



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PELAKSANAAN PERENCANAAN PULANG
BERFOKUS PERAWATAN METODE KANGURU (PMK)
TERHADAP KETERAMPILAN IBU MELAKUKAN
PMK DI RUMAH**

TESIS

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

**NURSINIH
1006800996**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Nursinih

NPM : 1006800996

Tanda Tangan :



Tanggal : 16 Juli 2012

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Nursinih
NPM : 1006800996
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengaruh Pelaksanaan Perencanaan Pulang Berfokus Perawatan Metode Kanguru (PMK) terhadap Keterampilan Ibu Melakukan PMK di Rumah

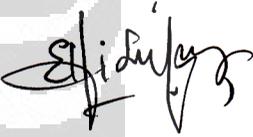
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dessie Wanda, S.Kp.,MN

()

Pembimbing II: Elfi Syahreni, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An

()

Penguji : Siti Chodijah, S.Kp.,MN.

()

Penguji : Antarini Idriansari, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An (

)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 16 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini. Penyusunan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Peneliti menyadari akan mengalami kesulitan dalam penyusunan tesis ini apabila tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak.

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan bimbingan maupun bantuan dalam penyelesaian tesis ini. Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada :

1. Ibu Dewi Irawaty, Ph.D., selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp.,MN., selaku Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Hj. Widakasih,SKM, MBA, selaku Direktur Akper Saifudin Zuhri yang telah banyak memberikan support dan arahan selama proses pendidikan di program pasca sarjana
4. Dr.H. Dedi Rohendi,MARS,, selaku Direktur RSUD Indramayu yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian ini.
5. Dr. Deden Boni Koswara, selaku Direktur RSUD Pantura MA Sentot yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian ini
6. Ibu Dessie Wanda, S.Kp., MN., selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu, memberikan motivasi, bimbingan dan arahan dalam proses penyusunan tesis ini.
7. Ibu Elfi Syahreni, M.Kep.,Sp.Kep.An., selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan pemahaman dalam penyusunan tesis ini.
8. Seluruh dosen kekhususan keperawatan anak yang telah memberikan tambahan pengetahuan bagi peneliti.

9. Ayahanda (almarhum) dan ibunda tercinta yang selalu memberikan kasih sayang, dukungan, dan doa tiada henti serta adik-adik terkasih Asriyah, Roheti dan Yono.
10. Rekan-rekan Program Magister Keperawatan Anak Angkatan 2010.
11. Rekan-rekan seangkatan di kekhususan keperawatan anak yang senantiasa memberikan semangat.

Semoga Allah SWT berkenan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu. Peneliti berharap semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat untuk pengembangan ilmu dan peningkatan pelayanan keperawatan.

Depok, Juli 2012

Peneliti

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

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

Nama : Nursinih

NPM : 1006800996

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Departemen : Keperawatan Anak

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : Pengaruh Pelaksanaan Perencanaan Pulang Berfokus Perawatan Metode Kanguru (PMK) terhadap Keterampilan Ibu Melakukan PMK di Rumah. Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Di buat di : Depok
Pada Tanggal : 16 Juli 2012
Yang menyatakan



(Nursinih)

ABSTRAK

Nama : Nursinih
Program studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Pengaruh Pelaksanaan Perencanaan Pulang Berfokus Perawatan Metode Kanguru (PMK) terhadap Keterampilan Ibu Melakukan PMK di Rumah

Perawatan BBLR biasanya relative lama, apalagi dengan adanya masalah lain yang menyertai. Sehingga perlu adanya persiapan pada BBLR dalam kelanjutan perawatan, bila sampai di rumah. Pelaksanaan perencanaan pulang perlu ada pada BBLR. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru terhadap ketrampilan ibu melakukan PMK di rumah. Penelitian kuantitatif dengan menggunakan metodologi *quasi eksperimen design non equivalent control group post test only*. Sampel dalam penelitian berjumlah 30 responden, masing-masing 15 responden pada kelompok kontrol, dan kelompok intervensi. Hasil penelitian dengan uji *Chi Square* menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan (p value $< 0,002$). Faktor perancu: pendidikan, pengalaman, emosi ibu, kondisi fisik, dukungan suami dan tingkat ekonomi sosial tidak berpengaruh terhadap ketrampilan ibu. Saran penerapan perencanaan pulang PMK dimulai sejak dirawat sampai ke rumah untuk melakukan pemantauan.

Kata kunci : Perencanaan pulang, Perawatan metode kanguru, Keterampilan

ABSTRACT

Name : Nursinih
Study Program : Post Graduate Program-Pediatric Nursing
Title : Effect of the Implementation of Discharge Planning Focused on Kangaroo Mother Care (KMC) to Mother's Skill in Implementing Kangaroo Mother Care at Home

Caring of low birth weight baby usually took relatively long time, especially when the newborn baby experiencing other health problem. Therefore, preparation for home care through discharge planning program should be initiated as soon as possible. This research aimed to identify the influence of discharge planning focused on Kangaroo Mother Care (KMC) to mother's skill in implementing KMC at home. Quasi eksperimen non equivalent control group post test only was used as research design and the data was analyzed with Chi-square test. The sample of this research was 30 respondents. The result showed that discharge planning focused on KMC significantly increasing mother's skill to implement KMC at home (p value=0.00). Confounding factors such as: level of education, experience, mother's emotional status, physical condition, support from husband, and social economic level was not correlated to mother's skill to implement KMC at home. It was recommended to started KMC from hospital and monitor its implementation at home.

Key words: discharge planning, Kangaroo Mother Care, mother's

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK.....	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	8
1.3. Tujuan.....	9
1.4. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Perencanaan Pulang	11
2.2. Perawatan Metode Kanguru.....	16
2.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keterampilan Ibu Melakukan PMK di Rumah	23
2.4. Teori Keperawatan Becoming a Mother (Ramona T. Mercer)....	24
2.5. Kerangka Teori.....	28
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep.....	29
3.2 Hipotesis.....	30
3.3 Definisi operasional, Variabel penelitian dan Skala penelitian.....	30
BAB IV METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	33
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	34
4.3 Tempat Penelitian.....	35
4.4 Waktu Penelitian	35
4.5 Etika Penelitian.....	35
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	36
4.7 Validitas dan Reliabilitas	38
4.8 Proses Pengumpulan Data.....	41

4.9	Prosedur Analisa Data.....	43
4.10	Analisa Data	44
BAB V HASIL PENELITIAN		
5.1	Analisa Univariat.....	51
5.2	Analisa Bivariat.....	50
BAB VI PEMBAHASAN		
6.1	Interpretasi dan Hasil Diskusi.....	54
6.2	Keterbatasan Penelitian.....	61
6.3	Implikasi terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian.....	61
BAB IV SIMPULAN DAN SARAN		
7.1	Simpulan.....	60
7.2	Saran.....	61
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		



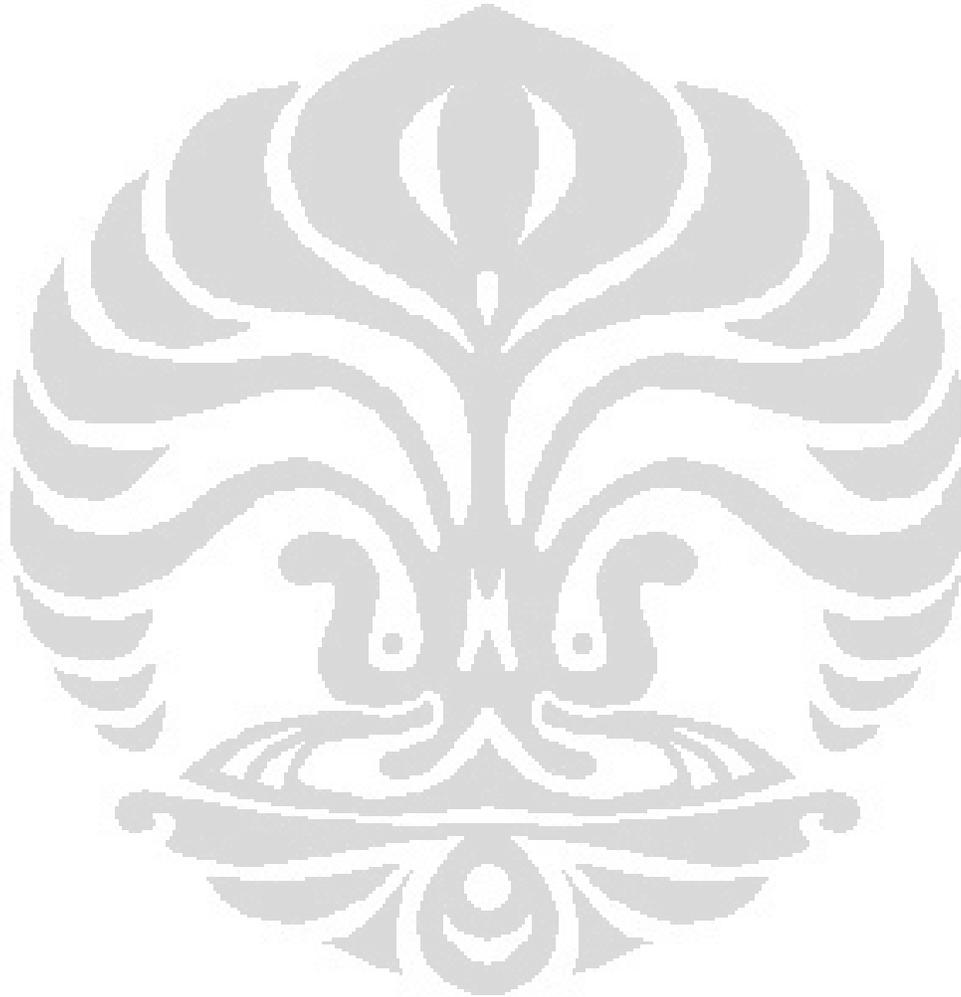
DAFTAR TABEL

Hal

Tabel 1.1	Rekapitulasi kasus penyebab AKB di Kabupaten Indramayu Periode tahun 2009-2011	2
Tabel 3.1	Variabel, Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur dan Skala	30
Table 4.1	Analisis Bivariat Variabel Perancu dengan Variabel Dependen	45
Tabel 4.2	Analisis Bivariat Variabel Terikat dengan Variabel Dependen	45
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Usia Responden di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot Bulan Mei-Juli (N=30)	46
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan, Pengalaman dan Emosi Ibu di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot Bulan Mei-Juli (N=30)	47
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Kondisi Fisik, Dukungan Suami dan Tingkat Sosial Ekonomi di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot Bulan Mei-Juli (N=30)	48
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Keterampilan Melakukan PMK di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot Bulan Mei-Juli (N=30)	49
Tabel 5.5	Analisis Kesetaraan Responden Berdasarkan usia, Pendidikan, Pengalaman, Emosi Ibu, Kondisi Fisik, Dukungan Suami, Dan Tingkat Sosial di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot Bulan Mei-Juli (N=30)	50
Tabel 5.6	Analisis Perbedaan Keterampilan Melakukan PMK Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot Bulan Mei-Juli (N=30)	51
Tabel 5.7	Analisis Hubungan antara Faktor Perancu dengan Keterampilan di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot Bulan Mei-Juli (N=30)	52

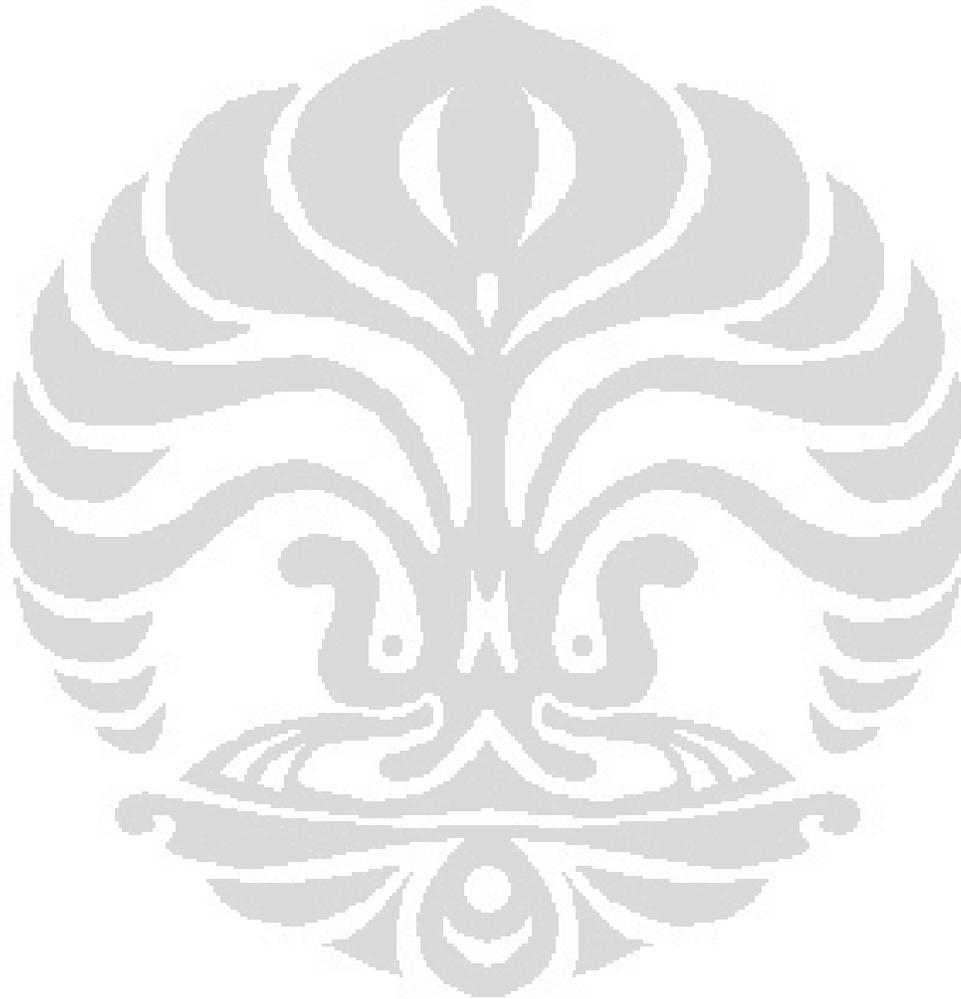
DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Kerangka Teori	28
Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian	29
Skema 4.1 Desain penelitian	33



DAFTAR GAMBAR

		Hal
Gambar 2.1	Memposisikan bayi untuk PMK	21
Gambar 2.1	Mengeluarkan bayi dari baju PMK	21



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan penelitian
- Lampiran 2 Lembar persetujuan kesediaan menjadi responden dalam penelitian
- Lampiran 3 Kuesioner pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru (PMK) terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah
- Lampiran 4 Daftar tilik tahap-tahap pelaksanaan perawatan metode kanguru
- Lampiran 5 Leaflet perawatan metode kanguru
- Lampiran 6 Format dokumentasi pelaksanaan perawatan metode kanguru di rumah sakit

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram, tanpa melihat masa gestasinya (Hockenberry dan Wilson, 2009). Kelahiran BBLR disebabkan oleh bayi yang lahir sebelum waktunya (prematuur) dan bayi dengan gangguan pertumbuhan selama dalam kandungan. BBLR merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap angka kematian bayi, khususnya pada masa perinatal.

Beberapa indikator terkait derajat kesejahteraan anak menjadi indikator penting dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Indikator dalam menilai keberhasilan pelayanan kesehatan dan pembangunan di bidang kesehatan antara lain angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian neonatus (AKN). AKB adalah jumlah yang meninggal sebelum mencapai satu tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama (Departemen Kesehatan, 2011). Pengertian dari AKN adalah jumlah kematian bayi dibawah usia 28 hari per 1.000 kelahiran hidup pada periode tertentu (Profil Kesehatan Indonesia, 2010). Penurunan angka kematian bayi merupakan indikasi terjadinya peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebagai salah satu keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan dan semakin meningkatnya pendidikan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan.

Tingginya kematian bayi (0-12 bulan), yaitu sepertiganya terjadi dalam satu bulan pertama setelah kelahiran dan sekitar 80% kematian neonatus ini terjadi pada minggu pertama (Profil Kesehatan Indonesia, 2010). Data dari *World Health Organization* (WHO, 2002) menunjukkan angka yang sangat memprihatinkan terhadap kematian bayi yang dikaitkan dengan *fenomena 2/3*. Pertama, fenomena 2/3 kematian bayi pada usia 0-1 tahun terjadi pada masa neonatus (bayi usia 0-28 hari). Kedua, fenomena 2/3 kematian bayi

pada masa neonatus terjadi pada umur kurang dari seminggu (neonatal dini), dan ketiga, fenomena 2/3 kematian pada masa neonatal dini terjadi pada hari pertama.

Data AKB dunia tahun 2010 menunjukkan angka 57,89%, sedangkan di Indonesia sebanyak 35,3% (Bank Dunia, 2012). Angka ini masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan dengan negara-negara anggota ASEAN lainnya, yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Philipina, dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand (Profil Kesehatan Indonesia, 2010). Angka tersebut juga masih jauh dari target pencapaian yang dicanangkan *Millenium Development Goals* (MDG's) 2015 yaitu menurunkan angka kematian bayi sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup. Di Indonesia AKB terendah ditemukan pada propinsi DI Yogyakarta yaitu 19 per 1.000 kelahiran hidup, dan tertinggi pada propinsi Sulawesi Barat yaitu 74 per 1.000 kelahiran hidup. Di propinsi Jawa Barat AKB adalah 39 per 1.000 kelahiran hidup. Kabupaten Indramayu yang merupakan bagian dari propinsi Jawa Barat, dimana AKB mengalami peningkatan dalam kurun waktu tiga tahun, yaitu dari tahun 2009 sampai tahun 2011. Berikut data AKB di kabupaten Indramayu sebagaimana yang tertera dalam tabel berikut ini:

Tabel 1.1
Rekapitulasi Kasus Penyebab AKB di Kabupaten Indramayu
Periode Tahun 2009-2011

No.	Kasus	2009	2010	2011
1.	BBLR	87	92	97
2.	Asfiksia	77	82	90
3.	Tetanus	8	6	5
4.	Infeksi	5	11	8
5.	Penyebab lain	170	170	148
Jumlah total		247	261	348

Sumber: Profil Kesehatan Indramayu, 2011

Setiap tahun di dunia diperkirakan lahir sekitar 20 juta BBLR. Data tahun 2000-2003 dari WHO mengemukakan bahwa 27% kematian neonatus

disebabkan oleh BBLR. Namun demikian, jumlah AKN akan lebih tinggi oleh kasus sepsis, asfiksia dan lainnya yang merupakan komplikasi dari BBLR (Depkes, 2008).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2007), AKN adalah sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup, AKB sebesar 39 per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita (AKABA) sebesar 49 per 1.000 kelahiran hidup. Data Riskesdas 2007 juga menguraikan bahwa proporsi penyebab kematian bayi lahir usia 0-6 hari adalah sebagai berikut: gangguan pernafasan (37%), prematur (34 %), sepsis (12%), hipotermi (7%), ikterik (6%), post matur (3%), dan kelainan kongenital (1%). Sementara itu pada proporsi penyebab kematian bayi baru lahir usia 7-28 hari (neonatal) adalah: sepsis (20,5%), kelainan kongenital (19%), pneumonia (17%), *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) (14%), prematur (14%), ikterik (3%), cedera luka (3%), tetanus (3%), defisiensi nutrisi (3%), dan *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS) (3%).

Penyebab langsung kematian bayi sebenarnya relatif dapat ditangani secara mudah, dibandingkan upaya meningkatkan perilaku masyarakat dan keluarga yang dapat menjamin kehamilan, kelahiran dan perawatan bayi baru lahir yang lebih sehat. Perilaku yang baik, terutama perilaku hidup bersih dan sehat, termasuk upaya mencari pelayanan kesehatan serta memperbaiki akses, memperkuat mutu manajemen terpadu penyakit bayi, memperbaiki kesehatan lingkungan termasuk air bersih dan sanitasi, pengendalian penyakit menular, dan pemenuhan gizi yang cukup (Profil Kesehatan Indonesia, 2010).

Perawatan BBLR yang berkualitas dapat menurunkan kematian neonatus. Selama ini perawatan BBLR di rumah sakit-rumah sakit di Indonesia masih dominan dalam pemakaian inkubator selain penempatan pada *Neonatology Intensive Care Unit* (NICU) pada BBLR dalam kondisi tertentu. Mahalnya biaya dalam pemakaian inkubator dan sarana inkubator yang masih sangat terbatas menjadi masalah sendiri selain bagi klien juga bagi rumah sakit. Namun penanganan yang terlambat dan tidak tepat bagi BBLR, dapat

meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas pada BBLR. Perawatan BBLR yang lama dan mencegah permasalahan yang diakibatkan kondisi rentan pada BBLR, menjadi pertimbangan untuk mencari alternatif perawatan lain yang terjangkau, praktis, tidak mahal dan tidak menimbulkan resiko. Salah satunya dengan perawatan metode kanguru (PMK) yang sekarang mulai banyak diterapkan di rumah sakit.

