



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT  
TENTANG PERAWATAN METODE KANGURU  
DI RSAB HARAPAN KITA**

**SKRIPSI**

**NI NENGAH KUSUMAWATI  
NPM : 1006823444**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM SARJANA ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT  
TENTANG PERAWATAN METODE KANGURU  
DI RSAB HARAPAN KITA**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Ilmu  
Keperawatan**

**NI NENGAH KUSUMAWATI  
NPM : 1006823444**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM SARJANA ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2011**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

**Nama** : Ni Nengah Kusumawati  
**NPM** : 1006823444

**Tanda Tangan** :



**Tanggal** : 10 Juli 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

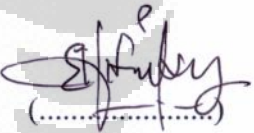
Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Ni Nengah Kusumawati  
NPM : 1006823444  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Skripsi : Gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru di RSAB Harapan Kita

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ekstensi Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

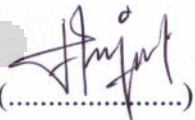
### DEWAN PENGUJI

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



(.....)

Penguji : Fajar Tri Waluyanti, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An



(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 10 Juli 2012

Universitas Indonesia

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru di RSAB Harapan Kita”**

Penyusunan skripsi ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Program Sarjana Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

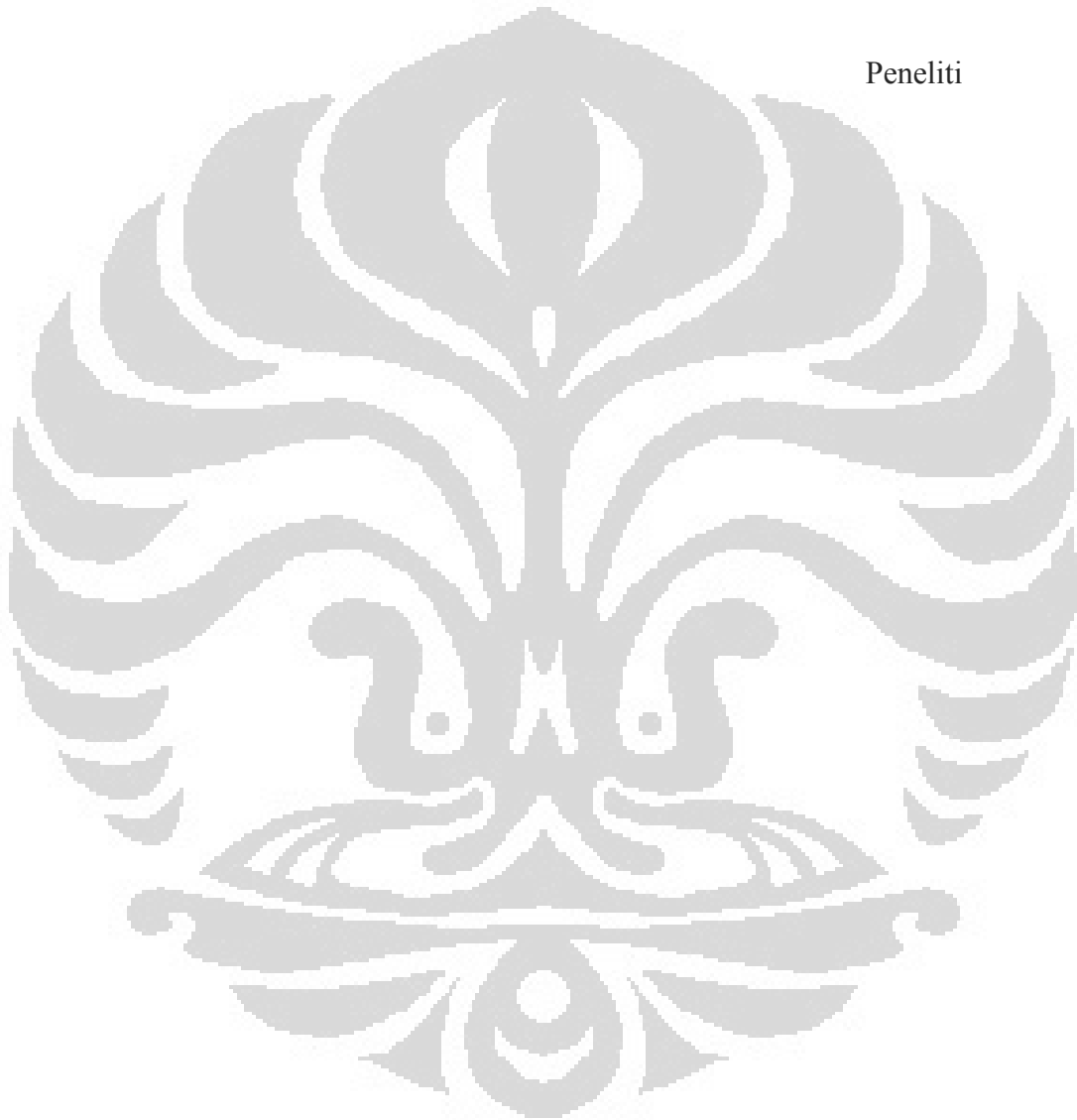
Selama penyusunan proposal ini tidak terlepas dari peran dan dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dewi Irawati, MA, PhD selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Elfi Syahreni, S.Kp., M. Kep., Sp. Kep. An. selaku dosen pembimbing yang telah mengarahkan dan memberikan masukan dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Kuntarti, SKp., M. Biomed. selaku koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan.
4. Ibu Fajar Tri Waluyanti, S.Kp., M Kep., Sp.Kep.An. selaku penguji dalam sidang skripsi ini.
5. Keluarga tercinta, orang tua di Bogor, orang tua di Bali, suami, ananda Putri, dan ananda Made yang selalu memberikan semangat dan dukungan dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
6. Teman-teman seangkatan yang selalu memberikan semangat dan dukungan yang besar dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
7. Teman-teman sejawat yang telah banyak membantu dalam penyusunan skripsi ini.
8. Pihak Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita yang telah memberikan tempat untuk melakukan penelitian ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini terdapat banyak kekurangan, mengingat keterbatasan peneliti, karena itu peneliti mengharapkan kritikan dan sarannya yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini.

Depok, Juli 2012

Peneliti



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

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

Nama : Ni Nengah Kusumawati  
NPM : 1006823444  
Program studi : Sarjana Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Skripsi

demikian 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 :

Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Perawatan Metode Kanguru di RSAB Harapan Kita

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan skripsi 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.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 10 Juli 2012

Yang menyatakan



(Ni Nengah Kusumawati)

## ABSTRAK

Nama : Ni Nengah Kusumawati  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul : Gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru. Metode penelitian ini menggunakan desain deskriptif. Sampel yang digunakan dalam penelitian adalah perawat yang berjumlah 55 orang. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan total sampling yaitu melibatkan seluruh populasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 14 (25,5%) orang memiliki pengetahuan yang tinggi tentang perawatan metode kanguru dan 41 (74,5%) orang memiliki pengetahuan yang cukup tentang perawatan metode kanguru. Penelitian ini merekomendasikan agar perawat dapat lebih meningkatkan pengetahuannya tentang perawatan metode kanguru dan rumah sakit setempat hendaknya meningkatkan fasilitas yang dibutuhkan dalam pelaksanaan perawatan metode kanguru.

Kata Kunci: pengetahuan perawat, perawatan metode kanguru

## ABSTRACT

Name : Ni Nengah Kusumawati  
Program Study : Program Of Nursing Science Faculty Of Nursing University Of Indonesia  
Title : Description Of Nurses' Knowledge About Kangaroo Method Care

The research objective was to obtain nurses' knowledge about kangaroo method care. This research method used descriptive design with total sampling technique that is involving the entire population. The respondents were 55 nurses. The results showed that 14 (25,5%) respondents had high level of knowledge about the kangaroo method care and 41(74,5%) respondents had moderate knowledge about it. This study recommends that nurses can further improve their knowledge about kangaroo method care, and local hospitals should improve the facilities that required for implementation of kangaroo method care.

Key words: kangaroo method care, nurse's knowledge



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR DIAGRAM</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	6
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>8</b>
2.1 Bayi Berat Lahir Rendah .....	8
2.2 Perawatan Metode Kanguru .....	10
2.2.1 Pengertian Perawatan Metode Kanguru .....	10
2.2.2 Manfaat Perawatan Metode Kanguru .....	11
2.2.3 Komponen Perawatan Metode Kanguru .....	12
2.2.4 Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru .....	14
2.3 Pengetahuan Perawat .....	15
2.4 Kerangka Teori .....	19
<b>BAB 3 KERANGKA KERJA PENELITIAN</b> .....	<b>20</b>
3.1 Kerangka Konsep .....	20
3.2 Definisi Operasional .....	21
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	<b>23</b>
4.1 Desain Penelitian .....	23
4.2 Waktu dan Tempat Penelitian .....	23
4.3 Populasi dan Sampel .....	23
4.4 Etika Penelitian .....	24
4.5 Alat Pengumpulan Data .....	25
4.6 Validitas dan Reliabilitas Instrumen .....	26
4.7 Prosedur Pengumpulan Data .....	28
4.8 Pengolahan Data .....	29
4.9 Analisis Data .....	29

<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>31</b>
5.1 Karakteristik Responden .....	31
5.2 Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Perawatan Metode Kanguru .....	33
5.3 Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Karakteristik Responden .....	37
 <b>BAB 6 PEMBAHASAN .....</b>	 <b>41</b>
6.1 Interpretasi Data dan Diskusi Hasil Penelitian .....	41
6.1.1 Karakteristik Demografi Perawat .....	41
6.1.2 Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Metode Kanguru .....	43
6.2 Keterbatasan Penelitian .....	46
6.3 Implikasi Keperawatan .....	46
6.3.1 Pelayanan Keperawatan .....	46
6.3.2 Penelitian .....	46
 <b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	 <b>47</b>
7.1 Simpulan .....	47
7.2 Saran .....	48

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

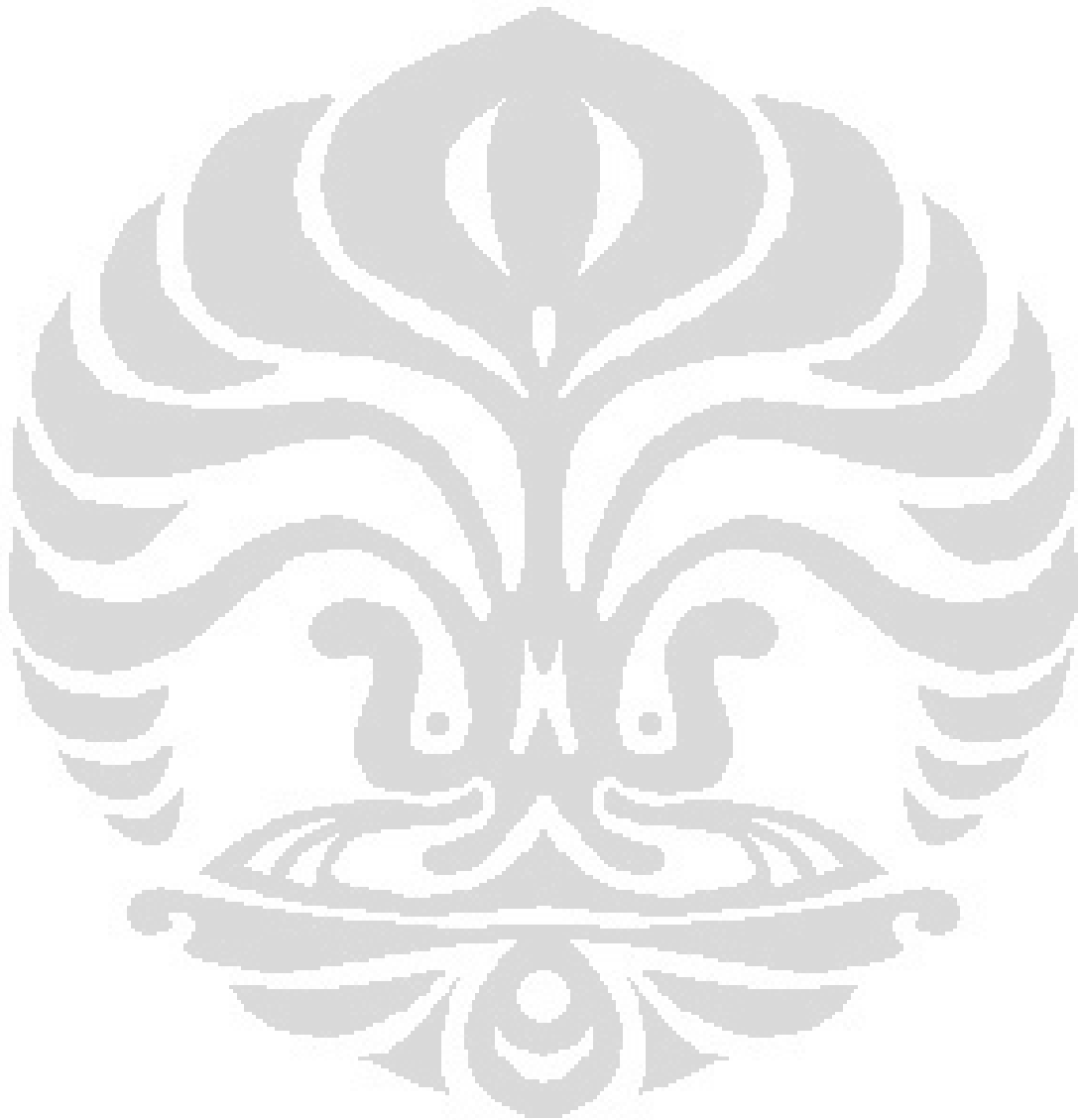
Tabel 3.2	Definisi Operasional.....	20
Tabel 5.1	Analisis Berdasarkan Karakteristik Usia dan Pengalaman Kerja di Ruang Perinatologi RSAB Harapan Kita.....	30
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Perinatologi RSAB Harapan Kita.....	31
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Status Kepegawaian.....	32
Tabel 5.4	Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Perawatan Metode Kanguru Berdasarkan Usia.....	36
Tabel 5.5	Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Perawatan Metode Kanguru Berdasarkan Jenis Kelamin.....	37
Tabel 5.6	Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Perawatan Metode Kanguru Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	37
Tabel 5.7	Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Perawatan Metode Kanguru Berdasarkan Pengalaman Kerja.....	38

