



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PERAWATAN METODE KANGURU TERHADAP
RESPON FISILOGIS BAYI PREMATUR DAN
KEPERCAYAAN DIRI IBU DALAM MERAWAT
BAYI DI DUA RUMAH SAKIT
DI JAKARTA**

TESIS

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

**DESWITA
0806469552**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
DEPOK, JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Deswita

NPM : 0806469552

Tanda Tangan :

Tanggal : 8 Juli 2010

Tesis dengan judul:

**PENGARUH PERAWATAN METODE KANGURU TERHADAP RESPON
FISIOLOGIS BAYI PREMATUR DAN KEPERCAYAAN DIRI IBU
DALAM MERAWAT BAYI DI DUA RUMAH SAKIT
DI JAKARTA**

Tesis ini telah diperiksa oleh pembimbing dan disetujui
untuk dilaksanakan ujian

Depok, 8 Juli 2010

Pembimbing I

Yeni Rustina, S.Kp, M.App.Sc, PhD

Pembimbing II

Besral, S.K.M, M.Sc

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Deswita
NPM : 0806469552
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Fungsi Fisiologis Bayi Prematur dan Kepercayaan Diri Ibu dalam Merawat Bayi di Dua Rumah Sakit di Jakarta

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Yeni Rustina, S.Kp., M.App.Sc., PhD (.....)

Pembimbing II : Besral, S.K.M., M.Sc (.....)

Penguji : Nani Nurhaeni, S.Kp., M.N (.....)

Penguji : Haryatiningsih Purwandari, M.Kep (.....)

Ditetapkan di : Depok

Pada : 8 Juli 2010

ABSTRAK

Nama : Deswita
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Pengaruh Perawatan Metode Kanguru terhadap Respon Fisiologis Bayi Prematur dan Kepercayaan Diri Ibu dalam Merawat Bayi di Dua Rumah Sakit di Jakarta

Kelahiran prematur merupakan penyebab terbesar kematian bayi. Perawatan metode kanguru atau PMK merupakan salah satu perawatan yang efektif bagi bayi prematur. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh PMK terhadap respon fisiologis bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi di dua rumah sakit di Jakarta. Desain penelitian adalah *one-group pre dan post test*. Pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling*. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan bermakna pada suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen bayi prematur, dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK. PMK dapat diusulkan menjadi tindakan rutin di ruangan perinatalogi rumah sakit.

Kata kunci: bayi prematur, perawatan metode kanguru, fisiologis bayi, kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi

Abstract

Name : Deswita
Study Program : Master of Nursing Science
Title : The Effect of Kangaroo Mother Care on Physiology
Infants and Self Confidence of Mother Caring Infants in
Two Hospitals in Jakarta

The main cause of neonatal mortality is premature birth. Kangaroo mother care is one effective care for preterm infants. The purpose of the study was to identify the effect kangaroo mother care on physiological response of preterm infants and self confidence of mother caring infants in two hospitals in Jakarta. The study design was one-group pre and post test. The result of study was founded that the are significant differencies between before and after kangaroo mother care intervention on physiological infants and self confidence of mother. Based on this study, there were some recomendations including kangaroo mother care usage as a part of routine care in hospital.

Key word : preterm infants, kangaroo mother care, physiological responses, self confidence of mother

KATA PENGANTAR

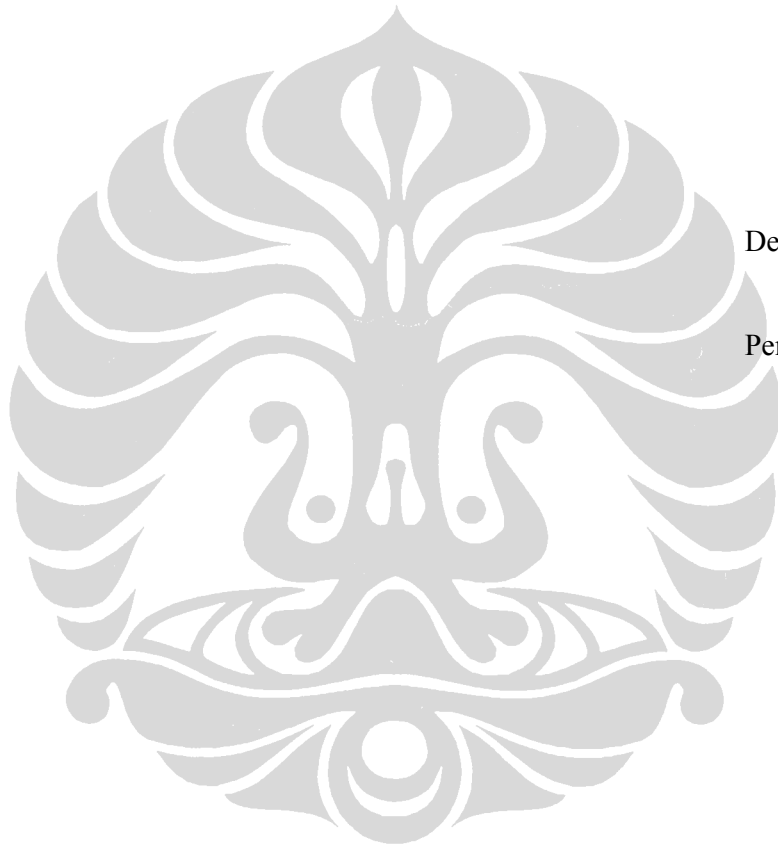
Syukur alhamdulillah, berkat rahmat dan hidayah dari Allah SWT yang telah memberikan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul “Pengaruh perawatan metode kanguru pada respon fisiologis bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi di dua Rumah Sakit di Jakarta”. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada Ibu Yeni Rustina, S.Kp, M.App.Sc, PhD dan Bapak Besral, S.K.M, M.Sc sebagai dosen pembimbing yang penuh perhatian dan kesabaran telah mengarahkan dan membimbing selama proses penyusunan tesis ini. Selanjutnya terima kasih penulis sampaikan kepada :

1. Dewi Irawaty, PhD sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, S.Kp., M.Sc. sebagai Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Koordinator mata ajar Tesis.
3. Direktur RSAB Harapan Kita Jakarta.
4. Direktur RSUP Fatmawati Jakarta
5. Ibunda Wilisnur tercinta, almarhum Ayahanda Nursal Ahmad dalam kenangan terindah, suami (Hendra) beserta anak-anak (Azka Fatah Muhammad dan Ashila Putri Shafira) terkasih atas dukungan, cinta yang tulus, perhatian, kesabaran dengan doa yang tak pernah putus dan semangat untuk tidak menyerah.
6. Teman-teman perawat di ruangan Perinatalogi RSAB Harapan Kita, khususnya yang terhormat bu Lilis Komariyah dan bu Jamilah serta perawat di ruangan Perinatalogi RSUP Fatmawati di Jakarta.
7. Teman angkatan ke-2 Program Magister Keperawatan Kekhususan Anak yang telah membantu dan memberi semangat penulis.

Akhirnya penulis mengucapkan terima kasih pada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam menyelesaikan tesis ini, semoga Yang Maha Kuasa membalas semuanya. Semoga dukungan dan bantuan yang diberikan mendapat balasan kebaikan dari Allah SWT Amin.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dan keterbatasan dalam tesis ini. Dengan segala kerendahan hati penulis membuka diri untuk menerima masukan dan kritikan dari pembaca terhadap tesis ini.



Depok, Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Deswita
NPM : 0806469552
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Kekhususan Keperawatan Anak
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Respon Fisiologis Bayi Prematur dan Kepercayaan Diri Ibu Dalam Merawat Bayi di Dua Rumah Sakit di Jakarta

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 8 Juli 2010

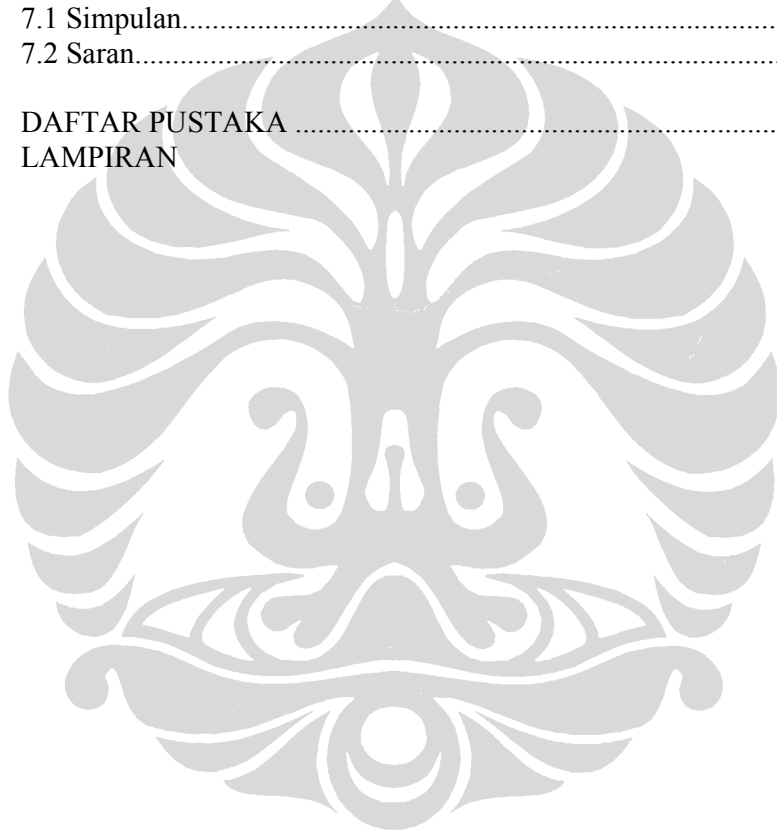
Yang menyatakan

Deswita

DAFTAR ISI

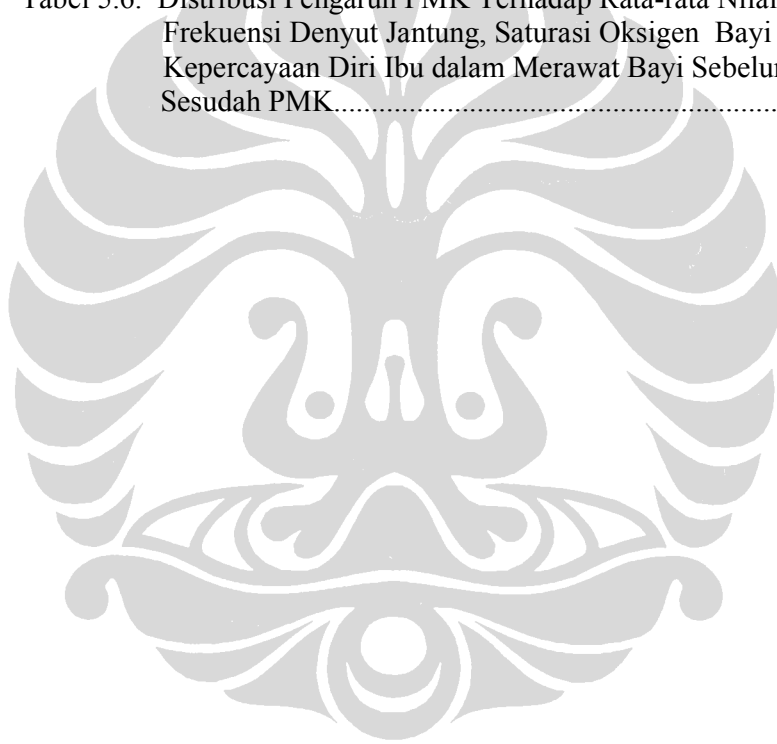
	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR.....	vii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR GRAFIK.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Bayi Prematur.....	9
2.2 Ibu.....	13
2.3 Perawatan Metode Kanguru.....	14
2.4 Pengaruh PMK pada Fungsi Fisiologis Bayi.....	19
2.5 Kepercayaan Diri Ibu.....	22
2.6 Aplikasi Model Konsep Konservasi.....	24
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	29
3.2 Hipotesis	30
3.3 Definisi Operasional	31
4. METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	32
4.2 Populasi, Sampel dan Jumlah Sampel	33
4.3 Tempat Penelitian	36
4.4 Waktu Penelitian	37
4.5 Etika Penelitian	37
4.6 Alat Pengumpulan Data	39
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	39
4.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen	41
4.9 Analisis Data	42

5. HASIL PENELITIAN	
5.1 Analisis Univariat.....	44
5.2 Analisis Bivariat.....	46
6. PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi hasil Penelitian dan Diskusi.....	53
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	64
6.3 Implikasi Hasil Penelitian.....	65
7. SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan.....	67
7.2 Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	



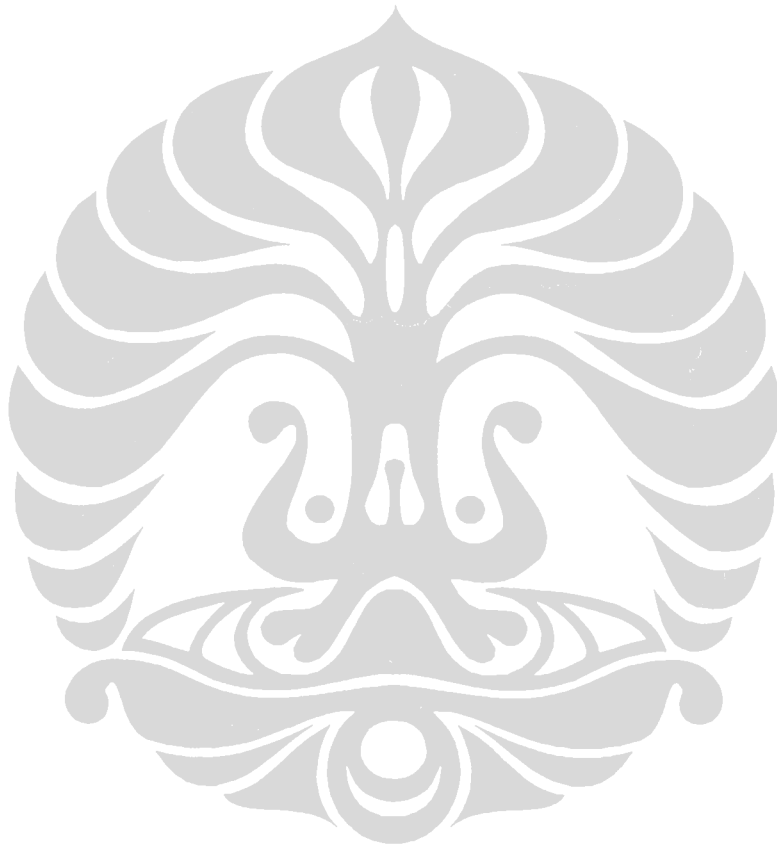
DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Variabel, Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur dan Skala Pengukuran	31
Tabel 4.1. Jumlah Sampel.....	35
Tabel 5.1. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Bayi.....	44
Tabel 5.2. Distribusi Responden Berdasarkan Umur dan Berat Badan Lahir Bayi.....	45
Tabel 5.3. Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Masa Gestasi, dan Paritas Ibu.....	45
Tabel 5.4. Distribusi Rata-rata Nilai Suhu Tubuh Bayi Prematur.....	46
Tabel 5.5. Distribusi Rata-rata Frekuensi Denyut Jantung Bayi Prematur.....	47
Tabel 5.6. Distribusi Rata-rata Saturasi Oksigen Bayi Prematur.....	49
Tabel 5.6. Distribusi Pengaruh PMK Terhadap Rata-rata Nilai Suhu Tubuh, Frekuensi Denyut Jantung, Saturasi Oksigen Bayi dan Kepercayaan Diri Ibu dalam Merawat Bayi Sebelum dan Sesudah PMK.....	50



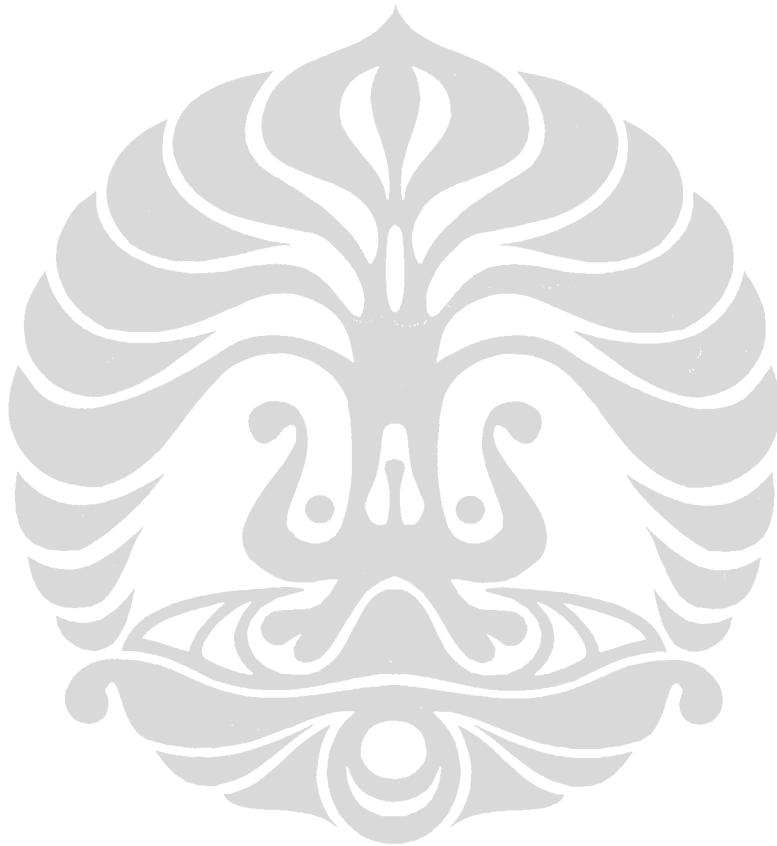
DAFTAR SKEMA

Skema 2.1. Kerangka Konsep Model Konservasi.....	27
Skema 2.2. Kerangka Teori	28
Skema 4.1. Desain Penelitian	32



DAFTAR GRAFIK

Grafik 5.1. Suhu Tubuh Bayi Prematur.....	47
Grafik 5.2. Frekuensi Denyut Jantung Bayi Prematur.....	48
Grafik 5.3. Saturasi Oksigen Bayi Prematur.....	49
Grafik 5.4. Kepercayaan Diri Ibu Dalam Merawat Bayi.....	52



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
Lampiran 2	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran 3	Instrumen Pengkajian Fungsi Fisiologis Bayi
Lampiran 4	Instrumen Pelaksanaan Metode Kanguru
Lampiran 5	Kuesioner Kepercayaan Diri Ibu
Lampiran 6	Lembar Konsultasi Proposal Tesis
Lampiran 7	Surat Izin Penelitian
Lampiran 8	Sertifikat PMK
Lampiran 9	Leaflet PMK
Lampiran 10	Jadwal Penelitian
Lampiran 11	Daftar Riwayat Hidup
Lampiran 12	Distribusi Rata-rata Suhu Tubuh, Frekuensi Denyut Jantung, Saturasi Oksigen pada Bayi Sebelum dan Sesudah Dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta April – Juni 2010
Lampiran 13	Distribusi Pengaruh PMK Terhadap Rata-rata Kepercayaan Diri Ibu Dalam Merawat Bayi di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta April –Juni 2010



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian bayi sudah menjadi masalah kesehatan global di seluruh dunia. Jumlah bayi yang meninggal diperkirakan mencapai 4 juta setiap tahunnya. Kematian bayi paling banyak terjadi di negara berkembang, yaitu sekitar 99% (Sloan, et al., 2008).

Jumlah angka kematian bayi pada suatu negara, akan menggambarkan keadaan kesehatan masyarakat negara itu. Data statistik bisa menampilkan secara jelas tentang banyaknya kematian bayi yang terjadi pada negara tersebut (The Lancet, 2008). Hasil penelusuran pada beberapa negara di dunia, ditemukan bahwa jumlah kematian bayi dalam setahun awal kehidupan dari 1000 kelahiran (*Infant Mortality Rate*) menunjukkan, Amerika Serikat menduduki rangking ke-27 (6.8), sedangkan negara yang memiliki angka kematian bayi terendah adalah Singapura (-) (Martin, Kung, Mathews, et al., 2008 dalam Hockenberry & Wilson, 2009).

Indonesia sebagai salah satu negara Asia, memiliki jumlah kematian bayi tertinggi di ASEAN. Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menyebutkan bahwa 401 bayi baru lahir di Indonesia meninggal sebelum berumur satu tahun setiap harinya, dan diperkirakan 10 bayi baru lahir meninggal setiap jamnya atau bayi baru lahir meninggal setiap 6 menit (Sulani, 2009).

Kelahiran prematur dan bayi dengan berat badan lahir rendah adalah penyebab terbesar angka kematian bayi, diikuti kejadian infeksi (Sloan, et al., 2008). Data dari Riskesdas (2007) menyatakan bahwa proporsi kematian

bayi berusia 0-6 hari di Indonesia sebesar 32,4% disebabkan oleh prematuritas (Sulani, 2009).

Insidensi prematur berbeda pada setiap negara. Negara maju seperti Eropa, insiden prematur berkisar antara 5 – 11%. Pada tahun 2000, sekitar satu dari sembilan bayi dilahirkan prematur di Amerika (11,9%), dan di Australia kejadiannya sekitar 7%. Pada negara yang sedang berkembang, angka kejadian prematur jauh lebih tinggi, misalnya di India berjumlah sekitar 30%, Afrika Selatan sebanyak sekitar 15%, Sudan sekitar 31%, dan Malaysia 10%. Indonesia memiliki angka kejadian prematuritas dan bayi berat badan lahir rendah sekitar 27,9% (Wijayanegara, et al., 2009).

Bayi yang lahir prematur, terutama dengan usia kehamilan < 32 minggu, mempunyai risiko kematian 70 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang lahir cukup bulan. Sekitar 75% kematian prenatal disebabkan oleh prematuritas. Sekitar seperlima bayi yang lahir di bawah usia 32 minggu tidak dapat bertahan hidup dalam tahun pertama, dibandingkan dengan 1% kematian bayi yang lahir dengan usia 33-36 minggu dan hanya sekitar 0,3% kematian pada bayi yang lahirnya cukup bulan (Wijayanegara, et al., 2009).

Hasil penelitian menyebutkan bahwa bayi prematur mempunyai kesulitan untuk beradaptasi dengan kehidupan ekstra uterin, akibat ketidakmatangan sistem organ tubuhnya seperti paru-paru, jantung, ginjal, hati, dan sistem pencernaannya. Bayi prematur secara umum belum mempunyai kematangan dalam sistem pertahanan tubuh untuk beradaptasi dengan lingkungan. Bayi prematur yang mempunyai berat badan lahir rendah cenderung mengalami hipotermi. Hal ini disebabkan karena tipisnya lemak subkutan pada bayi sehingga sangat mudah dipengaruhi oleh suhu lingkungan. Pada umumnya bayi prematur dan mempunyai berat badan lahir rendah harus, dirawat dalam inkubator (Priya, 2004).

Perawatan bayi dalam inkubator, menyebabkan adanya pemisahan ibu dengan bayi baru lahir. Kondisi ini, merupakan salah satu penyebab timbulnya kurang percaya diri ibu dalam merawat bayinya. Ibu yang memiliki bayi prematur atau kurang bulan ditemukan kurang percaya diri dalam merawat bayinya dibandingkan dengan ibu yang memiliki bayi cukup bulan (William, 1987 dalam Doxtator, 2003).