Telah banyak penelitian yang menunjukkan keberhasilan dari PMK. PMK bermanfaat bagi bayi, yaitu bayi lebih sering minum ASI dan menyusui lebih lama. Hal ini ditunjukkan pada penelitian oleh Flacking, Ewald dan Wallin (2011). Dari hasil penelitian tersebut memperlihatkan adanya efek positif penggunaan PMK terhadap lama menyusui pada bayi sangat prematur dengan yang prematur. Manfaat PMK yang lain adalah terhadap peningkatan berat badan, dimana penelitian yang dilakukan oleh Ibrohim dan Amin (2011), hasilnya memperlihatkan bahwa PMK memberikan pengaruh terhadap peningkatan berat badan. Selain peningkatan berat badan manfaat lain dari PMK yaitu perubahan perilaku yang positif. Manfaat tersebut dibuktikan oleh penelitian Jhonston, et al. (2011) yaitu memperlihatkan adanya pemberian dukungan yang positif terhadap bayi baru lahir setelah dilakukan PMK.

Perawatan metode kanguru bisa digunakan sebagai pengganti perawatan dengan inkubator selama di rumah sakit pada kondisi suhu bayi stabil, keadaan umum baik, reflek menghisap baik dan bayi minum ASI (WHO, 2003). Oleh karena itu informasi mengenai PMK sebagai perawatan mandiri perlu diberikan sejak awal BBLR di rawat sebagai persiapan ibu dan keluarga dalam melakukan perawatan di rumah. Pemberian informasi PMK pada ibu, memfasilitasi ibu dalam pencapaian perannya sebagai seorang ibu. Perlunya pemberian informasi dan bimbingan PMK pada saat ibu dirawat akan membantu ibu dalam peningkatan ketrampilan melakukan PMK secara mandiri di rumah. Menurut Martinsusilo (2007), kemampuan adalah pengetahuan, pengalaman dan keterampilan yang dimiliki seseorang ataupun kelompok untuk melakukan kegiatan atau tugas tertentu.

Pemberian informasi tentang PMK yang dilakukan sebagai persiapan perencanaan pulang pasien, menjadi dasar bagi pasien untuk menindaklanjuti pelaksanaan PMK di rumah secara mandiri. Peran perawat akan menjadi sangat penting dalam perencanaan pulang tentang PMK. Kozier (2004) mendefinisikan perencanaan pulang (*discharge planning*) sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain di dalam atau di luar suatu pelayanan kesehatan umum. Perencanaan pulang yang baik dapat menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Hou, 2001 dalam Potter dan Perry, 2006).

Tujuan pada perencanaan pulang, yaitu memberikan pelayanan terbaik untuk menjamin keberlanjutan asuhan berkualitas antara rumah sakit dan komunitas dengan memfasilitasi komunikasi yang efektif (*Discharge Planning Association*, 2008). Perencanaan pulang adalah mekanisme untuk memberikan perawatan kontinu, informasi tentang kebutuhan kesehatan berkelanjutan setelah pulang, kontrak adanya evaluasi dan instruksi perawatan diri

Pemberian perencanaan pulang sebenarnya dimulai sejak klien mendapatkan pelayanan kesehatan dan secara berkesinambungan baik dengan tujuan untuk membantu proses penyembuhan, mempertahankan kesehatan dan sekaligus mencegah terjadinya kekambuhan sampai klien siap untuk kembali ke rumah (Kozier, 2004). Perencanaan pulang yang telah dilaksanakan selama ini kebanyakan dianggap sebagai resume pulang. Informasi yang disampaikan meliputi: kapan jadwal kontrol, diet yang harus diterapkan di rumah dan tindakan terkait perawatan yang harus dilakukan di rumah. Pemberian perencanaan pulang berupa pendidikan kesehatan, atau konseling berupa menyampaikan informasi ke klien atau keluarga hanya untuk mengetahui dan mengingatkan keluarga. Namun jaminan bahwa mereka (klien atau keluarga) dapat melakukannya di rumah atau evaluasi perawat terhadap keefektifan

pemberian perencanaan pulang terkait dengan pengobatan dan perawatan selama ini belum ada.

Penelitian pada perencanaan pulang yang telah dilakukan antara lain dilakukan oleh Morris, Winfield, dan Young (2011). Hasil penelitian tersebut memperlihatkan bahwa 76% perawat setuju perencanaan pulang merupakan tanggung jawab perawat, 79% setuju perencanaan pulang dilakukan sejak klien masuk ke unit pelayanan kesehatan, dan 21% setuju bahwa perawat kurang memiliki pemahaman tentang proses perencanaan pulang. Pada penelitian lain yang dilakukan Hariyati, Afifah dan Handiyani (2008), hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan perawat yang bermakna setelah dilaksanakan pengenalan model perencanaan pulang (*Compact disk*).

Perencanaan pulang akan efektif dalam pelaksanaannya jika dilakukan proses evaluasi dari hasil perencanaan pulang. Sebagian besar penelitian yang dilakukan tentang perencanaan pulang berfokus pada proses pelaksanaan perencanaan pulang di rumah sakit, namun dirasa perlu adanya evaluasi dari proses tersebut yang berpusat pada pasien saat pulang ke rumah atau kembali ke masyarakat.

Perencanaan pulang pada PMK sangat penting, mengingat adanya permasalahan yang ada pada BBLR yang mencakup hipoglikemi, ketidakstabilan pernafasan, hipotermi, masalah neurologis, *necrotizing enterocolitis* (NEC) dan berbagai permasalahan lainnya membuat perawatan BBLR sangat kompleks (Potts dan Mandleco, 2007). Adanya permasalahan kesehatan pada BBLR membuat ibu merasa cemas akan kondisi bayinya, dan mempengaruhi pemberian perawatan pada bayinya, dan akhirnya akan mempengaruhi pencapaian ibu dalam perannya.

Pada pencapaian peran sebagai ibu, perawat perinatologi perlu memfasilitasi ibu selama di rumah sakit dan di rumah dalam pencapaian perannya (Mercer,

1995 dalam Alligood dan Tomey, 2006). Pencapaian peran ibu (*maternal role attainment*) adalah suatu proses pengembangan dan interaksi dimana setiap ibu menyentuh bayinya akan menciptakan kemampuan mengasuh dan merawat termasuk membentuk peran dan menunjukkan kepuasan dan kesenangan menikmati perannya tersebut (Mercer, 2004 dalam Alligood dan Tomey, 2006).

Dari hasil studi pendahuluan di RSUD Indramayu didapatkan data primer maupun data sekunder terkait proses perencanaan pulang yang telah dilaksanakan selama ini. Hasil wawancara dengan kepala ruangan yang menyatakan bahwa seluruh perawat ruang perinatologi sudah mendapatkan pelatihan PMK. Pelaksanaan PMK sudah dilakukan dari tahun lalu, namun belum terdokumentasikan. Aplikasi dari pelaksanaan PMK di rumah sakit adalah berupa pemberian informasi yang diberikan pada saat klien akan pulang, beserta pemberian informasi tentang ASI. Namun pendokumentasian pemberian konseling tersebut baru dilakukan pada tahun 2012. Pada pemberian konseling PMK tidak ditemukan adanya evaluasi terhadap keterampilan ibu dalam melaksanakan PMK baik di rumah sakit maupun setelah di rumah. Informasi lain yang didapatkan adalah konseling PMK hanya dilakukan pada ibu yang memiliki bayi prematur saja.

Selain itu data yang didapat dari pencatatan kasus di ruang perinatologi terhadap kasus BBLR dari Januari sampai Desember 2011 didapatkan berjumlah 519 kasus, dengan rata-rata populasi BBLR untuk tiap bulannya adalah 43 BBLR. Dilihat dari hasil pencatatan keperawatan di ruang perinatologi, lama rawat BBLR adalah dari 3 hari-1 bulan. Peneliti juga melakukan evaluasi terhadap 2 orang ibu yang sudah mendapatkan proses perencanaan pulang PMK. Hasil studi pendahuluan mendapatkan data bahwa satu ibu (satu minggu sejak pulang dari rumah sakit) menyatakan bahwa mereka sudah lupa cara melakukan PMK, satu orang lagi (4 hari sejak pulang dari rumah sakit) menyatakan bahwa pernah sekali melakukan satu hari sejak

pulang dari rumah sakit, tapi selanjutnya tidak dilakukan, dan saat diminta untuk melakukan, ternyata ada ketidaktepatan dalam melakukan PMK.

Berdasarkan fenomena yang ditemukan di lapangan bahwa pemberian informasi tentang PMK dilakukan hanya pada saat klien pulang. *Follow up* terhadap pelaksanaan PMK di rumah juga tidak dilakukan, sehingga tidak teridentifikasi bagaimana keterampilan ibu melaksanakan PMK di rumah. Fenomena tersebut membuat peneliti tertarik untuk mengidentifikasi pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru (PMK) terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah.

1.2 Perumusan Masalah

Semakin kompleksnya permasalahan terhadap BBLR membuat perawatan berkelanjutan di rumah harus dilakukan. Salah satu cara yang efektif, praktis dan mandiri yaitu dengan perawatan metode kanguru. Upaya perawat dalam perencanaan pulang pada pelaksanaan PMK adalah dengan pemberian informasi PMK. Lebih baik lagi bila sejak di rawat PMK sudah mulai dilakukan dan diterapkan selama pasien dirawat. Hal tersebut akan memastikan perawat bahwa ibu atau keluarga mampu secara mandiri dalam melakukannya. Penilaian akan langsung diberikan saat ibu atau keluarga melakukan, apakah sudah tepat atau belum pelaksanaannya.

Banyaknya penelitian terkait PMK yang memperlihatkan hal positif terutama pada BBLR berdampak terhadap semakin banyaknya rumah sakit-rumah sakit yang menerapkan PMK. Pelaksanaan PMK di RSUD Indramayu dan rumah sakit umum Pantura MA Sentot berupa pemberian informasi PMK yang diberikan pada saat klien pulang, dan masih terbatas pada kasus-kasus bayi dengan BBLR. Keefektifan dari adanya tindak lanjut/pendelegasian tentang PMK kepada petugas kesehatan di puskesmas dimana klien berada untuk mengevaluasi keterampilan ibu melakukan PMK di rumah. Pertanyaan penelitian yang ingin dijawab adalah: "Bagaimana pengaruh pelaksanaan

perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru (PMK) terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru (PMK) terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Teridentifikasi karakteristik ibu yang BBLRnya di rawat di RSUD Indramayu dan RSU Pantura MA Sentot.

1.3.2.2 Teridentifikasi keterampilan ibu pada kelompok kontrol dan pada kelompok intervensi dalam melakukan PMK di rumah.

1.3.2.3 Teridentifikasi perbedaan keterampilan ibu melakukan PMK di rumah antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

1.3.2.4 Teridentifikasi pengaruh faktor perancu (pendidikan, pengalaman, emosi ibu, kondisi fisik, dukungan suami, tingkat sosial ekonomi) terhadap keterampilan ibu dalam melakukan PMK di rumah.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi pelayanan (rumah sakit)

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan masukan sebagai bahan evaluasi terhadap program yang ada pada perencanaan pulang, khususnya terkait pelaksanaan perawatan metode kanguru. Hasil penelitian ini juga dapat dipertimbangkan untuk dijadikan standart pemberian asuhan keperawatan pada bayi, terutama BBLR dalam meningkatkan kualitas pemberian asuhan keperawatan.

1.4.2 Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat berkontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan tentang pelaksanaan proses evaluasi pelaksanaan

perencanaan pulang di rumah, sehingga dapat dijadikan acuan untuk mengembangkan asuhan keperawatan terhadap aspek-aspek yang diperhatikan dalam penerapan perencanaan pulang pasien.

1.4.3 Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menjadi rujukan untuk melakukan penelitian selanjutnya terkait dengan evaluasi yang diperlukan pada penerapan perencanaan pulang terhadap kasus-kasus tertentu yang memerlukan perawatan mandiri keluarga.

1.4.4 Bagi keluarga/klien

Hasil penelitian ini dapat memotivasi ibu dan keluarga untuk melaksanakan PMK dengan benar dan *continue* secara mandiri. Memberikan pemahaman bahwa dengan bayi yang BBLR tidak menjadi hambatan pada ibu dalam pencapaian peran ibu.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Teori dan konsep yang berkaitan dengan hal yang akan diteliti akan diuraikan pada bab ini sebagai landasan dalam melaksanakan penelitian. Adapun uraian tersebut adalah konsep perencanaan pulang, perawatan metode kanguru, dan teori model keperawatan *becoming a mother*.

2.1 Perencanaan pulang

2.1.1 Definisi Perencanaan Pulang

Kozier (2004) mendefinisikan perencanaan pulang sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain di dalam atau di luar suatu pelayanan kesehatan umum. Selain itu Rondhianto (2008) mendefinisikan perencanaan pulang sebagai perencanaan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada klien dan keluarga tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi/ penyakitnya. Perencanaan pulang merupakan proses mempercepat klien meninggalkan rumah sakit dengan kebutuhan pulang pasien secara tepat, dan mengkoordinasikan penggunaan sumber daya masyarakat yang sesuai untuk memberikan perawatan secara kontinu (Timby, 2009).

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa perencanaan pulang adalah proses mempersiapkan pasien melalui pemberian informasi yang bertujuan untuk mengusahakan pasien sembuh sesuai waktunya, mengkoordinasikan penggunaan sumber daya masyarakat dalam pelayanan kesehatan dan mengevaluasi kelanjutan perawatan setelah keluar dari rumah sakit.

2.1.2 Proses Perencanaan pulang

Potter dan Perry (2006) membagi proses perencanaan pulang atas tiga fase, yaitu: fase akut, fase *transisional* dan fase kelanjutan pelayanan. Pada fase akut difokuskan pada pemenuhan kebutuhan medis/pengobatan,

sedangkan pada fase *transisional*, pasien mulai dipersiapkan untuk pulang dan merencanakan kebutuhan perawatan selanjutnya, selanjutnya pada fase kelanjutan pelayanan, yaitu pasien berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas perawatan lanjutan setelah pulang.

Pelaksanaan dari proses perencanaan pulang terbagi menjadi dua yaitu sebelum hari pemulangan pasien dan pada hari pemulangan. Pemberian informasi yang diberikan pada hari pemulangan, dilakukan tergesa-gesa dan pasien sudah tidak fokus terhadap informasi yang disampaikan (Potter dan Perry, 2006). Pemberian perencanaan pulang sebenarnya dimulai sejak klien mendapatkan pelayanan kesehatan dan secara berkesinambungan (Kozier, 2004).

Menurut Konkoi (Swansburg, 2000) perencanaan pulang selain merupakan perawatan yang kontinu, dimana adanya pemberian informasi terkait kebutuhan kesehatan berkelanjutan setelah pulang, juga adanya kontrak evaluasi terhadap kondisi pasien setelah pulang dari rumah sakit. Perencanaan harus berpusat pada masalah pasien, yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, dan perawatan biasanya. Pada prosesnya perencanaan pulang untuk pasien mencakup: 1) mengkaji dan mengidentifikasi kebutuhan psikologis dan fisiologis terantisipasi, 2) merencanakan perawatan kontinu yang tepat untuk memenuhi kebutuhan tersebut, dan 3) menyiapkan dan merujuk pasien untuk penerimaan pada lingkungan perawatan kesehatan terorganisasi lain untuk perawatan mandiri.

Perencanaan pulang yang baik dapat menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Hou, 2001 dalam Potter dan Perry, 2006). Menurut Konkoi (Swansburg, 2000) keberhasilan program perencanaan pulang tergantung pada enam variabel, yaitu: 1) derajat penyakit/kesehatan, 2) hasil yang diharapkan dari perawatan, 3) durasi perawatan yang dibutuhkan, 4) jenis-

jenis pelayanan yang diberikan, 5) komplikasi tambahan, 6) ketersediaan sumber-sumber.

Perencanaan pulang sangat penting bila menjadi salah satu indikator dari kualitas perawatan inap. Namun pelaksanaannya masih beragam. Pada penelitian yang dilakukan oleh Suzuki, et al. (2012), dimana bertujuan untuk mengevaluasi program pelatihan perencanaan pulang pada staf perawat, ditemukan bahwa pelatihan berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan ketrampilan pelaksanaan perencanaan pulang. Pelatihan tersebut dilaksanakan selama tiga bulan dan diikuti oleh 256 perawat. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi ada peningkatan pengetahuan tentang perencanaan pulang dan sikap terhadap pelayanan kunjungan rumah.

Penelitian lain yang telah dilakukan terkait upaya peningkatan pemahaman perawat tentang perencanaan pulang yaitu penelitian yang dilakukan oleh Hariyati, Afifah dan Handiyani (2008). Penelitian tersebut menerapkan perencanaan pulang melalui metode *compact disk* (CD) dengan penilaian tiga tahap. Penilaian tahap pertama mengidentifikasi pelaksanaan perencanaan pulang, sedangkan penilaian tahap kedua pengembangan perencanaan pulang berbasis CD, dan tahap ketiga mengevaluasi model melalui dokumentasi, kuisisioner dan wawancara. Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan dan pelaksanaan perencanaan pulang oleh perawat setelah penerapan perencanaan pulang menggunakan *compact disk* (CD).

Adanya persepsi yang berbeda dalam pelaksanaan perencanaan pulang memberikan dampak terhadap kesiapan pasien melakukan perawatan lanjutan di rumah. Penelitian oleh Morris, Winfield, dan Young (2011), melakukan eksplorasi persepsi seluruh proses perencanaan pulang pada 461 perawat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 76% responden menyebutkan perencanaan pulang merupakan tanggung jawab perawat,

dan 79% responden menyampaikan bahwa pelaksanaan perencanaan pulang dilakukan sejak klien masuk ke unit pelayanan kesehatan. Pada penelitian tersebut ditemukan bahwa menurut responden peran perawat pada perencanaan pulang adalah sebagai fasilitator, pemantau dan advokasi. Penelitian tersebut juga menemukan adanya hambatan dalam pelaksanaan perencanaan pulang diakibatkan kurangnya perencanaan dan komunikasi serta hubungan yang kurang baik antara tenaga kesehatan dimana pasien berada.

Perencanaan pulang yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan, pernyataan diagnosa keperawatan, dan adanya perencanaan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien (Kozier, 2004). Format perencanaan pulang menurut Perry dan Potter (2005), mencakup beberapa hal, yaitu: pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi. Pertama, pengkajian dilakukan sejak klien masuk, kaji kebutuhan akan informasi yang dibutuhkan, persepsi klien terhadap persiapan pemulangan dan tindak lanjut perawatan di rumah, kolaborasi ke tim kesehatan lain sesuai kebutuhan pasien. Kedua, diagnosa keperawatan penentuan diagnosa keperawatan secara khusus bersifat individual berdasarkan kebutuhan pasien. Ketiga, perencanaan keperawatan pasien dan keluarga mampu menjelaskan bagaimana perawatan lanjutan saat di rumah, mampu mendemonstrasikan perawatan mandiri. Keempat, penatalaksanaan bagaimana proses perencanaan pulang dilakukan. Kelima, evaluasi pasien mampu menjelaskan kebutuhan terkait dengan pengobatan dan diet, tanda dan gejala yang harus dilaporkan ke dokter, mampu mendemonstrasikan perawatan yang akan dilakukan di rumah sebagai tindak lanjut perawatan, perawat yang ke rumah memperhatikan keadaan rumah, mengidentifikasi rintangan yang dapat membahayakan pasien.

Proses perencanaan pulang harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi pelayanan kesehatan

yang terlibat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien (Potter dan Perry, 2006). Perencanaan pulang tidak hanya melibatkan pasien tetapi juga melibatkan keluarga, teman-teman pasien, serta pemberi pelayanan kesehatan dengan catatan bahwa pelayanan kesehatan dan sosial bekerja sama (Nixon et al, 1998 dalam The Royal Marsden Hospital, 2004).

Format perencanaan pulang menurut *Discharge Planning Association* (2008) mencakup: pengobatan, daftar obat, hasil test laboratorium, gaya hidup, perawatan diri, perawatan dan pengobatan lanjutan, tindakan saat keadaan darurat, pengaturan perawatan lanjutan. Menurut Timby (2009) teknik yang digunakan pada perencanaan pulang METHODE, mencakup komponen: *medication, environment, treatment, health teaching, outpatient referral*/perawatan transisi klien ke kehidupan mandiri, diet.

