tidak Terampil	0	0	25	100	25	100	
Total	0	0	25	100	25	100	
Kesiapan							
Siap	0	0	0	0	0	0	
Tidak Siap	0	0	25	100	25	100	
Total	0	0	25	100	25	100	

Periode *pre-test* pada kelompok kontrol didapatkan 8% ibu berpengetahuan baik dan pada saat *post-test* didapatkan 16% ibu berpengetahuan baik. Hasil analisis menunjukkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan bermakna pengetahuan ibu sebelum dan sesudah intervensi ($p=0,625$ $\alpha=0,05$).

Sebesar 20% ibu bersikap positif pada saat *pre-test* dan 36% pada saat *post-test*. Berdasarkan uji *McNemar* didapatkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan bermakna sikap ibu sebelum dan sesudah periode intervensi ($p=0,125$ $\alpha=0,05$).

Seluruh ibu (100%) pada kelompok kontrol tidak terampil dan tidak siap merawat bayi prematur pada saat *pre-test*, kondisi yang sama ditemukan

pada saat *post-test*. Uji *McNemar* tidak dapat dilakukan karena data tidak bersifat dikotomik dan didapatkan nilai yang sama, namun dari data dapat diketahui tidak ada perubahan keterampilan dan kesiapan ibu sebelum dan setelah periode intervensi.

3. Perbedaan Kesiapan Ibu Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.7
Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Ibu setelah Periode Intervensi
Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
Di Kediri Mei-Juni 2009

Variabel	Intervensi		Kontrol		p Value
	f	%	f	%	
Pengetahuan					
Baik	23	92	4	16	0,000
Tidak Baik	2	18	21	84	
Jumlah	25	100	25	100	
Sikap					
Positif	20	80	9	36	0,004
Negatif	5	20	16	64	
Jumlah	25	100	25	100	
Keterampilan					
Terampil	25	100	0	0	0,000
Tidak Terampil	0	0	25	100	
Jumlah	25	100	25	100	

Setelah *post-test* didapatkan proporsi ibu berpengetahuan baik sebesar 92% pada kelompok intervensi dan 16% pada kelompok kontrol. Analisis dengan *chi-square* menunjukkan adanya perbedaan bermakna pengetahuan ibu setelah *post-test* antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Sikap positif didapatkan pada 80% ibu pada kelompok intervensi dan 36% ibu kelompok kontrol. Ada perbedaan bermakna sikap ibu setelah *post-test* antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p=0,004$; $\alpha=0,05$).

Seluruh ibu (100%) pada kelompok intervensi menjadi terampil sedang pada kelompok kontrol tidak didapatkan ibu (0%) yang terampil. Ada perbedaan bermakna keterampilan ibu pada saat *post-test* kedua kelompok ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Tabel 5.8
Perbedaan Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan serta Kesiapan Ibu Sesudah Diberikan Intervensi Pendidikan Kesehatan "RINDU" di Kediri Bulan Mei-Juni 2009

Variabel	Intervensi n=25		Kontrol n=25		p Value
	f	%	f	%	
Pengetahuan					
Meningkat	22	88	5	20	0,000
Tidak Meningkatkan	3	12	20	80	
Sikap					
Meningkat	19	76	11	44	0,043
Tidak Meningkatkan	6	24	14	56	
Keterampilan					
Meningkat	25	100	0	0	0,000
Tidak Meningkatkan	0	0	25	100	
Kesiapan					
Siap	19	76	0	0	
Tidak Siap	6	24	25	100	0,000

Pengaruh paket pendidikan kesehatan "RINDU" terhadap kesiapan ibu merawat bayi prematur di rumah juga diidentifikasi berdasarkan adanya peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan sesudah periode intervensi pada kedua kelompok. Analisis perbedaan peningkatan

pengetahuan, sikap, dan keterampilan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan uji *chi-square*.

Proporsi ibu yang mengalami peningkatan pengetahuan sebanyak 88% pada kelompok intervensi dan 20% pada kelompok kontrol. Analisis dengan *chi-square* menunjukkan adanya perbedaan bermakna proporsi ibu yang mengalami peningkatan pengetahuan pada kedua kelompok ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Proporsi ibu pada kelompok intervensi yang mengalami peningkatan sikap sebanyak 76%, sedang pada kelompok kontrol 44%. Ada perbedaan bermakna proporsi ibu yang mengalami peningkatan sikap pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0,043$; $\alpha=0,05$).

Proporsi ibu yang mengalami peningkatan keterampilan setelah periode intervensi sebesar 100% pada kelompok intervensi, sedang pada kelompok kontrol tidak didapatkan ibu yang mengalami peningkatan keterampilan. Ada perbedaan bermakna proporsi ibu yang mengalami peningkatan keterampilan pada kedua kelompok ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Pada *post-test* juga didapatkan 76% ibu pada kelompok intervensi siap merawat bayi prematur di rumah, sedang pada kelompok kontrol tidak didapatkan ibu yang siap merawat bayi prematur di rumah. Ada perbedaan bermakna proporsi ibu yang siap merawat bayi prematur sesudah diberikan pendidikan kesehatan "RINDU" pada kedua kelompok ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

4. Hubungan Karakteristik Responden dengan Kesiapan Ibu Merawat Bayi Prematur

a. Kesiapan

Tabel 5.9
Hubungan Karakteristik Responden dengan Kesiapan Setelah Periode Intervensi pada Ibu Bayi Prematur Di Kediri Mei-Juni 2009

Variabel	Kesiapan						<i>p-value</i>
	Siap		Tidak Siap		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Umur							
< 25 th	8	36,4	14	63,3	22	100	0,861
≥ 25 th	12	42,9	16	57,1	28	100	
Pendapatan							
< Rp 450.000,00	12	50	12	50	24	100	0,272
≥ Rp 450.000,00	8	30,8	18	69,2	26	100	
Pendidikan							
Dasar-Menengah	18	40,9	26	59,1	44	100	1,000
Tinggi	2	33,3	4	66,7	6	100	
Pengalaman							
Tidak Berpengalaman	14	36,8	24	63,2	38	100	0,636
Berpengalaman	6	50	6	50	12	100	

Didapatkan 36,4% ibu berumur kurang dari 25 tahun dan 42,9% ibu berumur lebih dari 25 tahun siap merawat bayi prematur setelah periode intervensi. Secara statistik tidak ada hubungan antara umur dengan kesiapan ibu merawat bayi prematur ($p= 0,861$; $\alpha=0,05$).

Sebanyak 50% ibu yang memiliki pendapatan kurang dari Rp 450.000,00 dan 30,8% ibu yang memiliki pendapatan lebih dari Rp 450.000,00 siap untuk merawat bayi prematur. Didapatkan tidak ada hubungan antara kesiapan untuk merawat bayi prematur dengan pendapatan keluarga ($p= 0,272$; $\alpha=0,05$).

Didapatkan 40,9% ibu berpendidikan dasar-menengah dan 33,3% ibu berpendidikan tinggi siap merawat bayi prematur. Didapatkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kesiapan ibu merawat bayi prematur ($p= 1,000$; $\alpha=0,05$).

Berdasarkan pengalaman merawat bayi prematur didapatkan proporsi ibu yang siap merawat bayi prematur sebesar 36,8% pada kelompok ibu yang tidak memiliki pengalaman, dan 50% pada kelompok ibu yang memiliki pengalaman. Didapatkan tidak ada hubungan antara kesiapan ibu merawat bayi prematur dengan pengalaman ($p= 0,636$; $\alpha=0,05$).

b. Pengetahuan

Tabel 5.10
Hubungan Karakteristik Responden dengan Pengetahuan
Setelah Periode Intervensi pada Ibu Bayi Prematur
Di Kediri Mei-Juni 2009

Variabel	Pengetahuan (n=50)						p-value
	Baik		Tidak Baik		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Umur							
< 25 th	10	45,5	12	54,5	22	100	0,430
\geq 25 th	17	60,7	11	39,3	28	100	
Pendapatan							
< Rp 450.000,00	13	54,2	11	45,8	24	100	1,000
\geq Rp 450.000,00	14	53,8	12	46,2	26	100	
Pendidikan							
Dasar-Menengah	22	50	22	50	44	100	0,199
Tinggi	5	83,3	1	16,7	6	100	
Pengalaman							
Tidak Berpengalaman	19	50	19	50	38	100	0,498
Berpengalaman	8	66,7	4	33,3	12	100	

Tabel 5.10 menunjukkan 45,5% ibu berumur kurang dari 25 tahun memiliki pengetahuan baik, sedang pada kelompok umur lebih dari 25

tahun didapatkan 60,7% ibu berpengetahuan baik. Analisis dengan *chi-square* menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna pengetahuan ibu pada kedua kelompok umur, sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara umur dengan pengetahuan ibu ($p=0,430$; $\alpha=0,05$).

Didapatkan 54,2% ibu pada kelompok pendapatan kurang dari Rp 450.000,00 memiliki pengetahuan baik dan 53,8% ibu pada kelompok pendapatan lebih dari Rp 450.000,00 memiliki pengetahuan baik. Proporsi pada kedua kelompok tidak jauh berbeda, dan secara statistik tidak ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan pendapatan ($p=1,000$; $\alpha=0,05$).

Sebesar 50% ibu berpendidikan dasar-menengah memiliki pengetahuan baik tentang perawatan bayi prematur dan pada kelompok pendidikan tinggi didapatkan 83,3% ibu memiliki pengetahuan baik. Walaupun tampak ada perbedaan proporsi, namun secara statistik didapatkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan ibu merawat bayi prematur ($p=0,199$; $\alpha=0,05$).

Berdasarkan pengalaman merawat bayi prematur didapatkan proporsi ibu berpengetahuan baik sebesar 50% pada kelompok ibu yang tidak memiliki pengalaman, dan 66,7% pada kelompok ibu yang memiliki pengalaman. Didapatkan tidak ada hubungan antara pengalaman dengan pengetahuan ibu merawat bayi prematur ($p= 0,498$; $\alpha=0,05$).

c. Sikap

Tabel 5.11
 Hubungan Karakteristik Responden dengan Sikap
 Setelah Periode Intervensi pada Ibu Bayi Prematur
 Di Kediri Mei-Juni 2009

Variabel	Sikap (n=50)						p-value
	Positif		Negatif		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Umur							
< 25 th	12	54,5	10	45,5	22	100	0,881
≥ 25 th	17	60,7	11	39,3	28	100	
Pendapatan							
< Rp 450.000,00	16	66,7	8	33,3	24	100	0,365
≥ Rp 450.000,00	13	50	13	50	26	100	
Pendidikan							
Dasar-Menengah	26	59,1	18	40,9	44	100	0,686
Tinggi	3	50	3	50	6	100	
Pengalaman							
Tidak Berpengalaman	21	55,3	17	44,7	38	100	0,717
Berpengalaman	8	66,7	4	33,3	12	100	

Didapatkan 54,5% ibu berumur kurang dari 25 tahun dan 60,7% ibu berumur lebih dari 25 tahun memiliki sikap positif setelah periode intervensi. Secara statistik tidak ada hubungan antara umur dengan sikap ibu merawat bayi prematur ($p= 0,881$; $\alpha=0,05$).