## DAFTAR DIAGRAM

Diagram 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	31
Diagram 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang Perawatan Metode Kanguru Secara Umum.....	33
Diagram 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang Pengertian Perawatan Metode Kanguru.....	33
Diagram 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang Manfaat Perawatan Metode Kanguru.....	34
Diagram 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang Kriteria Bayi yang Dilakukan Perawatan Metode Kanguru.....	34
Diagram 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang Komponen dalam Perawatan Metode Kanguru.....	35
Diagram 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang Lamanya Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru..	35

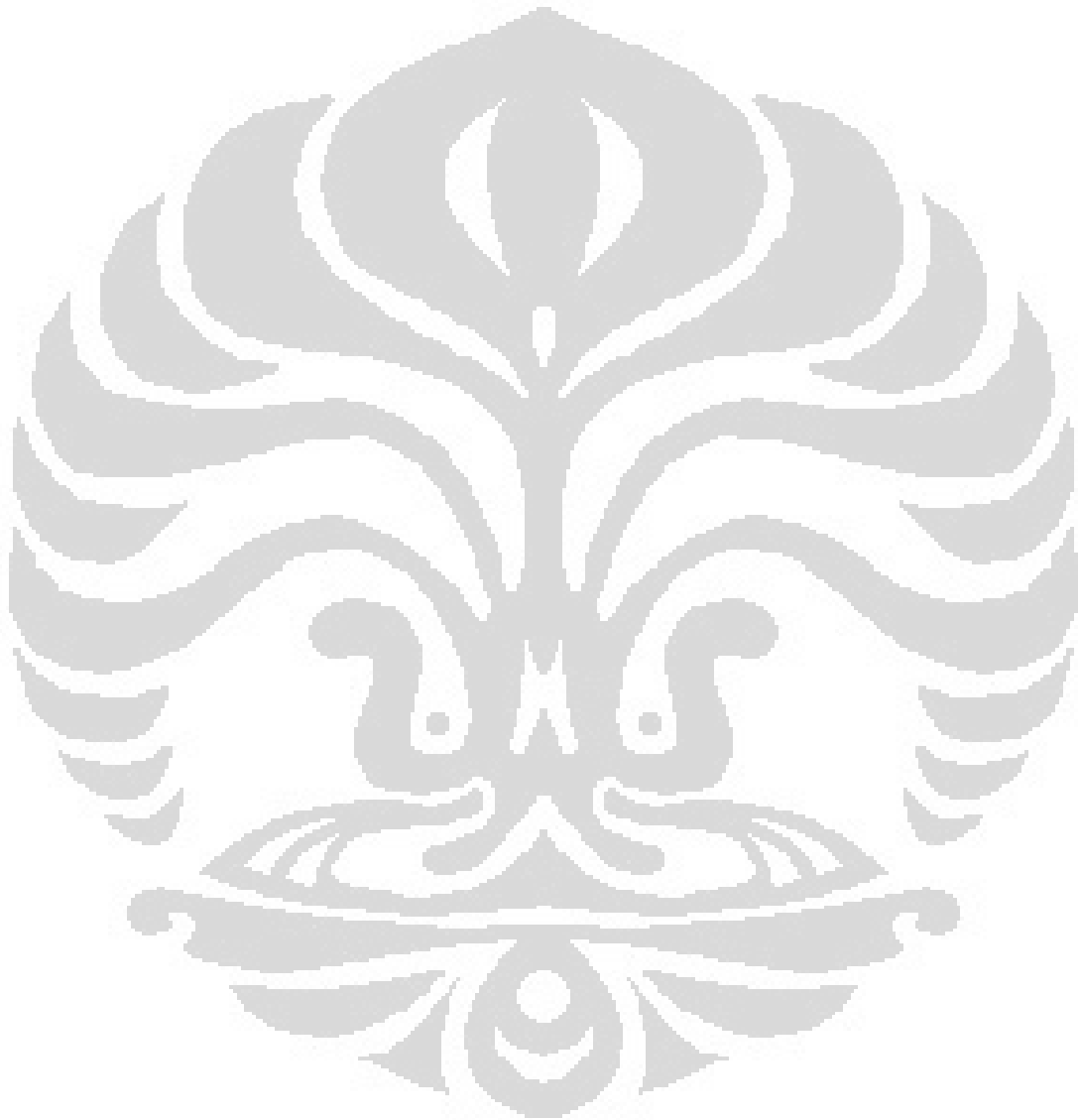
## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Posisi Bayi dalam PMK.....	12
Gambar 2.2	Posisi Menyusui dalam PMK.....	12



## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori.....	18
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	19



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden

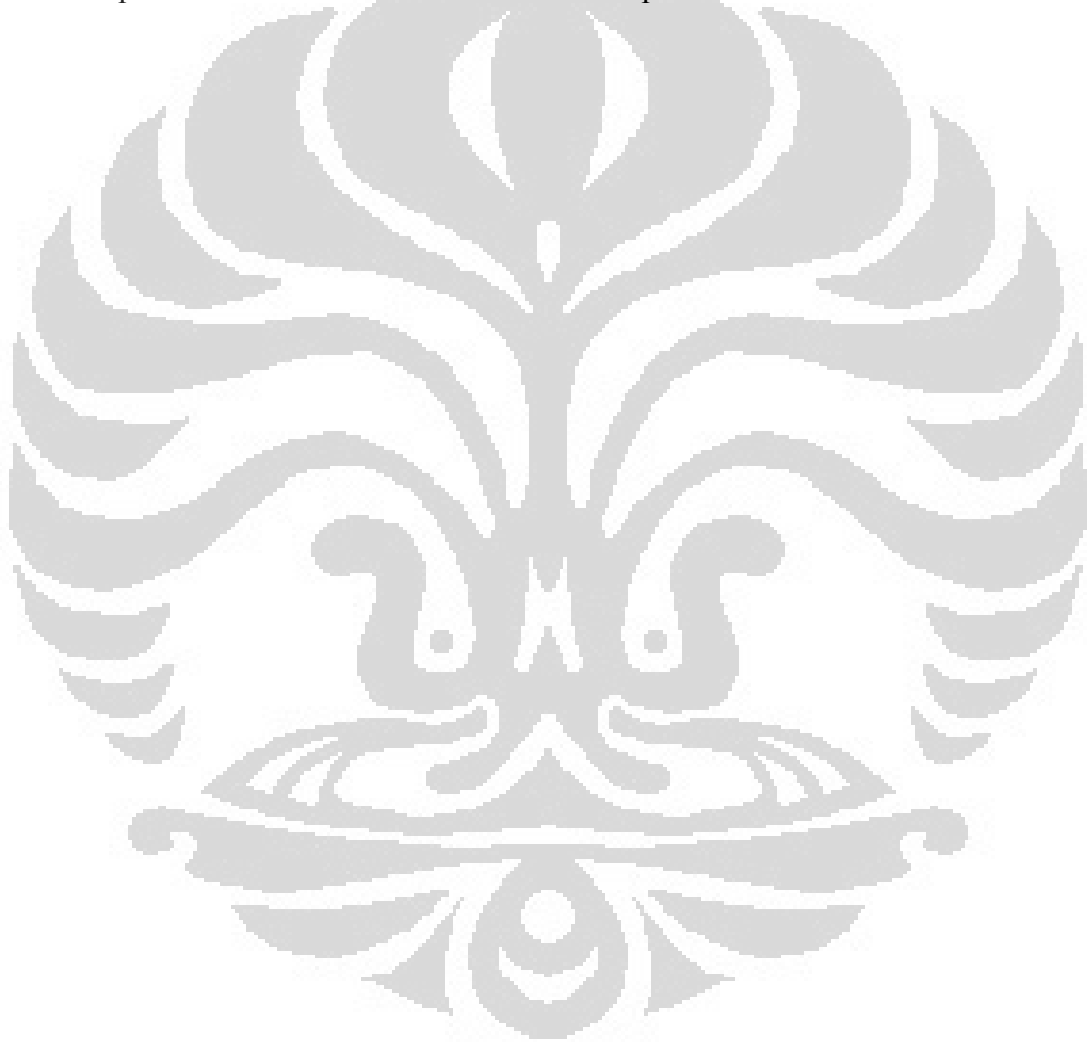
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Kuesioner Penelitian

Lampiran 4 Waktu Penelitian

Lampiran 5 Surat Permohonan Izin Penelitian di RSAB Harapan Kita

Lampiran 6 Lembar Konsultasi Penelitian Keperawatan



# **BAB 1 PENDAHULUAN**

## **1.1 Latar Belakang**

Kelahiran bayi berat lahir rendah (BBLR) di dunia masih relatif tinggi. WHO (2012) mengatakan prevalensi kelahiran BBLR secara umum adalah sekitar 20 juta bayi lahir BBLR (15,5%) setiap tahunnya, diantaranya sekitar 96,5% terjadi di negara berkembang. Indonesia sebagai salah satu negara berkembang dimana kelahiran BBLR juga masih tinggi. Data departemen kesehatan (2004) ditemukan angka kelahiran BBLR diperkirakan mencapai 350.000 bayi setiap tahunnya. Jumlah kelahiran BBLR secara nasional adalah 11,5% (Riskesdas, 2007). RSAB Harapan Kita merupakan salah satu rumah sakit anak dan bunda, ditemukan angka kelahiran BBLR pada tahun 2011, hampir mendekati angka nasional yaitu sekitar 10,5% dari 2124 bayi baru lahir, terutama BBLR dengan gestasi 32–35 minggu dan berat badan berkisar antara 1300–2475 gram.

BBLR berkontribusi terhadap kejadian kematian neonatus. Secara statistik angka kesakitan dan kematian pada masa neonatus di negara berkembang cukup tinggi, dengan penyebab utama berkaitan dengan BBLR. WHO (2003) mengemukakan bahwa 27% kematian neonatus disebabkan oleh BBLR. Hasil Survey Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2005, menunjukkan bahwa BBLR merupakan penyebab tingginya angka kematian neonatus yaitu sekitar 38,85%. Hasil penelitian Hodgman, Barton, Pavlova, dan Fasset (2003), menemukan bahwa infeksi adalah penyebab utama kematian pada BBLR. Kematian ini terjadi dalam 48 jam pertama dan diklasifikasikan sebagai infeksi kongenital. Pada pemeriksaan plasenta menunjukkan bukti tanda infeksi sebagai penyebab kematian bayi.

BBLR belum dapat mengatur suhu tubuhnya dengan sempurna dalam menghadapi perubahan lingkungan dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin yang suhunya lebih tinggi. Suhu dingin menyebabkan BBLR menggunakan cadangan lemak coklat untuk menghasilkan panas. BBLR



memiliki jaringan lemak subkutan, lemak coklat, dan penyimpanan glikogen yang rendah sehingga berisiko mengalami masalah ketidakstabilan suhu (Merenstein & Gardner, 2002). Bobak (2005) juga mengungkapkan bahwa BBLR memiliki lebih sedikit massa otot, lebih sedikit lemak coklat, lebih sedikit lemak subkutan untuk menyimpan panas, dan sedikit kemampuan untuk mengontrol kapiler kulit. Hal ini mengakibatkan BBLR mudah mengalami kehilangan panas tubuh dan berisiko terjadi hipotermia. Oleh karena itu BBLR memerlukan perhatian khusus untuk mempertahankan suhu tubuhnya. Hasil penelitian Miller, Lee, dan Gould (2011) tentang hipotermia pada BBLR. Hipotermia banyak terjadi pada BBLR dan dikaitkan dengan perdarahan intraventrikuler dan kematian. Penelitian lain yang dilakukan oleh Knobel, Holditch, Davis, Schwartz, dan Wimmer, (2009) tentang vasokonstriksi perifer pada BBLR ekstrim menunjukkan bahwa suhu tubuh menurun selama 12 jam pertama kehidupan.

Selain pengaturan suhu yang masih rendah, BBLR memiliki daya tahan tubuh yang masih lemah dan pembentukan antibodi belum sempurna sehingga perlindungan terhadap infeksi sangat penting bagi semua bayi baru lahir. Peningkatan suhu tubuh menunjukkan tanda adanya infeksi. Selain itu suhu yang tidak stabil juga merupakan tanda adanya infeksi, sehingga tindakan yang harus dilakukan adalah menghindari terjadinya kehilangan panas. Wilson (2007) mengatakan bahwa bayi prematur dan bayi sakit lebih peka terhadap infeksi. Hasil penelitian Miron, et al. (2005) tentang insidensi dan manifestasi klinis dari infeksi Cytomegalovirus menunjukkan bahwa kejadian infeksi pada bayi prematur adalah rendah. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Hodgman, Barton, Pavlova, dan Fasset (2003) menunjukkan bahwa infeksi adalah penyebab utama kematian pada BBLR.