2.1.3 Tujuan Perencanaan Pulang

Menurut Kozier (2004) tujuan perencanaan pulang adalah membantu proses penyembuhan, mempertahankan kesehatan dan sekaligus mencegah terjadinya kekambuhan sampai klien siap untuk kembali ke rumah. *Discharge Planning Association* (2008) menyatakan bahwa tujuan perencanaan pulang adalah memberikan pelayanan terbaik untuk menjamin keberlanjutan asuhan berkualitas antara rumah sakit dan komunitas dengan memfasilitasi komunikasi yang efektif.

2.1.4 Manfaat Perencanaan Pulang

Perawatan lanjutan merupakan komponen penting dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Perencanaan pulang termasuk dalam bagian perawatan lanjutan. Makin banyak pasien dengan kebutuhan kompleks dipulangkan dari lingkungan perawatan, membawa akibat rencana pemulangan dan koordinasi perawatan menjadi lebih penting. Perlunya identifikasi awal terhadap kebutuhan perencanaan pulang terhadap pasien memberikan manfaat, antara lain: memperpendek lama

perawatan di rumah sakit, mempengaruhi kebutuhan rumah sakit, menurunkan angka penerimaan kembali pasien ke rumah sakit, dan memberikan intervensi rencana pulang tepat waktu (Konkoi, 2011).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Marthalena (2009) di RSUP H. Adam Malik Medan bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat kesiapan pasien dewasa pasca bedah akut abdomen dalam menghadapi pemulangan. Responden berjumlah tujuh orang (pada saat pre operasi dan post operasi). Hasil penelitian menemukan bahwa 85,7% memiliki tingkat kesiapan 3 dan 71,43% tingkat kesiapan 4. Tingkat kesiapan 3 adalah mampu tetapi ragu atau mampu tetapi tidak ingin melakukan kegiatan yang diajarkan setelah berada di rumah. Tingkat kesiapan 4 adalah mampu dan ingin atau mampu dan yakin melakukan kegiatan yang diajarkan setelah berada di rumah.

Manfaat lain dari perencanaan pulang ditunjukkan dari hasil penelitian Zakia (2006) yang dilakukan di RSU PKU Muhammadiyah Yogya. Penelitian tersebut dilakukan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien yang dilakukan perencanaan pulang. Hasil penelitian menunjukkan 46,67% responden berespon cukup baik terhadap pelaksanaan perencanaan pulang dan 56,66% responden menyatakan cukup puas terhadap adanya tindakan perencanaan pulang.

2.2 Perawatan metode kanguru (PMK)

2.2.1 Definisi PMK

Perawatan metode kanguru adalah perawatan untuk BBLR dengan melakukan kontak langsung kulit bayi dengan kulit ibunya (WHO, 2003). Metode ini sangat tepat dan mudah dilakukan guna mendukung kesehatan dan keselamatan BBLR. Kontak kulit langsung sebaiknya dimulai secara bertahap, perlahan-lahan dari perawatan konvensional ke PMK yang terus-menerus. Kontak yang berlangsung kurang dari 60 menit sebaiknya dihindari, karena pergantian yang sering akan membuat bayi menjadi stres.

Lamanya kontak kulit langsung ditingkatkan secara bertahap kalau mungkin dilakukan terus-menerus siang dan malam dan hanya ditunda untuk mengganti popok, sambil mengontrol suhu tubuh bayi (Depkes, 2008).

2.2.2 Tipe Pemberian PMK

Pemberian PMK ada dua tipe yaitu: *Intermiten* dan *continue*. Pada *intermitten*, PMK dilakukan saat bayi belum stabil, sebaiknya lebih dari 1 jam. PMK secara *kontinu*, dilakukan saat bayi sudah dalam keadaan stabil, dilakukan dalam 24 jam. Pada bayi yang memenuhi kriteria dilakukan PMK adalah bayi prematur, berat lahir ≤ 2000 gr, tidak ada kegawatan pernafasan dan sirkulasi, tidak ada kelainan kongenital yang berat dan mampu bernafas sendiri (WHO, 2003). Pelaksanaan PMK bisa dilakukan oleh ibu, ayah, dan anggota keluarga lain setiap hari secara berkelanjutan. PMK akan memberikan manfaat bila dilakukan secara benar (Depkes, 2008).

2.2.3 Manfaat PMK

Penerapan PMK bermanfaat bagi bayi, ibu, petugas kesehatan, institusi kesehatan dan negara. PMK bermanfaat untuk bayi: suhu menjadi stabil, pola pernafasan lebih teratur, denyut jantung lebih stabil, perilaku positif (frekuensi menangis bayi berkurang, sewaktu bangun bayi lebih waspada, lebih sering minum ASI, lama menyusui lebih panjang), pemakaian kalori berkurang, kenaikan berat badan lebih baik, waktu tidur bayi lebih lama, berkurangnya kejadian infeksi (Perinasia, 2003).

Sementara itu manfaat untuk ibu, antara lain: mempermudah pemberian ASI, meningkatkan percaya diri ibu dalam merawat bayi, meningkatkan rasa sayang kepada bayinya, ketenangan pada ibu dan keluarga, peningkatan produksi ASI, dan fasilitas pemindahan yang baik saat dari rumah sakit ke rumah. PMK memberikan manfaat bagi petugas kesehatan, yaitu adanya segi efisien tenaga dan anggaran. Penerapan PMK membuat

ibu lebih banyak merawat bayinya sendiri. Selain itu PMK memberikan manfaat perawatan ibu di rumah sakit lebih pendek (ibu cepat pulih), turun over meningkat, dan pengurangan penggunaan fasilitas rumah sakit. Penerapan PMK dapat memfasilitasi program dari pemerintah yaitu adanya peningkatan pemakaian ASI eksklusif, hal ini membantu negara dalam menghemat devisa (Perinasia, 2003).

WHO (2003) menyatakan bahwa PMK mampu memfasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar BBLR. Kebutuhan dasar BBLR antara lain kebutuhan: rasa aman, nyaman, dan nutrisi. PMK memfasilitasi BBLR agar dapat beradaptasi lebih baik. Adaptasi BBLR akan ditunjukkan seperti bayi lebih tenang, dan tidur lebih lama.

Penelitian terkait efek PMK terhadap berat badan prematur dilakukan oleh Moniem dan Mosby (2011). Penelitian tersebut bertujuan untuk mengetahui efek PMK terhadap peningkatan berat badan pada bayi prematur di NICU. Penilaian dilakukan menggunakan tiga alat, yaitu wawancara, dokumentasi pengukuran antropometri perhari, pencatatan berat badan perminggu selama 4 minggu berturut-turut. Hasil penelitian tersebut menemukan adanya perbedaan pada kenaikan berat badan minggu pertama, dan oleh karena, PMK dikatakan memiliki efek positif pada kenaikan berat badan pada bayi prematur.

Pada penelitian lain tentang efek PMK adalah penelitian yang dilakukan oleh Deswita, Besral dan Rustina (2012) menunjukkan adanya dampak yang positif pada bayi setelah dilakukan PMK. Adanya perbaikan suhu tubuh, denyut jantung dan frekuensi nafas ke nilai dalam batas normal setelah dilakukan PMK.

Tingginya angka kematian pada bayi terutama dikaitkan dengan fenomena 2/3, maka pelaksanaan kelangsungan PMK di rumah akan menjadi suatu kebutuhan atau intervensi yang dianjurkan untuk memberikan perawatan

yang berkualitas. Lawn, Kambafwile, Horta, Barros dan Cousens (2010) membuktikan dengan penelitiannya bahwa PMK dapat menunjukkan adanya penurunan yang signifikan terhadap kematian neonatus dan adanya penurunan pada morbiditas untuk bayi kurang dari 2000 gr.

Bayi prematur peka terhadap berbagai rangsangan yang mengganggu, seperti tusukan tumit, tusukan vena, intubasi dan pengisapan endotrakeal, tusukan arteri, pemasangan selang dada dan pungsi lumbal (Wong, Eaton, Wilson, Winkelstein dan Schwartz, 2009). Efek nyeri yang disebabkan oleh prosedur tersebut tidak banyak diketahui. Penelitian yang dilakukan oleh Jhonston, et al. (2008), memperlihatkan adanya pengaruh yang positif terhadap pengurangan nyeri akibat tusuk tumit setelah dilakukan PMK. Responden yang terlibat dalam penelitian ini berjumlah 61 bayi (usia gestasi 28-31 mg). Pada penelitian tersebut kelompok intervensi dilakukan PMK selama 15 menit sebelum dan selama prosedur. Pada kelompok kontrol bayi dibungkus dengan selimut dan diletakkan di inkubator. Penilaian menggunakan alat ukur *premature infant pain profile* (PIPP), dimana nyeri dilihat dari wajah, detak jantung dan saturasi oksigen. Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi denyut jantung dan saturasi oksigen mengalami penurunan dan facial lebih rendah di semua titik. Bahkan disimpulkan juga bahwa pada bayi sangat prematur memiliki mekanisme *endogen* yang diakibatkan kontak dengan kulit ibu.

2.2.4 Komponen PMK

Pelaksanaan PMK yang harus diperhatikan pemenuhan empat komponen, yaitu: *kangaroo position*, *kangaroo nutrition*, *kangaroo support* dan *kangaroo discharge*. Komponen tersebut diuraikan sebagai berikut:

1. *Kangaroo position* (posisi)

Salah satu faktor yang mempengaruhi efektivitas PMK adalah posisi yang benar saat melakukan PMK. Posisi pada PMK ada 2 yaitu: posisi prone (posisi kodok) dan lateral dekubitus. Pada penelitian yang dilakukan Baradas, Fonseca, Guimaraes, dan Lima (2006), menilai

efek dari pemberian dua posisi PMK terhadap perkembangan neuromotor. Hasil penelitian menunjukkan bahwa posisi lateral memberikan respon lebih baik dibandingkan dengan posisi prone. Penilaian respon positif yang ditunjukkan pada posisi lateral dekubitus ada 13 item, sedangkan pada posisi prone ada 5 item. Namun, demikian hasil tersebut perlu ditunjang dengan adanya penelitian lanjutan.

Berikut langkah-langkah dalam perawatan metode kanguru dengan posisi yang benar menurut Perinasia (2003):

- Letakkan bayi diantara payudara dengan posisi tegak, dada bayi menempel ke dada ibu.
- Posisi bayi diamankan dengan kain panjang atau pengikat lainnya.
- Kepala bayi dipalingkan ke sisi kanan atau kiri dengan posisi sedikit tengadah (ekstensi). Posisi kepala seperti ini bertujuan untuk menjaga agar saluran napas tetap terbuka dan memberi peluang agar terjadi kontak mata antara ibu dan bayi. Hindari posisi kepala terlalu fleksi atau ekstensi.
- Tepi pengikat tepat berada di bawah kuping bayi.
- Tungkai bayi haruslah dalam posisi "kodok"
- Tangan harus dalam posisi fleksi.
- Ikatkan kain dengan kuat agar saat ibu bangun dari duduk, bayi tidak tergelincir.
- Pastikan juga bahwa ikatan yang kuat dari kain berada di setinggi dada bayi.
- Perut bayi jangan sampai tertekan dan sebaiknya berada di sekitar *epigastrium* ibu. Dengan cara ini bayi dapat melakukan pernapasan perut. Napas ibu akan merangsang bayi.

Memasukkan dan mengeluarkan bayi dari ikatan (baju kanguru):

- Pegang bayi dengan satu tangan diletakkan di belakang leher sampai punggung bayi

- Topang bagian bawah rahang bayi dengan ibu jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan tak menutupi saluran napas ketika bayi berada pada posisi tegak
- Tempatkan tangan lainnya di bawah pantat bayi



Gambar 2.1 Memposisikan bayi untuk PMK



Gambar 2.2 Mengeluarkan bayi dari baju PMK

Sumber: WHO, 2003

2. Kangaroo *Nutriton* (nutrisi)

Posisi kanguru sangat ideal bagi PMK menyusui. Pelaksanaan PMK menyebabkan proses menyusui menjadi lebih berhasil dan menyusui lebih lama, serta meningkatkan volume ASI yang dihasilkan ibu.

Waktu yang optimal bagi bayi untuk memulai menyusui adalah saat dua jam setelah lahir. Dimana saat itu bayi bersifat sangat responsif terhadap rangsangan taktil, suhu dan bau ibunya. Pada bayi yang kecil diperlukan menyusui lebih sering, yaitu sekitar 2-3 jam. Usahakan ibu tetap mencoba menyusui, walaupun bayi belum dapat menghisap dengan baik.

3. Kangaroo *Support* (dukungan)

Dukungan untuk ibu melakukan PMK bisa didapatkan dari berbagai pihak, yaitu: suami, anggota keluarga lain, petugas kesehatan dan masyarakat. Dukungan yang dibutuhkan berupa: dukungan emosional, dukungan fisik, dukungan edukasi (WHO, 2003).

4. Kangaroo *Discharge* (pemulangan)

Perawatan metode kanguru bisa tetap diteruskan di rumah setelah pasien pulang dari rumah sakit. Perawat perlu mengevaluasi kemampuan ibu untuk melakukan PMK, dan perlu dilakukan pemantauan secara teratur untuk melakukan *follow-up* terhadap pelaksanaan dari PMK (WHO, 2003).

Bayi yang dipulangkan dengan berat badan kurang dari 1.800 gram dipantau setiap minggu dan bayi dengan berat badan lebih dari 1.800 gram setiap dua minggu. Tujuan pemantauan dari kunjungan rumah, yaitu memotivasi ibu agar tetap melanjutkan perawatan metode kanguru kontinu dan untuk mempromosikan pemberian ASI eksklusif (Depkes, 2008). Pada saat kunjungan hendaknya diperhatikan hal-hal sebagai berikut: pelaksanaan PMK, pemberian ASI/PASI, pertumbuhan dan perkembangannya, penyakit, obat-obatan, imunisasi, kunjungan ulang berikutnya atau adanya kemungkinan kunjungan khusus (WHO, 2003).

Orang tua bisa menjadi sangat takut dan cemas ketika semakin dekat saat pemulangan. Kekhawatiran terhadap kondisi bayinya yang mungkin masih berada dalam bahaya, sedangkan mereka tidak dapat mengenali tanda bahaya pada bayinya dan mungkin juga bayinya belum siap dipulangkan (Wong, Eaton, Wilson, Winkelstein dan Schwartz, 2009).

Pemberian informasi pada ibu post partum membantu kemampuan ibu dalam melakukan perawatan bayinya, termasuk informasi tentang perawatan metode kanguru. Pada hasil penelitian Dian (2007) menunjukkan bahwa ada peningkatan pengetahuan dan sikap tentang perawatan metode kanguru pada BBLR setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Penelitian tersebut dilakukan di RSUD Dr. Sutomo dengan responden 30 ibu dengan BBLR. Namun demikian, penelitian tersebut hanya berpusat di rumah sakit dan tidak diikuti oleh evaluasi terhadap keterampilan ibu dalam melakukan PMK di rumah.

Berbeda dengan penelitian oleh Dian, penelitian yang dilakukan oleh Nguah, et al. (2011) berfokus pada evaluasi pelaksanaan PMK setelah keluar dari rumah sakit. Responden adalah ibu dengan BBLR. Saat perekrutan ibu diwawancarai untuk memastikan pengetahuan mereka tentang PMK, kemudian dilanjutkan dengan praktek PMKnya. Setelah minggu keempat dilakukan pengambilan data tentang persepsi dan praktek PMK. Hasil dari penelitian tersebut menyatakan bahwa ada peningkatan pengetahuan ibu tentang PMK setelah ibu dimotivasi untuk terus melakukan PMK. Pada perawatan berkelanjutan yang juga disebut sebagai perencanaan pulang bukan hanya pemberian informasi saja tetapi latihan dalam melakukan PMK diberikan. Pada penelitian ini juga menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh sikap masyarakat terhadap kelanjutan praktek PMK di rumah.

2.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi keterampilan ibu melakukan PMK di rumah.

Keberhasilan pelaksanaan PMK secara mandiri yang dilakukan di rumah sebagai perawatan berkelanjutan pada BBLR berhubungan dengan keterampilan ibu dalam melaksanakan PMK. Menurut Perinasia (2003) faktor-faktor yang mempengaruhi ibu dalam pelaksanaan PMK di rumah adalah sebagai berikut:

2.3.1 Pendidikan

Pelaksanaan PMK sebaiknya merupakan keputusan ibu sendiri setelah memahami tujuan dan manfaat dari PMK. Pemahaman individu tergantung pada kemampuan dalam menangkap informasi yang diberikan dan daya tangkap tersebut erat kaitannya dengan tingkat pendidikan yang dimiliki individu.

2.3.2 Pengalaman

Menurut Martinsusilo bahwa kemampuan merupakan gabungan dari pengetahuan, keterampilan dan pengalaman. Pada pelaksanaan PMK perlu adanya keterampilan yang memadai sehingga tujuan yang diharapkan dari PMK dapat tercapai. Keterampilan yang memadai didapat bila ditunjang

dengan pengalaman, artinya keterampilan tersebut akan dilakukan secara berulang kali dan berkelanjutan.

2.3.3 Dukungan suami

Pada kangaroo support, salah satu dukungan yang diperlukan dalam pelaksanaan PMK adalah dukungan suami. Adanya dukungan suami apalagi dengan kehadirannya saat pelaksanaan PMK akan memberikan semangat dan rasa aman bagi ibu. Tanpa adanya dukungan sangat sulit ibu dapat melakukan PMK dengan berhasil.

2.3.4 Kondisi fisik

Ibu harus sehat terlebih dahulu pada saat bayinya siap untuk PMK, sehingga jika ibu sakit/menderita komplikasi selama persalinan pelaksanaan PMK bisa ditunda. Penting juga diperhatikan pada minggu-minggu pertama PMK, merawat bayi akan sangat menyita waktu ibu. Istirahat dan tidur yang cukup bagi ibu menjadi sangat penting pada pelaksanaan PMK.

2.3.5 Emosi ibu

Banyak ibu muda yang mengalami keraguan yang sangat besar untuk memenuhi kebutuhan bayi pertamanya. Ibu akan merasa cemas akan kondisi bayinya dengan masalah kesehatannya membuat ibu perlu dukungan terhadap pemberian perawatan bayinya. PMK membuat ibu dapat memenuhi semua kebutuhan tersebut.

2.3.6 Tingkat sosial ekonomi

PMK merupakan metode praktis, mudah diterapkan, dan tidak memerlukan biaya yang mahal dalam pelaksanaannya. Penerapannya yang fleksibel, bisa dimana saja, kapan saja setiap harinya. Hal ini tidak menjadikan pelaksanaan PMK menjadi hambatan pada ibu-ibu yang bekerja di luar rumah.

2.4 Teori keperawatan “*Becoming a mother*” (oleh Ramona T. Mercer)

Fokus utama dari teori Mercer adalah gambaran proses pencapaian peran ibu. Pada model ini dikatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pencapaian peran ibu adalah emosional bayi baru lahir. Mercer

mengidentifikasi bahwa komponen emosional bayi yang mempengaruhi pencapaian peran ibu tersebut adalah temperamen bayi, kemampuan memberikan isyarat, penampilan, karakteristik umum, responsiveness dan kesehatan umum. Pada model ini juga menjadi pedoman bagi perawat dalam melakukan pengkajian pada bayi dan lingkungannya, digunakan untuk mengidentifikasi kebutuhan ibu bayi, memberikan bantuan terhadap ibu bayi dengan pendidikan dan dukungan, memberikan pelayanan pada ibu bayi yang tidak mampu untuk melakukan perawatan secara mandiri dan mampu berinteraksi dengan bayi dan lingkungannya (Mercer, 2004 dalam Alligood dan Tomey, 2006).

Pada asumsinya Mercer menyatakan bahwa bayi baru lahir dan suami merupakan partner yang aktif dalam proses pencapaian peran ibu. Pada bayi, respon perkembangan yang berpengaruh terhadap interaksi dengan perkembangan identitas peran ibu antara lain: adanya kontak mata sebagai isyarat komunikasi, refleks menggenggam, refleks tersenyum dan tingkah laku yang tenang sebagai respon terhadap perawatan ibu, konsistensi tingkah laku interaksi ibu terhadap bayinya dapat meningkatkan pergerakan bayi. Peran ibu dapat dicapai bila ibu menjadi dekat dengan bayinya, mampu mengekspresikan kepuasan dan penghargaan perannya.

Berbeda yang dihadapi ibu dengan bayi prematur, peran ibu akan mengalami hambatan. Hal ini terjadi karena pengembangan interaksi antara ibu dan bayi akan mengalami hambatan terutama ibu akan merasa cemas pada saat menyentuh bayinya. Kondisi bayi baru lahir sangat berpengaruh terhadap pencapaian dan pengembangan peran ibu, sehingga perawat adalah komponen penting penting dalam penerapan model konseptual yang dikemukakan oleh Mercer (Mercer, 2004 dalam Alligood dan Tomey, 2006). Pelaksanaan perawatan metode kanguru akan memfasilitasi kedekatan ibu dengan bayinya. Pengembangan peran akan diperlihatkan dengan adanya perasaan kepuasan dan kesenangan pada saat interaksi dengan bayinya. Pada interaksi antara ibu, bayi dan ayah sebagai sentral interaksi yang tinggal dalam satu lingkungan.

