



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH PERAWATAN METODE KANGURU  
TERHADAP PERTUMBUHAN BAYI, PENGETAHUAN DAN  
SIKAP IBU DALAM MERAWAT BBLR DI RSUD CIBABAT  
CIMAHI**

**TESIS**

**Oleh :**

**SITI DEWI RAHMAYANTI**

**0806446883**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK  
DEPOK  
JULI 2010**

**i**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH PERAWATAN METODE KANGURU  
TERHADAP PERTUMBUHAN BAYI, PENGETAHUAN DAN  
SIKAP IBU DALAM MERAWAT BBLR DI RSUD CIBABAT  
CIMAHI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan

**TESIS**

Oleh :  
**SITI DEWI RAHMAYANTI**  
**0806446883**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK  
DEPOK  
JULI 2010**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Jakarta, 20 Juli 2010

Pembimbing I



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

Pembimbing II



Enie Novieastari, S.Kp., MSN

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

**Nama** : Siti Dewi Rahmayanti

**NPM** : 0806446883

**Tanda Tangan** : 

**Tanggal** : 20 Juli 2010



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Siti Dewi Rahmayanti  
NPM : 0806446883  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap  
Pertumbuhan Bayi, Pengetahuan dan Sikap Ibu  
dalam Merawat BBLR Di RSUD Cibabat Cimahi

**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, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Yeni Rustina, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D. (.....)  
Pembimbing : Enie Novieastari, S.Kp., MSN (.....)  
Penguji : Nani Nurhaeni, S. Kp., M.N (.....)  
Penguji : Erna Rahma Yani, M. Kep (.....)



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 20 Juli 2010

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberi karunia dan hidayah-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di ruang Perinatologi RSUD Cibabat Cimahi”. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan kekhususan Keperawatan Anak di Universitas Indonesia.

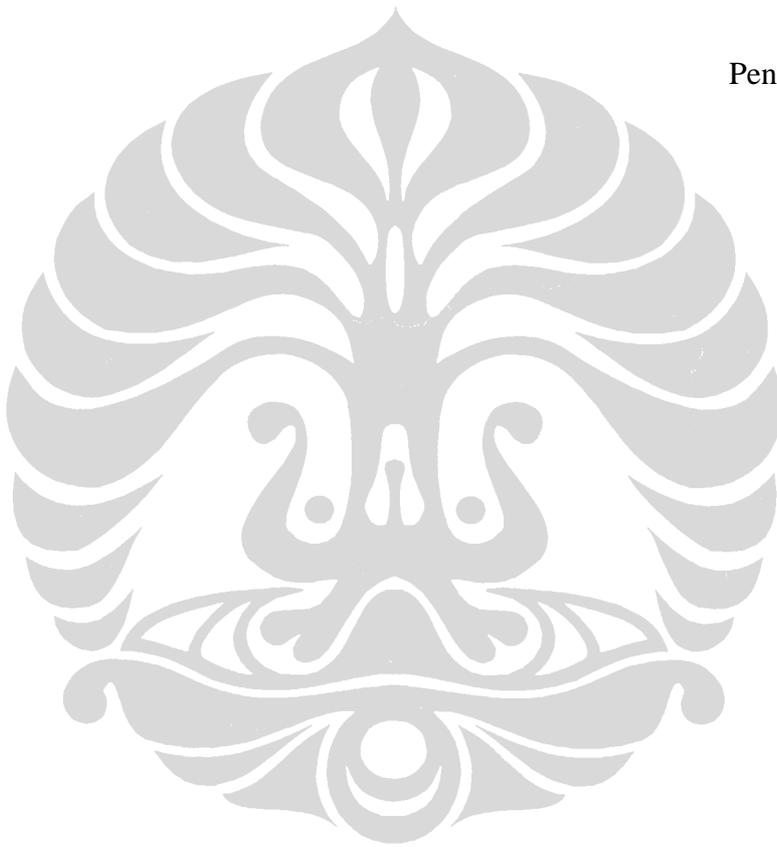
Penyusunan tesis ini dapat selesai karena adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dewi Irawaty, PhD, sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, S.Kp., M. APP. Sc, sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Koordinator mata ajaran Tesis.
3. Yeni Rustina, S.Kp., M. App. Sc., PhD, sebagai pembimbing I yang telah membimbing, memotivasi, dan memfasilitasi penulis untuk menyelesaikan tesis.
4. Enie Novieastari, S.Kp., MSN, sebagai pembimbing II yang telah membimbing, memotivasi, dan memfasilitasi penulis untuk menyelesaikan tesis.
5. Suami dan anak-anak tercinta yang tiada henti memberikan dukungan dan motivasi penulis dalam menyelesaikan tesis.
6. Teman-teman seperjuangan di Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak angkatan 2008 yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyelesaian proposal ini.
7. Semua pihak yang telah membantu dan mendukung penulis menyelesaikan hasil tesis, semoga Allah SWT, membalas dengan kebaikan yang berlimpah.

Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat dalam perkembangan ilmu keperawatan anak dan dapat diaplikasikan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

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 : Siti Dewi Rahmayanti  
NPM : 0806446883  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Departemen : Keperawatan Anak  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

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

**Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Pertumbuhan Bayi, Pengetahuan dan Sikap Ibu dalam Merawat BBLR Di RSUD Cibabat Cimahi**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmediakan/format-kan, mengelola dalam bentuk pengkalan data (data base), merawat, dan memublikasikan 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 : 20 Juli 2010  
Yang Menyatakan



(Siti Dewi Rahmayanti)

## ABSTRAK

Nama : Siti Dewi Rahmayanti  
Program studi : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Anak  
Judul : Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Pertumbuhan Bayi,  
Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Merawat BBLR Di RSUD Cibabat  
Cimahi

Perawatan metode kanguru (PMK) dapat digunakan dalam merawat bayi berat lahir rendah (BBLR). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di RSUD Cibabat-Cimahi. Desain penelitian yang digunakan *quasi experiment*. Sampel penelitian terdiri atas 16 orang kelompok kontrol (tanpa PMK) dan 16 orang kelompok intervensi (PMK), yang diambil secara *consecutive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan dalam pertumbuhan bayi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Terdapat perbedaan yang signifikan pada pengetahuan dan sikap ibu pada kedua kelompok. Rekomendasi untuk penelitian lebih lanjut agar dilakukan teknik PMK secara *continue* dan *intermiten*.

Kata kunci : BBLR, PMK, Pengetahuan, Sikap  
Daftar Pustaka: (34) (1999-2010)

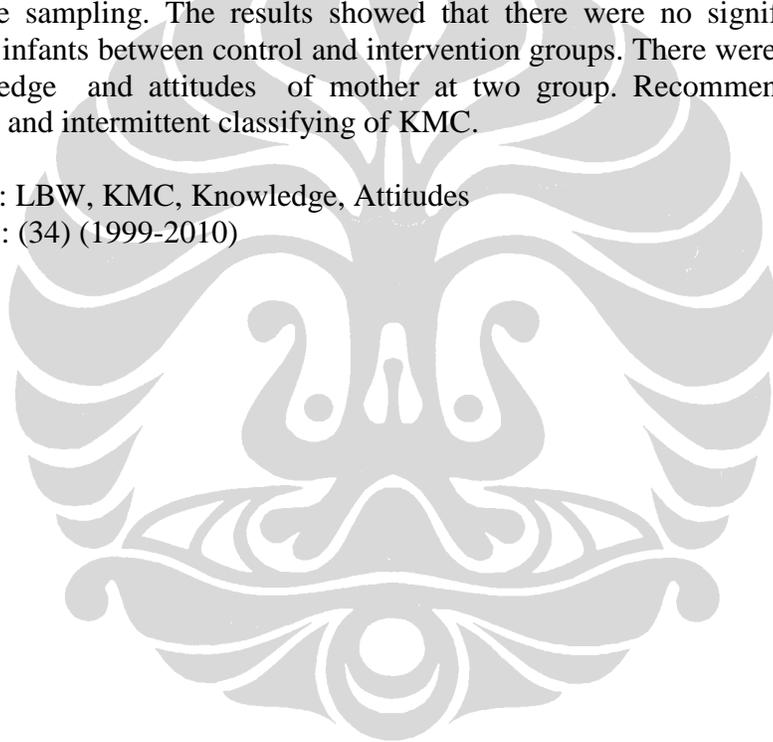
## ABSTRACT

Name : Siti Dewi Rahmayanti  
Study Program : Master Program of Nursing Science Pediatric Specialty  
Judul : The Effect of Kangaroo Mother Care on infants Growth ,  
Knowledge and Attitudes of Mother in Caring for Low Birth  
Weight in Cibabat Hospital Cimahi

Kangaroo Mother Care (KMC) can be used in the care of low birth weight (LBW). The purpose of this study is to determine the effect of KMC on the growth of infants, knowledge and attitudes of mothers in caring for LBW in Cibabat Hospital. The study design used was quasi experiment. The samples in this study were 16 infants and mother in control group (without KMC) and 16 infants and mother in intervention group (KMC). Samples were taken by consecutive sampling. The results showed that there were no significant differences in the growth of infants between control and intervention groups. There were a significant differences of knowledge and attitudes of mother at two group. Recommends further research with continuous and intermittent classifying of KMC.

Keywords : LBW, KMC, Knowledge, Attitudes

References: (34) (1999-2010)



## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	vi
ABSTRAK .....	vii
ABSTRACT .....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
<b>1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
<b>2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).....	9
2.2 Perawatan Metode Kanguru Bagi BBLR.....	13
2.3 Pengetahuan.....	21
Sikap.....	24
2.4 Persiapan pulang untuk Ibu dengan BBLR.....	27
2.5 Teori <i>Maternal Role Attainment Becoming a Mother</i> Aplikasi Teori <i>Maternal Role Attainment Becoming a Mother</i> .....	31
2.6 Kerangka Teori.....	34

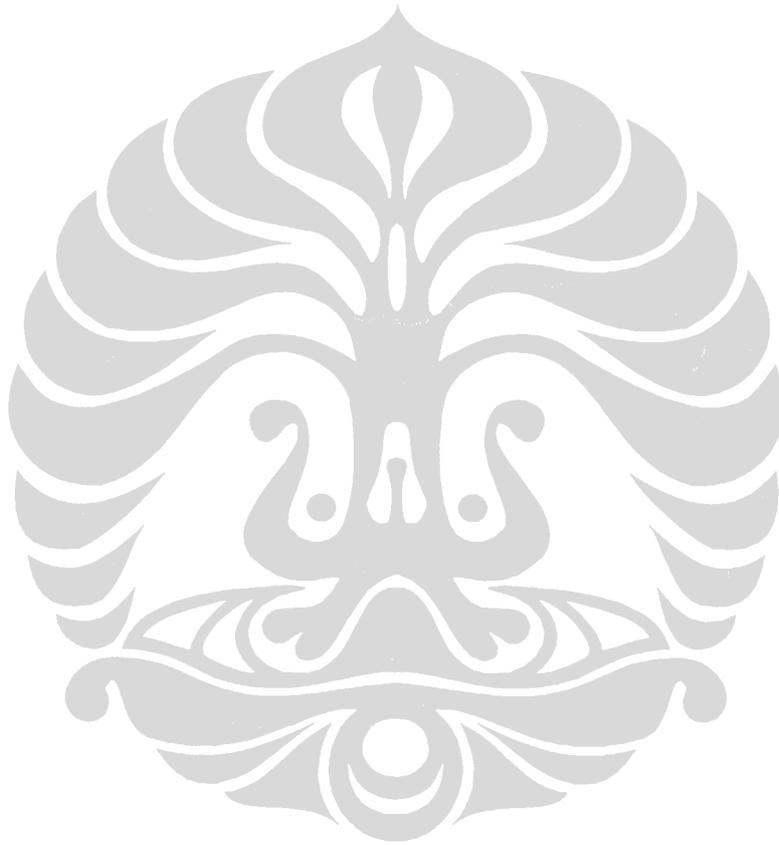
<b>3</b>	<b>KERANGKA KONSEP</b>	
3.1	Kerangka Konsep.....	35
3.2	Hipotesis.....	36
3.3	Definisi Operasional.....	36
<b>4</b>	<b>METODE PENELITIAN</b>	
4.1	Rancangan Penelitian.....	39
4.2	Populasi dan Sampel.....	41
4.3	Tempat Penelitian.....	43
4.4	Waktu Penelitian .....	43
4.5	Etika Penelitian.....	43
4.6	Alat Pengumpulan Data.....	45
4.7	Prosedur Pengumpulan Data.....	47
4.8	Pengolahan Data.....	49
4.9	Rencana Analisis Data.....	50
<b>5</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	
5.1	Analisis Univariat.....	53
5.2	Analisis Bivariat.....	56
<b>6</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
6.1	Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	62
6.2	Keterbatasan Penelitian.....	69
6.3	Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian .....	70
<b>7</b>	<b>SIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1.	Simpulan .....	71
7.2.	Saran .....	72
	<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>73</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan
- Lampiran 3 : Lembar Kuesioner Pengetahuan
- Lampiran 4 : Lembar Kuesioner Sikap
- Lampiran 5: Lembar Observasi Penimbangan Berat Badan dan Pengukuran Lingkar kepala
- Lampiran 6 : Surat Izin Uji Validitas
- Lampiran 7 : Surat Izin Penelitian
- Lampiran 8 : Leaflet PMK
- Lampiran 9 : Lolos Uji Komite Etik
- Lampiran 10 : Surat Permohonan Izin Uji Validitas dari FIK - UI
- Lampiran 10 : Surat Jawaban Izin Uji Validitas dari RS. MAL
- Lampiran 11 : Surat Permohonan Izin Penelitian dari FIK - UI
- Lampiran 11 : Surat Jawaban Izin Penelitian dari RSUD Cibabat
- Lampiran 12 : Surat Keterangan dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Cimahi
- Lampiran 13 : Jadwal Penelitian Tesis 2010
- Lampiran 14 : Sertifikat Mengikuti Pelatihan PMK
- Lampiran 15 : Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR SKEMA

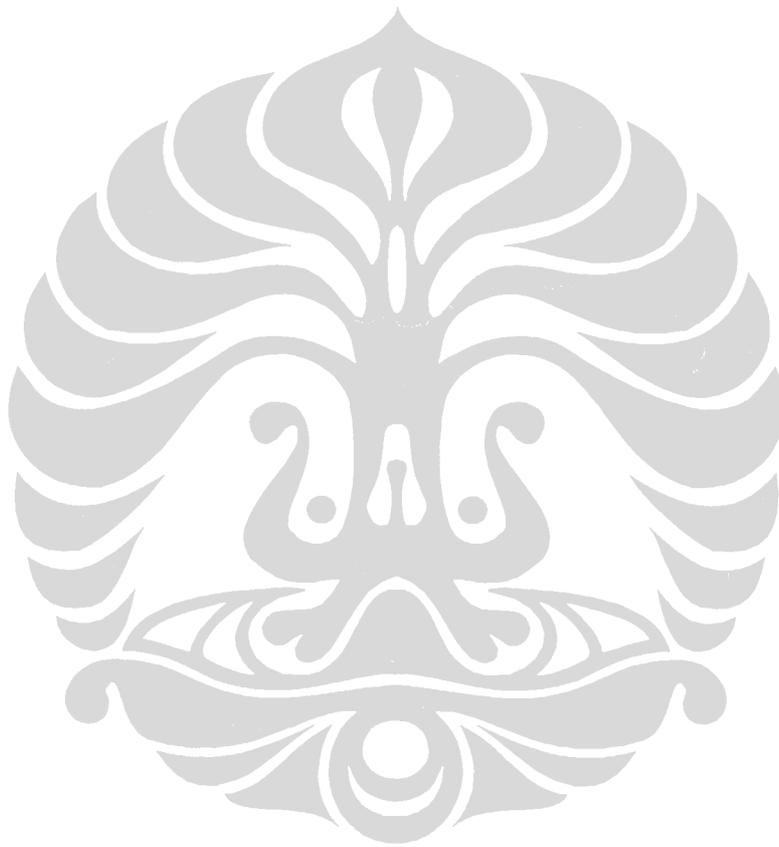
	Halaman
Skema 2.1 Kerangka Teori .....	34
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	35
Skema 4.1 Rancangan Penelitian .....	39



## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel penelitian..... 36
Tabel 4.1	Jenis Variabel dalam Penelitian dan Uji Statistik yang di gunakan..... 51
Tabel 5.1	Distribusi Berat Badan, Lingkar Kepala Bayi, Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Merawat BBLR Sebelum dan Sesudah Dilakukan PMK Di RSUD Cibabat-Cimahi, Juni-Juli 2010..... 54
Tabel 5.2	Distribusi Berat Badan Bayi, Lingkar Kepala Bayi, Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Merawat BBLR Sebelum dan Sesudah Dilakukan Perawatan Tanpa PMK Di RSUD Cibabat-Cimahi, Juni-Juli 2010..... 55
Tabel 5.3	Uji Homogenitas Berdasarkan Berat Badan Bayi, Lingkar Kepala Bayi, Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Merawat BBLR Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 ..... 57
Tabel 5.4	Uji Normalitas Data Berdasarkan Berat Badan Bayi, Lingkar Kepala Bayi, Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Merawat BBLR Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 ..... 57
Tabel 5.5	Distribusi Rata-Rata Berat Badan, Lingkar Kepala Bayi Sebelum dan Sesudah PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 ..... 58
Tabel 5.6	Distribusi Rata-Rata Pengetahuan dan Sikap Ibu Sebelum dan Sesudah PMK Di RS. Cibabat Tahun, Juni-Juli 2010 ..... 59
Tabel 5.7	Distribusi Rata-Rata Berat Badan Bayi Sebelum dan Sesudah Perawatan Tanpa PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010..... 59
Tabel 5.8	Distribusi Rata-Rata Lingkar Kepala Bayi Sebelum dan Sesudah Perawatan Tanpa PMK Di RS.Cibabat, Juni-Juli 2010... 60
Tabel 5.9	Distribusi Rata-Rata Lingkar Kepala Bayi Sebelum dan Sesudah Perawatan Tanpa PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 ... 60
Tabel 5.10	Distribusi Rata-Rata Pertumbuhan Berat Badan Bayi Pada Responden PMK dan Tidak PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 ..... 61

Tabel 5.11	Distribusi Rata-Rata Pertumbuhan Lingkar Kepala Bayi Pada Responden PMK dan Tidak PMK Di RS. Cibabat Juni-Juli 2010.....	61
Tabel 5.12	Distribusi Rata-Rata Pengetahuan , Sikap Ibu Pada Responden PMK dan Tidak PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 .....	62



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

Angka kematian bayi (AKB) merupakan indikator yang lazim digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat, baik pada tingkat provinsi maupun nasional. Salah satu faktor penyebab utama terhadap kematian bayi adalah bayi berat lahir rendah (BBLR). BBLR dibedakan dalam dua kategori yaitu (1) BBLR karena prematur (usia kehamilan kurang 37 minggu), dan (2) BBLR karena *intra uterine growth retardation* (IUGR), yaitu bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat badannya kurang (Riskesdas, 2007 dalam Suseno, 2008).

Angka kematian bayi diklasifikasikan menjadi empat kelompok yaitu rendah jika AKB kurang dari 20; sedang 20-49; tinggi 50-99; dan sangat tinggi jika AKB di atas 100 per 1000 kelahiran hidup. Dari sepuluh negara Association of South East Asian Nations (ASEAN) ada lima negara dengan angka kematian bayi rendah yaitu Singapura, Brunei Darrussalam, Malaysia, Vietnam dan Thailand. Dua negara termasuk kelompok sedang yaitu Filipina dan Indonesia. Sedangkan tiga negara lainnya masuk dalam kelompok negara yang memiliki angka kematian bayi tinggi. Tidak ada negara yang masuk dalam kelompok angka kematian bayi sangat tinggi (lebih dari 100 per 1000 kelahiran hidup). Indonesia memiliki angka kematian bayi 34 per 1000 kelahiran hidup (Suseno, 2008).

Ada empat penyebab utama kematian pada masa perinatal yaitu *congenital anomalies*, usia gestasi dan BBLR, *sudden infant death syndrome*, dan komplikasi saat kehamilan. BBLR merupakan salah satu faktor penyebab kematian neonatal, sehingga ada korelasi antara BBLR, mortalitas dan morbiditas. Penyebab kematian bayi berdasarkan sepuluh klasifikasi penyakit internasional, BBLR merupakan urutan kedua yaitu 16,6% per 1000 kelahiran

hidup (Martin, Kung, Mathews, et al. 2008, dalam Hockenberry & Wilson, 2009).

Menurut data dari WHO, Indonesia merupakan negara dengan jumlah kematian neonatal terbesar di seluruh dunia. Angka kematian bayi di Indonesia 35 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2002- 2003. Prevalensi BBLR di Indonesia antara 2-17,2% ( Endyarni, et al. 2009).

Bayi dengan berat lahir lebih dari 2250 gram umumnya cukup kuat untuk mulai minum sesudah dilahirkan, tidak ada perawatan khusus, tetapi perlu menjaga kondisi bayi tetap hangat dan pengawasan terhadap infeksi. Sebagian bayi dengan berat lahir 1750-2250 gram perlu perawatan ekstra, tetapi dapat secara normal bersama ibunya untuk diberi minum dan kehangatan, dengan cara kontak kulit ibu ke kulit bayi atau dikenal dengan perawatan metode kanguru atau PMK (WHO, 2008).

Sebelum mengenal PMK, inkubator merupakan salah satu cara untuk mengatasi bayi dengan BBLR atau prematur, tetapi penggunaan inkubator dinilai menghambat kontak dini ibu-bayi dan pemberian air susu ibu (ASI). Mengingat terbatasnya fasilitas inkubator pada pelayanan kesehatan, maka PMK dapat digunakan dalam merawat BBLR. Metode ini pertama kali dilakukan tahun 1979 di Kolombia oleh Martinez, yang melakukan perawatan terhadap bayi dengan berat kurang dari 1500 gram dan hasilnya memuaskan (WHO, 2003).

Perawatan metode kanguru adalah perawatan untuk bayi prematur dengan kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi (*skin to skin contact*). Metode ini sebagai salah satu alternatif bagi perawatan bayi prematur atau BBLR yang telah melewati masa kritis, tetapi masih memerlukan perawatan seperti pemberian makanan untuk pertumbuhannya (Arora, 2008). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Blackwell dan Cattaneo (2005)

bahwa PMK yang dilaksanakan setelah bayi stabil secara signifikan menurunkan angka kematian bayi.

Manfaat PMK dapat mencegah terjadinya hipotermi karena tubuh ibu dapat memberikan kehangatan kepada bayinya secara terus menerus dengan cara kontak antara kulit ibu dengan kulit bayi. Selain itu manfaat PMK, dapat meningkatkan ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi, memudahkan bayi dalam memenuhi kebutuhan nutrisi, mencegah infeksi dan memperpendek masa rawat inap sehingga dapat mengurangi biaya perawatan (Shetty, 2007).

Teknik melakukan PMK adalah bayi berat lahir rendah atau kurang bulan yang stabil digendong di dada ibu, dengan hanya memakai popok, topi dan kaus kaki. Posisi bayi sejajar dengan dada ibu, di dalam baju ibu dan di sangga oleh kain yang melingkari ibu dan bayi. Untuk PMK dalam waktu lama, bayi tetap dalam posisi ini kecuali saat dimandikan, diganti popok atau jika ibu akan ke kamar mandi. Selama waktu ini, ayah dan anggota keluarga yang lain bisa membantu dengan cara menjaga bayi tetap hangat dan menggantikan ibu melakukan kontak kulit ke kulit (Indrasanto, *et al.* 2008).

Menurut Suradi dan Yanuarso (2002) bayi yang dirawat di inkubator, apabila inkubator dibuka bayi menunjukkan reaksi frekuensi jantung meningkat, pernafasan menjadi lebih cepat, warna kulit dari merah menjadi kebiruan, bayi menggerakkan semua anggota tubuhnya, kepalanya dipalingkan, mukanya menyeringai dan dagunya diangkat. Respon tersebut dapat berlangsung selama dua menit. Pada bayi yang dirawat dengan PMK respon diatas tidak terjadi, apabila kita mengetuk punggung bayi perlahan-lahan atau membuat keributan didekatnya, reaksi bayi hanya berupa kerutan wajah serta pergerakan jari tangan dengan tenang tanpa terbangun. Johston, et al. (2008) menunjukkan hasil penelitiannya bahwa PMK dapat menurunkan nyeri pada prosedur *invasive* dan waktu pemulihan rasa nyeri lebih cepat dibandingkan perlakuan lain.

Hubungan emosional ibu dan bayi dimulai sejak kehamilan. Ikatan emosional yang disebut *bonding* atau *attachment* merupakan suatu proses hubungan bayi dengan orangtuanya. Kebutuhan bayi terhadap orangtua bersifat absolut, tetapi kebutuhan orangtua terhadap bayi bersifat relatif. Penelitian yang dilakukan Endyarni, *et al.* (2009) menyatakan PMK efektif untuk menumbuhkan efek positif pada ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi. Sementara itu Feldman, *et al.* (2002) menyatakan dengan PMK dapat menimbulkan dampak positif yang signifikan pada bayi dan mempengaruhi hubungan orangtua bayi dalam berinteraksi.

Semua ibu dapat melakukan PMK, terlepas dari usia, paritas, pendidikan, budaya maupun agama. PMK bermanfaat bagi para ibu usia muda dan bagi mereka yang berisiko tinggi. Penelitian Macedo (2007) menyatakan tidak ada perbedaan yang signifikan antara usia ibu, jumlah anak dan cara melahirkan dalam melakukan PMK. Beberapa faktor yang mempunyai pengaruh dalam PMK adalah masa kehamilan, berat bayi, dan skor APGAR (*Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Reflex*).

PMK dapat meningkatkan pertumbuhan secara keseluruhan bukan hanya berat badan. Penelitian PMK yang dilakukan di Yogyakarta oleh Lusmilasari, Surjono, Haksari (2004) tentang pengaruh perawatan bayi lekat terhadap pertumbuhan BBLR berdasarkan indeks berat badan/umur, panjang badan/umur, lingkar kepala/umur pada kelompok perlakuan didapatkan hasil ada pengaruh PMK terhadap pertumbuhan meskipun secara statistik tidak ditemukan adanya perbedaan bermakna diantara kedua kelompok.

Sebuah studi penerapan metode kanguru di rumah sakit yang tidak memiliki inkubator dan peralatan lainnya untuk merawat bayi BBLR yang dilakukan di Manama Mission Hospital, Zimbabwe, hasilnya menunjukkan terjadi peningkatan kelangsungan hidup pada bayi berat lahir kurang dari 1500 gram dari 10% menjadi 50% dan bayi berat lahir 1500-1999 gram meningkat dari 70% menjadi 90% (WHO, 2003). Beberapa penelitian telah dilakukan di

Indonesia antara lain di Yogyakarta dan Jakarta, hasilnya menunjukkan bahwa dengan perawatan metode kanguru yang dimulai lebih awal untuk BBLR akan menjadi metode perawatan yang aman dalam menstabilkan kesehatan BBLR, juga dapat mengurangi biaya perawatan (Suradi & Yanuarso, 2002).