Perawatan bayi yang mengharuskan penggunaan inkubator, dirasakan cukup mahal. Selain itu, jumlah sarana penghangat bayi ini tidak seimbang dengan jumlah bayi yang lahir prematur. Dampak lain yang sangat nyata adalah terpisahnya bayi dan ibu, sedangkan bayi sangat membutuhkan sentuhan sebagai stimulus bagi perkembangannya. Kebutuhan mendasar bayi yang baru lahir adalah kasih sayang, sentuhan, keamanan dan kenyamanan. Sebuah inovasi yang mendekatkan bayi dan ibunya di ruang perawatan perinatalogi di rumah sakit adalah Perawatan Metode Kanguru atau PMK (Priya, 2004).

Keuntungan dari perawatan metode kanguru adalah antara lain bermanfaat bagi bayi dan orang tuanya. Manfaat bagi bayi yaitu keefektifan termoregulasi, frekuensi denyut jantung yang stabil, frekuensi nafas teratur termasuk menurunkan *apnea*, saturasi oksigen meningkat, penambahan berat badan dan perkembangan bayi lebih cepat, menurunkan tangisan, mendukung ASI eksklusif, memperlama tidur nyenyak dan lain-lain. Adapun manfaat yang dapat dirasakan oleh orang tua yaitu mempercepat *bonding*, menambah kepercayaan diri untuk merawat bayinya yang kecil, meningkatnya produksi ASI, menurunkan biaya perawatan rumah sakit, menghilangkan perasaan terpisah dan ketidakmampuan, serta orang tua merasakan kepuasan karena sudah berpartisipasi dalam merawat bayinya (Priya, 2004).

Penelitian terkait PMK, diantaranya yaitu penelitian yang membandingkan antara perawatan metode kanguru dengan perawatan konvensional terhadap bayi prematur dan mempunyai berat badan lahir rendah. Hasil penelitiannya menyebutkan bahwa frekuensi nafas, suhu tubuh, dan saturasi oksigen lebih baik pada bayi yang menjalani perawatan metode kanguru dibandingkan dengan bayi yang tidak dilakukan PMK (Ali, et al., 2009).

Penelitian lainnya dilakukan dengan membandingkan antara ibu yang melakukan PMK dengan ibu yang tidak melakukan PMK. Hasil penelitian menemukan, ibu yang melakukan perawatan metode kanguru merasa lebih percaya diri dalam merawat bayinya dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan perawatan metode kanguru. Perawatan metode kanguru juga meningkatkan kedekatan ibu dengan bayinya, mengurangi perasaan stres pada ibu sebagaimana halnya pada bayi, serta membuat ibu dan bayi lebih tenang dan rileks (Tessier, et al., 1998 dalam PERINASIA, 2003).

Perawatan metode kanguru dapat dilakukan ibu pada bayinya yang prematur dengan pengarahan dari perawat. Kepercayaan diri ibu akan membaik seiring dengan peningkatan kemampuan ibu dalam merawat bayinya. Ibu yang telah melahirkan bayi prematur mengatakan bahwa terdapat perasaan tidak mampu memberikan perawatan yang adekuat, oleh karena itu diperlukan pengetahuan dan keterampilan untuk meningkatkan kepercayaan dirinya (Bobak, Lowdermik, & Jensen, 2005). Rasa percaya diri ibu dalam merawat bayi diperlukan, agar terbinanya hubungan yang positif antara ibu dan bayi, sehingga tumbuh kembang bayi dapat optimal (Badr, 2005).

Wawancara dilakukan bulan November 2009, pada 2 orang ibu yang bayinya prematur dan dirawat dalam inkubator dalam ruangan Perinatalogi. Salah seorang ibu mengatakan masih takut untuk menggendong bayinya yang mempunyai berat badan relatif kecil

dibandingkan dengan berat bayi yang lahir cukup bulan. Ibu yang satunya lagi menyatakan merasa sedih, karena hanya bisa memandangi bayinya melalui inkubator. Peneliti menanyakan kepada ibu-ibu tersebut tentang perawatan metode kanguru atau PMK. Ibu mengaku sudah pernah mendengar sekilas dari teman atau saudaranya, akan tetapi belum mengetahui secara detail cara melakukan dan manfaatnya. Penjelasan tentang PMK disambut antusias oleh ibu, sehingga menyatakan keinginannya untuk melakukan PMK.

Perawatan kanguru sudah dikenal di Indonesia termasuk di Rumah Sakit Anak dan Bunda (RSAB) Harapan Kita dan Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati di Jakarta. PMK sudah dilaksanakan di ruangan Perinatalogi di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati. Rumah sakit menyediakan baju khusus PMK bagi ibu yang akan melakukan PMK. Studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Januari 2010, didapatkan data jumlah kelahiran bayi prematur dan bayi berat lahir rendah di RSAB mengalami peningkatan dari tahun 2008 berjumlah 168 dan pada tahun 2009 berjumlah 221, dengan rata-rata 14-16 bayi setiap bulannya.

Data dari ruangan perinatalogi RSUP Fatmawati diketahui bahwa jumlah bayi prematur dan berat badan lahir rendah mengalami peningkatan, yaitu pada Januari 2010 berjumlah 31% dari seluruh bayi yang dirawat di ruang Perinatalogi adalah bayi prematur dan BBLR dan bulan Februari 2010 berjumlah 38%. Rata-rata 26-30 bayi prematur dan BBLR dirawat dalam sebulan di RSUP Fatmawati Jakarta.

Menurut Dokter Spesialis Anak Bidang Perinatologi RSCM Rinawati, estimasi kelahiran bayi dengan kondisi BBLR (dibawah 2,500 gram) mencapai 12-17 persen dari total kelahiran di rumah sakit. Dari

jumlah tersebut dua pertiganya merupakan bayi yang lahir prematur (Vedder, 2008).

Perawatan metode kanguru mempunyai manfaat yang besar bagi bayi prematur dan keluarga khususnya bagi ibu, membuat peneliti tertarik untuk menggali lebih dalam tentang “Pengaruh perawatan metode kanguru terhadap fungsi fisiologis bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi di dua Rumah Sakit di Jakarta.”

1.2 Rumusan Masalah

Indonesia memiliki jumlah angka kematian bayi tertinggi di ASEAN. Penyebab kematian terbesar adalah prematur dan bayi berat lahir rendah (BBLR). Bayi prematur yang mempunyai berat badan lahir rendah ini biasanya harus dirawat dalam inkubator, untuk mempertahankan suhu tubuhnya yang cenderung mengalami hipothermi dan mempertahankan fungsi fisiologis lainnya.

Ibu yang memiliki bayi prematur atau kurang bulan ditemukan kurang percaya diri dalam merawat bayinya dibandingkan dengan ibu yang memiliki bayi cukup bulan. Kurang percaya diri pada ibu terutama disebabkan oleh karena terpisahnya ibu dari bayinya (William, 1987 dalam Doxtator, 2003).

Sebuah inovasi yang mendekatkan bayi dan ibunya di ruang perawatan perinatalogi di rumah sakit adalah Perawatan Metode Kanguru (PMK). Beberapa penelitian mengidentifikasi manfaat PMK bagi ibu dan bayi, sehubungan dengan itu, peneliti tertarik untuk meneliti pengaruh perawatan metode kanguru pada fungsi fisiologis bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi di dua rumah sakit di Jakarta.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum:

Diidentifikasikannya pengaruh perawatan metode kanguru terhadap fungsi fisiologis bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi di dua rumah sakit di Jakarta.

1.3.2 Tujuan khusus:

1. Teridentifikasinya gambaran karakteristik ibu dan bayi yang menjadi responden penelitian.
2. Teridentifikasinya perbedaan suhu tubuh pada bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru.
3. Teridentifikasinya perbedaan frekuensi denyut jantung pada bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru.
4. Teridentifikasinya perbedaan saturasi oksigen pada bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru.
5. Teridentifikasinya perbedaan kepercayaan diri ibu sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru.
6. Teridentifikasinya perbedaan antara suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen, sebelum dan sesudah melakukan PMK pada hari I, II, dan III.

1.4 Manfaat

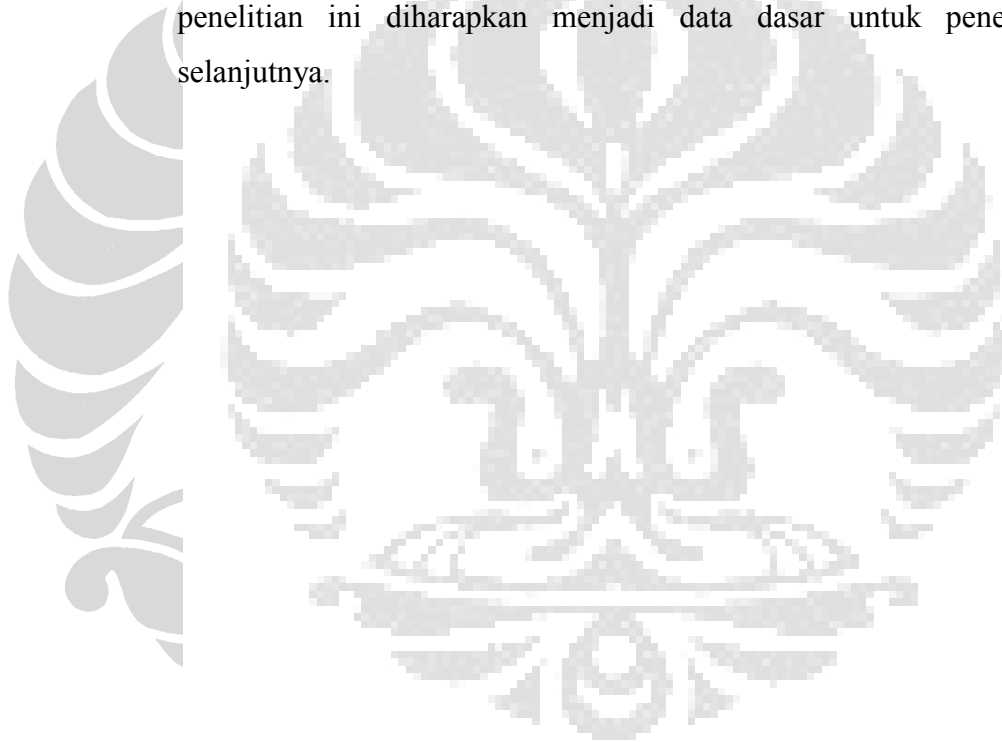
1.4.1 Bagi pelayanan keperawatan

Perawatan metode kanguru pada bayi prematur merupakan bagian dari tindakan mandiri perawat. Informasi hasil penelitian, dapat menjadi masukan dalam manajemen asuhan keperawatan, khususnya pada bayi prematur. Diharapkan kualitas asuhan keperawatan pada

neonatus khususnya prematur menjadi lebih baik, dan secara tidak langsung akan meningkatkan kualitas hidup klien.

1.4.2 Bagi pendidikan keperawatan

Keperawatan sebagai profesi, yang didukung oleh pengetahuan yang kokoh, perlu terus melakukan berbagai penelitian terkait praktek keperawatan yang akan memperkaya khasanah ilmu pengetahuan keperawatan. Hasil penelitian diharapkan memperkaya literatur keperawatan, khususnya perawatan metode kanguru. Selain itu, hasil penelitian ini diharapkan menjadi data dasar untuk penelitian selanjutnya.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Bayi Prematur

Usia kehamilan merupakan salah satu prediktor penting bagi kelangsungan hidup janin dan kualitas hidupnya. Umumnya kehamilan disebut cukup bulan bila berlangsung antara 37- 41 minggu, yang dihitung dari hari pertama siklus haid hari terakhir pada siklus 28 hari (Wijayanegara, et al., 2009).

Kelahiran prematur adalah persalinan yang terjadi sebelum janin genap berusia 37 minggu. Pada tahun 1948, WHO menetapkan prematuritas sebagai berat badan lahir 2500 gram atau kurang. Saat ini definisi WHO untuk persalinan prematur adalah persalinan yang terjadi antara kehamilan 20 minggu sampai dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu (Wijayanegara, et al., 2009). Bayi baru lahir dengan umur kehamilan 37 minggu atau kurang saat kelahiran disebut dengan bayi prematur (Hockenberry, 2009).

Bayi yang lahir prematur dengan masa gestasi < 32 minggu, mempunyai risiko kematian 70 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang lahir cukup bulan. Hal ini disebabkan bayi prematur mempunyai kesulitan untuk beradaptasi dengan kehidupan ekstra uterin, akibat ketidakmatangan sistem organ tubuhnya seperti paru-paru, jantung, ginjal, hati, dan sistem pencernaannya (Wijayanegara, et al., 2009).

Problem klinis lebih sering terjadi pada bayi prematur dibandingkan dengan pada bayi lahir normal. Prematuritas menimbulkan imaturitas perkembangan dan fungsi sistem, membatasi kemampuan bayi untuk melakukan koping terhadap masalah penyakit.

Bayi prematur dapat bertahan hidup tergantung pada berat badannya, umur kehamilan, dan penyakit atau abnormalitas. Fungsi fisiologis yang normal pada bayi prematur adalah tugas perkembangan pertamanya setelah lahir ke dunia (Gorski, Davison, & Brazelton, 1979 dalam Dodd, 2003).

Menurut berat badan lahir, maka bayi prematur dibagi dalam kelompok :

1. Berat badan bayi 1500 – 2500 gram disebut bayi dengan berat badan lahir rendah.
2. Berat badan bayi 1000 – 1500 gram disebut bayi dengan berat badan lahir sangat rendah.
3. Berat badan bayi < 1000 gram disebut bayi dengan berat badan lahir ekstrim rendah (Wijayanegara, et al., 2009).

Faktor resiko terjadinya kelahiran bayi prematur diantaranya adalah faktor usia ibu. Wanita yang berusia > 35 tahun akan meningkatkan resikonya mengalami persalinan prematur, 64% peningkatan kejadian persalinan prematur pada wanita Itali yang berusia 35 tahun atau lebih, terutama pada kehamilan pertama (Astolfi & Zonda dalam Wijayanegara, et al., 2009).

Ada beberapa permasalahan yang bisa timbul pada bayi prematur/ berat badan lahir rendah ini, yaitu sebagai berikut:

2.1.1 Suhu Tubuh

Suhu tubuh normal pada bayi baru lahir yang diukur pada aksila adalah 36,5-37,5°C, sedangkan suhu ruangan dipertahankan 24-26°C (WHO, 2009). Salah satu ciri bayi prematur dengan berat badan lahir rendah ini adalah mempunyai suhu tubuh yang tidak stabil dan cenderung mengalami hipotermia (suhu < 36,5°C). Stres dingin dapat meningkatkan angka kematian dan menghambat pertumbuhan, sedangkan hipertemia dan suhu tubuh berfluktuasi dapat menimbulkan *apneu*.

Suhu tubuh yang cenderung hipotermia disebabkan oleh produksi panas yang kurang dan kehilangan panas yang tinggi. Panas kurang diproduksi karena sirkulasi yang belum sempurna, respirasi masih lemah, konsumsi oksigen yang rendah, otot yang belum aktif, serta asupan makan yang kurang. Mekanisme kehilangan panas pada bayi dapat terjadi melalui konduksi, evaporasi, konveksi, dan radiasi (PERINASIA, 2003).

Hipotermia dapat mengakibatkan komplikasi jangka pendek berupa asidosis, hipoglikemia, dan gangguan pembekuan darah serta peningkatan resiko untuk distress pernafasan. Hipotermia yang terjadi secara terus-menerus atau berkelanjutan ini dapat menimbulkan terjadinya edema, sklera, perdarahan hebat, dan ikterus (PERINASIA, 2003).

Menjaga dan mempertahankan suhu lingkungan yang hangat pada bayi prematur sangat dibutuhkan untuk efisiensi metabolisme tubuh yang diukur melalui pengurangan kalori dan konsumsi oksigen. Penurunan kalori dan asupan oksigen pada pengontrolan suhu tubuh akan memperbaiki perubahan fisiologis, dan mengakibatkan pertumbuhan yang lebih cepat pada bayi.

2.1.2 Frekuensi denyut jantung

Frekuensi jantung bayi normal dalam keadaan tidur adalah berkisar antara 80-160 x/menit, sedangkan dalam keadaan tidak tidur adalah sekitar 100-180 x/menit. Bayi yang sedang demam atau *exercise* mempunyai frekuensi denyut jantung lebih dari 220 x/menit (Hockenberry & Wilson, 2009).

Pengukuran dan pencatatan frekuensi denyut jantung pada bayi prematur diperlukan untuk melihat adanya bradikardi, yang bisa menyebabkan

terjadinya apnea akibat immaturnya fungsi CNS pernafasan. Frekuensi denyut jantung pada bayi prematur bertanggung jawab untuk mempertahankan *cardiac output*. *Cardiac output* yang tidak adekuat, akan mengakibatkan insufisiensi pertukaran oksigen, zat nutrisi dan sisa, metabolisme tubuh kurang efisien, terganggunya fungsi fisiologis tubuh, bisa terjadi kurang terkontrolnya fungsi persyarafan CNS (Dodd, 2003).

2.1.3 Saturasi Oksigen

Oksigen adalah sumber bahan bakar untuk keperluan metabolisme terutama kebutuhan otak. Oksigen saturasi adalah suatu pengukuran non invasif tapi terlihat nyata bagi bayi prematur. Terjadinya kekurangan oksigen akan menjadi ancaman yang serius bagi metabolisme dan fungsi fisiologis, yang bisa mengakibatkan kurang optimalnya fungsi jantung dan menimbulkan kerusakan jaringan sebelum akhirnya meninggal. Secara klinis, saturasi oksigen normal berkisar 90-98%. Selain itu pemantauan saturasi oksigen berarti mencegah terjadinya *retinopathy* bagi bayi prematur. Oksigen harus diberikan bila saturasi oksigen dibawah 90% (WHO, 2009).

Hasil penelitian melaporkan PMK menjaga kestabilan saturasi oksigen. PMK secara signifikan mengurangi frekuensi nafas dan meningkatkan saturasi oksigen. Hal ini bisa disebabkan oleh posisi bayi yang tegak, sehingga dipengaruhi oleh gravitasi bumi dan berefek pada ventilasi dan perfusi. Jadi posisi tegak mengoptimalkan fungsi respirasi (Ali, et al., 2009).

2.2 Ibu

Faktor ibu adalah salah satu faktor resiko terjadinya kelahiran prematur. Terdapat beberapa karakteristik ibu yang ternyata berhubungan dengan meningkatnya kejadian kelahiran prematur, antara lain usia ibu dan paritas.

2.2.1 Usia ibu

Remaja yang hamil pada saat berusia kurang dari 16 tahun, terutama remaja yang hamil dalam masa kurang 2 tahun semenjak haid pertamanya, akan meningkatkan kejadian kelahiran prematur pada masa gestasi kurang dari 33 minggu. Selain itu, wanita yang berusia lebih dari 35 tahun juga beresiko untuk terjadinya kelahiran prematur. Penelitian menyebutkan bahwa 64% peningkatan terjadinya kelahiran prematur pada populasi wanita Itali yang berusia 35 tahun atau lebih, terutama pada kehamilan yang pertama (Wijayanegara, et al., 2009).

2.2.2 Paritas

Kelahiran prematur lebih sering terjadi pada kehamilan pertama. Kejadiannya akan berkurang dengan meningkatnya jumlah paritas yang cukup bulan sampai anak keempat. Penelitian dalam populasi besar di Abu Dhabi menunjukkan tidak ada perbedaan jumlah paritas dengan kelahiran prematur sampai paritas ke-5, namun pada paritas lebih dari 10, ternyata kejadian kelahiran prematur meningkat (Wijayanegara, et al., 2009).

Hasil penelitian lain menyebutkan bahwa rata-rata paritas ibu yang mempunyai bayi prematur adalah 2 anak. Responden pada penelitian tersebut berjumlah sebanyak 25 orang ibu (Wilhem, 2005).

2.2.3 Masa Gestasi

Menurut masa gestasi atau usia kehamilannya, maka klasifikasi kelahiran prematur adalah sebagai berikut (Wijayanegara, et al., 2009):

1. Masa gestasi 32 – 36 minggu disebut kelahiran prematur.
2. Masa gestasi 28 – 32 minggu disebut sangat prematur.
3. Masa gestasi antara 20 – 27 minggu disebut ekstrim prematur.

Hasil penelitian ini menyebutkan rata-rata masa gestasi ibu yang mempunyai bayi prematur adalah 32 minggu. Jumlah responden pada penelitian ini adalah 25 bayi prematur (Wilhem, 2005). Penelitian lain yang melihat perbandingan antara PMK dan perawatan tradisional terhadap perkembangan bayi prematur. Rata-rata masa gestasi dari 146 responden, adalah 31 minggu (Feldman, et al., 2002).

Penelitian lain menyebutkan, masa gestasi mempunyai hubungan yang bermakna terhadap peningkatan kepercayaan ibu dalam merawat bayi prematur. Penelitian dilakukan pada 110 ibu yang mempunyai bayi prematur di Taiwan (Su-Min, et al., 1999 dalam Badr, 2005).

2.3 Perawatan Metode Kanguru

2.3.1 Definisi

Perawatan Metode Kanguru (PMK) adalah suatu metode perawatan bayi baru lahir dengan meletakkan bayi di antara kedua payudara ibu sehingga terjadi kontak langsung kulit ibu dengan kulit bayi (Arora, 2008). Pengertian lain tentang PMK adalah cara merawat bayi dalam keadaan telanjang (hanya memakai popok dan topi), diletakkan secara tegak/ vertikal didada antara kedua payudara ibunya (ibunya telanjang dada), kemudian diselimuti. Dengan demikian, terjadi kontak kulit bayi dan ibu secara kontinyu dan bayi

memperoleh panas (sesuai suhu ibunya) melalui proses konduksi (PERINASIA, 2003).

PMK dapat dilakukan dengan 2 (dua) cara, yaitu secara terus menerus dalam 24 jam atau yang disebut juga dengan secara kontinyu dan secara intermiten atau disebut juga dengan cara selang-seling. PMK disarankan untuk dilakukan secara kontinyu, akan tetapi pada rumah sakit yang tidak menyediakan fasilitas rawat gabung, bisa menggunakan PMK secara intermiten. Pelaksanaan PMK secara intermiten juga memberikan manfaat sebagai pelengkap perawatan konvensional atau inkubator (PERINASIA, 2003).

Dengan demikian, PMK adalah cara merawat bayi oleh ibu, dengan menggunakan baju yang didesain khusus untuk meletakkan bayi di dada ibu sehingga terjadi kontak langsung kulit dengan kulit. Bayi hanya menggunakan diapers dan topi. Pelaksanaan PMK minimal 60 menit dengan frekuensi yang disesuaikan dengan keinginan ibu, dilakukan dengan cara intermiten.

2.3.2 Manfaat PMK

2.3.2.1 Manfaat PMK bagi bayi

Manfaat PMK bagi bayi adalah keefektifan termoregulasi, frekuensi denyut jantung yang stabil, pola nafas teratur, menurunkan kejadian *apnea*, meningkatkan saturasi O₂, mempercepat perkembangan otak serta penambahan berat badan. Adapun manfaat yang lainnya yaitu dapat mengurangi pergerakan yang tidak perlu, menurunkan tangisan, mendukung ASI eksklusif, memperlama tidur nyenyak, proses pemberian ASI lebih baik, mempercepat bayi keluar dari inkubator,

memperpendek hari rawat dan meningkatkan kemampuan untuk bertahan hidup (Priya, 2004).

Manfaat yang dirasakan bagi bayi yaitu dapat menyenangkan bagi kelima indera bayi. Bayi merasakan kehangatan (sentuhan) dari ibu, mendengarkan suara dan frekuensi denyut jantung ibu (pendengaran), menyusui ASI (pencegapan), kontak mata dengan ibu (penglihatan) dan mencium aroma tubuh ibu atau penciuman (Arora, 2008).