Hubungan antara ibu dan ayah adalah sangat penting (Mercer 2004 dalam Alligood dan Tomey, 2006).

Maternal role attainment yang dikemukakan oleh Mercer merupakan sekumpulan siklus mikrosistem, mesosistem dan makrosistem. Model ini dikembangkan oleh Mercer sejalan pengertian yang dikemukakan oleh Bronfenbrenner's, yaitu:

1. Mikrosistem, lingkungan segera dimana peran pencapaian ibu terjadi. Komponen mikrosistem ini antara lain ungsi keluarga, hubungan ibu-ayah, dukungan sosial, status ekonomi, kepercayaan keluarga dan stressor bayi baru lahir dipandang sebagai individu yang melekat dalam system keluarga. Keluarga dipandang sebagai system semi tertutup yang memelihara batasan dan pengawasan yang lebih antar perubahan dengan sistem keluarga dan sistem lainnya.
2. Mesosistem meliputi, mempengaruhi dan berinteraksi dengan individu di mikrosistem. Mesosistem mencakup perawatan sehari-hari, sekolah, tempat kerja, tempat ibadah dan lingkungan yang umum berada dalam masyarakat.
3. Makrosistem adalah budaya pada lingkungan individu. Makrosistem terdiri atas sosial, politik, lingkungan pelayanan kesehatan dan kebijakan system kesehatan yang berdampak pada pencapaian peran ibu.

Maternal Role Attainment adalah proses yang mengikuti 4 (empat) tahap penguasaan peran, yaitu:

1. Antisipatori, tahapan ini dimulai selama kehamilan mencakup data sosial, psikologi, penyesuaian selama hamil, harapan ibu terhadap peran, belajar untuk berperan, hubungan dengan janin dalam uterus mulai memainkan peran.
2. Formal, tahapan ini dimulai dari kelahiran bayi yang mencakup proses pembelajaran dan pengambilan peran menjadi ibu. Peran perilaku menjadi petunjuk formal, harapan konsesual yang lain dalam system sosial ibu.

3. Informal merupakan tahap dimulainya perkembangan ibu dengan jalan atau cara khusus yang berhubungan dengan peran yang tidak terbawa dari system sosial . Wanita membuat peran barunya dalam keberadaan kehidupannya yang berdasarkan pengalaman masa lalu dan tujuan ke depan.
4. Personal atau identitas yang terjadi adalah internalisasi wanita terhadap perannya dan pencapaian peran ibu.

Pada tahun 2003, Mercer merevisi model *maternal role attainment* menjadi *a becoming mother*. Pada model ini ditempatkan interaksi antara ibu, bayi dan ayah sebagai sentral interaksi dalam satu lingkungan.

Variabel pada model ini mencakup; lingkungan keluarga, lingkungan komunitas dan lingkungan lebih besar. Sebagaimana yang diuraikan di bawah ini:

- 2.4.1 Lingkungan keluarga meliputi dukungan sosial, nilai dari keluarga, budaya, fungsi keluarga dan stress.

Interaksi awal antara ibu, ayah dan bayi dan anggota keluarga dekat yang dimulai di rumah sakit dan hubungan tersebut bisa dipengaruhi oleh perawat. Membantu ayah atau anggota keluarga lain dalam memahami dan mendukung peran ibu sebagai pengasuh. Penilaian terhadap ada tidaknya dukungan untuk orang tua tunggal atau ibu yang terpisah dari pasangannya. Informasi yang diberikan pada orang tua pertama kali adalah kemampuan menyadari perilaku dan isyarat bayi.

- 2.4.2 Lingkungan Komunitas, meliputi: perawatan sehari-hari, tempat kerja, sekolah, rumah sakit, fasilitas rekreasi dan pusat kebudayaan.

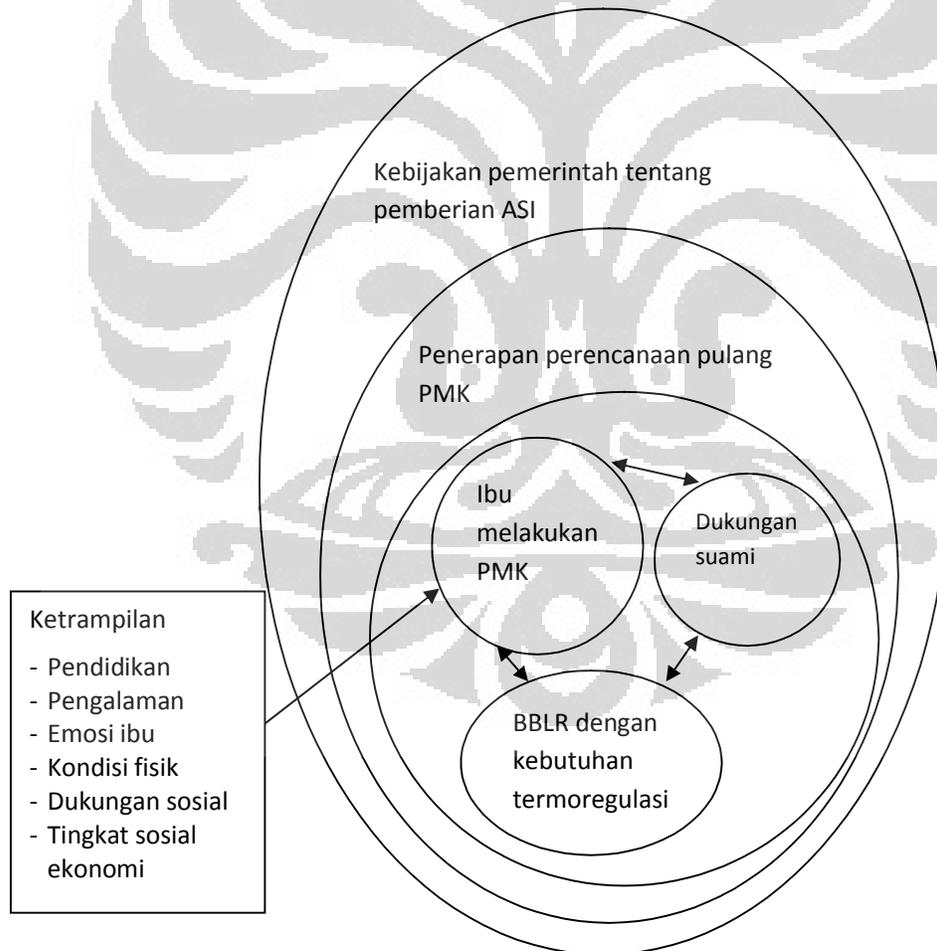
Pada lingkungan komunitas, keluarga, lingkungan dan teman mempersiapkan keluarga baru saat keluar dari rumah sakit. Setelah di rumah ibu akan mendapatkan nasehat dari keluarga, tetangga dan teman tentang peran ibu. Saat itu ibu akan perlu bantuan yang dapat diandalkan untuk membantu merawat diri dan bayinya.

2.4.3 Lingkungan lebih besar, dipengaruhi oleh hukum yang berhubungan dengan perempuan, ilmu tentang bayi baru lahir, kesehatan reproduksi, budaya terapan dan program perawatan kesehatan nasional.

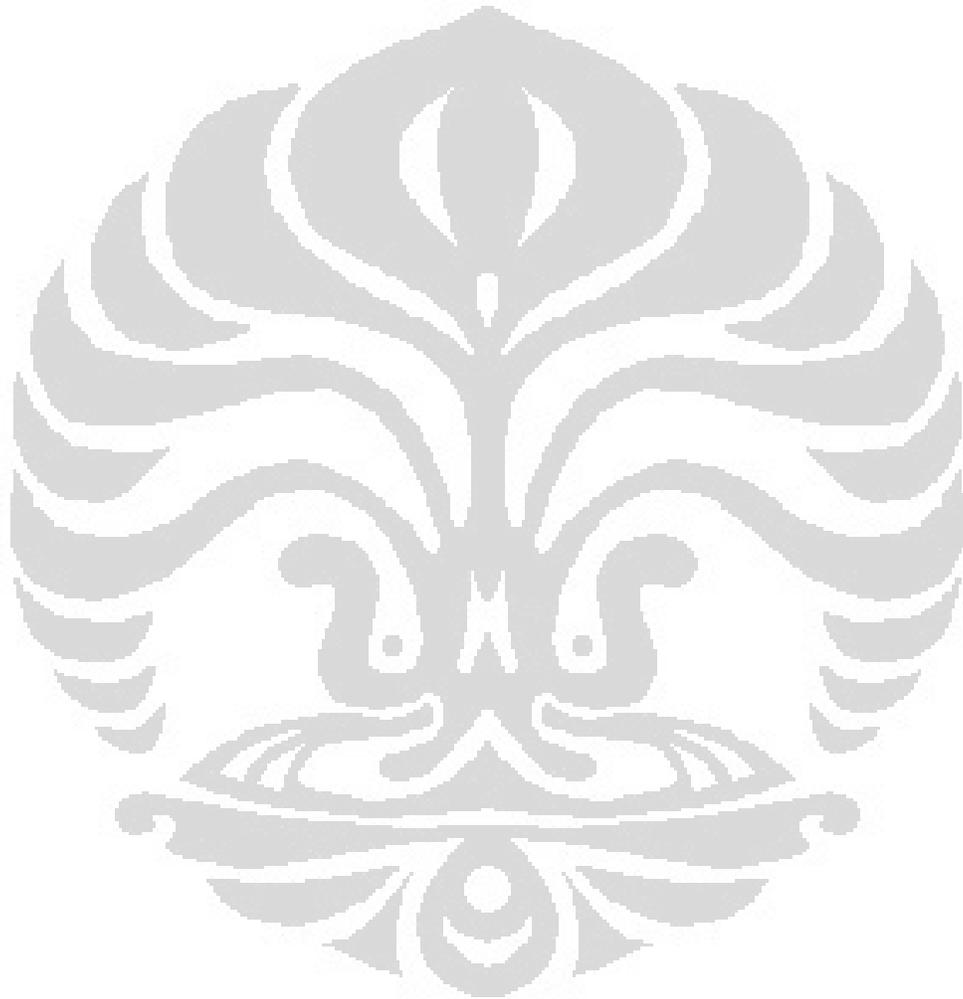
Faktor budaya dan sosial dapat mempengaruhi keluarga baru termasuk keyakinan dan tradisi sekitarnya. Tidak hanya perbedaan budaya dan harapan keluarga baru tetapi juga status sosial dan bahkan sistem perawatan kesehatan yang lebih besar (Mercer 2004 dalam Alligood dan Tomey, 2006).

2.5 Kerangka Teori

Skema 2.2: Kerangka teori



Sumber: Martinsusilo (2007), Alligood dan Tomey (2006), WHO (2003)



BAB 3

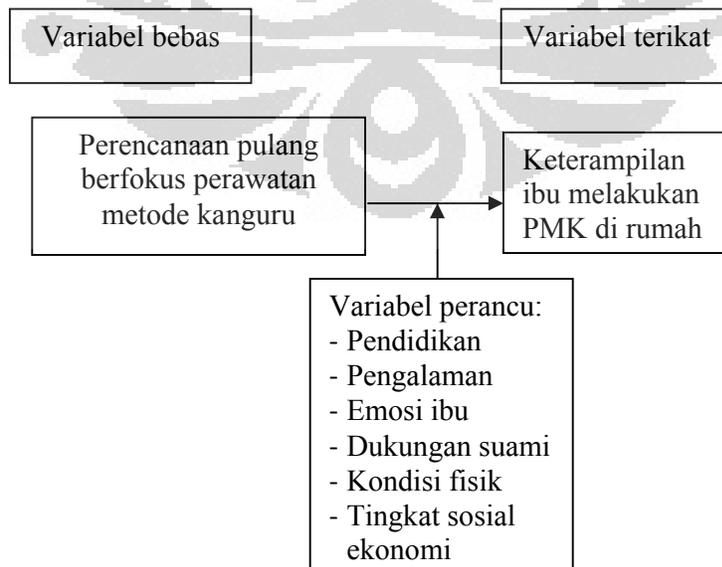
KERANGKA KONSEP, HIPOTESA DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini akan menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesa dan definisi operasional dari penelitian ini.

3.1 Kerangka Konsep

Penelitian ini ingin melihat pengaruh perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru (PMK) terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah. Pada penelitian ini variabel independen adalah perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru, dan variabel dependennya adalah keterampilan ibu melakukan PMK. Variabel independen atau variabel bebas diduga sebagai penyebab timbulnya variabel lain (Sandjaja & Heriyanto, 2011). Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati dan diukur untuk mengetahui pengaruhnya terhadap variabel lain. Variabel terikat atau dependen adalah variabel yang timbul sebagai akibat langsung dari manipulasi dan dipengaruhi variabel bebas. Kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada skema sebagai berikut:

Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian



3.2 Hipotesa

Hipotesa merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian (Sugiyono, 2011).

1. Hipotesa mayor

Pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru (PMK) memberikan pengaruh terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah.

2. Hipotesa minor

- a. Ada perbedaan keterampilan ibu melakukan PMK di rumah antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi.
- b. Ada hubungan antara pendidikan terhadap keterampilan ibu melakukan PMK
- c. Ada hubungan antara pengalaman terhadap keterampilan ibu melakukan PMK
- d. Ada hubungan antara emosi ibu terhadap keterampilan ibu melakukan PMK
- e. Ada hubungan antara kondisi fisik terhadap keterampilan ibu melakukan PMK
- f. Ada hubungan antara dukungan suami terhadap keterampilan ibu melakukan PMK.
- g. Ada hubungan antara tingkat sosial ekonomi terhadap keterampilan ibu melakukan PMK

3.3 Definisi operasional variabel

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara ukur, Hasil ukur dan Skala

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
	<u>Variabel bebas</u>				
1.	Perencanaan pulang berfokus	Pemberian tindakan perawatan pada ibu yang	Kuesioner	0 = ibu tidak dilakukan	Nominal

	perawatan metode kanguru	dilakukan secara bertahap dan kontinu tentang PMK, dari pemberian leaflet, demonstrasi, redemonstrasi pasien dan membimbing dan memantau pasien melakukan PMK selama di rumah sakit, serta melakukan penilaian keterampilan ibu melakukan PMK di rumah pasien setelah 3 hari pulang dari rumah sakit		perencanaan pulang tentang PMK 1 = ibu dilakukan perencanaan pulang tentang PMK	
2.	<u>Variabel terikat</u> Keterampilan ibu melakukan PMK	Keterampilan ibu dalam melakukan perawatan metode kanguru di rumah	Observasi (daftar tilik dari Perinasia)	0: tidak terampil, bila ada satu langkah tidak dilakukan 1: terampil, bila semua langkah dilakukan	Ordinal
3.	<u>Variabel perancu</u> Pendidikan	Pendidikan formal ibu	Kuesioner	0 = pendidikan dasar (SD, SMTP) 1 = pendidikan menengah (SMTA) 2 = pendidikan tinggi (Diploma, Sarjana, Magister, Doktor)	Ordinal
4.	Pengalaman	Pengalaman responden pernah atau tidak pernah melakukan PMK di rumah setelah pulang dari rumah sakit	Kuisisioner	0 = ibu tidak pernah melakukan 1 = ibu melakukan PMK < 3x 2 = ibu melakukan PMK ≥ 3x	Ordinal
5.	Emosi ibu	Perasaan yang dirasakan ibu selama melakukan PMK	Kuesioner	0 = ibu merasa cemas saat melakukan PMK 1 = ibu merasa	Ordinal

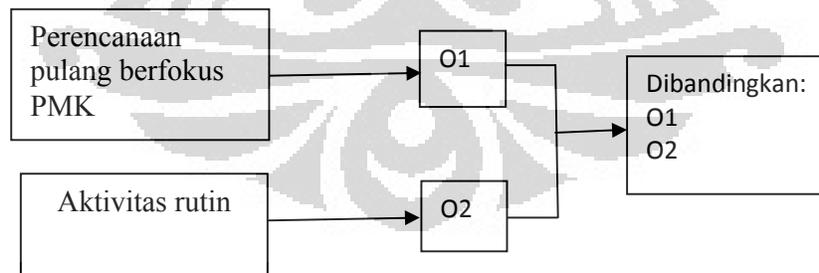
6.	Kondisi fisik	Persepsi ibu mengenai pelaksanaan PMK terkait kondisi kesehatannya	Kuesioner	senang saat melakukan PMK 0= ibu menyatakan tidak akan melakukan PMK bila sedang sakit 1= ibu menyatakan akan tetap melakukan PMK bila sedang sakit	Nominal
7.	Dukungan suami	Dukungan yang diberikan suami dengan diperbolehkannya melakukan PMK	Kuesioner	0= ibu tidak mendapat dukungan melakukan PMK 1= ibu mendapat dukungan melakukan PMK	Nominal
8.	Tingkat sosial ekonomi	Tingkatan sosial ekonomi responden dilihat dari kepemilikan rumah, ikut bekerja membantu keuangan suami	Kuesioner	0= rendah, bila tidak memiliki rumah sendiri, ibu bekerja 1= sedang, bila punya rumah sendiri, ibu bekerja 2= tinggi, bila punya rumah sendiri, ibu tidak bekerja	Ordinal

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian quasi eksperimen dengan rancangan yang digunakan adalah *quasi experiment design* atau eksperimen semu dengan pendekatan *nonequivalent control group, post test only design*. Desain ini memiliki kelompok kontrol, tetapi tidak dapat berfungsi sepenuhnya untuk mengontrol variabel-variabel luar yang mempengaruhi pelaksanaan eksperimen (Sugiyono, 2011). Penelitian ini melakukan penilaian hanya pada *post test*, jadi pengukuran perlakuan hanya dilakukan pada akhir perlakuan (Sandjaja & Heriyanto, 2011). Rancangan ini menggunakan dua kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Pada kelompok kontrol tidak dilakukan intervensi sedangkan pada kelompok intervensi dilakukan intervensi. Kelompok intervensi diberi perlakuan perencanaan pulang dari pemberian leaflet, demonstrasi, redemonstrasi, bimbingan, dan evaluasi. Perlakuan diberikan selama 5 hari dan selanjutnya akan dilakukan penilaian keterampilan ibu melakukan PMK 3 hari setelah BBLR pulang.

Skema 4.1 Desain penelitian



Keterangan:

O1: Keterampilan ibu pada kelompok intervensi dalam melakukan PMK di rumah setelah dilakukan intervensi

O2 : Keterampilan ibu pada kelompok kontrol dalam melakukan PMK di rumah setelah dilakukan intervensi

4.2 Populasi dan Sampel

Populasi adalah subyek yang memenuhi karakteristik tertentu, populasi target adalah subyek penelitian yang dibatasi karakteristik demografis dan karakteristik klinis, sedangkan populasi terjangkau adalah bagian populasi target yang dapat dijangkau oleh peneliti (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki BBLR yang dirawat di RSUD Indramayu dan di RSUD Pantura MA Sentot. Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu dan dianggap mewakili populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2008; Sugiyono, 2011).

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan berdasarkan maksud atau tujuan tertentu yang ditentukan oleh peneliti (Dharma, 2011). Responden dalam penelitian ini berjumlah 30, dimana kelompok kontrol 15 responden dan kelompok intervensi berjumlah 15 responden. Total responden ditentukan pada pernyataan oleh Roscoe (1982, dalam Sugiyono 2011), yang menyatakan bahwa jumlah sampel minimal dalam penelitian eksperimen sederhana yang menggunakan kelompok kontrol dan intervensi untuk masing-masing antara 10-20 sampel. Pemilihan sampel dilakukan berdasarkan kriteria inklusi, meliputi:

1. Ibu yang bersedia menjadi responden
2. Ibu yang bisa membaca dan menulis
3. Ibu yang memiliki BBLR dengan memenuhi persyaratan dilakukan PMK (suhu bayi stabil, tidak ada masalah dalam pernafasan)

Kriteria eksklusi pada penelitian ini, mencakup: 1) Ibu yang sedang sakit, 2) Ibu yang bayinya masih memerlukan alat bantu nafas.