BBLR atau bayi prematur memiliki risiko tinggi mempunyai beberapa masalah dalam beradaptasi dengan kehidupan *ekstrauterin*. Oleh karena itu diperlukan dukungan serta peran orang tua dalam melakukan perawatan anak. Model konseptual Mercer memandang bahwa sifat bayi berdampak pada identitas peran ibu yang meliputi: temperamen, kemampuan memberikan isyarat, penampilan, karakteristik umum, *responsiveness* dan kesehatan umum (Mercer, 1986 dalam Tomey & Aligood, 2006).

Ibu adalah orang yang paling dekat dengan bayi dan bertanggungjawab dalam merawat bayi. Oleh karena itu pengetahuan dan sikap ibu tentang perawatan BBLR secara tidak langsung dapat meningkatkan kesehatan BBLR. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting terbentuknya tindakan seseorang. Meningkatnya pengetahuan seseorang dapat membentuk kepercayaan seseorang. Selain itu pengetahuan dapat mengubah sikap terhadap sesuatu hal. Sikap adalah penilaian seseorang terhadap stimulus atau objek, dimana sikap merupakan proses kelanjutan setelah seseorang mengetahui (Notoatmodjo, 2003).

PMK telah tercantum pada petunjuk pelaksanaan nasional untuk perawatan BBLR dan bayi prematur, dan telah sukses diterapkan di beberapa negara. Hal tersebut sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia N0:203/Menkes/SK/III/2008 tentang pembentukan kelompok kerja (Pokja) nasional perawatan metode kanguru (PMK). Dalam upaya memperkenalkan PMK sebagai salah satu teknologi tepat guna untuk menurunkan kematian neonatus, dan penelitian merupakan salah satu langkah nyata. Beberapa rumah sakit yang ada di wilayah Cimahi dan sekitarnya belum menerapkan PMK. Rumah sakit yang ada di sekitar wilayah Cimahi ada RS. Dustira, RS. Cibabat.

**Universitas Indonesia**

RS. Mitra Keluarga, RS. MAL (Mitra Anugrah Lestari). Dari keempat rumah sakit tersebut RSUD Cibabat merupakan rumah sakit yang memiliki jumlah BBLR tertinggi.

Berdasarkan hasil rekam medik dari RSUD Cibabat ditemukan data bahwa angka kematian tertinggi dari bayi baru lahir adalah akibat bayi berat lahir rendah (BBLR). Berdasarkan hasil wawancara pada bulan Februari 2010 dengan perawat ruang perinatologi didapatkan data bahwa bayi dengan BBLR yang ada di ruangan dirawat dalam satu inkubator. Keterbatasan inkubator di ruangan menyebabkan dalam satu inkubator ada dua bayi sehingga bayi memiliki risiko infeksi. Selain alasan tersebut banyak pasien yang pulang sebelum waktunya karena alasan biaya. Sehingga PMK merupakan pilihan yang tepat untuk mengatasi BBLR. Dengan latar belakang tersebut peneliti akan melakukan penelitian tentang “Pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di RSUD Cibabat Cimahi”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bayi berat lahir rendah masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di beberapa negara, termasuk Indonesia. Tingginya angka kejadian BBLR akan berdampak pada meningkatnya morbiditas dan mortalitas. Perawatan metode kanguru merupakan salah satu strategi intervensi keperawatan. Berdasarkan kajian terhadap beberapa penelitian terkait dampak PMK, masih adanya kontroversi hasil penelitian, dan terbatasnya penelitian serta pelaksanaannya PMK di Cimahi sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut. Dengan demikian perumusan masalahnya sebagai berikut: Bagaimana pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di rumah.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### 1.3.1 Tujuan umum

Diidentifikasinya pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di rumah.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Diketuainya perbedaan berat badan bayi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru.

1.3.2.2 Diketuainya perbedaan lingkaran kepala bayi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru.

1.3.2.3 Diketuainya perbedaan pengetahuan dan sikap ibu pada kelompok intervensi dalam merawat BBLR sebelum dan sesudah melakukan perawatan bayi dengan perawatan metode kanguru.

1.3.2.4 Diketuainya perbedaan berat badan bayi pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan perawatan bayi tanpa perawatan metode kanguru.

1.3.2.5 Diketuainya perbedaan lingkaran kepala bayi pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan perawatan bayi tanpa perawatan metode kanguru.

1.3.2.6 Diketuainya perbedaan pengetahuan dan sikap ibu pada kelompok kontrol dalam merawat BBLR sebelum dan sesudah melakukan perawatan bayi tanpa perawatan metode kanguru.

1.3.2.7 Diketuainya perbedaan pertumbuhan bayi setelah menggunakan perawatan metode kanguru dan tanpa perawatan metode kanguru.

1.3.2.8 Diketuainya perbedaan pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR setelah menggunakan perawatan metode kanguru dan tanpa perawatan metode kanguru.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Bagi Pelayanan dan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi petugas kesehatan, RSUD Cibabat serta sektor terkait untuk mengembangkan promosi kesehatan kepada masyarakat tentang pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan BBLR, sebagai landasan dalam upaya meningkatkan kesehatan BBLR, pengetahuan dan sikap ibu merawat BBLR.

### 1.4.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Dapat menambah pengetahuan tentang perawatan BBLR, sehingga dapat dijadikan sumber dalam memberikan materi perkuliahan. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar pengetahuan ilmu dalam pendidikan keperawatan pada bayi dengan risiko tinggi terutama BBLR.

### 1.4.3 Bagi Pengembangan Penelitian

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar untuk penelitian keperawatan khususnya dalam meningkatkan kesehatan BBLR. Hasil penelitian ini dapat dikembangkan dalam bentuk penelitian lebih lanjut dengan populasi dan variabel yang berbeda untuk meminimalkan kemungkinan timbulnya masalah pada BBLR.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Perawatan BBLR memerlukan perhatian khusus berbeda dengan perawatan pada bayi *aterm* dan sehat. Perbedaan tersebut memerlukan dukungan dari peran perawat sebagai pemberi asuhan pada BBLR dan sebagai tenaga kesehatan yang paling lama berinteraksi dengan bayi selama berada di ruang perawatan. Selain peran dari perawat diperlukan juga peran orang tua sebagai orang terdekat dengan bayi. Pemahaman yang mendalam tentang perawatan BBLR diperlukan agar dapat memberikan perawatan yang tepat pada bayi. Pada bab ini akan diuraikan konsep-konsep terkait BBLR, perawatan metode kanguru, persiapan pulang dengan ibu BBLR, dan teori keperawatan terkait penelitian.

#### **2.1 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)**

##### **2.1.1 Pengertian Bayi Berat Lahir Rendah**

Bayi berat lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang atau sama dengan 2500 gram (WHO, dalam Surasmi, Handayani, Kusuma, 2003), sedangkan menurut Saifuddin (2002), bayi berat lahir rendah adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram). Pada penelitian ini, yang dimaksud dengan bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram.

Menurut Saifuddin (2002) berkaitan dengan penanganan dan harapan hidupnya, bayi berat lahir rendah dibedakan menjadi: (1) bayi berat lahir rendah (BBLR), berat lahir 1500-2500 gram, (2) bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), berat lahir <1500 gram, (3) bayi berat lahir ekstrim rendah (BBLER), berat lahir < 1000 gram.

2.1.2 Menurut Wong (2009) klasifikasi bayi baru lahir berdasarkan umur kehamilan atau masa gestasi:

- a) *Preterm infant* atau bayi prematur yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan tidak mencapai 37 minggu.
- b) *Term infant* atau bayi cukup bulan (*mature/aterm*) yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan lebih daripada 37 - 42 minggu.
- c) *Post term infant* atau bayi lebih bulan (*posterm/postmatur*) yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan sesudah 42 minggu.

Berdasarkan pengelompokan tersebut di atas, bayi berat lahir rendah dapat dikelompokkan menjadi *prematuritas* murni dan *dismaturitas*. *Prematuritas* murni yaitu bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk usia kehamilan (berat badan terletak antara persentil ke-10 sampai persentil ke-90 pada *intrauterine growth curve Lubchenko*). *Dismaturitas* yaitu bayi dengan berat badan kurang dari berat badan yang seharusnya untuk usia kehamilan, hal tersebut menunjukkan bayi mengalami *retardasi* pertumbuhan *intrauteri* (Surasmi, Handayani, Kusuma, 2003).

Bayi Prematur menurut WHO, adalah bayi lahir hidup sebelum usia kehamilan minggu ke-37 (dihitung dari hari pertama haid terakhir). *The American Academy of Pediatric*, mengambil batasan 38 minggu untuk menyebut prematur. Bayi prematur atau bayi *pre term* adalah bayi yang dengan umur kehamilan 37 minggu tanpa memperhatikan berat badan. Sebagian besar bayi lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram adalah bayi prematur (Surasmi, Handayani, Kusuma, 2003).

### 2.1.3 Penyebab kelahiran prematur

Penyebab terjadinya kelahiran prematur ada tiga : 1) faktor ibu yaitu *toksemia gravidarum*, kelainan bentuk *uterus*, tumor, ibu yang menderita penyakit dan trauma masa kehamilan 2) faktor janin yaitu kehamilan ganda, *hidramnion*, ketuban pecah dini, cacat bawaan, infeksi (*rubella*, *toksoplasmosis*),

*insufisiensi plasenta, inkompabilitas darah ibu dan janin (faktor rhesus, golongan darah ABO) 3) faktor placenta yaitu placenta previa, solusio placenta (Ladewig, London & Olds, 2006).*

#### 2.1.4 Beberapa permasalahan Bayi Berat Lahir Rendah

##### 2.1.4.1 *Hipotermia*

Salah satu ciri BBLR adalah mempunyai suhu yang tidak stabil dan cenderung *hipotermia* (suhu kurang 36,5°C). Stress dingin dapat meningkatkan angka kematian dan menghambat pertumbuhan, sedangkan *hipertermia* dan suhu yang *berfluktuasi* dapat menimbulkan *apneu*. Suhu yang cenderung *hipotermia* disebabkan oleh produksi panas yang kurang dan kehilangan panas yang tinggi. Panas kurang diproduksi karena sirkulasi yang masih belum sempurna, *respirasi* masih lemah, konsumsi oksigen yang rendah, otot yang belum aktif serta asupan makanan yang kurang. Kehilangan panas terjadi akibat dari permukaan tubuh yang relatif lebih luas dan lemak subkutan yang kurang, terutama lemak coklat (*brown fat*). Mekanisme kehilangan panas pada bayi dapat terjadi melalui *konduksi, evaporasi, konveksi* dan *radiasi*. *Hipotermia* dapat mengakibatkan komplikasi jangka pendek berupa *asidosis, hipoglikemia* dan gangguan pembekuan darah serta peningkatan risiko untuk distress pernafasan (Suradi & Yanuarso, 2000; Wilson & Hockenberry, 2009).

Dalam mencegah efek *stress* dingin, BBLR ditempatkan dilingkungan yang hangat segera setelah lahir sampai bayi mampu mempertahankan suhu tubuh stabil pada suhu lingkungan. PMK mampu mempertahankan suhu tubuh BBLR menjadi stabil (Hockenberry & Wilson, 2009).

##### 2.1.4.2 Rendahnya daya tahan terhadap infeksi

Bayi berat lahir rendah sangat rentan terhadap infeksi terutama infeksi nosokomial. Hal ini disebabkan oleh kadar *immunoglobulin serum* yang rendah, aktivitas *bakterisidal neutrofil* dan efek *sitotoksik limfosit* yang rendah. Risiko untuk mendapat infeksi nosokomial meningkat apabila beberapa bayi

dirawat bersama dalam satu inkubator, bayi terlalu lama dirawat di rumah sakit, serta rasio perawat – pasien yang tidak seimbang (Suradi & Yanuarso 2000).

#### 2.1.4.3 *Apnea* pada bayi kurang bulan

Kelainan ini terjadi akibat ketidakseimbangan paru dan susunan saraf pusat. *Apneu* didefinisikan sebagai periode tak bernafas selama lebih dari 20 detik dan disertai bradikardia. Kelainan ini dapat ditemukan pada pemantauan yang teliti dan terus menerus. Semua bayi dengan masa kehamilan kurang dari 34 minggu harus secara rutin dan terus menerus dipantau sampai apneu itu hilang selama satu minggu (Suradi & Yanuarso, 2000).

#### 2.1.4.4 *Enterokolitis nekrotikans*

*Prematuritas* merupakan faktor risiko terjadinya *enterokolitis nekrotikans* (EKN) pada neonatus. Kenaikan angka harapan hidup bayi kurang bulan menyebabkan kenaikan kejadian EKN. Kejadian EKN tertinggi pada bayi berat lahir kurang dari 1500 gram. Etiologi penyakit ini multifaktor, yaitu faktor yang menyebabkan trauma hipoksik iskemik pada saluran cerna yang masih imatur, kolonisasi bakteri pathogen, dan substrat protein berlebihan dalam lumen. Pemberian ASI dapat mencegah/mengurangi kejadian EKN karena ASI merupakan cairan normo osmolar dan mengandung makrofag, limfosit dan immunoglobulin yang mencegah kolonisasi bakteri pathogen (Suradi & Yanuarso, 2000; Wong, 2009).

#### 2.1.4.5 Nutrisi

Bayi berat lahir rendah, dalam hal ini bayi kurang bulan, kehilangan kesempatan untuk mempersiapkan diri hidup di luar *uterus* yang biasanya terjadi pada trimester ketiga. Makin muda usia gestasi, kemampuan beradaptasi makin berkurang. BBLR memerlukan pertumbuhan dan perkembangan yang cepat, namun kemampuan fisiologis organ-organnya masih terbatas. Kemampuan menghisap dan menelan telah ada sebelum bayi lahir, namun kemampuan koordinasinya baru terbentuk pada 32-34 minggu usia gestasi, dan lebih sinkron pada 36-37 minggu usia gestasi. Pada BBLR kemampuan

menghisapnya tidak diikuti dengan kemampuan menelan sehingga memiliki risiko aspirasi (Hockenberry & Wilson, 2009).

Menurut Saifuddin (2002) penanganan BBLR di Puskesmas adalah: (1) keringkan secepatnya dengan handuk hangat, (2) kain yang basah secepatnya diganti dengan yang kering dan hangat, (3) berikan lingkungan hangat dengan cara kontak kulit ke kulit, (4) beri lampu 60 watt, dengan jarak minimal 60 cm dari bayi, (5) kepala bayi ditutup topi, (6) beri oksigen, (7) tali pusat dalam keadaan bersih, (8) beri ASI bila bayi tidak dapat menelan segera di rujuk ke rumah sakit

## **2.2 Perawatan Metode Kanguru Bagi BBLR**

### **2.2.1 Pengertian Perawatan Metode Kanguru (PMK)**

PMK adalah bentuk interaksi orang tua dengan bayinya dimana ibu atau keluarga lain menggendong bayinya dengan kontak kulit dengan kulit pada posisi *vertikal*, kepala diantara payudara selama 60 menit atau lebih (Indrasanto, et al. 2008).

### **2.2.2 Menurut Shetty (2007) empat komponen perawatan metode kanguru:**

- a) *Skin to skin contact*, kontak kulit dengan kulit pada bayi baru lahir dengan ibu dapat dilakukan sejak awal dan terus menerus dalam waktu yang lama.
- b) *Exlusive breastfeeding*, banyak bayi dengan berat badan kurang dari 2000 gram dengan pemberian ASI eksklusif dapat meningkatkan berat badan secara adekuat.
- c) *Physical, emotional and education support*, perawat dan staf medis harus memberikan dukungan kepada ibu dan keluarga.
- d) *Early discharge and follow up*, ibu tetap melakukan PMK terus menerus di rumah sehingga bayi dapat tumbuh dan berkembang dengan baik.

### 2.2.3 Manfaat metode kanguru bagi bayi dan ibu (Indrasanto, et al. 2008)

- a) Menurunkan risiko infeksi pada neonatus dengan mengupayakan paparan bakteri dari ibu. Bakteri ibu akan berkolonisasi di usus dan kulit bayi serta menghalangi bakteri yang lebih berbahaya dari lingkungan.
- b) Menurunkan *apnea* dan meningkatkan oksigenisasi dengan cara membuat napas neonatus teratur.
- c) Menurunkan bradikardia dengan cara membuat denyut jantung neonatus teratur.
- d) Memulai pemberian ASI dini dan efektif.
- e) Meningkatkan jangka waktu laktasi.
- f) Menurunkan pengeluaran kalori karena lebih sedikit *strees* bagi neonatus.
- g) Meningkatkan waktu status perilaku yang optimum.
- h) Mendorong kelekatan dan ikatan emosional orang tua.
- i) Meningkatkan berat badan.
- j) Memperpendek waktu rawat inap.

Penelitian yang dilakukan Endyarni, et al. (2009) data dikumpulkan dari 15 orang ibu dengan jumlah bayi 18 orang, karena ada ibu yang memiliki bayi kembar dua, dan bayi kembar tiga, usia ibu antara 18 – 37 tahun. Penelitian dilakukan secara prospektif dan menggunakan kuisisioner pada ibu yang memiliki bayi BBLR dan dirawat di NICU RSCM didapatkan hasil bahwa PMK memberikan manfaat bagi ibu dan efektif untuk meningkatkan ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi dengan mean 1444,8 (SD 230,50). Sementara itu Feldman, et al. (2002) melakukan penelitian pada 73 bayi prematur yang mendapat PMK dan 73 bayi prematur yang mendapatkan perawatan standar inkubator dengan cara kuasi eksperimen dengan hasil penelitian bahwa PMK memiliki dampak yang signifikan pada perkembangan kognitif, motorik dan interaksi orang tua dan anak.

Penelitian Johston, et al. (2008) membandingkan beberapa metode (metode sukrosa, empeng, PMK, menyusui) yang dapat menurunkan rasa sakit pada bayi selama dilakukan prosedur *invasive* dengan cara *randomized control trial* pada neonatus yang dirawat di NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*) didapatkan hasil bahwa PMK dapat menurunkan nyeri dan waktu pemulihan rasa nyeri lebih cepat dibandingkan dengan perlakuan lain.

#### 2.2.4 Teknik Metode Kanguru (WHO, 2003; Indrasanto, et al. 2008)

- a) Letakkan bayi diantara payudara ibu dengan kaki bayi di bawah payudara ibu dan tangan bayi di atasnya.
- b) Kulit bayi harus melekat pada dada ibu (kontak kulit dengan kulit) dengan kepala bayi menoleh pada satu sisi (kiri atau kanan).
- c) Gunakan baju kanguru untuk membungkus dengan nyaman ibu dan bayi bersama.
- d) Letakkan bagian tengah dari kain menutupi bayi di dada ibu.
- e) Bungkus dengan kedua ujung kain mengelilingi ibu di bawah lengannya ke punggung ibu.
- f) Silangkan ujung kain dibelakang ibu, bawa kembali ujung kain ke depan.
- g) Ikat ujung kain untuk mengunci di bawah bayi.
- h) Topang kepala bayi dengan menarik pembungkus ke atas hanya sampai telinga bayi.

Menurut Indrasanto, et al. (2008) sebagian besar perawatan tetap dapat dilakukan meskipun pada posisi perawatan metode kanguru termasuk menyusui. Bayi hanya di lepaskan dari kontak kulit dengan kulit, saat:

- a) Mengganti popok, dimandikan, dan perawatan tali pusat.
- b) Penilaian klinis sesuai dengan jadwal yang ditentukan rumah sakit.

### 2.2.5 Lama dan Kestinambungan Perawatan Metode Kanguru

Kontak kulit dengan kulit harus dimulai secara bertahap dengan transisi secara hati-hati dari asuhan konvensional menjadi PMK berkesinambungan. Sesi selama kurang dari 60 menit dihindari karena perubahan yang terlalu sering akan membuat bayi *stress*. Waktu kontak kulit dengan kulit diperpanjang secara bertahap agar menjadi selama mungkin. Ibu bisa tidur dengan bayi yang diletakkan dengan posisi kanguru yang benar (Indrasanto, et al. 2008).

### 2.2.6 Hal – hal yang harus diperhatikan saat dilaksanakan perawatan metode kanguru.

#### a) Suhu

Bayi yang cukup minum dan dalam kondisi kontak kulit dengan kulit, dapat dengan mudah mempertahankan suhu tubuh normalnya (antara 36,5°C–37,5°C). Saat PMK dimulai, ukur suhu aksila setiap 6 jam hingga stabil selama 3 hari berturut-turut. Setelahnya pengukuran dilakukan hanya dua kali sehari (Suradi, et al 2009).

#### b) Pernafasan

Penelitian menunjukkan bahwa kontak kulit dengan kulit dapat membuat pernapasan lebih teratur pada bayi kurang bulan dan bisa menurunkan insidensi apnea. Ibu harus dianjurkan untuk mengenal apnea, mengetahui kapan harus melakukan intervensi segera dan mencari pertolongan. Ibu bisa mengusap punggung atau kepala bayi untuk menstimulasi pernapasan, atau dengan cara menimang bayi. Jika bayi tetap tidak bernapas, ibu harus memanggil tenaga kesehatan segera dan tenaga kesehatan harus merespon panggilan minta bantuan dari ibu (Indrasanto, et al. 2008).

c) Tanda Bahaya

Menurut WHO (2003) & Suradi, et al (2009) Ibu harus mengenali tanda-tanda bahaya dan memberikan perawatan yang diperlukan:

- 1) Sulit bernapas, retraksi, merintih.
- 2) Bernapas sangat lambat atau sangat perlahan.
- 3) Apnea yang sering dan lama.
- 4) Bayi teraba dingin, suhu tubuhnya dibawah normal meskipun dijaga kehangatannya.
- 5) Sulit minum: bayi tidak bangun untuk minum, berhenti minum atau muntah.
- 6) Kejang.
- 7) Diare.
- 8) Kulit menjadi kuning.

d) Nutrisi (ASI)

Setiap ibu memproduksi ASI yang khusus untuk bayinya, tapi ibu dari bayi kurang bulan menghasilkan ASI rendah laktosa yang penting untuk pencernaan karena bayi kurang bulan tidak mempunyai laktosa. Kandungan ASI manusia berubah sesuai pertumbuhan neonatus. ASI terutama kolostrum kaya akan antibodi, immunoglobulin, yang melindungi tubuh dari infeksi. mengandung zat anti infeksi lainnya (Suradi, et al. 2009).

Untuk bayi dengan usia kehamilan lebih dari 30-32 minggu, bisa digunakan cangkir kecil untuk memberikan ASI yang telah diperah. Pemberian minum menggunakan cangkir bisa dilakukan satu atau dua kali sehari meskipun bayi masih diberi minum melalui selang nasogastrik, jika bayi bisa minum dari cangkir dengan baik, maka pemberian minum melalui *naso gastric tube* (NGT) bisa dikurangi secara bertahap. Untuk memberikan minum melalui cangkir, bayi dilepaskan dari posisi kanguru, ditutup dengan selimut hangat dan

kembali ke posisi kanguru setelah selesai minum (Indrasanto, et al. 2008).

Bayi dengan usia kehamilan lebih dari 32 minggu bisa mulai belajar menghisap puting. Bayi mungkin hanya akan mencari puting dan menjilatnya. Teruskan memberikan ASI yang telah diperah menggunakan cangkir atau NGT hingga bayi bisa menghisap secara efektif. Bayi mungkin sering berhenti selama menyusui dan kadang berhenti lama. Penting untuk tidak langsung menghentikan menyusui. Kadang-kadang bayi perlu waktu satu jam untuk selesai menyusui. Tawarkan minum melalui cangkir setelah menyusui atau ganti payudara lainnya dan berikan minum melalui cangkir. Pastikan posisi yang baik, kelekatan dan frekuensi menyusui (Suradi, et al. 2009).

- e) Menurut Indrasanto, et al. (2008) cara memantau pertumbuhan:
- 1) Timbang bayi kecil sekali sehari: penimbangan lebih sering mungkin akan mengganggu bayi dan menyebabkan kecemasan dan kekhawatiran kepada ibunya. Saat bayi mulai bertambah berat, timbang setiap dua hari selama satu minggu dan kemudian sekali seminggu hingga bayi cukup bulan (40 minggu atau 2500 gram).
  - 2) Timbang bayi dengan cara yang sama setiap kali, misalnya telanjang, dengan timbangan kalibrasi yang sama (dengan interval 10 gram jika mungkin), letakkan handuk bersih dan hangat pada timbangan untuk menghindari bayi menjadi dingin.
  - 3) Timbang bayi di tempat yang lingkungannya hangat.
  - 4) Catat beratnya.
  - 5) Ukur lingkar kepala setiap minggu, saat berat bayi mulai meningkat, lingkar kepala akan naik antara 0,5 dan 1 cm per minggu.

Jika kenaikan berat badan tidak memadai selama beberapa hari, evaluasi teknik menyusui, frekuensi menyusui, lama dan jadwal pemberian minum terlebih dahulu, dan periksa apakah diberi minum saat malam hari. Berikan

nasihat kepada ibu untuk meningkatkan frekuensi pemberian minum, dan anjurkan ibu untuk minum lebih banyak. Sebagai patokan bahwa bayi sudah mendapat cukup ASI, perhatikan bahwa bayi harus buang air kecil minimal 6 kali sehari, buang air besar sudah berwarna kuning hari ke empat (Suradi, et al. 2009).

BBLR pada awal kelahiran akan mengalami penurunan berat badan, penurunan berat badan 10% pada beberapa hari pertama merupakan hal yang wajar. Setelah mengalami penurunan berat badan pertama, bayi baru lahir secara bertahap bertambah beratnya mulai hari ke-7. Setelah itu bayi akan terus bertambah beratnya.

Menurut Suradi, et al. (2009) penambahan berat badan pada bayi PMK dapat diperkirakan berdasarkan HPHT (hari pertama haid terakhir) adalah :

- 1). 20 gram/hari sampai dengan 32 minggu dari HPHT, diperkirakan akan mencapai 150-200 g/minggu.
- 2). 25 gram/hari dari 33 sampai 36 minggu dari HPHT, diperkirakan akan mencapai 200-250 g/minggu.
- 3). 30 gram/hari dari 37 sampai 40 minggu dari HPHT, diperkirakan akan mencapai 250-300 g/minggu.

Menurut Muscari (2005) bahwa pertumbuhan pada bayi *aterm* antara 0 dan 6 bulan berat bayi bertambah 682 gram per bulan atau 170,5 gram per minggu. Lingkar kepala bertambah 1.32 cm per bulan atau 0,33 cm per minggu hingga ukuran rata-rata 37,4 cm.