2.3.2.2 Manfaat PMK bagi ibu

Manfaat yang dapat dirasakan oleh orang tua yaitu mempercepat *bonding*, menambah kepercayaan diri untuk merawat bayinya yang kecil, meningkatnya produksi ASI, menurunkan biaya perawatan di RS, menghilangkan perasaan terpisah serta ketidakmampuan dan orang tua merasakan kepuasan karena sudah berpartisipasi dalam merawat bayinya (Priya, 2004).

Perawatan metode kanguru dapat dilakukan ibu pada bayinya yang prematur dengan pengarahan dari perawat. Kepercayaan diri ibu akan membaik seiring dengan peningkatan kemampuan ibu dalam merawat bayinya. Ibu yang memiliki bayi prematur mengatakan bahwa mereka merasa tidak mampu memberikan perawatan yang adekuat, oleh karena itu ibu perlu untuk meningkatkan kepercayaan dirinya (Bobak, 2005). Rasa percaya diri ibu dalam merawat bayinya diperlukan agar terwujudnya adaptasi yang baik dari orang tua dan terbinanya hubungan yang positif antara ibu dan bayi (Badr, 2005).

Manfaat PMK bagi ibu lainnya, yaitu ibu merasakan produksi ASI bertambah, ibu merasa tidak perlu lagi merebus air untuk menghangatkan bayi. Ibu menyatakan pasangan atau suami mendukung untuk pelaksanaan PMK, ibu menyatakan pertumbuhan bayi menjadi lebih baik (PERINASIA, 2003).

2.3.2.3 Manfaat PMK bagi petugas kesehatan

Bagi petugas kesehatan, manfaat yang dirasakan yaitu dari segi efisien tenaga, karena ibu lebih banyak merawat bayinya sendiri. Dengan demikian kebutuhan petugas akan berkurang. Bahkan petugas justru dapat melakukan tugas lain yang lebih memerlukan perhatian petugas misalnya monitoring kegawatan pada bayi dan memberikan dukungan kepada ibu dalam menerapkan PMK (Cataneo, Davanco, Bergman, et al., 1998 dalam PERINASIA, 2003).

2.3.2.4 Manfaat PMK bagi institusi kesehatan, klinik, RS

Manfaat bagi institusi kesehatan, klinik, RS, yaitu lama perawatan ibu lebih pendek sehingga ibu cepat pulang dari fasilitas kesehatan. Dengan demikian, tempat tersebut dapat digunakan bagi klien lain yang memerlukan (*turn over* meningkat). Manfaat lain yang dikemukakan adalah pengurangan penggunaan fasilitas sehingga dapat membantu efisiensi anggaran (Cattaneo, Davanco dan Bergman, 1998). Dengan naiknya *turn over* serta efisiensi anggaran diharapkan kenaikan penghasilan bagi institusi kesehatan, klinik, RS (PERINASIA, 2003).

2.3.3 Penerapan PMK

Penerapan PMK dilakukan dengan memperhatikan beberapa hal berikut, yaitu :

1. Secara umum, bayi akan stabil secara fisiologis pada suhu tubuh $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$.
2. Jika ada masalah *apnea* atau bradikardia, masalah itu harus hilang sendiri atau hanya memerlukan stimulasi ringan.
3. Bayi yang menerima terapi sinar dapat diikutsertakan dengan mengeluarkannya dari terapi sinar untuk waktu singkat.
4. Dalam situasi khusus, bayi yang memerlukan oksigen, atau bahkan bantuan ventilasi dapat menerima asuhan ini dengan baik (Indrasanto, et al., 2008).

2.3.4 Pedoman Tata Laksana

Pedoman tata laksana menurut Indrasanto dkk (2008) adalah sebagai berikut :

1. Dokter dan perawat harus menentukan bayi yang mendapatkan PMK dan memberikan informasi yang cukup kepada orang tua tentang metode kanguru.
2. Setiap orang yang terlibat merasa nyaman atau tidak canggung dan mendukung keputusan untuk menerapkan PMK.
3. Suhu tubuh bayi minimal 36°C .
4. Monitoring pada suhu kulit tidak perlu dilepaskan dari tubuh bayi, demikian juga dengan semua kawat monitor, jalur IV, dan selang untuk respirasi harus dieratkan dan aman untuk neonatus.
5. Bayi tidak perlu menggunakan pakaian kecuali popok dan topi.
6. Menganjurkan ibu menggunakan baju dengan bukaan depan atau gaun penutup dan memberikan sebanyak mungkin privasi dan ketenangan. Ayah juga bisa memeluk bayi dengan cara ini.
7. Setelah bayi dipindahkan dengan baik ke orang tua, tanda vital bayi dan status oksigenasi harus dipantau selama PMK.

8. Bayi harus dikembalikan ke inkubator jika terdapat tanda stres yang menetap termasuk takipnea, takikardi, ketidakstabilan suhu tubuh, atau desaturasi oksigen.
9. Lama PMK pada masing-masing bayi bergantung kepada keadaan bayi dan kenyamanan orang tua, minimal 1 jam untuk mendapatkan manfaatnya (Indrasanto, et al., 2008).

2.4 Pengaruh PMK pada Fungsi Fisiologis Bayi

2.4.1 Pengaruh PMK pada Suhu Tubuh bayi.

Panas tubuh ibu akan berpindah melalui kontak kulit dari dada ibu ke kulit tubuh bayi, sehingga menjaga bayi tetap hangat. Selimut atau penutup tubuh ibu dan bayi, diharapkan dapat menjaga bayi dari suhu lingkungan sekitarnya (Dodd, 2003). Penelitian lain juga menyebutkan bahwa PMK mempengaruhi stabilitas pengukuran suhu tubuh, frekuensi jantung, respirasi, dan saturasi oksigen (Anderson, 1991; Ludington-Hoe, et al., 1996 dalam Dodd, 2003).

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa PMK sangat baik untuk mencegah bayi prematur jatuh ke dalam kondisi hipotermia. Observasi perubahan suhu tubuh pada bayi prematur sangat dianjurkan, karena ada kemungkinan bayi menjadi kepanasan. Bayi prematur yang kepanasan akan mengakibatkan peningkatan metabolisme dan asupan oksigen, penurunan efisiensi metabolisme, dan mempengaruhi kestabilan fisiologis tubuh (Ibe, et al., 2004).

Penelitian yang telah meneliti tentang pelaksanaan PMK selama rata-rata 25 hari pada 114 responden, menyatakan bahwa suhu tubuh bayi yang dilakukan PMK, mengalami peningkatan yang bermakna ($p < 0.001$, $\alpha = 0.05$). PMK dilakukan rata-rata 6 jam sehari pada setiap responden (Ali, et al., 2009).

Penelitian lain menyebutkan bahwa ditemukannya kenaikan suhu tubuh bayi prematur setelah dilakukan PMK selama 1 jam, rata-rata kenaikan suhu tubuh sebesar $0,3^{\circ}\text{C}$ dengan $p < 0,01$. Penelitian ini dilakukan pada 16 responden (Begum, et al., 2008).

Hasil penelitian juga menunjukkan, bahwa ibu mampu mengontrol suhu tubuh bayi lebih baik daripada inkubator. Menurut Bergman, PMK dapat menyebabkan suhu tubuh bayi bisa meningkat 2°C jika bayi kedinginan dan dapat menurunkan 1°C jika bayi kepanasan (Shetty, 2007).

Penelitian tentang efektifitas PMK, menyebutkan bahwa manfaat PMK adalah stabilisasi suhu tubuh, frekuensi denyut jantung dan perilaku bayi lebih baik, misalnya tangisan bayi berkurang dan sewaktu bangun terlihat lebih waspada (Suradi & Yanuarso, 2000 dalam PERINASIA, 2003). Penelitian lain juga menyebutkan PMK bermanfaat untuk kestabilan frekuensi denyut jantung. Kestabilan frekuensi denyut jantung ini dinilai dari PMK dapat menaikkan frekuensi denyut jantung dan menurunkan terjadinya bradikardi, dengan nilai $p = 0.00$ ($\alpha=0.05$) (Priya, 2004).

2.4.2 Pengaruh PMK pada frekuensi denyut jantung

Penelitian yang menggunakan alat monitor kontinu, menemukan bahwa selama perawatan menggunakan metode kanguru, laju frekuensi denyut jantung bayi relatif stabil dan konstan (Ludington-Hoe, et al., dalam PERINASIA, 2003). Hasil penelitian lain yang menggunakan *pneumokardiogram* menemukan pola respirasi dan frekuensi denyut jantung bayi selama perawatan metode kanguru lebih stabil dibanding perawatan dalam boks atau perawatan konvensional (PERINASIA, 2003).

PMK selain bermanfaat untuk bayi, juga bermanfaat untuk orang tua. Ibu yang melakukan PMK secara bermakna dapat merasakan stresnya berkurang, meningkatkan rasa percaya diri, dan merasakan kepuasan tersendiri karena telah melakukan sesuatu yang positif buat bayinya yang lahir prematur dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan PMK (Arora, 2008).

PMK dilakukan selama 1,5 jam terbukti meningkatkan frekuensi denyut jantung sebelum dan sesudah PMK pada 53 responden. Penelitian ini dilakukan dengan metode *one-group, pretest* dan *posttest* (Fohe, et al., 2000 dalam Dodd, 2003).

2.4.3 Pengaruh PMK pada saturasi oksigen

Hasil penelitian menyebutkan bahwa PMK dapat menaikkan level saturasi oksigen secara signifikan dengan ($p = 0.000$ $\alpha=0.05$). Responden pada penelitian ini adalah 30 bayi yang mempunyai berat badan lahir rendah (Priya, 2004).

Hasil penelitian lain juga melaporkan PMK menjaga kestabilan saturasi oksigen. PMK secara bermakna mengurangi frekuensi nafas dan meningkatkan saturasi oksigen. Hal ini dapat disebabkan oleh posisi bayi yang tegak, sehingga dipengaruhi oleh gravitasi bumi dan berefek pada ventilasi dan perfusi. Posisi tegak mengoptimalkan fungsi respirasi (Ali, et al., 2009).

Berbeda dengan hasil penelitian Priya (2004), Fischer, et al. (1998) dalam Dodd (2003) tidak menemukan perbedaan saturasi oksigen bayi sebelum dan sesudah PMK, pada 20 responden.

Hasil penelitian lain menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan saturasi oksigen sebelum dan sesudah PMK pada saturasi oksigen bayi dengan berat badan lahir rendah. Jumlah respondennya 15 bayi dengan berat badan lahir rendah, yaitu < 1800 gram (Mooncey, et al., 1997 dalam Dodds, 2003).

2.5 Kepercayaan Diri Ibu

Kepercayaan diri ibu didefinisikan sebagai persepsi ibu tentang kemampuannya untuk merawat dan memahami bayinya (Gross dan Rocissaro, 1998; Merecer, 1981; Walker, Crain, & Thomson, 1986 dalam Badr, 2005). Definisi yang lainnya yaitu percaya diri adalah merupakan keyakinan ibu terhadap kemampuannya untuk merencanakan dan melaksanakan perawatan pada bayinya. Jadi kepercayaan diri akan membaik seiring dengan peningkatan kemampuan seorang ibu dalam merawat bayinya yang prematur (Bobak, Lowdermik, & Jensen, 2005).

Beberapa hasil penelitian menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan dengan kepercayaan diri ibu, yaitu kelahiran bayi yang prematur, stres pada ibu, dukungan sosial, temperamen dan *mood* bayi (Bullock & Pridham, 1988; Cutrona & Trouman, 1986; East, Matthews & Felice, 1994; Hayman, 1998; Sepa, Frodi, & Ludvigsson, 2004; Tseng, Hsu, & Chen, 1998 dalam Badr, 2005). Penelitian lain menyebutkan bahwa dukungan sosial, pengalaman yang lalu dengan bayi, dan pembelajaran untuk keterampilan menjadi orang tua dapat meningkatkan kepercayaan diri seorang ibu (Badr, 2005). Hasil penelitian menyebutkan bahwa PMK dapat menimbulkan rasa percaya diri ibu dalam kemampuannya untuk merawat bayinya sendiri (Affonso, et al., 1989 dalam Dodd, 2003).

Penelitian menyebutkan bahwa ibu yang melakukan perawatan metode kanguru merasa lebih percaya diri dalam merawat bayinya dibandingkan

dengan ibu yang tidak melakukan perawatan metode kanguru. Perawatan metode kanguru juga meningkatkan kedekatan ibu dengan bayinya, mengurangi perasaan stres pada ibu sebagaimana pada bayi, serta membuat ibu dan bayi lebih tenang dan rileks. Semakin dini metode kanguru diterapkan maka hasilnya semakin baik (Tessier, et al., 1998 dalam PERINASIA, 2003).

Hasil penelitian lain, menyebutkan bahwa PMK dapat menimbulkan rasa percaya diri ibu dalam kemampuannya untuk merawat bayinya sendiri. Percaya diri seorang ibu dalam merawat bayi, bisa muncul ketika ibu mampu mengatur perawatan bayi, dan memahami keinginan bayinya yang lahir prematur. Kontak ibu dan bayi merupakan elemen penting dalam pertumbuhan dan perkembangan bayi prematur (Dodd, 2003). Hasil penelitian tersebut sesuai dengan pendapat lain yaitu interaksi ibu dengan bayi secara terus menerus akan berpengaruh terhadap perasaan ibu untuk percaya diri dalam merawat bayinya (Kapp, 1998 dalam Bobak, et al., 2005).

Kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai orang tua menjadi terganggu ketika ibu merasa bahwa dia tidak memahami perkembangan bayinya atau merasa bahwa anaknya tidak berespon terhadap dirinya (Ruchala & James, 1997; Secco, et al., 2002; Steel, et al., 2003 dalam Badr, 2005). Rasa percaya diri ibu dalam merawat bayi merupakan motor penggerak untuk terbentuknya suatu hubungan yang sehat antara ibu dan bayi, dan bisa terjadi hambatan apabila ibu merasa tidak kompeten atau merasa tidak yakin terhadap tugas dan peran ibu itu sendiri (Pridham, Chang, & Hansen, 1987; Tarkka, 2003; Williams, et al., 1987; Zahr & Cole, 1991 dalam Badr, 2005).

Hasil riset mencatat bahwa persentase terjadinya kegagalan berkembang pada bayi disebabkan oleh terpisahnya seorang bayi dari ibu dalam periode yang relatif lama karena penyakit atau karena lahir prematur (Klaus & Kennel, 1982 dalam Bobak, 2005). Penemuan Drs Rey dan Martinez pada tahun 1978

tentang perawatan metode kanguru di Bogota Colombia, merupakan suatu pencerahan bagi hubungan ibu dan bayinya. Hubungan ibu dan bayi bisa menjadi positif, oleh karena kontak dini yang dilakukan pada bayi yang lahir prematur. Kontak ibu dan bayi merupakan elemen penting dalam pertumbuhan dan perkembangan bayi prematur (Dodd, 2003).

PMK mempengaruhi perkembangan bayi prematur, dengan membentuk hubungan yang positif antara ibu dan bayi prematur, yang ditunjukkan oleh sentuhan, adaptasi ibu terhadap kebutuhan bayi, dan bayi menunjukkan respon lebih aktif dan menampilkan wajah senang lebih banyak dari sebelumnya (Feldman, 2002). Hasil penelitian tersebut sesuai dengan pendapat yang lain yaitu interaksi ibu dengan bayi secara terus menerus akan berpengaruh terhadap perasaan ibu untuk percaya diri dalam merawat bayinya, sehingga melengkapi keinginannya untuk berperilaku *caring* sebagai seorang ibu (Kapp, 1998 dalam Bobak, Lowdermik, & Jensen, 2005). Ibu yang tidak percaya diri dengan kemampuannya untuk merawat bayinya pada periode awal setelah melahirkan akan menjadikan pengalaman yang negatif sebagai seorang ibu dan akan menjadikannya merasa tidak *adequate* untuk merawat bayinya (Bobak, Lowdermik, & Jensen, 2005).

2.6 Aplikasi Model Konsep Konservasi

Model konservasi mempunyai tiga konsep mayor yaitu *wholeness*, adaptasi dan konservasi. Tujuan pada model ini adalah mempertahankan *wholeness* dengan menggunakan prinsip konservasi. Model ini akan memberikan panduan pada perawat untuk lebih menekankan tentang bagaimana respon pasien serta pengaruhnya pada organ (Alligood & Tomey, 2006).

Bayi prematur akan mempertahankan interaksi yang konstan dengan lingkungan ekstra uterinya, dengan cara respon fisiologis yang adaptif terhadap lingkungannya. Bayi yang tenang, akan menimbulkan hemat energi.

Konservasi bertujuan mewujudkan keseimbangan antara energi masuk dan energi yang dikeluarkan.

Bayi sebagai makhluk hidup, dapat beradaptasi secara unik terhadap lingkungannya untuk mempertahankan integritas diri. Perubahan adalah proses kehidupan dan adaptasi adalah suatu metode dalam perubahan. Keberhasilan dalam adaptasi adalah adanya penghematan energi yang dilakukannya, seperti suhu tubuh yang tidak hipotermia, frekuensi denyut jantung relatif stabil dan saturasi oksigen dalam batas normal, yang membuat sirkulasi tubuh optimal.

Wholeness terwujud ketika individu mampu beradaptasi atau berinteraksi secara konstan dengan lingkungannya yang menjamin integritas. Perawat dapat meningkatkan *wholeness* melalui penggunaan prinsip-prinsip konservasi. *Wholeness* adalah sehat, sehat adalah integritas. Sehat adalah pola adaptasi yang bertujuan agar tetap sehat.

Tujuan model konservasi adalah untuk meningkatkan adaptasi dan mempertahankan *wholeness* dengan menggunakan prinsip konservasi. Konservasi merupakan hasil dari proses adaptasi. Proses adaptasi dapat berhasil yaitu tercapainya hemoestasis dan proses adaptasi juga dapat mengalami kegagalan (Alligood & Tomey, 2006). Bayi adalah makhluk yang rentan dengan berbagai masalah kesehatan. Proses adaptasi ketika dalam masa persalinan dan masa ekstrauterin membutuhkan kemampuan bayi untuk beradaptasi dengan lingkungannya dan perubahan fisiologis dalam tubuhnya. Kegagalan dalam beradaptasi dengan lingkungan intrauterin ke lingkungan ekstrauterin menimbulkan berbagai masalah kesehatan, yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan pada bayi prematur.

Kelahiran bayi prematur merupakan salah satu penyebab terjadinya kurang percaya diri ibu dalam merawat bayinya. Ibu harus mampu beradaptasi pasca melahirkan, sehingga menjadi percaya diri untuk merawat bayinya agar pertumbuhan dan perkembangan bayi dapat berjalan optimal.

Penatalaksanaan pada bayi prematur membutuhkan suatu metode yaitu perawatan metode kanguru yang dapat membantu bayi beradaptasi untuk mempertahankan integritas tubuhnya. PMK juga dikenal dapat meningkatkan percaya diri ibu dalam merawat bayi dengan integritas dirinya.

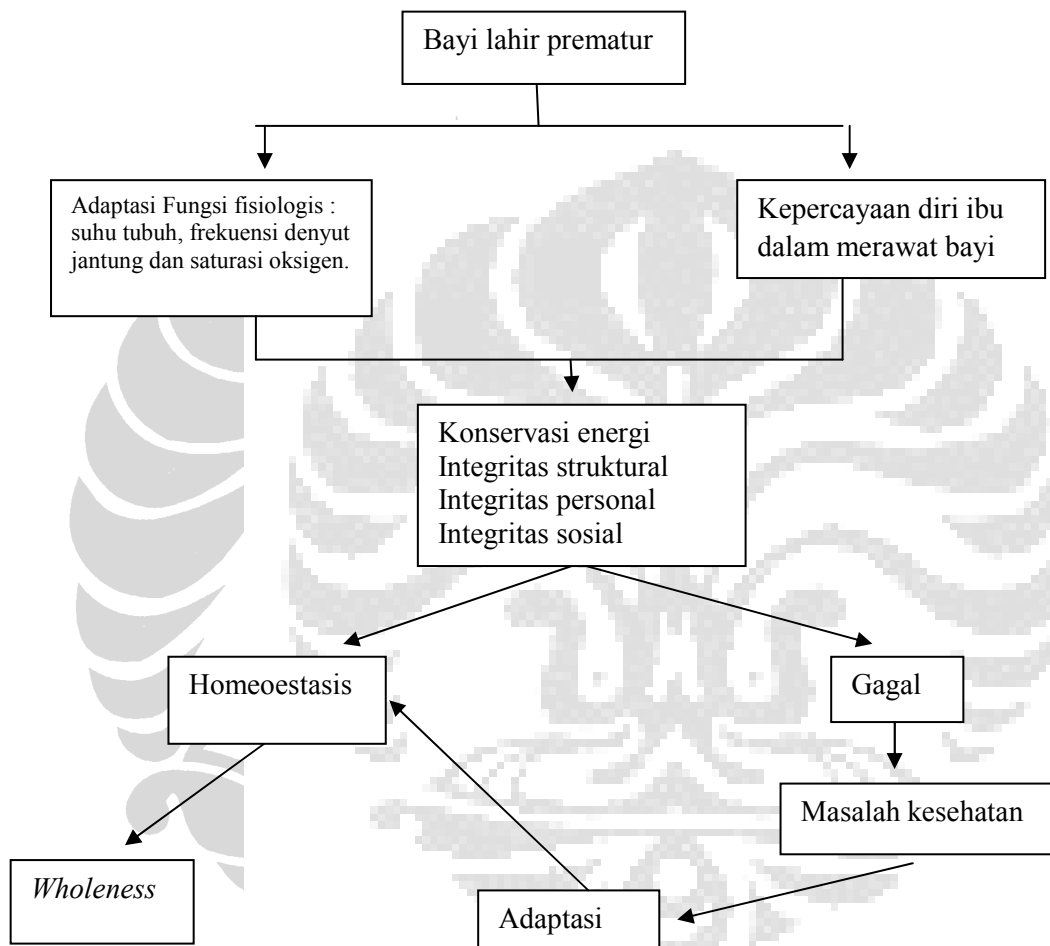
Wholeness pada bayi dapat tercapai jika terjadi *homeostasis* dalam berinteraksi dengan lingkungan ektrauterin. Interaksi dengan lingkungan yang konstan, seperti dalam perawatan metode kanguru dapat menunjang tercapainya *homeostasis*. *Homeostasis* terjadi dengan memperlihatkan fungsi fisiologis bayi yang berada dalam rentang normal. Hal ini disebabkan oleh interaksi yang konstan dapat meningkatkan kemampuan adaptasi organ dalam penyesuaian diri dengan lingkungan ektrauterin.

Adaptasi bayi prematur ini dicapai dengan melakukan konservasi dalam mengatasi perubahan secara fisiologis pada lingkungan ektrauterinnya. Konservasi yang terjadi pada bayi prematur adalah konservasi energi, integritas struktural, integritas personal dan integritas sosial. Prinsip-prinsip konservasi dapat mewujudkan *wholeness*.