Pada kedua rumah sakit diambil responden untuk kelompok kontrol terlebih dahulu. Setelah jumlah kelompok kontrol terpenuhi, maka selanjutnya peneliti mengambil kelompok intervensi. Di RSUD Indramayu responden untuk kelompok kontrol diambil 10 responden sedangkan untuk kelompok intervensi diambil 13 responden. Berbeda dengan RSUD Indramayu, pada RSUD Pantura MA Sentot diambil responden untuk kelompok kontrol 5 responden dan 2 responden untuk kelompok intervensi.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di dua rumah sakit yaitu RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan pertimbangan bahwa kedua rumah sakit tersebut merupakan : (1) rumah sakit yang menjadi pusat rujukan di wilayah kabupaten Indramayu sehingga jumlah ibu yang melahirkan juga banyak, (2) mulai menerapkan pelaksanaan perawatan metode kanguru, (3) perawat ruang perinatologi dan bidan sudah mendapat pelatihan perawatan metode kanguru, (4) lokasi penelitian terjangkau, (5) memberikan kemudahan dari segi administrasi.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan dengan tahapan pembuatan proposal penelitian dan instrumen dari bulan Februari sampai dengan bulan Mei 2012. Selanjutnya pelaksanaan pengambilan data dari bulan Mei sampai dengan bulan Juli 2012, kemudian pembuatan laporan penelitian pada bulan Juli 2012.

4.5. Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan mempertimbangkan aspek-aspek etika. Aspek-aspek ini bertujuan untuk melindungi subyek penelitian. Aspek-aspek yang harus dipertimbangkan antara lain *self determination*, *privacy*, *anonymity*, dan *protection from discomfort* (Polit & Hungler, 2005).

4.5.1 *Self determination*

Responden memiliki kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian. Sebelum intervensi dilakukan, peneliti memberikan

penjelasan tentang tujuan dari penelitian yaitu untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus pada perawatan kanguru terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah. Peneliti juga menjelaskan intervensi yang dilakukan, yaitu hari pertama diberikan leaflet, hari kedua demonstrasi, hari ketiga responden diminta untuk redemonstrasi, hari ke 4 dan ke 5 mengevaluasi pelaksanaan PMK dari responden. Selanjutnya peneliti melakukan kunjungan rumah di hari ke 3 setelah BBLR pulang dari rumah sakit. Hari ketiga tersebut dilakukan penilaian keterampilan.

4.5.2 *Privacy*

Menjaga kerahasiaan informasi yang diperoleh selama penelitian. Peneliti menggunakan data yang didapat untuk kepentingan penelitian. Pada saat melakukan intervensi perawatan metode kanguru, peneliti melakukannya di ruang responden dengan menutup tirai jendela dan pintu atau menggunakan sampiran untuk menjaga privasi responden.

4.5.3 *Anonymity*

Prinsip *anonymity* pada penelitian ini peneliti tidak menuliskan data identitas responden, melainkan dengan memberikan kode. Kode responden dituliskan pada lembar observasi dan lembar kuisisioner dimulai dari A1, A2, A3 dan seterusnya untuk kelompok kontrol. Kode B1, B2, B3 dan seterusnya untuk kelompok intervensi. Data penelitian dari responden hanya diketahui oleh peneliti dan responden yang bersangkutan.

4.5.4 *Protection from discomfort*

Pada pengambilan data peneliti memberikan kenyamanan pada responden. Peneliti memberikan kebebasan pada responden untuk memilih tempat dan waktu pelaksanaan di rumah sakit. Sehari sebelum kunjungan rumah, peneliti menghubungi responden untuk melakukan kontrak ulang dalam penentuan waktu serta mengingatkan kembali tujuan dari adanya kunjungan tersebut.

4.6 Alat pengumpul data

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuisisioner dan lembar observasi. Kuisisioner berisikan data variabel perancu

yaitu pendidikan, pengalaman, emosi ibu, kondisi fisik, dukungan suami, dan tingkat sosial ekonomi. Lembar observasi untuk menilai keterampilan melakukan perawatan metode kanguru.

4.6.1 Kuesioner

Kuesioner yang dibuat untuk mengumpulkan data karakteristik responden, mencakup pendidikan, dukungan suami, emosi ibu, pengalaman, kondisi fisik, tingkat sosial ekonomi.

1. Pendidikan

Data berisi satu pertanyaan, yaitu mengenai tingkat pendidikan responden. Data bisa diperoleh dari dokumentasi perawatan dan bisa diklarifikasi langsung melalui wawancara.

2. Dukungan Suami

Data berisi dua item pertanyaan. Pertanyaan meliputi pendampingan suami dan diperbolehkannya responden melaksanakan PMK. Data yang didapatkan dari jawaban responden pada pertanyaan diklarifikasi langsung melalui wawancara ke responden saat penelitian berlangsung.

3. Emosi Ibu

Data berisi satu item pertanyaan. Pertanyaan yang diajukan pada kuesioner mengenai perasaan yang responden rasakan saat melakukan PMK.

4. Pengalaman

Data berisi satu item pertanyaan. Pertanyaan yang diajukan mengenai dilakukan atau tidak dilakukan PMK oleh responden selama di rumah sejak pulang dari rumah sakit.

5. Kondisi fisik

Data berisi satu item pertanyaan. Pertanyaan yang diajukan mengenai pendapat responden tentang pelaksanaan PMK saat responden sakit.

6. Tingkat Sosial Ekonomi

Data berisi dua item pertanyaan. Pertanyaan mengenai kepemilikan rumah dan penghasilan tambahan dari ibu yang ikut bekerja.

4.6.2 Observasi

Instrumen observasi digunakan untuk mengumpulkan data pelaksanaan PMK dan menilai keterampilan responden dalam melakukan PMK. Pada

instrumen observasi, alat observasi berupa daftar tilik pelaksanaan PMK. Penilaian berdasarkan kemampuan responden dalam pemenuhan langkah-langkah dalam daftar tilik tersebut. Daftar tilik memiliki 15 langkah yang dikembangkan berdasarkan instrumen dari Perinasia.

Selain daftar tilik, ada format dokumentasi pelaksanaan PMK untuk kelompok intervensi yang harus diisi oleh asisten. Format ini digunakan untuk mendokumentasikan pelaksanaan PMK yang sudah dilakukan oleh responden selama di rawat di rumah sakit diluar bimbingan yang dilakukan oleh peneliti/asisten. Pada format dokumentasi tersebut, asisten melakukan evaluasi sekaligus penilaian keterampilan responden terhadap pelaksanaan PMK. Hasil dari penilaian terampil atau tidak terampil tertulis dalam format dokumentasi tersebut.

4.7 Validitas dan Realibilitas

Validitas menunjukkan ketepatan pengukuran suatu instrumen, artinya instrumen dikatakan valid apabila instrumen tersebut mengukur apa yang seharusnya diukur (Dharma, 2011). Validitas menunjukkan ketepatan pengukuran suatu instrumen, artinya instrumen dikatakan valid apabila instrumen tersebut mengukur apa yang seharusnya diukur dan dilakukan pengukuran 2 kali menunjukkan hasil yang sama (Dharma, 2011). Secara umum terdapat 2 validitas instrumen, yaitu validitas berhubungan dengan teori dan validitas yang berhubungan dengan kriteria.

Validitas teori merupakan keseluruhan dari validitas suatu instrumen yang membuktikan bahwa instrumen mengukur apa yang seharusnya diukur. Pada validitas teori terdapat 3 tipe (Dharma, 2011), yaitu:

1. *Face validity*

Face validity adalah validitas yang menunjukkan apakah instrumen penelitian dari segi rupanya nampak mengukur apa yang ingin diukur. Validitas ini lebih mengacu pada bentuk dan penampilan instrumen, sehingga umumnya lebih ditentukan berdasarkan pendapat responden

tentang item pertanyaan apakah sudah mengukur apa yang seharusnya diukur.

2. *Content validity* (validitas isi)

Validitas isi menunjukkan kemampuan item pertanyaan dalam instrumen mewakili semua unsur dimensi konsep yang sedang diteliti. Validitas isi pada penelitian merupakan komponen lembar evaluasi pada daftar tilik, dilakukan dengan meminta pendapat pakar pada bidang yang sedang diteliti.

3. *Construct validity* (validitas konstruk)

Validitas konstruk adalah validitas yang menggambarkan seberapa jauh instrumen memiliki item-item pertanyaan yang dilandasi oleh konstruk tertentu. Instrumen yang memiliki validitas konstruk mampu membedakan nilai/ hasil pengukuran antara satu individu dengan individu lainnya yang memang berbeda. Validitas konstruk data dinilai dengan uji statistik yaitu dengan menguji apakah item-item pertanyaan yang mengukur hal yang sama berkorelasi tinggi satu dengan lainnya atau sebaliknya.

Validitas kriteria mencakup bukti empirik yang mendukung validitas suatu instrumen. Terdapat 2 tipe validitas yang termasuk validitas kriteria (Dharma, 2011), yaitu:

1. *Concurrent validity*

Concurrent validity merupakan validasi yang membandingkannya terhadap alat ukur yang sudah terbukti valid.

2. *Predictive validity*

Predictive validity adalah ketepatan suatu instrumen menghasilkan data yang mampu memprediksi kejadian dimasa yang akan datang. Validitas ini dinilai dengan mengukur sesuatu yang terjadi saat ini untuk kemudian menghubungkannya dengan kejadian di waktu yang akan datang. Korelasi yang tinggi antara hasil pengukuran saat ini dengan dengan kejadian diwaktu yang akan datang menunjukkan validitas prediktif suatu instrumen.

Pada instrumen dalam penelitian ini sudah terpenuhi dalam uji validitas isi dan *face validity*. Instrumen penelitian yang dimaksud adalah lembar observasi berupa daftar tilik. *Face validity* pada instrumen penelitian ini sudah terpenuhi. Hal ini tergambar dari langkah-langkah pada daftar tilik PMK yang diambil dari Perinasia, sekaligus juga menjadi acuan buat penerapan pelaksanaan langkah-langkah PMK di rumah sakit-rumah sakit. Pada *validity content/* validitas isi, instrumen penelitian ini dikatakan sudah terpenuhi dikarenakan isi dari langkah-langkah pada instrumen tersebut sesuai dengan isi dari dimensi yang akan diukur. Selain itu langkah-langkah pada daftar tilik yang diambil dari Perinasia ini juga sudah dipakai pada penelitian sebelumnya terkait dengan pelaksanaan PMK.

Uji reliabilitas menunjukkan konsistensi suatu instrumen dalam pengukuran, artinya suatu instrumen dikatakan reliabel apabila menghasilkan data yang sama meskipun digunakan dalam beberapa kali pengukuran (Dharma, 2011). Pada penelitian ini melibatkan 2 asisten peneliti. Oleh karenanya dilakukan uji *inter-observer (inter-rater) reliability* (Polit & Beck, 2008). Uji *inter-rater reliability* merupakan jenis uji yang digunakan untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan asisten peneliti (Hastono, 2007).

Alat yang digunakan untuk uji *inter-rater reliability* pada penilaian reliabilitas suatu instrumen yang menghasilkan data nominal adalah uji Cohen's Kappa dan *Percent Agreement*. Penelitian ini menggunakan uji Cohen's Kappa. Standar koefisien Kappa sangat bervariasi, skor minimal Kappa yang bisa diterima adalah 0,6 dan apabila nilainya lebih dari 0,6 maka instrumen tersebut *reliable* (Polit & Beck, 2008). Menurut Fleiss (1981 dalam Dharma 2011), nilai Kappa untuk uji reliabilitas antar observer diinterpretasikan sebagai berikut: rendah jika 0,00-0,40, sedang jika 0,41-0,59, baik jika 0,60-0,74, sangat baik jika 1,00.

Uji *inter-rater reliability* dilakukan pada 6 responden, dimana satu asisten menilai 3 responden. Pelaksanaan uji untuk masing-masing asisten berbeda,

yaitu pertama dilakukan pada RSUD Indramayu dengan cara pertama memilih responden bersama-sama dengan asisten, kemudian dilakukan demonstrasi oleh peneliti dihadapan responden dan asisten. Selanjutnya pada tiap responden diminta untuk redemonstrasi PMK dalam waktu yang berbeda. Secara bersamaan asisten dan peneliti melakukan penilaian terhadap tiap responden tersebut dengan memakai lembar observasi yang sudah disiapkan. Kemudian data yang didapat dari hasil penilaian melalui observasi tersebut, dimasukkan ke sistem SPSS pada uji Kappa, kemudian didapatkan nilai Kappa. Demikian juga pada asisten dari RSUD Pantura MA Sentot, proses penilaiannya sama seperti pada asisten yang pertama. Hasil dari uji *inter-rater reliability* yang dilakukan terhadap ke 2 asisten tersebut, diperoleh hasil antara peneliti dengan asisten 1 (RSUD Indramayu) diperoleh nilai 0,72. Pada hasil peneliti dengan asisten 2 (RSUD Pantura MA Sentot) diperoleh nilai 0,68. Hasil uji Kappa dari keduanya diperoleh hasil lebih dari 0,6 sehingga keduanya dapat dilibatkan menjadi asisten peneliti.

4.8 Prosedur pengumpulan data

4.8.1 Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan ini, peneliti mengajukan kaji etik penelitian pada komite etik FIK UI setelah ujian proposal, terus mengajukan surat izin penelitian yang dikeluarkan oleh FIK UI dan ditujukan untuk Direktur RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot. Setelah mendapatkan surat balasan izin penelitian dari kedua rumah sakit tersebut, peneliti melanjutkan ke kepala ruangan perinatologi tempat penelitian dilaksanakan.

Kegiatan berikutnya, peneliti bersama dengan kepala ruangan memilih perawat yang dilibatkan dalam penelitian sebagai asisten dengan kriteria yang ditentukan. Asisten peneliti ada 2 orang, masing-masing satu asisten dari kedua rumah sakit. Asisten yang dipilih adalah perawat yang sudah pernah mengikuti pelatihan perawatan metode kanguru. Kemudian pada kedua asisten tersebut diterangkan tentang tujuan, instrumen dan prosedur

dari penelitian. Selanjutnya antara peneliti dan kedua asisten dilakukan uji *interobserver reliability* untuk menilai keterampilan ibu dalam melakukan PMK. Peneliti juga memberikan pengarahan tentang pengisian dari lembar dokumentasi dalam pelaksanaan PMK dari responden selama di rawat di rumah sakit.

Tahap selanjutnya peneliti memilih responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditetapkan. Setelah mendapatkan responden, peneliti menjelaskan tujuan, prosedur penelitian, hak dan tanggung jawab peneliti terhadap responden. Setelah responden memahami dan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian, maka responden diminta untuk menandatangani lembar *informed consent* yang sudah disiapkan. Responden diambil sebagai kelompok kontrol terlebih dahulu, setelah terpenuhi pengambilan sampel untuk kelompok intervensi.

4.8.2 Tahap Penelitian

1. Kelompok kontrol

Setelah memilih responden dan mendapatkan persetujuan untuk turut berpartisipasi pada penelitian tersebut, peneliti menginformasikan ke kepala ruangan responden yang terpilih. Selanjutnya responden diberi informasi PMK oleh kepala ruangan/perawat lain dan dilakukan kontrak untuk kunjungan peneliti ke rumah responden pada hari ke 3 setelah BBLR pulang dari rumah sakit. Pada hari ketiganya tersebut, selama 1 hari dilakukan penilaian terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah. Sebelum melakukan kunjungan, peneliti terlebih dahulu menghubungi responden satu hari sebelum kunjungan dilakukan. Pada saat kunjungan rumah peneliti meminta responden untuk mengisi lembar kuisisioner yang sudah disiapkan. Setelah proses penilaian selesai dan responden dinyatakan tidak terampil, maka peneliti memberikan informasi dan mendemonstrasikan kembali PMK yang benar sekaligus juga saat itu meminta responden redemonstrasi. Selanjutnya peneliti melakukan terminasi setelah hasil evaluasi responden dinyatakan terampil.

2. Kelompok Intervensi

Setelah memilih responden dan mendapatkan persetujuan untuk turut berpartisipasi pada penelitian tersebut, peneliti menginformasikan ke asisten responden yang terpilih. Selanjutnya pada hari pertama responden mendapat leaflet tentang PMK, hari kedua demonstrasi PMK oleh asisten, hari ketiga meminta responden melakukan PMK, hari keempat dan kelima dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan PMK. Kegiatan responden dari hari pertama sampai hari ke lima didokumentasikan oleh asisten. Penilaian keterampilan ibu melakukan PMK pada BBLR dilakukan setelah 3 hari BBLR pulang dari rumah sakit. Pada hari ketiganya tersebut, selama 1 hari dilakukan penilaian terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah. Sebelum melakukan kunjungan, peneliti terlebih dahulu menghubungi responden satu hari sebelum kunjungan dilakukan. Pada saat kunjungan rumah peneliti meminta responden untuk mengisi lembar kuisisioner yang sudah disiapkan. Perlakuan yang sama diberikan seperti pada kelompok kontrol pada responden yang dinyatakan tidak terampil. Setelah proses selesai, peneliti melakukan terminasi dengan responden.

4.9 Prosedur Analisa data

Data yang sudah dikumpulkan dari lembar observasi dan lembar kuisisioner diolah melalui 4 tahapan, yaitu:

4.9.1 *Editing*

Peneliti melakukan pengecekan kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan penulisan jawaban, relevansi dengan pertanyaan. Jika ditemukan pengisian kuesioner tidak lengkap, tidak jelas, atau tidak relevan dengan pertanyaan, peneliti langsung mengklarifikasi kepada responden di tempat pengumpulan.

4.9.2 *Coding*

Data yang sudah didapat dengan pemberian kode pada setiap komponen variabel. Pada kelompok kontrol, peneliti memberikan kode A diikuti nomor urut responden (A, 1,2,3,dst). kelompok intervensi, peneliti memberikan kode B diikuti nomor urut responden (B, 1,2,3,4,dst). diberi agar

mempermudah dalam proses tabulasi dan analisa data. Pada kelompok intervensi, peneliti akan memberikan kode A diikuti nomor urut responden (A,1,2,3 dst).

4.9.3 *Entry*

Setelah data dikoding, selanjutnya melakukan *entry* data dari instrumen penelitian ke dalam komputer melalui program statistik.

4.9.4 *Cleaning*

Kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* untuk memastikan data yang sudah masuk adalah benar.

4.10 Analisis data

1. Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan hasil penelitian dari masing-masing variabel yang diteliti. Variabel yang deskripsikan dalam penelitian ini adalah karakteristik responden, variabel dependen (keterampilan) dan variabel perancu (pendidikan, pengalaman, emosi ibu, kondisi fisik, dukungan suami). Data hasil analisa ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentasi.

2. Uji Homogenitas

Uji homogenitas dilakukan untuk melihat kesetaraan anatar kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Uji homogenitas dilakukan pada variabel usia, pendidikan, pengalaman, emosi ibu, kondisi fisik, dukungan suami dan tingkat sosial ekonomi. Uji homogenistas yang dilakukan yaitu dengan uji homogenitas varian (*Levine test*).

3. Analisis Bivariat

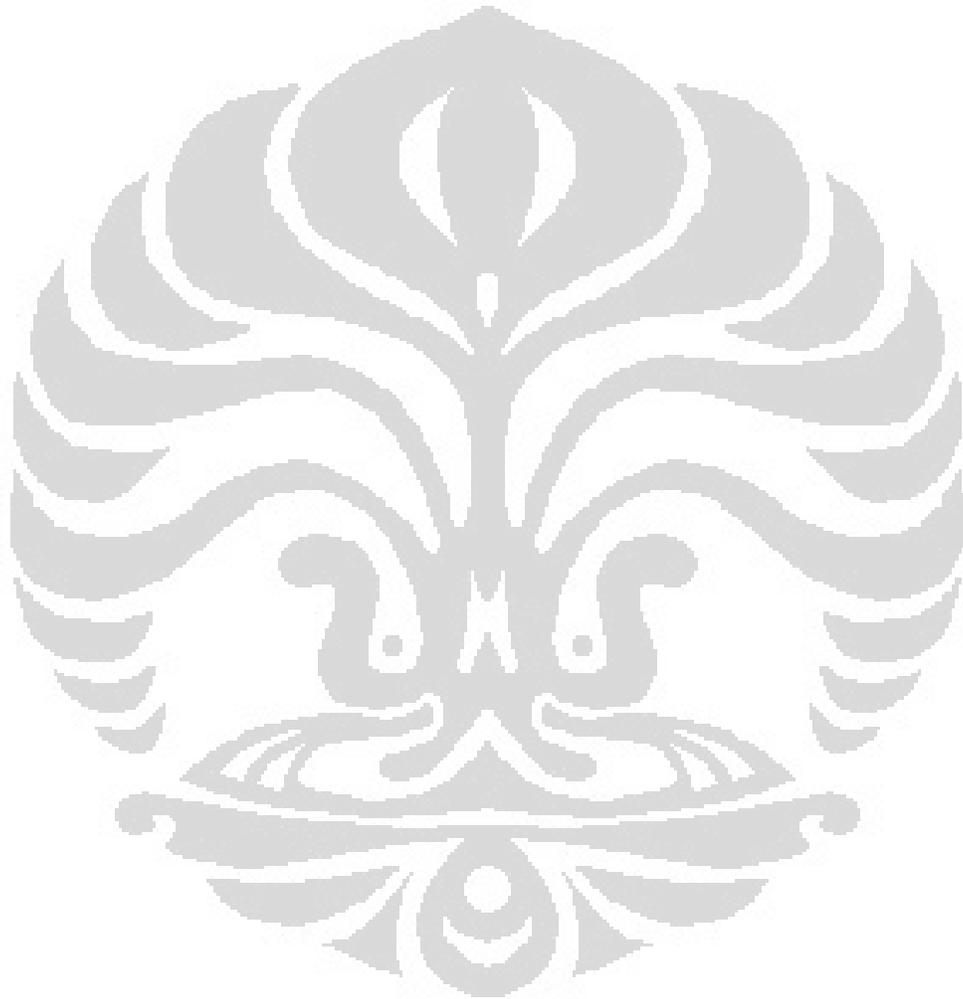
Sebelum melakukan analisis bivariat terlebih dahulu melakukan uji homogenitas varian. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui perbedaan nilai *post test* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Uji statistik yang dilakukan dengan uji *Chi Square*, karena data pada kedua variabel merupakan data kategorik.