Air Susu Ibu adalah nutrisi yang paling penting bagi BBLR. Masalah nutrisi termasuk salah satu masalah yang serius pada BBLR. Semakin imatur seorang bayi, semakin besar permasalahan nutrisi yang mungkin terjadi (Wong, 2009). Kebutuhan nutrisi bayi prematur berbeda dengan bayi cukup

bulan, yang ditentukan oleh usia kehamilan, derajat retardasi pertumbuhan, usia postnatal, dan penyakit yang menyertai (Steer, 1992 dalam Boxwell, 2000). Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang optimal merupakan hal yang penting dalam manajemen BBLR dan preterm. Intake nutrisi yang adekuat penting untuk mempertahankan suhu tubuh. Penurunan suhu tubuh menyebabkan BBLR meningkatkan metabolismenya dan penggunaan oksigen serta kalori untuk memproduksi panas. Nasar (2004) dalam penelitiannya mengatakan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi tata laksana nutrisi BBLR. Tata laksana ini harus dilakukan secara individual, kasus per kasus. Cara pemberian nutrisi, jumlah, dan frekwensi serta peningkatan jumlah asupan formula merupakan hal yang sangat penting dalam keberhasilan tata laksana nutrisi serta pencegahan komplikasi. ASI merupakan nutrisi yang paling tepat karena sudah terbukti berbagai keunggulannya.

Tidak semua bayi BBLR dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan teknologi maju karena hambatan biaya, geografis, transportasi, dan komunikasi. Oleh karena itu diperlukan cara alternatif yang efektif dan ekonomis sebagai pengganti inkubator (WHO, 2002). Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengatasi berbagai permasalahan pada bayi dengan BBLR yaitu menggunakan perawatan metode kanguru (PMK). PMK sangat dianjurkan bagi negara-negara berkembang mengingat terbatasnya fasilitas pelayanan kesehatan, terutama di daerah pedesaan. PMK adalah perawatan kontak kulit ke kulit dengan cara merawat bayi dalam keadaan telanjang (hanya memakai popok dan topi), yang diletakkan secara tegak/vertikal didada antara kedua payudara ibu kemudian diselimuti (Merenstein & Gardner, 2002). PMK adalah cara yang efektif dalam memenuhi kebutuhan bayi untuk kehangatan, menyusui, perlindungan dari infeksi, stimulasi, keamanan, dan kasih sayang (WHO, 2003). Hal ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Priya (2004) tentang PMK untuk bayi berat lahir rendah. Penelitian ini menunjukkan bahwa PMK adalah salah satu intervensi untuk bayi BBLR. Fisiologis dan perilaku bayi BBLR ditemukan

mengalami kemajuan selama PMK. PMK ini sangat bermanfaat bagi bayi, ibu, keluarga, dan juga institusi yang melaksanakan PMK.

PMK dapat mengurangi risiko terjadinya hipotermia karena tubuh ibu dapat memberikan kehangatan kepada bayinya secara terus menerus dengan cara kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi. Bayi juga akan tidur lebih nyenyak dan lebih tenang. Selain itu PMK juga memudahkan ibu dalam memberikan ASI sehingga kebutuhan nutrisi bayi tetap terpenuhi juga dapat meningkatkan ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi, serta mempersingkat masa perawatan di rumah sakit sehingga dapat mengurangi biaya perawatan. Hal ini didukung dengan hasil penelitian Moniem dan Morsy (2011) tentang efektifitas teknik kanguru terhadap BBLR yang menunjukkan bahwa metode kanguru dapat meningkatkan hubungan ibu dan bayi serta memiliki efek positif terhadap berat badan bayi.

Hubungan emosional ibu dan bayi dimulai sejak kehamilan. Ikatan emosional yang disebut sebagai *bounding* atau *attachment* merupakan suatu proses hubungan bayi dengan orangtuanya. Charpak, Giron, Cristo, Calume, dan Ruiz-Peláez (2008) melakukan penelitian tentang PMK, lingkungan rumah dan keterlibatan ayah pada tahun pertama kehidupan. Peneliti menyimpulkan bahwa PMK memiliki dampak positif di lingkungan rumah. Orang tua harus terlibat sebagai pengasuh langsung dalam prosedur PMK.

Perawat adalah profesi yang selalu berhubungan dengan pasien selama 24 jam. Interaksi antara perawat dengan pasien diperlukan pengetahuan, keterampilan dan kompetensi perawat untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien. Mengingat pentingnya PMK terhadap BBLR, maka dibutuhkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan pendidikan dan konseling kepada keluarga agar keluarga mampu melakukan PMK terhadap bayi mereka. Pengetahuan, keterampilan, dan kompetensi perawat sangat penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Perawat diharapkan mempunyai pengetahuan dan

keterampilan terkini dalam memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien (Gordon & Watts, 2011). Pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki perawat terkait dengan PMK adalah kapan memulai PMK, teknik menggunakan PMK, kemampuan komunikasi dan konseling untuk keluarga, dan kemampuan dalam memberikan pendidikan dan motivasi kepada keluarga dalam pelaksanaan perawatan metode kanguru (WHO, 2002). Hasil penelitian Flynn dan Leahy-Warren (2010) dalam penelitiannya tentang pengetahuan perawat mengatakan bahwa seluruh tingkat pengetahuan perawat neonatal tentang PMK bervariasi, dari yang baik hingga sangat baik.

Rumah sakit Anak dan Bunda (RSAB) Harapan Kita merupakan rumah sakit khusus rujukan nasional di Indonesia. RSAB Harapan Kita memiliki enam pelayanan unggulan dalam memberikan pelayanan terhadap masyarakat. Salah satunya adalah pelayanan perinatal risiko tinggi (PERISTI). Pelayanan ini bertujuan untuk menciptakan kondisi ibu dan janin serta bayi agar dapat mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal sehingga terhindar dari penyakit, kecacatan, dan kematian. RSAB Harapan Kita sudah menerapkan PMK, namun pelaksanaannya masih belum optimal. Hal ini disebabkan karena baru sebagian perawat yang mendapatkan pelatihan tentang teknik PMK sehingga perlu ditingkatkan tingkat pengetahuan perawat tentang metode tersebut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Masih tingginya angka kesakitan dan kematian pada masa neonatus di Indonesia, dengan penyebab utama berkaitan dengan BBLR tentunya memerlukan penanganan secara tepat. Sampai saat ini perawatan BBLR masih menggunakan inkubator, tetapi fasilitas ini masih sangat terbatas dan membutuhkan biaya perawatan yang tinggi, serta memerlukan tenaga yang terampil. PMK merupakan salah satu teknologi tepat guna yang sederhana, murah, dan dapat digunakan ketika fasilitas untuk perawatan BBLR sangat terbatas. Tentunya sangat dibutuhkan kemampuan perawat dalam memberikan pendidikan dan konseling kepada keluarga dalam menerapkan

PMK. Sementara itu baru sebagian perawat yang mendapatkan pelatihan PMK. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana tingkat pengetahuan perawat tentang PMK yang dilakukan di RSAB Harapan Kita.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang PMK di RSAB Harapan Kita.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah untuk menjelaskan:

1. Teridentifikasi karakteristik demografi perawat (usia, jenis kelamin, status kepegawaian, tingkat pendidikan, pengalaman kerja).
2. Teridentifikasi tingkat pengetahuan perawat tentang PMK (pengertian PMK, manfaat PMK, kriteria bayi yang dilakukan PMK, komponen dalam PMK, lamanya pelaksanaan PMK).
3. Teridentifikasi tingkat pengetahuan perawat berdasarkan karakteristik perawat.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat terhadap :

#### **1. Rumah sakit/Institusi**

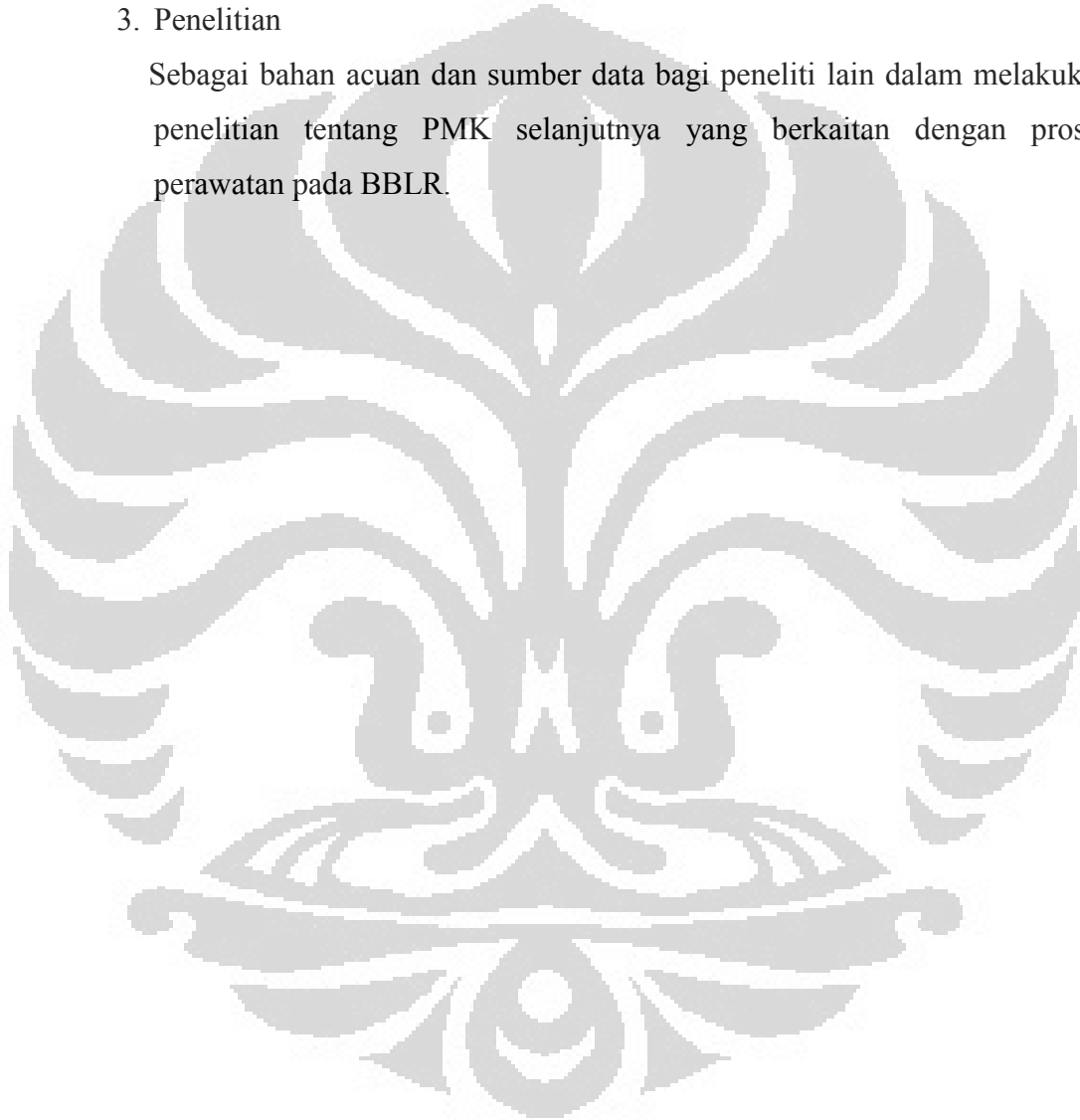
Rumah sakit diharapkan mendapat masukan tentang tingkat pengetahuan perawat mengenai PMK, yang dapat dijadikan dasar pertimbangan bagi pihak rumah sakit perlu tidaknya diadakan pelatihan mengenai PMK, dan jenis pelatihan yang dapat diberikan kepada perawat terkait PMK. Selain itu dengan diketahuinya tingkat pengetahuan perawat tentang PMK dapat menjadi dasar pertimbangan pihak rumah sakit untuk membuat/menetapkan SOP tentang PMK sehingga perawat mendapat acuan yang jelas dalam memberikan asuhan keperawatan terkait pelaksanaan PMK.

## 2. Institusi pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan mendapatkan masukan tentang tingkat pengetahuan perawat mengenai PMK dilahan praktik, sehingga institusi dapat melakukan evaluasi terhadap mata ajar terkait pembelajaran mengenai metode kangguru khususnya pada BBLR.

## 3. Penelitian

Sebagai bahan acuan dan sumber data bagi peneliti lain dalam melakukan penelitian tentang PMK selanjutnya yang berkaitan dengan proses perawatan pada BBLR.



## **BAB 2**

### **STUDI KEPUSTAKAAN**

Perawatan bayi berat lahir rendah (BBLR) memerlukan perhatian yang khusus dan pemahaman yang mendalam agar dapat memberikan perawatan yang tepat pada bayi. Pada bab ini peneliti akan menjelaskan tentang teori dan konsep terkait pengetahuan perawat tentang PMK.

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

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang ketika dilahirkan mempunyai berat badan kurang dari 2500 gram. Berat lahir yang rendah dapat disebabkan oleh kelahiran prematur atau retardasi pertumbuhan intrauteri. Hockenberry dan Wilson (2007) mengatakan bahwa BBLR adalah seorang bayi yang berat lahirnya kurang dari 2500 gram tanpa memperhatikan usia gestasi. (WHO, 1961 dalam Surasmi, 2003) mengatakan bahwa BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang atau sama dengan 2500 gram. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam satu jam setelah lahir. Berdasarkan definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa BBLR merupakan bayi baru lahir yang memiliki berat badan lahir yang rendah.