Penelitian yang mendukung manfaat PMK terhadap pertumbuhan bayi telah dilakukan oleh Lusmilasari, Surjono, Haksari (2004), dengan tujuan untuk mengetahui pengaruh PMK dan melihat perbedaan tingkat pencapaian pertumbuhan antara BBLR yang dirawat PMK dengan perawatan konvensional pada usia 3 bulan di Jogjakarta. Teknik penelitian kuasi eksperimen dengan rancangan *non equivalen control group design*

didapatkan hasil bahwa pengaruh perawatan bayi lekat (PMK) terhadap pertumbuhan BBLR berdasarkan berat badan per umur, panjang badan per umur, lingkar kepala per umur pada kelompok perlakuan didapat hasil ada pengaruh PMK terhadap pertumbuhan BBLR, meskipun secara statistik tidak ditemukan adanya perbedaan bermakna diantara kedua kelompok,

### 2.2.7 Perawatan Preventif

Bayi kecil tidak memiliki simpanan mikronutrien yang memadai. Bayi kurang bulan, tanpa melihat beratnya, harus mendapatkan suplementasi besi dan asam folat dari sejak umur dua bulan hingga satu tahun (Indrasanto, et al. 2008).

2.2.8 Menurut Indrasanto, et al. (2008) bayi PMK dapat diijinkan pulang jika memenuhi kriteria berikut:

- a) Kesehatan umum bayi baik dan tidak ada penyakit pada saat itu seperti apnea atau infeksi.
- b) Bayi minum dengan baik dan mendapatkan ASI eksklusif atau sebagian besar minumannya adalah ASI.
- c) Berat badan bayi naik (sedikitnya 15 gram/kg/hari paling sedikit 3 hari berturut-turut).
- d) Suhu bayi stabil saat berada dalam posisi PMK (dalam kisaran normal selama 3 hari berturut-turut).
- e) Ibu yakin bisa merawat bayinya dan dapat datang secara teratur untuk kunjungan tindak lanjutnya.

### 2.2.9 PMK di rumah dan *home visit* rutin

Menurut Suradi, et al. (2009) *Home visit harus* dilakukan untuk ibu dan bayinya, semakin kecil bayi pada saat pemulangan, semakin awal dan sering *home visit* yang diperlukan. Jadwal *home visit* PMK adalah :

- a) Dua kali *home visit* per minggu sampai dengan 37 minggu usia bayi berdasarkan HPHT.
- b) Satu kali *home visit* per minggu setelah usia bayi 37 minggu.

Sebagai patokan kunjungan harus direncanakan sekurangnya satu kali kunjungan untuk setiap minggu preterm. Menurut Suradi, et al. (2009) PMK minimal atau intermiten setara dengan perawatan konvensional (perawatan dengan inkubator), dalam hal keamanan dan perlindungan terhadap suhu tubuh bayi.

## 2.3 Pengetahuan

### 2.3.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2005).

### 2.3.2 Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoadmojo (2003), ada beberapa cara untuk memperoleh pengetahuan, yaitu:

#### a) Cara Coba-Salah (Trial and Error)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba dengan kemungkinan ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat dipecahkan. itulah sebabnya maka cara ini disebut metode trial (coba) and error (gagal atau salah) atau metode coba-salah/ coba-coba.

#### b) Cara Kekuasaan atau Otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan ini biasanya diwariskan turun temurun dari generasi ke generasi berikutnya. dengan kata lain, pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan,

baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, maupun ahli-ahli ilmu pengetahuan.

c) Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman adalah guru yang baik, demikian bunyi pepatah, pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh pengetahuan.

d) Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan umat manusia, cara berpikir manusia pun ikut berkembang. Dari perkembangan cara berpikir, manusia mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi.

e) Cara Moderen dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut “metode penelitian ilmiah”, atau lebih populer disebut metodologi penelitian.

### 2.3.3 Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

a) Pengalaman

Pengalaman didapat dari apa yang pernah dialami sendiri maupun pengalaman orang lain yang diketahuinya.

b) Sosio budaya

Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai, dan penggunaan sumber-sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup yang pada umumnya disebut kebudayaan.

c) Keyakinan

Keyakinan dapat diperoleh secara turun temurun tanpa adanya pembuktian atau diperoleh dari pengalaman yang telah dimilikinyadan terbukti benar setelah teruji oleh waktu dan kejadian yang berulang-ulang.

#### d) Fasilitas

Media cetak maupun elektronik serta buku-buku merupakan fasilitas sumber informasi yang dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat.

Penelitian yang dilakukan Utami (2002) menggunakan rancangan rime-ordered association, dengan populasi ibu dan BBLR yang dirawat di RSUD Cibinong, cara pengambilan sampel dengan consecutive sampling 32 responden. Data dikumpulkan dengan cara wawancara dan pengamatan dan menggunakan uji *Chi-Square*. Secara statistik 2 dari 3 hipotesis terbukti berhubungan bermakna dengan praktek perawatan bayi lekat (PBL/PMK) yakni penerimaan ( $p=0,015$ ) dengan  $OR=9,76$  (95% CI: 1,5504-61,4887), sikap ( $p=,039$ ) dengan  $OR=7,10$  (95% CI: 1,1030-45,8129). Penerimaan PBL/PMK adalah variabel yang paling berhubungan bermakna dengan praktek Perawatan Bayi Lekat (PBL/PMK).

## 2.4 Sikap

### 2.4.1 Pengertian Sikap

Notoatmodjo (2003) mendefinisikan sikap adalah penilaian seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

### 2.4.2 Faktor Yang Mempengaruhi Sikap

Menurut Azwar (2005) ada beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu. Keterangan lebih lanjut adalah:

#### a) Pengalaman pribadi

Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Untuk dapat menjadi

**Universitas Indonesia**

dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional. Dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan akan pengalaman dapat lebih mendalam dan lebih lama berbekas.

b) Pengaruh Orang Lain yang Dianggap Penting

Orang lain disekitar kita merupakan salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, seseorang yang tidak ingin kita kecewakan, atau seseorang yang berarti khusus bagi kita (*significant others*), akan banyak mempengaruhi pembentukan kita terhadap sesuatu. Diantara orang yang biasa dianggap penting bagi individu adalah orang tua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru, teman kerja, istri atau suami, dan lain-lain.

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang searah dengan sikap orang yang dianggapnya penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

c) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila kita hidup dalam budaya yang mempunyai norma longgar bagi pergaulan heteroseksual, sangat mungkin kita akan mempunyai sikap yang mendukung terhadap masalah kebebasan pergaulan heteroseksual. Apabila kita hidup dalam budaya sosial yang sangat mengutamakan kehidupan berkelompok, maka sangat mungkin kita akan mempunyai sikap negatif terhadap kehidupan individualisme yang mengutamakan kepentingan perorangan.

Tanpa kita sadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakat, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kepribadian individu yang telah mapan atau kuatlah yang dapat memudahkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individu.

d) Media Massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain. Mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dalam kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugesti yang dibawa oleh informasi tersebut, apabila cukup kuat, akan memberi dasar efektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

Walaupun pengaruh media massa tidaklah sebesar pengaruh interaksi individu secara langsung, namun dalam proses pembentukan dan perubahan sikap, peranan media massa tidak kecil artinya. Karena itulah, salah satu bentuk informasi sugesti dalam media massa, yaitu iklan selalu dimanfaatkan dalam dunia usaha guna meningkatkan penjualan atau memperkenalkan suatu produk baru.

Dalam pemberitaan di surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita-berita faktual yang harusnya disampaikan secara objektif sering kali dimasuki unsur subjektivitas penulis berita, baik secara sengaja maupun tidak. Hal ini sering kali berpengaruh terhadap sikap pembaca atau pendengarnya, sehingga dengan hanya menerima berita-berita yang sudah dimasuki unsur subjektif itu, terbentuklah sikap tertentu.

e) Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama suatu sistem yang mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan yang tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya.

Dikarenakan konsep moral dan ajaran agama sangat menentukan sistem kepercayaan maka tidaklah mengherankan kalau pada gilirannya kemudian konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap individu terhadap sesuatu hal. Apabila terdapat suatu hal yang bersifat kontroversial, pada umumnya orang akan mencari informasi lain untuk memperkuat posisi sikapnya atau juga orang tersebut tidak mengambil sikap memihak. Dalam hal seperti itu, ajaran moral yang diperoleh dari lembaga pendidikan atau lembaga agama sering kali menjadi determinan tunggal yang menentukan sikap.

f) Pengaruh Faktor Emosional

Sikap merupakan suatu pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai penyalur frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu begitu frustrasi telah hilang, akan tetapi dapat merupakan sikap yang lebih persisten.

## 2.5 Persiapan pulang untuk ibu dengan BBLR

Pulang ke rumah, baik dari pusat perawatan setempat atau dari lingkungan rumah sakit umum, memerlukan kompetensi orang tua. Penyuluhan pulang dilakukan segera setelah bayi stabil dan orang tua bersedia dilibatkan dalam perawatan. Penyuluhan pulang untuk BBLR sangat luas, memerlukan waktu, dan tidak dapat dicapai dengan baik pada hari pemulangan pasien (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005). Hal tersebut berkaitan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh

Gillis, et al. (2006) bahwa untuk meningkatkan rasa percaya diri orang tua yang memiliki anak prematur agar dapat merawat bayinya diperlukan intervensi, hasil penelitiannya adalah orang tua yang mendapatkan intervensi edukatif secara signifikan tingkat stress dan kecemasannya lebih rendah dibanding kelompok kontrol dan lebih baik hubungan interaksi bayi dan orang tua.

Menurut Bobak, Lowdermilk, dan Jensen (2005) penyuluhan pulang untuk orangtua BBLR, meliputi: membantu orang tua memahami kondisi bayinya, system pengamanan di mobil untuk bayi, upaya pengamanan di rumah, pemberian makan, eliminasi, memandikan bayi, perawatan tali pusat, mengukur suhu bayi, pemberian medikasi, dampak faktor-faktor lingkungan, penyuluhan. Penyuluhan yang diperlukan ibu berhubungan dengan kondisi spesifik bayi (tanda dan gejala kerusakan, dll), masalah perkembangan yang terkait dengan bayi mereka, perjanjian/konsultasi untuk tindak lanjut.

2.5.1 Sedangkan menurut Ladewig, London, dan Olds (2006) keterampilan yang harus dimiliki orangtua dalam merawat bayi baru lahir di Rumah adalah:

a) Mengukur suhu tubuh bayi.

Suhu aksila, letakkan termometer pada aksila kanan atau kiri bayi. Termometer perlu menyentuh langsung pada kulit di seluruh sisi. Pasang termometer ditempat tersebut selama 3 menit, atau sesuaikan dengan merk termometer. Penting untuk menjaga tangan kanan kearah termometer selama pemeriksaan untuk meyakinkan bahwa termometer tetap ditempatnya, dan mencegah kecelakaan. Setelah pembacaan suhu tubuh, bersihkan termometer dengan air dingin, kemudian dilap dengan kassa.

b) Menggendong bayi.

Untuk mengangkat bayi baru lahir, angkat kaki bayi secara menyeluruh dengan menggunakan satu tangan, lalu sorongkan tangan yang lain kearah bayi, sampai meraih punggung bahu dan leher, selanjutnya bayi dapat ditempatkan dibahu ibu atau dibuai pada lekuk tangan ibu.

- c) Menjaga keamanan dan kenyamanan bayi.
- d) Mengidentifikasi kemampuan ibu dalam merawat tali pusat, perawatan perineum dengan cara mengganti popok.
- e) Mengidentifikasi kemampuan ibu dalam memandikan bayi.
- f) Cuci muka bayi menggunakan kain lap yang telah dibasahi dengan air hangat, tetapi tidak mengandung sabun.
- g) Bersihkan area mata pertama kali (pada saat kain masih sangat bersih) Gunakan ujung kain lap yang telah dililitkan di jari, seka mata kanan dari kantung bagian dalam, hingga ke kantung bagian luar, untuk sekali usapan. Jika dibutuhkan sekaan lain, gunakan ujung kain lap lainnya. Mata kiri dibersihkan dengan cara yang sama.
- h) Cuci bagian sisi muka, sampai ke bawah dagu kemudian di keringkan.
- i) Lap bagian dada dan perut menggunakan busa di tangan atau dengan kain lap, kemudian bilas dan keringkan.
- j) Lakukan perawatan pada tali pusat, dengan cara membersihkan sekeliling ujung tali pusat menggunakan bola kapas yang telah diberi sedikit alkohol.
- k) Ganti popok, jika memandikan bayi laki-laki yakinkan untuk tetap meletakkan popok atau kain penyeka di tangan, untuk memudahkan jika bayi laki-laki buang air kecil tidak membasahi area lainnya.
- l) Dengan gerakan lembut, bersihkan bayi, dari daerah simfisis (tulang pubis) turun ke arah anus. Gunakan bagian kain lap yang terpisah, untuk masing-masing gerakan. Punggung bayi dan bokongnya dapat dibersihkan, dibilas dan dikeringkan.
- m) Bedong bayi menggunakan selimut kering. Gunakan cara seperti memegang sebuah bola, untuk memberikan rasa aman pada bayi, sehingga tangan lain yang bebas dapat dipergunakan untuk mencuci rambut. Basahi rambut bayi dan berikan sampo yang lembut. Kemudian bilas dengan hati-hati, serta keringkan. Sisir rambut bayi untuk menstimulasi kulit kepala, juga membersihkan sel-sel yang mati serta mencegah koreng di kepala.

- n) Berikan tutup di kepala bayi hingga bayi selesai dikenakan baju, dan hangatkan bayi kembali setelah mandi, untuk membantu mempertahankan suhu tubuh bayi.

#### 2.5.2 Teknik menyusui (Suradi, et al. 2009).

- a) Bayi berhadapan dengan ibu, perut bayi menempel pada perut ibu, telinga dan lengan berada pada satu garis dan ibu bertatap muka dengan bayinya.
- b) Dekap seluruh badan bayi, punggung bayi bersandar ke lengan ibu dan bokong bayi disangga dengan telapak tangan.
- c) Pegang payudara dengan tangan yang satunya, arahkan ke mulut dan sentuhkan ke bibir atau sudut mulut bayi hal ini akan merangsang refleks hisap.
- d) Bila mulut bayi telah membuka lebar, dorong kepala bayi sedikit agar puting masuk kedalam mulut.
- e) Ciri perlekatan yang baik:
  - 1) Dagu bayi menempel pada dada ibu.
  - 2) Areola atas lebih nampak.
  - 3) Bibir bawah melebar keluar.
  - 4) Mulut membuka lebar
 Cara menghisap baik bila bayi menghisap lambat dan dalam, kadang berhenti untuk menelan.

#### 2.6 Teori *Maternal Role Attainment Becoming a Mother*

*Maternal Role Attainment Becoming a Mother* adalah model konseptual keperawatan yang dikemukakan oleh Ramona T. Mercer tahun 1986. Asumsi Mercer tentang pengembangan *model maternal role attainment* diantaranya adalah bayi baru lahir diyakini sebagai pasangan yang aktif dalam proses pencapaian peran ibu, mereka saling mempengaruhi. Peran ibu serta peran pasangan dan bayinya akan merefleksikan kompetensi ibu dalam menjalankan perannya sehingga bayi dapat tumbuh dan berkembang. Model pencapaian peran

*maternal* yang dikemukakan oleh Mercer menggunakan konsep Bronfenbrenner's (1979, dalam Aligood & Tomey 2006).

## 2.7 Aplikasi Teori *Maternal Role Attainment Becoming a Mother*

Penerapan konsep Teori *Maternal Role Attainment Becoming a Mother* awalnya dipraktekkan di keperawatan maternitas. Menurut Bobak, Lowdermilk, dan Jensen (2005) proses orangtua bisa mengasihi dan menerima anak dikenal sebagai *bonding* (ikatan) dan *attachment* (kasih sayang).

Pengkajian terhadap *bonding* dapat dilakukan dengan melakukan observasi terhadap perilaku orang tua dengan mengenali bayinya, memberi nama dan mengakui adanya bayi sebagai anggota keluarga. *Attachment* meliputi pengkajian verbal dan non verbal ibu dan keluarga saat berinteraksi dengan bayinya, meliputi respon orang tua saat bayi menangis, apakah orang tua menunda pekerjaan atau kebutuhan dan berjalan mendekat, menerima tanggung jawab mengasuh bayinya dan melaksanakan perawatan pada bayi, merubah panggilan orang tua dengan panggilan yang diharapkan anak. Perilaku orang tua yang menunjukkan adanya *bonding attachment* adalah adanya sentuhan fisik dengan menyusui, sentuhan kulit, adanya kontak mata saat menyusui dan saat bayi terbangun, berbicara serta memeriksa tubuh bayi. Peran ayah yang aktif dalam proses persalinan maupun perawat bayi akan menunjukkan keterikatan yang lebih kuat dari pada ayah yang tidak terlibat dalam proses persalinan dan perawatan bayi (Reeder, 1997 dalam Bobak, Lowdermilk, Jensen 2005).

Hal-hal tersebut sejalan dengan bagaimana Mercer menggambarkan pencapaian peran menjadi ibu. Mercer menegaskan pada teorinya bahwa proses pencapaian peran ibu yang dilalui dengan empat fase, yaitu *anticipatory*, *formal*, *informal* dan *personal*. Pada fase *anticipatory* yang dimulai sejak kehamilan, bayi juga dilibatkan untuk berinteraksi, lalu fase kedua *formal* yang dimulai saat kelahiran bayi yang juga memerlukan peran perawat dalam melakukan pengkajian fisik secara umum, model Mercer ini juga mendukung dengan pengkajian yang lebih difokuskan pada psikososial. Pada fase ketiga *informal*, peran ibu dalam proses

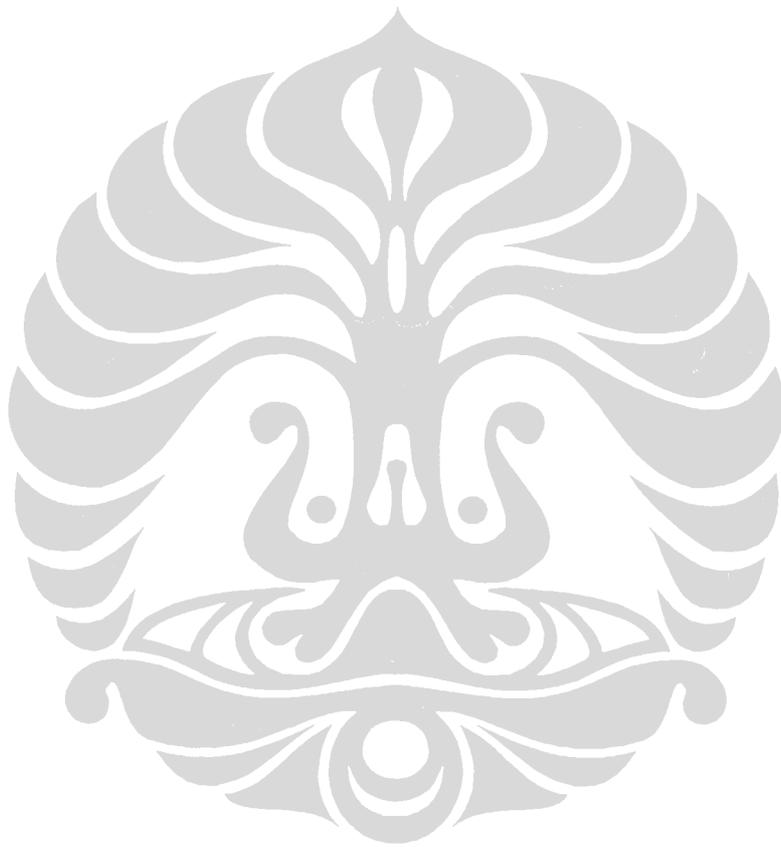
interaksi dengan bayinya menjadikan ibu lebih matang di dalam menjalankan perannya. Fase keempat *personal*, ibu telah menginternalisasi perannya, sehingga ibu mulai merasa percaya diri, merasa mampu dalam menjalankan tugasnya. Model konseptual Mercer memandang bahwa sifat bayi berdampak pada identitas peran ibu yang meliputi: temperamen, kemampuan memberikan isyarat, penampilan, karakteristik umum, *responsiveness* dan kesehatan umum.

Mercer juga mengembangkan teorinya pada bayi baru lahir yang lebih spesifik dengan mengkaji kontak mata antara bayi dengan ibunya sebagai isyarat pembicaraan, adanya refleks menggenggam, refleks tersenyum dan tingkah laku yang tenang sebagai respon terhadap perawatan yang dilakukan ibu. Konsistensi tingkah laku interaksi dengan ibu dan respon yang datang dari ibu akan meningkatkan pergerakan.

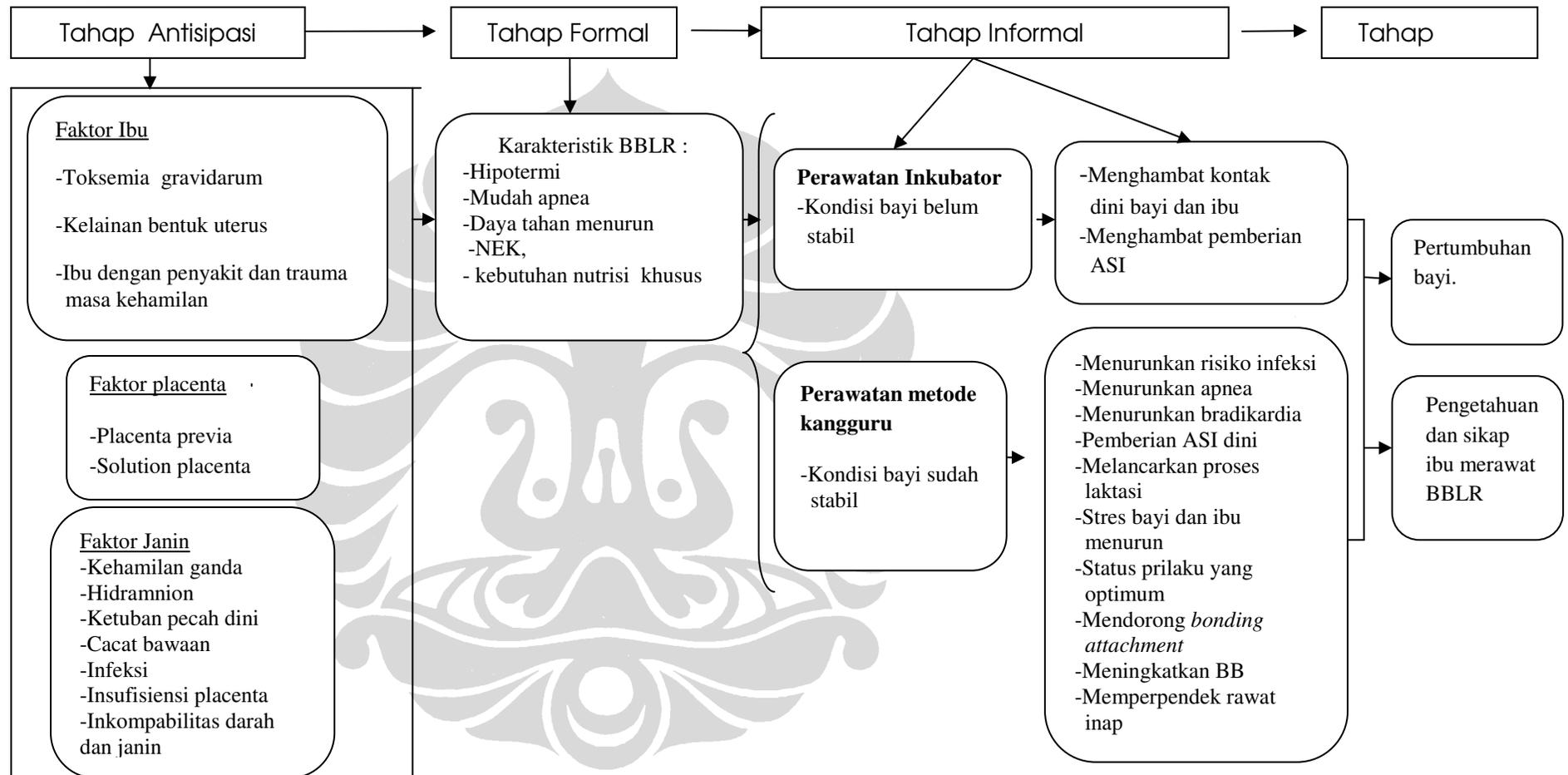
Proses pencapaian identitas peran ibu ini menurut model konseptual Mercer dapat memakan waktu sebulan atau beberapa bulan, sedangkan masa bayi baru lahir atau neonatus berlangsung selama 40 hari bahkan di klinik bersalin atau rumah sakit pengaplikasian pada bayi baru lahir kurang dari 24 jam. Perawatan bayi selanjutnya menjadi tanggung jawab perawat yang ada di komunitas dan perawat anak.

Dengan alasan di atas teori Mercer sangat relevan digunakan pada berbagai setting praktek keperawatan maternitas dan anak. Hal ini didasarkan pada hasil penelitian yang selalu dapat diaplikasikan dalam tatanan pelayanan keperawatan. Penerapan konsep Mercer ini lebih banyak terfokus pada kondisi psikologis dan fisik sedangkan pemenuhan kebutuhan dasar manusia tidak terkaji. Oleh karena itu agar dapat menggali data yang komprehensif konsep model Mercer ini harus dikombinasi dengan teori lain yang mencakup kebutuhan dasar manusia. Teori Mercer sangat aplikatif jika ditujukan untuk mengkaji kondisi yang berkaitan dengan pencapaian peran. Teori Mercer dapat digunakan sebagai panduan bagi perawat dalam membantu pencapaian peran ibu. dimana pada teori ini

mengemukakan bagaimana proses pencapaian peran ibu dan proses akan menjadi seorang ibu dengan berbagai asumsi yang mendasarinya.



## Kerangka Teori



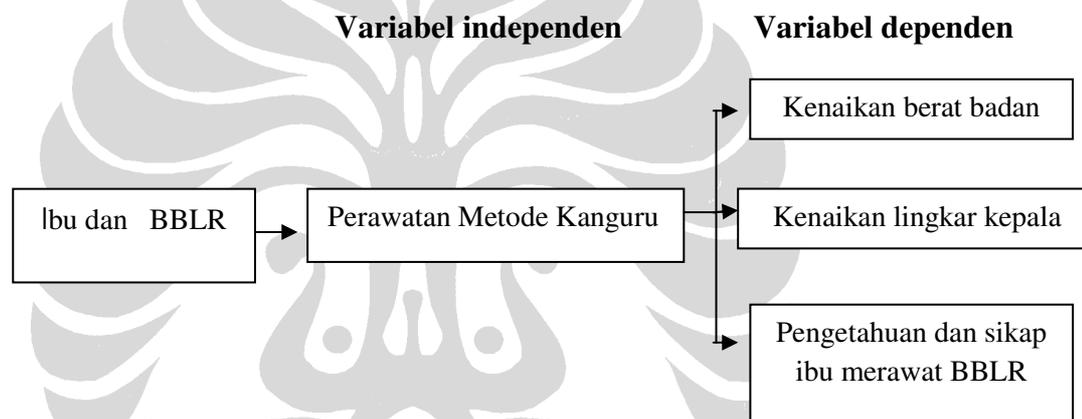
Gambar 1. Kerangka teori modifikasi dari Surasmi, Handayani, Kusuma, (2003), Suradi dan Yanuarso (2000), Indrasanto (2008), Mercer (1986, dalam Tomey & Aligood 2006).