Wholeness pada ibu terjadi *homeostasis* dalam dirinya, yang ditunjukkan dengan kepercayaan dirinya dalam merawat bayinya yang prematur. Ibu mampu beradaptasi dan menerima keadaan bayinya yang prematur, sehingga berinteraksi secara konstan dengan bayi melalui perawatan metode kanguru dan mampu mempertahankan integritas dirinya. Ibu juga dapat beradaptasi

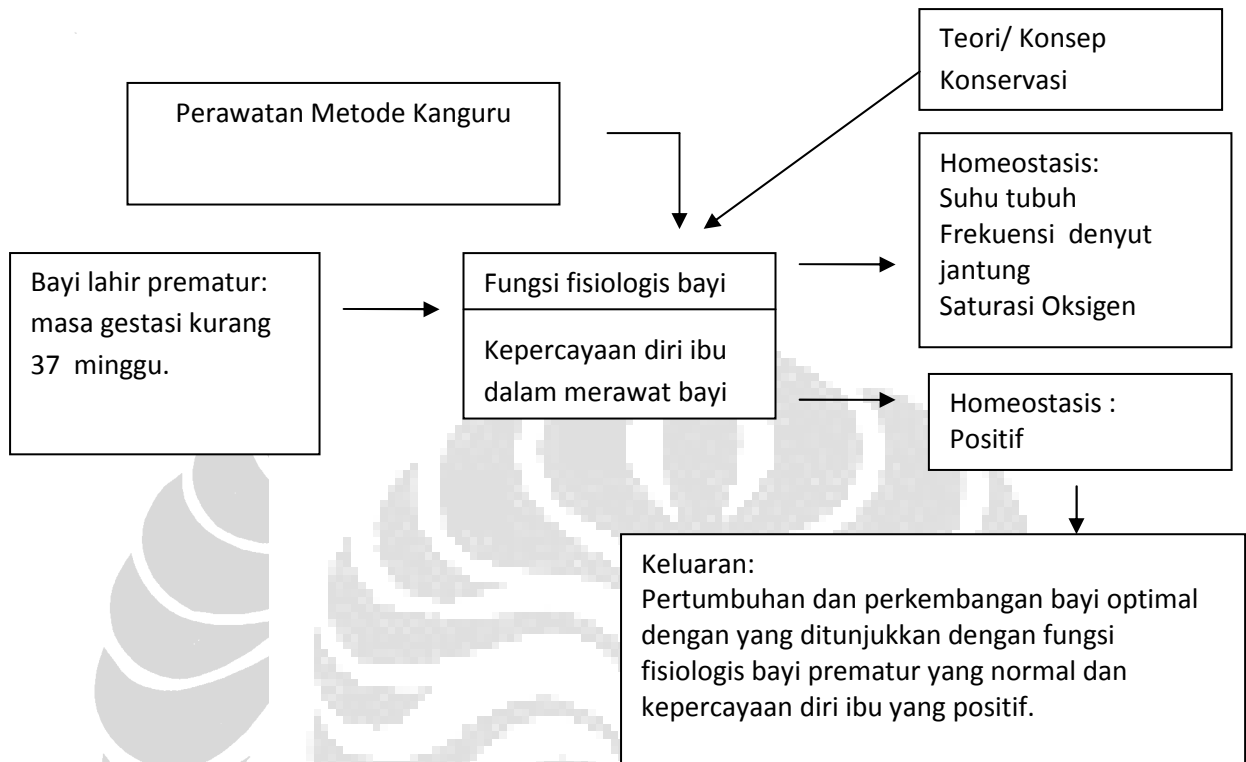
melalui prinsip-prinsip konservasi energi, yang meliputi integritas struktural, integritas personal dan integritas sosial, sehingga terwujudlah *wholeness*.

Skema 2.1 Kerangka Konsep Model Konservasi



Sumber : Hockenberry dan Wilson (2009), Alligood dan Tomey (2006).

Skema 2.2. Kerangka Teori



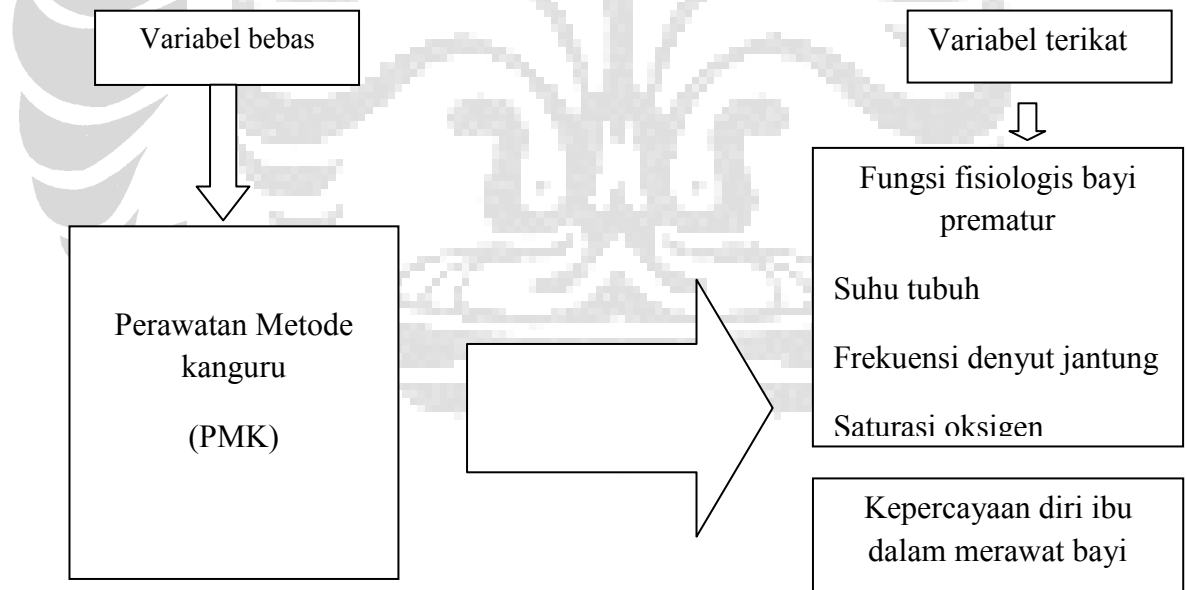
Sumber : Hockenberry dan Wilson (2009), Alligood dan Tomey (2006), Badr (2005), Begum, et al., (2008).

BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah usaha untuk menyusun kerangka kerja berdasarkan konsep-konsep teori dan fenomena secara benar dan berhubungan dengan tujuan penelitian. Kerangka konsep menentukan bagaimana konsep-konsep yang diteliti didefinisikan dan dioperasionalkan. Konsep-konsep tersebut merupakan uraian dari fenomena yang diobservasi dan sebagai alat untuk mempermudah memahami hipotesis yang akan diteliti (Polit & Hungler, 1999).

Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Variabel menduduki tempat sentral dalam penelitian, sebab variabel-lah yang diukur, dilakukan intervensi, observasi, dan hasilnya dianalisis. Variabel didefinisikan sebagai karakteristik subyek penelitian yang berubah dari satu subyek ke subyek lain. Variabel bebas adalah variabel yang bila ia berubah,

akan mengakibatkan perubahan variabel lain, sedangkan variabel terikat (tergantung) adalah variabel yang berubah akibat perubahan variabel bebas (Sastroasmoro & Ismael, 2006). Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu bayi prematur dengan perawatan metode kanguru, sedangkan fungsi fisiologis bayi dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi merupakan variabel terikat yang menjadi fokus dalam penelitian ini.

3.2 Hipotesis

Hipotesis yang dirumuskan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.2.1 Hipotesis mayor

Perawatan metode kanguru memberikan pengaruh pada fungsi fisiologis bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi.

3.2.2 Hipotesis minor

1. Terdapat perbedaan suhu tubuh pada bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru.
2. Terdapat perbedaan frekuensi denyut jantung bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru.
3. Terdapat perbedaan saturasi oksigen pada bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru.
4. Terdapat perbedaan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah melakukan perawatan metode kanguru.
5. Terdapat perbedaan suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen, sebelum dan sesudah melakukan PMK pada hari I (pertama), hari II (kedua), dan hari III (ketiga).

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1. Variabel, Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur dan Skala Pengukuran.

No	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1.	<u>Variabel bebas:</u> Perawatan metode kanguru	Pelaksanaan perawatan metode kanguru oleh ibu yang memiliki bayi prematur, dengan meletakkan bayi di dada ibu sehingga kontak langsung kulit ibu dengan kulit bayi, sedangkan bayi hanya menggunakan diapers dan penutup kepala (topi). Pelaksanaan metode kanguru 60 menit .			
2.	<u>Variabel terikat:</u> Fungsi fisiologis -Suhu tubuh -Frekuensi denyut jantung	Pengukuran suhu tubuh pada aksila bayi. Jumlah frekuensi denyut jantung yang diukur dalam 1 (satu) menit.	Termometer <i>Pulse oxymetri</i>	Nilai suhu tubuh dalam derajat celcius. Nilai frekuensi denyut jantung dalam kali permenit.	Interval Interval
3.	-Saturasi oksigen. Kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi.	Pengukuran aliran oksigen ke seluruh tubuh. Persepsi ibu tentang kemampuan mereka untuk merawat dan memahami bayi mereka yang lahir prematur.	<i>Pulse oxymetri</i> Instrumen <i>Maternal Confidence Questionnaire</i> atau MCQ	Nilai saturasi oksigen dalam persentasi. Kepercayaan diri ibu dinilai dari nilai terendah 15 dan nilai tertinggi 70.	Interval Interval

BAB 4 METODE PENELITIAN

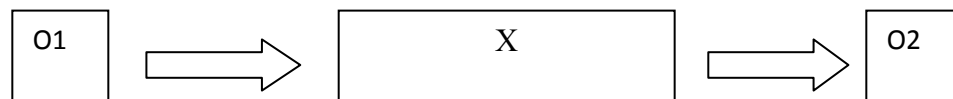
4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan keseluruhan rencana peneliti untuk mendapatkan jawaban dari pertanyaan penelitian atau menguji hipotesis penelitian (Polit & Hungler, 1999). Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah pra-eksperimental dengan jenis *one-group pre-post test design*. Rancangan penelitian ini, mempunyai ciri yaitu mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2008).

Tujuan rancangan penelitian ini adalah untuk melihat perbedaan suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, dan saturasi oksigen, sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru. Adapun kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi dinilai sebelum dan sesudah PMK. Pertimbangan menggunakan satu kelompok dengan perlakuan tanpa menggunakan kelompok kontrol disebabkan bahwa perbedaan fungsi fisiologis bayi terlihat jelas dengan menggunakan alat yang sama pada subyek yang sama yaitu bayi prematur sebelum dan sesudah perawatan metode kanguru, disamping keterbatasan waktu penelitian, sehingga jumlah sampel tidak memenuhi apabila ditambah lagi satu kelompok.

Skema desain penelitian adalah sebagai berikut:

Skema 4.1. Desain Penelitian



Keterangan:

- O1: Fungsi fisiologis bayi prematur, yang meliputi suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen, dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dilakukan perawatan metode kanguru.
- O2: Fungsi fisiologis bayi prematur, yang meliputi suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen, dan kepercayaan diri ibu merawat bayi sesudah dilakukan perawatan metode kanguru.
- X : Intervensi, perawatan metode kanguru

4.2 Populasi, Sampel dan Jumlah Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah semua bayi prematur yang dirawat di RSAB (Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita) dan RSUP (Rumah Sakit Umum Pusat) Fatmawati Jakarta.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Cara pemilihan sampel dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Pemilihan responden berdasarkan kriteria/pertimbangan yang dibuat peneliti. Kriteria tersebut terdiri dari kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian pada populasi target dan pada populasi terjangkau. Sedangkan kriteria eksklusi adalah keadaan subyek yang memenuhi kriteria inklusi, namun harus dikeluarkan dalam penelitian karena berbagai sebab (Nursalam, 2008).

Kriteria inklusi sampel dalam penelitian ini adalah:

1. Bayi prematur yang mempunyai berat badan kurang dari 2500 gram dan temperatur minimal 36°C.
2. Ibu bersedia mendapat pendidikan kesehatan terkait PMK.
3. Ibu/keluarga bersedia dan setuju menjadi responden penelitian.
4. Ibu/keluarga mampu berkomunikasi dengan baik.
5. Ibu/keluarga mampu melakukan perawatan metode kanguru.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Bayi dikembalikan ke inkubator jika terdapat tanda stres yang menetap termasuk takipnea, takikardi, ketidakstabilan suhu tubuh, atau desaturasi oksigen.
2. Ibu/keluarga yang tidak kooperatif.

4.2.3 Jumlah Sampel

Sampel diperoleh dari populasi bayi prematur yang dirawat di ruang perinatalogi RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati, karena sampel didefinisikan sebagai bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki populasi (Nursalam, 2008). Peneliti membuat perhitungan besar sampel berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya.

Penelitian Begum, et al., (2008), menyebutkan bahwa perawatan metode kanguru (PMK) dapat meningkatkan frekuensi denyut jantung, suhu tubuh dan saturasi oksigen pada bayi dengan berat badan lahir rendah secara signifikan.

Tabel 4.1. Jumlah Sampel

Variabel	μ_1	μ_2	SD	A	$Z_{1-\beta}$	N
Frekuensi denyut jantung	150.4	149.4	1	5%	80%	16
Saturasi oksigen	97.5	98	0.4	5%	80%	11
Suhu tubuh	37.3	37	0.1	5%	80%	6

Perhitungan besar sampel minimal berdasarkan hasil perhitungan menggunakan uji penduga perbedaan antara 2 (dua) rata-rata berpasangan dengan derajat kemaknaan 5%, kekuatan uji 80% dan uji hipotesis satu sisi (Kasjono & Yasril, 2009) yaitu :

$$n = \frac{2\sigma^2[Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan :

- n = jumlah sampel
- μ_1 = rerata kelompok 1
- μ_2 = rerata kelompok 2
- $Z_{1-\alpha/2}$ = derajat kemaknaan 10%
- $Z_{1-\beta}$ = kekuatan uji 80%
- σ^2 = selisih variasi 2 sampel

Berdasarkan hasil penghitungan, didapatkan jumlah sampel terbesar adalah sebanyak 16 responden, dan karena penelitian dilaksanakan untuk 1 kelompok, maka diperlukan sampel sebanyak 16, dengan tambahan 10% untuk antisipasi *drop out*. Jumlah sampel penelitian adalah 18 responden.

Jumlah sampel dalam penelitian ini awalnya 10 responden dari RSUP Fatmawati dan 8 responden dari RSAB Harapan Kita. Selama proses pengumpulan data, 1 orang responden mengundurkan diri dengan tidak datang ke RSAB dan 1 orang lagi datanya tidak lengkap, sehingga total sampel

sampai akhir penelitian sebanyak 16. Jumlah ini sudah sesuai dengan kebutuhan jumlah sampel minimal.

Jumlah bayi prematur yang ditemukan di ruangan Perinatalogi RSAB Harapan Kita, mulai tanggal 22 April – 12 Juni 2010, adalah sebanyak 9 bayi. Bayi yang lahir prematur di RSAB Harapan Kita, biasanya dirawat dahulu di ruangan lain, setelah kondisi bayi stabil maka bayi akan ditempatkan di ruangan Perinatalogi.

Jumlah bayi prematur yang didapatkan di ruangan Perinatalogi RSUP Fatmawati, mulai tanggal 17 Mei – 12 Juni 2010 sebanyak 17 bayi. Penelitian ini hanya melibatkan bayi prematur yang kondisi kesehatannya sudah stabil, dan ibunya datang berkunjung setiap hari ke rumah sakit.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di ruang rawat perinatalogi di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Jakarta. RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati merupakan rumah sakit yang menjadi rujukan dalam penanganan masalah kesehatan pada anak dan ibu. Kedua Rumah sakit ini, sudah menggalakan perawatan metode kanguru.

RSAB Harapan Kita sudah memiliki petugas kesehatan yang bertugas menggalakan pelaksanaan PMK di ruang Perinatalogi. Ruangan Perinatalogi RSAB Harapan Kita sudah menjalankan PMK mulai pada awal tahun 2010 untuk pelaksanaan PMK secara intermiten, dan sudah menyiapkan 2 kamar untuk pelaksanaan PMK secara kontinyu. RSUP Fatmawati juga sudah mulai menggalakan PMK dengan beberapa petugas kesehatan yang sudah memiliki sertifikat pelatihan PMK, walaupun ruangan PMK masih bergabung dengan ruangan menyusui bagi ibu yang bayinya dirawat di ruang Perinatalogi.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dibagi menjadi 3 tahap, meliputi penyusunan proposal, pengumpulan data dan pelaporan hasil penelitian. Penyusunan proposal telah dimulai sejak bulan Februari 2010, dan selesai pada bulan Maret 2010, pengambilan data dilakukan bulan 22 April – 12 Juni 2010. Analisis data dan pelaporan hasil pada bulan Juni - Juli 2010.

4.5 Etika Penelitian

Perkembangan penelitian yang melibatkan manusia, membawa kepada masalah etik dan perdebatan terkait perlindungan hak individu yang berpartisipasi dalam riset keperawatan. Ketika manusia digunakan sebagai partisipan dalam investigasi penelitian (dalam riset keperawatan), asuhan keperawatan harus menjamin bahwa hak-hak individu tersebut terlindungi (Polit & Hungler, 1999).

Etika penelitian dibutuhkan untuk melindungi hak asasi dari responden. Hak-hak yang dilindungi dalam proses penelitian menurut *American Nurses Association*, 2001, *American Psychological Association*, 1982, dan Silva, 1995 dalam Burns dan Grove, 2003, meliputi sebagai berikut :

4.5.1 *Self-determination*

Responden berhak untuk tidak melanjutkan atau keluar dari penelitian yang dilakukan, tanpa memberikan dampak atau sanksi terhadap dirinya. Pada penelitian ini terdapat seorang responden yang tidak datang secara berturut-turut selama 3 hari sesuai dengan perjanjian sebelumnya, sehingga dikeluarkan dari penelitian.

4.5.2 *Privacy*

Peneliti menghargai hak privasi responden selama penelitian. Pada proses perlekatan bayi ke dada ibu dilakukan dalam ruangan khusus

PMK (di RSUP Fatmawati) dengan menutup gorden dan pintu, agar ibu tidak merasa malu ketika membuka baju dan bayi ditaruh diantara kedua payudaranya. Responden yang di RSAB Harapan Kita, peneliti mengatur agar ibu tidak terlihat orang lain pada saat proses perlekatan bayi ke dada ibu, dengan menutup gorden, menutup pintu dan menaruh kursi untuk ibu diantara 2 inkubator dengan posisi membelakangi pengunjung lain. Responden diberi kebebasan untuk menentukan waktu dimulainya pelaksanaan metode kanguru, serta posisi yang nyaman untuk bayi dan ibu.

4.5.3 *Anonymity and Confidentiality*

Hak untuk tidak disebutkan nama atau identitas diri dan dirahasiakan. Data yang diperoleh dari responden, hanya diketahui oleh peneliti dan responden yang bersangkutan. Selama pengolahan data, analisis dan publikasi dari hasil penelitian, peneliti tidak mencantumkan identitas atau nama responden dan tidak mencatat alamat rumah responden. Peneliti hanya menuliskan kode buat ibu (R) dan bayi (B) pada lembaran observasi dan kuesioner penelitian. Semua data hanya akan digunakan untuk kepentingan akademik dan penelitian.

4.5.4 *Fair Treatment.*

Hak ini berdasarkan prinsip etika yaitu prinsip keadilan. Setiap responden mendapatkan perlakuan yang sama. Semua ibu diberikan penyuluhan kesehatan tentang perawatan metode kanguru, dengan media yang sama. Ibu yang tidak memiliki baju yang sesuai untuk melakukan PMK, akan dipinjamkan peneliti baju khusus PMK.

4.5.5 *Protection from Discomfort and Harm.*

Peneliti mencegah adanya perasaan tidak nyaman dan terluka. Peneliti meminimalkan bahaya yang mungkin terjadi dengan cara selalu

memantau responden selama PMK. Ibu diusahakan nyaman mungkin dalam melakukan perawatan metode kanguru. Ibu yang merasa tidak nyaman untuk melakukan PMK, dibujuk dengan mengingatkan kembali tentang manfaat PMK buat bayi dan ibu, dibiarkan sejenak untuk istirahat, dan kemudian memulai lagi PMK selama 60 menit.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Kuesioner, digunakan untuk mengumpulkan data terkait karakteristik responden.
2. Lembaran instrumen yang terdiri dari data tentang fungsi fisiologis bayi, yang terdiri dari suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, dan saturasi oksigen.
3. Alat pengukur suhu dengan termometer digital untuk aksila dan *pulse oxymetri* untuk monitor jantung serta saturasi oksigen.
4. Kuesioner percaya diri ibu, alih bahasa dari *Maternal Confidence Questionnaire* (MCQ), digunakan untuk mengukur variabel kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dilakukan melalui beberapa tahap, meliputi:

4.7.1 Persiapan pengumpulan data

1. Peneliti telah mengurus surat ijin penelitian dan lolos kaji etik, di Program Magister Ilmu Keperawatan, kemudian dilanjutkan kepada Direktur RSAB Harapan Kita, melalui Kepala Diklit RSAB Harapan Kita Jakarta. Surat ijin penelitian juga ditujukan pada RSUP Fatmawati, melalui Kepala Diklit RSUP Fatmawati.

2. Peneliti menentukan responden yang diteliti. Ibu atau orang tua dari bayi diberikan pendidikan kesehatan (penkes) dengan media buku, leaflet dan demonstrasi tentang perawatan metode kanguru, yang meliputi manfaat PMK buat bayi dan ibu, cara melakukan PMK, serta penyediaan baju yang didesain khusus untuk PMK.
3. Pendidikan Kesehatan diberikan kepada responden yang sudah ditetapkan, oleh peneliti di ruangan Perinatalogi di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati. Penkes dengan media buku (PERINASIA, 2008), leaflet, dan demonstrasi, lebih kurang selama 10 menit.
4. Peneliti memberi informasi tentang penelitian dan meminta kesediaan responden untuk terlibat dalam penelitian, dengan meminta agar menandatangani lembar persetujuan.

4.7.2 Pelaksanaan

1. Peneliti mengambil data dengan mengisi data karakteristik ibu dan bayi, data berasal dari keluarga dan rekam medik rumah sakit.
2. Peneliti mengobservasi responden sebelum PMK, dengan mengisi lembaran instrumen tentang fungsi fisiologis bayi sebelum dilekatkan pada ibu dan kuesioner untuk variabel kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi.
3. Peneliti melanjutkan dengan pelaksanaan PMK dalam 1 (satu) jam pada hari I. Pengukuran fungsi fisiologis dilakukan sebelum dan sesudah dilakukan PMK. Pengukuran sebelum dilakukan PMK, dilaksanakan pada bayi sesaat sebelum dilekatkan pada dada ibu, sedangkan pengukuran sesudah PMK, dilakukan setelah bayi dalam posisi kanguru selama 1 jam dan diukur kembali suhu tubuh,

frekuensi denyut jantung dan saturasi oksigen ketika bayi dalam posisi kanguru.

4. Hari II, pengukuran fisiologis bayi dilakukan sebelum ibu menerapkan PMK, selanjutnya sesudah ibu melakukan PMK selama 1 (satu) jam.
5. Pada hari III, sebelum ibu kembali menerapkan PMK, maka peneliti mengobservasi fisiologis bayi, selanjutnya sesudah dilaksanakan PMK selama 1 (satu) jam dilakukan pengukuran fisiologis bayi. Kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi diukur setelah selesai PMK.
6. Selama ibu membawa bayinya dalam posisi PMK, ibu dapat melakukan apapun yang ia kehendaki seperti jalan-jalan, berdiri, duduk, atau melakukan aktivitas rekreasi.
7. Peneliti mengucapkan terima kasih kepada responden atas keterlibatannya dalam penelitian.

4.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Validitas dan reliabilitas instrumen mempengaruhi kepercayaan dari hasil penelitian yang didapatkan. Valid berarti instrumen yang digunakan dapat mengukur apa saja yang seharusnya diukur atau ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur data, sedangkan reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2009).