BBLR dikelompokkan menjadi prematuritas murni dan dismaturitas. Prematuritas murni adalah bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk usia kehamilan. Sedangkan dismaturitas adalah bayi dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk usia kehamilan, hal ini menunjukkan bahwa bayi tersebut mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin (Surasmi, Handayani, & Kusuma, 2003). BBLR memiliki permukaan tubuh yang relatif luas, kulit tipis transparan dan jaringan lemak subkutan yang kurang, serta pusat pengaturan suhu tubuh yang belum matang, karena itu BBLR mudah mengalami kehilangan panas tubuh yang dapat mengakibatkan terjadinya hipotermia. Proses kehilangan panas pada bayi baru lahir dapat terjadi melalui proses konduksi, evaporasi, konveksi, dan radiasi. Hasil penelitian Miller,

Lee, dan Gould (2011) mengatakan bahwa hipotermia banyak terjadi pada BBLR dan dikaitkan dengan terjadinya perdarahan intraventrikular dan kematian.

Selain pusat pengaturan suhu tubuh yang belum matang BBLR juga memiliki daya tahan tubuh yang lemah dan pembentukan antibodi yang belum sempurna karena cadangan imunoglobulin maternal yang menurun. Hal ini menyebabkan BBLR berisiko terhadap infeksi. Infeksi dapat terjadi melalui beberapa cara diantaranya melalui plasenta (infeksi intrauterine), selama persalinan (infeksi intrapartum) dan pada periode neonatal misalnya dari ibu, lingkungan rumah sakit atau petugas kesehatan (infeksi postnatal). Salah satu tanda adanya infeksi adalah peningkatan suhu tubuh, oleh karena itu tindakan yang dilakukan adalah mencegah terjadinya kehilangan panas. Perlindungan terhadap infeksi merupakan hal yang penting untuk BBLR. Hasil penelitian Miron et al. (2005) tentang insidensi dan manifestasi klinis dari infeksi Cytomegalovirus menunjukkan bahwa kejadian infeksi pada bayi prematur adalah rendah.

BBLR membutuhkan nutrisi yang optimal. Intake nutrisi yang adekuat penting untuk mempertahankan suhu tubuh. Jika suhu tubuh menurun akan lebih banyak energi yang digunakan untuk memproduksi panas dan terjadi peningkatan konsumsi oksigen. Namun BBLR memiliki mekanisme pencernaan yang belum sepenuhnya berkembang. Bayi prematur pada umumnya sudah dapat mengisap dan menelan, namun belum terkoordinasi dengan baik hingga usia gestasi 32-34 minggu dan belum sepenuhnya sinkron dalam 36-37 minggu usia gestasi. Selain itu kemampuan untuk mencerna protein atau mengabsorpsi nutrisi dan tidak maturnya sistem enzim mempengaruhi fungsi metabolik pada BBLR. Oleh karena itu pemberian nutrisi dapat diberikan secara bertahap sesuai dengan kondisi bayi. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Bier, Ferguson, Morales, Liebling, Oh, dan Vohr (1997) yang mengatakan bahwa pemberian ASI pada bayi BBLR adalah hal yang lebih baik. Berdasarkan permasalahan yang ada



pada BBLR perlu dilakukan upaya untuk mengatasi masalah-masalah BBLR, salah satunya adalah PMK.

## **2.2 Perawatan Metode Kanguru**

### **2.2.1 Pengertian Perawatan Metode Kanguru**

Bayi BBLR memerlukan perawatan yang intensif selama bulan pertama kehidupan mereka. Perawatan BBLR membutuhkan infrastruktur yang mahal serta tenaga yang terampil. Salah satu metode keperawatan yang dapat diberikan pada BBLR adalah perawatan metode kanguru (PMK). PMK merupakan perawatan dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu (*skin-to-skin contact*). Bayi diletakkan pada posisi vertikal didada ibu atau ayah (Merenstein & Gardner, 2002). Bobak (2005) mengatakan bahwa PMK merupakan praktik menggendong bayi prematur yang hanya mengenakan popok dan topi pada dada telanjang ibu (atau ayah). Berdasarkan definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa PMK adalah suatu metode yang dilakukan pada BBLR secara kontak langsung antara kulit ibu dan bayi. Bayi diletakkan didada ibu atau ayah pada posisi vertical, hanya mengenakan popok dan topi. Hasil penelitian Moniem dan Morsy (2011) tentang efektifitas teknik kanguru terhadap BBLR menunjukkan bahwa PMK dapat meningkatkan hubungan ibu dan bayi serta memberikan efek positif terhadap berat badan bayi. Penelitian lain dilakukan oleh Priya (2004) tentang PMK untuk BBLR. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa PMK adalah salah satu intervensi untuk BBLR dan mempengaruhi fisiologis serta perilaku BBLR.

PMK diperkenalkan oleh Rey dan Martinez di Bogota Kolumbia pada tahun 1978. Istilah PMK dipakai karena cara perawatan ini menyerupai perawatan bayi yang dilakukan oleh binatang kanguru dimana bayinya yang lahir prematur diletakkan pada kantong di perut induknya (WHO, 2003). PMK sangat bermanfaat untuk bayi prematur atau bayi berat lahir rendah, baik selama perawatan di rumah sakit maupun di rumah. PMK pada umumnya diberikan pada bayi dengan berat lahir  $\leq 1800$  gram,

BBLR, bayi yang tidak memiliki kegawatan pernapasan dan sirkulasi, dan bayi tidak mempunyai kelainan kongenital yang berat.

### **2.2.2 Manfaat Perawatan Metode Kanguru**

Bayi yang lahir dengan berat lahir rendah dapat mengalami proses kehilangan panas. Proses kehilangan panas pada BBLR dapat terjadi melalui beberapa proses seperti evaporasi, radiasi, konduksi, dan konveksi. BBLR memiliki jaringan lemak subkutan, lemak coklat, dan penyimpanan glikogen yang rendah (Merenstein & Gardner, 2002). Bobak (2005) mengatakan bahwa BBLR memiliki lebih sedikit massa otot, lebih sedikit lemak coklat, lebih sedikit lemak subkutan untuk menyimpan panas, dan sedikit kemampuan untuk mengontrol kapiler kulit. Sehingga BBLR mudah mengalami kehilangan panas tubuh dan beresiko terjadi hipotermia sehingga membutuhkan upaya untuk mempertahankan suhu yang netral ( $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,3^{\circ}\text{C}$ ).

PMK dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi melalui kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi secara konduksi dan radiasi. Dimana suhu tubuh ibu merupakan sumber panas yang efisien dan murah juga dapat memberikan lingkungan yang hangat pada bayi. Selain itu juga pernapasan bayi menjadi lebih teratur, denyut jantung bayi lebih stabil, bayi dapat menetek lebih lama dan waktu tidur bayi menjadi lebih lama sehingga pemakaian kalori menjadi lebih berkurang dan kenaikan berat badan menjadi lebih baik. Hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Ludington-Hoe dan Golant (1993) yang mengatakan bahwa selama PMK laju denyut jantung bayi relatif stabil dan konstan sekitar 140-160 kali per menit dan frekuensi pernapasan bayi menjadi lebih teratur.

Selain itu PMK meningkatkan interaksi dan menguatkan hubungan serta ikatan emosional orangtua-bayi. Ibu menjadi lebih percaya diri dalam merawat bayinya, hubungan bayi-ibu lebih baik, dan ibu dapat menyusui

lebih lama sehingga merangsang peningkatan produksi ASI. Ayahpun memiliki peran yang besar dalam perawatan bayinya dan meningkatkan hubungan antara ayah dan bayi. Charpak, Giron, Cristo, Calume, dan Ruiz-Peláez pada tahun 2008 melakukan penelitian tentang PMK, lingkungan rumah dan keterlibatan ayah pada tahun pertama kehidupan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa PMK memiliki dampak positif di lingkungan rumah dimana kedua orang tua harus terlibat sebagai pengasuh langsung dalam pelaksanaan PMK.

PMK bermanfaat bagi petugas kesehatan dari segi efisiensi tenaga. Pada pelaksanaan PMK Ibu dapat merawat bayinya sendiri (Depkes, 2008). Selain itu PMK bermanfaat bagi institusi kesehatan dan negara, dimana dengan dilakukannya PMK hari rawat bayi menjadi lebih pendek sehingga bayi lebih cepat pulang, dan penggunaan fasilitas seperti inkubator menjadi berkurang, sehingga dapat membantu efisiensi anggaran (Depkes, 2008).

### **2.2.3 Komponen Perawatan Metode Kanguru**

PMK memiliki empat komponen penting yaitu posisi kanguru (*kangaroo position*), nutrisi (*kangaroo nutrition*), dukungan (*kangaroo support*), dan pemulangan (*kangaroo discharge*) (*Health Technology Assessment (HTA) Indonesia, 2008*).

**Posisi Kanguru (*Kangaroo position*)** adalah kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi yang diberikan secara selang seling atau terus menerus dan dapat dimulai segera setelah lahir atau saat kondisi bayi sudah stabil. Pada posisi kanguru bayi diletakkan dalam posisi vertikal diantara payudara ibu dengan posisi kepala miring ke kiri atau ke kanan dan sedikit tengadah (ekstensi). Ibu mendekap bayi yang hanya memakai popok, topi, dan kaus kaki. Posisi tungkai dan tangan bayi fleksi seperti posisi "kodok". Bayi mendapatkan sumber panas dan kehangatan dari kulit ibu secara alami dan terus menerus (*HTA Indonesia, 2008*).



Gambar 2.1. Posisi bayi pada PMK  
(*Health Technology Assessment (HTA) Indonesia, 2008*)

**Nutrisi (*Kangaroo nutrition*)** yaitu pemberian ASI eksklusif, dimana ASI merupakan nutrisi yang terbaik bagi bayi prematur dan BBLR. Ibu dapat menyusui bayinya saat bayi bangun dari tidur sambil terus dilakukan PMK. Hal ini dapat merangsang peningkatan volume ASI (*HTA Indonesia, 2008*).



Gambar 2.2 Posisi Menyusui dalam PMK  
(*Health Technology Assessment (HTA) Indonesia, 2008*)

**Dukungan (*Kangaroo support*)** yaitu pada saat antenatal, ibu diberikan informasi tentang PMK, sehingga ibu lebih siap apabila bayinya lahir

**Universitas Indonesia**

prematurn atau BBLR. Dukungan yang diperlukan adalah dukungan fisik, emosi, dan pendidikan. Di rumah sakit ibu dan bayi selalu dikelilingi oleh para petugas yang siap membantu dan mendukung. Mereka tetap memerlukan dukungan dari anggota keluarga di rumah (*HTA Indonesia, 2008*).

**Pemulangan (*Kangaroo discharge*)** yaitu bayi dan ibu sudah dapat pulang ke rumah. Dan ibu dapat tetap melakukan kontak kulit ke kulit secara terus menerus, yang dilakukan di rumah sehingga bayi dapat berkembang dengan baik (*HTA indonesia*). Bayi dapat dinyatakan boleh pulang jika kesehatan bayi secara keseluruhan dalam kondisi baik dan tidak ada apnea atau infeksi, bayi dapat minum dengan baik, berat badan bayi selalu bertambah (sekurang-kurangnya 15gr/kgbb/hari), ibu mampu merawat bayinya. Bayi yang dipulangkan dengan berat badan < 1800 gram dipantau setiap minggu, dan bayi yang dipulangkan dengan berat badan > 1800 gram dipantau setiap dua minggu (WHO, 2003) oleh petugas kesehatan.

#### **2.2.4 Pelaksanaan Metode Kanguru**

Pelaksanaan PMK dimulai secara bertahap dari perawatan konvensional ke PMK yang terus-menerus (Depkes, 2008). Pelaksanaan PMK dilakukan secara intermiten maupun kontinyu. Secara *Intermiten* maksudnya PMK tidak diberikan sepanjang waktu tetapi hanya dilakukan saat ibu mengunjungi bayinya yang masih berada dalam perawatan di inkubator dengan durasi minimal satu jam secara terus-menerus dalam satu hari. Metode ini dilakukan di Unit Perawatan Khusus (level II) dan Intensif (level III). Sedangkan perawatan metode kanguru secara *kontinyu* maksudnya PMK yang diberikan sepanjang waktu dan dapat dilakukan di unit rawat gabung atau ruangan yang dipergunakan untuk PMK.

Setelah bayi pulang dari rumah sakit, pelaksanaan PMK secara kontinyu bisa dilanjutkan di rumah. Ibu dapat menggendong bayinya selama 24 jam sambil melakukan aktivitas di rumah. Apabila ibu hendak ke kamar mandi

bayi dapat diberikan kepada anggota keluarga yang lain untuk terus dilakukan PMK.

### 2.3 Pengetahuan Perawat

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2005). Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan ialah segala sesuatu yang dilihat, didengar, dikecap, diraba, dan hadir dalam kesadaran kita, bersifat spontan, subyektif, dan atau intuitif (Heriyanto, 2011). Jadi pengetahuan adalah suatu informasi yang diperoleh dari hasil melihat dan mendengar dengan menggunakan alat indera kita.

Notoatmodjo (2005) mengatakan bahwa pengetahuan terbagi menjadi 6 tingkatan, yaitu:

- a. Tahu (*Know*) diartikan sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya.
- b. Memahami (*comprehension*) suatu objek artinya bukan hanya sekedar tahu atau dapat menyebutkan saja tetapi juga harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.
- c. Aplikasi (*application*) dapat diartikan bahwa apabila orang telah memahami suatu objek maka orang tersebut dapat mengaplikasikannya pada situasi yang lain.
- d. Analisis (*analysis*) adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah.
- e. Sintesis (*synthesis*) menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum satu hubungan yang logis dari komponen pengetahuan yang ada artinya mampu menyusun formulasi yang baru dari formulasi yang telah ada.
- f. Evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting terhadap terbentuknya perilaku seseorang (*ovent behavior*). Sedangkan perilaku merupakan respons seseorang terhadap adanya stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam diri seseorang (Skinner, 1938 dalam Notoatmodjo, 2005). Bloom, (1908 dalam Notoatmodjo, 2005) membagi perilaku menjadi tiga domain yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor yang dikembangkan dalam pengetahuan, sikap, dan tindakan.