Tabel 4.1
Analisis Bivariat Variabel Perancu dengan Variabel Dependen

Variabel Perancu	Skala	Variabel bebas	Skala	Uji Statistik
Pendidikan	Kategorik	1. Kelompok kontrol	Kategorik	Chi-Square
Pengalaman	Kategorik		Kategorik	Chi-Square
Kondisi fisik	Kategorik	2. Kelompok intervensi	Kategorik	Chi-Square
Emosi ibu	Kategorik		Kategorik	Chi-Square
Dukungan suami	Kategorik		Kategorik	Chi-Square
Tingkat sosial ekonoi	Kategorik		Kategorik	Chi-Square

Tabel 4.2
Analisis Bivariat Variabel Terikat dengan Variabel Dependen

Variabel terikat	Skala	Variabel bebas	Skala	Uji Statistik
Keterampilan ibu melakukan PMK	Kategorik	1. Kelompok interveni 2. Kelompok Kontrol	Kategorik	Chi-Square



BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini secara khusus menyajikan dan menjelaskan hasil penelitian dan analisis data. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru terhadap keterampilan ibu melakukan perawatan metode kanguru di rumah. Pada penelitian ini kelompok kontrol yang mendapatkan perlakuan sebagaimana intervensi yang sudah diterapkan di rumah sakit. Pada kelompok kontrol pelaksanaan perencanaan pulang tentang perawatan metode kanguru didapatkan saat responden pulang dari rumah sakit. Pada kelompok intervensi dilakukan perencanaan pulang sejak dan selama responden di rumah sakit. Penelitian yang melakukan penilaian pada responden setelah 3 hari pulang dari rumah sakit, penilaian dilakukan di rumah responden. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi yang didasarkan pada hasil analisis univariat dan bivariat.

5.1 Analisis Univariat

Berikut merupakan data hasil analisis univariat pada karakteristik usia ibu di rumah sakit umum daerah Indramayu dan di rumah sakit umum daerah Pantura MA Sentot.

5.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia, Pendidikan, Pengalaman, Emosi Ibu, Kondisi Fisik, Dukungan Sosial, dan Tingkat Sosial Ekonomi di RSUD Indramayu dan RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot

Tabel 5.1.
Distribusi Responden Berdasarkan Usia Responden
di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot
Bulan Mei-Juli (N=30)

Karakteristik	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	CI 95%
Usia	30	24,73	20,50	7,939	17-40	21,77-27,70

Berdasarkan tabel 5.1 di atas, usia responden pada penelitian ini pada usia minimal 17 tahun dan usia maksimal 40 tahun. Rata-rata usia responden secara keseluruhan adalah 24,73 tahun. Pada simpangan deviasi 7,939, maka estimasi diyakini bahwa rata-rata usia responden penelitian berada diantara usia 21,77 sampai dengan 27,70 tahun.

Tabel 5.2
Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan, Pengalaman dan Emosi Ibu di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot Bulan Mei-Juli (N=30)

No.	Karakteristik		Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Total	
			N	%	N	%	N	%
1.	Pendidikan	Dasar	4	26,7	3	20	7	23,3
		Menengah	9	60	9	60	18	60
		Tinggi	2	12,3	3	20	5	16,7
2.	Pengalaman	Tidak pernah	1	6,7	3	20	4	13,3
		Melakukan < 3x	13	86,7	9	60	22	73,4
		Melakukan >3x	1	6,7	3	20	4	13,3
3.	Emosi ibu	Cemas	6	40	10	66,7	16	53,3
		Tidak Cemas	9	60	5	33,3	14	46,7

Tabel 5.2 memperlihatkan sebagian besar responden dengan tingkat pendidikan menengah, dimana masing-masing 9 responden (60%) baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok Kontrol. Pada kelompok intervensi responden dengan tingkat pendidikan dasar sebanyak 4 responden (26,7%), sedangkan tingkat pendidikan tinggi sebanyak 2 responden (12,3%). Pada kelompok kontrol responden dengan pendidikan dasar sebanyak 3 responden (20%), begitu juga responden dengan tingkat pendidikan tinggi dalam jumlah yang sama dengan tingkat pendidikan dasar. Secara keseluruhan responden pada penelitian ini berada pada tingkat pendidikan menengah ke atas yaitu sebanyak 23 responden (76,7%), sedangkan tingkat pendidikan rendah sebanyak 7 responden (23,3%).

Hasil analisis responden pada kelompok intervensi yang tidak pernah melakukan PMK di rumah dan yang melakukan > 3 kali memiliki jumlah yang sama masing-masing sebanyak 1 responden (6,7%), dan responden yang

melakukan < 3 kali sebanyak 1 responden (13,3%). Pada kelompok kontrol yang tidak pernah melakukan dan yang melakukan >3 kali masing-masing responden sebanyak responden (20%). Total responden yang tidak pernah melakukan sebanyak 4 responden (13,3%), dan responden yang melakukan berjumlah 26 responden (86,7%).

Hasil analisis pada emosi ibu, menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi dengan memiliki rasa cemas saat melakukan PMK berjumlah 6 responden (40%), dan yang tidak cemas 9 responden (60%). Pada kelompok kontrol responden yang cemas sebanyak 10 responden (66,7%), sedangkan yang tidak cemas sebanyak 5 responden (33,3%). Secara keseluruhan responden yang merasa cemas saat melakukan PMK masih lebih banyak dibandingkan yang tidak merasa cemas yaitu sebanyak 16 responden (53,3%).

Tabel 5.3
Distribusi Responden Berdasarkan Kondisi Fisik,
Dukungan Suami dan Tingkat Sosial Ekonomi
di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot
Bulan Mei-Juli (N=30)

No.	Karakteristik		Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Total	
			N	%	N	%	N	%
1.	Kondisi Fisik	Tidak Melakukan	8	53,3	9	60	17	56,7
		Melakukan	7	46,7	6	40	13	43,3
2.	Dukungan Suami	Tidak mendukung	3	20	4	26,7	7	23,3
		Mendukung	12	80	11	73,3	23	76,7
3	Tingkat Sosial Ekonomi	Rendah	5	33,3	4	26,7	9	30
		Sedang	7	46,7	9	60	16	53,3
		Baik	3	20	2	13,3	5	16,7

Tabel 5.3 pada kondisi fisik menunjukkan bahwa pada responden kelompok intervensi yang menyatakan tidak melakukan PMK saat sakit sebanyak 8 responden (53,3%) dan yang melakukan PMK sebanyak 7 responden (46,7%). Pada kelompok kontrol yang tidak melakukan sebanyak 9 responden (60%) dan yang melakukan sebanyak 6 responden (40%). Pada keseluruhan responden yang tidak melakukan PMK lebih banyak yaitu ada 17 responden (56,7%), dibandingkan yang melakukan sebanyak 13 responden (43,3%)

Pada responden pada kelompok intervensi yang tidak mendapat dukungan suami ada 3 responden (20%), responden yang mendapat dukungan ada 12 responden (80%). Pada kelompok kontrol yang tidak mendapat dukungan suami ada 4 responden (26,7%) dan yang mendapat dukungan ada 11 responden (73,3%). Keseluruhan responden yang tidak mendapat dukungan ada 7 responden (23,3%) lebih kecil dibandingkan responden yang mendapat dukungan yaitu ada 23 responden (76,7%).

Analisis hasil dari tingkat sosial ekonomi menunjukkan pada kelompok intervensi responden dengan tingkat sosial ekonomi rendah ada 5 responden (33,3%), tingkat ekonomi sosial sedang ada 7 responden (46,7%) dan tingkat ekonomi tinggi ada 3 responden (20%). Pada kelompok kontrol responden dengan tingkat ekonomi sosial rendah ada 4 responden (26,7%), tingkat sedang 9 responden (60%) dan tingkat baik ada 2 responden (13.3%). Total responden dengan tingkat ekonomi rendah lebih sedikit yaitu 9 responden (30%), dibandingkan tingkat sedang dan baik berjumlah 21 responden (70%).

Tabel 5.4
Distribusi Responden Berdasarkan Keterampilan Melakukan PMK
di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot
Bulan Mei-Juli (N=30)

Karakteristik	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Keterampilan ibu melakukan PMK	Tidak Terampil	7	46,7	15	100	22	73,3
	Terampil	8	53,3			8	26,7

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa responden pada kelompok intervensi yang dinyatakan terampil dalam melakukan PMK sebanyak 8 responden (53.3%), sedang yang tidak terampil ada 7 responden (46,7%). Berbeda pada kelompok kontrol 15 responden (100%) dinyatakan tidak terampil. Secara keseluruhan dalam penelitian ini responden yang dinyatakan terampil lebih sedikit yaitu ada 8 responden (26,7%).

5.2 Analisis Bivariat

Sebelum dilakukan uji bivariat, dilakukan uji homogenitas terlebih dahulu. Uji homogenitas dilakukan terhadap variabel perancu (pendidikan, pengalaman, emosi ibu, kondisi fisik, dukungan suami, tingkat sosial ekonomi). Uji homogenitas bertujuan untuk membuktikan bahwa keterampilan ibu melakukan PMK di rumah sebagai efek dari adanya intervensi yang diberikan bukan karena variasi dari responden.

Tabel 5.5
Analisis Kesetaraan Responden Berdasarkan usia, Pendidikan, Pengalaman, Emosi Ibu, Kondisi Fisik, Dukungan Suami, Dan Tingkat Sosial di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot Bulan Mei-Juli (N=30)

No.	Variabel	<i>p</i> Value
1.	Usia	0.250
2.	Pendidikan	0.718
3.	Pengalaman	0.105
4.	Emosi Ibu	0.478
5.	Kondisi Fisik	0.526
6.	Dukungan Suami	0.408
7.	Tingkat sosial ekonomi	0.471

Hasil analisis uji homogenitas dari tabel 5.6 antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi didapatkan *p value* > α 0,05, untuk usia, pendidikan, pengalaman, emosi ibu, kondisi fisik, dukungan suami, dan tingkat sosial ekonomi. Hal tersebut memperlihatkan bahwa data pada variabel usia, pendidikan, pengalaman, emosi ibu, kondisi fisik, dukungan suami dan tingkat sosial pada kelompok kontrol dan intervensi adalah homogen.

5.2.1 Analisis Perbedaan Keterampilan Melakukan PMK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Di bawah ini menjelaskan perbedaan keterampilan melakukan PMK antara responden pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah dilakukan perencanaan pulang.

Tabel 5.6
Analisis Perbedaan Keterampilan Melakukan PMK
Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di RSUD Indramayu
dan RSUD Pantura MA Sentot Bulan Mei-Juli (N=30)

Kelompok	Keterampilan PMK				Total		OR (95%CI)	<i>P</i> <i>value</i>
	Tidak terampil		Terampil		n	%		
	N	%	N	%				
Kontrol	15	50	0	0	15	100	2,143 1,2-3,7	0,002
Intervensi	7	23,3	8	26,7	15	100		
Jumlah	22	73,3	8	26,7	30	100		

Pada tabel 5.6 memperlihatkan dari 15 responden pada kelompok kontrol, 0% yang terampil dalam melakukan PMK. Dari 15 responden pada kelompok intervensi, 26,7% yang terampil. Dari data ini terlihat adanya kecenderungan pada responden yang dilakukan intervensi pada kelompok intervensi lebih terampil dibandingkan pada kelompok kontrol. Hasil uji statistik diperoleh *p value* 0,002 maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi keterampilan antara kelompok dan kelompok intervensi (ada hubungan yang signifikan keterampilan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi). Dari hasil analisis diperoleh OR=2,143, artinya responden pada kelompok intervensi yang dilakukan perencanaan pulang berfokus PMK mempunyai peluang 2,14 kali untuk terampil dibandingkan responden pada kelompok kontrol.

5.2.2 Hubungan Faktor Perancu dan Keterampilan Melakukan PMK

Pada penelitian ini, variabel perancu dilakukan uji statistik, mencakup pendidikan, pengalaman, emosi ibu, kondisi fisik, dukungan sosial, tingkat ekonomi sosial. Tujuan dilakukannya analisis ini adalah untuk mengidentifikasi ada tidaknya pengaruh faktor perancu terhadap keterampilan kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Tabel 5.7
Analisis Hubungan antara Faktor Perancu dengan Keterampilan
di RSUD Indramayu dan RSUD Pantura MA Sentot
Bulan Mei-Juli (N=30)

Varibel		Keterampilan PMK				Total		OR (95%IC)	P value
		Tidak terampil		Terampil					
		N	%	N	%	N	%		
Pendidikan	Dasar	5	71,4	2	28,6	7	100	0,723	
	Menengah	14	77,8	4	22,2	18	100		
	Tinggi	3	60	2	40	5	100		
Pengalaman	Tidak pernah	4	100	0	0	4	100	0,415	
	Melakukan<3x	15	68,2	7	31,8	22	100		
	Melakukan>3x	3	75	1	25	4	100		
Emosi ibu	Cemas	13	81,3	3	18,8	16	100	2,407 0,4-12,7	
	Tidak Cemas	9	64,3	5	35,7	14	100		
Kondisi Fisik	Tidak melakukan	13	76,5	4	23,5	17	100	1,444 0,28-7,34	
	Melakukan	9	69,2	4	30,8	13	100		
Dukungan Suami	Tidak mendapat	7	100	0	0	7	100	1,533 1,14-2,07	
	Mendapat	15	65,2	8	34,8	23	100		
Tingkat sosial	Rendah	7	77,8	2	22,2	9	100	0,75	
	Sedang	12	75	4	25	16	100		
	Tinggi	3	60	2	40	8	100		

Pada tabel 5.7 memperlihatkan bahwa dari 7 responden pendidikan dasar, ada 2 (28,6%) yang terampil. Dari 18 responden pendidikan menengah, ada 4 (22,2%) yang terampil. Pada 5 responden pendidikan tinggi, ada 2 (40%) yang terampil. Hasil uji statistik terlihat p value $> 0,05$, berarti tidak ada hubungan pendidikan terhadap keterampilan melakukan PMK.

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa 4 responden yang tidak pernah melakukan PMK, tidak ada yang dinyatakan terampil. Dari 23 responden yang melakukan $< 3x$, ada 7 (31,8%) terampil, dan dari 4 responden yang melakukan $> 3x$, ada 1 (25%). Hasil uji statistik terlihat p value $> 0,05$, berarti tidak ada hubungan pengalaman terhadap keterampilan melakukan PMK

Pada tabel 5.7 memperlihatkan bahwa 16 responden yang cemas, ada 3 yang terampil. Dari 14 responden yang tidak cemas, ada 5 yang terampil. tidak terampil 3 responden yang menyatakan cemas saat melakukan PMK. Pada data tersebut adanya kecenderungan bahwa semakin tidak cemas, akan semakin terampil keterampilannya. Hasil uji statistik diperoleh 0,417 maka

dapat disimpulkan ada tidak ada hubungan cemas terhadap keterampilan ibu melakukan PMK. Dari hasil analisis diperoleh $OR=2,41$, artinya responden yang tidak cemas mempunyai peluang 2,41 kali untuk terampil dibandingkan responden yang cemas.

Tabel 5.7 memperlihatkan bahwa 17 responden yang menjawab tidak melakukan PMK bila sakit, ada 4 (23,5%) terampil. Dari 13 responden yang menjawab melakukan, ada 4 (30,8%), yang terampil. Hasil uji statistik terlihat p value $> 0,05$, berarti tidak ada Hubungan kondisi fisik terhadap keterampilan.

Tabel 5.7 memperlihatkan bahwa 7 responden tidak mendapat dukungan suami, tidak ada responden yang terampil. Pada 23 responden yang mendapat dukungan, ada 8 (26,6%) responden yang terampil. Pada data tersebut adanya kecenderungan bahwa semakin tinggi dukungan suami, akan semakin terampil dalam melakukan PMK. Hasil uji statistik diperoleh 0,143 maka dapat disimpulkan ada tidak ada hubungan dukungan suami terhadap keterampilan ibu melakukan PMK. Dari hasil analisis diperoleh $OR=1,53$, artinya responden yang tidak mendapat dukungan memiliki kecenderungan mempunyai peluang 1,53 kali untuk terampil dibandingkan responden yang tidak mendapat dukungan.

Pada 9 responden tingkat sosial ekonomi rendah, ada 2 (22,2%) yang terampil. Pada 6 responden yang tingkat sosial ekonomi sedang, ada 4 (25%) terampil. Pada 8 responden tingkat sosial ekonomi tinggi, ada 2 (40%) terampil. Hasil uji statistik terlihat p value > 0.05 , berarti tidak ada hubungan tingkat sosial ekonomi terhadap keterampilan.

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan pembahasan hasil yang telah dilakukan, meliputi interpretasi dan diskusi serta keterkaitan dengan teori dan hasil penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya. Bab ini menjelaskan juga tentang keterbatasan dan implikasi penelitian untuk keperawatan.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru (PMK) terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah. Perencanaan pulang diberikan baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok intervensi, yaitu fokusnya pada perawatan metode kanguru. Pemberian perencanaan pulang pada kelompok kontrol berupa pemberian informasi tentang PMK pada saat responden pulang dari rumah sakit. Pada kelompok intervensi perencanaan pulang diberikan sejak responden di rawat dan selama dirawat, begitu kondisi BBLR mulai dinyatakan stabil. Kegiatan intervensi dilakukan melalui tahapan: hari pertama pemberian leaflet, hari kedua dilakukan demonstrasi dan hari ketiga redemonstrasi kemudian hari keempat dan kelima dilakukan bimbingan dan evaluasi untuk responden yang dilakukan asisten. Selanjutnya 3 hari setelah pulang dari rumah sakit, peneliti melakukan kunjungan ke responden baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok intervensi untuk menilai keterampilan ibu dalam melakukan PMK.

Perencanaan pulang termasuk dalam bagian perawatan lanjutan. Perencanaan pulang bertujuan untuk memberikan pelayanan terbaik dan menjamin keberlanjutan asuhan berkualitas antara rumah sakit dan sesampai responden di rumah (*Discharge Planning Association, 2008*).

6.1.1 Karakteristik Responden

Pada hasil penelitian usia responden rata-rata 24,73%, usia muda 17 tahun dan usia maksimal 40 tahun.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa responden berdasarkan pendidikan, Pada tingkat responden yang dinyatakan terampil berada pada tingkat pendidikan tinggi 40%. Hasil uji statistik dari hubungan antara pendidikan dengan keterampilan ibu melakukan PMK dengan hasil p value 0.723, membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dan keterampilan ibu melakukan PMK.

Pemahaman responden tergantung pada kemampuan dalam menangkap informasi yang diberikan, dan daya tangkap tersebut erat kaitannya dengan tingkat pendidikan yang dimiliki individu (Perinasia, 2003). Hasil penelitian yang dilakukan Dian (2007), menunjukkan bahwa ada peningkatan pengetahuan dan sikap terhadap perawatan metode kanguru pada BBLR setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Faktor lain yang perlu jadi pertimbangan yaitu adanya kemauan dari ibu dalam melakukan PMK. Pelaksanaan PMK akan menjadi suatu kebutuhan ibu/responden bila memahami tujuan dan manfaat dari PMK.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa adanya perencanaan pulang memberikan dampak terhadap pelaksanaan dari kelanjutan pelaksanaan PMK di rumah, hal ini terlihat dari jumlah responden yang tidak pernah melakukan hanya 13.3%. Selain hanya 26.7% yang dinyatakan terampil. Pada hasil uji statistik diperoleh nilai p value 0.415 hal ini membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara pengalaman dengan keterampilan ibu melakukan PMK di rumah.