Pada penelitian ini, instrumen untuk mengukur kepercayaan diri ibu adalah MCQ. MCQ sudah diterjemahkan ke dalam 9 (sembilan) bahasa, yaitu : (1) Indonesia, (2) Spanyol, (3) Portugis, (4) Cina, (5) Taiwan, (6) Arab, (7) Perancis, (8) Norwegia, dan (9) Austria (Badr, 2005). MCQ merupakan instrumen yang telah digunakan oleh beberapa peneliti, baik di luar negeri ataupun di Indonesia, untuk menilai kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi,

diantaranya pada ibu yang memiliki bayi prematur (Rustina, 2005 dalam Badr, 2005) dan telah diuji reliabilitasnya dengan nilai *alpha Cronbach* 0,86-0,93 (Zahr, 1991, dalam Badr, 2005). Atas dasar hal tersebut, peneliti tidak melakukan uji coba terhadap instrumen yang digunakan.

4.9 Analisis Data

Setelah selesai proses pengumpulan data, selanjutnya yaitu pengolahan data. Menurut Hastono (2007), minimal ada 4 tahap dalam pengolahan data, yaitu:

1. Editing

Kuesioner yang berasal dari 18 bayi dan 17 ibu dicek kelengkapan, kejelasan, relevansi dan konsistensi kuesioner atau instrumen. Terdapat 2 responden bayi dari 2 ibu yang kuesioner tidak relevan dan lengkap.

2. Coding

Koding dilakukan pada identitas responden. Ibu diberi kode R1, R2, R3, dan seterusnya sesuai dengan urutan pengambilan data. Bayi diberi kode B1, B2, B3 dan seterusnya, sesuai dengan urutan dan dengan memperhatikan identitas ibu.

3. Processing

Peneliti memasukkan data pada komputer secara berurutan, mulai dari responden pertama, kedua dan seterusnya dengan memperhatikan variabel data.

4. Cleaning

Semua data dimasukkan ke dalam komputer, setelah itu dilakukan pengecekan data yang sudah dimasukkan untuk memeriksa ada atau tidaknya kesalahan. Kesalahan sangat mungkin terjadi saat memasukkan

data. Cara untuk membersihkan data adalah dengan mengetahui data yang hilang (*missing data*), mengetahui variasi dan konsistensi data.

Setelah proses pengolahan data (*editing-cleaning*), langkah selanjutnya adalah analisis data. Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan karakteristik bayi berdasarkan usia, jenis kelamin, dan berat badan lahir. Karakteristik ibu meliputi, usia ibu, masa gestasi dan jumlah paritas. Analisis univariat juga dilakukan untuk melihat gambaran fungsi fisiologis bayi yang terdiri dari suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi. Data hasil analisis ditampilkan dalam bentuk tabel dan grafik serta narasi.

2. Analisis Bivariat

Data diolah dengan program komputer. Analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah nonparametrik Wilcoxon karena jumlah sampel sedikit, data numerik dan uji beda berpasangan.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan menjelaskan karakteristik responden yang diteliti. Karakteristik responden yang diteliti adalah karakteristik pada bayi dan ibu. Karakteristik pada bayi terdiri dari umur, jenis kelamin, dan berat badan lahir, sedangkan karakteristik pada ibu yaitu umur, masa gestasi, dan jumlah paritas.

5.1.1 Karakteristik bayi

Tabel 5.1.
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Bayi di RSAB
Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta April – Juni 2010

	RSAB Harapan Kita		RSUP Fatmawati		Total	
	n	%	n	%	n	%
Laki-laki	4	25	5	31,3	9	56,2
Perempuan	2	12,5	5	31,3	7	43,8

Tabel 5.1. menunjukkan bahwa jenis kelamin laki-laki bayi prematur yang dirawat di RSAB Harapan Kita sebesar 25%, sedangkan jenis kelamin laki-laki yang dirawat di RSUP Fatmawati sebesar 31,3%. Secara keseluruhan jenis kelamin laki-laki sebesar 56,2%.

Tabel 5.2.
Distribusi Responden Berdasarkan Umur (hari) dan Berat Badan Lahir (gram) Bayi di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta April-Juni 2010

RSAB Harkit	<i>Mean</i>	Median	SD	Min – Mak	95% CI
Umur Bayi	14	14	5.6	5 – 22	8,1 – 19,9
Berat Badan Lahir	1557.3	1570	248.9	1250 – 1854	1296.2 – 1818.5
RSUP Fatmawati					
Umur Bayi	14.5	15.5	5.2	5 – 20	9 – 20
Berat Badan Lahir	1750	1800	216.8	1400 - 2000	1522.5 – 1977.5
Total					
Umur Bayi	15.4	15.50	5.92	5 – 26	12.2 – 18.5
Berat Badan Lahir	1637.1	1600	232.5	1250 – 2000	1513.2 – 1761

Tabel 5.2. menunjukkan bahwa rata-rata berat badan lahir bayi prematur di RSAB Harapan Kita adalah 1557 gram dan berat badan bayi prematur di RSUP Fatmawati adalah 1750 gram. Rata-rata berat badan lahir bayi prematur secara keseluruhan yaitu 1637,1 gram.

5.1.2 Karakteristik ibu

Gambaran karakteristik ibu adalah sebagai berikut:

Tabel 5.3.
Distribusi Responden Berdasarkan Umur (tahun), Masa Gestasi (bulan), dan Paritas Ibu di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta April – Juni 2010

RSAB Harkit	<i>Mean</i>	Median	SD	Min – Mak	95% CI
Usia Ibu	35.8	34.5	3.4	32 – 40	32.3 – 39.4
Masa Gestasi	32	32	1.8	30 – 34	30,1 – 33.9
Paritas	2.3	2.5	1.2	1 – 4	1.1 – 3.6
RSUP Fatmawati					
Usia Ibu	34.4	34.5	6.4	22 – 45	29.8 – 40.8
Masa Gestasi	32.6	33	2.2	28 – 35	31.1 – 34.1
Paritas	2.8	3	0.8	2 – 4	2 – 3.6
Total					
Usia Ibu	34.9	34.5	5.4	22 – 45	32,1 – 37,8
Masa Gestasi	32.4	32	1.9	28 – 35	31.3 – 33.4
Paritas	2.6	3	0.9	1 – 4	2.1 – 3.1

Tabel 5.3. menunjukkan bahwa rata-rata usia ibu yang memiliki bayi prematur di RSAB Harapan Kita di Jakarta adalah 35,8 tahun dan rata-rata usia ibu di RSUP Fatmawati adalah 34,4 tahun. Rata-rata usia ibu secara keseluruhan yaitu 34,9 tahun.

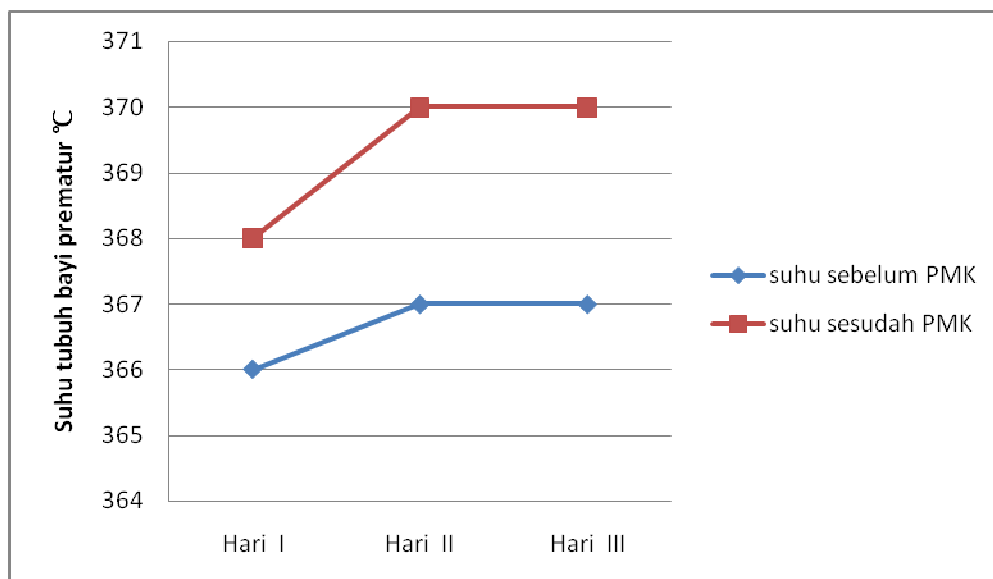
5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan uji Wilcoxon untuk melihat pengaruh PMK terhadap suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah PMK. Adapun gambaran fungsi fisiologis bayi prematur sebelum dan sesudah PMK adalah sebagai berikut:

Tabel 5.4.
Distribusi Rata-rata Suhu Tubuh Bayi Prematur Sebelum dan Sesudah Dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta April – Juni 2010

Hari	Variabel	Mean	SD	Min –Mak	95% CI	P Value
I	Suhu Tubuh					
	Sebelum	36.6	0.3	36 – 36.9	36.5 – 36.7	0,003
	Sesudah	36.8	0.2	36.3 – 37.2	36.7 – 37	
II	Suhu Tubuh					
	Sebelum	36.7	0.3	36 – 37.4	36.5 – 36.9	0,003
	Sesudah	37	0.2	36.4 – 37.4	36.8 – 37.1	
III	Suhu Tubuh					
	Sebelum	36.7	0.2	36.1 – 37	36.6 – 36.8	0,001
	Sesudah	37	0.1	36.7 – 37.2	36.92 – 37.1	

Tabel 5.4. menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna terhadap suhu tubuh bayi prematur sebelum dan sesudah PMK, pada hari I, II, dan III. Terlihat kenaikan suhu tubuh bayi prematur berada dalam batas normal.



Grafik 5.1. Suhu Tubuh Bayi Prematur

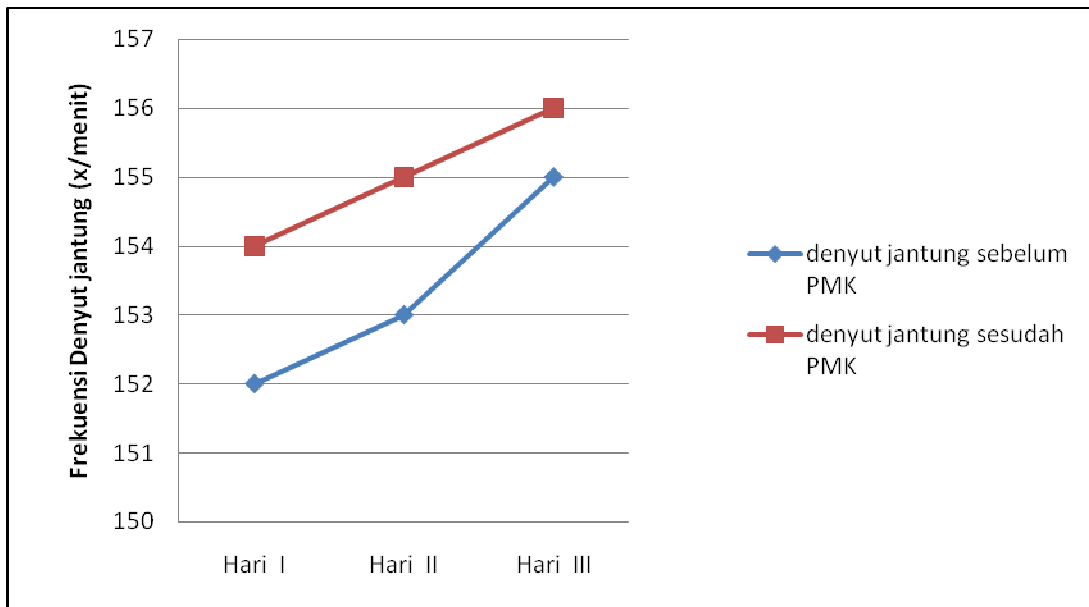
Grafik 5.1. memperlihatkan kenaikan suhu tubuh bayi prematur pada hari I, II, dan III. Pada grafik terlihat tercapainya stabilisasi suhu tubuh pada hari III sesudah PMK.

Tabel 5.5.

Distribusi Rata-rata Frekuensi Denyut Jantung Bayi Prematur Sebelum dan Sesudah Dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta April – Juni 2010

Hari	Variabel	Mean	SD	Min –Mak	95% CI	P Value
I	Frekuensi denyut jantung					
	Sebelum	151.6	7.1	140 – 163	147.8 – 155.4	0,065
Sesudah	154.4	6.2	144 – 165	151.4 – 157.6		
II	Frekuensi denyut jantung					
	Sebelum	153.2	5.6	144 – 160	150.2 – 156.2	0,082
Sesudah	155.2	4.1	146 – 162	153 – 157.4		
III	Frekuensi denyut jantung					
	Sebelum	153.3	5.2	144 – 159	150.3 – 156.1	0,191
Sesudah	154.4	5.3	144 – 162	151.6 – 157.2		

Tabel 5.5. menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna terhadap rata-rata frekuensi denyut jantung bayi prematur sebelum dan sesudah PMK di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Jakarta, pada hari I ($p=0.065$), hari II ($p=0.082$), dan hari III ($p=0.191$).



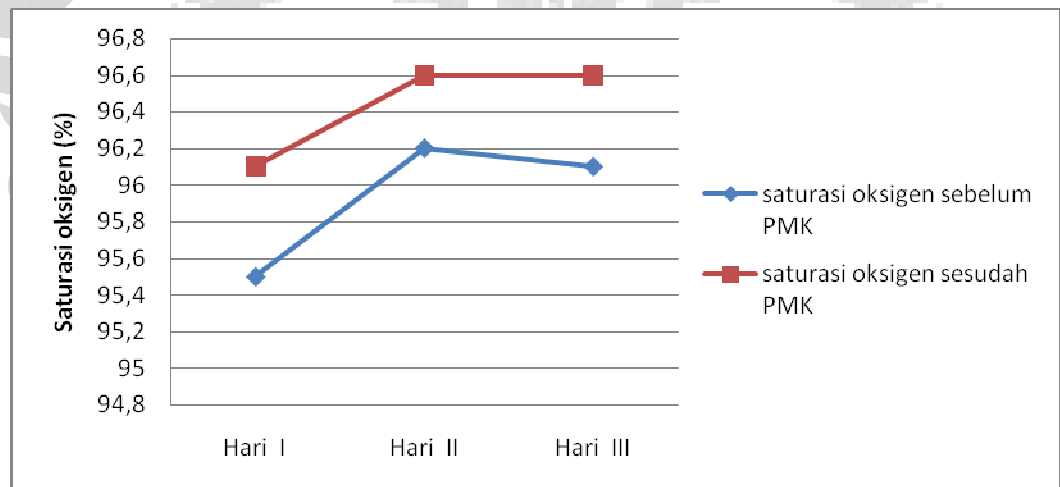
Grafik 5.2. Frekuensi Denyut Jantung Bayi Prematur

Grafik di atas memperlihatkan terjadinya kenaikan frekuensi denut jantung dalam batas normal, pada hari I, II, dan III.

Tabel 5.6.
Distribusi Rata-rata Saturasi Oksigen Bayi Prematur Sebelum dan Sesudah
Dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta
April – Juni 2010

Hari	Variabel	Mean	SD	Min –Mak	95% CI	P Value
I	Saturasi Oksigen					
	Sebelum	95.5	3.7	89 – 100	93.5 – 97.5	0,097
	Sesudah	96.1	3.7	90 – 100	94.1- 98	
II	Saturasi Oksigen					
	Sebelum	96.2	3.2	91 – 100	94.5 – 97.8	0,138
	Sesudah	96.6	3.1	91 – 100	94.9 – 98.3	
III	Saturasi Oksigen					
	Sebelum	96.1	3.2	91 – 100	94.4 – 97.8	0,065
	Sesudah	96.6	3.7	90 – 100	94.6 – 98.6	

Tabel 5.6. menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna terhadap rata-rata saturasi oksigen bayi prematur sebelum dan sesudah PMK di RSAB Harapan Kita dan RSUP fatmawati Jakarta, pada hari I ($p=0.097$), hari II ($p=0.138$), dan hari III ($p=0.065$).



Grafik 5.3. Saturasi Oksigen Bayi Prematur

Grafik di atas menunjukkan kenaikan saturasi oksigen dalam batas normal. Grafik juga memperlihatkan, terdapatnya kestabilan saturasi oksigen pada hari III sesudah PMK.

2. Rata-rata keseluruhan pengaruh PMK pada suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen pada bayi dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta

Tabel 5.7.
Distribusi Pengaruh PMK Terhadap Rata-rata Keseluruhan Suhu Tubuh, Frekuensi Denyut Jantung, Saturasi Oksigen pada Bayi dan Kepercayaan Diri Ibu Dalam Merawat Bayi di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Di Jakarta April –Juni 2010

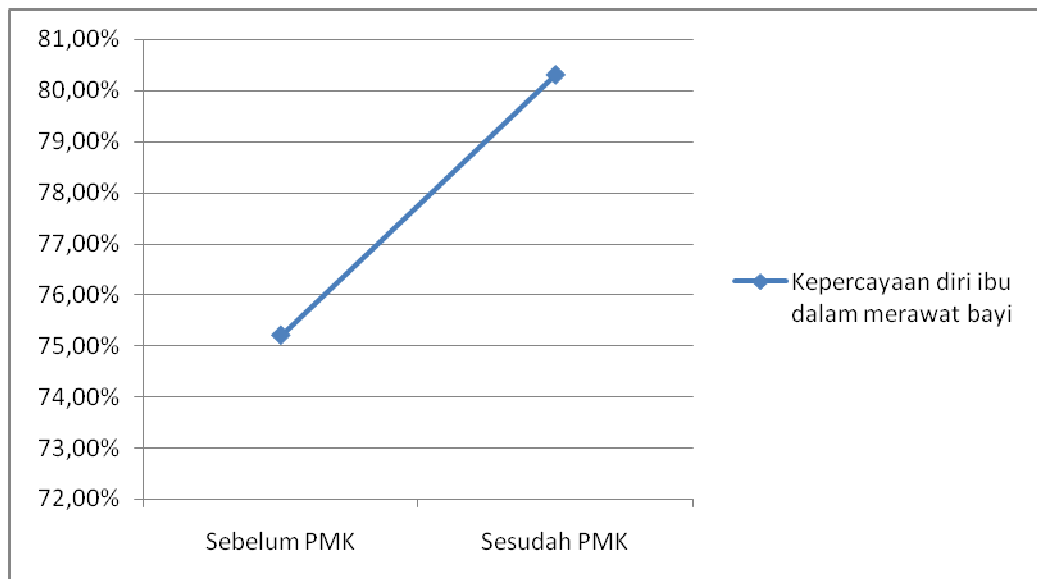
Variabel	Mean	SD	Min- Mak	95% CI	P Value
Suhu Tubuh					
Sebelum	36.7	0.3	36 – 37.4	36.6 – 36.7	0,000
Sesudah	36.9	0.2	36.3 – 37.4	36.9 – 37	
Frekuensi denyut jantung					
Sebelum	152.7	6	140 – 163	151 – 154.4	0,006
Sesudah	154.7	5	144 – 165	153.3 – 156.2	
Saturasi Oksigen					
Sebelum	95.9	3.3	89 – 100	95 – 96.9	0,004
Sesudah	96.4	3.5	90 – 100	95.4 – 97.4	
Kepercayaan Diri Ibu Dalam Merawat Bayi					
Sebelum	75.2	77.8	13.8	48.6 – 97.1	0.000
Sesudah	80.3	82.1	13.2	54.3 - 100	

Tabel 5.7. menunjukkan bahwa rata-rata keseluruhan suhu tubuh bayi sebelum dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Jakarta adalah 36,7°C dan sesudah dilakukan PMK adalah 36,9°C. Analisis lebih lanjut menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata suhu tubuh bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK, dengan kata lain dapat dilihat bahwa secara signifikan PMK dapat menaikkan suhu tubuh bayi prematur (P value = 0,000, $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.7. juga menunjukkan rata-rata keseluruhan frekuensi denyut jantung bayi sebelum dilakukan PMK adalah 153 x/menit dan sesudah dilakukan PMK adalah 155 x/menit.. Analisis lebih lanjut menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata frekuensi denyut jantung bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK, dengan kata lain dapat dilihat bahwa secara signifikan PMK dapat menaikkan frekuensi denyut jantung bayi prematur (P value = 0,006, $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.7. menunjukkan bahwa rata-rata keseluruhan saturasi oksigen bayi sebelum dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Jakarta adalah 96% dan sesudah dilakukan PMK 96% . Analisis lebih lanjut menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata keseluruhan saturasi oksigen bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK, dengan kata lain dapat dilihat bahwa secara signifikan PMK dapat meningkatkan saturasi oksigen bayi (P value = 0,004, $\alpha = 0,05$).

Tabel diatas menunjukkan bahwa rata-rata kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum melakukan PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Jakarta adalah 75,2% dan sesudah melakukan PMK adalah 80,3%. Analisis lebih lanjut menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah melakukan PMK, dengan kata lain dapat dilihat bahwa secara signifikan PMK dapat meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi (P value = 0,00, $\alpha = 0,05$).



Grafik 5.4. Kepercayaan Diri Ibu Dalam Merawat Bayi

Grafik di atas menunjukkan terdapat peningkatan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sesudah PMK. Rata-rata kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum PMK sebesar 75.2% dan sesudah PMK sebesar 80.3%.

BAB 6 PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang interpretasi dan diskusi hasil pengumpulan data yang telah dijelaskan pada bab hasil penelitian, dengan berlandaskan literatur yang terkait serta hasil penelitian yang telah ada sebelumnya. Pada bab ini juga akan menjelaskan keterbatasan penelitian selama pelaksanaan penelitian dan implikasi hasil penelitian yang dapat digunakan dalam pelayanan keperawatan dan keilmuan keperawatan.

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian dan Diskusi

Interpretasi hasil penelitian diuraikan berdasarkan tujuan penelitian, yaitu mengidentifikasi karakteristik responden, mengetahui perbedaan suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, dan saturasi oksigen bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK, Tujuan penelitian lainnya yaitu mengetahui perbedaan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK.

6.1.1 Karakteristik responden

Responden adalah bayi prematur yang dirawat di ruang Perinatologi RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta selama bulan April sampai dengan Juni 2010. Jumlah responden dalam penelitian ini terdiri dari 16 bayi prematur dan 15 ibu yang dirawat di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati.

1. Jenis kelamin bayi

Jenis kelamin laki-laki pada penelitian ini sebesar 56,2%, dan 43,8% perempuan. Hasil penelitian Feldman dan Eidelman (2003) tentang perawatan metode kanguru (PMK) yang dapat meningkatkan *neurobehavioural maturation* pada bayi

prematurn, menyebutkan bahwa dari 35 bayi prematur yang menjadi responden, sebesar 54,3% berjenis kelamin laki-laki.

Penelitian lainnya dengan judul respon *cerebral oxygenation* selama PMK pada bayi dengan berat lahir rendah atau prematur, memperlihatkan dari 16 responden bayi prematur, 62,5% berjenis kelamin laki-laki (Begum et al., 2008). Penelitian lainnya yaitu, penelitian Fischer et al. (1998, dalam Dodd, 2003) menjelaskan tidak terdapat perbedaan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan pada stabilitas frekuensi denyut jantung, pernafasan dan saturasi oksigen dengan PMK dan inkubator.

Beberapa penelitian juga menyebutkan bahwa responden bayi prematur dengan jenis kelamin laki-laki cenderung lebih banyak daripada perempuan, walaupun demikian, dari penelitian sebelumnya tidak ada yang menyebutkan bahwa jenis kelamin mempengaruhi atau beresiko terjadinya kelahiran bayi prematur dan mempengaruhi hasil PMK.