Pengetahuan dapat diukur dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan tertulis yang berupa angket. Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor internal (dari dalam diri) dan eksternal (dari luar diri). Faktor internal di antaranya adalah usia, pendidikan, dan pengalaman, sedangkan yang termasuk faktor internal adalah lingkungan, informasi, dan sosial budaya (Notoatmodjo, 2007).

Usia dikatakan mempengaruhi pengetahuan karena usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia seseorang maka akan semakin berkembang daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh akan semakin baik.

Pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan karena pendidikan sebagai suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah orang tersebut menerima informasi. Dan semakin banyak informasi yang masuk maka semakin banyak pula pengetahuan yang didapatkan.

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan. Pengalaman belajar yang dikembangkan dapat memberikan pengetahuan dan keterampilan professional serta mengembangkan kemampuan dalam mengambil keputusan. Pengetahuan memiliki sensitivitas, empati, dan kepedulian yang tulus dan

didapatkan melalui pengalaman dalam praktik. Selain itu pengetahuan personal mengintegrasikan dan menganalisis situasi interpersonal terbaru dengan pengalaman masa lalu. Semakin banyak pengalaman, semakin bertambah pengetahuan perawat tentang diri mereka sendiri, kesehatan klien, kemampuan untuk menginterpretasikan informasi tertentu dan melakukan tindakan keperawatan. Pengetahuan yang terus berkembang ini didapatkan melalui interaksi dengan klien dan individu lain, introspeksi diri, refleksi, dan analisis (Christensen & Kenney, 2009). Oleh karena itu perawat menerapkan dasar pengetahuan melalui berpikir kritis, keterampilan psikomotor, dan tindakan interpersonal untuk membantu klien mencapai potensi kesehatannya yang optimum.

Perawat adalah profesi yang selalu kontak dengan pasien selama 24 jam. Interaksi antara perawat dengan klien mengakibatkan perawat mampu mengidentifikasi gejala, perubahan kondisi, dan isu-isu penting lainnya yang terjadi pada klien (Ghost & Scot, 2005). Pengetahuan, keterampilan dan kompetensi perawat sangat penting untuk meningkatkan kualitas perawatan. Dengan demikian perawat membutuhkan pengetahuan dan keterampilan tentang kapan memulai PMK, teknik menggunakan PMK, memiliki kemampuan komunikasi dan konseling untuk keluarga, dan juga memiliki kemampuan dalam memotivasi keluarga dalam pelaksanaan PMK. Selain itu perawat membutuhkan dukungan dari manajemen sehubungan dengan beban kerja yang mendukung keberhasilan penerapan PMK.

Perawat memiliki peran dan fungsi dalam melakukan asuhan keperawatan, yaitu sebagai pemberi asuhan, meliputi tindakan yang membantu klien secara fisik maupun psikologis. Sebagai komunikator, dimana perawat mengidentifikasi masalah klien kemudian mengkomunikasikan secara verbal atau tertulis kepada anggota lain dalam tim kesehatan. Sebagai pendidik, perawat membantu klien mengenal kesehatan dan prosedur asuhan kesehatan yang perlu dilakukan untuk memulihkan kesehatan. Sebagai advokat klien, perawat dapat membantu klien mendapatkan hak-haknya dan



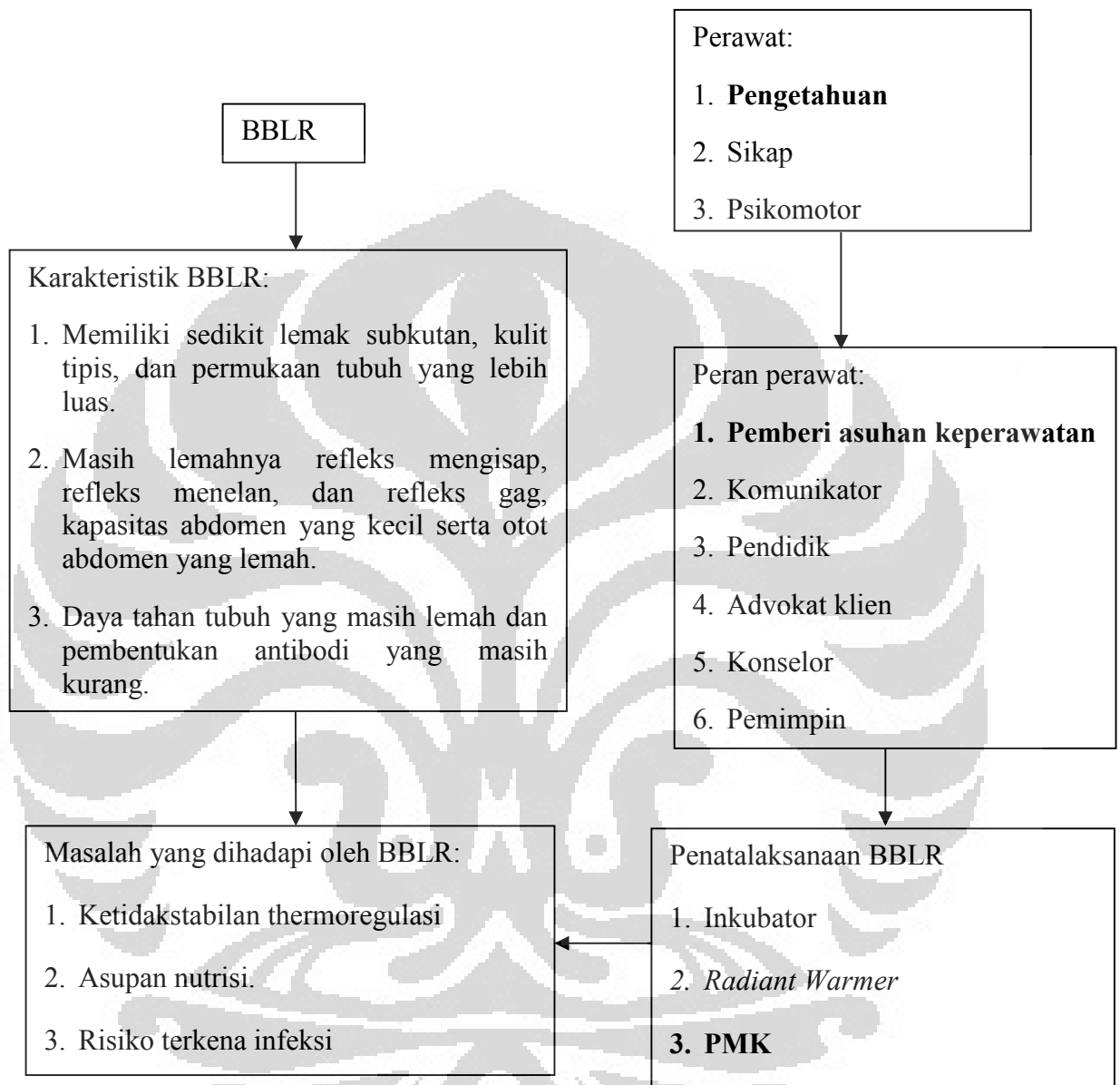
menyampaikan keinginan mereka. Sebagai konselor, perawat memberikan konsultasi kesehatan. Sebagai pemimpin, perawat dapat mempengaruhi orang lain untuk dapat bekerja sama.

Sebagai pemberi asuhan, perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada BBLR harus memiliki pengetahuan dan keterampilan tentang PMK. Pengetahuan ini dapat diperoleh dari pengalaman secara langsung ataupun melalui pengalaman orang lain (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan juga didapatkan melalui proses belajar dan erat hubungannya dengan pendidikan. Namun pengetahuan tidak hanya diperoleh dari pendidikan formal saja, tetapi juga dapat diperoleh melalui pendidikan non formal, seperti, pelatihan-pelatihan, seminar, membaca hasil-hasil penelitian atau dari pengalaman orang lain. Sehingga perawat perlu berpikir secara kritis dalam menerapkan pengetahuan dan pengalaman untuk memecahkan masalah dan membuat keputusan dalam melakukan asuhan keperawatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Paans, Sermeus, Nieweg, dan Schans (2010) tentang ketepatan diagnosa keperawatan: pengaruh pengetahuan, sumber pengetahuan, menuju berpikir kritis dan keterampilan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa meningkatkan keterampilan keperawatan dalam menggunakan sumber-sumber pengetahuan dan dalam penalaran dapat menjadi langkah maju untuk meningkatkan ketepatan diagnosis keperawatan.

## 2.4 Kerangka Teori

Skema 2.1 Kerangka Teori

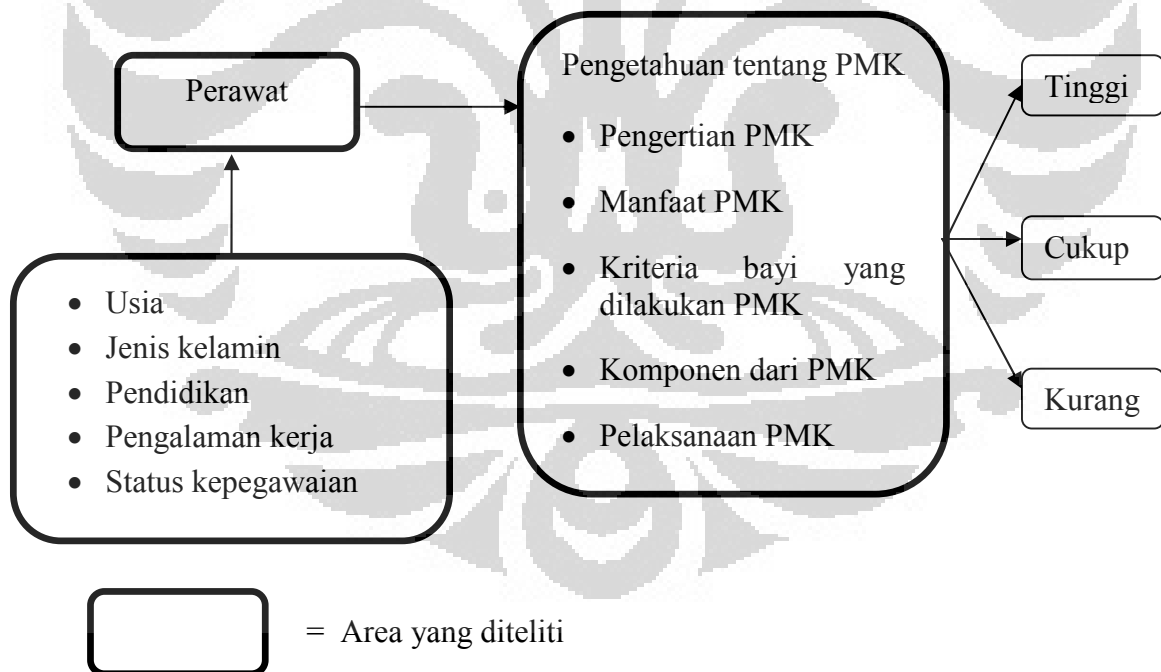


Sumber: Bobak, 2005 & Kozier, 2010

## BAB 3 KERANGKA KERJA PENELITIAN

### 3.1. Kerangka kerja

Penelitian ini menggambarkan dengan jelas arah penelitian yang telah dilakukan, maka dari itu perlu dirumuskan suatu kerangka konsep penelitian. Kerangka konsep penelitian pada hakikatnya adalah suatu uraian dan visualisasi konsep-konsep serta variabel-variabel yang akan diukur (diteliti) (Notoatmodjo, 2010). Variabel merupakan karakteristik subyek penelitian yang berubah dari satu subyek ke subyek lainnya. (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Penelitian ini hanya menggunakan satu variabel yaitu tingkat pengetahuan perawat tentang PMK. Penelitian ini merupakan penelitian desain deskriptif yang bertujuan untuk melihat gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang PMK sehingga penelitian ini tidak memerlukan adanya uji hipotesa.



**Skema 3.1**  
**Kerangka Konsep Penelitian**

### 3.2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan adalah segala sesuatu yang dilihat, didengar, dikecap, dicium, dan diraba secara sadar. Perawatan metode kanguru adalah perawatan kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi melalui konduksi untuk mempertahankan kestabilan suhu bayi.

**Tabel 3.2 Definisi operasional**

Variabel penelitian	Definisi operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
<b>Usia</b>	Umur responden yang dihitung sejak lahir sampai waktu penelitian.	Kuesioner	Mengisi kuesioner umur responden	Usia dinyatakan dalam satuan tahun yang dikategorikan sebagai: 20-40 tahun 40-65 tahun	Ordinal
<b>Jenis kelamin</b>	Sesuatu yang membedakan responden berdasarkan fisiknya	Kuesioner	Mengisi kuesioner jenis kelamin responden	1=Laki-laki 2=Perempuan	Nominal
<b>Pendidikan</b>	Jenjang pendidikan formal yang terakhir dilalui oleh responden	Kuesioner	Mengisi kuesioner tingkat pendidikan responden	Jenjang pendidikan: 1=SPR 2=D3 Kep 3=S1 Kep	Ordinal
<b>Pengalaman kerja</b>	Lamanya responden bekerja sejak pertama bekerja sampai dilakukan penelitian, dihitung dalam tahun	Kuesioner	Mengisi kuesioner pengalaman kerja responden di ruang perinatologi	Lamanya bekerja dalam satuan tahun. 1-10 tahun 11-20 tahun 21-30 tahun ➤ 30 tahun	Ordinal
<b>Status Kepegawaian</b>	Jenis pengabdian responden di tempat bekerja	Kuesioner	Mengisi kuesioner status kepegawaian responden	1 = PNS 2 = Honorer	Nominal

<b>Variabel penelitian</b>	<b>Definisi operasional</b>	<b>Alat ukur</b>	<b>Cara ukur</b>	<b>Hasil ukur</b>	<b>Skala ukur</b>
<b>Pengetahuan</b>	Segala yang diketahui oleh responden tentang perawatan metode kanguru	Bentuk pertanyaan benar atau salah, dengan jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah diberi nilai 0	Mengisi kuesioner tentang PMK	Tingkat pengetahuan perawat yang dikategorikan sebagai: Tinggi jika > 80% benar Cukup jika antara 60%-80% benar Kurang jika < 60% benar	Ordinal



## **BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN**

Setelah membuat pertanyaan penelitian, tujuan, menguraikan teori yang relevan, dan memformulasikan kerangka konsep perlu dirancang suatu metode penelitian. Metode penelitian ini mencakup desain penelitian, waktu dan tempat penelitian, populasi dan sampel, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, dan pengolahan data.