Sebanyak 66,7% ibu yang memiliki pendapatan kurang dari Rp 450.000,00 dan 50% ibu yang memiliki pendapatan lebih dari Rp 450.000,00 bersikap positif untuk merawat bayi prematur. Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan antara sikap ibu dengan pendapatan keluarga ($p= 0,365$; $\alpha=0,05$).

Didapatkan 59,1% ibu berpendidikan dasar-menengah dan 50% ibu berpendidikan tinggi memiliki sikap positif. Didapatkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan sikap ibu merawat bayi prematur ($p= 0,686$; $\alpha=0,05$).

Berdasarkan pengalaman merawat bayi prematur didapatkan proporsi ibu bersikap positif sebesar 55,3% pada kelompok ibu yang tidak memiliki pengalaman, dan 66,7% pada kelompok ibu yang memiliki pengalaman. Didapatkan tidak ada hubungan antara pengalaman dengan sikap ibu merawat bayi prematur ($p= 0,717$; $\alpha=0,05$).

d. Keterampilan

Tabel 5.12
Hubungan Karakteristik Responden dengan Keterampilan
Setelah Periode Intervensi pada Ibu Bayi Prematur
Di Kediri Mei-Juni 2009

Variabel	Keterampilan				Total		<i>p-value</i>
	Terampil		Tidak Terampil				
	f	%	f	%	f	%	
Umur							
< 25 th	11	50	11	50	22	100	1,000
≥ 25 th	14	50	14	50	28	100	
Pendapatan							
< Rp 450.000,00	14	58,3	10	41,7	24	100	0,396
≥ Rp 450.000,00	11	42,3	15	57,7	26	100	
Pendidikan							
Dasar-Menengah	21	47,7	23	52,3	44	100	0,667
Tinggi	4	66,7	2	33,3	6	100	
Pengalaman							
Tidak Berpengalaman	18	47,4	20	52,6	38	100	0,741
Berpengalaman	7	58,3	5	41,7	12	100	

Tabel 5.12 menunjukkan 50% ibu berumur kurang dari 25 tahun dan 50% ibu berumur lebih dari 25 tahun memiliki keterampilan baik. Analisis dengan *chi-square* menunjukkan tidak ada hubungan keterampilan dengan umur ibu ($p=1,000$; $\alpha=0,05$).

Didapatkan 58,3% ibu pada kelompok pendapatan kurang dari Rp 450.000,00 memiliki keterampilan merawat bayi prematur dan 42,8% ibu pada kelompok pendapatan lebih dari Rp 450.000,00 memiliki keterampilan baik. Proporsi pada kedua kelompok tidak jauh berbeda, dan secara statistik tidak ada hubungan keterampilan dengan pendapatan pada kedua kelompok ($p=0,396$; $\alpha=0,05$).

Sebesar 47,7% ibu berpendidikan dasar-menengah terampil merawat bayi prematur dan pada kelompok pendidikan tinggi didapatkan 66,7% ibu memiliki keterampilan. Secara statistik didapatkan tidak ada hubungan pendidikan dengan keterampilan ibu merawat bayi prematur ($p=0,667$; $\alpha=0,05$).

Berdasarkan pengalaman merawat bayi prematur didapatkan proporsi ibu yang terampil sebesar 47,4% pada kelompok ibu yang tidak memiliki pengalaman, dan 58,3% pada kelompok ibu yang memiliki pengalaman. Didapatkan tidak ada hubungan antara pengalaman dengan keterampilan ibu merawat bayi prematur ($p=0,741$; $\alpha=0,05$).

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Ibu yang melahirkan bayi prematur di Kediri selama bulan Mei sampai dengan Juni 2009 sebagian besar (56%) berumur lebih dari 25 tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan yang diperoleh Kaaresen, et al. (2006) di Norwegia, didapatkan rata-rata umur ibu yang melahirkan bayi prematur adalah usia 30,7 tahun dengan standar deviasi 4,8. Penelitian yang dilakukan McCormick, et al. (2008) di California juga menunjukkan umur rata-rata ibu yang melahirkan bayi prematur adalah 31,5 tahun dengan standar deviasi 7,5.

Umur bukanlah penyebab tunggal terjadinya persalinan prematur. Risiko melahirkan prematur pada umumnya didapatkan pada ibu berusia lebih dari 25 tahun dengan berbagai faktor penyebab. Hal ini tidak menutup kemungkinan terjadinya persalinan prematur pada ibu berumur kurang dari 25 tahun.

Umur ibu berpotensi mempengaruhi perilaku sehat ibu, namun hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, keterampilan, dan

kesiapan ibu merawat bayi prematur tidak berhubungan dengan umur ($p>0,05$). Hasil ini mendukung penelitian sebelumnya yang dilakukan Priscilla (2006) di Padang, bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan perilaku pemberian ASI 10 jam setelah melahirkan ($p=0,882$).

Hasil yang berbeda didapatkan Muthmainnah (2006) di Jambi, ada hubungan bermakna antara umur ibu dengan perilaku merawat bayi. Perbedaan hasil penelitian ini dimungkinkan karena masing-masing peneliti membuat alat pengumpul data yang berbeda-beda, dengan indikator pencapaian pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang belum distandarkan. Perlu dibuat alat pengumpul data baku yang dapat digunakan secara general untuk menilai pengetahuan, sikap, dan keterampilan. Perlu dikaji lebih lanjut hubungan umur dengan pendidikan, sikap, dan perilaku secara umum.

b. Pedapatan Keluarga

Pendapatan rata-rata keluarga dari ibu bayi prematur di Kediri sebesar Rp 450.000,00 per bulan. Angka ini berada di bawah UMR di Kediri sebesar Rp 750.000,00 per bulan. Proporsi ibu yang memiliki pendapatan lebih dari Rp 450.000,00 sedikit lebih besar (52%) dibandingkan dengan ibu yang memiliki pendapatan kurang dari Rp 450.000,00 (48%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, keterampilan, dan kesiapan ibu merawat bayi prematur tidak berhubungan dengan

pendapatan ($p > 0,05$). Pendapatan lebih berkaitan dengan risiko kelahiran prematur.

Pendapatan keluarga mempengaruhi daya beli, termasuk keterjangkauan pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi. Salah satu faktor yang diduga kuat mempengaruhi kelahiran prematur adalah rendahnya gizi ibu selama hamil. Asupan gizi yang kurang selama kehamilan dapat mengancam kelangsungan pertumbuhan janin. Keterbatasan nutrisi pada saat terjadinya proses pematangan janin dapat berakibat pada kelahiran prematur (Andonotopo & Arifin, 2008).

Studi kasus di Iraq yang dilakukan Al-Dabbagh dan Al-Tae (2006) tentang faktor risiko kelahiran prematur didapatkan kelompok sosial ekonomi rendah berisiko 2,6 kali melahirkan bayi prematur dibandingkan kelompok sosial ekonomi tinggi dan menengah. Frekuensi konsumsi daging digunakan oleh Al-Dabbagh dan Al-Tae sebagai satu indikator status nutrisi pada wanita hamil dalam studinya. Asupan gizi yang kurang baik, diet rendah daging memberikan risiko 4,33 kali untuk melahirkan bayi prematur (Al-Dabbagh & Al-Tae, 2006).

c. Pendidikan

Sebagian besar ibu bayi prematur di Kediri (88%) memiliki pendidikan dasar hingga menengah (SD, SLTP, SLTA), sedang ibu yang memiliki pendidikan tinggi hanya 12%.

Pendidikan lebih tinggi akan memberikan pengetahuan lebih besar, sehingga menghasilkan kebiasaan mempertahankan kesehatan lebih baik. Ketika menyadari masalah kesehatan, mereka yang berpengetahuan akan cenderung mencari pertolongan secepatnya untuk mengatasi masalah (Redman, 1993 dalam Potter & Perry, 2006).

Penelitian yang dilakukan Muthmainnah (2006) menunjukkan perilaku merawat bayi pada ibu berpendidikan tinggi berbeda secara bermakna dengan perilaku ibu berpendidikan rendah ($p=0,018$). Penelitian ini menunjukkan hasil yang berbeda, bahwa pengetahuan, sikap, keterampilan, dan kesiapan ibu merawat bayi prematur tidak dipengaruhi oleh pendidikan ($p>0,05$). Dalam penelitian Muthmainnah pendidikan dikategorikan dalam pendidikan rendah (SD, SMP) dan pendidikan tinggi (SMA dan perguruan tinggi), sedang peneliti membedakan pendidikan dasar-menengah (SD, SLTP, dan SLTA) dan pendidikan tinggi (diploma dan sarjana). Perbedaan kategori ini memungkinkan perbedaan proporsi hasil penelitian, dan penarikan kesimpulan.

d. Pengalaman

Sebagian kecil (24%) responden menyatakan memiliki pengalaman untuk merawat bayi prematur, sedang sisanya (76%) menyatakan tidak memiliki pengalaman untuk merawat bayi prematur di rumah. Pengalaman merawat bayi prematur dikaji dari persalinan sebelumnya atau pernah mendapatkan informasi tentang perawatan bayi prematur yang diperoleh dari orang lain atau melalui media massa.

Orangtua yang telah memiliki pengalaman merawat bayi sebelumnya akan lebih siap menjalankan peran pengasuhan. Orangtua dengan anak pertama dan belum memiliki pengalaman dalam mengasuh anak akan cenderung terlalu melindungi anak (Supartini, 2004).

Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan, sikap, keterampilan, dan kesiapan ibu merawat bayi prematur tidak berhubungan dengan pengalaman ($p > 0,05$). Hasil ini seolah-olah bertentangan dengan teori, namun dalam penelitian ini penggalan data pengalaman bersifat subyektif dari pengakuan responden.

Berdasarkan hasil pengisian kuesioner didapatkan dari 12 ibu yang menyatakan memiliki pengalaman merawat bayi prematur hanya 1 orang yang benar-benar pernah melahirkan dan merawat bayi prematur. Ibu yang lain menyatakan pengalaman berupa informasi dari orang lain yang pernah merawat bayi prematur atau melihat tetangga yang merawat bayi prematur. Ditinjau dari hasil *pre-test* meskipun didapatkan responden yang menyatakan memiliki pengalaman merawat bayi prematur namun mereka tidak menunjukkan kemampuan melakukan keterampilan merawat bayi prematur. Responden yang menyatakan memiliki pengalaman, secara obyektif tidak dapat menunjukkan pengalamannya merawat bayi prematur.