2. Umur bayi

Responden pada penelitian ini rata-rata berumur 15 hari. Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Feldman dan Eidelman (2003), yaitu rata-rata umur bayi prematur dari 35 responden yang dilakukan PMK adalah 12 hari. Jadi rata-rata bayi sudah dirawat sekitar 15 hari di dalam inkubator.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian tentang PMK pada bayi prematur di negara Jepang. Rata-rata umur bayi pada

saat penelitian dari 16 responden adalah 60 hari, dengan rata-rata masa gestasi 28 minggu (Begum, et al., 2008). Jadi pada saat dilakukan penelitian PMK, bayi sudah dirawat sekitar dua bulan di dalam inkubator.

3. Berat badan lahir bayi

Rata-rata berat badan lahir bayi prematur di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Jakarta adalah 1637,1 gram. Hasil penelitian hampir serupa dengan penelitian yang dilakukan Ali, et al., (2009), bahwa bayi yang dilakukan PMK rata-rata mempunyai berat badan 1607 gram, dengan jumlah responden 58 bayi dengan berat badan lahir rendah.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian lain tentang efektifitas PMK dengan suhu payudara dan produksi ASI, serta distres pada ibu yang mempunyai bayi prematur. Rata-rata berat badan bayi prematur dari 25 responden adalah 1652 gram (Wilhem, 2005).

Berbeda dengan penelitian Feldman, et al. (2002), bahwa rata-rata berat badan lahir bayi prematur yang ditelitinya dari 146 bayi prematur adalah 1270 gram. Penelitian ini mempunyai rata-rata berat badan lahir bayi lebih rendah, dibandingkan dengan rata-rata berat badan lahir bayi prematur yang didapatkan oleh peneliti.

4. Usia ibu

Rata-rata usia ibu yang memiliki bayi prematur di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Jakarta adalah 34,9 tahun.

Usia yang paling muda adalah 22 tahun dan usia yang paling tua adalah 45 tahun.

Hasil ini memperkuat bahwa faktor resiko terjadinya kelahiran bayi prematur diantaranya adalah faktor usia ibu. Wanita yang berusia lebih dari 35 tahun akan meningkatkan resiko mengalami persalinan prematur, 64% peningkatan kejadian persalinan prematur pada wanita Itali yang berusia 35 tahun atau lebih, terutama terjadi pada kehamilan pertama (Astolfi & Zonda dalam Wijayanegara, et al., 2009).

5. Masa gestasi

Rata-rata masa gestasi ibu yang melahirkan bayi prematur dan dirawat di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Jakarta adalah 32 minggu. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian lain yang menyebutkan rata-rata masa gestasi ibu yang mempunyai bayi prematur adalah 32 minggu. Jumlah responden pada penelitian ini adalah 25 bayi prematur (Wilhem, 2005).

Penelitian lain tidak jauh berbeda, yaitu hasil penelitian tentang perbandingan PMK dan perawatan tradisional terhadap perkembangan bayi prematur. Rata-rata masa gestasi dari 146 responden, adalah 31 minggu (Feldman, et al., 2002).

Penelitian lain menyebutkan, masa gestasi mempunyai hubungan yang bermakna terhadap peningkatan kepercayaan ibu dalam merawat bayi prematur. Penelitian dilakukan pada 110 ibu yang mempunyai bayi prematur di Taiwan (Su-Min, et al., 1999 dalam Badr, 2005).

6. Paritas

Rata-rata paritas ibu adalah 3 anak, hal ini tidak sesuai dengan literatur yang menyebutkan bahwa kelahiran prematur lebih sering terjadi pada kehamilan pertama. Penelitian dalam populasi besar di di Abu Dhabi menunjukkan tidak adanya perbedaan antara jumlah paritas dengan kejadian kelahiran prematur sampai paritas ke-5, namun pada paritas lebih dari 10 ternyata kelahiran prematur meningkat (Krisnadi dalam Wijayanegara, et al., 2009).

Hasil penelitian lain menyebutkan rata-rata paritas ibu yang mempunyai bayi prematur adalah 2 anak. Responden pada penelitian tersebut berjumlah sebanyak 25 orang ibu (Wilhem, 2005).

Ketidaksesuaian antara paritas ibu dan kejadian kelahiran bayi prematur dapat disebabkan oleh faktor lain yang lebih dominan, sehingga menyebabkan bayi tersebut lahir prematur, seperti antara lain disebabkan oleh riwayat ibu yang pernah melahirkan prematur sebelumnya, penyakit yang diderita ibu dan keadaan kehamilan.

6.1.2 Suhu tubuh bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK

Rata-rata suhu tubuh bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Jakarta, menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p=0.000$ $\alpha=0.05$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya, bahwa penelitian dilakukan pada 2 kelompok, yaitu kelompok kontrol sebanyak 56 bayi dan kelompok intervensi sebanyak 58 bayi. PMK secara bermakna menunjukkan

perbedaan suhu tubuh bayi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi, dengan $p < 0.001$ ($\alpha = 0.05$) (Ali, et al., 2009).

Penelitian lain yang mendukung yaitu ditemukannya kenaikan suhu tubuh bayi prematur setelah dilakukan PMK selama 1 jam, rata-rata kenaikan suhu tubuh sebesar $0,3^{\circ}\text{C}$ dengan $p < 0,01$. Penelitian ini dilakukan pada 16 responden (Begum, et al., 2008).

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian lain, bahwa ibu mampu mengontrol suhu tubuh bayi lebih baik daripada inkubator. Menurut Bergman, PMK dapat menyebabkan suhu tubuh bisa meningkat 2° jika bayi kepinginan dan dapat menurunkan 1° jika bayi kepanasan (Shetty, 2007).

PMK ditemukan dapat meningkatkan suhu tubuh bayi, dan mengurangi terjadinya hipotermia pada bayi prematur. Hipotermia dapat mengakibatkan komplikasi antara lain asidosis, hipoglikemia, gangguan pembekuan darah, dan peningkatan resiko terjadinya distress pernafasan.

Mempertahankan suhu lingkungan yang hangat pada bayi prematur dan BBLR sangat dibutuhkan untuk efisiensi metabolisme atau konservasi energi tubuh yang diukur melalui pengurangan kalori. Penurunan atau penghematan kalori diharapkan dapat memperbaiki perubahan fisiologis, dan mengakibatkan pertumbuhan yang lebih cepat pada bayi.

6.1.3 Frekuensi denyut jantung bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK

Rata-rata frekuensi denyut jantung bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Jakarta, menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p = 0.006$ $\alpha = 0.05$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang menyebutkan bahwa

manfaat PMK adalah stabilisasi suhu tubuh, frekuensi denyut jantung dan perilaku bayi lebih baik, misalnya tangisan bayi berkurang dan sewaktu bangun terlihat lebih waspada (Suradi & Yanuarso, 2000 dalam PERINASIA, 2003).

Penelitian lain juga menyebutkan PMK bermanfaat untuk kestabilan frekuensi denyut jantung. Kestabilan frekuensi denyut jantung ini dinilai dari PMK dapat menaikkan frekuensi denyut jantung dan menurunkan terjadinya bradikardi, dengan nilai $p = 0.00$ ($\alpha=0.05$) (Priya, 2004).

Penelitian yang menggunakan alat monitor kontinyu, menemukan bahwa selama perawatan menggunakan metode kanguru, laju frekuensi denyut jantung bayi relatif stabil dan konstan (Ludington-Hoe et al, dalam PERINASIA, 2003). Hasil penelitian lain yang menggunakan *pneumokardiogram* melakukan pengamatan pada frekuensi denyut jantung bayi. Hasil penelitian menunjukkan, pola respirasi dan frekuensi denyut jantung bayi selama perawatan metode kanguru lebih stabil dibanding perawatan dalam boks atau perawatan konvensional (PERINASIA, 2003).

Kenaikan frekuensi denyut jantung pada bayi prematur dapat terjadi karena perubahan posisi dari horizontal menjadi posisi vertikal. Hal ini terjadi akibat pengaruh gaya gravitasi bumi. Menurut peneliti, bayi prematur cenderung mengalami bradikardi. PMK mempunyai pengaruh positif pada bayi, karena bayi merasakan detak jantung ibu, sehingga apabila bayi yang sedang bradikardi akan terstimulasi agar jantungnya kembali berdenyut mengiringi detak jantung ibu.

6.1.4 Saturasi oksigen bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK

Rata-rata saturasi oksigen bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Jakarta, menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p=0.004$ $\alpha=0.05$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain, yang menyebutkan bahwa PMK dapat menaikkan level saturasi oksigen secara signifikan dengan ($p = 0.000$ $\alpha=0.05$). Responden pada penelitian ini sebanyak 30 bayi yang mempunyai berat badan lahir rendah (Priya, 2004).

Hasil penelitian lain juga melaporkan PMK menjaga kestabilan saturasi oksigen. PMK secara bermakna mengurangi frekuensi nafas dan meningkatkan saturasi oksigen. Hal ini bisa disebabkan oleh posisi bayi yang tegak, sehingga dipengaruhi oleh gravitasi bumi dan berefek pada ventilasi dan perfusi. Posisi tegak mengoptimalkan fungsi respirasi (Ali, et al., 2009).

Menurut peneliti, saturasi oksigen cenderung mengalami penurunan, apabila frekuensi denyut jantung mengalami bradikardi atau takikardi. Frekuensi denyut jantung yang lambat atau sangat cepat, akan mempengaruhi sirkulasi darah ke seluruh tubuh. Sirkulasi darah yang tidak adekuat ke seluruh tubuh, terutama bagian perifer, dapat menurunkan oksigen dalam darah bagian perifer, sehingga saturasi oksigen yang dipantau melalui *pulse oxymetri* menunjukkan kurang dari 90%.

6.1.5 Kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK

Rata-rata kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Jakarta, menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p=0.000$ $\alpha=0.05$). Hasil

penelitian ini sesuai dengan penelitian lain, yang menyebutkan bahwa PMK bermanfaat buat bayi dan orang tuanya. Ibu yang melakukan PMK secara bermakna dapat merasakan stresnya berkurang, meningkatkan rasa percaya diri, dan merasakan kepuasan tersendiri karena telah melakukan sesuatu yang positif buat bayinya yang lahir prematur dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan PMK (Arora, 2008).

Penelitian lainnya menyebutkan bahwa ibu yang melakukan perawatan metode kanguru merasa lebih percaya diri dalam merawat bayinya dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan perawatan metode kanguru. Perawatan metode kanguru juga meningkatkan kedekatan ibu dengan bayinya, mengurangi perasaan stres pada ibu sebagaimana pada bayi, serta membuat ibu dan bayi lebih tenang dan rileks. Semakin dini metode kanguru diterapkan maka hasilnya semakin baik (Tessier, et al., 1998 dalam PERINASIA, 2003).

Hasil penelitian yang mendukung, menyebutkan bahwa PMK dapat menimbulkan rasa percaya diri ibu dalam kemampuannya untuk merawat bayinya sendiri. Percaya diri seorang ibu dalam merawat bayi, dapat muncul ketika ibu mampu mengatur perawatan buat bayi, dan memahami keinginan bayinya yang lahir prematur. Kontak ibu dan bayi merupakan elemen penting dalam pertumbuhan dan perkembangan bayi prematur (Dodd, 2003). Hasil penelitian tersebut sesuai dengan pendapat lain yaitu interaksi ibu dengan bayi secara terus menerus akan berpengaruh terhadap perasaan ibu untuk percaya diri dalam merawat bayinya (Kapp, 1998 dalam Bobak, et al., 2005).

Ibu merasa tidak dipisahkan lagi dengan bayinya, yang sebelumnya bayi prematur hanya bisa dipandanginya melalui inkubator di ruang rawat rumah sakit. Kedekatan ibu dengan bayinya, yang dimanifestasikan

dengan melakukan PMK, membuat ibu merasa memahami kebutuhan bayi dan merasa percaya diri untuk merawat bayinya sendiri.

6.1.6 Suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, dan saturasi oksigen pada bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK pada hari I (pertama), hari II (kedua), dan hari III (ketiga).

6.1.6.1 Suhu tubuh sebelum dan sesudah PMK pada hari I (pertama), hari II (kedua) dan hari III (ketiga).

Hasil penelitian ini menunjukkan, terdapat perbedaan yang bermakna terhadap suhu tubuh bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK, baik pada hari I, II, dan III. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian pada 13 bayi prematur yang dilakukan PMK. Bayi diobservasi setiap 4 jam sesudah dilakukan PMK. Responden diobservasi selama 38 jam, dengan 7 kali memonitor suhu tubuh pada setiap responden. Hasil penelitian menunjukkan semua suhu tubuh bayi yang dilakukan PMK mengalami kenaikan yang bermakna dibandingkan bayi yang tidak dilakukan PMK ($p < 0.0001$, $\alpha = 0.05$) (Ibe, et al., 2004).

Hasil penelitian lain yang melakukan PMK selama rata-rata 25 hari pada 114 responden, menemukan suhu tubuh bayi yang dilakukan PMK, mengalami peningkatan yang bermakna ($p < 0.001$, $\alpha = 0.05$). PMK dilakukan rata-rata 6 jam sehari pada setiap semua responden (Ali, et al., 2009).

Menurut peneliti, PMK dapat menaikkan suhu tubuh bayi secara bermakna, walaupun dimonitor setelah 1 jam pada hari I. PMK yang dilakukan sekali atau lebih dengan minimal

pelaksanaan 1 jam, dapat menaikkan suhu tubuh bayi prematur dan BBLR.

6.1.6.2 Frekuensi denyut jantung sebelum dan sesudah PMK pada hari I (pertama), hari II (kedua) dan hari III (ketiga).

Hasil penelitian ini menunjukkan, bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada frekuensi denyut jantung bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK, baik pada hari I, hari II, dan hari III. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan pada 53 responden, dengan *one-group, pretest* dan *posttest*. PMK dilakukan selama 1,5 jam, dan didapatkan frekuensi denyut jantung sebelum dan sesudah PMK mengalami perbedaan, atau kenaikan secara bermakna (Fohe, et al., 2000 dalam Dodd, 2003).

Hasil penelitian yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna ini, tidak sesuai dengan hasil penelitian yang menilai secara keseluruhan selama 3 hari, bahwa terdapat perbedaan frekuensi denyut jantung bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK. Ketidaksesuaian ini bisa terjadi akibat jumlah sampel yang relatif kecil, karena semakin besar sampel penelitian maka semakin baik hasil penelitian tersebut.

6.1.6.3 Saturasi oksigen sebelum dan sesudah PMK pada hari I (pertama), hari II (kedua) dan hari III (ketiga).

Hasil penelitian ini menunjukkan, bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada saturasi oksigen bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK, baik pada hari I, hari II, dan hari III. Hasil

penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang menilai secara keseluruhan selama 3 hari, bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada saturasi oksigen bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK. Ketidaksesuaian ini bisa terjadi akibat jumlah sampel yang relatif kecil, karena semakin besar sampel penelitian maka semakin baik hasil penelitian tersebut.

Hasil penelitian lain yang juga tidak menemukan perbedaan bermakna pada saturasi oksigen bayi sebelum dan sesudah PMK, dilakukan pada 20 responden. Penelitian ini menilai saturasi oksigen pada sebelum dan sesudah 2 jam dilakukan PMK (Fischer, et al., 1998 dalam Dodd, 2003).

Hasil penelitian lain yang menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah PMK pada saturasi oksigen bayi dengan berat badan lahir rendah. Jumlah respondennya 15 bayi dengan berat badan lahir rendah, yaitu < 1800 gram (Mooncey et al, 1997 dalam Dodds, 2003).

6.2 Keterbatasan Penelitian

Adapun keterbatasan yang peneliti temukan selama melakukan penelitian adalah sebagai berikut:

6.2.1 Prosedur pengumpulan data, yaitu pada pelaksanaan pengumpulan data.

Peneliti merencanakan pengukuran fungsi fisiologis bayi prematur sebelum, selama dan sesudah 30 menit dilakukan PMK, akan tetapi peneliti kesulitan untuk memonitor fungsi fisiologis responden sesudah 30 menit di dalam inkubator lagi. Hal ini disebabkan masing-masing responden menjalani perawatan dan pengobatan berbeda-beda tergantung kondisi bayi prematur tersebut. Pada saat pengumpulan data, misalnya ada bayi yang harus pergi ke ruangan lain untuk pemeriksaan jantung, atau ada bayi yang

harus menjalani pemeriksaan mata segera sesudah selesai PMK. Jadi hasil penelitian hanya melihat perbedaan fungsi fisiologis bayi prematur pada sebelum dan sesudah PMK.

6.2.2 Pada awalnya peneliti akan dibantu oleh pengumpul data atau data kolektor dengan kriteria tertentu, tetapi karena faktor lapangan seperti jadwal dinas tidak menetap di satu ruangan untuk PMK. Hal ini menyulitkan bagi data kolektor untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, sehingga pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri. Walaupun data dikumpulkan oleh peneliti sendiri, fungsi fisiologis bayi prematur dicatat berdasarkan monitor yang ada di rumah sakit, sehingga hal ini dapat meminimalkan bias dari penelitian. Frekuensi denyut jantung dimonitor melalui *pulse oxymetri*, sedangkan suhu tubuh dengan menggunakan termometer digital.

6.3 Implikasi Hasil Penelitian

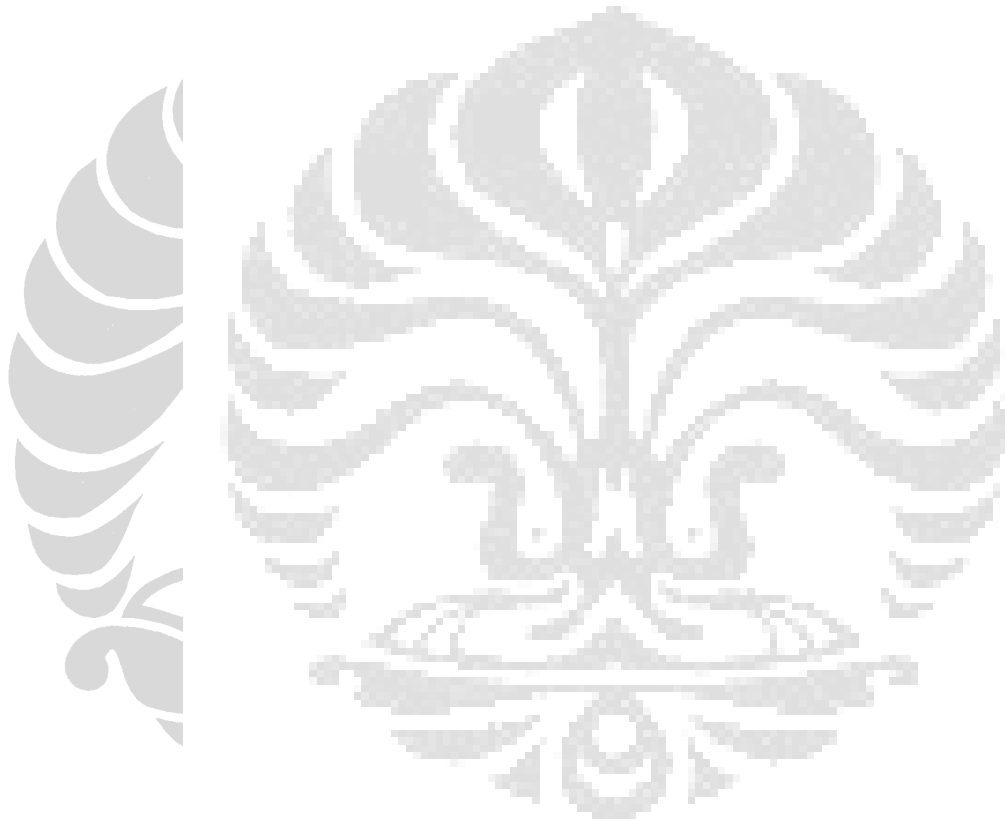
6.3.1 Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini membuktikan bahwa PMK dapat meningkatkan suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, dan saturasi oksigen pada bayi prematur, serta mampu meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayinya. PMK bisa diimplementasikan dalam penerapan asuhan keperawatan pada neonatus, terutama dalam kondisi keterbatasan penyediaan inkubator bagi bayi prematur. PMK bisa dilakukan oleh ibu manapun, dengan syarat petugas kesehatan yang harus terlebih dahulu memberikan pendidikan kesehatan dan demonstrasi terkait PMK pada keluarga, khususnya pada ibu yang mau melakukan PMK.

6.3.2 Penelitian Keperawatan

Penelitian ini dapat dijadikan dasar bagi penelitian yang lain yang berhubungan dengan PMK dan fungsi fisiologis bayi serta kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi dengan jumlah sampel yang lebih besar. Desain

quasi eksperiment atau *true eksperiment* bisa dilakukan agar lebih mendukung hasil penelitian yang ada.. Berdasarkan adanya keterbatasan penelitian yang terkait dengan prosedur penelitian, bisa dilakukan penelitian lain dengan prosedur yang lebih ketat, yaitu melakukan pemantauan pada fungsi fisiologis bayi sebelum, selama, dan sesudah dilakukan PMK.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 SIMPULAN

1. Karakteristik responden bayi prematur yaitu, jenis kelamin laki-laki adalah 56,2%, rata-rata umurnya 15,4 hari dan rata-rata berat badan lahirnya adalah 1637,1 gram. Adapun karakteristik responden ibu, antara lain rata-rata usia ibu adalah 34,9 tahun, rata-rata masa gestasinya 32,4 bulan dan rata-rata jumlah paritas sebanyak 2 - 3 anak.
2. Terdapat perbedaan yang bermakna suhu tubuh bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK.
3. Terdapat perbedaan yang bermakna frekuensi denyut jantung bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK.
4. Terdapat perbedaan yang bermakna saturasi oksigen bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK.
5. Terdapat perbedaan yang bermakna kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK.
6. Terdapat perbedaan yang bermakna suhu tubuh bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK, pada hari I (pertama), hari II (kedua), dan hari III (ketiga), sedangkan untuk frekuensi denyut jantung dan saturasi oksigen, tidak ditemukan perbedaan yang bermakna.

7.2 SARAN

1. PMK yang selama ini dilakukan di ruang Perinatalogi RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati, bisa dijadikan sebagai tindakan yang rutin dan semua perawat anak yang dinas di ruangan Perinatalogi diberikan pelatihan PMK. Ruang Perinatalogi sebaiknya memiliki ruangan khusus PMK dan menyediakan rumah singgah bagi ibu, agar dapat mengunjungi bayinya setiap hari khususnya untuk PMK. Perawat diharapkan dapat memberikan

in house training, bagi ibu yang memiliki bayi prematur, agar PMK bisa dilakukan dirumah.

2. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan kajian bagi perawat tentang manfaat PMK, sehingga pada akhirnya dapat di implementasikan dalam pemberian asuhan keperawatan pada bayi.
3. Perlu adanya penelitian lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih besar, prosedur penelitian dengan waktu observasi fungsi fisiologis lebih ketat pada saat sebelum, selama, dan sesudah PMK.