Faktor yang sering terjadi adanya kegagalan dalam PMK, yaitu tidak tepatnya dalam memposisikan PMK (WHO, 2003). Selain itu menurut Martinsusilo (2007), bahwa kemampuan merupakan gabungan dari pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman. Keterampilan yang memadai didapat bila ditunjang dengan pengalaman, artinya keterampilan tersebut akan dilakukan secara berulang kali dan berkelanjutan. Keberlanjutan dari penerapan PMK sudah dilakukan terhadap responden. Rentang rawat BBLR yang berbeda-beda menjadi kontribusi terhadap kelanjutan responden dalam pelaksanaan PMK di rumah, selama BBLR dirawat. Beberapa responden tidak melaksanakan PMK selama BBLR di rawat, baru pada saat dilakukan konfirmasi saat BBLR pulang responden, dimotivasi untuk melakukan PMK kembali buat persiapan BBLR. Padahal dengan melakukan PMK secara terus menerus dapat membantu adanya suatu proses pengembangan interaksi dimana setiap ibu menyentuh bayinya akan menciptakan kemampuan mengasuh dan merawat termasuk membentuk perannya tersebut (Mercer,2004 dalam Alligood dan Tomey,2006).

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa lebih banyak responden yang mengalami cemas saat melakukan PMK yaitu sebesar 53.%. Pada hasil uji statistik di dapatkan p value 0.417, ini membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara emosi ibu dengan keterampilan ibu melakukan PMK.

Banyaknya ibu muda yang mengalami keraguan untuk memenuhi kebutuhan bayi pertamanya. Hal ini berkaitan dengan perasaan ibu yang mengalami kecemasan melihat kondisi bayinya dengan masalah kesehatannya (Perinasia, 2003). Proses Perencanaan pulang yang dilaksanakan melalui PMK membantu ibu dalam memfasilitasi kedekatan ibu dengan bayinya. Semakin sering ibu kontak, menyentuh, dan memeluk bayinya, maka akan menstimulasi adanya perasaan sayang yang lebih dan mengabaikan rasa cemas yang ada.

Kekhawatiran bisa terjadi karena belum pahamnya kondisi bayi yang mungkin berada dalam bahaya, sedangkan mereka tidak dapat mengenali tanda bahaya pada bayinya dan mungkin ada beberapa bayi yang belum siap untuk dipulangkan (Wong, 2009). Pada waktu yang bersamaan saat pelaksanaan PMK, asisten selalu mencoba untuk membantu responden dalam menyentuh bayinya, menggendong BBLR dengan aman, memberikan informasi cara pemberian ASI yang benar serta membantunya memposisikan BBLR pada saat menyusui.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa 56.7% responden menyatakan persetujuan bahwa tidak dilakukan PMK pada saat ibu sakit. Hasil uji statistik *p value* 0.698 membuktikan tidak adanya hubungan kondisi fisik dengan keterampilan ibu melakukan PMK. Menurut Perinasia (2003), bahwa ibu harus sehat terlebih dahulu pada saat bayinya siap untuk PMK, apalagi kalau ibunya mengalami komplikasi dalam persalinan maka pelaksanaan PMK bisa ditunda. Kesehatan ibu menjadi sangat penting dalam pelaksanaan PMK, untuk itu perlu adanya perhatian dari keluarga terhadap ibu pada minggu-minggu pertama kelahiran dengan memberikan istirahat dan tidur yang cukup.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa hanya 7 responden yang tidak mendapatkan dukungan suami dalam pelaksanaan PMK. Pada hasil statistik nilai *p value* 0,143 membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan suami dengan keterampilan ibu melakukan PMK.

Padahal adanya dukungan suami apalagi dengan kehadirannya saat pelaksanaan PMK akan memberikan support dan rasa aman bagi ibu. Tanpa adanya dukungan sangat sulit ibu dapat melakukan PMK dengan berhasil (Perinasia, 2003). Menurut Mercer (2004) dikatakan bahwa suami merupakan partner yang aktif bagi ibu dalam pencapaian peran sebagai ibu. Adanya dukungan dari suami akan membantu mengurangi tekanan yang ada pada ibu post partum dan

dampaknya memberi pengurangan kecemasan pada ibu sehingga ibu akan aktif dalam melaksanakan PMK.

Pernyataan ibu yang menyatakan bahwa diperbolehkan melakukan PMK, tetapi tidak didampingi saat pelaksanaan PMK, hal ini juga terjadi saat peneliti melakukan penilaian, ibu melakukan ada yang sendiri, tapi ada juga yang dibantu oleh keluarganya.

Hasil penelitian ini memperlihatkan 30% responden berada pada tingkat sosial ekonomi rendah. Pada hasil statistik nilai *p value* 0.75 membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat sosial ekonomi dengan keterampilan ibu melakukan PMK. Pelaksanaan PMK merupakan metode praktis, mudah diterapkan, tidak memerlukan biaya yang mahal dan bersifat fleksibel dalam pelaksanaannya. Hal ini tidak menjadikan penghambat dalam pelaksanaan PMK.

Pelaksanaan PMK sebagai alternatif dalam perawatan BBLR yang lebih bisa dilakukan oleh semua tingkatan sosial ekonomi, karena tidak memerlukan biaya yang mahal, berbeda dengan pemakaian inkubator. Pada beberapa responden yang bekerja, pelaksanaan PMK dilakukan pada saat mereka pulang dari bekerja.

6.1.2 Pengaruh Pelaksanaan Perencanaan Pulang Berfokus Perawatan Metode Kanguru (PMK) terhadap Keterampilan ibu melakukan PMK

Pemberian perencanaan pulang yang berbeda, dimana pada kelompok kontrol diberikan saat responden pulang yaitu benuknya pemberian informasi PMK, Pada kelompok intervensi pelaksanaan perencanaan pulang berfokus PMK diberikan sejak responden masuk, dan selama dirawat. Kegiatan yang diberikan pada kelompok intervensi, yaitu pada hari pertama pemberian leaflet, hari kedua dilakukan demonstrasi, hari ketiga dilakukan redemonstrasi dan keempat serta kelima dilakukan bimbingan sekaligus evaluasi sementara terhadap

keterampilan ibu melakukan PMK. Kemudian pada kedua kelompok tersebut melakukan kunjungan ke responden untuk melakukan penilaian terhadap keterampilan ibu melakukan PMK.

Hasil penilaian keterampilan ibu dalam melakukan PMK di rumah pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi penelitian berbeda. Pada kelompok kontrol 100% dinyatakan tidak terampil, sedangkan pada kelompok intervensi 53,3% dinyatakan terampil. Pada hasil uji statistik nilai *p value* 0.002, hasil ini memperlihatkan bahwa ada perbedaan yang signifikan keterampilan melakukan PMK pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Sedikitnya responden yang dinyatakan terampil (26,7%), hal ini terlihat dari adanya beberapa langkah yang tidak terpenuhi/dilakukan oleh responden. Seharusnya dengan pemberian intervensi tersebut bisa lebih banyak responden yang terampil, hal ini menyebabkan peneliti melakukan evaluasi terhadap pengisian lembar observasi. Hasilnya didapatkan bahwa ada beberapa langkah yang tidak terpenuhi, tetapi sebenarnya beberapa dari langkah tersebut bukan merupakan hal yang prinsipil atau berpengaruh langsung terhadap efek dari pemberian PMK. Langkah-langkah pada lembar observasi yang tidak terpenuhi yaitu: cuci tangan sebelum menggendong, tungkai bayi haruslah dalam posisi kodok, pelaksanaan 60 menit, mengawasi suhu tubuh bayi dengan punggung tangan.

Setelah dilakukan analisis bahwa langkah cuci tangan sering diabaikan oleh responden karena beranggapan tangan mereka sudah bersih saat menyentuh bayinya, sehingga tidak perlu melakukan cuci tangan. Pada langkah tungkai bayi dalam posisi kodok, beberapa responden menyatakan bahwa posisi tersebut dipercayai akan menyebabkan postur kurang baik karena akan membentuk kedua tungkai kaki membentuk hurup "O", dan adanya larangan dari orangtua dalam posisi tersebut. Pada langkah pelaksanaan 60 menit,

beberapa responden dari kelompok control maupun dari kelompok interensi mendapatkan informasi dari perawat bahwa pelaksanaan boleh dilakukan selama 30 menit. Pada langkah selanjutnya mengawasi suhu tubuh bayi dengan punggung tangan, responden ada yang melakukan kurang tepat yaitu bukan dengan punggung tangan tetapi dengan telapak tangan, tapi ada juga yang tidak melakukan.

Pada penelitian yang dilakukan Neary et al. (2011) terkait pengaruh perencanaan pulang pada BBLR terhadap lama rawat BBLR. Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya perencanaan pulang yang dilakukan sejak BBLR di rawat membuat penurunan lama rawat BBLR di rumah sakit. Perencanaan pulang pada BBLR memberikan tujuan untuk penghematan biaya, penurunan terjadinya infeksi nosokomial, dan memberikan manfaat pada keluarga.

Kelangsungan hidup BBLR dan bayi sakit meningkat karena teknologi yang canggih, obat-obatan dan pengetahuan tentang perawatannya. Bayi dan keluarga harus bertahan dalam kurun waktu rawat yang lama sebelum mereka pulang, terkadang masih ada masalah yang menyertai terkait perawatan khusus (Bissel & Long, 2003 dalam Neary, et al., 2011).

Perawat harus berperan dalam mempersiapkan keluarga, melalui proses perencanaan pulang dan memastikan mereka memperoleh keterampilan yang diperlukan. Pemberian support dan keterlibatan dalam proses perencanaan pulang pada BBLR, karena dapat mengurangi risiko diterima kembali dan juga memberikan orang tua keyakinan dalam merawat BBLR di rumah (Smith, et al, 2009 dalam Neary, et al., 2011). Perencanaan pulang harus menjadi terstruktur dan berlangsung selama BBLR dirawat di rumah sakit (Mills, et al. 2006 dalam Neary, et al., 2011).

6.2 Keterbatasan penelitian

Keterbatasan peneliti dalam penelitian ini adalah bahwa yang tadinya alokasi pengambilan sampel di rumah sakit dan pelaksanaan PMK langsung ke BBLR saat rawat gabung, ternyata tidak semua responden dapat seperti itu. Beberapa responden yang lahir di rumah dan BBLRnya dikirim, maka proses persiapan mempersiapkan ibu untuk mampu melakukan PMK dilakukan di rumah dengan pantom/boneka, sedangkan perencanaan pulang pelaksanaan PMK di rumah sakit digantikan oleh keluarga. Pada proses penilaian dilakukan pada saat BBLR pulang 3 hari dari rumah sakit, sama seperti pada responden yang melahirkan BBLR di rumah sakit. Keterbatasan lainnya bahwa peneliti tidak dapat mengontrol lama rawat BBLR. Selanjutnya peneliti juga tidak dapat memantau secara langsung pelaksanaan PMK oleh ibu di rumah, setelah ibu pulang dari rumah sakit.

6.3 Implikasi hasil penelitian

6.3.1 Bagi pelayanan keperawatan

Hasil dari penelitian ini bisa dijadikan bahan pertimbangan untuk selanjutnya dapat menerapkan PMK secara berkelanjutan dari sejak BBLR dirawat, sampai pulang dan perlu juga adanya pemantauan yang berkelanjutan di rumah. Sehingga komunikasi antar tenaga kesehatan dimasyarakat perlu dilakukan adanya kerja sama

6.3.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Pendidikan keperawatan merupakan salah satu institusi yang akan terus mencetak tenaga perawat yang professional. Pada pencapaiannya perlu adanya pengembangan diri dalam hal informasi-informasi terkini, dan hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya informasi tentang keperawatan.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini memaparkan simpulan dan saran berdasarkan analisis hasil penelitian dan pembahasan yang terkait penelitian. Simpulan yang dibuat berdasarkan karakteristik dari responden, pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah, pengaruh faktor perancu terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah. Saran yang dibuat ditujukan bagi institusi pelayanan, keilmuan dan penelitian selanjutnya.

7.1 Simpulan

7.1.1 Karakteristik responden : usia responden paling muda 17 tahun paling tua 40 tahun, 23,3% responden tingkat pendidikan dasar, 86,6% responden melakukan PMK setelah pulang dari rumah sakit. 53% responden menyatakan cemas. 56,6% responden menyatakan tidak melakukan PMK bila sakit. 76,7% responden mendapatkan dukungan suami dalam pelaksanaan PMK. 30% responden tingkat sosial ekonomi rendah.

7.1.2 Kelompok kontrol, 100% responden dinyatakan tidak ada yang terampil, sedangkan pada kelompok intervensi, 53,3% responden dinyatakan terampil. 26,7% Responden dinyatakan terampil. Ini disebabkan beberapa langkah yang tidak dilakukan pada lembar observasi.

7.1.3 Adanya perbedaan pada keterampilan kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Adanya kecenderungan kelompok intervensi lebih terampil dibandingkan kelompok kontrol.

7.1.4 Faktor perancu mencakup pendidikan, pengalaman, emosi ibu, kdisi isik, dukungan suami, dan tingkat sosial ekonomi tidak berpengaruh terhadap keterampilan ibu dalam melakukan PMK.

7.2 Saran

7.2.1 Institusi Pelayanan

Institusi pelayanan khususnya ruang perinatologi untuk dapat mempertimbangkan hasil penelitian ini, sebagai dasar dalam memberikan

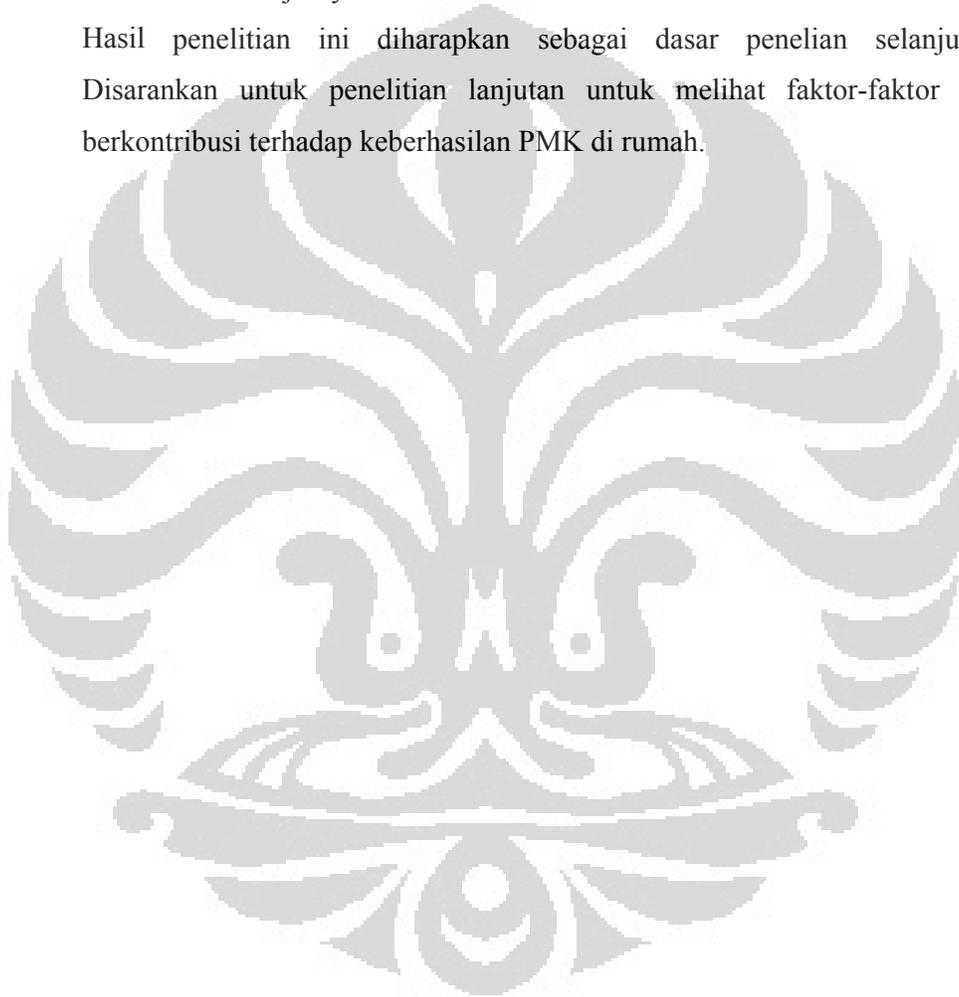
pelayanan asuhan keperawatan pada bayi BBLR dalam penerapan PMK sebagai bagian dari protap penatalaksanaan BBLR.

7.2.2 Keilmuan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi *evidence based practice* bagi penatalaksanaan BBLR terutama dalam penerapan PMK.

7.2.3 Penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai dasar penelitan selanjutnya. Disarankan untuk penelitian lanjutan untuk melihat faktor-faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan PMK di rumah.



DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M.R. & Tomey, A.M. (2006). *Nursing theorist and their work*. Edisi 6 St Louis. Mission Mosby, Inc
- Barradas, J., Fonseca, A., Guimaraes, C.L., & Lima, G.M. (2006). Relationship between positioning of premature infants in kangaroo mother care and early neuromotor development. *Jornal de Pediatria*, 82(6), 475-479
- Discharge Planning Association. (2008). *Discharge planning*. Diunduh tanggal 03 Maret 2012 dari <http://www.dischargeplanning.org.au/index.htm>.
- Depkes RI. (2007). *Riset kesehatan dasar*. Diunduh tanggal 25 Januari 2012 dari <http://www.depkes.go.id>
- _____. (2010). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2010*. Diunduh tanggal 28 Januari 2012 dari <http://www.depkes.go.id>
- Deswita, Besral & Rustina (2012). Pengaruh perawatan metode kanguru terhadap respon fisiologis bayi premature. Diunduh tanggal 28 Januari 2012. Dari www.jurnalkesmas.org/berita-327
- Ferber & Makhoul. (2004). The Effect of skin-to-to skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 858-865.
- Flacking, Ewald & Wallin (2011). Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infant. Diunduh tanggal 04 Maret 2012 dari <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2011.01226.x/abstract>
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Essential of pediatric nursing*. St. Louis: Mosby Year Book
- Jhonston, et al. (2008). Kangaroo mother care diminished pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. *BMC Pediatrics*, 1-9
- Kasjono & Yasril. (2009). *Teknik sampling untuk penelitian kesehatan Cet. I*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Kozier, et al. (2004). *Fundamental of nursing concepts process and practice*. 1st. Volume 6 th edition. New Jersey. Pearson Hall.
- Lawn, J.E., Kambafwile, J.M., Horta, B.L., Cousen, S. (2010). Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *International Journal of Epidemiology*, 39, i144-i154

- Marthalena. (2009). *Pengaruh discharge planning yang dilakukan perawat terhadap kesiapan pasien pasca bedah akut abdomen menghadapi pemulangan di RSUP H. Adam Malik.*
- Martinsusilo. (2007). *Kepemimpinan situasional.* Diaunduh tanggal 04 Maret 2012 dari [http:// www.edymartin.word.press.com](http://www.edymartin.word.press.com).
- Medical Mutual of Ohio. (2008). *Discharge planning guideline.* Diunduh tanggal 03 Maret 2012 dari [http:// www.medimutual.com/proviver/resources/hospital_services/ dischargeplanning.aspx](http://www.medimutual.com/proviver/resources/hospital_services/dischargeplanning.aspx).
- Moniem and Morsy. (2011). The Effectiveness of kangaroo technique on preterm infant's weight gain. *Journal of American Science*, 2011;7(1)
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (2005). *Nursing research: principles and methods.* Philadelphia: Lippincott
- Pollit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia: Lippincott
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses dan praktek.* Vol. I, edisi 4. Jakarta: EGC
- _____. (2006). *Clinical nursing skills & techniques.* 6 th edition. Missouri: Mosby Inc.
- Potts, N.L., & Mandelco, B.L. (2007). *Pediatric nursing skills and techniques (3rd ed).* St. Louis: Mosby Company
- Priya, J.J. (2004). Kangaroo care for low birth weight babies. *Nursing journal of India*, September 2004
- Rondhianto. (2008). *Keperawatan perioperatif.* Diunduh tanggal 03 Maret 2012 dari <http://athearobiansyah.blogspot.com/2008/01/keperawatanperioperatif.htm>
- Royalmerdsden. Org. (2004). *Discharge planning.* Diunduh tanggal 03 Maret 2012 dari [http:// www.royalmerdsden.org](http://www.royalmerdsden.org).
- Sandjaja & Heriyanto, A. (2000). *Panduan Penelitian.* Jakarta: Prestasi pustaka.
- Sastroasmoro, S., & Ismail, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis (edisi ketiga).* Jakarta: Sagung Seto
- Sugiyono. (2011). *Metodologi penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D.* Bandung: Alfabeta
- Swansburg, R.C. (2000). *Kepemimpinan & manajemen keperawatan untuk perawat klinis.* Jakarta: EGC

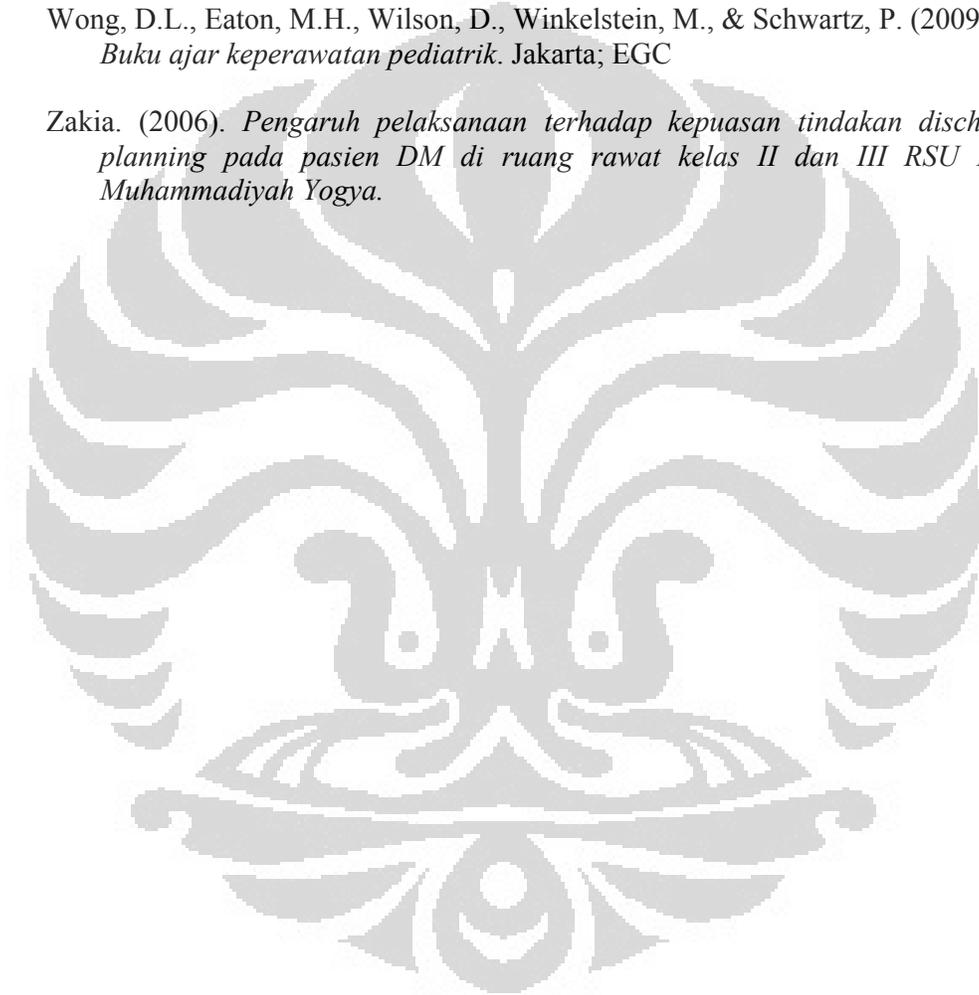
Timby, B.K. (2009). *Fundamental nursing skills and concepts 9 th ed. Edition 9* .
Lippincott's Practical Nursing.