2. Perbedaan Pengetahuan Ibu Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi Pendidikan Kesehatan "RINDU"

Didapatkan 88% ibu pada kelompok intervensi, dan 20% pada kelompok kontrol mengalami peningkatan pengetahuan setelah diberikan intervensi pendidikan kesehatan "RINDU". Proporsi ini menunjukkan adanya perbedaan bermakna peningkatan pengetahuan ibu pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Pendidikan kesehatan merupakan aktifitas pembelajaran yang dirancang oleh perawat sesuai kebutuhan klien. Pencapaian tujuan pendidikan kesehatan akan lebih mudah dengan penggunaan alat bantu dan peraga yang sesuai dan dapat meningkatkan kemudahan penerimaan informasi. Menurut Nies dan McEwen (2001) penggunaan alat bantu berupa tulisan akan lebih menghasilkan peningkatan pengetahuan daripada dengan kata-kata.

Paket pendidikan kesehatan "RINDU" dilakukan dengan menggunakan alat bantu berupa *booklet* dan alat peraga. Pemilihan alat bantu dilakukan dengan tujuan membantu penggunaan indera sebanyak-banyaknya. Menurut Notoatmodjo (2003a) kurang lebih 75% dari pengetahuan manusia diperoleh melalui mata, sedang sisanya melalui indera yang lain. Dengan penggunaan *booklet* dan alat peraga, informasi yang disampaikan melalui mata lebih banyak, sehingga informasi akan lebih mudah diterima oleh ibu sebagai peserta didik.

Penggunaan media pembelajaran visual berupa *booklet*, poster, *leaflet* telah banyak dilakukan dalam pendidikan kesehatan dan menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan. Penelitian yang dilakukan Mintarsih (2007) di Tasikmalaya menunjukkan bahwa setelah diberi perlakuan pendidikan kesehatan menggunakan media *booklet* dan poster, pengetahuan dan sikap kelompok intervensi meningkat secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($p < 0,05$).

Muthmainnah (2006) mendapatkan peningkatan pengetahuan ibu dengan melakukan pendidikan kesehatan tentang perawatan bayi. Penelitian lain yang dilakukan Utami (2008) yang menggunakan metode ceramah, tanya jawab dan demonstrasi mendapatkan peningkatan proporsi ibu berpengetahuan baik sebesar 33,04% dari kondisi sebelumnya ($p = 0,010$).

Hasil penelitian mendukung penelitian sebelumnya yang dilakukan Ahmed (2008) di Mesir, yang menjelaskan program pendidikan kesehatan efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu bayi prematur untuk menyusui. Dalam penelitiannya Ahmed mendapatkan kelompok ibu yang diberikan intervensi pendidikan kesehatan mengalami peningkatan pengetahuan secara bermakna berbeda dengan kelompok kontrol ($p = 0,041$).

Hasil penelitian juga mendukung penelitian Bang, et. al (2005) tentang pendidikan kesehatan dengan "*home-based neonatal care*" telah meningkatkan proporsi ibu berpengetahuan baik sebesar 78,7% dan sikap ibu sebesar 69,7%.

Berdasarkan hasil penelitian, maka paket pendidikan kesehatan "RINDU" dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan mandiri, untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang perawatan bayi prematur di rumah.

3. Perbedaan Sikap Ibu Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi Pendidikan Kesehatan "RINDU"

Setelah mendapatkan paket pendidikan kesehatan "RINDU", didapatkan 76% ibu pada kelompok intervensi memiliki sikap positif. Perubahan sikap juga ditemukan pada 44% ibu dalam kelompok kontrol. Namun, didapatkan ada perbedaan yang bermakna peningkatan sikap pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0,043$; $\alpha=0,05$).

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan Mintarsih (2007) di Tasikmalaya, yang menunjukkan bahwa setelah diberi pendidikan kesehatan, pengetahuan dan sikap kelompok intervensi meningkat secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($p<0,05$).

Proses perubahan sikap hampir selalu dipusatkan pada cara-cara memanipulasi atau meniadakan situasi dan lingkungan untuk menghasilkan perubahan sikap yang dikehendaki (Azwar, 2003). Paket pendidikan kesehatan "RINDU" memberikan informasi tentang interaksi ibu dengan bayi prematur, respon yang sesuai dengan sinyal bayi, dan kewaspadaan ibu terhadap tanda bahaya. Informasi ini selain dapat meningkatkan pengetahuan, juga dapat mempengaruhi pembentukan sikap yang lebih positif terhadap perawatan bayi prematur.

4. Perbedaan Keterampilan Ibu Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi Pendidikan Kesehatan "RINDU"

Keterampilan ibu dalam penelitian ini meliputi pengukuran suhu tubuh bayi, pemberian ASI, memandikan, dan perawatan metode kanguru untuk bayi pematurn. Hasil analisis menunjukkan seluruh ibu pada kelompok intervensi mengalami peningkatan keterampilan, sedang seluruh ibu pada kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan keterampilan ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Muthmainnah (2006), yang mendapatkan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan kepada ibu pada hari kedua dan ketiga setelah melahirkan dapat meningkatkan secara efektif pengetahuan dan perilaku ibu merawat bayi sehat di Jambi ($p<0,05$).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Ahmed (2008) di Cairo, bahwa program pendidikan dapat meningkatkan keterampilan ibu dalam melakukan pemerasan ASI, dan 80% ibu berhasil memberikan ASI eksklusif.

Paket pendidikan kesehatan "RINDU" memberikan kesempatan kepada ibu untuk melatih keterampilan merawat bayi prematur. Pelaksanaan pendidikan kesehatan pada hari ke dua dan ke tiga efektif meningkatkan keterampilan ibu, meskipun keterampilan masih berupa praktik dengan menggunakan *phantoom*.

5. Pengaruh Paket Pendidikan Kesehatan "RINDU" terhadap Kesiapan Ibu Merawat Bayi Prematur di Rumah

Sebelum diberikan paket pendidikan kesehatan "RINDU" ibu pada kelompok intervensi maupun kontrol memiliki persamaan karakteristik. Kondisi pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu pun bersifat homogen. Setelah diberikan pendidikan kesehatan, didapatkan 64% ibu pada kelompok intervensi siap merawat bayi prematur, sedang pada kelompok kontrol tidak didapatkan ibu yang siap merawat bayi prematur ($p=0,00$).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wibowo (2009) yang mengidentifikasi perbedaan metode demonstrasi dan belajar mandiri tentang sikap dan pengetahuan ibu di Kebumen. Wibowo mendapatkan bahwa metode ceramah dan demonstrasi lebih efektif dibandingkan metode belajar mandiri dengan modul pendidikan kesehatan ($p=0,000$).

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan Tram, et al. (2003) di Vietnam tentang pengaruh pendidikan kesehatan kepada ibu terhadap pengetahuan, sikap dan praktik ibu. Tram mendapatkan adanya perubahan bermakna pengetahuan ibu sebelum dan sesudah diberikan intervensi ($p<0,05$).

Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian Bang et.al (2005) di Gadchiroli, India yang menyatakan bahwa pendidikan kesehatan dengan

”*home-based neonatal care*” dapat menurunkan morbiditas neonatal hingga mencapai setengahnya.

Perubahan pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu setelah periode intervensi diasumsikan sebagai akibat pemberian pendidikan kesehatan ”RINDU”. Dengan demikian paket pendidikan kesehatan ”RINDU” efektif digunakan untuk mempersiapkan ibu mampu merawat bayi prematur di rumah, didukung adanya indikasi peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu.

B. Keterbatasan Penelitian

1. Alat Pengumpul Data Penelitian

Daftar tilik yang digunakan sebagai pedoman observasi disarikan dari WHO.

Daftar tilik meliputi pedoman observasi keterampilan mengukur suhu, menetek, memandikan, dan melakukan perawatan metode kanguru pada bayi prematur. Uji coba *interrater reliability* hanya dilakukan pada instrumen menetek, sedang instrumen lain langsung digunakan tanpa dilakukan uji coba terlebih dahulu.

2. Pelaksanaan Pengumpulan Data

Peneliti terlibat dalam kegiatan observasi keterampilan pada kelompok kontrol. Keterlibatan peneliti dapat menimbulkan bias, karena adanya unsur subyektifitas dari peneliti.

3. Pelaksanaan *Post-Test*

Perubahan pengetahuan, sikap dan keterampilan memerlukan proses belajar dan berubah dalam waktu yang tidak singkat untuk dapat benar-benar diadopsi oleh seseorang. *Post-test* yang dilaksanakan satu hari setelah intervensi memungkinkan belum tercapainya proses perubahan. Keterampilan yang diharapkan adalah keterampilan secara nyata yang dapat ditampilkan ibu untuk merawat bayi prematur, namun dalam penelitian ini keterampilan ibu masih dinilai berdasarkan praktik dengan menggunakan *panthoom*.

C. Implikasi Hasil Penelitian dalam Pelayanan Keperawatan

Paket pendidikan kesehatan "RINDU" dapat dikembangkan dan diterapkan sebagai intervensi keperawatan mandiri yang dapat dilakukan oleh perawat. Paket pendidikan "RINDU" memberikan dampak positif bagi ibu dengan adanya peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan guna mendukung kesiapan ibu untuk merawat bayi prematur di rumah.

Intervensi keperawatan secara mandiri, termasuk pemberian pendidikan kesehatan dapat dilakukan dan dikembangkan dalam pendidikan keperawatan guna memperoleh peningkatan kualitas pelayanan keperawatan secara komprehensif. Berbagai metode yang dapat mendukung peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan dapat digunakan untuk mempermudah penyampaian dan penerimaan informasi dalam pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan "RINDU" memberikan kesempatan kepada ibu untuk berpartisipasi dan melakukan peran maternal sebagai ibu bayi prematur, segera setelah melahirkan. Keterlibatan ibu sejak awal akan membantu kesiapan ibu merawat

bayi prematur dengan mendapatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang mendukung perawatan bayi prematur di rumah.

Pendidikan kesehatan "RINDU" dapat diberikan kepada mahasiswa keperawatan dalam bentuk teori maupun praktik sehingga mendukung pemberian asuhan keperawatan untuk ibu bayi prematur secara komprehensif. Pemberian pendidikan kesehatan memberikan kesempatan kepada mahasiswa keperawatan untuk berlatih menyampaikan informasi secara komunikatif dan mendemonstrasikan keterampilan perawatan bayi prematur.