## BAB 3 KERANGKA KONSEP

### 3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu rangkaian dari konsep atau teori yang di gambarkan secara bersama-sama dengan menggunakan skema pada suatu penelitian. Kerangka konsep dapat menjelaskan hubungan atau keterkaitan antara variabel-variabel dalam penelitian. Kerangka konsep dari penelitian ini digambarkan dalam skema 3.1

**Skema 3.1  
Kerangka Konsep Penelitian**



3.1.1 Variabel dalam penelitian ini adalah:

3.1.1.1 Variabel bebas (*independent variable*)

Variabel independen dalam penelitian ini adalah perawatan metode kanguru (PMK).

3.1.1.2 Variabel terikat (*dependent variable*)

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah berat badan bayi, lingkaran kepala bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR.

### 3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian dirumuskan untuk menjawab permasalahan penelitian, hipotesis dalam penelitian ini adalah:

#### 3.2.1 Hipotesis Mayor

- 3.2.1.1 Adanya pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi.
- 3.2.1.2 Adanya pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR.

#### 3.2.2 Hipotesis Minor

- 3.2.2.1 Terdapat perbedaan berat badan bayi sesudah mendapat perawatan metode kanguru.
- 3.2.2.2 Terdapat perbedaan lingkar kepala bayi sesudah mendapat perawatan metode kanguru.
- 3.2.2.3 Terdapat perbedaan pengetahuan ibu dalam merawat BBLR sesudah mendapat perawatan metode kanguru.
- 3.2.2.4 Terdapat perbedaan sikap ibu dalam merawat BBLR sesudah mendapat perawatan metode kanguru.

Definisi Operasional dijelaskan dalam tabel 3.1 berikut ini.

**Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel penelitian**

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	<b>Independent</b> Perawatan Metode kanguru	Suatu metode perawatan BBLR yang dilakukan dengan cara kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu atau pengganti ibu, yang dilakukan setelah bayi dalam kondisi stabil. Caranya bayi diberi popok, topi dan kaos kaki. Letakkan bayi pada dada ibu dengan posisi tegak langsung ke kulit ibu dan pastikan kepala bayi sudah terfiksasi pada dada ibu, dengan menggunakan kain, atau kain gendong yang sudah dimodifikasi untuk PMK. Posisi bayi dengan siku dan tungkai tertekuk, kepala dan dada bayi terletak pada dada ibu dengan kepala agak tengadah dan dipalingkan ke kanan atau ke kiri. Kemudian ibu memakai baju dengan ukuran lebih besar dari badannya. Kontak kulit ini dilakukan minimum 1 jam dalam satu hari.	Format perawatan metode kanguru sesuai prosedur	1. Perawatan BBLR dengan perawatan metode kanguru  0. Perawatan BBLR tanpa perawatan metode kanguru	Nominal

2	<b>Dependent</b>				
	Berat badan	Adanya penambahan berat badan pada BBLR. Penimbangan berat badan ini diukur dengan timbangan bayi yang sama dan cara yang sama dengan posisi bayi terlentang,telanjang serta dipantau saat hari pertama jadi responden dan hari ke tujuh.	Lembar observasi berdasarkan hasil pengukuran	Hasil pengukuran dalam gram.	Rasio
	Lingkar kepala	Adanya peningkatan ukuran lingkar kepala dengan menggunakan meteran yang sama berskala cm, dengan cara mengukur bagian kepala yang paling besar di observasi saat hari pertama jadi responden dan hari ke tujuh.	Lembar observasi berdasarkan hasil pengukuran	Hasil pengukuran dalam centimeter.	Rasio
	Pengetahuan	Pengetahuan ibu tentang perawatan bblr meliputi. definisi BBLR, klasifikasi dan penyebab BBLR, permasalahan BBLR, perawatan metode kanguru untuk BBLR, manfaat metode kanguru.	Lembar kuesioner pengetahuan.	Hasil perhitungan dalam angka.	Rasio
	Sikap	Sikap ibu dalam merawat BBLR dengan menggunakan skala likert	Lembar kuesioner sikap	Hasil perhitungan dalam angka	Rasio

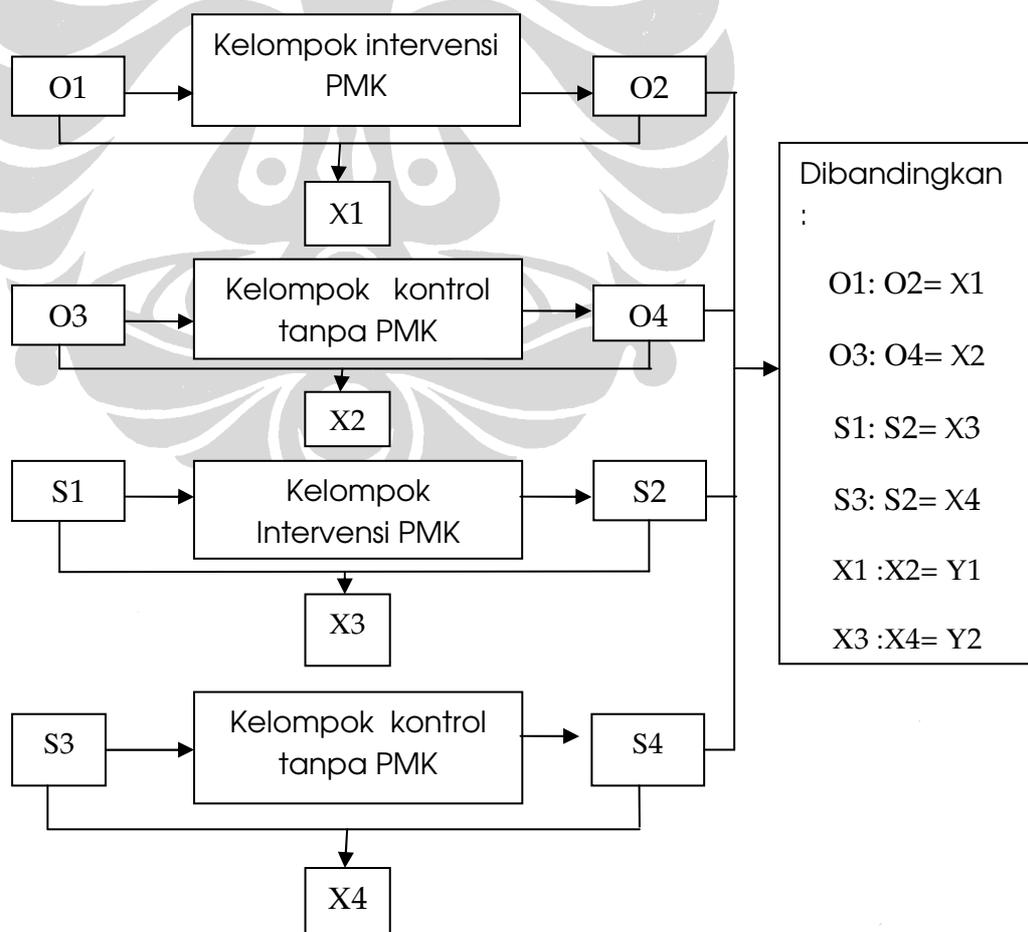
## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Metode penelitian yang dilakukan dengan rancangan penelitian eksperimen semu (*Quasi experiment*). Rancangan ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok intervensi. Pemilihan kedua kelompok ini tidak menggunakan teknik acak (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini responden pada kelompok intervensi diberi perlakuan perawatan metode kanguru dan sampel pada kelompok kontrol tidak diberi perlakuan perawatan metode kanguru, keduanya kemudian dilakukan pengukuran pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR.

Model rancangan dapat dilihat sebagai berikut:



Keterangan :

- O<sub>1</sub>: pengamatan pertama pengukuran berat badan dan lingkar kepala pada kelompok intervensi.
- O<sub>2</sub>: pengamatan kedua pengukuran berat badan dan lingkar kepala pada kelompok intervensi.
- O<sub>3</sub>: pengamatan pertama pengukuran berat badan dan pengukuran lingkar kepala pada kelompok kontrol.
- O<sub>4</sub>: pengamatan kedua pengukuran berat badan dan pengukuran lingkar kepala pada kelompok kontrol.
- S<sub>1</sub>: pengamatan pertama pengukuran pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat bayi pada kelompok intervensi.
- S<sub>2</sub>: pengamatan kedua pengukuran pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat bayi pada kelompok intervensi.
- S<sub>3</sub>: pengamatan pertama pengukuran pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat bayi pada kelompok kontrol.
- S<sub>4</sub>: pengamatan kedua pengukuran pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat bayi pada kelompok kontrol.
- X<sub>1</sub>: perbedaan berat badan dan lingkar kepala bayi sesudah dilakukan intervensi perawatan metode kanguru pada kelompok intervensi.
- X<sub>2</sub>: perbedaan berat badan dan lingkar kepala bayi sesudah dilakukan perawatan tanpa PMK pada kelompok kontrol.
- X<sub>3</sub>: perbedaan pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat bayi sesudah dilakukan intervensi PMK pada kelompok intervensi.
- X<sub>4</sub>: perbedaan pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat bayi sesudah perawatan tanpa PMK pada kelompok kontrol.
- Y<sub>1</sub>: perbedaan berat badan dan lingkar kepala sesudah dilakukan PMK pada kelompok intervensi dibandingkan dengan perbedaan berat badan dan lingkar kepala sesudah dilakukan perawatan tanpa PMK pada kelompok kontrol.
- Y<sub>2</sub>: perbedaan pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat bayi sesudah dilakukan PMK pada kelompok intervensi dibandingkan dengan perbedaan pengetahuan

dan sikap ibu dalam merawat bayi sesudah dilakukan perawatan tanpa PMK pada kelompok kontrol.

## 4.2 Populasi dan Sampel

### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari unit di dalam pengamatan yang akan di lakukan (Sabri & Hastono, 2006). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh BBLR yang dirawat di ruang perinatologi RSUD Cibabat Cimahi.

### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian populasi yang ciri-cirinya diselidiki atau diukur (Sabri & Hastono, 2006). Sampel penelitian diperoleh dari populasi BBLR yang dirawat di ruang perinatologi RSUD Cibabat pada bulan Juni 2010. Sampel penelitian ditentukan dengan cara *consecutive sampling* yaitu metode pengambilan sampel *non probability sampling*, semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2002). Sampel dalam penelitian ini adalah semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eklusi dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah responden yang diharapkan terpenuhi.

#### Kriteria inklusi

- 1) Ibu dan bayi berat lahir < 2500 gram.
- 2) Usia kehamilan > 32 minggu.
- 3) Bayi mampu menghisap, walaupun masih lemah.
- 4) Bayi tidak mengalami distres pernapasan.
- 5) Frekuensi napas normal.
- 6) Bayi tidak tergantung oksigen.
- 7) Orang tua dari bayi tersebut bersedia mengikuti penelitian ini (*informed consent*).

#### Kriteria eksklusinya adalah:

- 1) Bayi - bayi dengan kelainan kongenital mayor.
- 2) Bayi - bayi yang diterapi sinar.

3). Bayi - bayi yang ibunya sedang sakit ataupun tidak ada yang menggantikan posisi ibu.

Perhitungan besar sampel minimal pada penelitian ini menggunakan rumus besar sampel untuk estimasi proporsi dengan presisi mutlak 5% dengan derajat kepercayaan 90% (Kasjono, 2009). Rumus yang digunakan untuk menghitung besar sampel adalah sebagai berikut:

$$N = \frac{Z^2 \cdot P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel minimal

$Z^2 \cdot P(1-P)$  = nilai Z pada derajat kemaknaan 90% = 1,64

P = proporsi populasi

d = presisi = 5%

Besar sampel pada penelitian ini berdasarkan nilai pada proporsi di populasi bayi PMK, sehingga didapat besar populasi proporsi adalah 0,057%. Dengan memasukkan nilai proporsi dan presisi mutlak 5% didapatkan hasil jumlah besar sampel sebanyak 14 orang.

Rumus koreksi besar sampel untukantisipasi *drop out*.

$$n = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan :

n = besar sampel yang dihitung

f = perkiraan proporsi *drop out* 10% (Sastroasmoro & Ismael, 2002).

Perkiraan jumlah sampel adalah 14 responden, untuk menghindari adanya *droup out* maka ditambah 10%, sehingga jumlah responden menjadi 16 responden. Jadi responden untuk kelompok intervensi maupun kontrol masing-masing berjumlah 16 responden.

### **4.3 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Ruang Perinatologi RSUD Cibabat Cimahi untuk tahap seleksi dan dilanjutkan ke rumah ibu dan BBLR. RSUD Cibabat merupakan rumah sakit rujukan yang ada di Kabupaten Bandung Barat, dan sudah termasuk rumah sakit dengan pelayanan *obstetrik* dan *emergency komprehensif* tetapi belum melaksanakan PMK.

### **4.4 Waktu Penelitian**

Waktu penelitian dibagi menjadi 3, yaitu pembuatan proposal, pengambilan data dan pelaporan hasil penelitian. Pembuatan proposal dimulai bulan Januari-April 2010, pengambilan data dilakukan pada bulan 1 Juni – 6 Juli 2010, dan pelaporan hasil penelitian dilaksanakan bulan Juli 2010.

### **4.5 Etika Penelitian**

Pertimbangan etik dalam penelitian mempunyai tujuan agar responden terlindungi. Prinsip etik yang akan dilakukan oleh peneliti meliputi *self determination*, *privacy*, *anonymity*, *confidentially* dan *protection from discomfort*. Peneliti memberi informasi kepada pasien sebelum dilakukan penelitian untuk mendapat persetujuan.

#### *4.5.1 Self determination*

*Self determination* adalah penghormatan terhadap responden sebagai subjek penelitian yang harus diperlakukan sebagai individu yang memiliki kebebasan untuk menentukan hak dan kesediaannya untuk mengikuti penelitian tanpa paksaan, sehingga ikut terlibat dalam penelitian secara sukarela dan menandatangani *informed consent* setelah mendapatkan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan. Peneliti juga memberikan kebebasan pada responden yang ingin mengundurkan diri sebagai responden dari penelitian.

#### 4.5.2 *Privacy*

Prinsip *privacy* didasarkan atas hak responden untuk mendapatkan perlindungan dengan menjaga kerahasiaannya. Selama proses penelitian kerahasiaan responden dijaga. Pelaksanaan PMK dilakukan di salah satu ruangan rumah responden.

#### 4.5.3 *Anonymity and Confidentially*

Peneliti tidak mencantumkan nama responden, diganti dengan kode responden. Selama pengolahan data, analisis dan publikasi hasil penelitian, identitas responden tetap tidak dicantumkan. Peneliti menjaga semua informasi maupun identitas yang telah diberikan responden.

#### 4.5.4 *Protection from discomfort*

Responden harus dilindungi dari rasa tidak nyaman, sehingga untuk mencegahnya, ibu dengan BBLR yang menjadi responden diberi penjelasan sampai memahami tentang manfaat dari penelitian yang dilakukan. Selama menjadi responden dipertimbangkan kondisi bayi dan ibu, jika kondisinya tidak memungkinkan untuk tetap menjadi responden sampai proses penelitian selesai, maka ibu dan bayi akan dikeluarkan sebagai sampel.

#### 4.5.5 *Informed consent*

*Informed consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh subjek penelitian setelah mendapat informasi yang lengkap dari peneliti tentang penelitian. Persetujuan telah diberikan ketika responden telah menandatangani lembar *informed consent*. Kriteria *informed consent* pada penelitian ini sesuai dengan penjelasan yang dibuat Polit dan Hungler (1999), yaitu:

- a) Subjek penelitian mengetahui sepenuhnya informasi tentang penelitian, efek samping maupun keuntungan yang diperoleh subjek penelitian.
- b) Informasi yang diperoleh dari responden dirahasiakan dan *anonymity* subjek juga dijaga ketat.
- c) Lembar *informed consent* menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.

- d) Persetujuan dibuat dengan sukarela dan tidak ada sanksi apapun jika subjek menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian.
- e) Mempertimbangkan kemampuan subjek untuk memberikan persetujuan dengan penuh kesabaran.
- f) Subjek penelitian dapat mengundurkan diri dari penelitian, jika sudah tidak berminat menjadi responden.

Formulir persetujuan menurut *Dempsey* (2002) meliputi penjelasan mengenai tujuan penelitian yang akan dilakukan, risiko dan ketidaknyamanan, manfaat penelitian, kesediaan peneliti untuk menjawab semua pertanyaan yang diajukan responden tentang prosedur yang dilakukan, pengunduran diri dan menjaga kerahasiaan responden.

#### **4.6 Alat Pengumpulan Data**

##### **4.6.1 Alat pengumpul data**

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini berupa lembar observasi untuk melihat pertumbuhan bayi. Pertumbuhan tersebut berdasarkan hasil pengukuran dari berat badan dan lingkaran kepala. Kemudian hasil pengukurannya dikumpulkan secara numerik. Pengukuran berat badan menggunakan timbangan dengan skala 50 gram, timbangan jenis ini dapat digunakan karena pengukuran kedua dilakukan setelah hari ke-7. Sebelum melakukan penimbangan, peneliti melakukan kalibrasi timbangan dengan melihat posisi jarum harus menunjuk ke angka nol. Pada saat penimbangan bayi dalam kondisi telanjang dan timbangan menggunakan alas. Untuk mengukur lingkaran kepala digunakan meteran yang terbuat dari plastik. Cara pengukuran yaitu, meteran dilingkarkan pada kepala anak, melewati dahi, menutupi alis mata, di atas kedua telinga, dan bagian belakang yang menonjol. Membaca angka pada pertemuan nol.

Untuk mendapatkan data tentang pengetahuannya digunakan daftar pertanyaan (angket) sebanyak 20 pertanyaan tentang perawatan BBLR meliputi permasalahan BBLR, perawatan metode kanguru untuk BBLR, manfaat metode kanguru, kebutuhan nutrisi BBLR, tanda bahaya BBLR, pertumbuhan BBLR (Surasmi, Handayani, Kusuma, 2003; Hockenberry & Wilson, 2009, Suradi & Yanuarso,

2000; Indrasanto, et al. 2008, WHO, 2003). Jenis pertanyaan yang digunakan dalam angket adalah pertanyaan tertutup yang berbentuk pilihan ganda (*multiple choice*), dimana responden tinggal memilih jawaban yang dianggap paling benar dari tiga pilihan yang ada dari masing-masing pertanyaan. Jika jawaban benar diberi nilai 1 (satu) dan jawaban yang salah atau tidak diisi nilai 0 (nol). Kemudian dituangkan kedalam bentuk tabel dengan perhitungan analisis. Data dikumpulkan berdasarkan hasil perhitungan dari jawaban benar yang diberikan oleh responden secara numerik.

Angket untuk sikap menggunakan skala likert sebanyak 20 pertanyaan. Skala sikap digunakan untuk mengukur sikap ibu dalam merawat bayi BBLR. Kriteria pemberian skor dari skala likert adalah: untuk pernyataan positif (*Favourable*); 5 untuk jawaban Sangat Setuju (SS), 4 untuk jawaban Setuju (S), 3 untuk jawaban Ragu-ragu (R), 2 untuk jawaban Tidak Setuju (TS) dan 1 untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS). Sementara untuk pernyataan negatif (*Unfavourable*), kriteria pemberian skor adalah kebalikannya, yaitu: 1 untuk jawaban Sangat Setuju (SS), 2 untuk jawaban Setuju (S), 3 untuk jawaban Ragu-ragu (R), 4 untuk jawaban Tidak Setuju (TS) dan 5 untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS). Skor yang diperoleh masing-masing responden dijumlahkan, dan dikumpulkan berdasarkan hasil perhitungan secara numerik.

#### 4.6.2 Uji validitas dan reliabilitas

Validitas adalah sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada kuesiner pengetahuan dan sikap. Kuesioner yang sudah disusun diujicobakan di RS. MAL (Mitra Anugrah Lestari) Cimahi, dengan menggunakan analisis korelasi *Person product moment* untuk menentukan validitas tiap butir soal, (Hastono, 2007).

Kuesioner pengetahuan yang disiapkan terdiri dari 20 pertanyaan dinyatakan valid 19 butir pertanyaan, sehingga 1 pertanyaan yang tidak valid diperbaiki. Pertanyaan dinyatakan valid jika  $r$  hasil  $> 0,444$ . Pertanyaan yang dinyatakan valid selanjutnya

diuji reliabilitas dengan cara melihat  $r$  alpha, dimana  $r = 0,939 > r$  tabel. Kuesioner sikap sebanyak 20 pernyataan, didapatkan semua pernyataan valid. Uji reliabilitas untuk sikap dengan cara melihat  $r$  alpha, dimana  $r = 0,945 > r$  tabel.

#### 4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan sebelum dan sesudah dilakukan perawatan metode kanguru. Sebelum dilakukan pengumpulan data, peneliti melakukan beberapa tahapan sebagai berikut:

##### 4.7.1 Tahap persiapan

- a) Tahap ini diawali dengan mencari data yang diperlukan dan studi literatur yang mendukung penyusunan proposal penelitian, seminar proposal.
- b) Peneliti mengurus perizinan dan surat kelulusan uji dari komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- c) Peneliti mengajukan ijin ke RS. MAL Cimahi untuk melakukan uji validitas kuesioner penelitian.
- d) Peneliti mengajukan ijin ke RSUD Cibabat Cimahi untuk melaksanakan penelitian.
- e) Peneliti mengajukan izin ke Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Cimahi
- f) Peneliti melakukan sosialisasi mengenai rencana penelitian dengan mengikutsertakan perawat atau petugas yang terkait dalam proses penelitian.
- f) Setelah ijin penelitian diperoleh, peneliti memilih asisten penelitian yang merupakan orang yang berwenang di ruangan dan bisa bekerja sama dalam penelitian. Peneliti dibantu oleh 2 orang asisten peneliti yang terdiri dari 1 orang D. III Keperawatan masa kerja 2 tahun di ruangan perinatologi dan satu orang *Ners* sebagai kepala jaga di ruangan perinatologi.
- g) Menyamakan persepsi dengan asisten peneliti, fungsi asisten peneliti membantu menimbang berat badan dan mengukur lingkar kepala bayi sesuai protokol penelitian pada kelompok kontrol dan kelompok

intervensi. Peneliti melakukan intervensi sesuai protokol penelitian dan memberikan kuesioner penelitian kepada responden. Instrumen untuk menimbang berat badan dan lingkaran kepala bayi menggunakan sumber dari Departemen Kesehatan, instrumen tersebut digunakan juga di rumah sakit tempat peneliti melakukan penelitian. Peneliti menanyakan bagaimana cara melakukan penimbangan berat badan dan pengukuran lingkaran kepala serta menyamakan persepsi saat asisten peneliti melakukan penimbangan berat badan dan pengukuran lingkaran kepala. Setelah hasil pengukuran antara peneliti dan asisten peneliti betul-betul sama, baru dilakukan pengumpulan data observasi.

#### 4.7.2 Pemilihan Responden

Pemilihan responden dilakukan berdasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan sebelumnya. Responden yang telah terpilih dibagi menjadi dua kelompok yaitu responden kelompok intervensi dan responden kelompok kontrol.

#### 4.7.3 Tahap Pelaksanaan

- a) Mengidentifikasi subjek penelitian sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan.
- b) Peneliti meminta persetujuan pada orang tua BBLR sesuai kriteria inklusi dengan menandatangani lembar *informed consent*.
- c) Kelompok intervensi pengukuran berat badan bayi dan lingkaran kepala bayi yang pertama dilakukan di rumah sakit, intervensi PMK dilakukan di rumah selama 7 hari, dilanjutkan pengukuran berat badan bayi dan lingkaran kepala bayi yang kedua di rumah responden. Untuk mengukur pengetahuan dan sikap ibu, pre test dilakukan di rumah sakit dan post test dilakukan di rumah responden setelah tujuh hari dinyatakan sebagai responden.
- d) Kelompok kontrol pengukuran berat badan bayi dan lingkaran kepala bayi yang pertama dilakukan di rumah sakit, dilanjutkan pengukuran berat badan bayi dan lingkaran kepala bayi yang kedua di rumah responden. Untuk mengukur pengetahuan dan sikap ibu, pre test dilakukan di rumah sakit dan post test dilakukan di rumah responden setelah tujuh hari dinyatakan sebagai responden.

Setelah selesai dinyatakan sebagai responden kelompok kontrol mendapatkan perawatan metode kanguru.

- e) Sebelum menutup pertemuan yang pertama, peneliti memberikan *ballpoint*, *leaflet* PMK, dalam formulir pencatatan pertumbuhan tentang lamanya pelaksanaan PMK diisi oleh ibu setiap harinya, serta kain yang dapat digunakan untuk PMK jika responden tidak memiliki. Tetapi untuk yang kelompok kontrol *leaflet* PMK, diberikan setelah selesai menjadi responden.
- f) Mencatat dan mengumpulkan data hasil penelitian pada formulir pencatatan (lembar observasi).

#### 4.7.4 Tahap Penyusunan Laporan

Tahap akhir dari penelitian ini adalah penyusunan laporan dan penyajian hasil analisis data kuantitatif. Data yang sudah dianalisis dilanjutkan dengan pembahasan hasil penelitian disertai kesimpulan dan saran serta rekomendasi dari hasil temuan yang diperoleh saat penelitian.

### 4.8 Pengolahan Data

Data yang telah diperoleh selanjutnya dilakukan pengolahan sebagai berikut:

#### 4.8.1 Edit data (*editing*)

Langkah ini dilakukan untuk melihat kelengkapan isian dari kuesioner, kejelasan penulisan dan relevansi dengan pertanyaan. Setelah data terkumpul peneliti melakukan pengecekan, semua lembar kuesioner dan observasi terisi lengkap, sehingga tidak perlu klarifikasi kembali baik dengan responden maupun asisten peneliti.

#### 4.8.2 Pemberian kode (*coding*)

Peneliti memberi kode I diikuti nomor urut responden (I, 1, 2,...) untuk kelompok intervensi, dan K diikuti nomor responden (K, 1, 2,...) Untuk kelompok kontrol.