### **4.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga dapat menuntun peneliti untuk dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Alatas, dkk. 2011 dalam Sastroasmoro, 2011). Tujuan dari desain penelitian adalah memberikan suatu rencana untuk menjawab pertanyaan penelitian ataupun hipotesa penelitian (Brink, 2000). Penelitian ini menggunakan desain deskriptif. Tujuan dari desain deskriptif adalah menggambarkan keadaan gejala sosial apa adanya tanpa melihat hubungan-hubungan yang ada. Tujuan penelitian ini adalah menggambarkan tingkat pengetahuan perawat tentang PMK di ruang perinatologi RSAB Harapan Kita.

### **4.2 Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini telah dilakukan di ruang perinatologi RSAB Harapan Kita Jakarta pada bulan Mei sampai Juni 2012. Dasar dari pemilihan tempat ini adalah karena peneliti melihat bahwa baru sebagian perawat di ruang perinatologi RSAB Harapan Kita yang mendapatkan pelatihan tentang PMK. Peneliti bertugas di ruang perinatologi RSAB Harapan Kita, hal ini memudahkan peneliti dalam memperoleh proses perijinan untuk pelaksanaan penelitian ini.

### **4.3 Populasi dan Sampel**

Populasi adalah seluruh obyek yang menjadi pusat perhatian penelitian (Sandjaja & Heriyanto, 2011). Notoatmodjo (2010) mengatakan populasi

penelitian adalah keseluruhan subjek penelitian atau subjek yang diteliti, sedangkan subjek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi disebut sampel penelitian. Penelitian ini menggunakan total sampling yaitu penelitian yang melibatkan suatu populasi yang jumlahnya tidak terlalu banyak dan biasanya seluruh populasi diteliti (Sandjaja & Heriyanto, 2011). Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah perawat yang bertugas di ruang perinatologi RSAB Harapan Kita yang berjumlah 55 perawat.

Sebelum dilakukan pengambilan sampel ditentukan terlebih dulu kriteria inklusi maupun kriteria eksklusinya. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah responden yang merupakan karyawan RSAB Harapan Kita, bekerja sebagai perawat di ruang perinatologi, memiliki pengalaman bekerja minimal dua tahun di ruang perinatologi, dan bersedia menjadi responden dalam penelitian dengan cara mengisi *informed consent*. Sedangkan kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah perawat yang sedang dalam keadaan cuti dan sedang tugas belajar tanpa bekerja.

#### **4.4 Etika Penelitian**

Dalam penelitian diperhatikan prinsip-prinsip etika. Ada empat prinsip dalam melaksanakan sebuah penelitian (Milton, 1999 dalam Notoatmodjo, 2010) yaitu menghormati harkat dan martabat subyek penelitian (*respect for human dignity*), peneliti memberikan informasi tentang tujuan, manfaat, dan kemungkinan resiko yang ditimbulkan dari penelitian. Peneliti juga mempersiapkan formulir persetujuan subjek (*informed consent*) untuk diisi oleh responden. Responden berhak menolak untuk memberikan informasi.

Peneliti menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*). Peneliti juga menjaga kerahasiaan identitas responden dengan cara tidak mencantumkan nama responden tetapi cukup

menggunakan kode. Pada penelitian ini data yang diberi kode adalah data demografi responden seperti usia, jenis kelamin, status kepegawaian, tingkat pendidikan, dan pengalaman kerja.

Peneliti menjaga prinsip keterbukaan dan adil (*respect for justice an inclusiveness*) dengan cara menjelaskan pada responden tentang tujuan dan proses penelitian yang akan dilakukan. Setiap responden berhak mendapatkan perlakuan yang sama dalam proses penelitian. Peneliti juga memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*) dari penelitian. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat semaksimal mungkin bagi responden dan masyarakat (Notoatmodjo, 2010).

#### 4.5 Alat Pengumpulan Data

Pada penelitian ini, peneliti mengumpulkan data dengan menggunakan instrumen berupa kuesioner. Kuesioner ini terdiri dari dua bagian yaitu karakteristik perawat dan pengetahuan perawat tentang PMK. Karakteristik perawat yang diteliti meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status kepegawaian, dan pengalaman kerja. Sedangkan kuesioner pengetahuan perawat berisi 32 pernyataan yang disertai dengan alternatif jawaban benar atau salah. Setiap pernyataan mendapat nilai 1 untuk jawaban yang benar dan nilai 0 untuk jawaban yang salah. Penilaian dilakukan dengan cara membandingkan jumlah skor jawaban dengan skor yang diharapkan (tertinggi) kemudian dikalikan 100% yang hasilnya berupa persentase (Sudijono, 2006). Rumus yang digunakan adalah:

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Keterangan :

N = Nilai pengetahuan

Sp = Skor yang didapat

Sm = Skor tertinggi maksimum



Selanjutnya seluruh nilai dijumlah skornya, jika total skor > 80% tingkat pengetahuannya dikategorikan tinggi, jika total skor antara 60% sampai 80% tingkat pengetahuannya dikategorikan sedang, dan jika total skor < 60% tingkat pengetahuannya dikategorikan rendah (Khomsan, 2009).

Kuesioner pengetahuan perawat tentang PMK terdiri atas beberapa subvariabel. Kuesioner tentang pengertian PMK adalah nomor 1, 3, dan 7. Kuesioner tentang manfaat PMK terdapat di nomor 2, 4, 6, 9, 11, 16, 21 dan 25. Kuesioner tentang kriteria yang dilakukan PMK adalah nomor 12, 14, dan 22. Kuesioner mengenai komponen dalam PMK terdapat pada nomor 5, 8, 13, 15, 19, 20, 23 dan 26. Kuesioner yang berisi tentang pelaksanaan PMK adalah nomor 10, 17, 18, 24, dan 27.

#### **4.6 Validitas dan Reliabilitas Instrumen**

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner. Kuesioner yang digunakan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Notoatmojo (2010) mengatakan bahwa validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui kuesioner itu valid, dapat diuji dengan uji korelasi antara skor tiap-tiap item (pernyataan) dengan skor total kuesioner. Uji korelasi yang digunakan adalah teknik korelasi "*product moment*".

Pengujian validitas ini dilakukan dengan cara mengkorelasikan masing-masing skor item pertanyaan dengan skor total dari kuesioner yang digunakan (Notoatmodjo, 2010; Sugiyono, 2007). Setiap kuesioner yang dijawab oleh responden sebagai sasaran uji coba diberi skor. Selanjutnya dihitung korelasi antara skor masing-masing pernyataan dengan skor total kuesioner. Hasilnya dapat dibandingkan dengan tabel nilai *r product moment*. Pada tabel nilai *product moment*, nilai korelasi untuk responden 30 orang dengan taraf signifikan 5% adalah 0,361 dan dengan taraf signifikan 1% adalah 0,463. Artinya jika nilai  $r_{hitung}$  lebih besar dari  $r_{tabel}$ , maka pernyataan tersebut dikatakan valid. Tetapi jika  $r_{hitung}$  lebih kecil dari  $r_{tabel}$  maka pernyataan

tersebut dikatakan tidak valid Penelitian ini menggunakan 30 responden untuk uji validitas dan uji reliabilitas kuesioner.

Selain menggunakan teknik korelasi *product moment*, pengujian validitas juga dilakukan dengan menggunakan pengujian validitas isi (*content validity*). Validitas isi (*Content validity*) adalah ruang lingkup atau item yang digunakan untuk mengukur variabel. Validitas isi berkaitan dengan kecukupan sampling yang sedang diukur (Polit, 1999). Pengujian validitas isi dilakukan dengan membandingkan antara isi instrumen dengan materi yang telah diajarkan. Untuk menguji validitas isi instrumen, dilakukan uji coba terhadap isi instrumen kemudian dilakukan analisis dengan analisis item yaitu menghitung korelasi antara skor butir instrumen dengan skor total (Sugiyono, 2007).

Reliabilitas menurut Notoatmojo (2010) adalah indeks yang menunjukkan sejauhmana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Artinya pengukuran itu tetap konsisten jika dilakukan pengukuran dua kali atau lebih dengan menggunakan alat ukur yang sama. Pengujian reliabilitas instrumen dilakukan dengan beberapa teknik. Pada penelitian ini pengujian reliabilitas menggunakan *internal consistency*, yaitu dilakukan dengan cara mencoba instrumen sekali saja. Skor penilaian instrumen menghasilkan skor dikotomi, yaitu nilai 1 untuk jawaban yang benar dan nilai 0 untuk jawaban yang salah. Reliabilitas instrumen dapat juga dianalisis secara manual yaitu dengan rumus KR 20 (Kuder Richardson) (Sugiyono, 2007).

Uji validitas dan reliabilitas instrumen dilakukan pada tanggal 8 Mei 2012 sampai tanggal 15 Mei 2012. Kuesioner diujicobakan kepada perawat yang bertugas di ruang perinatologi di tiga rumah sakit yaitu RSUD Pasar Rebo, RSUD Bekasi, dan RS Marzuki Mahdi. Penentuan validitas tiap butir kuesioner menggunakan analisis korelasi *Pearson product moment* (Sugiyono, 2007).

Kuesioner pengetahuan yang diujikan terdiri dari 32 pernyataan dengan jumlah responden 30. Pernyataan yang dinyatakan valid ada 27 butir pernyataan, sedangkan 5 butir pernyataan yang dinyatakan tidak valid tidak digunakan. Pernyataan dinyatakan valid jika  $r_{hitung} > r_{tabel} (0,05)=0,361$  dan pernyataan dinyatakan tidak valid jika  $r_{hitung} < r_{tabel} (0,05)= 0,361$ . Sedangkan pernyataan dikatakan reliabel jika  $r_{Alpha}$  positif dan lebih besar dari batas minimal (0,600) dan jika  $r_{Alpha}$  negatif atau lebih kecil dari batas minimal (0,600) maka pernyataan dikatakan tidak reliabel. Dibawah ini adalah gambaran hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner.

Hasil uji validitas menunjukkan dari 32 pernyataan tentang pengetahuan perawat tentang PMK memiliki validitas antara 0,011-0,880. Hasil ini menunjukkan ada item pernyataan yang memiliki nilai  $r_{hitung} < r_{tabel}$  yaitu 0,361 dan dinyatakan tidak valid. Kuesioner tersebut adalah pernyataan nomor 4, 11, 20, 23, dan 30. Pernyataan yang tidak valid kemudian dihilangkan lalu dilakukan penghitungan kembali sehingga kuesioner tersebut memiliki validitas antara 0,462-0,904 dan  $r_{alpha}$  0,938. Artinya bahwa kuesioner yang telah diuji dinyatakan valid dan reliabel sehingga kuesioner tersebut dapat digunakan dalam penelitian.

#### 4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur penelitian dimulai setelah proposal disetujui oleh pembimbing. Peneliti memasukkan proposal ke bagian Diklit RSAB Harapan Kita dengan menyertakan surat ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Setelah mendapatkan ijin dari rumah sakit, peneliti minta ijin kepada kepala ruangan dengan menyampaikan maksud dan tujuan penelitian. Kemudian peneliti menjelaskan pada calon responden tentang tujuan dari penelitian. Setelah calon responden setuju, calon responden diminta untuk mengisi *informed consent* dan peneliti memberikan instrumen penelitian kepada calon responden untuk diisi dengan memberikan tanda cek list (√) sesuai pernyataan yang ada. Kemudian segera dikembalikan pada peneliti.

#### 4.8 Pengolahan Data

Setelah dilakukan pengumpulan data, kemudian data diolah dengan menggunakan komputer melalui beberapa tahap, yaitu (Notoatmodjo, 2010):

- *Editing*

Pada tahap ini hasil angket dikumpulkan melalui kuesioner kemudian dilakukan editing. Pada penelitian editing dilakukan dengan mengecek kelengkapan dan kejelasan dari jawaban pernyataan yang sudah terisi semua.

- *Coding*

Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, peneliti melakukan pengkodean atau *coding* yaitu mengubah data berbentuk kalimat menjadi data angka atau bilangan. Pada penelitian ini *coding* dilakukan pada data-data seperti jenis kelamin: 1 = laki-laki, 2 = perempuan.

- *Processing*

Jawaban dari masing-masing responden yang sudah dalam bentuk “kode” dimasukkan kedalam program komputer. Program yang digunakan adalah program SPSS.

- *Cleaning*

Pada penelitian ini, semua data dari setiap responden yang masuk dilakukan pengecekan untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode ataupun ketidaklengkapan data.