Pendidikan kesehatan "RINDU" merupakan pendidikan kesehatan yang diberikan untuk mendukung pencapaian peran maternal tahap formal. Pencapaian peran maternal pada tahap sebelumnya (tahap antisipasi) dan sesudahnya (tahap informal dan personal) memungkinkan untuk dilakukan penelitian.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

1. Sebagian besar bayi prematur dilahirkan oleh ibu yang berusia lebih dari 25 tahun (56%), berpendidikan dasar dan menengah (88%), tidak punya pengalaman merawat bayi prematur (76%), dan pendapatan lebih dari Rp 450.000,00 (52%).
2. Sebelum diberikan pendidikan kesehatan “RINDU” didapatkan pada kelompok intervensi seluruh ibu berpengetahuan tidak baik, tidak terampil, dan tidak siap merawat bayi prematur di rumah. Terdapat sebagian kecil ibu (20%) bersikap positif untuk merawat bayi prematur di rumah. Pada kelompok kontrol seluruh ibu tidak terampil dan tidak siap merawat bayi prematur di rumah, namun didapatkan 20% ibu bersikap positif dan 8% berpengetahuan baik.
3. Setelah diberikan pendidikan kesehatan “RINDU” didapatkan pada kelompok intervensi proporsi ibu berpengetahuan baik sebesar 92% dari 0% saat *pre-test*, sikap positif 80% dari 20%, keterampilan 100% dari 0%. Peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu pada kelompok intervensi berbeda secara bermakna dari kelompok kontrol.
4. Proporsi ibu yang siap merawat bayi prematur meningkat sebesar 76% setelah diberikan pendidikan kesehatan “RINDU”.

5. Kesiapan ibu merawat bayi prematur tidak berhubungan dengan karakteristik umur, pendidikan, pengalaman, dan pendapatan keluarga.

B. SARAN

1. Bagi Pelayanan Keperawatan

- a. Meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan sebagai salah satu intervensi mandiri keperawatan melalui pelatihan komunikasi terapeutik.
- b. Memberikan hak dan kesempatan yang lebih besar kepada ibu untuk mendapatkan informasi dan dilibatkan dalam perawatan bayi prematur.

2. Bagi Praktisi Perawat Spesialis Anak

- a. Perawat dapat menerapkan paket pendidikan kesehatan “RINDU” untuk meningkatkan kesiapan ibu merawat bayi prematur dengan pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang lebih baik.
- b. Perawat perlu meningkatkan pengembangan metode pendidikan kesehatan yang efektif untuk meningkatkan kesiapan ibu.

3. Bagi Ibu Bayi Prematur

- a. Ibu bayi prematur hendaknya mencari informasi yang benar tentang perawatan bayi prematur di rumah, dan berkonsultasi dengan petugas kesehatan yang berwenang.
- b. Ibu dapat melakukan perawatan bayi prematur di rumah dengan memberikan ASI secara benar, mengontrol suhu tubuh bayi, memandikan,

dan melakukan perawatan metode kanguru secara mandiri dan percaya diri.

- c. Ibu segera berusaha mendapatkan pertolongan kesehatan jika bayi prematur menunjukkan tanda bahaya.

4. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini masih memiliki keterbatasan dalam hal penyusunan alat pengumpul data, oleh karena itu peneliti menyarankan untuk membuat alat pengumpul data yang lebih valid dan reliabel, khususnya untuk daftar tilik yang digunakan sebagai pedoman observasi keterampilan ibu. Keakuratan data observasi akan dipengaruhi oleh subyektifitas pihak yang berkepentingan, dalam hal ini peneliti yang terlibat langsung dalam kegiatan observasi. Peneliti menyarankan untuk penelitian serupa hendaknya lebih banyak melibatkan observer sehingga peneliti tidak terlibat secara langsung dalam kegiatan observasi, hal ini untuk menghindari bias hasil observasi.

Pelaksanaan *post-test* jika memungkinkan dilakukan secara berulang dengan rentang waktu yang lebih panjang, sehingga responden memiliki kesempatan lebih banyak menyerap informasi yang disampaikan, dan dapat mengaplikasikan keterampilan secara langsung kepada bayi prematur. Penelitian yang telah dilakukan adalah pencapaian peran maternal pada tahap formal. Penelitian dapat ditindaklanjuti untuk pencapaian peran maternal tahap antisipasi, informal, atau personal.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriati, Y.M. (2006). Hubungan pengetahuan dan sikap ibu tentang perawatan bayi lahir prematur setelah keluar dari rumah sakit dengan frekuensi terjadinya sakit. *Abstrak*. Tidak diterbitkan. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Ahmed, A.H. (2008). Breastfeeding preterm infant: an educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. *Pediatric Nursing*. 34(2), 125-130.
- Al-Dabbagh, S.A., & Al-Tae, W.Y. (2006). Risk factors for pre-term birth in Iraq: a case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 6(13), 1-7.
- Andonotopo, W., & Arifin, M.T. (2008). *Kurang gizi pada ibu hamil ancaman pada janin*. <http://www.hahalguide.info> diperoleh 3Mei 2009.
- Angelini D. J., & Blackburn S. (1998). Selected topics in perinatal and neonatal nursing, *Perinatal and neonatal nursing*. 12(2), 23-28.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Azwar, S. (2003). *Sikap manusia, teori dan pengukurannya*. Edisi 2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2007). *Laporan pencapaian millennium development goals Indonesia*. Jakarta: Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan nasional.
- Behrman, R.E., Kliegman, R. & Arvin, A.M. (2000). *Ilmu kesehatan anak Nelson*. Volume 1E/15. Alih Bahasa: Wahab, A.S. Jakarta: EGC.
- Bang, A.T., Bang, R. A., Reddy, H. M., Deshmukh, M. D., & Baitule, S. B. (2005). Reduced incidence of neonatal morbidities: effect of home-based neonatal care in rural Gadchiroli, India. *Journal of Perinatology*, 25, S51-S61.
- Berns, S.D, Boyle M.D, Propper, B, & Gooding, J.S. (2007). Result of the premature birth national need-gap study. *Journal of Perinatology*, 27(1), S38-S44.
- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., & Jensen, M.D. (2005). *Buku ajar keperawatan maternitas*. Alih bahasa Maria A. Wijayarini & Peter I. Anugerah. Jakarta: EGC.
- Browne, J.V. & Talmi, A. (2005). Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 667-677.

- Committee on Fetus & Newborn. (1998). Hospital discharge of the high risk neonates – proposed guidelines. *Pediatrics*, 102(2), 411 – 417.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Hidayat, A.A.A. (2008). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Indriasari, L (2007). *Merawat bayi prematur di rumah*. <http://www.jurnalnet.com> diperoleh 14 Februari 2009.
- Jackson, D. (2008). *Cara berbicara dengan bayi*. Alih bahasa: Hamid, A. Yogyakarta: Think.
- Kaarensen, P.I., Ronning, J.A., Ulvund, S.E., & Dahl, L.B. (2006). A randomized controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118(1), 9 – 19.
- Korja, et.al. (2008). Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infant. *Epub* 97(6), 30.
- Lahood, A. & Bryant, C.A. (2007). Outpatient care of the premature infant. *American Academy of Family Physician*, 76(8), 64-69.
- Latipun. (2005). *Psikologi konseling*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang
- Madu, S.N. & Roos, J.J. (2006). *Depression among mother with preterm infant and their stress-coping strategies*. <http://findarticles.com> diperoleh 14 Februari 2009.
- Marnoto, W. (2002). Peberian ASI pada bayi berat lahir rendah. *Perawatan bayi berat lahir rendah dengan metode kanguru*. Jakarta: Perinasia.
- McCormick, M.C., Escobar, G.J., Zheng, Z., & Richardson, D.K. (2008). Factors influencing parental satisfaction with neonatal intensive care among the families of moderately premature infants. *Pediatrics*, 121(6), 1111 – 1118.
- McKim, E.M. (1993). *The difficult first week at home with a premature infant*. <http://www3.interscience.wiley.com> diperoleh 14 Februari 2009.
- Melnyk, et. al. (2008). Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: Explanatory effect of the Creating Opportunities for Parent Empowerment Program. *Nursing Research* 57(6), 383-394.
- Mintarsih, W. (2007). *Pendidikan kesehatan menggunakan booklet dan poster dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi di Kabupaten Tasikmalaya*. Sekolah Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Tesis.

- Muthmainnah, M. (2006). *Efektifitas pendidikan kesehatan pada periode awal pos partum dengan metode CPDL terhadap kemampuan ibu primipara merawat bayi di propinsi Jambi*. Program Pascasarjana FIK UI. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Nies, M.A., & McEwen, M. (2001). *Community health nursing: Promoting the health of population* (3rd ed.), USA: W.B. Saunders Company.
- Notoatmodjo, S. (2003a). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2003b). *Ilmu kesehatan masyarakat: Prinsip-prinsip dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian pedoman skripsi, tesis dan instrument penelitian keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, A. P., & Perry, G. A. (2006). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Volume 2. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Preyde, M. & Ardal, F. (2003). Effectiveness of a parent “buddy” program for mothers of very preterm infant in a neonatal intensive care unit. *CMAJ* 168(8), 969 – 973.
- Pricilla, V. (2006). *Hubungan gambaran diri dan ideal diri ibu primigravida dengan perilaku pemberian ASI 10 jam setelah melahirkan di wilayah kota Padang*. Program Pascasarjana FIK UI. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan R.I. (2006). *Promosi kesehatan untuk politeknik/D3 kesehatan*. Modul dan materi. Jakarta: Depkes R.I.
- Rudolph, A.M., Hoffman, J.I.E., & Rudolph, C.D. (2006). *Buku ajar pediatri Rudolph*. Volume 1. Alih bahasa: Wahab, S.A., Trastatenojo, M., Pendit, B.U., Prasetyo, A., & Sugiarto. Jakarta: EGC.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi 2. Jakarta: Sagung Seto.
- Sidi, I.P.S. (2002). Komunikasi metode kanguru. *Perawatan bayi berat lahir rendah dengan metode kanguru*. Jakarta: Perinasia.
- Suliha, U., Herawani, Sumiati, & Resnayati, Y. (2002). *Pendidikan kesehatan dalam keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk keperawatan*. Jakarta: EGC
- Supartini, Y. (2004). *Buku ajar konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC.