#### 4.8.3 Memasukkan data (*entry*)

Data yang telah dikoreksi dan diberi kode dimasukkan dengan menggunakan program komputer. Data dimasukan sesuai nomor responden pada kuesioner dan

nomor pada lembar observasi. Jawaban responden dari pengetahuan dan sikap dimasukkan sesuai hasil perhitungan, untuk BB dan LK di masukan sesuai dengan hasil pengukuran.

#### 4.8.4. Pengecekan data (*cleaning*)

Pengecekan data yang sudah dimasukkan untuk memastikan bahwa data telah bersih dari kesalahan-kesalahan seperti pengkodean ataupun kesalahan dalam membaca kode.

### 4.9 Analisis data

#### 4.9.1 Analisis Univariat

Untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti, kemudian disajikan secara deskriptif dengan menggunakan tabel. Variabel univariat dalam penelitian ini adalah perawatan metode kanguru (variabel bebas) dan berat badan, lingkaran kepala bayi, pengetahuan dan sikap ibu merawat bayi BBLR (variabel terikat).

#### 4.9.2 Analisis Bivariat

Untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas (perawatan metode kanguru) dengan variabel terikat (berat badan dan lingkaran kepala pada bayi BBLR, pengetahuan dan sikap ibu). Uji statistik yang digunakan adalah *paired t-test* dan uji *independent t test* dengan *95% confidence interval (CI)*.

Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui perbedaan berat badan dan lingkaran kepala antara sebelum dan sesudah perlakuan, metode yang digunakan adalah *paired t-test*. Uji statistik yang digunakan untuk membandingkan perbedaan perubahan berat badan, lingkaran kepala, pengetahuan dan sikap ibu pada kelompok yang mendapatkan intervensi metode kanguru dan kontrol yaitu *independent t test*. Analisis antar variabel dapat selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.1

**Tabel 4.1 Jenis variabel dalam penelitian dan uji statistik yang di gunakan**

Variabel 1	Variabel 2	Uji statistic
Berat badan bayi kelompok intervensi sebelum intervensi	Berat badan bayi kelompok intervensi sesudah intervensi	<i>Paired t-test</i>
Lingkar kepala bayi kelompok intervensi sebelum intervensi	Lingkar kepala bayi kelompok intervensi sesudah intervensi	<i>Paired t-test</i>
Berat badan bayi kelompok kontrol sebelum intervensi	Berat badan bayi kelompok kontrol sesudah intervensi	<i>Paired t-test</i>
Lingkar kepala bayi kelompok kontrol sebelum intervensi	Lingkar kepala bayi kelompok kontrol sesudah intervensi	<i>Paired t-test</i>
Pengetahuan dan sikap ibu kelompok intervensi sebelum diberi intervensi	Pengetahuan dan sikap ibu kelompok intervensi sesudah diberi intervensi	<i>Paired t-test</i>
Pengetahuan dan sikap ibu kelompok kontrol sebelum diberi intervensi	Pengetahuan dan sikap ibu kelompok kontrol sesudah diberi intervensi	<i>Paired t-test</i>
Perbedaan berat badan, lingkar kepala bayi pada pada kelompok intervensi	Perbedaan berat badan, lingkar kepala bayi pada kelompok kontrol	<i>Independent t test</i>
Perbedaan pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR kelompok intervensi	Perbedaan pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR kelompok kontrol	<i>Independent t test</i>

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian dari pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di RSUD Cibabat Cimahi.

#### 5.1 Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk menjelaskan atau menjabarkan data berat badan bayi, lingkar kepala bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR sebelum dan sesudah dilakukan PMK.

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Berat Badan, Lingkar Kepala Bayi, Pengetahuan dan Sikap Ibu**  
**Dalam Merawat BBLR Sebelum dan Sesudah Dilakukan PMK Di RSUD**  
**Cibabat-Cimahi, Juni-Juli 2010 (n=16)**

Variabel	<i>Mean</i>	Standar Deviasi	Minimal- maksimal	95% CI
<b>Berat Badan</b>				
Sebelum PMK	2071,88	288,08	1500 - 2400	1918,37 – 2225,38
Sesudah PMK	2331,25	362,46	1675 - 2800	2138,11 – 2524,39
<b>Lingkar Kepala</b>				
Sebelum PMK	29,50	1,66	26,0 – 33,0	28,61 – 30,39
Sesudah PMK	30,22	1,63	27,0 – 34,0	29,35 – 31,09
<b>Pengetahuan</b>				
Sebelum PMK	9,31	1,62	5 - 12	8,45 – 10,18
Sesudah PMK	15,94	1,29	14 – 18	15,25 – 16,62
<b>Sikap</b>				
Sebelum PMK	80,00	3,06	74 - 86	78,37 – 81,63
Sesudah PMK	90,56	5,11	81 – 98	87,84 – 93,29

Tabel 5.1 menunjukkan hasil estimasi interval berat badan dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata berat badan sebelum PMK adalah 1918,37 sampai 2225,38 gram dan rata-rata berat badan sesudah PMK adalah 2138,11 sampai

2524,39 gram. Sementara dari hasil estimasi interval lingkaran kepala dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata lingkaran kepala sebelum PMK adalah 28,61 sampai 30,39 cm dan rata-rata lingkaran kepala sesudah PMK adalah 29,35 sampai 31,09 cm.

Hasil estimasi interval pengetahuan dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata pengetahuan sebelum PMK adalah 8,45 sampai 10,18 rata-rata pengetahuan sesudah PMK adalah 15,25 sampai 16,62. Sementara hasil estimasi interval sikap dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata sikap ibu sebelum PMK adalah 78,37 sampai 81,63 dan rata-rata sikap ibu sesudah PMK adalah 87,84 sampai 93,29.

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Berat Badan, Lingkaran Kepala Bayi, Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Merawat BBLR Sebelum dan Sesudah Di Lakukan Perawatan Tanpa PMK Di RSUD Cibabat-Cimahi, Juni-Juli 2010 (n=16)**

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Minimal-maksimal	95% CI
<b>Berat Badan</b>				
Sebelum perawatan	2050,00	280,48	1500-2400	1900,55-2199,45
Sesudah perawatan	2156,25	330,59	1500-2600	1980,09-2332,41
<b>Lingkaran Kepala</b>				
Sebelum perawatan	29,59	1,45	26,0-31,0	28,82-30,37
Sesudah perawatan	30,09	1,57	26,0-31,5	29,26-30,93
<b>Pengetahuan</b>				
Sebelum perawatan	8,31	1,99	5 - 12	7,25-9,37
Sesudah perawatan	9,75	1,88	7-13	8,75-10,75
<b>Sikap</b>				
Sebelum perawatan	78,31	3,13	73-83	76,64-79,98
Sesudah perawatan	79,69	2,82	75-84	78,18-81,19

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa hasil estimasi interval berat badan dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata berat badan sebelum perawatan tanpa PMK adalah 1900,55 sampai 2199,45 gram dan rata-rata berat badan sesudah perawatan tanpa PMK adalah 1980,09 sampai 2332,41 gram. Sementara itu hasil estimasi interval lingkaran kepala dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata lingkaran kepala sebelum perawatan tanpa PMK adalah 28,82 sampai 30,37 cm, dan

rata-rata lingkaran kepala sesudah perawatan tanpa PMK adalah 29,26 sampai 30,93 cm.

Hasil estimasi interval pengetahuan dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata pengetahuan sebelum perawatan tanpa PMK adalah 7,25 sampai 9,37 dan rata-rata pengetahuan sesudah perawatan tanpa PMK adalah 8,75 sampai 10,75. Sementara hasil estimasi interval sikap dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata sikap ibu sebelum perawatan tanpa PMK adalah 76,64 sampai 79,98 dan rata-rata pengetahuan sesudah perawatan tanpa PMK adalah 78,18 sampai 81,19.

## 5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas yaitu perlakuan PMK dan tidak PMK terhadap variabel terikat yaitu pertumbuhan bayi dengan melihat perubahan berat badan, lingkaran kepala bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR. Uji statistik yang digunakan adalah *paired t test* untuk melihat perubahan berat badan, lingkaran bayi, pengetahuan, sikap ibu merawat BBLR, setelah satu minggu pada masing-masing kelompok. Uji *independent t test* digunakan untuk melihat perbedaan perubahan pertumbuhan bayi dengan melihat perubahan berat badan, lingkaran kepala bayi, pengetahuan, dan sikap ibu merawat BBLR, pada kelompok PMK dan tidak PMK.

Analisis dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak statistik. Hasil kemaknaan perhitungan statistik antara dua variabel bebas dengan menggunakan derajat kemaknaan 95% atau nilai  $\alpha=0,05$ . Sebelum melakukan analisis bivariabel terlebih dahulu dilakukan uji homogenitas varian untuk mengetahui varian antar kelompok data satu dengan kelompok data yang kedua. Uji t dengan asumsi varian kedua kelompok sama (*equal variances assumed*) dan uji t dengan asumsi varian kedua kelompok tidak sama (*equal variances not assumed*). Untuk memilih uji mana yang kita pakai, dapat melihat uji kesamaan varian melalui uji *levene test*. Lihat p dari *levene test*, bila  $p < 0,05$  maka varian berbeda, dan bila  $p > 0,05$  varian sama.

**Tabel 5.3**  
**Uji Homogenitas Berdasarkan Berat Badan Bayi, Lingkar Kepala Bayi,**  
**Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Merawat BBLR**  
**Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010**

Variabel	Kelompok				p value
	PMK (n=16)		Tidak PMK (n=16)		
	n	%	n	%	
Berat Badan Bayi	16	100,00	16	100,00	0,912
Lingkar Kepala Bayi	16	100,00	16	100,00	0,594
Pengetahuan Ibu	16	100,00	16	100,00	0,173
Sikap Ibu	16	100,00	16	100,00	0,478

Tabel 5.3 menunjukkan hasil uji homogenitas berat badan bayi, lingkar kepala bayi, pengetahuan ibu, sikap ibu pada kelompok PMK dan tidak PMK masing-masing sebanyak 16 orang (100%). Uji statistik menunjukkan bahwa masing-masing variabel pada kedua kelompok tidak memiliki perbedaan yang bermakna. Tingkat signifikansi berat badan bayi p value 0,912 lingkar kepala bayi p value 0,594 pengetahuan ibu p value 0,173 sikap ibu p value 0,478 ( $p > 0,05$ ) yang berarti berat badan bayi, lingkar kepala bayi, pengetahuan ibu, dan sikap ibu pada kedua kelompok adalah homogen.

Selain melakukan uji homogenitas dilakukan uji normalitas data untuk variabel yang berjenis numerik yaitu berat badan, lingkar kepala, pengetahuan dan sikap. Untuk variabel yang berdistribusi normal analisis yang digunakan adalah uji parametrik, sedangkan untuk variabel yang distribusi datanya tidak normal analisis yang digunakan adalah uji nonparametrik. Untuk melihat distribusi data normal atau tidak dilihat dari grafik histogram atau dilihat dari perbandingan *skewness* dan standar eror, jika hasilnya  $\leq 2$ , maka distribusi normal.

**Tabel 5.4**  
**Uji Normalitas Data Berdasarkan Berat Badan Bayi, Lingkar Kepala Bayi,**  
**Pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Merawat BBLR**  
**Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010**

Variabel	Kelompok					
	PMK (n=16)			Tidak PMK (n=16)		
	<i>Skewness</i>	Standar eror	Norma litas data	<i>Skewness</i>	Standar eror	Norma litas data
Berat Badan Bayi	0,918	0,564	1,63	0,396	0,564	0,70
Lingkar Kepala Bayi	0,422	0,564	0,75	1,258	0,564	2,23
Pengetahuan Ibu	1,009	0,564	1,8	0,143	0,564	0,25
Sikap Ibu	0,068	0,564	0,12	0,070	0,564	0,12

Tabel 5.4 uji normalitas data pada kelompok PMK perbandingan *skewness* dan standar eror dari berat badan bayi 1,63 lingkar kepala bayi 0,75 pengetahuan ibu 1,8 sikap ibu 0,12 hasilnya semuanya  $\leq 2$ , sehingga untuk semua kelompok PMK menggunakan uji parametrik. Sementara pada kelompok tidak PMK perbandingan *skewness* dan standar eror dari berat badan bayi 0,70 lingkar kepala bayi 2,23 pengetahuan ibu 0,25 sikap ibu 0,12, sehingga untuk kelompok tidak PMK yang menggunakan uji parametrik adalah berat badan bayi, pengetahuan dan sikap ibu, sementara untuk lingkar kepala bayi menggunakan uji non parametrik.

**Tabel 5.5**  
**Distribusi Rata-Rata Berat Badan dan Lingkar Kepala Bayi Sebelum**  
**dan Sesudah PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 (n=16)**

Variabel	n	Mean	Mean Differences	SD	SE	p value
Berat Badan						
Sebelum PMK	16	2071,88	259,38	288,08	72,02	0,000
Sesudah PMK		2331,25		362,46	90,61	
Lingkar Kepala						
Sebelum PMK	16	29,50	0,72	1,66	0,41	0,000
Sesudah PMK		30,22		1,63	0,40	

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa rata-rata berat badan sebelum PMK adalah 2071,88 gram dengan standar deviasi 288,08 gram. Rata-rata berat badan sesudah PMK adalah 2331,25 gram, dengan standar deviasi 362,46. Terlihat rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah PMK adalah 259,38 dengan standar deviasi 90,32.

Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara berat badan sebelum dan sesudah PMK.

Rata-rata lingkaran kepala sebelum PMK adalah 29,50 cm dengan standar deviasi 1,66 cm. Rata-rata lingkaran kepala sesudah PMK adalah 30,22 cm dengan standar deviasi 1,66 cm. Terlihat rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah PMK adalah 0,72 cm dengan standar deviasi 0,26 cm. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara lingkaran kepala sebelum dan sesudah PMK.

**Tabel 5.6**  
**Distribusi Rata-Rata Pengetahuan, Sikap Ibu Sebelum dan Sesudah PMK**  
**Di RS. Cibabat Juni-Juli 2010 (n=16)**

Variabel	n	Mean	Mean Differences	SD	SE	<i>p value</i>
Pengetahuan						
Sebelum PMK	16	9,31	6,62	1,62	0,40	0,000
Sesudah PMK		15,94		1,29	0,32	
Sikap						
Sebelum PMK	16	80,06	10,50	3,02	0,76	0,000
Sesudah PMK		90,56		5,11	1,28	

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan ibu sebelum PMK adalah 9,31 dengan standar deviasi 1,62. Rata-rata pengetahuan ibu sesudah PMK adalah 15,94 dengan standar deviasi 1,29. Terlihat rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah PMK adalah 6,62 dengan standar deviasi 1,96. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan ibu sebelum dan sesudah PMK.

Rata-rata sikap ibu sebelum PMK adalah 80,06 dengan standar deviasi 3,02. Rata-rata pengetahuan ibu sesudah PMK adalah 90,56 dengan standar deviasi 5,11. Terlihat rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah PMK adalah 10,50 dengan standar deviasi 6,50. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara sikap ibu sebelum dan sesudah PMK.

**Tabel 5.7**  
**Distribusi Rata-Rata Berat Badan Bayi Sebelum dan Sesudah Perawatan**  
**Tanpa PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 (n=16)**

Variabel	n	Mean	Mean Differences	SD	SE	p value
Berat Badan						
Sebelum perawatan	16	2050,00	106,25	280,48	70,12	0,000
Sesudah perawatan		2156,25		330,59	82,65	

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa rata-rata berat badan sebelum perawatan tanpa PMK adalah 2050,00 gram dengan standar deviasi 280,48 gram. Rata-rata berat badan sesudah perawatan tanpa PMK adalah 2156,25 gram, dengan standar deviasi 330,593. Terlihat rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK adalah 106,250 gram dengan standar deviasi 65,51. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara berat badan sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK.

**Tabel 5.8**  
**Distribusi Rata-Rata Lingkar Kepala Bayi Sebelum dan**  
**Sesudah Perawatan Tanpa PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 (n=16)**

Variabel	n	Mean Rank	p value
Lingkar Kepala			
Sebelum perawatan	16	0,00	0,001
Sesudah perawatan		6,50	

Tabel 5.8 menunjukkan hasil penelitian didapatkan bahwa mean rank lingkar kepala bayi sebelum perawatan tanpa PMK adalah 0,00 cm, sedangkan lingkar kepala sesudah perawatan tanpa PMK mean ranknya adalah 6,50 cm. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,001, berarti pada alpha 0,05 terlihat ada perbedaan yang signifikan lingkar kepala bayi sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK.

**Tabel 5.9**  
**Distribusi Rata-Rata Pengetahuan, sikap Ibu Sebelum dan**  
**Sesudah Perawatan Tanpa PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 (n=16)**

Variabel	n	Mean	Mean Differences	SD	SE	p value
Pengetahuan						
Sebelum perawatan	16	8,31	1,43	1,99	0,50	0,000
Sesudah perawatan		9,75		1,88	0,47	
Sikap						
Sebelum perawatan	16	78,31	1,37	3,13	0,78	0,000
Sesudah perawatan		79,69		2,82	0,70	

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan ibu sebelum perawatan tanpa PMK adalah 8,31 dengan standar deviasi 1,99. Rata-rata pengetahuan ibu sesudah perawatan tanpa PMK adalah 9,75 dengan standar deviasi 1,88. Terlihat rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK adalah 1,43 dengan standar deviasi 0,96. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan ibu sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK.

Rata-rata sikap ibu sebelum perawatan tanpa PMK adalah 78,31 dengan standar deviasi 3,13. Rata-rata pengetahuan ibu sesudah perawatan tanpa PMK adalah 79,69 dengan standar deviasi 2,82. Terlihat rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK adalah 1,37 dengan standar deviasi 1,02. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara sikap ibu sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK.

**Tabel 5.10**  
**Distribusi Rata-Rata Pertumbuhan Berat Badan Bayi Pada**  
**Responden PMK dan Tidak PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 (n=32)**

BB	n	Mean	SD	SE	p value
PMK	16	2331,25	362,46	90,61	0,164
Tidak PMK	16	2156,25	330,59	82,65	

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa rata-rata berat badan PMK adalah 2331,25 gram dengan standar deviasi 362,46 gram. Rata-rata berat badan tidak PMK adalah 2156,25 gram, dengan standar deviasi 330,59 gram. Hasil uji statistik didapatkan *p*

*value* 0,164 berarti pada alpha 0,05 terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata berat badan bayi yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK.

**Tabel 5.11**  
**Distribusi Rata-Rata Pertumbuhan Lingkar Kepala Bayi Pada Responden PMK dan Tidak PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 (n=32)**

<b>Lingkar Kepala</b>	<b>n</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>p value</b>
PMK	16	15,63	0,594
Tidak PMK	16	17,38	

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa mean rank lingkar kepala bayi PMK 15,63 cm, sedangkan lingkar kepala bayi tanpa PMK mean ranknya adalah 17,38 cm. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,594, berarti pada alpha 0,05 terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan lingkar kepala bayi yang mendapat PMK dan tidak PMK.

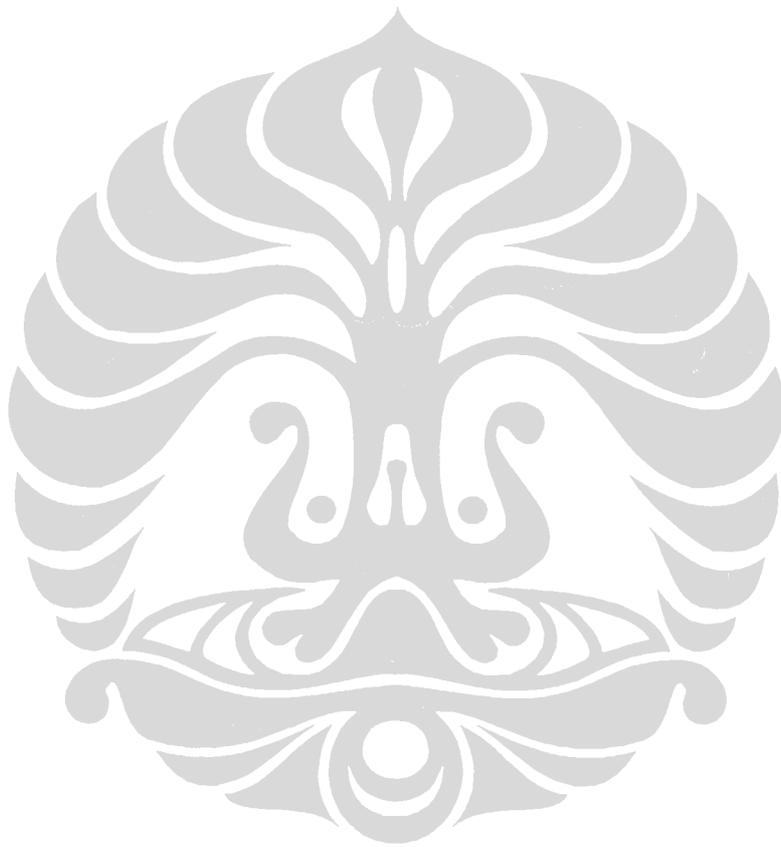
**Tabel 5.12**  
**Distribusi Rata-Rata Pengetahuan, sikap Ibu Pada Responden PMK dan Tidak PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 (n=32)**

<b>Variabel</b>	<b>n</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>	<b>p value</b>
<b>Pengetahuan</b>					
PMK	16	15,94	1,29	0,322	0,000
Tidak PMK	16	9,75	1,88	0,470	
<b>Sikap</b>					
PMK	16	90,56	5,11	1,28	0,000
Tidak PMK	16	79,69	2,82	0,70	

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan ibu PMK adalah 15,94 dengan standar deviasi 1,29. Rata-rata pengetahuan ibu tidak PMK adalah 9,75 dengan standar deviasi 1,88. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,000 berarti pada alpha 0,05 terlihat ada perbedaan yang signifikan pengetahuan ibu yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK

Rata-rata sikap ibu PMK adalah 90,56 dengan standar deviasi 5,11. Rata-rata sikap ibu tidak PMK adalah 79,69 dengan standar deviasi 2,82. Hasil uji statistik

didapatkan *p value* 0,000, berarti pada alpha 0,05 terlihat ada perbedaan yang signifikan rata-rata sikap ibu yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK.



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan tentang pembahasan hasil penelitian yang telah dilakukan, terdiri dari interpretasi dan diskusi hasil serta keterkaitan antara hasil penelitian dengan tinjauan teori dan hasil penelitian sebelumnya. Bab ini juga berisi tentang keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian dalam keperawatan anak.

#### **6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil**

Interpretasi penelitian dijelaskan sesuai tujuan penelitian dan hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di RSUD Cibabat Cimahi.

##### **6.1.1 Hubungan antara perawatan metode kanguru dengan pertumbuhan**

Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh perawatan metode kanguru terhadap perubahan berat badan dan perubahan lingkaran kepala. Pengukuran yang dilakukan adalah pengukuran berat badan dan lingkaran kepala bayi saat pertama jadi responden dan setelah satu minggu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 16 responden yang mendapatkan PMK selama satu minggu, terdapat pengaruh yang signifikan antara berat badan sebelum dan sesudah PMK *p value* 0,000, dengan rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah PMK adalah 259,38 gram per minggu. Hal tersebut sedikit lebih tinggi pertambahannya dibandingkan dengan hasil yang disampaikan oleh Suradi, et al. (2009) bahwa peningkatan BB pada bayi dengan gestasi lebih dari 33 minggu sekitar 200-250 gram/minggu. Perbedaan rata-rata tersebut lebih besar untuk usia gestasi 33 sampai 36 minggu, hal ini mungkin terjadi karena beberapa Ibu dari bayi BBLR susah mengingat dengan tepat tanggal terakhir menstruasi, yang diingat hanya bulannya saja sehingga ada kemungkinan kesalahan dalam menentukan usia gestasi.

Manfaat PMK, dapat meningkatkan ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi, memudahkan bayi dalam memenuhi kebutuhan nutrisi, mencegah infeksi dan memperpendek masa rawat inap sehingga dapat mengurangi biaya perawatan (Shetty, 2007). Berdasarkan teori tersebut peneliti berpendapat dengan PMK ikatan kasih sayang ibu dan anak akan meningkat sehingga ibu akan lebih memperhatikan kebutuhan bayinya, termasuk kebutuhan nutrisi, jika kebutuhan nutrisi terpenuhi maka pertumbuhan juga akan lebih baik.

Kenaikan berat badan pada PMK terjadi karena bayi dalam keadaan rileks, beristirahat dengan posisi yang menyenangkan, menyerupai posisi dalam rahim, sehingga kegelisahan bayi berkurang dan tidur lebih lama. Pada keadaan tersebut konsumsi oksigen dan kalori berada pada tingkat paling rendah, sehingga kalori yang ada digunakan untuk menaikkan berat badan. Selain itu juga dengan perawatan metode kanguru, produksi ASI menjadi meningkat dan frekuensi menyusui jadi lebih sering, sehingga efek pada peningkatan berat badan jadi lebih baik (Suradi, *et al.* 2000).

Teori tersebut senada dengan kondisi di lapangan setelah ibu melakukan PMK produksi ASI ibu meningkat terlihat adanya rembesan ASI pada kain yang digunakan sehingga ibu menggunakan kain untuk mencegah rembesan ASI membasahi tubuh bayi. Namun untuk frekuensi menyusui tidak terdata secara rinci berapa kali frekuensi ibu menyusui dalam satu hari, ibu hanya diingatkan untuk mengakaji buang air kecil minimal 6 kali sehari sebagai tanda bahwa ASI tercukupi. Ibu disarankan untuk menyusui bayi sesuai kebutuhan, tidak di jadual, perhatikan berat badan bayi, dan diusahakan menyusui tidak kurang dari 8 kali sehari. Selain itu ibu disarankan untuk memahami isi leaflet yang diberikan peneliti dengan cara membaca ulang.

Bayi berat lahir rendah, dalam hal ini bayi kurang bulan, kehilangan kesempatan untuk mempersiapkan diri hidup di luar *uterus* yang biasanya terjadi pada trimester ketiga. Semakin muda usia gestasi, kemampuan beradaptasi semakin berkurang. BBLR memerlukan pertumbuhan dan perkembangan yang cepat, namun kemampuan fisiologis organ-organnya masih terbatas. Kemampuan menghisap dan

menelan telah ada sebelum bayi lahir, namun kemampuan koordinasinya baru terbentuk pada 32-34 minggu usia gestasi, dan lebih sinkron pada 36-37 minggu usia gestasi. Pada BBLR kemampuan menghisapnya tidak diikuti dengan kemampuan menelan sehingga memiliki risiko aspirasi (Hockenberry & Wilson, 2009).

Semua bayi yang menjadi responden adalah bayi stabil dan usia gestasi lebih dari 32 minggu, sehingga sudah memiliki refleks menghisap walaupun masih lemah. Ibu yang melakukan PMK mempunyai motivasi yang tinggi dalam merawat BBLR, terlihat dari data observasi pertumbuhan dalam melakukan PMK semakin hari semakin bertambah dari 1 jam.