DAFTAR PUSTAKA

- Ali, S.M., Sharma, J., Sharma, R., & Alam, S., (2009). Kangaroo mother care as compared to conventional care for low birth weight babies. *Dicle Tip Derg/ Dicle Med J*, 36 (3). 155-160. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 November 2009.
- Arora, S. (2008). Kangaroo mother care. *Nursing Journal of India*, 99 (11) : 248-250. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 November 2009.
- Alligood, M.R. & Tomey, A.M. (2006). *Nursing theory utilization dan application*. (edisi 3). USA : Mosby elsevier.
- Affonso, D. D., et al. (1989). Exploration of mother's reactions to the kangaroo method of prematurity care. *Neonatal network*, 7(6) : 43-51 dalam Dodd, V.L. (2003). Effects kangaroo care in preterm infants. *University of Connecticut*. . <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 4 Februari 2010.
- Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163-174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Begum, E.A., et al. (2008). Cerebral oxygenation responses during kangaroo care in low birth weight infants. *BCM Pediatrics*, 8(51) : 1-9. <http://www.biomedcentral.com> diperoleh tanggal 30 November 2009.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2003). *Understanding nursing research*. (3rd). USA : W.B. Saunders Company.
- Bobak, I.M., Lowdermik, D.L., & Jensen, M.D. (2005). *Keperawatan maternitas*. (Edisi 4). Jakarta: Penerbit EGC.
- Bullock, C.B., & Pridham, K.F. (1988). Sources of maternal confidence and uncertainty and perception of problemsolving competence. *Journal of advanced Nursing*, 13(3), 32-329 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163-174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Cattaneo, A. et al. (1998). Kangaroo mother care in low income countries. *Journal of tropical pediatrics*, 44 dalam PERINASIA. (2003). *Perawatan bayi berat lahir rendah dengan perawatan metode kanguru*. Jakarta : Perinasia.

- Cutrona, C., & Troutman, B.R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy. A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57(6), 1507-1518 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163-174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Doxtator, L.A. (2003). Maternal confidence acomparison between mothers of term and preterm infants by feeding method. Canada : *Queen's university*. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010..
- Dodd, V.L. (2003). Effects kangaroo care in preterm infants. *University of Connecticut*. . <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 4 Februari 2010.
- East, P. L., Matthews, K. L., & Felice, M. E. (1994). Qualities of adolescent mothers' parenting. *J. Adolesc. Health*, 15(2), 163-168 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163-174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Feldman, R. dan Eidelman, A.I. (2003). Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioural maturation in preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45 : 274 - 281. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 November 2009.
- Feldman, R., Eidelman, A.I., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of skin to skin (kangaroo) and traditional care : parenting outcomes and preterm infant development. *American Academy of Pediatrics*. 110 : 16-26. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 November 2009.
- Gorski, P.A., Davison, M.F., & Brazelton, T.B. (1979). Stages of behavioral organization in high risk neonate : Theoretical and practical considerations. *Seminar in peritanalogy*, 3(1) : 61-72 dalam Dodd, V.L. (2003). Effects kangaroo care in preterm infants. *University of Connecticut*. . <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 4 Februari 2010.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2009). *Wong's nursing care of infants and children*. St.Louis: Mosby Elsevier.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisa data kesehatan*. Jakarta : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

- Ibe, O.E., Austin, T., Sulliva, K., Fabanwo, O., Disu, E., & Costello, A.M.D.L. (2004). A comparison of kangaroo mother care and conventional incubator care for thermal regulation of infants < 2000 gr in Nigeria using continuous ambulatory temperature monitoring. *Annals of Tropical Paediatrics*, 24 : 245-251. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Indrasanto, E. et al. (2008). *Pelayanan obstetric dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) : Asuhan neonatal esensial*. Jakarta : JNPK-KR.
- Kasjono, H.S. & Yasril. (2009). *Teknik sampling untuk penelitian kesehatan*. Yogyakarta : Graha ilmu.
- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30(2), 73–77 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan Pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Pattinson, R.C., Bergh, A.M., Malan, A.F., & Prinsloo, R. (2006). Brief Report Does Kangaroo Mother Care Save Lives? *Journal of Tropical Pediatrics*. 56 (2) : 438- 441. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 November 2009.
- Priya J.J. (2004). Kangaroo care for low birth weight babies. *Nursing Journal of India* (95)9 : 209-212. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 November 2009.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. (6th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams dan Wilkins.
- Pagano, M. & Gauvreau, K. (1993). *Principles of biostatistics*. California: Wadsworth Publishing Company.
- PERINASIA. (2003). *Perawatan bayi berat lahir rendah dengan perawatan metode kanguru*. Jakarta : Perinasia.
- Pridham, K., Chang, A. S., & Hansen, M. P. (1987). Mothers' problem-solving skill & use of help with infant-related issues: The role of importance and need for action. *Research in Nursing & Health*, 10(4), 263–275 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence

- questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010
- Rustina, Y. (2005). Educational program for enhancing parental competency and outcomes of preterm infant. Unpublished manuscript dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Ruchala P. L., & James, D. (1997). Social support, knowledge of infant development, and maternal confidence among adolescent and adult mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 26(6), 685–689 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Shetty, A.P. (2007). Kangaroo mother care. *Nursing Journal of India*. 98 (11) : 249-250. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 November 2009.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sloan, N.L., et al. (2008). Community-based kangaroo mother care to prevent neonatal and infant mortality : A randomized controlled cluster trial. *Pediatrics*, 121 (5) : e1047-e1059. <http://www.pediatrics.org>. diperoleh tanggal 20 November 2009.
- Sugiyono. (2009). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R dan D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2009). *Statistik nonparametris untuk penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Sulani, F. (2009). *Masalah pertumbuhan janin terhambat (PJT) dan bayi berat lahir rendah (BBLR) di Indonesia*. Banjarmasin : Kongres Nasional X Perinasia.
- Sepa, A., Frodi, A., & Ludvigsson, J. (2004). Psychosocial correlates of parenting stress, lack support and lack of confidence/ security. *Scand J Psychol*, 45(2), 169-179 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Secco, M. L., Ateah, C., Woodgate, R., & Moffatt, M. (2002). Perceived and performed infant care competence of younger and older adolescent mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 25(2), 97–112 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence

- questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Steel, O'Connor, K. O., Mowat, D. L., Scott, H. M., Carr, P. A., Dorland, J. L., & Young, Tai K. F. (2003). A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge: An examination of breastfeeding rates, maternal confidence and utilization and costs of health services. *Canadian Journal of Public Health*, 94(2), 98–103 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- The Lancet (2008). The global burden of preterm birth. *The Lancet*. 371 : 75-84. <http://marchofdimes.com> diperoleh tanggal 4 Februari 2010.
- Tarkka, M.T. (2003). Issues and innovations in nursing practice: Predictors of maternal competence by first time mothers when the child is 8 month old. *Journal of advanced Nursing*, 41(3), 233-240 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Tseng, Y.F., Hsu, M.T., & Chen, Y.J. (1998). Maternal confidence at infant discharge: Comparing preterm and full-term groups. *Nursing Research*, 6(2), 190-191 (Taiwan) dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Tessier, R., et al. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*, 102: 1-8 dalam PERINASIA. (2003). *Perawatan bayi berat lahir rendah dengan perawatan metode kanguru*. Jakarta : Perinasia.
- Wilhem, P.A. (2005). The effect of early kangaroo care on breast skin temperature, distress, and breastmilk production in mothers of premature infants. *University of Nebraska*. . <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 28 April 2009.
- Williams, et al. (1987). Transition to motherhood: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 8(4), 251-265 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.

- Williams, et al. (1987). Transition to motherhood: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 8(4), 251-265 dalam Doxtator, L.A. (2003). Maternal confidence acomparison between mothers of term and preterm infants by feeding method. *Thesis*. Canada : Queen's university. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010..
- Walker, L., Crain, H., & Thompson, E. (1986). Maternal role attainment and identity in the post-partum period: Stability and change. *Nursing Research*, 35(6), 68–71 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Wijayanegara, H. et al. (2009). *Prematuritas*. Bandung : Penerbit Refika Aditama.
- WHO. (2009). *Pelayanan kesehatan anak di rumah sakit*. Jakarta.
- Zahr, L. (1991). The relationship between maternal confidence and mother-infant behaviors in premature infants. *Research in Nursing & Health*, 14(4), 279-286 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Zahr, L. (1993). The confidence of Latina mothers in the care of their low birth weight infants. *Research in Nursing and Health*, 16(5), 335-342 dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

No:(*)

Judul penelitian:

Pengaruh perawatan metode kanguru terhadap respon fisiologis bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi di dua Rumah Sakit di Jakarta.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan telah memahami penjelasan tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian pelaksanaan perawatan metode kanguru untuk mengukur respon fisiologis bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi, dan saya bersedia untuk dilibatkan dalam penelitian ini beserta bayi saya.

Jakarta, 2010

Yang membuat pernyataan,

()

*Diisi oleh peneliti

INSTRUMEN PENGKAJIAN FUNGSI FISILOGIS BAYI PREMATUR

Tanggal kegiatan dilakukan :

A.

arakteristik Responden

1. Nama :
 Nama :
 Inisial :
 Nama bayi :
 N
2. Tanggal lahir bayi :
3. Jenis kelamin bayi :
4. Berat badan lahir :
5. Usia ibu :
6. Usia gestasi :
7. Jumlah paritas :

K

B.

Observasi Fisiologis Bayi Prematur kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi

B

U

M

J

O

Observasi	Perawatan Metode Kanguru					
	Hari I		Hari II		Hari III	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Suhu tubuh						
Denyut jantung						
Saturasi oksigen						
Kepercayaan diri ibu						

C.

Perawatan Metode Kanguru

P

No.	Ibu yang melakukan PMK	Pelaksanaan PMK (dalam 24 jam)					
		Hari I (pertama)		Hari II (kedua)		Hari III (ketiga)	
		Mulai	Selesai	Mulai	Selesai	Mulai	Selesai

KUESIONER VARIABEL KEPERCAYAAN DIRI IBU DALAM MERAWAT BAYI

Sebelum/ Sesudah...*

Kepercayaan Diri Ibu Dalam Merawat Bayi						
No.	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1.	Saya mengetahui kapan saatnya bayi saya ingin bermain dengan saya.					
2.	Saya tahu cara merawat bayi saya sendiri lebih daripada orang lain.					
3.	Apabila bayi saya marah, saya tahu penyebabnya.					
4.	Saya bisa memberitahu kapan bayi saya ingin istirahat dan tidur.					
5.	Saya mengetahui apa yang bisa membuat bayi saya merasa senang.					
6.	Saya bisa memandikan bayi saya.					
7.	Saya bisa memberi makan/minum bayi saya dengan cukup.					
8.	Saya bisa menggendong bayi saya dengan baik.					
9.	Saya bisa memberitahu kapan bayi saya sakit					
10.	Saya merasa frustrasi dalam merawat bayi saya.					
11.	Saya akan merasa senang menolong ibu-ibu yang lain untuk belajar bagaimana merawat bayi mereka.					
12.	Saya menjadi orang tua yang					

	tidak menuntut dan tanpa pamrih.					
13.	Saya sudah memiliki keterampilan yang diperlukan untuk menjadi orang tua yang baik.					
14.	Saya merasa puas dengan peran saya sebagai orang tua.					

....* : Coret yang tidak perlu

Distribusi Rata-rata Suhu Tubuh, Frekuensi Denyut Jantung, Saturasi Oksigen pada Bayi Sebelum dan Sesudah Dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta April – Juni 2010

Hari	Variabel	RSAB Harapan Kita		RSUP Fatmawati	
		Mean	95% CI	Mean	95% CI
I	Suhu Tubuh				
	Sebelum	36.4	36.1 – 36.7	36.7	36.4 – 36.9
	Sesudah	36.7	36.4 – 37	36.9	36.7 – 37.2
	Frekuensi denyut jantung				
	Sebelum	149.8	141.2 – 158.4	150.7	144.6 – 156.7
	Sesudah	154.3	148.9 – 159.7	154	147.7 – 160.3
	Saturasi Oksigen				
	Sebelum	95.8	91.8 – 99.9	96.8	93.5 – 100.1
	Sesudah	96.5	92.6- 100.3.	97.3	93.3 – 101.4
II	Suhu Tubuh				
	Sebelum	36.6	36.5 – 36.8	36.5	36.2 – 36.9
	Sesudah	37	36.8 – 37.2	36.9	36.6 – 37.2
	Frekuensi denyut jantung				
	Sebelum	152.8	146.4 – 159.3	152.8	146.4 – 159.3
	Sesudah	155.7	151.3 – 160	154.8	152.5 – 157.2
	Saturasi Oksigen				
	Sebelum	96.7	92.9 – 100.4	96.5	93.1 – 99.9
	Sesudah	97.3	93.9 – 100.7	97.2	94 – 100.3
III	Suhu Tubuh				
	Sebelum	36.5	36.2 – 36.8	36.8	36.6 – 36.9
	Sesudah	36.9	36.7 – 37.1	37	36.9 – 37.2
	Frekuensi denyut jantung				
	Sebelum	151.2	145.4 – 156.9	153.3	150.3 – 156.1
	Sesudah	154.7	147.9 – 161.4	154.4	151.6 – 157.2
	Saturasi Oksigen				
	Sebelum	96.8	93.7 – 99.9	97	93.7 – 100.2
	Sesudah	96	91.3 – 100.6	98.3	95.3 – 101.3

Distribusi Pengaruh PMK Terhadap Rata-rata Kepercayaan Diri Ibu Dalam Merawat
Bayi di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati
di Jakarta April –Juni 2010

No.	Kepercayaan Diri Ibu dalam merawat Bayi Pernyataan	Sebelum PMK		Sesudah PMK		Kenaikan	
		Mean	Min-Max	Mean	Min-Max	Mean	Min-Max
1.	Saya tahu bayi ingin bermain.	3.00	1 - 5	3.44	1 - 5	0.4375	0 - 0.4375
2.	Saya tahu cara merawat bayi.	3.38	1 - 5	3.69	2 - 5	0.3125	0- 0.3125
3.	Saya tahu penyebab bayi marah.	3.63	2 - 5	3.94	2 - 5	0.3125	0-0.3125
4.	Saya tahu bayi ingin tidur.	4.06	3 - 5	4.25	3 - 5	0.1875	0-0.1875
5.	Saya tahu bayi merasa senang.	3.88	2 - 5	4.25	3 - 5	0.3750	0-0.3750
6.	Saya bisa memandikan bayi saya.	3.44	1 - 5	3.81	2 - 5	0.3750	0-0.3750
7.	Saya bisa memberi minum bayi.	3.94	2 - 5	4.06	2 - 5	0.1250	0-0.1250
8.	Saya bisa menggendong bayi.	4.00	2 - 5	4.31	3 - 5	0.3125	0-0.3125
9.	Saya tahu kapan bayi saya sakit.	3.56	2 - 5	3.94	3 - 5	0.3750	0-0.3750
10.	Saya frustrasi dalam merawat bayi.	4.19	2 - 5	4.13	2 - 5	0.0625	-1-0.0625
11.	Saya senang menolong ibu lain.	3.63	1 - 5	4.25	2 - 5	0.6250	0-0.6250
12.	Saya orang tua yang tanpa pamrih.	4.25	1 - 5	4.25	1 - 5	0.0000	-1-0.0000
13.	Saya memiliki keterampilan.	3.81	1 - 5	3.94	1 - 5	0.1250	0-0.1250
14.	Saya merasa puas sebagai orang tua.	4.00	1 - 5	4.06	1 - 5	0.0625	0-0.0625
Total		52,6	34-8	56,2	38-70	3.5625	1 - 8

**PENGARUH PERAWATAN METODE KANGURU TERHADAP RESPON
FISIOLOGIS BAYI PREMATUR DAN KEPERCAYAAN DIRI IBU
DALAM MERAWAT BAYI DI DUA RUMAH SAKIT
DI JAKARTA**

Deswita*, Yeni Rustina**, Besral***

Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Kampus Depok UI, Depok, 16424 Indonesia

E-mail: deswitapsik@yahoo.com

Abstrak

Kelahiran prematur merupakan penyebab terbesar kematian bayi. Perawatan metode kanguru merupakan salah satu perawatan yang efektif bagi bayi prematur. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh perawatan metode kanguru terhadap respon fisiologis bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi di dua rumah sakit di Jakarta. Desain penelitian adalah *one-group pre* dan *post test*. Pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling*. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan bermakna pada suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen pada bayi prematur, dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru. Perawatan metode kanguru dapat diusulkan menjadi tindakan rutin di ruangan perinatalogi rumah sakit.

Kata kunci: bayi prematur, perawatan metode kanguru, fisiologis bayi, kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi

Abstract

The main cause of neonatal mortality is premature birth and low birth weight infants. Kangaroo mother care is one effective care for preterm infants. The purpose of the study was to identify the effect kangaroo mother care on physiological response of preterm infants and self confidence of mother caring infants in some hospitals in Jakarta. The study design was pre-experiment with one-group pre and post test design. The result of study was founded that the are significant differencies between before and after kangaroo mother care intervention on body temperature, heart rate, oxygen saturation on preterm infants and self confidence of mother. Based on this study, there were some recomendations including kangaroo mother care usage as a part of routine care in hospital.

Key word : preterm infants, kangaroo mother care, physiological responses, self confidence of mother

PENDAHULUAN

Indonesia sebagai salah satu negara Asia, memiliki jumlah kematian bayi tertinggi di ASEAN. Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menyebutkan bahwa 401 bayi baru lahir di Indonesia meninggal sebelum berumur satu tahun setiap harinya, dan diperkirakan 10 bayi baru lahir meninggal setiap jamnya atau bayi baru lahir meninggal setiap 6 menit (Sulani, 2009).

Kelahiran prematur dan bayi dengan berat badan lahir rendah adalah penyebab terbesar angka kematian bayi, diikuti kejadian infeksi (Sloan, et al., 2008). Hasil penelitian menyebutkan bahwa bayi prematur mempunyai kesulitan untuk beradaptasi dengan kehidupan ekstra uterin, akibat ketidakmatangan sistem organ tubuhnya seperti paru-paru, jantung, ginjal, hati, dan sistem pencernaannya.

Bayi prematur secara umum belum mempunyai kematangan dalam sistem pertahanan tubuh untuk beradaptasi dengan lingkungan. Bayi prematur yang mempunyai berat badan lahir rendah cenderung mengalami hipotermi. Hal ini disebabkan karena tipisnya lemak subkutan pada bayi sehingga sangat mudah dipengaruhi oleh suhu lingkungan. Pada umumnya bayi prematur dan mempunyai berat badan lahir rendah harus, dirawat dalam inkubator (Priya, 2004).

Perawatan bayi dalam inkubator, menyebabkan adanya pemisahan ibu dengan bayi baru lahir. Kondisi ini, merupakan salah satu penyebab timbulnya kurang percaya diri ibu dalam merawat bayinya. Ibu yang memiliki bayi prematur atau kurang bulan ditemukan kurang percaya diri dalam merawat bayinya dibandingkan dengan ibu yang memiliki bayi cukup bulan (William, 1987 dalam Doxtator, 2003). Sebuah inovasi yang mendekatkan bayi dan ibunya di ruang perawatan perinatalogi di rumah sakit adalah Perawatan Metode Kanguru atau PMK (Priya, 2004).

Tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi pengaruh perawatan metode kanguru terhadap fungsi fisiologis, yang terdiri dari suhu tubuh, frekuensi denyut jantung saturasi oksigen bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi di Rumah Sakit Anak dan Bunda (RSAB) Harapan Kita dan Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati di Jakarta.

METODE

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah pra- eksperimental dengan jenis *one-group pre-post test design*. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. Penelitian dilakukan selama 8 minggu yaitu 22 April hingga 12 Juni 2010 di ruangan Perinatalogi RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Jakarta.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi prematur yang dirawat di ruangan Perinatalogi di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta. Sampel pada penelitian ini adalah bayi prematur stabil yang dirawat di kedua rumah sakit tersebut dan memenuhi kriteria inklusi yaitu berat badan bayi kurang dari 2500 gram, suhu tubuh minimal 36°C dan orang tua responden memberikan persetujuan. Kriteria eksklusi pada penelitian ini yaitu mengembalikan bayi ke inkubator jika terdapat tanda stres yang menetap termasuk takipnea, takikardi, ketidakstabilan suhu tubuh, atau desaturasi oksigen serta ibu yang tidak kooperatif.

Penelitian ini telah dilakukan di ruang rawat perinatalogi di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Jakarta. RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati merupakan rumah sakit yang menjadi rujukan dalam penanganan masalah kesehatan pada anak dan ibu. Kedua Rumah sakit ini, sudah menggalakan perawatan metode kanguru.

PMK dilakukan selama 3 hari untuk setiap bayi. Peneliti memberikan Penyuluhan kesehatan tentang PMK pada ibu dan

meminta persetujuan untuk terlibat penelitian. Peneliti melanjutkan dengan mengukur fungsi fisiologis bayi, yang terdiri dari suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen dan kuesioner untuk kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum PMK. Selanjutnya, pelaksanaan PMK dalam 1 (satu) jam pada hari I. Pengukuran fungsi fisiologis dilakukan sesudah PMK. Pengukuran sebelum dilakukan PMK, dilaksanakan pada bayi sesaat sebelum dilekatkan pada dada ibu, sedangkan pengukuran sesudah PMK, dilakukan setelah bayi dalam posisi kanguru selama 1 jam dan diukur kembali suhu tubuh, frekuensi denyut jantung dan saturasi oksigen ketika bayi dalam posisi kanguru.

Hari II, pengukuran fisiologis bayi dilakukan sebelum ibu menerapkan PMK, selanjutnya sesudah ibu melakukan PMK selama 1 jam. Hari III, pengukuran fungsi fisiologis dilakukan sebelum dan sesudah PMK. Selanjutnya, ibu mengisi kuesioner sesudah PMK dan peneliti mengucapkan terimakasih kepada responden.

Data pada penelitian ini dianalisis menggunakan program komputer. Data dianalisis dengan menggunakan analisis univariat, dan bivariat. Analisis univariat dilakukan pada variabel karakteristik responden bayi prematur (usia, jenis kelamin, berat badan lahir) dan karakteristik ibu (usia, masa gestasi, paritas). Analisis bivariat yang digunakan adalah Wilcoxon test, karena jumlah sampel sedikit, data numerik, dan uji beda berpasangan.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini membuktikan dan menjawab hipotesis penelitian yang diajukan bahwa apakah terdapat perbedaan terhadap suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah PMK.

Karakteristik bayi prematur, jenis kelamin laki-laki lebih banyak dari pada perempuan. Rata-rata berat badan lahir sebesar

1637,1 gram, sedangkan rata-rata umur bayi saat dilakukan penelitian yaitu 15 hari.

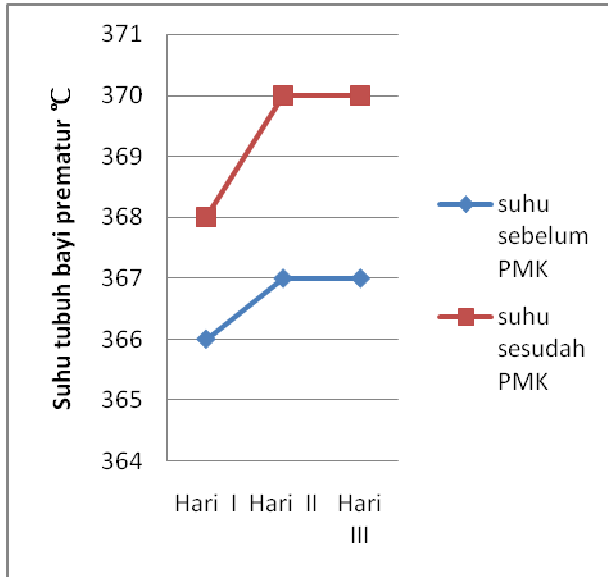
Karakteristik ibu, didapatkan rata-rata usia ibu adalah 34,9 tahun. Masa gestasi ibu sebesar 32 minggu, sedangkan paritas sebanyak 2-3 anak.