- Suradi, R. & Yanuarso, P.B. (2002). Metode kanguru sebagai pengganti inkubator untuk bayi berat lahir rendah. *Perawatan bayi berat lahir rendah dengan metode kanguru*. Jakarta: Perinasia.
- Tallandini, M.A. & Scalembra, C. (2006). Kangaroo mother care and mother-premature infant diadyc interaction. *Infant Mental Health Journal* 27(3), 251-275.
- Tim Pascasarjana FIK-UI. (2008). *Pedoman penulisan tesis*. Jakarta: Tidak dipublikasikan.
- Tim Penyusun kamus pusat Bahasa. (2002). *Kamus besar bahasa Indonesia*. Edisi III. Jakarta: Balai Pustaka.
- Tinggi, kelahiran bayi prematur di Indonesia. *Kompas*. Kamis, 13 November 2008. <http://www.kompas.com/read/xml/2008> diperoleh tanggal 26 Maret 2009.
- Trachtenbarg, D.E. & Golemon, T.B. (1998). Care of the premature infant: part 1 Monitoring growth and development. *American Academy of Family Physician* 57(9), 21-28.
- Tram, T.T., Anh, N.T.N., Hung, N.T., Lan, N.T., Cam, L.T., Chuong, N.P., et al. (2003). The impact of health education on mother's knowledge, attitude and practice (KAP) of Dengue Haemorrhagic Fever. *Dengue Bulletin* 27, 174-180.
- Tomme, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorist and their work*. Sixth edition. Philadelphia: Mosby Company.
- Utami, S. (2008). *Pengaruh metode pelatihan terhadap kemampuan ibu dalam deteksi dini perkembangan anak usia 0-2 tahun (studi di wilayah kerja Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya)*. Gdl-lib@litbang.depkes.go.id, diperoleh tanggal 20 Juni 2009.
- WHO. (2002). *Kangaroo mother care: A practical guide*. Geneva: Departemen of Reproductive Health and Research World Health Organization.
- Wibowo, P. (2009). *Perbedaan metode demonstrasi dan mandiri tentang sikap dan pengetahuan ibu di Kebumen*. Tesis. Universitas Islam Indonesia.
- Wilkinson, J.M. (2006). *Nursing diagnosis handbook with NIC and NOC outcomes*. Seventh edition. Philadelphia: Mosby Company.
- Wong, D.L. (2000). *Wong's essential of pediatric nursing*. St Louis, Missouri: Mosby Inc.
- Wood, G.L., & Haber, J. (2006). *Nursing research methods and critical appraisal for evidence-based practice*. St.Louis, Missouri. Mosby Elsevier.





UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120, 78849121 Fax. 7864124

Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : <http://www.fikui.or.id>

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Paket Pendidikan Kesehatan "Rindu" (Respons, Interaksi, Dan Dekapan Ibu) Terhadap Kesiapan Ibu Merawat Bayi Prematur Setelah Pulang Dari Rumah Sakit Di Kediri.

Nama peneliti utama : **Erna Rahma Yani**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 17 April 2009

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP 140 066 440

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP 140 098 47



PEMERINTAH KOTA KEDIRI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GAMBIRAN

Jl. K.H. Wahid Hasyim No. 64 Telp. (0354) 773097, 774494 Fax (0354) 773097
 KEDIRI 64114

Kediri, 17 April 2009

Nomor : 445/ 1029 /419.80/2009
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Praktek Uji Instrumen
 Penelitian dan Penelitian
 di RSUD Gambiran Kediri

Kepada
 Yth. Sdr. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
 Universitas Indonesia
 Di
DEPOK

Memperhatikan Surat Saudara Tertanggal 13 April 2009 Nomor 1239/PT02.H4.FIK/I/2009, perihal sebagaimana pada pokok surat, kami sampaikan dengan hormat bahwa pada dasarnya kami tidak keberatan dan dapat menyetujui rencana Uji Instrumen Penelitian dan Penelitian Sdr. Erna Rahma Yani (NIM. 0906194974), dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Memenuhi biaya administrasi Pelayanan Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian di RSUD Gambiran, berdasarkan Peraturan Walikota Kediri Nomor 24 Tahun 2008;
2. Setelah menyelesaikan kegiatan, peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian sebanyak 1 (satu) eksemplar kepada Direktur RSUD Gambiran melalui Kepala Instalasi Diklat serta tidak diperkenankan melakukan publikasi tanpa seijin Direktur RSUD Gambiran Kota Kediri.

Selanjutnya, teknis kegiatan dan administrasinya untuk dapatnya dikoordinasikan dengan Instalasi Diklat RSUD Gambiran.

Demikian untuk menjadikan maklum. Atas perhatian dan kerja samanya disampaikan terima kasih.

DIREKTUR
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GAMBIRAN
 KOTA KEDIRI

dr. ENDANG WAHYU LAKSMIWATI, MARS
 Pembina Utama Muda

NIP. 19531217 198103 2 004

Nomor : 34 / RSIAM / IV / 2009
 Lampiran : -
 Hal : Izin penelitian Mahasiswa Program Magister FIK-UI.

20 April 2009

Kepada Yth.
 Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
 Universitas Indonesia
 Di

D E P O K

Dengan hormat,
 Sehubungan dengan surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor : 1237 / PT02.H4.FIK / I / 2009 tertanggal 13 April 2009 perihal permohonan ijin penelitian mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yaitu :

N a m a : Erna Rahman Yani
 N I M : 0706194974

Maka dengan ini kami beritahukan bahwa pihak RSIA. "Melinda" tidak keberatan mahasiswa tersebut untuk melakukan penelitiannya di tempat kami. Asalkan mahasiswa tersebut mematuhi segala peraturan dan ketentuan yang berlaku di tempat kami.

Demikianlah surat ini kami sampaikan. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

RSIA. Melinda - Kediri

Ka. Tata Usaha,



(S J A H R I A N D A)



"AURA SYIFA"

Jl. Joyoboyo No. 42 Kediri 64182 ☎ 0354-671939, 0354-7001946 Fax. 0354-696033

Kediri, 01 Mei 2009

Nomor : 43 / 01 / Mei / 2009

Hal : Pemberian Izin Penelitian

Lampiran : -

Kepada :
Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
di Jakarta

Dengan hormat,
Bersama ini kami beritahukan bahwa :

Nama : Erna Rahman Yani

Asal Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Judul Penelitian : "Pengaruh Paket Pendidikan Kesehatan " Rindu "

(Respons, Interaksi, dan Dekapan Ibu) Terhadap

Kesiapan Ibu Merawat Bayi Prematur Setelah Pulang
dari Rumah Sakit di Kediri".

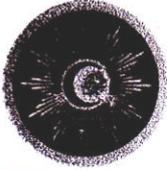
Kami izinkan yang tersebut diatas melakukan penelitian di Rumah Sakit Ibu
dan Anak Aura Syifa (Waktu Menyusul)

Demikian pemberitahuan ini dibuat agar dapat digunakan sebagaimana mes-
tinya.

Mengetahui,
Direktur RSIA Aura Syifa



RSIA "AURA SYIFA"
Jl. Joyoboyo 42 Dipo
Telp. (0354) 671939
KEDIRI



**RUMAH SAKIT
MUHAMMADIYAH KOTA KEDIRI**
Jl. KH. Achmad Dahlan No 39 Kediri Telp. (0354) 773115

Nomor	: 98 /III.5.AU/D/2009	17 Jumadil Ula 1430 H
Lamp	:	12 Mei 2009 M
Hal	: Permohonan Ijin Penelitian	

Kepada
Yth. PLH Dekan Universitas Indonesia
Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus UI Depok
Di

DEPOK

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Salam sejahtera semoga selalu tercurah kepada kita semua dan keluarga dalam menjalankan pekerjaan sehari-hari dan semoga dicatat sebagai amal yang baik.

Menindak lanjuti surat dari Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan tertanggal 21 April 2009, Nomor : 1493/PT02.H4.FIK/I/2009, perihal Permohonan ijin penelitian , pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk ditempati kegiatan tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

An.Pjs. Direktur,


Dr. Erika Widayanti Lestari
 Wakil Direktur

FORMULIR INFORMASI PENELITIAN

Nama Peneliti : Erna Rahma Yani
Alamat : Jl. KH. Wahid Hasyim 64 B Kediri
Pekerjaan : Mahasiswa Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia Kekhususan Keperawatan Anak

Ibu yang terhormat, dengan ini diberitahukan bahwa peneliti bermaksud melaksanakan penelitian yang berjudul **Pengaruh Paket Pendidikan Kesehatan “RINDU” terhadap Kesiapan Ibu Merawat Bayi Prematur Setelah Pulang dari Rumah Sakit di Kediri**. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi karakteristik ibu yang melahirkan bayi prematur, mengukur pengetahuan, sikap, dan keterampilan ibu untuk merawat bayi prematur di rumah.

Peneliti menawarkan partisipasi ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Responden akan diwawancarai tentang identitas, diberikan pertanyaan dalam bentuk kuesioner tentang pengetahuan dan sikap ibu untuk merawat bayi prematur di rumah. Setiap responden akan diminta mengisi kuesioner sebanyak dua kali, dan akan mendapatkan paket pendidikan kesehatan “RINDU” dari peneliti.

Penelitian tidak membahayakan atau berisiko bagi keselamatan ibu maupun bayi. Data tentang diri responden yang ada dalam penelitian ini dijaga kerahasiaannya oleh peneliti dan setelah penelitian selesai semua data akan dimusnahkan. Partisipasi responden dalam penelitian ini tidak ada paksaan dan apabila responden tidak berkenan, akan diperkenankan mengundurkan diri dari partisipasi tanpa konsekuensi apapun. Demikian informasi tentang penelitian ini, apabila ada hal yang kurang jelas dapat langsung menghubungi peneliti, atas partisipasi yang diberikan disampaikan terima kasih.

Kediri, Mei 2009
Peneliti

Erna Rahma Yani

SURAT PERNYATAAN
BERSEDIA BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah:

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa:

1. Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian **Pengaruh Paket Pendidikan Kesehatan “RINDU” terhadap Kesiapan Ibu Merawat Bayi Prematur Setelah Pulang dari Rumah Sakit di Kediri .**
2. Telah diberi kesempatan untuk bertanya dan mendapat jawaban terbuka dari peneliti.
3. Memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan, tujuan, manfaat dan kemungkinan dampak buruk yang terjadi akibat penelitian yang dilakukan.

Dengan pertimbangan di atas, dengan ini saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun juga, bahwa saya **bersedia / tidak bersedia*** berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan seperlunya.

Saksi I

(.....)

Saksi II

(.....)

Kediri,2009

Yang membuat pernyataan

(.....)



**PEDOMAN INTERVENSI
PENDIDIKAN KESEHATAN "RINDU"
(RESPONS, INTERAKSI, DAN DEKAPAN IBU)
UNTUK IBU BAYI PREMATUR**

OLEH:

Erna Rahma Yani

0706194974

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2009**

**PELAKSANAAN INTERVENSI PENDIDIKAN KESEHATAN
“RINDU” (RESPONS, INTERAKSI, DAN DEKAPAN IBU)
UNTUK IBU BAYI PREMATUR DI KEDIRI**

A. BENTUK KEGIATAN

Paket pendidikan kesehatan “RINDU” adalah satu paket kegiatan pembelajaran tentang perawatan bayi prematur di rumah, yang melibatkan fungsi respons, interaksi, dan dekapan ibu. Paket terdiri atas kegiatan ceramah, tanya jawab, diskusi, dan demonstrasi.