Menurut Indrasanto, et al. (2008) cara mengukur pertumbuhan selain peningkatan berat badan juga adanya peningkatan lingkaran kepala setiap minggu, saat berat bayi mulai meningkat, lingkaran kepala akan naik antara 0,5 dan 1 cm per minggu. Pendapat lain mengatakan pertumbuhan bayi dapat dilihat dari berat badan, lingkaran kepala, panjang badan, namun untuk melihat pertumbuhan dari panjang badan memerlukan waktu yang lebih lama. Pertumbuhan lingkaran kepala dari penelitian ini ada perbedaan yang signifikan antara lingkaran kepala sebelum dan sesudah PMK dengan *p value* 0,000 dengan rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah PMK adalah 0,72 cm per minggu, hasil penelitian ini sesuai dengan teori diatas.

Hasil penelitian pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa dari 16 responden yang tidak mendapatkan PMK selama satu minggu, terdapat pengaruh yang signifikan antara berat badan sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK *p value* 0,000 dengan rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK adalah 106,25 gram per minggu. Hal tersebut tidak sesuai dengan yang disampaikan oleh Muscari bahwa antara 0 dan 6 bulan berat bayi bertambah 682 gram per bulan atau 170,5 gram per minggu pada bayi *aterm*. Hal tersebut terjadi karena kriteria responden adalah BBLR sementara yang disampaikan Muscari adalah bayi *aterm*. Peneliti membandingkannya dengan bayi *aterm* karena belum

menemukan pertumbuhan untuk bayi BBLR, tetapi menemukan pertumbuhan BBLR yang menggunakan PMK.

Hasil penelitian untuk pertumbuhan perubahan lingkaran kepala, ada perbedaan yang signifikan lingkaran kepala bayi sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* 0,001, hasil ini sesuai dengan teori yang disampaikan Indrasanto, et al. (2008) saat berat bayi mulai meningkat lingkaran kepala akan naik antara 0.5 dan 1 cm untuk bayi PMK, hal senada juga disampaikan oleh Muscari (2005) saat berat bayi meningkat lingkaran kepala meningkat 0,72 cm per minggu untuk bayi *aterm* tanpa PMK.

Hasil penelitian untuk melihat perbedaan pertumbuhan bayi dengan melihat perubahan berat badan dan lingkaran kepala pada bayi yang mendapatkan PMK dan tidak mendapatkan PMK didapatkan hasil tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata berat badan bayi yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK (*p value* 0,164;  $\alpha=0,05$ ). Begitu pula terhadap lingkaran kepala tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata lingkaran kepala bayi yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK (*p value* 0,594  $\alpha=0,05$ ).

Hal tersebut senada dengan penelitian PMK yang dilakukan di Yogyakarta oleh Lusmilasari, Surjono, Haksari (2004) tentang pengaruh perawatan bayi lekat (PBL/PMK) terhadap pertumbuhan BBLR berdasarkan indeks berat badan/umur, panjang badan/umur, lingkaran kepala/umur pada kelompok perlakuan didapatkan hasil ada pengaruh PMK terhadap pertumbuhan meskipun secara statistik tidak ditemukan adanya perbedaan bermakna diantara kedua kelompok.

Secara teori manfaat PMK dapat meningkatkan pertumbuhan bayi, karena bayi PMK mendapatkan kehangatan dari tubuh ibu melalui skin to skin sehingga bayi lebih rileks dan kalori yang ada dapat digunakan untuk meningkatkan berat badan. Hasil wawancara dilapangan ibu yang sudah melakukan PMK mengatakan bahwa saat PMK berlangsung bayi menjilat kulit ibu, setelah selesai PMK ibu menyusui bayinya, karena bayinya haus. Dari responden yang melakukan PMK belum ada ibu yang dapat memberikan ASI dalam posisi PMK

Beberapa faktor yang mungkin menyebabkan tidak ada perbedaan pada pertumbuhan baik dari perubahan lingkaran kepala maupun berat badan pada BBLR yang mendapat PMK dan tidak PMK adalah: pemberian ASI, lama pemberian ASI, frekuensi pemberian ASI, dan lamanya PMK. Dari kedua kelompok baik yang mendapat PMK maupun tidak mendapat PMK, semua ibu dari BBLR memberikan ASI tidak memberikan susu formula, namun lamanya memberikan ASI dan frekuensi memberikan ASI tidak terdata secara rinci sehingga tidak terlihat kelompok mana yang dapat memberikan ASI lebih banyak. Dari lamanya melakukan PMK tidak ditemukan data ibu yang melakukan PMK secara kontinu, sehingga memungkinkan efek PMK sama dengan perawatan konvensional, karena hasil observasi dilapangan semua bayi PMK dan yang tidak mendapat PMK dirawat dengan menggunakan lampu sepanjang hari, dari hasil wawancara didapatkan bahwa lampu yang digunakan 50 watt dengan jarak 50 cm antara lampu dengan bayi. Sehingga mereka sama-sama mendapatkan kehangatan.

#### 6.1.2 Hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR dengan PMK

Hasil penelitian ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan ibu sebelum dan sesudah PMK (kelompok intervensi), dan pengetahuan ibu sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK (kelompok kontrol). Dengan rata-rata perbedaan pengetahuan kelompok intervensi adalah 6,62 dan rata-rata perbedaan pengetahuan ibu kelompok kontrol adalah 1,43. Perbedaan peningkatan pengetahuan pada kelompok intervensi lebih besar dibanding dengan kelompok kontrol. Dengan demikian pengalaman ibu dalam melakukan PMK mempengaruhi pengetahuan ibu dalam merawat BBLR.

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan dapat dipengaruhi oleh Pengalaman yang didapat dari apa yang pernah dialami sendiri maupun pengalaman orang lain yang diketahuinya. Selain itu sosial budaya, keyakinan dan fasilitas, fasilitas dapat berupa media cetak maupun elektronik serta buku-buku merupakan fasilitas sumber informasi yang dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, bahwa pengetahuan ibu yang mendapat PMK peningkatannya lebih tinggi. Hal tersebut kemungkinan disebabkan oleh ibu mendengar informasi tentang PMK dan melihat demonstrasi dalam melakukan PMK, serta melaksanakannya setelah ada penjelasan yang disampaikan oleh peneliti, mengenai tujuan, manfaat, teknik, dan segala hal yang berkaitan dengan PMK dan perawatan BBLR, serta mendapatkan leaflet tentang PMK. Sehingga pengalaman pun dapat ibu rasakan.

Hasil penelitian didapatkan ada perbedaan yang signifikan pengetahuan ibu yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK (*pvalue* 0,000,  $\alpha=0,05$ ). Peneliti berpendapat bahwa pengalaman merupakan guru yang terbaik sehingga peningkatan pengetahuan ibu lebih tinggi dibandingkan dengan pengetahuan ibu yang tidak mendapat PMK. Hasil penelitian, dari sikap didapatkan ada perbedaan yang signifikan antara sikap ibu sebelum dan sesudah PMK (kelompok intervensi), dan sikap ibu sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK (kelompok kontrol) ( $p=0,000$ ,  $\alpha=0,05$ ). Dengan rata-rata perbedaan peningkatan sikap kelompok intervensi 10,50 dan rata-rata perbedaan peningkatan sikap kelompok kontrol 1,37. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata sikap ibu yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK.

Berdasarkan uraian diatas, peningkatan sikap kelompok intervensi lebih tinggi dibanding dengan kelompok kontrol. Berdasarkan hasil tersebut peneliti berpendapat bahwa pengalaman berpengaruh terhadap sikap seseorang. Pada kelompok kontrol tidak mendapatkan informasi, serta leaflet tentang perawatan BBLR seperti yang dialami oleh kelompok intervensi sebelum penelitian selesai. Dengan demikian pengalaman dan media mempengaruhi sikap seseorang.

Menurut Azwar (2005) ada beberapa faktor yang mempengaruhi sikap yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu. Pengalaman pribadi merupakan salah satu dasar terbentuknya sikap, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Selain pengalaman orang lain disekitar kita merupakan salah satu diantara

komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Diantara orang yang biasa dianggap penting bagi individu adalah orang tua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru, teman kerja, istri atau suami, dan lain-lain.

Berdasarkan teori tersebut saat peneliti mau melibatkan calon responden dalam penelitian melibatkan keluarga terdekat dari responden, karena pengaruh orang terdekat sangat mempengaruhi sikap seseorang. Hal tersebut terbukti dari salah seorang responden saat mendapatkan penjelasan sebelum dilibatkan jadi responden yang tidak didampingi oleh keluarganya, didapatkan respon menolak saat *rekomfirmasi* sebelum didatangi ke rumah dengan alasan keluarga tidak setuju.

Pelaksanaan PMK dapat terlaksana dengan adanya dukungan dari keluarga. Selain adanya dukungan, PMK juga dapat terlaksana apabila ibu sudah memahaminya dan melaksanakannya atas keputusan sendiri. Terlihat saat melakukan pengumpulan data ada beberapa dari keluarganya yang ikut membantu melaksanakan PMK, karena ibu harus melakukan kegiatan yang lain. Ada beberapa keluarganya yang melakukan tugas rutin ibu sebagai ibu rumah tangga sehingga ibu dapat melakukan PMK.

Kondisi diatas sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Utami. (2002) Penerimaan perawatan bayi lekat (PBL) dan sikap adalah variabel yang paling berhubungan bermakna dengan praktek PBL.

## **6.2 Keterbatasan Penelitian**

Pelaksanaan penelitian ini tidak terlepas dari keterbatasan, beberapa keterbatasan yang dapat dianalisis adalah sebagai berikut.

### **6.2.1 Pemilihan Sampel**

Pemilihan sampel dalam penelitian ini tidak melihat karakteristik ibu yang dapat mempengaruhi hasil dari penelitian. Selain itu tidak melihat frekuensi pemberian dan lamanya pemberian ASI sehingga tidak dapat membedakan kelompok mana yang pemberian ASI lebih banyak.

### 6.2.2 Pelaksanaan PMK

Pasien yang menjadi responden dalam penelitian adalah pasien yang pernah dirawat di RSUD Cibabat. Dengan pelaksanaan PMK dilanjutkan di rumah maka observasi pada kelompok perlakuan tidak dapat dilakukan dengan maksimal. Ada kemungkinan responden tidak melakukan PMK sesuai dengan ketentuan dalam penelitian ini. Untuk mengatasi hal ini peneliti memvalidasi dengan menanyakan langsung pada responden atau keluarganya yang ada dalam satu rumah. Selain itu, peneliti melihat catatan lamanya responden melakukan PMK yang tercatat dalam lembar observasi pertumbuhan bayi yang ditulis oleh responden atau keluarganya sendiri. Hal lain yang dilakukan peneliti meminta responden mempraktekkan PMK jika pada hari tersebut belum melakukan atau menanyakan kembali bagaimana caranya melakukan PMK dan apa yang dirasakan ibu atau bagaimana reaksi bayi saat dilakukan PMK.

## 6.3 Implikasi terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian

### 6.3.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

BBLR memerlukan perawatan dan perhatian khusus dari tenaga kesehatan. Adanya PMK, dapat mempengaruhi ikatan kasih sayang ibu dan bayi. Selain itu pengaruh dari pelaksanaan PMK dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat bayi melalui pengalaman ibu dalam melaksanakan PMK. Perawat anak mempunyai peran yang penting dalam memenuhi kebutuhan dasar BBLR dan keluarganya, PMK dapat memfasilitasi ketercapaian pemenuhan kebutuhan tersebut.

### 6.3.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Dengan adanya penelitian ini menambah literatur dalam memberikan perawatan pada bayi berat lahir rendah. Selain itu kesiapan perawat untuk memberikan asuhan tepat guna perlu dipersiapkan sejak dibangku kuliah, dengan demikian hasil ini dapat dijadikan dasar untuk menangani BBLR. Sesuai dengan hasil penelitian bahwa pengalaman ibu dalam melaksanakan PMK mempengaruhi tingkat pendidikan, maka dianjurkan pada peserta didik untuk memberikan program edukasi tentang perawatan BBLR untuk meningkatkan pengetahuan ibu dalam memberikan perawatan pada bayi.

### 6.3.3 Bagi Pengembangan Penelitian

Penelitian ini menunjukkan belum ada pengaruh yang signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol terhadap pertumbuhan bayi. Walaupun begitu pada kelompok intervensi menunjukkan dampak yang positif, diantaranya pertumbuhan bayi dari kelompok intervensi lebih baik daripada kelompok kontrol. Selain *skin to skin contact* yang dapat memberikan manfaat pada BBLR, beberapa komponen lain dari PMK yaitu, *exlusive breastfeeding, physical, emotional and education support, Early discharge and follow up* dapat memberikan pengaruh terhadap pertumbuhan.



## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut:

1. Ada perbedaan yang signifikan antara berat badan, lingkar kepala, pengetahuan dan sikap ibu sebelum dan sesudah PMK.
2. Ada perbedaan yang signifikan antara berat badan, lingkar kepala, pengetahuan, dan sikap ibu sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK.
3. Tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata berat badan, lingkar kepala bayi yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK.
4. Ada perbedaan yang signifikan rata-rata pengetahuan dan sikap ibu yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK.

#### **7.1. Saran**

Saran-saran yang dapat disampaikan oleh penulis berdasarkan hasil penelitian ini adalah :

1. Bagi pelayanan masyarakat

Hasil penelitian ini belum menunjukkan dampak langsung terhadap pertumbuhan, namun fenomena yang terjadi saat penelitian menunjukkan bahwa PMK dapat meningkatkan interaksi orang tua dan bayi, serta dapat memberikan kehangatan pada bayi. Selain itu banyak manfaat PMK lainnya yang sudah ditemukan dari penelitian sebelumnya.

PMK dapat digunakan sebagai alternatif dalam merawat BBLR, pelaksanaannya selain dapat dilakukan di rumah sakit, dapat dilakukan juga di rumah. Hal ini dapat mendukung perkembangan pelayanan perawat kepada masyarakat.

## 2. Bagi bidang pendidikan

Bagi Institusi pendidikan memasukan materi tentang PMK dalam mata ajar keperawatan anak. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai *evidence based practice* dalam melakukan perawatan BBLR. Dalam penelitian ini adanya pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR, sehingga diharapkan institusi pendidikan membekali mahasiswanya untuk mempunyai program tentang edukasi bagi pasien supaya dapat meningkatkan pengetahuan pasien khususnya tentang perawatan BBLR umumnya tentang perawatan anak.

## 3. Bagi pengembangan penelitian

Pada penelitian ini PMK baru dilakukan pada bayi yang stabil, dengan berat badan 1500 gram sampai 2400 gram, dengan gestasi 32 minggu, pada penelitian selanjutnya perlu dilihat bayi yang belum stabil dan berat badan kurang dari 1500. Pada penelitian ini pelaksanaan PMK tidak dapat dilakukan secara penuh, untuk penelitian selanjutnya agar hasil lebih akurat sebaiknya observasi untuk pelaksanaan PMK dilakukan secara penuh.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M.R., & Tomey, A.N. (2006). *Nursing theorist and their work*. 6th Ed. St.Louis: Mosby Elsevier, Inc .
- Arora, S. (2008). Kangaroo mother care. *Nursing Journal of India*, 99(11), 248-50. Retrieved April 20, 2010, from ProQuest Health and Medical Complete. (Document ID: 1791904891).
- Azwar, S. (2007). *Sikap manusia, teori dan pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bernstein, H. (2007). *Readiness of mother and child for postpartum hospital discharge questioned*, <http://www.medicalnewstoday.com/articles/78859.php>. diperoleh tanggal 27 Februari 2010.
- Blackwell, K., & Cattaneo, A., (2005), *What is the evidence for kangaroo mother care of the very low weight baby*, <http://www.ichrc.org/pdf/kangaroo.pdf>. diperoleh 26 Januari 2010.
- Bobak, I.M, Lowdermilk, D.L., & Jensen, M.D. (2005). *Keperawatan maternitas*. Edisi 4: Jakarta: Buku kedokteran EGC.
- Dempsey, P. A., & Dempsey, A. D. (2002). *Riset keperawatan*. Jakarta: Buku kedokteran EGC
- De Macedo, E., Cruvinel, F., Lukasova, K., & D'Antino, M.. (2007). The Mood Variation in Mothers of Preterm Infants in Kangaroo Mother Care and Conventional Incubator Care. *Journal of Tropical Pediatrics*, 53(5), 344-6. Retrieved April 20, 2010, from Academic Research Library. (Document ID: 1379695981).
- Endyarni, B., Roeslani, R. D., Rohsiswatmo, R., & Soedjatmiko. (2009). *Mother's response on kangaroo mother care intervention for preterm infants*, [http://www. Pediatrica indonesia.org/journal.asp?q=851](http://www.Pediatrica indonesia.org/journal.asp?q=851). 49(4), 224-28. di peroleh 21 Januari 2010.
- Feldman, R., Eidelman, Al., Sirota, L., & Weller, A. (2002). *Comparison of skin to skin (kangaroo) and tradisional care: Parenting outcomes and preterm infant development*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Pub Med/12093942>, diperoleh tanggal 25 januari 2010.
- Gillis, L. A., Fairbanks, E. F., Crean, H., Small, L., Sinkin, R., & Xin T., et al. (2006). *Early intervention program improves health of babies and parents*, <http://www.urmc.rochester.edu>. diperoleh tanggal 21 Februari 2010.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hockenberry., J. & Wilson., D. ( 2009). *Essentials of pediatric nursing*. St.Louis: Mosby Elsevier, Inc .

- Indrasanto, E., Dharmasetiawani, N., Rohsiswatmo, R., & Kaban, R. K. (2008). *Pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK)*. Jakarta: IDI, POGI dan PPNI.
- Johnston, C., Filion, F., Campbelleyo, M., Goulet, C., Bell, L., Mcnaughton, K., & Byron, J.. (2009). Enhanced kangaroo mother care for heel lance in preterm neonates: a crossover trial. *Journal of Perinatology*, 29(1), 51-6. Retrieved April 20, 2010, from ProQuest Health and Medical Complete. (Document ID: 1618993371).
- Kasjono, H. B., & Yasril. (2009). *Teknik sampling untuk penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Graha ilmu.
- Ladewig, P. W., London, M. L., & Olds, S. B. (2006). *Asuhan keperawatan ibu – bayi baru lahir*. Jakarta: Buku kedokteran EGC.
- Lusmilasari, L., Surjono, A., & Haksari, E. L. (2004). *Pengaruh perawatan bayi lekat terhadap pencapaian pertumbuhan bayi berat lahir rendah di RS. DR. Sardjito Yogyakarta*. Yogyakarta : Jurnal kedokteran masyarakat. <http://arc.ugm.ac.id/files/%281705-H-2004%29.pdf>. diperoleh 28 Februari 2010.
- Muscari, M. (2005). *Buku panduan keperawatan pediatrik*. Jakarta: Buku kedokteran EGC
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Polit, D.F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sabri, L., & Hastono, S. T. (2006). *Statistik kesehatan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Saifuddin, A. B. (2002). *Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: JNPKKR – POGI & Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2002). *Dasar – dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Shetty, A.. (2007). Kangaroo mother care. *Nursing Journal of India*, 98(11), 249-50. Retrieved April 20, 2010, from ProQuest Health and Medical Complete. (Document ID: 1387300961).
- Soeparmanto, S., A., & Rusmil, K. (2006). *Pedoman pelaksanaan stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di tingkat pelayanan kesehatan dasar*. Jakarta: Dep Kes RI
- Suseno, U., Sunaryadi, Ismandari, F., Kurniasih N., Sibuea, F., & Manullang, E. V., et al. (2008), *Profil kesehatan Indonesia 2008*, Jakarta. <http://www>.

[depkes.go.id/downloads/publikasi/profil%20kesehatan%20 indonesia.pdf](http://depkes.go.id/downloads/publikasi/profil%20kesehatan%20 indonesia.pdf). diperoleh tanggal 22 Januari 2010.

Suradi, R., Pratomo, H., Marnoto, B., W., & Sidi, I., P., S. (2009). *Perawatan bayi berat lahir rendah dengan metode kanguru*, cetakan ke 2. Jakarta: Perinasia

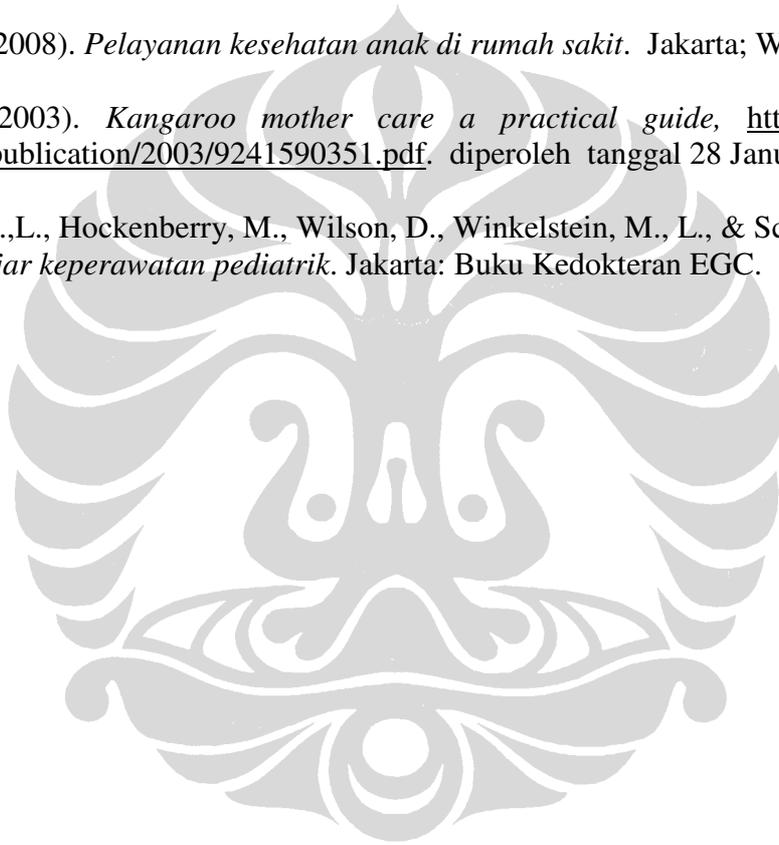
Surasmi, A., Handayani, S., & Kusuma, H.N. (2003). *Perawatan bayi risiko tinggi*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.

Utami, S. (2002). *Hubungan penerimaan, pengetahuan dan sikap dengan praktek perawatan bayi lekat pada ibu BBLR setelah dilakukan penyuluhan metode perawatan bayi lekat RSUD Cibinang Kabupaten Bogor Tahun 2002*. <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=72778>. Diperoleh tanggal 13 Maret 2010.

WHO. (2008). *Pelayanan kesehatan anak di rumah sakit*. Jakarta; WHO Indonesia.

\_\_\_\_\_. (2003). *Kangaroo mother care a practical guide*, <http://whqlibdoc.who.int/publication/2003/9241590351.pdf>. diperoleh tanggal 28 Januari 2010.

Wong, D.,L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., L., & Schwatz, P. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.



No. Responden : .....

## Lembar Kuesioner Pengetahuan

Petunjuk mengerjakan pertanyaan ini

1. Jangan memberikan identitas, seperti nama, agar semua kerahasiaan terjaga.
2. Isilah semua pertanyaan dibawah ini, yang dianggap benar dengan tanda silang (X).
3. Jangan memberitahukan jawaban ibu kepada teman, atau pihak lain .
4. Apabila ada yang tidak dimengerti tanyakan langsung kepada peneliti.

Pertanyaan

1. Dibawah ini merupakan patokan bahwa bayi sudah mendapat cukup ASI, kecuali ...
  - a. Bayi buang air kecil minimal 6 x sehari.
  - b. Bayi buang air besar sudah berwarna kuning hari ke empat.
  - c. Bayi buang air besar sudah berwarna kuning hari ke lima.
2. Bayi dengan berat lahir rendah akan mengalami...
  - a. Perubahan buang air besar yang sering.
  - b. Pengeluaran keringat yang cepat.
  - c. Penurunan suhu tubuh yang cepat.
3. Daya tahan tubuh bayi berat lahir rendah adalah...
  - a. Dalam kondisi baik.
  - b. Tidak ada masalah.
  - c. Mudah terkena penyakit.
4. Bayi berat lahir rendah kemungkinan akan mengalami *Apneu* atau periode tak bernafas, bayi dikatakan *apneu* jika...
  - a. Bayi tidak bernafas selama lebih dari 20 detik dan disertai denyut nadi yang lambat
  - b. Bayi tidak bernafas selama lebih dari 10 detik dan disertai denyut nadi yang lambat
  - c. Bayi tidak bernafas selama 5 – 10 detik dan disertai denyut nadi cepat.
5. Jika bayi tidak mampu menghisap ASI apa yang harus ibu lakukan...
  - a. Memberikan susu formula dan air putih.
  - b. Memberikan madu dan air putih.
  - c. Memberikan ASI dengan sendok.
6. Makanan terbaik untuk bayi dengan berat lahir rendah adalah...
  - a. Susu formula.
  - b. ASI ditambah susu formula.
  - c. ASI saja.

7. Jika bayi tidak bernafas untuk beberapa detik apa yang segera akan ibu lakukan...
  - a. Mengusap punggung atau menimang bayi.
  - b. Segera pergi ke rumah sakit atau puskesmas.
  - c. Segera menelpon tenaga kesehatan terdekat.
  
8. Perawatan metode kanguru atau *Skin to skin contact* adalah...
  - a. Perawatan bayi dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit yang menggendong pada posisi tegak lurus, kepala bayi diantara payudara selama 60 menit atau lebih
  - b. Perawatan bayi dengan cara bayi baru lahir diletakan diperut ibu, bayi diberi kesempatan untuk mencari payudara ibu dan menyusui sendiri dalam waktu 30 – 60 menit.
  - c. Perawatan bayi dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit yang menggendong pada posisi tegak lurus, kepala bayi diantara payudara selama 60 menit atau kurang
  
9. Manfaat metode kanguru, kecuali...
  - a. Mencegah infeksi.
  - b. Meningkatkan berat badan.
  - c. Menambah waktu rawat nginap.
  
10. Lamanya perawatan metode kanguru
  - a. Enam puluh menit atau lebih.
  - b. Kurang dari enam puluh menit
  - c. Tiga puluh menit-enam puluh menit.
  
11. Suhu tubuh normal bayi dengan perawatan metode kanguru adalah...
  - a. 36.5 °C – 37.5 °C
  - b. Kurang dari 36.5 °C
  - c. Lebih dari 37.5 °C
  
12. Tanda bahaya pada bayi...
  - a. Bayi menangis.
  - b. Bayi sulit minum.
  - c. Bayi buang air besar dua hari sekali.
  