#### 4.9 Analisis Data

Data yang telah diolah segera dianalisis. Penelitian ini menggunakan analisis data *univariat* yang bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya yaitu data kategori yang terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan, status kepegawaian, dan tingkat pengetahuan responden tentang PMK. Data ini dianalisis dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi. Sedangkan data numerik yaitu usia dan pengalaman kerja dianalisis dengan menggunakan nilai mean, median, modus, dan standar deviasi.

### **Mean**

Mean merupakan teknik penjelasan kelompok yang didasarkan atas nilai rata-rata dari kelompok tersebut. Mean sering disingkat dengan Me. Mean didapat dengan menjumlahkan data seluruh individu dalam kelompok itu, kemudian dibagi dengan jumlah individu yang ada pada kelompok tersebut. Mean ditentukan dengan rumus:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

Dimana X = skor, N = jumlah total skor

### **Median**

Median disingkat dengan Md atau Mdn. Median adalah skor atau nilai tengah dalam kelompok data. Median sesuai untuk data ordinal, interval, dan rasio, seperti data usia, pendidikan, pengalaman kerja, status kepegawaian, dan tingkat pengetahuan.

### **Modus**

Modus disingkat dengan Mo. Modus merupakan kategori atau nilai yang sering terjadi. Modus ditentukan dengan analisa visual dan penjumlahan data. Modus dapat digunakan untuk data ordinal, interval, dan rasio, seperti usia, pendidikan, pengalaman kerja, status kepegawaian, dan tingkat pengetahuan (Sugiyono, 2007).

### **Standar Deviasi**

Standar deviasi adalah alat statistik yang digunakan untuk mendeskripsikan variabilitas dalam suatu distribusi maupun variabilitas beberapa distribusi (Bungin, 2005). Standar deviasi dapat digunakan sebagai alat analisis frekuensi sebaran penyimpangan dari titik rata-rata.

## BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab lima ini menampilkan data hasil penelitian mengenai gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang PMK di ruang perinatologi RSAB Harapan Kita. Data hasil penelitian disajikan dengan menggunakan analisis univariat.

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya yaitu data kategorik yang terdiri dari beberapa variabel seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, status kepegawaian, dan tingkat pengetahuan responden tentang PMK yang dianalisis dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi. Sedangkan data numerik terdiri dari variabel umur dan pengalaman kerja dianalisis dengan menggunakan tendensi sentral yaitu nilai mean, median, modus, dan standar deviasi.

### 5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden dibagi berdasarkan variabel usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status kepegawaian, dan pengalaman kerja.

#### 5.1.1 Usia responden

Data kategori usia responden dan pengalaman kerja dianalisis dengan menggunakan tendensi sentral yaitu nilai mean, median, modus, dan standar deviasi.

Tabel 5.1 Analisis Berdasarkan Karakteristik Usia dan Pengalaman Kerja di Ruang Perinatologi RSAB Harapan Kita, Mei 2012 (n=55)

Variabel	Mean	Median	Modus	Std. Deviasi	Min	Maks	95% CI
Usia	42,53	44,00	31	9,375	24	57	Bawah: 39,99 Atas: 45,06
Pengalaman Kerja	21,00	23,00	9	9,153	3	33	Bawah: 18,53 Atas: 23,47

Berdasarkan data yang didapatkan, diketahui bahwa rata-rata usia responden adalah 42,53 tahun dengan standar deviasi 9,375 tahun. Usia termuda 24 tahun dan usia tertua 57 tahun. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% usia responden antara 39,99 sampai 45,06 tahun. Sedangkan rata-rata pengalaman kerja responden adalah 21 tahun dengan standar deviasi 9,153 tahun. Pengalaman kerja tersingkat adalah 3 tahun dan terlama adalah 33 tahun. Menurut hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% rata-rata pengalaman kerja perawat adalah 18,53 sampai 23,47 tahun.

### 5.1.2 Jenis kelamin responden

Analisis data kategori jenis kelamin menggunakan distribusi frekuensi. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Perinatologi RSAB Harapan Kita, Mei 2012 (n=55)

Variabel	Frekuensi	Persentase
Laki-laki	0	0%
Perempuan	55	100%
Total	55	100%

Berdasarkan analisis data yang diperoleh bahwa sebanyak 55 (100%) responden berjenis kelamin perempuan.

### 5.1.3 Tingkat pendidikan responden

Analisis data tingkat pendidikan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil analisis disajikan dalam bentuk pie diagram.

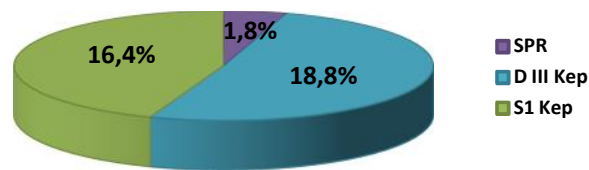


Diagram 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Ruang Perinatologi RSAB Harapan Kita, Mei 2012 (n=55)

Berdasarkan diagram 5.1 distribusi responden menurut tingkat pendidikan adalah lulusan S1 Keperawatan sebanyak 9 (16,4%) responden, lulusan DIII Keperawatan sebanyak 45 (81,8%) responden, sedangkan tingkat pendidikan lulusan SPR sebanyak 1 (1,8%) responden.

#### 5.1.4 Status kepegawaian responden

Analisis data status kepegawaian responden menggunakan distribusi frekuensi. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel.

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Status Kepegawaian di Ruang Perinatologi RSAB Harapan Kita, Mei 2012 (n=55)

Variabel	Frekuensi	Persentase
PNS	55	100%
Honorar	0	0%
Total	55	100%

Hasil analisis data menunjukkan bahwa sebagian besar responden sebanyak 55 orang (100%) berstatus pegawai negeri sipil.

#### 5.2 Tingkat pengetahuan responden tentang perawatan metode kanguru

Tingkat pengetahuan responden tentang PMK yang dilakukan pada penelitian ini dibagi menjadi lima sub variabel, yaitu pengertian PMK, manfaat PMK, kriteria yang dilakukan PMK, komponen dalam PMK, dan lamanya pelaksanaan PMK.



### 5.2.1 Tingkat pengetahuan responden tentang perawatan metode kanguru secara umum

Tingkat pengetahuan responden tentang PMK secara umum dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi. Tingkat pengetahuan responden dibagi tiga kelompok yaitu kelompok pengetahuan tinggi, kelompok pengetahuan cukup, dan kelompok pengetahuan kurang.

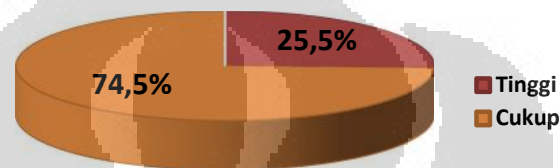


Diagram 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang Perawatan Metode Kanguru Secara Umum di Ruang Perinatologi RSAB Harapan Kita, Mei 2012 (n=55)

Berdasarkan diagram 5.2 diketahui bahwa responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK adalah sekitar 14 (25,5%) responden sedangkan sebanyak 41(74,5%) memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang PMK.

### 5.2.2 Tingkat pengetahuan responden tentang pengertian PMK

Pengertian PMK merupakan salah satu sub variabel dari pengetahuan tentang PMK. Pengetahuan responden tentang pengertian PMK dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi dan disajikan dalam bentuk pie diagram.

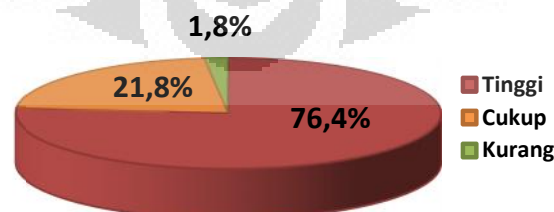


Diagram 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang Pengertian Perawatan Metode Kanguru, Mei 2012 (n=55)

Diagram 5.3 menunjukkan bahwa sebanyak 42 (76,4%) responden mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi tentang pengertian PMK, sebanyak 12 (21,8%) responden mempunyai tingkat pengetahuan yang cukup tentang pengertian PMK, dan sebanyak 1 (1,8%) responden mempunyai tingkat pengetahuan yang kurang tentang pengertian PMK.

### 5.2.3 Tingkat pengetahuan responden tentang manfaat perawatan metode kanguru

Pengetahuan responden tentang manfaat PMK dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi dan disajikan dalam bentuk pie diagram

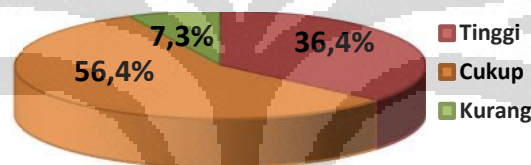


Diagram 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang Manfaat Perawatan Metode Kanguru, Mei 2012 (n=55)

Berdasarkan data yang diperoleh bahwa sebanyak 20 (36,4%) responden mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi tentang manfaat PMK, sebanyak 31 (56,4%) responden mempunyai tingkat pengetahuan yang cukup tentang manfaat PMK, dan sebanyak 4 (7,3%) responden mempunyai tingkat pengetahuan yang kurang tentang manfaat PMK.

### 5.2.4 Tingkat pengetahuan responden tentang kriteria bayi yang dilakukan perawatan metode kanguru

Analisis data pengetahuan responden tentang kriteria yang dilakukan PMK menggunakan distribusi frekuensi dan hasilnya disajikan dalam bentuk pie diagram.

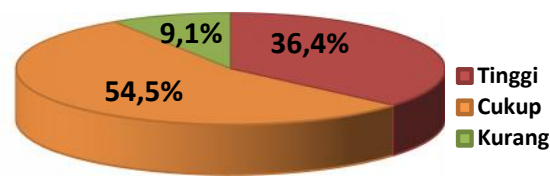


Diagram 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang Kriteria Bayi yang Dilakukan Perawatan Metode Kanguru, Mei 2012 (n=55)

Berdasarkan hasil analisis data bahwa sebanyak 20 (36,4%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang kriteria bayi yang dilakukan PMK, sebanyak 30 (54,5%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang kriteria bayi yang dilakukan PMK dan sebanyak 5 (9,1%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang kriteria bayi yang dilakukan PMK.

#### 5.2.5 Tingkat pengetahuan responden tentang komponen dalam perawatan metode kanguru

Analisis data pengetahuan responden tentang komponen dalam PMK dilakukan dengan menggunakan distribusi frekuensi dan hasil analisis disajikan dalam bentuk pie diagram.

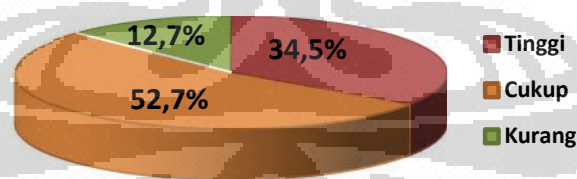


Diagram 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang Komponen dalam Perawatan Metode Kanguru, Mei 2012 (n=55)

Diagram 5.6 menggambarkan bahwa sebanyak 19 (34,5%) responden memiliki pengetahuan yang tinggi tentang komponen PMK, 29 (52,7%) responden memiliki pengetahuan yang cukup tentang komponen PMK dan 7 (12,7%) responden memiliki pengetahuan yang kurang tentang komponen PMK.

### 5.2.6 Tingkat pengetahuan responden tentang lamanya pelaksanaan perawatan metode kanguru

Hasil analisis data pengetahuan responden tentang lamanya pelaksanaan PMK disajikan dengan menggunakan distribusi frekuensi dan dalam bentuk pie diagram.

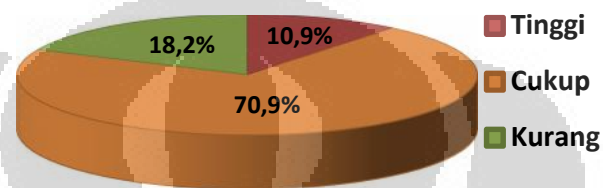


Diagram 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang Lamanya Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru, Mei 2012 (n=55)

Berdasarkan hasil analisis data bahwa sekitar 6 (10,9%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang lamanya pelaksanaan PMK, 39 (70,9%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang lamanya pelaksanaan PMK, dan 10 (18,2%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang lamanya pelaksanaan PMK.

### 5.3 Tingkat pengetahuan berdasarkan karakteristik responden

Gambaran tingkat pengetahuan responden dianalisis berdasarkan karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pengalaman kerja.

#### 5.3.1 Tingkat pengetahuan tentang perawatan metode kanguru berdasarkan usia responden

Usia responden dibagi menjadi dua bagian yaitu usia antara 20-40 tahun yang disebut sebagai usia dewasa muda dan usia antara 41-65 tahun yang disebut sebagai usia dewasa pertengahan. Tingkat pengetahuan perawatan metode kanguru berdasarkan usia dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi.

Tabel 5.4 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Perawatan Metode Kanguru Berdasarkan Usia, Mei 2012 (n=55)

Usia	Tingkat pengetahuan				Total	
	Tinggi		Cukup			
	n	%	n	%	n	%
20-40 tahun	4	18,2%	18	81,8%	22	100%
41-65 tahun	10	30,3%	23	69,7%	33	100%
Total	14	25,5%	14	74,5%	55	100%

Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan hasil bahwa responden yang berusia 20-40 tahun sebanyak 4 (18,2%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK sedangkan sebanyak 18 (81,8%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang PMK. Responden yang berusia 41-65 tahun yang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK sebanyak 10 (30,3%) responden, sebanyak 23 (69,7%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang PMK.

### 5.3.2 Tingkat pengetahuan tentang perawatan metode kanguru berdasarkan jenis kelamin responden

Responden 100% memiliki jenis kelamin perempuan. Tingkat pengetahuan tentang PMK berdasarkan jenis kelamin dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi.