B. TUJUAN

Pendidikan kesehatan “RINDU” bertujuan untuk mempersiapkan ibu bayi prematur agar memiliki pengetahuan, sikap, dan keterampilan untuk merawat bayi prematur di rumah.

C. TEMPAT PELAKSANAAN

Pendidikan kesehatan “RINDU” dilaksanakan di RSUD Gambiran, RSIA Aura Syifa, RSIA Melinda, dan RS Muhammadiyah Kediri.

D. WAKTU PELAKSANAAN

Pendidikan kesehatan “RINDU” dilaksanakan selama pelaksanaan penelitian yang dimulai pada tanggal 4 Mei sampai dengan 14 Juni 2009.

E. PELAKSANA

Pendidikan kesehatan “RINDU” dilaksanakan oleh Erna Rahma Yani sebagai peneliti, dan dibantu oleh 3 orang yang bertugas sebagai pengawas tes, observer, dan pembantu pelaksana yang telah ditunjuk.

F. SASARAN

Pendidikan kesehatan “RINDU” diberikan kepada ibu bayi prematur di Kediri.

G. PERSIAPAN

Kegiatan ceramah dan tanya jawab dilakukan dengan mempersiapkan *booklet* sebagai media pembelajaran. Demonstrasi dilakukan dengan persiapan alat *phantom* dan pakaian bayi, termometer, waslap, handuk, bak mandi, dan pakaian kanguru.

H. PELAKSANAAN INTERVENSI

a. Pendahuluan (3 menit)

Memberikan salam kepada ibu dengan berjabat tangan dan menyebut nama ibu. Menanyakan kabar dan kesiapan belajar. Memberikan *booklet* “RINDU” untuk dibaca dan dipelajari dan perlengkapan praktik untuk demonstrasi.

b. Ceramah (45 menit)

Ceramah dilakukan oleh peneliti dengan materi sesuai dengan isi *booklet*. Selama peneliti berceramah, ibu diberi kesempatan membuka booklet,

dan menanyakan hal-hal yang kurang jelas atau hal-hal lain terkait pengalaman ibu dalam perawatan bayi prematur.

c. Tanya Jawab (12 menit)

Setelah penyampaian ceramah, peneliti akan memberikan pertanyaan secara lisan tentang materi ceramah, dan langsung dijawab oleh ibu.

d. Demonstrasi (20 menit)

Peneliti mendemonstrasikan keterampilan mengukur suhu bayi, memandikan, menetek, dan perawatan metode kanguru.

e. Redemonstrasi (35 menit)

Ibu mendemonstrasikan kembali keterampilan yang telah diajarkan peneliti.

f. Penutup (5 menit)

Peneliti melakukan terminasi, kontrak waktu untuk pelaksanaan evaluasi pada keesokan harinya, dengan menjelaskan kepada ibu bahwa ia akan diberikan kuesioner untuk diisi dan diminta mendemonstrasikan kembali keterampilan yang baru dipelajari.

I. EVALUASI

Evaluasi dilaksanakan dalam dua tahap. Tahap pertama (45-60 menit) diberikan kuesioner pengetahuan dan sikap ibu tentang perawatan bayi prematur untuk diisi dengan pengawasan petugas yang telah ditunjuk. Evaluasi tahap dua ibu diminta mendemonstrasikan keterampilan mengukur suhu badan bayi, memandikan, menetek, dan perawatan metode kanguru dengan pengawasan observer. Evaluasi kedua dilakukan dalam waktu 45-60 menit.

KATA PENGANTAR

Melahirkan bayi prematur mungkin tidak pernah Ibu bayangkan selama kehamilan. Bayi dapat lahir secara prematur karena berbagai sebab berkaitan dengan kondisi ibu dan kondisi janin. Kelahiran bayi prematur tidak dapat ditolak ketika tanda-tanda persalinan mendorong kelahiran bayi, meskipun usia kehamilan belum cukup umur. Siap atau tidak siap, mau atau tidak mau, kenyataan harus dihadapi, kita harus berperan sebagai ibu, yang memiliki tanggung jawab merawat dan mengasuh bayi prematur.

Perawatan bayi prematur segera setelah lahir umumnya diberikan oleh tenaga kesehatan selama bayi dirawat di rumah sakit. Namun sebagai ibu, kitalah yang akan merawat dan mengasuhnya setelah bayi diperbolehkan pulang. Mungkin awalnya kita merasa khawatir atau takut melihat bayi prematur yang kecil, apalagi membelai dan mendekapnya. Pahami apa yang diinginkannya, tatap matanya, dan ajaklah bayi bicara. Percayalah, Ibu akan menemukan pengalaman luar biasa ketika mengamati respons bayi, berinteraksi dengannya, dan mendekapnya penuh kehangatan. Ibu akan selalu

merindukan kehadirannya dan mengetahui perubahan besar dalam tubuh kecilnya. Pengalaman untuk merawat bayi prematur tidak diberikan kepada semua orang. Bersyukurlah Ibu menjadi orang yang terpilih mendapatkan pengalaman ini. Suatu saat ibu akan merasa bangga telah berhasil “membesarkan” bayi mungil Ibu.

Booklet “RINDU” berisi informasi yang perlu diketahui oleh ibu sebelum melakukan perawatan bayi prematur di rumah. Informasi meliputi pengetahuan tentang bayi prematur, pemberian respon terhadap kebutuhan bayi prematur, interaksi yang sehat antara ibu dan bayi prematur, dan dekapan hangat bagi bayi prematur. Penulis berharap booklet ini dapat memberikan manfaat bagi ibu untuk mempersiapkan diri dalam melaksanakan perannya sebagai orangtua, sehingga bayi prematur akan mendapatkan haknya yaitu perawatan yang sehat dari orangtua guna menunjang pertumbuhan dan perkembangan secara optimal.

Depok, 2009

Penulis

Daftar Isi*Kata Pengantar*

<i>Bayi Prematur?</i>	<i>1</i>
<i>Penyebab Kelahiran Prematur</i>	<i>2</i>
<i>Setelah Pulang dari Rumah Sakit</i>	<i>3</i>
<i>Respons Ibu terhadap Bayi Prematur</i>	<i>4</i>
<i>Mengukur Suhu Tubuh dengan Termometer</i>	<i>6</i>
<i>Memandikan Bayi Prematur</i>	<i>7</i>
<i>Menyusui Bayi</i>	<i>8</i>
<i>Interaksi Ibu dengan Bayi Prematur</i>	<i>9</i>
<i>De kapan Ibu untuk Bayi Prematur</i>	<i>10</i>
<i>Perawatan Metode Kanguru</i>	<i>12</i>
<i>Kenali Tanda Bahaya pada Bayi Prematur</i>	<i>13</i>
<i>Daftar Pustaka</i>	

Bayi Prematur?

Bayi prematur adalah bayi lahir hidup sebelum usia kehamilan 37 minggu sejak hari pertama menstruasi terakhir. Organ tubuh bayi prematur belum matang dan belum siap untuk menjalankan fungsinya dengan baik.

Penampilan Umum

1. Sangat kecil
2. Kulit merah
3. Pembuluh darah vena mudah terlihat
4. rambut halus pada punggung & wajah
5. Lemak di bawah kulit tipis
6. Sering mengalami henti nafas



Refleks

Menggenggam, menghisap, menelan, dan muntah tidak ada, lemah, mungkin tidak ada.

Alat Kelamin

Pada lak-laki:
kantong buah zakar belum berkembang, tidak menggantung dengan kerutan minimal, serta isi buah zakar belum turun.
Pada wanita kelentit menonjol

Penyebab Kelahiran Prematur

belum diketahui secara pasti

Diduga berhubungan dengan:

1. Umur ibu terlalu muda
2. Perawatan antenatal tidak adekuat
3. Jarak kehamilan terlalu dekat
4. Ibu melahirkan lebih dari 4X

**Organ tubuh
belum mampu
bekerja**

**Perawatan
di Rumah
Sakit**

*Tujuan Perawatan di Rumah Sakit
adalah membantu bayi selama
fungsi organ belum matang sehingga
bayi mampu bertahan hidup.
sebagaimana bayi cukup bulan.*

Setelah Pulang dari Rumah Sakit

Syarat Untuk Pulang dari RS:

- Kenaikan berat badan minimal 20 gram setiap hari selama tiga hari berturut-turut.
- Mampu menyusui dengan baik
- Suhu tubuh stabil dalam batas normal (36.5°C hingga 37.5°C)
- Ibu merasa percaya diri untuk merawat bayi prematur di rumah.



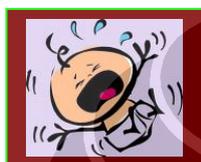
*Siapkah Ibu
untuk Merawat
Bayi Prematur
di Rumah?*



"RINDU"
(RESPONS, INTERAKSI, & DEKAPAN IBU)

Respons Ibu terhadap Bayi Prematur

Respons merupakan tanggapan, reaksi, jawaban ibu terhadap tanda/sinyal yang disampaikan bayi melalui bahasa tubuh & tangisan.



Makna tangisan bayi:

- ◆ Tangisan keras & lama menunjukkan bayi lapar. Biasanya berhenti dengan pemberian minum.
- ◆ Tangisan melengking menunjukkan rasa nyeri, cari & temukan kemungkinan penyebabnya.
- ◆ Tangisan nada rendah menunjukkan rasa tidak puas

CARA BERESPON TERHADAP SINYAL BAYI

Cara yang paling mudah, cepat, dan praktis untuk memberikan respons terhadap sinyal bayi adalah dengan sentuhan, usapan halus, dan interaksi selama beberapa menit yang akan membantu terjalinnya hubungan antara ibu dan bayi.

Pahami Keinginan & Kebutuhan Bayi akan:

1. Kehangatan
2. Makan & Minum
3. Rasa nyaman



Respons ibu terhadap perubahan suhu

MENGUKUR SUHU TUBUH DENGAN TERMOMETER

1. Cuci tangan.
2. Bersihkan termometer yang akan digunakan.
3. Tekan tombol untuk mengaktifkan termometer hingga tampak huruf L pada termometer.
4. Letakkan ujung termometer menempel pada kulit ketiak bayi.
5. Rapatkan lengan bayi ke arah dada menjepit termometer.
6. Tunggu hingga termometer berbunyi.
7. Keluarkan termometer dari jepitan.
8. Baca hasil pengukuran sesuai angka yang tertera pada termometer.