13. Di bawah ini merupakan tanda salah satu pertumbuhan bayi sudah baik...
  - a. Kenaikan berat badan 200 g/minggu
  - b. Kenaikan berat badan 100 g/minggu
  - c. Kenaikan berat badan 10 g/hr
  
14. Perawatan kulit pada bayi dengan berat lahir rendah...
  - a. Dimandikan 2 x sehari
  - b. Dimandikan setiap hari.
  - c. Diseka atau tidak perlu dimandikan setiap hari.
  
15. Untuk memantau pertumbuhan berat badan penimbangan berat badan dilakukan...
  - a. Timbang bayi 2xsehari
  - b. Timbang bayi 3x sehari
  - c. Timbang bayi 1xsehari

16. Untuk memantau pertumbuhan lingkaran kepala, pengukuran lingkaran kepala dilakukan berapa kali...
  - a. 2 x sehari
  - b. 3 x sehari
  - c. Seminggu sekali
  
17. Bayi sudah mampu menghisap walaupun masih lemah, jika bayi dilahirkan pada usia kehamilan...
  - a. Kurang dari 32 minggu
  - b. 32 minggu atau lebih
  - c. 35 minggu atau lebih
  
18. Bayi berat lahir rendah dapat menurunkan pengeluaran kalori karena...
  - a. Bayi lebih sedikit *strees*.
  - b. Membuat nafas bayi teratur.
  - c. Ibu lebih percaya diri
  
19. Dibawah ini merupakan tanda bayi melekat dengan baik saat menyusui, kecuali..
  - a. Dagunya menempel pada dada ibu.
  - b. Areola atas lebih nampak dan Mulut membuka lebar
  - c. Bibir atas melebar keluar.
  
20. Cara menghisap baik bila bayi menghisap dengan cara ...
  - a. Menghisap lambat dan dalam, kadang berhenti untuk menelan.
  - b. Menghisap cepat, singkat dan berhenti
  - c. Menghisap kadang berhenti untuk istirahat.

No. Responden : .....

**Kuisisioner Sikap**

Petunjuk mengerjakan pertanyaan ini

1. Tidak memberikan identitas, seperti nama, agar semua kerahasiaan terjaga.
2. Apabila ada yang tidak dimengerti tanyakan langsung kepada peneliti.
3. Isilah semua pertanyaan, dengan cara memberikan tanda (√) pada salah satu jawaban yang anda pilih.

Keterangan :

SS : Sangat setuju  
 S : Setuju  
 R : Ragu – ragu  
 TS : Tidak setuju  
 STS : Sangat tidak setuju

<b>N o</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>SS</b>	<b>S</b>	<b>R</b>	<b>TS</b>	<b>STS</b>
1	Saya merasa bayi saya tidak bisa menyusui, sehingga saya harus memberi susu formula.					
2	Saya ingin merawat bayi saya sendiri					
3	Saya takut memandikan bayi saya sendiri					
4	Saya senang bisa melihat bayi saya tersenyum					
5	Saya akan segera mendekati bayi saya, jika bayi saya menangis					
6	Saya akan berusaha menyusui bayi, walaupun bayi masih lemah untuk menghisap					
7	Jika anak panas, saya akan segera memberi kompres hangat					
8	Saya gembira dapat merawat anak saya sendiri					
9	Saya harus segera membawa bayi saya ke RS jika bayi bermasalah					
10	Setelah bayi saya diperbolehkan pulang dari RS, saya akan memberikan makanan selain ASI					
11	Saya ingin mengetahui cara merawat bayi yang baik dan benar					

12	Saya sangat senang mempunyai anak, walaupun beratnya kurang					
13	Saya ingin memberi ASI eksklusif buat bayi saya					
14	Saya ingin mengetahui cara merawat tali pusat					
15	Saya ingin mengetahui cara merawat bayi di rumah					
16	Saya merasa mampu merawat bayi di rumah					
17	Saya senang kalau semua keluarga terlibat dalam mengasuh anak terutama suami					
18	Selama bayi saya di rawat di RS, saya dapat menghabiskan waktu dengan tenang di rumah bersama keluarga					
19	Saya akan menuruti anjuran orang tua atau mertua untuk tidak makan ikan setelah melahirkan					
20	Saya akan mengajak bayi saya bicara setiap akan melakukan sesuatu					

**Lembar observasi pertumbuhan bayi Perawatan Metode Kanguru**

No.  
Responden :

No	Tanggal	Lama PMK (jam)	Lk (cm/minggu)	BB (gr/hari)	Ket
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

**Lembar Observasi Penimbangan Berat Badan**

NO	Prosedur	Nilai		
		0	1	2
1	Letakan timbangan pada meja yang datar dan tidak mudah bergoyang, gunakan alas pada timbangan			
2	Lihat posisi jarum atau angka harus menunjuk ke angka nol			
3	Bayi sebaiknya telanjang, tanpa topi, kaus kaki, sarung tangan			
4	Baringkan bayi dengan hati-hati di atas timbangan Lihat jarum timbangan sampai berhenti			
5	Baca angka yang ditunjukkan oleh jarum timbangan atau angka timbangan			
6	Bila bayi terus-menerus bergerak, perhatikan gerakan jarum, baca angka di tengah-tengah antara gerakan jarum ke kanan dan ke kiri			

**Lembar Observasi Pengukuran Lingkar Kepala**

NO	Prosedur	Nilai		
		0	1	2
1	Alat pengukur dilingkarkan pada kepala anak melewati dahi, menutupi alis mata, di atas kedua telinga, dan bagian belakang yang menonjol, tarik agak kencang			
2	Baca angka pada pertemuan nol			
3	Hasil pengukuran di catat			

Keterangan :

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

## Lembar Observasi Posisi Kanguru

N O	Langkah Kegiatan	Y a	Tida k
1	Meletakkan bayi diantara kedua payudara ibu dengan posisi tegak		
2	Kepala bayi dipalingkan ke kanan/kiri sedikit ekstensi (tengadah)		
3	dada bayi menempel dada ibu (kulit bayi menempel kulit ibu)		
4	Perut bayi berada di epigastrium ibu, tidak tertekan		
5	Tangan bayi posisi pleksi		
6	Pangkal paha bayi posisi fleksi dan ekstensi (posisi kodok)		
7	Selendang diikatkan secukupnya dan ujung pengikat dibawah kuping		
8	Mengawasi suhu bayi dengan punggung tangan		
9	mengawasi napas bayi		
10	Mengawasi warna kulit bayi		

## LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Siti Dewi Rahmayanti

NPM : 0806446883

Status : Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Meminta kesediaan Bapak/Ibu sebagai orang tua dari bayi berat lahir rendah (BBLR) yang dirawat di ruang perinatologi RSUD Cibabat-Cimahi, untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, partisipasi ini sepenuhnya bersifat sukarela. Saudara boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun tanpa ada konsekuensi dan dampak negatif. Sebelum saudara memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal, sebagai berikut:

1. Tujuan dalam penelitian ini adalah mengidentifikasi pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di RSUD Cibabat-Cimahi.
2. Jika ibu bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, maka peneliti akan melakukan wawancara dan melakukan penelitian selama 7 hari. Bayi akan ditimbang berat badannya dan diukur lingkar kepalanya untuk melihat pertumbuhan dengan melakukan pengukuran, dan memberikan kuesioner tentang pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR.
3. Penelitian ini tidak mengandung resiko, apabila ibu merasa tidak nyaman selama penelitian, ibu boleh mengundurkan diri dari penelitian ini.
4. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian akan dijamin kerahasiaannya. Hasil penelitian ini akan diberikan kepada institusi tempat peneliti belajar dan pelayanan kesehatan setempat dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas.
5. Jika ada yang belum jelas, ibu dipersilahkan bertanya pada peneliti.

6. Jika ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini silahkan ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan.

Cimahi, Mei 2010

Peneliti,

Siti Dewi Rahmayanti



## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : .....

Umur : .....

Alamat : .....

Orang tua dari bayi : .....

Menyatakan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di rumah”

Saya memberikan persetujuan atas kehendak sendiri dan tanpa paksaan dari pihak lain. Sebagai bahan pertimbangan dalam membuat persetujuan, saya telah mendapatkan informasi dan penjelasan dari peneliti tentang prosedur dan manfaat penelitian serta resiko yang mungkin terjadi saat penelitian. Maka saya menyatakan sudah memahami informasi dan penjelasan yang diberikan oleh peneliti.

Cimahi,

2010

-----

# PERAWATAN METODE KANGURU/PMK

Perawatan Metode Kanguru (PMK) merupakan salah satu alternatif cara perawatan yang murah, mudah dan aman untuk merawat bayi berat lahir rendah (berat lahir < 2500 gr)

## SARAN :

BERIKAN ASI SETIAP JAM JIKA BAYI < 1200 GRAM

ULANGI SETIAP 2 JAM JIKA BERAT BAYI > 1200 GR

SUSUI BAYI SESUAI KEBUTUHAN, TIDAK DIJADUAL, PERHATIKAN PERTAMBAHAN BERATNYA, USAHAKAN DALAM SEHARI MENYUSUI 8 X MENYUSUI

## Manfaat PMK

- Bayi tetap hangat
- Berat badan bayi cepat meningkat
- Pemberian minum lebih terjamin
- Ibu lebih percaya diri merawat bayi
- Mencegah infeksi
- Meningkatkan ikatan batin
- Pertumbuhan mental lebih baik karena bayi merasa aman dipelukan ibu
- Mengurangi biaya

AIR SUSU IBU (ASI) ADALAH MINUMAN TERBAIK UNTUK BAYI KECIL, TIDAK ADA SUSU LAIN YANG SEBAIK AIR SUSU IBUNYA

Lampiran 6

## PMK INTERMITEN

- PMK dengan jangka waktu yang pendek (perlekatan > 1 jam perhari) dilakukan saat ibu berkunjung.
- Bayi dengan proses penyembuhan yang masih memerlukan pengobatan medis (infuse, oksigen)



## PMK KONTINU

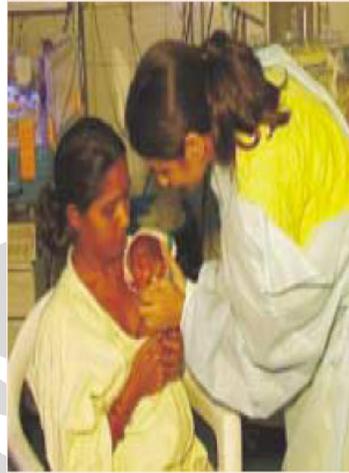
- Ibu dan bayi tinggal bersama sehari-hari dirawat gabung/ rumah



PMK-RSCM

## PERAWATAN METODE

## KANGURU



Di susun oleh :  
Siti Dewi Rahmayanti

Program Pasca Sarjana  
Fakultas Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Anak –Universitas  
Indonesia

Pergi Ke Rumah Sakit atau  
Tempat Pelayanan Kesehatan

Bila ditemukan tanda bahaya di  
bawah ini :

- Tidak mau menyusui, tidak minum dengan baik, muntah
- Menjadi gelisah, mudah terangsang, lesu dan tidak sadarkan diri, demam (suhu badan diatas  $37.5^{\circ}\text{C}$ )
- Tubuh bayi dingin (suhu tubuh dibawah  $36.5^{\circ}\text{C}$ )
- Mengalami kesulitan bernafas atau cepat, wajah biru
- Kejang

**TAHAP – TAHAP PMK**

Cuci tangan sebelum memegang bayi

Ketika menempatkan bayi, pastikan:

-Kepala bayi dipalingkan ke kanan atau ke kiri, sedikit tengadah, kepala bayi

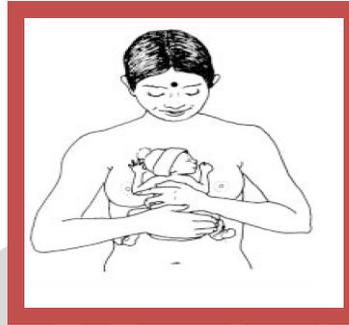
-Dada bayi menempel pada dada ibu atau orang yang menggendong

-Tangan bayi diposisikan terbuka

Pangkal paha bayi pada posisi bayi dalam kandungan

-Kain penggendong diikatkan cukup kuat, menopang leher bayi, berada sampai ke batas bawah kuping bayi

-Periksa jalan napas bayi, pastikan ibu merasakan bunyi jantung dan nafas bayi





Perkumpulan Perinatologi Indonesia  
(PERINASIA)

# Sertifikat

Diberikan kepada

**Siti Dewi Rahmayanti, SKp**

sebagai

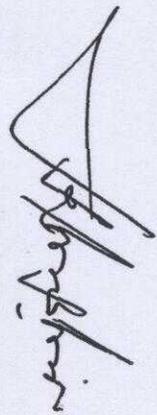
**Peserta**

**Pelatihan Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah dengan Metode Kanguru**

**Jakarta, 27-29 Maret 2010**

Akreditasi PB IDI no. 0882/PB/A.7/03/2009 - Peserta 3 SKP, Pembicara/Pengajar 2 SKP, Panitia/Moderator 2 SKP  
Program ini telah diakreditasi dengan nilai kredit maksimal sebesar 18 SKP  
di lingkungan IDAI dimasukkan sebagai CPD kategori 1 (Kegiatan Peningkatan Kemampuan Pratik)

  
**Dr. Trijatno Rachimbadi, SPOG(K)**  
Ketua Umum Perinastia

  
**Yeni Rustina, SKP, MApp.Sc, PhD**  
Koordinator Program Metode Kanguru





# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1647 /H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

29 April 2010

Yth. Direktur  
RSUD. Cibabat  
Cimahi

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) Kekhususan Keperawatan Anak atas nama:

**Siti Dewi Rahmayanti**  
**0806446883**

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "**Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Pertumbuhan Bayi, Pengetahuan Dan Sikap Ibu Untuk Merawat BBLR Di RSUD. Cibabat - Cimahi**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk mengadakan penelitian Di RSUD. Cibabat - Cimahi sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Dewi Irawaty, MA., Ph.D.  
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Diklat RSUD. Cibabat - Cimahi
2. Kabid. Keperawatan RSUD. Cibabat - Cimahi
3. Karu. Perinatologi RSUD. Cibabat - Cimahi
4. Wakil Dekan FIK-UI
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis"
9. Peringgal



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

**Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Pertumbuhan Bayi, Pengetahuan dan Sikap Ibu dalam Merawat BBLR di RSUD Cibabat Cimahi.**

Nama peneliti utama : **Siti Dewi Rahmayanti**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 10 Mei 2010

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 0



Dekan,  
Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1546 /H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin uji instrument penelitian

26 April 2010

Yth. Direktur  
RS. MAL Cimindi  
Cimahi

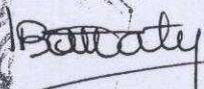
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) Kekhususan Keperawatan Anak atas nama:

**Siti Dewi Rahmayanti**  
**0806446883**

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Pertumbuhan Bayi, Pengetahuan Dan Sikap Ibu Untuk Merawat BBLR Di RSUD. Cibabat - Cimahi”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk mengadakan uji instrumen penelitian Di RS. MAL. Cimindi - Cimahi sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,  
  
Dewi Irawaty, MA., Ph.D.  
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. “Tesis”
6. Pertinggal



PEMERINTAH KOTA CIMAH I  
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN  
PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Kompleks Perkantoran Pemerintah Kota Cimahi  
Jl. Rd. Demang Hardjakusumah Blok Jati Cihanjuang Telp (022) 6631859

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070.1 / 799 / Kesbang Linmas

1. Yang bertanda tangan dibawah ini :

**Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Cimahi.**

Berdasarkan surat dari : Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok  
Nomor : 1647 / H2.F 12.D / PDP.04.02 Tesis / 2010 Tanggal, 29  
April 2010

Menerangkan Bahwa :

a.	Nama	: Siti Dewi Rahmayanti.
b.	Tempat/ tgl. Lahir	: Bandung, 08 Januari 1973
c.	Agama	: Islam
d.	Pekerjaan	: Karyawan Swasta
e.	Alamat	: Jln.Cibogo No.10 Rt.05/05 Kelurahan Sukawarna Kecamatan Sukajadi
f.	Peserta	: -
g.	Maksud	: Penelitian
h.	Untuk Keperluan	: Menyusun Tesis dengan Judul " <b>Pengaruh Perawatan Metode Kanguru Terhadap Pertumbuhan Bayi Pengetahuan Dan Sikap Ibu Untuk Merwat BBLR Di RSUD Cibabat.</b> "
i.	OPD / Lembaga / Instansi yang dituju	: <b>RSUD Cibabat Kota Cimahi</b>
j.	Lokasi	: <b>Kota Cimahi.</b>

2. Sehubungan dengan maksud tersebut, diharapkan agar pihak yang terkait dapat memberikan bantuan / fasilitasi yang diperlukan.
3. Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, dan berlaku sampai tanggal, **30 Juni 2010.**

Cimahi, 11 Mei 2010

An.KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA  
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT  
KOTA CIMAH I

Kepala Seksi Politik Dalam Negeri



**Drs. ASEP HERMAN SUYATNO.**

Penata TK.I

NIP. 19640328 199404 1 003

Tembusan :

1. Yth. Asisten Administrasi Umum Kota Cimahi
2. Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok
3. Ybs.



# RUMAH SAKIT UMUM MITRA ANUGRAH LESTARI

Jl. Cibaligo No. 76 Telp. (022) 602-7204, 604-7523, 604-7524, Fax. 602-7259  
Cimindi - Kota Cimahi - Jawa Barat

Nomor : D-144 / Sekr. Dik. / RSU.MAL / VI / 2010  
Lampiran : ----  
Perihal : Ijin Uji Instrument Penelitian

Kepada Yang Terhormat,

**Bapak Rektor Universitas Indonesia**  
**C.q. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan - UI**  
Di

Tempat.

Dengan Hormat,

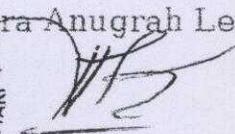
Membaca surat yang Ibu sampaikan tertanggal 26 April 2010, Nomor : 1546 / H2.F12.D / PDP.04.02.Tesis / 2010, perihal : Permohonan Ijin Uji Instrument Penelitian, maka pada prinsipnya kami mengizinkan untuk melaksanakan kegiatan tersebut dengan ketentuan Mahasiswa yang bersangkutan bisa mengikuti aturan-aturan yang berlaku di RSU Mitra Anugrah Lestari.

Kami mohon juga untuk diberikan foto copy hasil kegiatan Tesis dari mahasiswa tersebut untuk kami jadikan data dan arsip sebagai hasil penelitian di rumah sakit kami.

Adapun data mahasiswa yang akan melakukan Uji Instrument Penelitian tersebut adalah :

No	NAMA MAHASISWA	NPM	JUDUL TESIS
1.	Siti Dewi Rahmayanti	'0806446883	Pengaruh Perawatan Metode Kangguru Terhadap Pertumbuhan Bayi, Pengetahuan dan Sikap Ibu untuk Merawat BBLR di RSUD Cibabat - Cimahi

Demikianlah surat ini kami sampaikan untuk diketahui adanya, terima kasih atas segala perhatian dan kerjasamanya.

Cimahi, 04 Juni 2010  
Hormat kami,  
Mitra Anugrah Lestari  
  
**W. Zakaria Ansyori**  
Direktur



PEMERINTAH KOTA CIMAHI  
**BADAN LAYANAN UMUM DAERAH**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIBABAT – CIMAHI**

Jl. Jendral H. Amir Machmud No. 140 Cimahi – 40513  
Telp. (022) 665-2025 Fax. (022) 6649112 – E-mail : rscibabat@bdg.centrin.net.id  
Web Site : www.freewebs.com/rsucibabat

Cimahi, 20 Mei 2010

Nomor : 070/1056/V/2010  
Lampiran -  
Hal Ijin Penelitian

Yth. Dekan Universitas Indonesia  
Melalui : Ketua Program Pascasarjana FIK  
Universitas Indonesia  
Di  
Jakarta

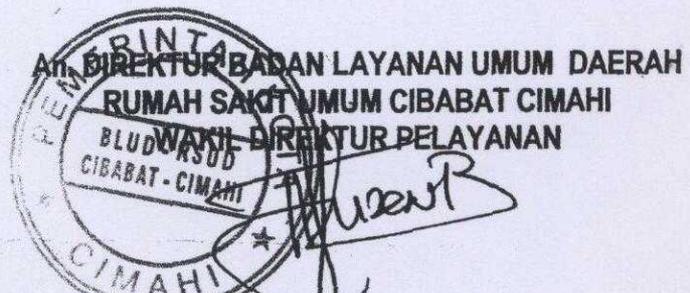
Sehubungan dengan surat Bapak Ketua Program Pascasarjana Nomor 1647/H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010 tanggal 29 April 2010 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat di atas, dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan dapat memberikan ijin kepada Mahasiswa atas :

**N A M A : SITI DEWI RAHMAYANTI**  
**N P M : 0806446883**  
**JUDUL : PENGARUH PERAWATAN METODE KANGURU TERHADAP PERTUMBUHAN BAYI PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU UNTUK MERAWAT BBLR DI RSUD CIBABAT.**

Untuk melaksanakan penelitian pada institusi kami dengan ketentuan sebagai berikut :

- Hasil penelitian hanya digunakan untuk kepentingan kedinasan tidak untuk disebarluaskan (dipublikasikan).
- BLUD RSUD Cibabat Cimahi mendapat 1 ( Satu ) eksemplar dari hasil penelitian yang bersangkutan.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami sampaikan terima kasih.



**H. R. HUZEN RACHMADI, A.Md.St.,SE.,M.Kes**

Pembina Tk. I

NIP. 19630416 198603 1 009

Tembusan :

1. Kepada Yth, Ka. SMF Anak di RSUD Cibabat Cimahi
2. Arsip. Pengaruh perawatan..., Siti Dewi Rahmawati, FIK UI, 2010

## PENGARUH PERAWATAN METODE KANGURU TERHADAP PERTUMBUHAN BAYI, PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU DALAM MERAWAT BBLR DI RSUD CIBABAT CIMAH

Siti Dewi Rahmayanti, Yeni Rustina, Enie Novieastari.

### ABSTRAK

Perawatan metode kanguru (PMK) dapat digunakan dalam merawat bayi berat lahir rendah (BBLR). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di RSUD Cibabat-Cimahi. Desain penelitian yang digunakan *quasi experiment*. Sampel penelitian terdiri atas 16 orang kelompok kontrol (tanpa PMK) dan 16 orang kelompok intervensi (PMK), yang diambil secara *consecutive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan dalam pertumbuhan bayi pada kedua kelompok dan terdapat perbedaan yang signifikan pengetahuan dan sikap ibu pada kedua kelompok. Rekomendasi untuk penelitian lebih lanjut agar dilakukan teknik PMK secara *continue* dan *intermiten*.

### ABSTRACT

Kangaroo Mother Care (KMC) can be used in the care of low birth weight (LBW). The purpose of this study is to determine the effect of KMC on the growth of infants, knowledge and attitudes of mothers in caring for LBW in Cibabat Hospital. The study design used was quasi experiment. The samples in this study were 16 infants and mother in control group (without KMC) and 16 infants and mother in intervention group (KMC). Samples were taken by consecutive sampling. The results showed that there were no significant differences in the growth of infants at two group. There were a significant differences of knowledge and attitudes of mother at two group. Recommends further research with continuous and intermittent classifying of KMC.

### LATAR BELAKANG

Angka kematian bayi (AKB) merupakan indikator yang lazim digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat, baik pada tingkat provinsi maupun nasional. Salah satu faktor penyebab utama terhadap kematian bayi adalah bayi berat lahir rendah (BBLR). BBLR dibedakan dalam dua kategori yaitu (1) BBLR karena prematur (usia kehamilan kurang 37 minggu), dan (2) BBLR karena *intra uterine growth retardation* (IUGR), yaitu bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat badannya kurang (Risikesdas, 2007 dalam Suseno, 2008).

Menurut data dari WHO, Indonesia merupakan negara dengan jumlah kematian neonatal terbesar di seluruh dunia. Angka kematian bayi di Indonesia 35 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2002 – 2003. Prevalensi BBLR di Indonesia antara 2 – 17,2% (Endyarni, et al. 2009).

Sebelum mengenal PMK, inkubator merupakan salah satu cara untuk mengatasi bayi dengan BBLR atau prematur, tetapi penggunaan inkubator dinilai menghambat kontak dini ibu-bayi dan pemberian air susu ibu (ASI). Mengingat terbatasnya fasilitas inkubator pada pelayanan kesehatan, maka PMK dapat digunakan dalam merawat BBLR. Metode ini pertama kali dilakukan tahun 1979 di Kolombia oleh Martinez, yang melakukan perawatan terhadap bayi dengan berat kurang dari 1500 gram dan hasilnya memuaskan (WHO, 2003).

Perawatan metode kanguru adalah perawatan untuk bayi prematur dengan kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi (*skin to skin contact*). Metode ini sebagai salah satu alternatif bagi perawatan bayi prematur atau BBLR yang telah melewati masa kritis, tetapi masih memerlukan perawatan seperti

pemberian makanan untuk pertumbuhannya (Arora, 2008). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Blackwell dan Cattaneo (2005) bahwa PMK yang dilaksanakan setelah bayi stabil secara signifikan menurunkan angka kematian bayi.

Manfaat PMK dapat mencegah terjadinya hipotermi karena tubuh ibu dapat memberikan kehangatan kepada bayinya secara terus menerus dengan cara kontak antara kulit ibu dengan kulit bayi. Selain itu manfaat PMK, dapat meningkatkan ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi, memudahkan bayi dalam memenuhi kebutuhan nutrisi, mencegah infeksi dan memperpendek masa rawat inap sehingga dapat mengurangi biaya perawatan (Shetty, 2007).

Teknik melakukan PMK adalah bayi berat lahir rendah atau kurang bulan yang stabil diletakan di dada ibu, dengan hanya memakai popok, topi dan kaus kaki. Posisi bayi sejajar dengan dada ibu, di dalam baju ibu dan di sangga oleh kain yang melingkari ibu dan bayi. Untuk PMK dalam waktu lama, bayi tetap dalam posisi ini kecuali saat dimandikan, diganti popok atau jika ibu akan ke kamar mandi. Selama waktu ini, ayah dan anggota keluarga yang lain bisa membantu dengan cara menjaga bayi tetap hangat dan menggantikan ibu melakukan kontak kulit ke kulit (Indrasanto, *et al.* 2008).

Endyarni, *et al.* (2009) menyatakan PMK efektif untuk menumbuhkan efek positif pada ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi. Sementara itu Feldman, *et al.* (2002) menyatakan dengan PMK dapat menimbulkan dampak positif yang signifikan pada bayi dan mempengaruhi hubungan orangtua bayi dalam berinteraksi.