Quasem, Sloan, Chowdhury, Ahmed, Chowdhury, A.M.R. (2003). Adaptation of kangaroo mother care for community. *Journal of Perinatology* (2003) 23. 646-651

WHO. (2003). *Kangaroo mother care A practical guide*. Geneva; Departemen of Reproductive Health and Resource

Wong, D.L., Eaton, M.H., Wilson, D., Winkelstein, M., & Schwartz, P. (2009).
Buku ajar keperawatan pediatrik. Jakarta; EGC

Zakia. (2006). *Pengaruh pelaksanaan terhadap kepuasan tindakan discharge planning pada pasien DM di ruang rawat kelas II dan III RSUD Muhammadiyah Yogya*.



PENJELASAN PENELITIAN

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir perkuliahan maka mahasiswa diwajibkan melakukan penelitian yang dapat memberikan sumbangsih kepada masyarakat, oleh karena itu saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nursinih
Status : Mahasiswa Program Magister Keperawatan Anak FIK UI
Alamat : Dusun Bunder Rt. 03/ Rw. 01 Desa Patrol Kec. Patrol , kabupaten Indramayu
Judul : Pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru (PMK) terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah

Mengajukan permohonan kepada ibu untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian yang akan saya lakukan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah. PMK membantu bayi dalam kondisi tetap hangat, ibu akan merasa lebih dekat dan bertambah sayang terhadap bayinya.

Apabila ibu bersedia menjadi responden, maka ibu akan diberi perencanaan pulang, dari pemberian leaflet PMK, dilakukan demonstrasi dan redemonstrasi untuk selanjutnya dilakukan bimbingan melakukan PMK selama di rawat. Pada hari ke tiga setelah pulang dari rumah sakit nantinya ibu akan dilakukan kunjungan rumah untuk melihat keterampilan ibu dalam melakukan PMK. Peneliti menjamin bahwa tindakan PMK tidak akan memberikan efek samping negative atau merugikan responden. Identitas dan informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya.

Demikian permohonan ini peneliti ajukan, atas perhatian dan kerjasamanya, peneliti ucapkan terima kasih.

Indramayu, Mei 2012
Hormat saya,

Nursinih



PEMERINTAH KABUPATEN INDRAMAYU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANTURA M.A. SENTOT PATROL

Jalan Raya Patrol Km. 50 No Telp. (0234) 612715 Indramayu 45257
Fax. (0234) 610744 Email: rsud_pantura@yahoo.co.id

Indramayu, 25 Mei 2011

Nomor : 423.4 /106.8 - RSUDPMAS

Kepada :

Lampiran :-

Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Perihal : Balasan Ijin Penelitian

Universitas Indonesia Depok

di

Depok

Menindak lanjuti surat dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor : 2351/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 pada tanggal 16 Mei 2012 perihal Permohonan Ijin Penelitian di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Kabupaten Indramayu atas nama :

Nama : NURSINIH

NPM : 1006 800 996

Pada dasarnya kami tidak keberatan dan mengijinkan Mahasiswa tersebut untuk melakukan penelitian ditempat kami.

Demikian surat balasan ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

RSUD Pantura M.A Sentot Patrol
Kabupaten Indramayu
Direktur

dr. H. DEDEN BONNI KOSWARA
NIP. 19740110 200212 1 008

PENJELASAN PENELITIAN

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir perkuliahan maka mahasiswa diwajibkan melakukan penelitian yang dapat memberikan sumbangsih kepada masyarakat, oleh karena itu saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nursinih
Status : Mahasiswa Program Magister Keperawatan Anak FIK UI
Alamat : Dusun Bunder Rt. 03/ Rw. 01 Desa Patrol Kec. Patrol , kabupaten Indramayu
Judul : Pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru (PMK) terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah

Mengajukan permohonan kepada ibu untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian yang akan saya lakukan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah. PMK membantu bayi dalam kondisi tetap hangat, ibu akan merasa lebih dekat dan bertambah sayang terhadap bayinya.

Apabila ibu bersedia menjadi responden, maka ibu akan diberi perencanaan pulang, dari pemberian leaflet PMK, dilakukan demonstrasi dan redemonstrasi untuk selanjutnya dilakukan bimbingan melakukan PMK selama di rawat. Pada hari ke tiga setelah pulang dari rumah sakit nantinya ibu akan dilakukan kunjungan rumah untuk melihat keterampilan ibu dalam melakukan PMK. Peneliti menjamin bahwa tindakan PMK tidak akan memberikan efek samping negative atau merugikan responden. Identitas dan informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya.

Demikian permohonan ini peneliti ajukan, atas perhatian dan kerjasamanya, peneliti ucapkan terima kasih.

Indramayu, Mei 2012
Hormat saya,

Nursinih

**LEMBAR PERSETUJUAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN
DALAM PENELITIAN**

Setelah membaca surat permohonan dan mendapatkan penjelasan penelitian mengenai pengaruh pelaksanaan perencanaan pulang berfokus perawatan metode kanguru terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah, saya memahami tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian yang akan dilakukan, maka yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (Inisial) :
Umur :
Alamat :

Secara sukarela dan penuh kesadaran menyatakan bahwa saya bersedia untuk terlibat menjadi responden dalam penelitian yang akan dilaksanakan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Indramayu, Mei 2012
Responden,

(.....)

KUESIONER PENGARUH PELAKSANAAN PERENCANAAN PULANG BERFOKUS PERAWATAN METODE KANGURU (PMK) TERHADAP KETRAMPILAN IBU DALAM MELAKUKAN PMK DI RUMAH

Kode Responden (diisi peneliti):

Petunjuk pengisian

- a. Bacalah dengan teliti pertanyaan – pertanyaan di bawah ini
- b. Jawablah setiap pertanyaan sesuai dengan kondisi ibu
- c. Berikan tanda silang “x” pada kolom yang disediakan sesuai jawaban yang ibu anggap benar

1. Pendidikan terakhir ibu:

- SD SMP SMA Diploma
 Sarjana Magister Doktor

2. Setelah pulang dari rumah sakit, berapa kali ibu pernah melakukan PMK?

- : Ya, 2 kali : Ya, 3 kali : Tidak pernah

3. Apa yang ibu rasakan saat melakukan PMK?

- Cemas Senang

4. Apakah ibu diperbolehkan melakukan PMK oleh suami?

- : Ya : Tidak

5. Apakah saat ibu melakukan PMK suami mendampingi ibu?

- : Ya : Tidak

6. Saat ibu merasa kurang sehat, apakah ibu akan melakukan PMK?

- : Ya : Tidak

7. Apakah rumah yang ibu dan bapak tempati merupakan milik ibu sendiri?

- : Ya : Tidak

8. Apakah ibu bekerja untuk menambah penghasilan suami?

- : Ya : Tidak

Kode Responden (diisi peneliti):

Daftar Tilik tahap-tahap pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru

(Perinasia 2003)

Nama (Initial) :

Usia ibu :

Alamat :

Pelaksanaan	Ya	Tidak
1. Cuci tangan sebelum menggendong		
2. Pakaian bayi dalam gendongan kanguru pakai popok, kaos kaki, dan topi bayi		
3. Masukan ke dalam gendongan kanguru		
4. Bayi diletakkan tegak lurus di dada ibu		
5. Kulit bayi menempel pada kulit ibu		
6. Letakkan antara kulit dada ibu dan bayi seluas-luasnya		
7. Pertahankan posisi bayi dengan kain gendongan, kalau perlu ikat bagian bawah agar bayi tidak jatuh		
8. Tungkai bayi haruslah dalam posisi "kodok"		
9. Tangan harus dalam posisi fleksi.		
10. Kepala bayi sedikit tengadah supaya bayi dapat bernafas dengan baik dan ibu dapat memandang atau menatap mata bayi		
11. Atur posisi menggendong agar nyaman dan tidak jatuh, ikatan gendongan harus kuat untuk menghindar bayi jatuh ketika ibu selesai duduk kemudian berdiri.		
12. Saat tidur sebaiknya posisi kepala tinggi		
13. Hentikan prosedur apabila bayi rewel, gelisah, menangis, BAB, BAK		
14. Pelaksanaan 60 menit		
15. Mengawasi suhu tubuh dengan punggung tangan		

Catatan:

Terampil : bila semua langkah dilakukan

Tidak terampil: bila ada satu langkah tidak dilakukan

Perawatan Metode Kanguru



Oleh:
NURSINIH

Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
2012

Perawatan metode kanguru.....?

Perawatan untuk bayi kecil (BBLR) dengan melakukan kontak langsung kulit bayi dengan kulit ibunya

Manfaat untuk bayi

- Suhu bayi stabil
- Penambahan berat badan
- Tidur lebih lama
- Menyusui lebih lama

Manfaat untuk ibu

- Menambah erat hubungan ibu dan bayi
- Meningkatkan produksi ASI

Pelaksanaan

- Intermitten (sewaktu-waktu): dilakukan pada bayi belum stabil, lamanya 1 jam (60 menit)
- Terus menerus, dilakukan pada bayi sehat, dilakukan dalam 24 jam



Gambar 1: Pakaian bayi pada PMK



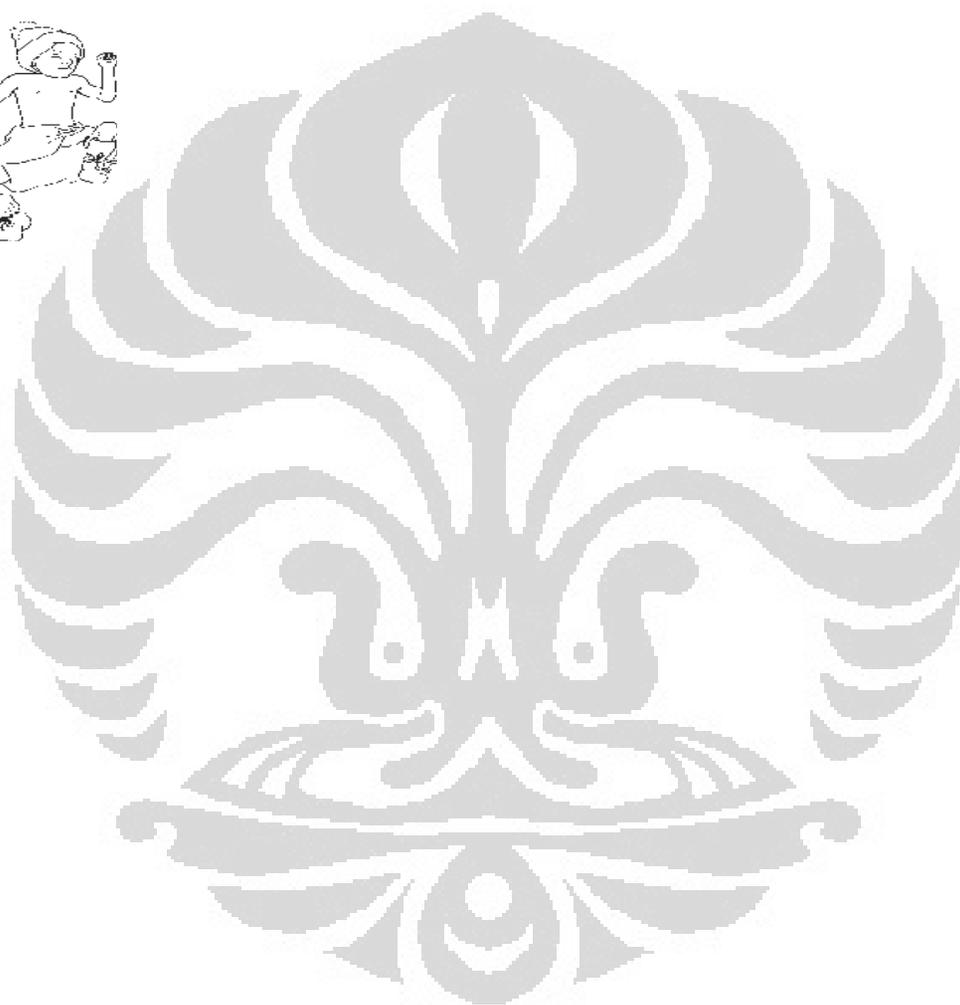
Gambar 2: Memposisikan bayi untuk PMK



Gambar 3: bayi dalam posisi PMK



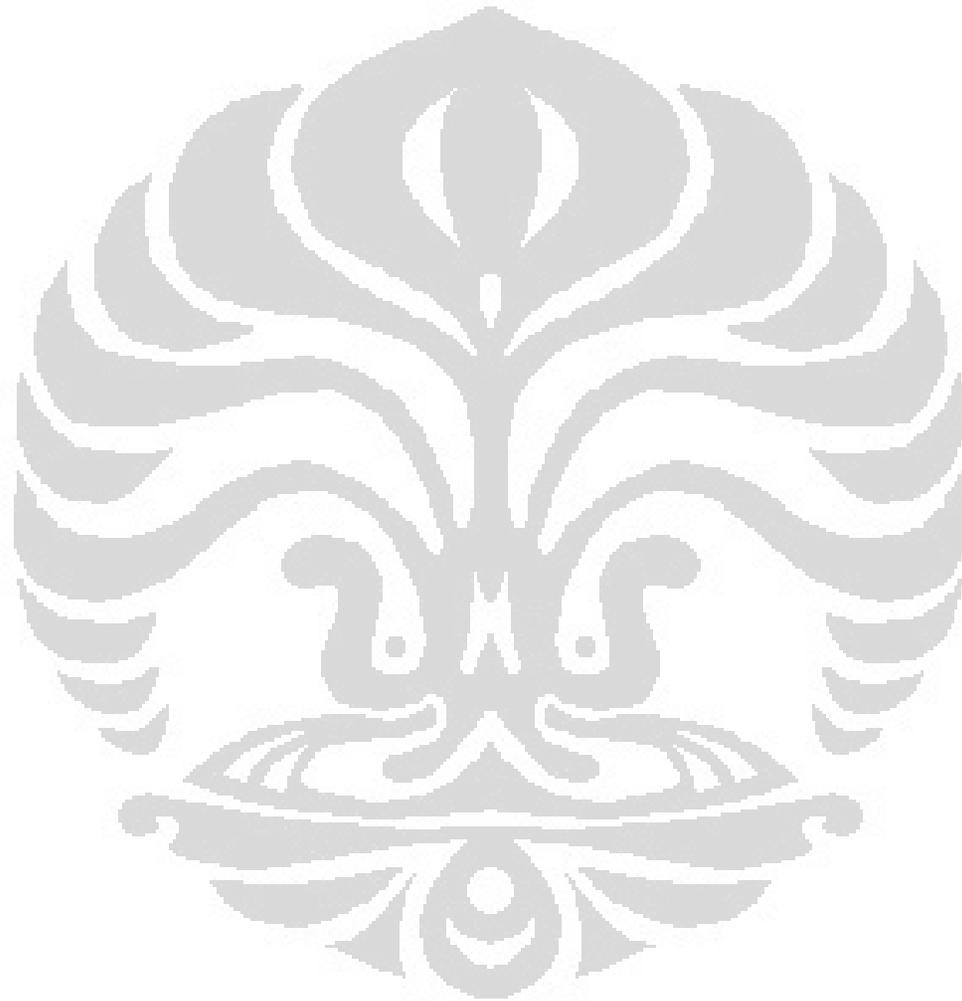
Gambar 4: Mengeluarkan bayi dari baju kanguru



[Type text]

[Type text]

[Type text]



[Type text]

[Type text]

[Type text]

**FORMAT DOKUMENTASI PELAKSANAAN
PERAWATAN METODE KANGURU DI RUMAH SAKIT
(Diisi asisten)**

Kelompok Intervensi

Hari	Responden														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1															
2															
3															
4															
5															
P															

Keterangan:

1. Hari 1 s.d 3 diberi tanda L,D,R (L: pemberian leaflet, D: demonstrasi, R: redemonstrasi)
2. Hari ke 4 dst diberi tanda "X", bila ibu melakukan PMK
3. Penilaian pada kolom kategori, yaitu 1 berarti terampil, 0 berarti tidak terampil
4. "P" penilaian dilakukan peneliti terhadap keterampilan ibu melakukan PMK di rumah.

JADUAL PELAKSANAAN PENELITIAN

Pengaruh Pelaksanaan Perencanaan Pulang Berfokus Perawatan Metode Kanguru (PMK) terhadap Keterampilan Ibu Melakukan PMK di Rumah

No	Kegiatan	Waktu Penelitian																											
		Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli							
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV				
1.	Proposal penelitian	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
2.	Ujian proposal																												
3.	Revisi proposal																												
4.	Surat izin penelitian																												
5.	Pengumpulan data																					■	■	■	■				
6.	Analisis data																					■	■	■	■				
7.	Penyusunan laporan																												
8.	Sidang hasil																									■			
9.	Perbaikan (revisi)																										■		
10.	Sidang tesis																											■	
11.	Revisi tesis																												■
12.	Pengumpulan tesis																												■

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata

Nama : Nursinih
Tempat, Tgl Lahir : Indramayu, 05 Agustus 1971
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Dosen Akademi Keperawatan Saifudin Zuhri
Alamat Instansi : Jl. Pahlawan No. 45 (Bunderan Kijang)
Alamat rumah : Dusun Bunder Rt 03 Rw 01 Desa Patrol Kec. Patrol, Kab. Indramayu 45257

Riwayat Pendidikan

SD SDN II Patrol (Lulus tahun 1985)
SMP SMPN 3 Indramayu (lulus tahun 1988)
SMAN SMAN I Sindang (Lulus tahun 1991)
S1 K EPERAWATAN FK UNPAD (Lulus tahun 2005)

Riwayat Pekerjaan

RSUD Indramayu Tahun 1996-2001
Akper Saifudin Zuhri Tahun 2005-Sekarang