Respons ibu untuk kenyamanan bayi:

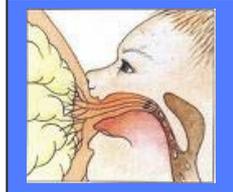
MEMANDIKAN BAYI PREMATUR

1. Siapkan air hangat, kapas basah, wash lap, handuk, pakaian bayi.
2. Cuci tangan
3. Buka pakaian bayi, selimuti dengan handuk
4. Bersihkan wajah, kemudian kepala dengan mengelapkan washlap basah dan hangat.
5. Keringkan wajah dan kepala dengan handuk.
6. Lanjutkan menyeka tubuh bayi dengan washlap dan sabun (jika diinginkan, kecuali bagian tangan) dan keringkan dengan handuk.
7. Bersihkan bagian kemaluan dengan kapas basah hangat, termasuk bekas BAB.
8. Segera keringkan dan hangatkan bayi dengan handuk.
9. Pakaikan baju bayi, kaus kaki, dan topi.

Respons ibu untuk memenuhi kebutuhan makan minum bayi

MENYUSUI BAYI

1. Cuci tangan
2. Peluk kepala dan tubuh bayi dalam posisi lurus, perut bayi menempel perut ibu
3. Arahkan bayi ke puting ibu
4. Sentuhkan bibir bayi pada puting ibu
5. Tunggu sampai mulut bayi terbuka lebar
6. Tempelkan mulut bayi pada puting ibu dengan dagu menempel dada ibu
7. Seluruh area di luar puting yang berwarna kecoklatan (*areola*) masuk ke dalam mulut bayi.
8. Ajaklah bayi bicara selama menyusui



ASI adalah makanan pertama dan utama bagi bayi.

Jangan pernah merasa gagal memberikan ASI

INTERAKSI IBU DAN BAYI PREMATUR

- ◆ Bayi prematur menghemat energi, dengan menghabiskan waktunya untuk tidur.
- ◆ Interaksi dimulai bila bayi telah menunjukkan kesiapan berinteraksi
- ◆ Interaksi dilandasi oleh rasa kasih sayang
- ◆ Pahami keinginan bayi

Tanda Kesiapan Bayi Berinteraksi:

Tangan ke bagian tengah tubuh, Mengisap, Mulut mengerut, Tubuh agak ditekuk, Tersenyum, dan Menggenggam tangan



Tanda Ketidaksiapan Bayi Berinteraksi:

Tersedak, Henti nafas, Denyut jantung lambat, Perubahan warna kulit, Jari meregang, Wajah menyeringai

INTERAKSI IBU-BAYI YANG SEHAT



- Beri kesempatan istirahat yang cukup bagi bayi
- Segera tenangkan bila bayi menangis, cari penyebabnya.
- Ajaklah bayi bicara.
- Lakukan kontak mata
- Berikan elusan lembut pada kulit bayi



Dekapan Ibu untuk Bayi Prematur

Dekapan ibu diperlukan bayi prematur untuk mempertahankan kehangatan tubuh. Bentuk dekapan dapat diberikan dengan melekatkan kulit bayi ke kulit dada ibu yang disebut dengan Perawatan Metode Kanguru (PMK)

Keuntungan Perawatan Metode Kanguru (PMK):

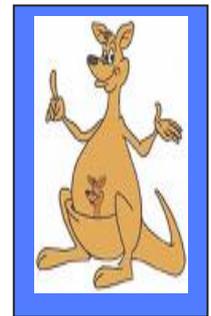
- Bayi mendapatkan kehangatan
- Suhu tubuh normal dapat dipertahankan
- Bayi lebih sering menyusui
- Bayi lebih jarang menangis



Perawatan Metode Kanguru untuk mendukung Pertumbuhan & Perkembangan Bayi Prematur.

PERAWATAN METODE KANGURU (PMK)

1. Persiapkan alat: bedong, atau kain khusus untuk menopang posisi bayi pada dada ibu
2. Persiapan ibu:
 - a. Cuci tangan
 - b. Membuka pakaian bagian atas
3. Persiapkan bayi dengan pakaian popok, kaus kaki, dan topi
4. Atur posisi bayi menyerupai katak: kepala dipalingkan ke satu sisi dengan sedikit tengadah, pangkal paha ditekuk ke dalam, lengan ditekuk dengan telapak tangan ke arah atas.
5. Lekatkan perut bayi pada kulit ibu diantara buah dada ibu.
6. Ikatkan kain untuk menyangga dan menutup tubuh dengan bagian tepi atas kain setinggi telinga bayi.
7. Tutup dengan baju ibu atau selimut.



Posisi PMK harus dipertahankan
LEBIH DARI SATU JAM

Selama Perawatan Metode Kanguru, Ibu dapat melakukan aktivitas seperti biasa

PMK juga dapat dilakukan oleh AYAH, kakek, nenek, atau siapapun.

Segeralah Minta Pertolongan Tenaga Kesehatan Terdekat

KENALI TANDA BAHAYA PADA BAYI PREMATUR

2. Berhenti minum, tidak mau minum dengan baik, atau muntah
3. Gelisah, mudah terangsang, tidak sadar, atau demam (suhu badan di atas 37.5°C).
4. Dingin (suhu badan kurang dari 36.5°C), walau sudah dihangatkan
5. Kejang
6. Kesulitan bernafas, henti nafas
7. Diare
8. Menunjukkan gejala lain yang menghawatirkan

**BAYI PREMATUR MERINDUKAN IBU YANG TAHU, MAU,
DAN MAMPU MERAWAT DENGAN PENUH KASIH SAYANG**

*Selamat.....Ibu adalah Orang Terpilih
Untuk Bayi Pilihan*

DAFTAR PUSTAKA

- Behrman, R.E., Kliegman, R. & Arvin, A.M., (2000). *Ilmu kesehatan anak Nelson. Volume 1E/15*. Alih Bahasa: Wahab, A.S. Jakarta: EGC.
- Indriasari, L (2007). *Merawat bayi prematur di rumah*. <http://www.jurnalnet.com> diperoleh 14 Pebruari 2009.
- Jackson, D. (2008). *Cara berbicara dengan bayi*. Alih bahasa: Hamid, A. Yogyakarta: Think.
- Marnoto, W. (2002) *Pemberian ASI pada bayi berat lahir rendah*. Jakarta: Perinasia..
- Suradi, R. & Yanuarso, P.B. (2002) *Metode kanguru sebagai pengganti inkubator untuk bayi berat lahir rendah*. Jakarta: Perinasia.
- Trachtenbarg, D.E. & Golemon, T.B. (1998) Care of the premature infant: part 1 Monitoring growth and development. *American Academy of Family Physician* 57(9), 21-28.
- WHO. (2002). *Cangaroo mother care: A practical guide*. Geneva: Departeman of Reproductive Health and Research World Healt Organization.

“RINDU”

(Respons, Interaksi, & Dekapan Ibu)
Paket Pendidikan Kesehatan
Untuk Perawatan Bayi Prematur di Rumah



Disusun Oleh:
ERNA RAHMA YANI, S.Kep.Ns.
YENI RUSTINA, SKp.M.App.Sc., PhD.

MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, APRIL 2009

KUESIONER KARAKTERISTIK RESPONDEN

Kode Responden (diisi peneliti):

Petunjuk Pengisian:

- a. Bacalah baik-baik pertanyaan pada setiap soal.
- b. Jawablah setiap pertanyaan sesuai kondisi yang Ibu alami dengan memberikan tanda silang (X) pada kolom yang tersedia.

PERTANYAAN:

1. Tanggal lahir ibu :..... / /
2. Pendidikan terakhir :

<input type="checkbox"/> : SD	<input type="checkbox"/> : SMP	<input type="checkbox"/> : SMA
<input type="checkbox"/> : Diploma	<input type="checkbox"/> : Sarjana	<input type="checkbox"/> : Pasca Sarjana
3. Penghasilan keluarga (suami dan isteri) dalam sebulan rata-rata:
.....
4. Pernahkah ibu melahirkan sebelum persalinan ini?
 : Tidak : Ya kali
5. Pernahkah ibu melahirkan bayi prematur sebelum persalinan ini?
 : Tidak : Ya
6. Pernahkan ibu mengikuti penyuluhan tentang perawatan bayi prematur?
 : Tidak : Ya
7. Pernahkan ibu membaca informasi tentang perawatan bayi prematur?
 : Tidak : Ya
8. Pernahkah Ibu mengikuti siaran radio tentang perawatan bayi prematur?
 : Tidak : Ya
9. Pernahkah ibu diberitahu oranglain tentang perawatan bayi prematur?
 : Tidak : Ya
10. Pernahkah ibu menyaksikan siaran TV tentang perawatan bayi prematur?
 : Tidak : Ya

KUESIONER PENGETAHUAN IBU TENTANG PERAWATAN BAYI PREMATUR DI RUMAH

Kode Responden (diisi peneliti)

Petunjuk Pengisian:

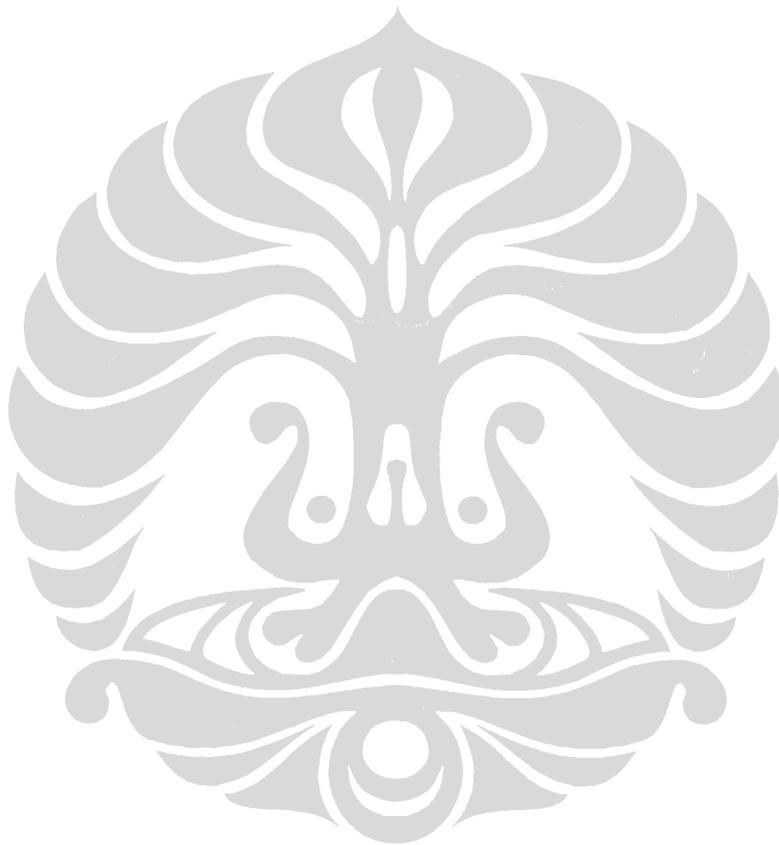
- a. Bacalah baik-baik pertanyaan pada setiap soal.
- b. Jawablah setiap pertanyaan sesuai yang Ibu ketahui dengan memberikan tanda silang (X) pada kolom yang tersedia.