Analisis bivariat dilakukan dengan uji Wilcoxon untuk melihat pengaruh PMK terhadap suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah PMK. Adapun gambaran fungsi fisiologis bayi prematur sebelum dan sesudah PMK adalah sebagai berikut:

Tabel 5.4.
Distribusi Responden Berdasarkan Rata-rata Suhu Tubuh Bayi Prematur Sebelum dan Sesudah PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Di Jakarta April – Juni 2010

Day	Variabel	Mean	P Value
I	Suhu	36.6	0,003
	Sebelum	36.8	
	Sesudah		
II	Suhu	36.7	0,003
	Sebelum	37	
	Sesudah		
III	Suhu	36.7	0,001
	Sebelum	37	
	Sesudah		

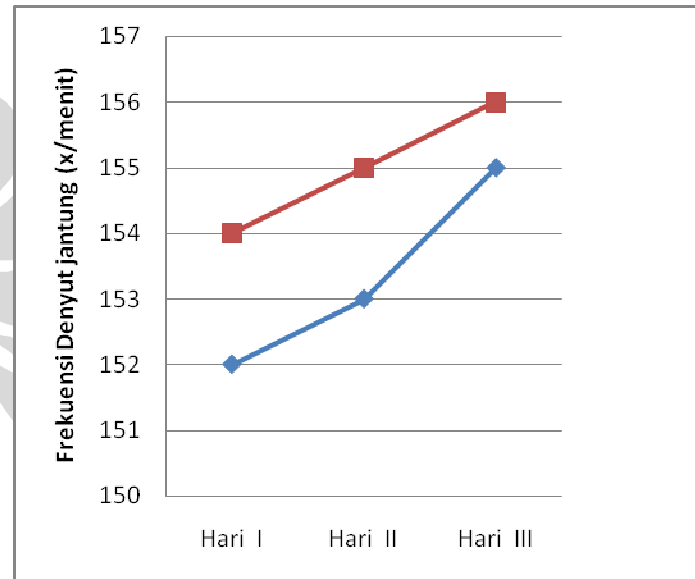
Tabel 5.4 menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna terhadap suhu tubuh bayi prematur sebelum dan sesudah PMK, pada hari I, II, dan III. Terlihat kenaikan suhu tubuh berada dalam batas normal.



Grafik 5.1. Suhu Tubuh Bayi Prematur

Grafik 5.1 memperlihatkan kenaikan suhu tubuh bayi prematur pada hari I, II, dan III. Pada grafik terlihat tercapainya stabilisasi suhu tubuh pada hari III sesudah PMK.

Tabel 5.5. menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata frekuensi denyut jantung bayi prematur sebelum dan sesudah PMK di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Jakarta pada hari I ($p=0.065$), hari II ($p=0.082$), dan hari III ($p=0.191$).



Grafik 5.2. Frekuensi Denyut Jantung Bayi Prematur

Grafik di atas memperlihatkan terjadinya kenaikan frekuensi denyut jantung dalam batas normal, pada hari I, II, dan III.

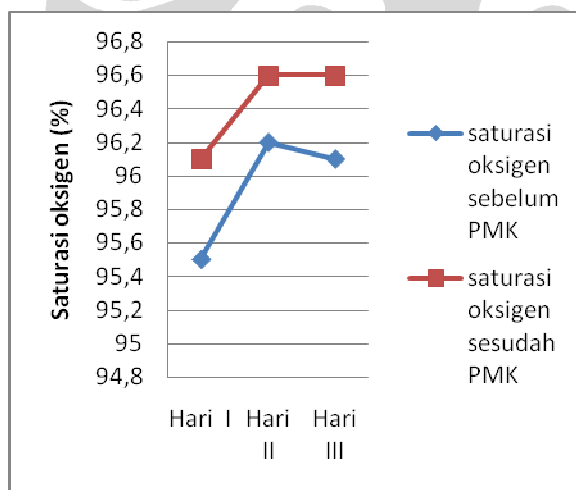
Tabel 5.5. Distribusi Responden Berdasarkan Rata-rata Frekuensi Denyut Jantung pada Bayi Prematur di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta April – Juni 2010

Hari	Mean	P Value
I	Frekuensi denyut jantung	
	Sebelum 151.6 154.4	0.065
II	Frekuensi denyut jantung	
	Sebelum 153.2 155.2	0,082
III	Frekuensi denyut jantung	
	Sebelum 153.3 5.2 154.4 5.3	0,191
	Sesudah	

Tabel 5.6.
Distribusi Responden Berdasarkan Perbedaan Rata-rata Saturasi Oksigen pada Bayi Prematur di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati di Jakarta April – Juni 2010

Hari	Mean	P Value
I	Saturasi Oksigen Sebelum 95.5	0,097
	Sesudah 96.1	
II	Saturasi Oksigen Sebelum 96.2	0,138
	Sesudah 96.6	
III	Saturasi Oksigen Sebelum 96.1	0,065
	Sesudah 96.6	

Tabel 5.6. menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata saturasi oksigen bayi prematur sebelum dan sesudah PMK di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Jakarta pada hari I ($p=0.097$), hari II ($p=0.138$), dan hari III ($p=0.065$).



Grafik 5.3. Saturasi O₂ Bayi Prematur

Grafik di atas menunjukkan kenaikan saturasi oksigen dalam batas normal. Grafik juga memperlihatkan, terdapatnya kestabilan saturasi oksigen pada hari III sesudah dilakukan PMK.

Tabel 5.7.
Distribusi Pengaruh PMK Terhadap Rata-rata Keseluruhan Suhu Tubuh, Frekuensi Denyut Jantung, Saturasi Oksigen pada Bayi dan Kepercayaan Diri Ibu Dalam Merawat Bayi di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Di Jakarta April – Juni 2010

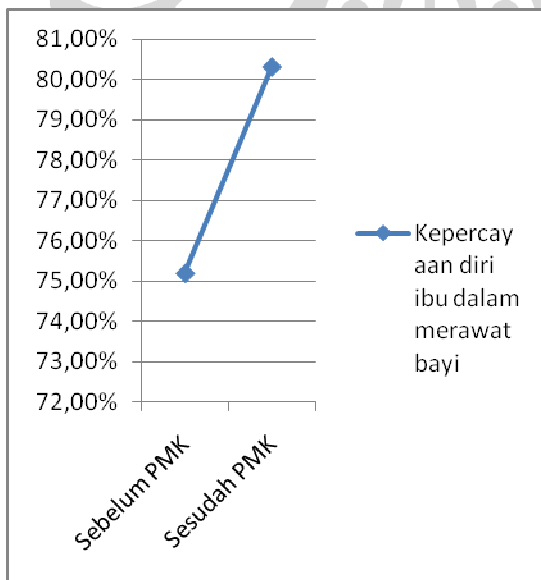
Variabel	Mean	SD	Min-Mak	P Value
Suhu Tubuh	Sebelum 36.7	0.3	36 – 37.4	0,000
	Sesudah 36.9			
Frekuensi denyut jantung	Sebelum 152.7	6	140 – 163	0,006
	Sesudah 154.7			
Saturasi Oksigen	Sebelum 95.9	3.3	89 – 100	0,004
	Sesudah 96.4			
Kepercayaan Diri Ibu Dalam Merawat Bayi	Sebelum 75.2	77.8	13.8	0.000
	Sesudah 80.3			

Tabel 5.7. menunjukkan bahwa rata-rata keseluruhan suhu tubuh bayi sebelum dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Jakarta adalah 36,7°C dan sesudah dilakukan PMK adalah 36,9°C. Analisis lebih lanjut menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata suhu tubuh bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK, dengan kata lain dapat dilihat bahwa secara signifikan PMK dapat menaikkan suhu tubuh bayi prematur (P value = 0,000, α = 0,05).

Tabel 5.7 juga menunjukkan rata-rata keseluruhan frekuensi denyut jantung bayi sebelum dilakukan PMK adalah 153 x/menit dan sesudah dilakukan PMK adalah 155 x/menit.. Analisis lebih lanjut menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata frekuensi denyut jantung bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK, dengan kata lain dapat dilihat bahwa secara signifikan PMK dapat menaikkan frekuensi denyut jantung bayi prematur (P value = 0,006, α = 0,05).

Tabel 5.7. menunjukkan bahwa rata-rata keseluruhan saturasi oksigen bayi sebelum dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Jakarta adalah 96% dan sesudah dilakukan PMK 96% . Analisis lebih lanjut menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata keseluruhan saturasi oksigen bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK, dengan kata lain dapat dilihat bahwa secara signifikan PMK dapat meningkatkan saturasi oksigen bayi (P value = 0,004, α = 0,05).

Tabel diatas menunjukkan bahwa rata-rata kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum melakukan PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Jakarta adalah 75,2% dan sesudah melakukan PMK adalah 80,3%. Analisis lebih lanjut menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah melakukan PMK, dengan kata lain dapat dilihat bahwa secara signifikan PMK dapat meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi (P value = 0,00, α = 0,05).



Grafik 5.4. Kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi

Grafik di atas menunjukkan, terdapat peningkatan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sesudah PMK.

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang interpretasi dan diskusi hasil pengumpulan data yang telah dijelaskan pada bab hasil penelitian, dengan berlandaskan literatur yang terkait serta hasil penelitian yang telah ada sebelumnya. Pada bab ini juga akan dijelaskan keterbatasan penelitian selama pelaksanaan penelitian dan implikasi hasil penelitian.

Suhu tubuh bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK

Rata-rata suhu tubuh bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati Jakarta, menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p=0.000$ $\alpha=0.05$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya, bahwa penelitian dilakukan pada 2 kelompok, yaitu kelompok kontrol sebanyak 56 bayi dan kelompok intervensi sebanyak 58 bayi. PMK secara bermakna menunjukkan perbedaan suhu tubuh bayi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi, dengan $p < 0.001$ ($\alpha=0.05$) (Ali, et al., 2009).

Penelitian lain yang mendukung yaitu ditemukannya kenaikan suhu tubuh bayi prematur setelah dilakukan PMK selama 1 jam, rata-rata kenaikan suhu tubuh sebesar $0,3^{\circ}\text{C}$ dengan $p < 0,01$. Penelitian ini dilakukan pada 16 responden (Begum, et al., 2008).

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian lain, bahwa ibu mampu mengontrol suhu tubuh bayi lebih baik daripada inkubator. Menurut Bergman, PMK dapat menyebabkan suhu tubuh bisa meningkat 2° jika bayi kedinginan dan dapat menurunkan 1° jika bayi kepanasan (Shetty, 2007).

PMK ditemukan dapat meningkatkan suhu tubuh bayi, dan mengurangi terjadinya hipotermia pada bayi prematur. Hipotermia dapat mengakibatkan komplikasi antara lain asidosis, hipoglikemia, gangguan pembekuan

darah, dan peningkatan resiko terjadinya distress pernafasan.

Frekuensi denyut jantung bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK

Rata-rata frekuensi denyut jantung bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Jakarta, menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p=0.006$ $\alpha=0.05$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang menyebutkan bahwa manfaat PMK adalah stabilisasi suhu tubuh, frekuensi denyut jantung dan perilaku bayi lebih baik, misalnya tangisan bayi berkurang dan sewaktu bangun terlihat lebih waspada (Suradi & Yanuarso, 2000 dalam PERINASIA, 2003).

Penelitian lain juga menyebutkan PMK bermanfaat untuk kestabilan frekuensi denyut jantung. Kestabilan frekuensi denyut jantung ini dinilai dari PMK dapat menaikkan frekuensi denyut jantung dan menurunkan terjadinya bradikardi, dengan nilai $p = 0.00$ ($\alpha=0.05$) (Priya, 2004).

Penelitian yang menggunakan alat monitor kontinyu, menemukan bahwa selama perawatan menggunakan metode kanguru, laju frekuensi denyut jantung bayi relatif stabil dan konstan (Ludington-Hoe et al, dalam PERINASIA, 2003). Hasil penelitian lain yang menggunakan *pneumokardiogram* melakukan pengamatan pada frekuensi denyut jantung bayi. Hasil penelitian menunjukkan, pola respirasi dan frekuensi denyut jantung bayi selama perawatan metode kanguru lebih stabil dibanding perawatan dalam boks atau perawatan konvensional (PERINASIA, 2003).

Menurut peneliti, bayi prematur cenderung mengalami bradikardi. PMK mempunyai pengaruh positif pada bayi, karena bayi merasakan detak jantung ibu, sehingga apabila bayi yang sedang bradikardi akan terstimulasi agar jantungnya kembali berdenyut mengiringi detak jantung ibu.

Saturasi oksigen bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK

Rata-rata saturasi oksigen bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Jakarta, menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p=0.004$ $\alpha=0.05$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain, yang menyebutkan bahwa PMK dapat menaikkan level saturasi oksigen secara signifikan dengan ($p = 0.000$ $\alpha=0.05$). Responden pada penelitian ini sebanyak 30 bayi yang mempunyai berat badan lahir rendah (Priya, 2004).

Hasil penelitian lain juga melaporkan PMK menjaga kestabilan saturasi oksigen. PMK secara bermakna mengurangi frekuensi nafas dan meningkatkan saturasi oksigen. Hal ini bisa disebabkan oleh posisi bayi yang tegak, sehingga dipengaruhi oleh gravitasi bumi dan berefek pada ventilasi dan perfusi. Posisi tegak mengoptimalkan fungsi respirasi (Ali, et al., 2009).

Menurut peneliti, saturasi oksigen cenderung mengalami penurunan, apabila frekuensi denyut jantung mengalami bradikardi atau takikardi. Frekuensi denyut jantung yang lambat atau sangat cepat, akan mempengaruhi sirkulasi darah ke seluruh tubuh. Sirkulasi darah yang tidak adekuat ke seluruh tubuh, terutama bagian perifer, dapat menurunkan oksigen dalam darah bagian perifer, sehingga saturasi oksigen yang dipantau melalui *pulse oxymetri* menunjukkan kurang dari 90%.

Kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK

Rata-rata kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK di RSAB Harapan Kita Dan RSUP Fatmawati Jakarta, menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p=0.000$ $\alpha=0.05$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain, yang menyebutkan bahwa PMK bermanfaat buat bayi dan orang tuanya. Ibu yang melakukan PMK secara bermakna dapat merasakan stresnya berkurang, meningkatkan rasa percaya diri, dan merasakan kepuasan tersendiri karena telah melakukan sesuatu yang positif buat bayinya yang lahir prematur dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan PMK (Arora, 2008).

Penelitian lainnya menyebutkan bahwa ibu yang melakukan perawatan metode kanguru merasa lebih percaya diri dalam merawat bayinya dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan perawatan metode kanguru. Perawatan metode kanguru juga meningkatkan kedekatan ibu dengan bayinya, mengurangi perasaan stres pada ibu sebagaimana pada bayi, serta membuat ibu dan bayi lebih tenang dan rileks. Semakin dini metode kanguru diterapkan maka hasilnya semakin baik (Tessier, et al., 1998 dalam PERINASIA, 2003).

Hasil penelitian yang mendukung, menyebutkan bahwa PMK dapat menimbulkan rasa percaya diri ibu dalam kemampuannya untuk merawat bayinya sendiri. Percaya diri seorang ibu dalam merawat bayi, dapat muncul ketika ibu mampu mengatur perawatan bayi, dan memahami keinginan bayinya yang lahir prematur. Kontak ibu dan bayi merupakan elemen penting dalam pertumbuhan dan perkembangan bayi prematur (Dodd, 2003). Hasil penelitian tersebut sesuai dengan pendapat lain yaitu interaksi ibu dengan bayi secara terus menerus akan berpengaruh terhadap perasaan ibu untuk percaya diri dalam merawat bayinya (Kapp, 1998 dalam Bobak, et al., 2005).

Ibu merasa tidak dipisahkan lagi dengan bayinya, yang sebelumnya bayi prematur hanya bisa dipandangnya melalui inkubator di ruang rawat rumah sakit. Kedekatan ibu dengan bayinya, yang dimanifestasikan dengan melakukan PMK, membuat ibu merasa memahami kebutuhan bayi dan merasa percaya diri untuk merawat bayinya sendiri.

Suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, dan saturasi oksigen pada bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK pada hari I (pertama), hari II (kedua), dan hari III (ketiga).

Suhu tubuh sebelum dan sesudah PMK pada hari I (pertama), hari II (kedua) dan hari III (ketiga). Hasil penelitian ini menunjukkan, terdapat perbedaan yang bermakna terhadap suhu tubuh

bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK, baik pada hari I, II, dan III. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian pada 13 bayi prematur yang dilakukan PMK. Bayi diobservasi setiap 4 jam sesudah dilakukan PMK. Responden diobservasi selama 38 jam, dengan 7 kali memonitor suhu tubuh pada setiap responden. Hasil penelitian menunjukkan semua suhu tubuh bayi yang dilakukan PMK mengalami kenaikan yang bermakna dibandingkan bayi yang tidak dilakukan PMK ($p < 0.0001$, $\alpha = 0.05$) (Ibe, et al., 2004).

Hasil penelitian lain yang melakukan PMK selama rata-rata 25 hari pada 114 responden, menemukan suhu tubuh bayi yang dilakukan PMK, mengalami peningkatan yang bermakna ($p < 0.001$, $\alpha = 0.05$). PMK dilakukan rata-rata 6 jam sehari pada setiap semua responden (Ali, et al., 2009).

Menurut peneliti, PMK dapat menaikkan suhu tubuh bayi secara bermakna, walaupun dimonitor setelah 1 jam pada hari I. PMK yang dilakukan sekali atau lebih dengan minimal pelaksanaan 1 jam, dapat menaikkan suhu tubuh bayi prematur dan BBLR.

Frekuensi denyut jantung sebelum dan sesudah PMK pada hari I (pertama), hari II (kedua) dan hari III (ketiga).

Hasil penelitian ini menunjukkan, bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada frekuensi denyut jantung bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK, baik pada hari I, hari II, dan hari III. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan pada 53 responden, dengan *one-group, pretest* dan *posttest*. PMK dilakukan selama 1,5 jam, dan didapatkan frekuensi denyut jantung sebelum dan sesudah PMK mengalami perbedaan, atau kenaikan secara bermakna (Fohe, et al., 2000 dalam Dodd, 2003).

Hasil penelitian yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna ini, tidak sesuai dengan hasil penelitian yang menilai secara keseluruhan selama 3 hari, bahwa

terdapat perbedaan frekuensi denyut jantung bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK. Ketidaksihesuaian ini bisa terjadi akibat jumlah sampel yang relatif kecil, karena semakin besar sampel penelitian maka semakin baik hasil penelitian tersebut.

Saturasi oksigen sebelum dan sesudah PMK pada hari I (pertama), hari II (kedua) dan hari III (ketiga).

Hasil penelitian ini menunjukkan, bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada saturasi oksigen bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK, baik pada hari I, hari II, dan hari III. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang menilai secara keseluruhan selama 3 hari, bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada saturasi oksigen bayi prematur sebelum dan sesudah dilakukan PMK. Ketidaksihesuaian ini bisa terjadi akibat jumlah sampel yang relatif kecil, karena semakin besar sampel penelitian maka semakin baik hasil penelitian tersebut.

Hasil penelitian lain yang juga tidak menemukan perbedaan bermakna pada saturasi oksigen bayi sebelum dan sesudah PMK, dilakukan pada 20 responden. Penelitian ini menilai saturasi oksigen pada sebelum dan sesudah 2 jam dilakukan PMK (Fischer, et al., 1998 dalam Dodd, 2003).

Hasil penelitian lain yang menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah PMK pada saturasi oksigen bayi dengan berat badan lahir rendah. Jumlah respondennya 15 bayi dengan berat badan lahir rendah, yaitu < 1800 gram (Mooncey et al, 1997 dalam Dodds, 2003).

Implikasi Hasil Penelitian

Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini membuktikan bahwa PMK dapat meningkatkan suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, dan saturasi oksigen pada bayi prematur, serta mampu meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayinya. PMK bisa diimplementasikan dalam penerapan asuhan keperawatan pada neonatus, terutama dalam kondisi keterbatasan

penyediaan inkubator bagi bayi prematur. PMK bisa dilakukan oleh ibu manapun, dengan syarat petugas kesehatan yang harus terlebih dahulu memberikan pendidikan kesehatan dan demonstrasi terkait PMK pada keluarga, khususnya pada ibu yang mau melakukan PMK.

Penelitian Keperawatan

Penelitian ini dapat dijadikan dasar bagi penelitian yang lain yang berhubungan dengan PMK dan fungsi fisiologis bayi serta kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi dengan jumlah sampel yang lebih besar. Desain *quasi eksperiment* atau *true eksperiment* bisa dilakukan agar lebih mendukung hasil penelitian yang ada.. Berdasarkan adanya keterbatasan penelitian yang terkait dengan prosedur penelitian, bisa dilakukan penelitian lain dengan prosedur yang lebih ketat, yaitu melakukan pemantauan pada fisiologis bayi sebelum, selama, dan sesudah dilakukan PMK.

SIMPULAN

Karakteristik responden bayi prematur yaitu, jenis kelamin laki-laki adalah 56,2%, rata-rata umurnya 15,4 hari dan rata-rata berat badan lahirnya adalah 1637,1 gram. Adapun karakteristik responden ibu, antara lain rata-rata usia ibu adalah 34,9 tahun, rata-rata masa gestasinya 32,4 bulan dan Terdapat perbedaan yang bermakna suhu tubuh, frekuensi denyut jantung, saturasi oksigen bayi prematur dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi sebelum dan sesudah dilakukan PMK.

SARAN

1. PMK yang selama ini dilakukan di ruang Perinatalogi RSAB Harapan Kita dan RSUP Fatmawati, bisa dijadikan sebagai tindakan yang rutin dan semua perawat anak yang dinas di ruangan Perinatalogi diberikan pelatihan PMK. Ruang Perinatalogi sebaiknya memiliki ruangan khusus PMK dan menyediakan rumah singgah bagi ibu, agar dapat mengunjungi bayinya setiap hari khususnya untuk PMK. Perawat diharapkan dapat memberikan *in house*

training, bagi ibu yang memiliki bayi prematur, agar PMK bisa dilakukan dirumah.

2. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan kajian bagi perawat tentang manfaat PMK, sehingga pada akhirnya dapat di implementasikan dalam pemberian asuhan keperawatan pada bayi.
3. Perlu adanya penelitian lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih besar.

Keterangan:

*= Peneliti

**= Pembimbing 1

***=Pembimbing 2

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, S.M., Sharma, J., Sharma, R., & Alam, S., (2009). Kangaroo mother care as compared to conventional care for low birth weight babies. *Dicle Tip Derg/ Dicle Med J*, 36 (3). 155-160. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 November 2009.
- Arora,S. (2008). Kangaroo mother care. *Nursing Journal of India*, 99 (11) : 248-250. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 November 2009.
- Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Begum, E.A., et al. (2008). Cerebral oxygenation responses during kangaroo care in low birth weight infants. *BCM Pediatrics*, 8(51) : 1-9. <http://www.biomedcentral.com> diperoleh tanggal 30 November 2009.
- PERINASIA. (2003). *Perawatan bayi berat lahir rendah dengan perawatan metode kanguru*. Jakarta : Perinasia.
- Rustina,Y. (2005). Educational program for enhancing parental competency and outcomes of preterm infant. Unpublished manuscript dalam Badr, L.K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28:163–174. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Sugiyono. (2009). *Statistik nonparametris untuk penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Sulani, F. (2009). *Masalah pertumbuhan janin terhambat (PJT) dan bayi berat lahir*
- Shetty, A.P. (2007). Kangaroo mother care. *Nursing Journal of India*. 98 (11) : 249-250. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 20 November 2009.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sloan, N.L. (2008). Community-based kangaroo mother care to prevent neonatal and infant mortality : A randomized controlled cluster trial. *Pediatrics*, 121 (5) : e1047-e1059. <http://www.pediatrics.org>. diperoleh tanggal 20 November 2009.