BBLR atau bayi prematur memiliki risiko tinggi mempunyai beberapa masalah dalam beradaptasi dengan kehidupan *ekstrauterin*. Oleh karena itu diperlukan dukungan serta peran orang tua dalam melakukan perawatan anak. Model konseptual Mercer memandang bahwa sifat bayi berdampak pada identitas

peran ibu yang meliputi: temperamen, kemampuan memberikan isyarat, penampilan, karakteristik umum, *responsiveness* dan kesehatan umum (Mercer, 1986 dalam Tomey & Aligood, 2006).

Ibu adalah orang yang paling dekat dengan bayi dan bertanggungjawab dalam merawat bayi. Oleh karena itu pengetahuan dan sikap ibu tentang perawatan BBLR secara tidak langsung dapat meningkatkan kesehatan BBLR. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting terbentuknya tindakan seseorang. Meningkatnya pengetahuan seseorang dapat membentuk kepercayaan seseorang. Selain itu pengetahuan dapat mengubah sikap terhadap sesuatu hal. Sikap adalah penilaian seseorang terhadap stimulus atau objek, dimana sikap merupakan proses kelanjutan setelah seseorang mengetahui (Notoatmodjo, 2003).

PMK telah tercantum pada petunjuk pelaksanaan nasional untuk perawatan BBLR dan bayi prematur, dan telah sukses diterapkan di beberapa negara. Hal tersebut sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NO:203/Menkes/SK/III/2008 tentang pembentukan kelompok kerja (Pokja) nasional perawatan metode kanguru (PMK).

Berdasarkan hasil rekam medik dari RSUD Cibabat ditemukan data bahwa angka kematian tertinggi dari bayi baru lahir adalah akibat bayi berat lahir rendah (BBLR). Berdasarkan hasil wawancara pada bulan Februari 2010 dengan perawat ruang perinatologi didapatkan data bahwa bayi dengan BBLR yang ada di ruangan dirawat dalam satu inkubator. Keterbatasan inkubator di ruangan menyebabkan dalam satu inkubator ada dua bayi sehingga bayi memiliki risiko infeksi. Selain alasan tersebut banyak pasien yang pulang sebelum waktunya karena alasan biaya. Sehingga PMK merupakan pilihan yang tepat untuk mengatasi BBLR. Dengan latar belakang tersebut peneliti akan melakukan penelitian tentang "Pengaruh perawatan metode kanguru

terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di RSUD Cibabat Cimahi”

Penelitian ini bertujuan Diidentifikasinya pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di rumah. Sehingga dapat memberi masukan dan bahan pertimbangan bagi perawat, tim medis, tenaga kesehatan, dan orang tua bayi serta masyarakat dalam memberikan asuhan keperawatan BBLR.

## METODE

Penelitian ini menggunakan *quasi-experimental design design*. Intervensi dengan pelaksanaan PMK diberikan kepada kelompok perlakuan; sedangkan kelompok kontrol mendapatkan *leaflet* dan mendapatkan perlakuan PMK setelah selesai menjadi responden dalam kelompok kontrol. Sampel pada penelitian ini sebanyak 16 untuk masing-masing kelompok, sehingga total sampel adalah 32 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan cara *non probability sampling* jenis *consecutive sampling*. Kriteria Inklusi adalah: (1) Ibu dan bayi berat lahir < 2500 gram, (2) Usia kehamilan > 32 minggu, (3) Bayi mampu menghisap, walaupun masih lemah (4) Bayi tidak mengalami distres pernapasan, (5) Frekuensi napas normal, (6) Bayi tidak tergantung oksigen, (7) Orang tua dari bayi tersebut bersedia mengikuti penelitian ini (*informed consent*).

Alat yang digunakan sebagai pengumpul data dalam penelitian ini berupa observasi untuk melihat pertumbuhan bayi yang terdiri dari mengukur berat badan dan lingkar kepala bayi. kuesioner tentang pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR. Sebelum kuesioner digunakan, instrument telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Hasil pengujian pengetahuan memperoleh nilai reliabilitas sebesar 0,939, sedangkan untuk sikap reliabilitasnya sebesar 0,945.

Kegiatan penelitian meliputi: (a) Mengidentifikasi subjek penelitian sesuai

dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. (b) Peneliti meminta persetujuan pada orang tua BBLR sesuai kriteria inklusi dengan menandatangani lembar *informed consent*. (c).Semua ibu dan BBLR yang ditemukan oleh peneliti terlebih dahulu dimasukkan sebagai sampel dalam kelompok kontrol, namun karena dalam satu minggu responden yang kontrol tidak ada yang bertahan dirawat dalam inkubator, karena alasan pasien pulang sebelum waktunya, atau karena ibu pulang dan bayinya dibawa pulang, atau karena inkubator dipakai oleh BBLR baru, dan BBLR lama dicoba rawat gabung, sehingga pengumpulan data diawali dari kelompok intervensi sampai besar sampel terpenuhi. Setelah sampel untuk kelompok intervensi telah terpenuhi, maka ibu dan BBLR selanjutnya menjadi sampel kelompok kontrol. Pengumpulan data dari kedua kelompok dilakukan di rumah, sejak responden pulang dari rumah sakit. (d) Setiap responden dalam kelompok intervensi dan kontrol dilakukan pengukuran berat badan dan lingkar kepala pada hari pertama sejak BBLR tersebut ditetapkan sebagai sampel penelitian. Pengukuran yang ke-2 dilakukan pada hari ke-7 untuk berat badan, dan lingkar kepala setelah pengukuran yang pertama. Pengukuran pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat bayi dilakukan pada hari pertama dinyatakan sebagai responden, dan pengukuran ke-2 pengetahuan dan sikap dilakukan pada saat BBLR dinyatakan selesai menjadi responden yaitu hari ke-7. Sebelum menutup pertemuan yang pertama, peneliti memberikan *ballpoint*, *leaflet* PMK, formulir pencatatan pertumbuhan bayi untuk diisi oleh ibu setiap harinya, serta kain yang dapat digunakan untuk PMK jika responden tidak memiliki. Tetapi untuk yang kelompok kontrol *leaflet* PMK, diberikan setelah selesai menjadi responden. (d) Responden dalam kelompok kontrol mendapat perawatan metode kanguru setelah pengukuran berat badan, lingkar kepala, pengetahuan dan sikap ibu yang ke-2.

Untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas (perawatan metode kanguru) dengan

variabel terikat (berat badan dan lingkaran kepala pada bayi BBLR, pengetahuan dan sikap ibu). Uji statistik yang digunakan adalah *paired t-test* dan uji *independent t test* dengan 95% *confidence interval* (CI).

Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui perbedaan berat badan dan lingkaran kepala antara sebelum dan sesudah perlakuan, metode yang digunakan adalah *paired t-test*. Uji statistik yang digunakan untuk membandingkan perbedaan perubahan berat badan, lingkaran kepala, pengetahuan dan sikap ibu pada kelompok yang mendapatkan intervensi metode kanguru dan kontrol yaitu *independent t test*.

## HASIL

Selama pengumpulan data yang dilakukan mulai tanggal 1 Juni sampai 6 Juli 2010

Tabel 1

Distribusi Rata-Rata Pertumbuhan Berat Badan Bayi Pada Responden PMK dan Tidak PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 (n=32)

BB	n	Mean	SD	SE	PMK	p value
PMK	16	2331,25	362,46	90,61		0,164
Tidak PMK	16	2156,25	330,59	82,65		

Tabel 1 menunjukkan bahwa rata-rata berat badan PMK adalah 2331,25 gram dengan standar deviasi 362,46 gram. Rata-rata berat badan tidak PMK adalah 2156,25 gram, dengan standar deviasi 330,59 gram. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,164 berarti pada alpha 0,05 terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata berat badan bayi yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK.

Tabel 2

Distribusi Rata-Rata Pertumbuhan Lingkaran Kepala Bayi Pada Responden PMK dan Tidak PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 (n=32)

Lingkaran Kepala	n	Mean Rank	p value
PMK	16	15,63	0,594
Tidak PMK	16	17,38	

Tabel 2 menunjukkan bahwa mean rank lingkaran kepala bayi PMK 15,63 cm, sedangkan lingkaran kepala bayi tanpa PMK mean ranknya adalah 17,38 cm. Hasil uji statistik

didapatkan *p value* 0,594, berarti pada alpha 0,05 terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan lingkaran kepala bayi yang mendapat PMK dan tidak PMK.

Tabel 3

Distribusi Rata-Rata Pengetahuan, sikap Ibu Pada Responden PMK dan Tidak PMK Di RS. Cibabat, Juni-Juli 2010 (n=32)

Variabel	n	Mean	SD	SE	p value
Pengetahuan					
PMK	16	15,94	1,29	0,322	0,000
Tidak PMK	16	9,75	1,88	0,470	
Sikap					
PMK	16	90,56	5,11	1,28	0,000
Tidak PMK	16	79,69	2,82	0,70	

Tabel 3 menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan ibu PMK adalah 15,94 dengan standar deviasi 1,29. Rata-rata pengetahuan ibu tidak PMK adalah 9,75 dengan standar deviasi 1,88. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,000 berarti pada alpha 0,05 terlihat ada perbedaan yang signifikan pengetahuan ibu yang mendapat PMK dan tidak mendapat

Rata-rata sikap ibu PMK adalah 90,56 dengan standar deviasi 5,11. Rata-rata sikap ibu tidak PMK adalah 79,69 dengan standar deviasi 2,82. Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,000, berarti pada alpha 0,05 terlihat ada perbedaan yang signifikan rata-rata sikap ibu yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK.

## PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang pembahasan hasil penelitian yang telah dilakukan, terdiri dari interpretasi dan diskusi hasil serta keterkaitan antara hasil penelitian dengan tinjauan teori dan hasil penelitian sebelumnya. Bab ini juga berisi tentang keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian dalam keperawatan anak.

### Interpretasi dan Diskusi Hasil

Interpretasi penelitian dijelaskan sesuai tujuan penelitian dan hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh perawatan metode kanguru terhadap pertumbuhan bayi,

pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di RSUD Cibabat Cimahi.

### **Hubungan antara perawatan metode kanguru dengan pertumbuhan**

Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh perawatan metode kanguru terhadap perubahan berat badan dan perubahan lingkaran kepala. Pengukuran yang dilakukan adalah pengukuran berat badan dan lingkaran kepala bayi saat pertama jadi responden dan setelah satu minggu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 16 responden yang mendapatkan PMK selama satu minggu, terdapat pengaruh yang signifikan antara berat badan sebelum dan sesudah PMK *p value* 0,000, dengan rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah PMK adalah 259,38 gram per minggu. Hal tersebut sedikit lebih tinggi pertumbuhannya dibandingkan dengan hasil yang disampaikan oleh Suradi, et al. (2009) bahwa peningkatan BB pada bayi dengan gestasi lebih dari 33 minggu sekitar 200-250 g/minggu. Perbedaan rata-rata tersebut lebih besar untuk usia gestasi 33 sampai 36 minggu, hal ini mungkin terjadi karena beberapa Ibu dari bayi BBLR susah mengingat dengan tepat tanggal terakhir menstruasi, yang diingat hanya bulannya saja sehingga ada kemungkinan kesalahan dalam menentukan usia gestasi.

Manfaat PMK, dapat meningkatkan ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi, memudahkan bayi dalam memenuhi kebutuhan nutrisi, mencegah infeksi dan memperpendek masa rawat inap sehingga dapat mengurangi biaya perawatan (Shetty, 2007). Berdasarkan teori tersebut peneliti berpendapat dengan PMK ikatan kasih sayang ibu dan anak akan meningkat sehingga ibu akan lebih memperhatikan kebutuhan bayinya, termasuk kebutuhan nutrisi, jika kebutuhan nutrisi terpenuhi maka pertumbuhan juga akan lebih baik.

Kenaikan berat badan pada PMK terjadi karena bayi dalam keadaan rileks, beristirahat dengan posisi yang menyenangkan,

menyerupai posisi dalam rahim, sehingga kegelisahan bayi berkurang dan tidur lebih lama. Pada keadaan tersebut konsumsi oksigen dan kalori berada pada tingkat paling rendah, sehingga kalori yang ada digunakan untuk menaikkan berat badan. Selain itu juga dengan perawatan metode kanguru, produksi ASI menjadi meningkat dan frekuensi menyusui jadi lebih sering, sehingga efek pada peningkatan berat badan jadi lebih baik (Suradi, et al. 2000).

Teori tersebut senada dengan kondisi di lapangan setelah ibu melakukan PMK produksi ASI ibu meningkat terlihat adanya rembesan ASI pada kain yang digunakan sehingga ibu menggunakan kain untuk mencegah rembesan ASI membasahi tubuh bayi. Namun untuk frekuensi menyusui tidak terdata secara rinci berapa kali frekuensi ibu menyusui dalam satu hari, ibu hanya diingatkan untuk mengakaji buang air kecil minimal 6x sehari sebagai tanda bahwa ASI tercukupi. Dan disarankan untuk menyusui bayi sesuai kebutuhan, tidak di jadual, perhatikan berat badan bayi, dan diusahakan menyusui tidak kurang dari 8 x sehari. Selain itu ibu disarankan untuk memahami isi leaflet yang diberikan peneliti dengan cara membaca ulang.

Bayi berat lahir rendah, dalam hal ini bayi kurang bulan, kehilangan kesempatan untuk mempersiapkan diri hidup di luar *uterus* yang biasanya terjadi pada trimester ketiga. Semakin muda usia gestasi, kemampuan beradaptasi semakin berkurang. BBLR memerlukan pertumbuhan dan perkembangan yang cepat, namun kemampuan fisiologis organ-organnya masih terbatas. Kemampuan menghisap dan menelan telah ada sebelum bayi lahir, namun kemampuan koordinasinya baru terbentuk pada 32-34 minggu usia gestasi, dan lebih sinkron pada 36-37 minggu usia gestasi. Pada BBLR kemampuan menghisapnya tidak diikuti dengan kemampuan menelan sehingga memiliki risiko aspirasi (Hockenberry & Wilson, 2009).

Semua bayi yang menjadi responden adalah bayi stabil dan usia gestasi lebih dari 32 minggu, sehingga sudah memiliki refleks menghisap walaupun masih lemah. Ibu yang melakukan PMK mempunyai motivasi yang tinggi dalam merawat BBLR, terlihat dari data observasi pertumbuhan dalam melakukan PMK semakin hari semakin bertambah dari 1 jam.

Menurut Indrasanto, et al. (2008) cara mengukur pertumbuhan selain peningkatan berat badan juga adanya peningkatan lingkaran kepala setiap minggu, saat berat bayi mulai meningkat, lingkaran kepala akan naik antara 0,5 dan 1 cm per minggu. Pendapat lain mengatakan pertumbuhan bayi dapat dilihat dari berat badan, lingkaran kepala, panjang badan, namun untuk melihat pertumbuhan dari panjang badan memerlukan waktu yang lebih lama. Pertumbuhan lingkaran kepala dari penelitian ini ada perbedaan yang signifikan antara lingkaran kepala sebelum dan sesudah PMK dengan  $p$  value 0,000 dengan rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah PMK adalah 0,72 cm per minggu, hasil penelitian ini sesuai dengan teori di atas.

Hasil penelitian pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa dari 16 responden yang tidak mendapatkan PMK selama satu minggu, terdapat pengaruh yang signifikan antara berat badan sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK  $p$  value 0,000 dengan rata-rata perbedaan antara sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK adalah 106,25 gram per minggu. Hal tersebut tidak sesuai dengan yang disampaikan oleh Muscari bahwa antara 0 dan 6 bulan berat bayi bertambah 682 gram per bulan atau 170,5 gram per minggu pada bayi *aterm*. Hal tersebut terjadi karena kriteria responden adalah BBLR sementara yang disampaikan Muscari adalah bayi *aterm*. Peneliti membandingkannya dengan bayi *aterm* karena belum menemukan pertumbuhan untuk bayi BBLR, tetapi menemukan pertumbuhan BBLR yang menggunakan PMK.

Hasil penelitian untuk pertumbuhan perubahan lingkaran kepala, ada perbedaan yang signifikan lingkaran kepala bayi sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK. Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p$  value 0,001, hasil ini sesuai dengan teori yang disampaikan Indrasanto, et al. (2008) saat berat bayi mulai meningkat lingkaran kepala akan naik antara 0.5 dan 1 cm untuk bayi PMK, hal senada juga disampaikan oleh Muscari (2005) saat berat bayi meningkat lingkaran kepala meningkat 0,72 cm per minggu untuk bayi *aterm* tanpa PMK.

Hasil penelitian untuk melihat perbedaan pertumbuhan bayi dengan melihat perubahan BB dan LK pada bayi yang mendapatkan PMK dan tidak mendapatkan PMK didapatkan hasil tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata berat badan bayi yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK ( $p$  value 0,164;  $\alpha=0,05$ ). Begitu pula terhadap LK tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata LK bayi yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK ( $p$  value 0,594  $\alpha=0,05$ ).

Hal tersebut senada dengan penelitian PMK yang dilakukan di Yogyakarta oleh Lusmilasari, Surjono, Haksari (2004) tentang pengaruh perawatan bayi lekat terhadap pertumbuhan BBLR berdasarkan indeks berat badan/umur, panjang badan/umur, lingkaran kepala/umur pada kelompok perlakuan didapatkan hasil ada pengaruh PMK terhadap pertumbuhan meskipun secara statistik tidak ditemukan adanya perbedaan bermakna diantara kedua kelompok.

Secara teori manfaat PMK dapat meningkatkan pertumbuhan bayi, karena bayi PMK mendapatkan kehangatan dari tubuh ibu melalui skin to skin sehingga bayi lebih rileks dan kalori yang ada dapat digunakan untuk meningkatkan BB. Hasil wawancara dilapangan ibu yang sudah melakukan PMK mengatakan bahwa saat PMK berlangsung bayi menjilat kulit ibu, setelah selesai PMK ibu menyusui bayinya, karena bayinya haus. Dari responden yang melakukan PMK belum

ada ibu yang dapat memberikan ASI dalam posisi PMK

Beberapa faktor yang mungkin menyebabkan tidak ada perbedaan pada pertumbuhan baik dari perubahan LK maupun BB pada BBLR yang mendapat PMK dan tidak PMK adalah: pemberian ASI, lama pemberian ASI, frekuensi pemberian ASI, dan lamanya PMK. Dari kedua kelompok baik yang mendapat PMK maupun tidak mendapat PMK, semua ibu dari BBLR memberikan ASI tidak memberikan susu formula, namun lamanya memberikan ASI dan frekuensi memberikan ASI tidak terdata secara rinci sehingga tidak terlihat kelompok mana yang dapat memberikan ASI lebih banyak. Dari lamanya melakukan PMK tidak ditemukan data ibu yang melakukan PMK secara kontinu, sehingga memungkinkan efek PMK sama dengan perawatan konvensional, karena hasil observasi dilapangan semua bayi PMK dan yang tidak mendapat PMK dirawat dengan menggunakan lampu sepanjang hari, dari hasil wawancara didapatkan bahwa lampu yang digunakan 50 watt dengan jarak 50 cm antara lampu dengan bayi. Sehingga mereka sama-sama mendapatkan kehangatan.

### **Hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR dengan PMK**

Hasil penelitian ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan ibu sebelum dan sesudah PMK (kelompok intervensi), dan pengetahuan ibu sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK (kelompok kontrol). Dengan rata-rata perbedaan pengetahuan kelompok intervensi adalah 6,62 dan rata-rata perbedaan pengetahuan ibu kelompok kontrol adalah 1,43. Perbedaan peningkatan pengetahuan pada kelompok intervensi lebih besar dibanding dengan kelompok kontrol. Dengan demikian pengalaman ibu dalam melakukan PMK mempengaruhi pengetahuan ibu dalam merawat BBLR.

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan dapat dipengaruhi oleh Pengalaman yang didapat dari apa yang pernah dialami sendiri

maupun pengalaman orang lain yang diketahuinya. Selain itu sosial budaya, keyakinan dan fasilitas, fasilitas dapat berupa media cetak maupun elektronik serta buku-buku merupakan fasilitas sumber informasi yang dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, bahwa pengetahuan ibu yang mendapat PMK peningkatannya lebih tinggi. Hal tersebut kemungkinan disebabkan oleh ibu mendengar informasi tentang PMK dan melihat demonstrasi dalam melakukan PMK, serta melaksanakannya setelah ada penjelasan yang disampaikan oleh peneliti, mengenai tujuan, manfaat, teknik, dan segala hal yang berkaitan dengan PMK dan perawatan BBLR, serta mendapatkan leaflet tentang PMK. Sehingga pengalaman pun dapat ibu rasakan.

Hasil penelitian didapatkan ada perbedaan yang signifikan pengetahuan ibu yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK ( $pvalue$  0,000,  $\alpha=0,05$ ). Peneliti berpendapat bahwa pengalaman merupakan guru yang terbaik sehingga peningkatan pengetahuan ibu lebih tinggi dibandingkan dengan pengetahuan ibu yang tidak mendapat PMK. Hasil penelitian, dari sikap didapatkan ada perbedaan yang signifikan antara sikap ibu sebelum dan sesudah PMK (kelompok intervensi), dan sikap ibu sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK (kelompok kontrol) ( $p=0,000$ ,  $\alpha=0,05$ ). Dengan rata-rata perbedaan peningkatan sikap kelompok intervensi 10,50 dan rata-rata perbedaan peningkatan sikap kelompok kontrol 1,37. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata sikap ibu yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK

Berdasarkan uraian diatas, peningkatan sikap kelompok intervensi lebih tinggi dibanding dengan kelompok kontrol. Berdasarkan hasil tersebut peneliti berpendapat bahwa pengalaman berpengaruh terhadap sikap seseorang. Pada kelompok kontrol tidak mendapatkan informasi, serta leaflet tentang perawatan BBLR seperti yang dialami oleh

kelompok intervensi sebelum penelitian selesai. Dengan demikian pengalaman dan media mempengaruhi sikap seseorang.

Menurut Azwar (2005) ada beberapa faktor yang mempengaruhi sikap yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu. Pengalaman pribadi merupakan salah satu dasar terbentuknya sikap, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Selain pengalaman orang lain disekitar kita merupakan salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Diantara orang yang biasa dianggap penting bagi individu adalah orang tua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru, teman kerja, istri atau suami, dan lain-lain.

Berdasarkan teori tersebut saat peneliti mau melibatkan calon responden dalam penelitian melibatkan keluarga terdekat dari responden, karena pengaruh orang terdekat sangat mempengaruhi sikap seseorang. Hal tersebut terbukti dari salah seorang responden saat mendapatkan penjelasan sebelum dilibatkan jadi responden yang tidak didampingi oleh keluarganya, didapatkan respon menolak saat *rekomfirmasi* sebelum didatangi ke rumah dengan alasan keluarga tidak setuju.

Pelaksanaan PMK dapat terlaksana dengan adanya dukungan dari keluarga. Selain adanya dukungan, PMK juga dapat terlaksana apabila ibu sudah memahaminya dan melaksanakannya atas keputusan sendiri. Terlihat saat melakukan pengumpulan data ada beberapa dari keluarganya yang ikut membantu melaksanakan PMK, karena ibu harus melakukan kegiatan yang lain. Dan ada beberapa keluarganya yang melakukan tugas rutin ibu sebagai ibu rumah tangga sehingga ibu dapat melakukan PMK.

Kondisi diatas sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Utami . (2002) Penerimaan perawatan bayi lekat (PBL) dan

sikap adalah variabel yang paling berhubungan bermakna dengan praktek PBL.

### Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut:

1. Ada perbedaan yang signifikan antara berat badan, lingkar kepala, pengetahuan dan sikap ibu sebelum dan sesudah PMK.
2. Ada perbedaan yang signifikan antara berat badan, lingkar kepala, pengetahuan, dan sikap ibu sebelum dan sesudah perawatan tanpa PMK.
3. Tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata berat badan, lingkar kepala bayi yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK.
4. Ada perbedaan yang signifikan rata-rata pengetahuan dan sikap ibu yang mendapat PMK dan tidak mendapat PMK.

Berdasarkan hal tersebut penelitian ini merekomendasikan pada penelitian selanjutnya, perlu dilihat bayi yang belum stabil dan berat badan kurang dari 1500 dan mengelompokan PMK yang *continue* dan *intermittent*.

### KEPUSTAKAAN

- Alligood, M.R., & Tomey, A.N. (2006). *Nursing theorist and their work*. 6th Ed. St.Louis: Mosby Elsevier, Inc .
- Azwar, S. (2007). *Sikap manusia, teori dan pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Blackwell, K., & Cattaneo,A., (2005), *What is the evidence for kangaroo mother care of the very low weight baby*, <http://www.ichrc.org/pdf/kangaroo.pdf> \_ diperoleh 26 Januari 2010.
- Endyarni, B., Roeslani, R. D., Rohsiswatmo, R., & Soedjatmiko. (2009). *Mother's response on kangaroo mother care*

- intervention for preterm infants*, <http://www.Pediatricaindonesia.org/journal.asp?q=851>. 49(4), 224-28. di peroleh 21 Januari 2010.
- Feldman, R., Eidelman, Al., Sirota, L., & Weller, A. (2002). *Comparison of skin to skin (kangaroo) and tradisional care: Parenting outcomes and preterm infant development*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/12093942>, diperoleh tanggal 25 januari 2010.
- Indrasanto, E., Dharmasetiawani, N., Rohsiswatmo, R., & Kaban, R. K. (2008). *Pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK)*. Jakarta: IDI, POGI dan PPNI.
- Lusmilasari, L., Surjono, A., & Haksari, E. L. (2004). *Pengaruh perawatan bayi lekat terhadap pencapaian pertumbuhan bayi berat lahir rendah di RS. DR. Sardjito Yogyakarta*. Yogyakarta : Jurnal kedokteran masyarakat. <http://arc.ugm.ac.id/files/%281705-H-2004%29.pdf>. diperoleh 28 Februari 2010.
- Muscari, M. (2005). *Buku panduan keperawatan pediatrik*. Jakarta: Buku kedokteran EGC
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Shetty, A.. (2007). Kangaroo mother care. *Nursing Journal of India*, 98(11), 249-50. Retrieved April 20, 2010, from ProQuest Health and Medical Complete. (Document ID: 1387300961).
- Suradi, R., Pratomo, H., Marnoto, B., W., & Sidi, I., P., S. (2009). *Perawatan bayi berat lahir rendah dengan metode kanguru*, cetakan ke 2. Jakarta: Perinasia
- Suseno, U., Sunaryadi, Ismandari, F., Kurniasih N., Sibuea, F., & Manullang, E. V., et al. (2008), *Profil kesehatan Indonesia 2008, Jakarta*. <http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/profil%20kesehatan%20indonesia.pdf>. diperoleh tanggal 22 Januari 2010.
- Utami, S. (2002). *Hubungan penerimaan, pengetahuan dan sikap dengan praktek perawatan bayi lekat pada ibu BBLR setelah dilakukan penyuluhan metode perawatan bayi lekat RSUD Cibinang Kabupaten Bogor Tahun 2002*. <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=72778>. Diperoleh tanggal 13 Maret 2010.