PERTANYAAN:

1. Bayi prematur adalah
 - bayi yang dilahirkan hidup sebelum usia kehamilan 37 minggu
 - bayi yang dilahirkan hidup sebelum usia kehamilan 40 minggu
 - bayi yang dilahirkan hidup sebelum usia kehamilan 42 minggu
2. Ciri-ciri bayi prematur.....
 - berat badan 2500 gram
 - banyak ditemukan bulu halus pada punggung dan lengan
 - mampu mengisap dengan kuat
3. Bayi prematur laki-laki dapat dikenali dari ciri-cirinya, berupa.....
 - lubang kencing menyempit
 - kantung buah zakar tidak menggantung
 - tidak ada lubang anus
4. Ciri-ciri bayi prematur perempuan dapat dikenali dari.....
 - kelentit menonjol
 - kelentit tidak terbentuk
 - kelentit tertutup
5. Kelahiran bayi prematur diduga berhubungan dengan
 - umur ibu terlalu muda
 - kebiasaan ibu makan buah-buahan selama hamil
 - Ibu sering muntah selama hamil
6. Bayi prematur diperbolehkan pulang dari rumah sakit bila
 - tercapai berat badan 2500 gram
 - sudah satu bulan dirawat
 - mampu menyusui dengan baik
7. Makanan yang paling baik untuk bayi prematur adalah
 - air gula
 - air susu ibu
 - air dicampur madu

8. Cara berinteraksi dengan bayi dapat dilakukan dengan
-] memberikan sentuhan lembut pada kulit
 -] menghindari memandang mata agar bayi cepat tidur
 -] tidak bersuara sama sekali saat merawat bayi
9. Tangisan bayi yang melengking menunjukkan.....
-] Lapar
 -] Tidak puas
 -] Nyeri
10. Sebelum bayi prematur dapat menyusui, maka penanganan ASI yang benar
-] diperas dan dibuang
 -] diperas dan disimpan
 -] dicegah agar tidak keluar
11. Cara yang benar untuk menyusui bayi
-] Bagian payudara ibu yang berwarna hitam harus masuk ke mulut bayi
 -] Puting susu saja yang masuk ke mulut bayi
 -] Ditekan ketika bayi sedang tidur
12. Badan bayi prematur dipertahankan agar hangat dengan suhu
-] 30,5°C - 35,5°C
 -] 36,5°C - 37,5°C
 -] 38,5°C - 39,5°C
13. Berikut ini adalah tanda yang menunjukkan bayi kedinginan.....
-] suhu badan 35°C
 -] suhu badan 37°C
 -] suhu badan 39°C
14. Tanda yang menunjukkan bayi belum siap menetek adalah.....
-] menggerakkan lidah dan mulut
 -] ingin mengisap
 -] tidur pulas
15. Cara mudah untuk menjaga agar bayi prematur tetap merasa hangat selama perawatan di rumah dilakukan
-] ditidurkan dalam inkubator
 -] diberikan kompres air hangat dalam botol tertutup
 -] dilekatkan kulit bayi pada kulit ibu
16. Yang ibu ketahui tentang perawatan metode kanguru pada bayi prematur adalah
-] kulit bayi dilekatkan pada kulit dada ibu
 -] ibu dan bayi tidur dalam satu tempat
 -] menjemur bayi pada pagi hari

17. Bayi prematur harus segera dibawa ke rumah sakit apabila
- tidak mau menyusui
 - lebih banyak tidur dibandingkan bangun
 - selalu ingin minum
18. Berikut ini cara memandikan bayi prematur di rumah yang benar.....
- gunakan air dingin agar bayi terbiasa dengan suhu lingkungan
 - masukkan bayi ke dalam air hangat dan bersihkan dengan sabun
 - bungkus bayi dengan handuk, seka dengan washlap, segera keringkan



**KUESIONER SIKAP IBU
DALAM MERAWAT BAYI PREMATUR DI RUMAH**

Kode Responden (diisi peneliti)

Petunjuk Pengisian:

- a. Bacalah baik-baik setiap pernyataan.
- b. Pilihlah sikap Anda yang paling sesuai dengan memberikan tanda silang (X) pada kolom yang tersedia, dengan ketentuan:
 - SS : jika Anda sangat setuju terhadap dengan pernyataan
 - S : jika Anda setuju terhadap pernyataan
 - TS : jika Anda tidak setuju terhadap pernyataan
 - STS : jika Anda sangat tidak setuju terhadap pernyataan

NO	PERNYATAAN	SIKAP			
		SS	S	TS	STS
1	Saya ingin segera bisa memandangi mata bayi saya				
2	Saya takut merawat bayi prematur di rumah				
3	Saya ingin bisa memandikan sendiri bayi prematur saya di rumah				
4	Saya merasa ASI saya tidak cukup baik untuk bayi saya				
5	Saya tidak akan bersuara sama sekali saat merawat bayi				
6	Saya ingin mengajak bayi saya bicara meskipun dia belum mampu mendengar				
7	Setelah pulang dari rumah sakit, saya akan memberikan susu formula untuk bayi saya				
8	Saya ingin segera merawat bayi saya sendiri				
9	Saya akan minta pertolongan untuk memandikan bayi setelah pulang dari rumah sakit				
10	Saya harus segera membawa bayi ke rumah sakit jika bayi demam				
11	Setelah bayi saya diperbolehkan pulang dari rumah sakit, saya hanya akan memberikan ASI saja untuk bayi saya				

NO	PERNYATAAN	SIKAP			
		SS	S	TS	STS
12	Saya ingin mengetahui tindakan yang diberikan untuk bayi saya di rumah sakit				
13	Saya ingin mengetahui kapan bayi saya diperbolehkan pulang				
14	Selama bayi saya dirawat di rumah sakit, saya dapat beristirahat dengan tenang di rumah				
15	Saya ingin berkonsultasi dengan perawat atau dokter yang merawat bayi saya				
16	Saya ingin memberikan ASI kepada bayi saya				
17	Saya perlu <i>baby sitter</i> untuk merawat bayi saya di rumah				
18	Setiap hari saya akan mengunjungi bayi saya di rumah sakit				
19	Saya ingin belajar memberikan ASI untuk bayi saya				
20	Saya ingin mengetahui cara merawat bayi prematur di rumah				
21	Saya ingin menggendong bayi saya				
22	Saya merasa tidak sanggup merawat bayi prematur di rumah				
23	Saya takut bertemu dokter atau perawat yang merawat bayi saya				
24	Saya yakin bayi saya ditangani dengan baik di rumah sakit				
25	Saya ingin belajar memandikan bayi prematur di rumah				

DAFTAR TILIK KETERAMPILAN IBU MENGUKUR SUHU TUBUH

Kode Responden (diisi peneliti)

Petunjuk Pengisian:

- a. Amati kegiatan ibu pada saat melakukan demonstrasi.
- b. Berikan tanda check (V) pada kolom
 - 0: jika ibu tidak melakukan,
 - 1: jika ibu melakukan langkah tapi tidak sesuai prosedur
 - 2: jika ibu melakukan langkah sesuai prosedur

NO	PERNYATAAN	OBSERVASI		
		0	1	2
1	Cuci tangan			
2	Membersihkan termometer			
3	Menekan tombol untuk mengaktifkan termometer			
4	Membuka pakaian bayi, khusus untuk bagian ketiak, dan menjaga bagian lain tetap hangat.			
5	Menempelkan ujung termometer pada kulit ketiak bayi.			
6	Mengatur agar penempelan termometer pada permukaan ketiak tidak melewati udara.			
7	Merapatkan lengan bayi ke arah dada bayi untuk menjepit termometer			
8	Menunggu sampai termometer berbunyi			
9	Membacakan hasil pengukuran			
	JUMLAH SKOR			

**DAFTAR TILIK KETERAMPILAN IBU
MENETEKI BAYI PREMATUR**

Kode Responden (diisi peneliti)

Petunjuk Pengisian:

- a. Amati kegiatan ibu pada saat melakukan demonstrasi.
- b. Berikan tanda check (V) pada kolom
 - 0: jika ibu tidak melakukan,
 - 1: jika ibu melakukan langkah tapi tidak sesuai prosedur
 - 2: jika ibu melakukan langkah sesuai prosedur

NO	PERNYATAAN	OBSERVASI		
		0	1	2
1	Ibu cuci tangan			
2	Memeluk kepala dan tubuh bayi dalam posisi lurus, perut bayi menempel perut ibu			
3	Arahkan bayi pada puting susu ibu			
4	Sentuhkan bibir bayi pada puting susu ibu			
5	Tunggu sampai mulut bayi terbuka lebar			
6	Arahkan bibir bawah bayi di bawah puting ibu			
7	Tempelkan mulut bayi pada puting ibu dan bagian areola masuk ke mulut bayi			
8	Dagu bayi menempel dada ibu			
9	Bayi mengisap lambat dan dalam			
	JUMLAH			

DAFTAR TILIK KETERAMPILAN IBU MEMANDIKAN BAYI PREMATUR

Kode Responden (diisi peneliti)

Petunjuk Pengisian:

- a. Amati kegiatan ibu pada saat melakukan demonstrasi.
- b. Berikan tanda check (V) pada kolom
 - 0: jika ibu tidak melakukan,
 - 1: jika ibu melakukan langkah tapi tidak sesuai prosedur
 - 2: jika ibu melakukan langkah sesuai prosedur

NO	PERNYATAAN	OBSERVASI		
		0	1	2
1	Menyiapkan air hangat, kapas bersih, wash lap, handuk, pakaian bersih, kaus kaki, topi.			
2	Mencuci tangan			
3	Membuka pakaian bayi, membungkus tubuh bayi dengan handuk.			
4	Membersihkan wajah dan kepala bayi dengan washlap basah hangat.			
5	Mengeringkan wajah dan kepala dengan handuk.			
6	Mengusap badan bayi dengan washlap hangat			
7	Menyelimuti dan mengeringkan badan bayi dengan handuk			
8	Membersihkan dan mengeringkan sisa tali usat			
9	Membersihkan kemaluan dan sisa kotoran BAB (jika ada) dengan kapas basah hangat			
10	Mengeringkan bagian dengan handuk			
11	Mengenakan pakaian bersih, kaus kaki, dan topi			
	JUMLAH SKOR			

JADUAL KEGIATAN PENELITIAN DALAM MINGGU

KEGIATAN	PEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI																	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4														
Penyelesaian Bab I s.d IV	■																																					
Ujian Proposal										■																												
Perizinan											■																											
Pengumpulan Data														■																								
Analisis Data																																						
Penulisan laporan																																						
Penulisan draft Artikel																																						
Ujian Hasil Penelitian																																						
Perbaikan Tesis																																						
Sidang Tesis																																						
Perbaikan Tesis																																						
Jilid Hard Cover																																						
Pengumpulan Laporan																																						