Tabel 5.5 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Perawatan Metode Kanguru Berdasarkan Jenis Kelamin, Mei 2012 (n=55)

Jenis Kelamin	Tingkat pengetahuan				Total	
	Tinggi		Cukup			
	n	%	n	%	n	%
Laki-laki	0	0%	0	0%	0	0%
Perempuan	14	25,5%	41	74,5%	55	100%
Total	14	25,5%	41	74,5%	55	100%

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa 55 (100%) responden berjenis kelamin perempuan. Sebanyak 14 (25,5%) responden memiliki tingkat

pengetahuan yang tinggi tentang PMK dan sebanyak 41 (74,5%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang PMK.

### 5.3.3 Tingkat pengetahuan tentang perawatan metode kanguru berdasarkan tingkat pendidikan responden

Responden memiliki tingkat pendidikan yang terdiri dari SPR, DIII Keperawatan, dan S1 Keperawatan. Tingkat pengetahuan tentang PMK berdasarkan tingkat pendidikan dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi.

Tabel 5.6 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Perawatan Metode Kanguru Berdasarkan Tingkat Pendidikan, Mei 2012 (n=55)

Tingkat Pendidikan	Tingkat pengetahuan				Total	
	Tinggi		Cukup		n	%
	n	%	n	%		
SPR	0	0%	1	100%	1	100%
D III Keperawatan	10	22,2%	35	77,8%	45	100%
S 1 Keperawatan	4	44,4%	5	55,6%	9	100%
Total	14	25,5%	41	74,5%	55	100%

Berdasarkan hasil analisis data diketahui bahwa sebanyak 1 (100%) responden dengan tingkat pendidikan SPR memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang PMK. Responden dengan pendidikan DIII Keperawatan yang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK sebanyak 10 (22,2%) responden sedangkan 35 (77,8%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang PMK. Responden yang berpendidikan S1 Keperawatan terdapat 4 (44,4%) responden memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK dan 5 ( 55,6%) responden memiliki tingkat pengetahuan cukup tentang PMK.

### 5.3.4 Tingkat pengetahuan tentang perawatan metode kanguru berdasarkan pengalaman kerja responden

Pada penelitian ini pengalaman kerja dikelompokkan menjadi 1-10 tahun, 11-20 tahun, 21-30 tahun, dan > 30 tahun masa pengalaman kerja. Tingkat pengetahuan tentang PMK berdasarkan pengalaman kerja dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi.

Tabel 5.7 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Perawatan Metode Kanguru Berdasarkan Pengalaman Kerja, Mei 2012 (n=55)

Pengalaman Kerja	Tingkat pengetahuan				Total	
	Tinggi		Cukup		n	%
	n	%	n	%		
1-10 tahun	2	14,3%	12	85,7%	14	100%
11-20 tahun	2	28,6%	5	71,4%	7	100%
21-30 tahun	9	36,0%	16	64,0%	25	100%
➤ 30 tahun	1	11,1%	8	88,9%	9	100%
Total	14	25,5%	41	74,5%	55	100%

Berdasarkan data yang diperoleh bahwa responden dengan pengalaman kerja 1-10 tahun sebanyak 14,3% responden memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK dan 85,7% responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang PMK. Sedangkan responden dengan pengalaman kerja > 30 tahun sebanyak 11,1% responden memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK dan sebanyak 88,9% responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang PMK.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini berisi pembahasan tentang hasil penelitian yang meliputi gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang PMK. Selain itu dibahas pula mengenai implikasi hasil penelitian terhadap keperawatan serta keterbatasan penelitian.

#### **6.1 Interpretasi dan diskusi hasil penelitian**

##### **6.1.1 Karakteristik Demografi Perawat**

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia seseorang maka akan semakin berkembang daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh akan semakin baik (Notoatmodjo, 2007). Dimana usia 20-40 tahun memasuki tahap usia dewasa muda. Pada usia ini individu dituntut untuk menjalani peran baru di tempat kerja, rumah, dan masyarakat, serta mengembangkan minat, nilai-nilai, dan sikap yang terkait dengan peran tersebut. Pada tahap ini seseorang memiliki tingkat kematangan dan kemampuan yang lebih dalam berpikir dan bekerja. Sedangkan usia 41-65 tahun merupakan usia dewasa pertengahan. Pada tahap ini kemampuan kognitif dan intelektual tidak banyak mengalami perubahan. Waktu reaksi tidak berkurang, memori dan kemampuan memecahkan masalah tetap sama, dan proses belajar terus berlanjut dan dapat dikembangkan dengan motivasi yang kian meningkat (Kozier, 2010).

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat yang berusia 20-40 tahun sebanyak 4 (18,2%) perawat memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK. Sedangkan responden yang berusia 41-65 tahun sebanyak 10 (30,3%) perawat memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK. Berdasarkan data yang diperoleh menunjukkan penelitian ini sejalan dengan teori yang dikatakan oleh Notoatmodjo bahwa dengan bertambahnya usia maka pengetahuan seseorang akan semakin meningkat. Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wayunah (2011) yang menunjukkan hasil bahwa tidak ada hubungan



antara umur dengan pengetahuan dimana pada penelitian Wayunah diketahui bahwa sebanyak 59,4% perawat yang berasal dari kelompok umur < 31,6 tahun memiliki pengetahuan tidak baik tentang terapi infus dengan nilai statistik yang diperoleh nilai *p value* = 0,172.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa seluruh responden berjenis kelamin perempuan. Sebanyak 14 (25,5%) perawat memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK sedangkan sebanyak 41 (74,5%) perawat memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang PMK. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa walaupun memiliki jenis kelamin yang sama tetapi tidak menjamin akan memiliki tingkat pengetahuan yang sama.

Pengetahuan juga dipengaruhi oleh pendidikan. Dari hasil penelitian diketahui bahwa responden dengan pendidikan S1 Keperawatan sebanyak 4 (44,4%) perawat memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK dibandingkan dengan responden dengan pendidikan D III Keperawatan dan pendidikan SPR. Hal ini sejalan dengan yang dikatakan Notoatmodjo (2007) bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah orang tersebut menerima informasi, dan semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan maka seseorang dengan pendidikan tinggi, diharapkan orang tersebut semakin luas pengetahuannya. Penelitian yang dilakukan oleh Sudrajat (2008) menunjukkan bahwa perawat yang berlatar belakang pendidikan S1 Keperawatan dapat memenuhi hak-hak pasiennya lebih baik dibandingkan dengan perawat pelaksana yang berlatar belakang DIII Keperawatan.

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah. Pengalaman belajar dalam bekerja memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional selama bekerja sehingga dapat mengembangkan kemampuan mengambil

keputusan dalam bidang kerjanya (Notoatmodjo, 2007). Semakin banyak pengalaman, semakin bertambah pengetahuan perawat tentang diri mereka sendiri, kesehatan klien, kemampuan untuk menginterpretasikan informasi tertentu dan melakukan tindakan keperawatan (Christensen & Kenney, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian dimana responden dengan pengalaman kerja > 30 tahun hanya sebanyak 1 (11,1%) perawat memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK dan sebanyak 8 (88,9%) perawat memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang PMK. Sedangkan tingkat pengetahuan tentang PMK yang paling tinggi ditemukan pada perawat yang telah mempunyai pengalaman kerja 21-30 tahun yaitu sebanyak 9 (36,0%) perawat. Hal ini diasumsikan bahwa individu yang memiliki pengalaman kerja > 30 tahun sudah mendekati masa pensiun sehingga akan mempengaruhi individu dalam memperoleh pengetahuan dibandingkan dengan individu yang memiliki pengalaman kerja 21-30 tahun masih aktif dalam mengembangkan pengalaman belajarnya dalam bekerja. Sehingga memudahkan individu mendapatkan pengetahuan yang lebih banyak. Hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sudrajat (2008) menunjukkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan pemenuhan hak pasien.

#### **6.1.2 Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Metode Kanguru**

Notoatmodjo (2005) mengemukakan bahwa pengetahuan adalah hasil penginderaan seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Penelitian ini menunjukkan hasil bahwa sebanyak 14 (25,5%) perawat memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang PMK namun 41 (74,5%) perawat hanya memiliki tingkat pengetahuan yang cukup. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sesungguhnya tingkat pengetahuan perawat terkait PMK sudah baik namun dalam pelaksanaannya belum optimal. Hal ini kemungkinan dikarenakan belum semua perawat mendapatkan pelatihan terkait PMK.

Perawat perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan yang berkaitan dengan PMK. Hal ini akan mempengaruhi perilaku perawat. Perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Notoatmodjo, 2005). Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2005) membagi perilaku menjadi tiga domain yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor yang dikembangkan dalam pengetahuan, sikap, dan tindakan.

Penelitian yang dilakukan oleh Marliyani (2010) tentang gambaran pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan terhadap pelaksanaan metode kanguru di ruang perinatologi RSUD Banjar Baru menunjukkan hasil bahwa sebanyak 10 (62,5%) orang memiliki pengetahuan baik dan melaksanakan metode kanguru sedangkan sebanyak 6 orang (37,5%) memiliki pengetahuan cukup tetapi hanya 1 (6,25%) orang yang melaksanakan metode kanguru namun 5 (31,25%) orang tidak melaksanakan metode kanguru.

Pengetahuan tentang PMK dibagi menjadi beberapa subvariabel yaitu pengertian PMK, manfaat PMK, kriteria bayi yang dilakukan PMK, komponen dalam PMK, dan lamanya pelaksanaan PMK. Pada sub variabel pengertian PMK didapatkan sebanyak 42 (76,4%) perawat memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang pengertian PMK. Hal ini menunjukkan bahwa perawat sudah mempunyai pengetahuan yang baik tentang PMK. Berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya diharapkan perawat lebih mengerti dan memahami pentingnya PMK.

Hasil penelitian variabel tentang manfaat PMK menunjukkan bahwa sebanyak 31 (56,4%) perawat memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang manfaat PMK. Namun masih ada perawat yang memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang manfaat PMK yaitu sebanyak 4 (7,3%) perawat. Data ini menunjukkan bahwa belum semua perawat mengetahui

dengan baik manfaat dari PMK. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh kurangnya pemahaman dari masing-masing individu.

Pada sub variabel ketiga sebanyak 20 (36,4%) perawat memiliki pengetahuan yang tinggi tentang kriteria BBLR yang dilakukan PMK. Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan cukup tentang kriteria BBLR yang dilakukan PMK sebanyak 30 (54,5%) perawat dan sebanyak 5 (9,1%) perawat memiliki pengetahuan yang kurang tentang kriteria BBLR yang dilakukan PMK. Hal ini menunjukkan bahwa perawat masih belum memahami dengan baik bagaimana kriteria BBLR yang memerlukan pelaksanaan PMK.

Pengetahuan tentang komponen dalam PMK adalah sub variabel yang keempat. Diketahui bahwa sebanyak 19 (34,5%) perawat berpengetahuan tinggi tentang komponen dalam PMK. Sedangkan responden yang berpengetahuan cukup sebanyak 29 (52,7%) perawat. Namun masih ada responden yang memiliki pengetahuan kurang yaitu sebanyak 7(12,7%) perawat. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh kurangnya informasi yang didapatkan perawat tentang komponen-komponen yang terdapat dalam PMK.

Sub variabel pengetahuan yang terakhir adalah pengetahuan tentang lamanya pelaksanaan PMK. Responden yang memiliki pengetahuan yang tinggi tentang lamanya pelaksanaan PMK sebanyak 6 (10,9%) perawat, dan sebanyak 39 (70,9%) perawat memiliki pengetahuan yang cukup tentang lamanya pelaksanaan PMK serta 10 (18,2%) perawat memiliki pengetahuan yang kurang tentang lamanya pelaksanaan PMK. Sesuai dengan kenyataan yang ditemukan bahwa belum semua perawat mendapatkan pelatihan tentang PMK, dimana masih ada beberapa perawat yang belum mengerti perbedaan lamanya pelaksanaan PMK di ruang intensif dengan pelaksanaan PMK di rawat gabung.

## **6.2 Keterbatasan penelitian**

Penelitian ini memiliki keterbatasan dimana penelitian ini menggunakan kuesioner pengetahuan untuk perawat yang disusun sendiri oleh peneliti berdasarkan tinjauan pustaka. Pengisian kuesioner oleh setiap responden tidak dilakukan pada hari yang sama, hal ini memungkinkan terjadinya pemberian informasi diantara perawat.

## **6.3 Implikasi keperawatan**

### **6.3.1 Pelayanan Keperawatan**

Penerapan PMK sangat efektif untuk mengontrol suhu tubuh bayi. Sehingga bayi dapat terhindar dari risiko terjadinya hipotermia. Selain itu juga PMK dapat meningkatkan lamanya pemberian ASI dan terjalinnya hubungan batin yang kuat antara ibu dan bayi. Pelaksanaan PMK disesuaikan dengan kondisi bayi. Selain itu juga bergantung pada kesiapan ibu. Semua ibu dapat melakukan PMK, namun sebelumnya ibu harus mendapatkan penjelasan tentang berbagai aspek dari metode ini seperti manfaat yang didapatkan dari PMK. Oleh karena itu penting bagi perawat untuk memiliki pengetahuan tentang PMK agar dapat menjelaskan dan memberikan informasi tentang PMK sehingga dapat memfasilitasi ibu yang akan melaksanakan PMK. Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan bagi perawat untuk meningkatkan pengetahuannya terutama dalam pelaksanaan PMK. Dan bagi rumah sakit setempat, diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan perawatnya dengan mengadakan pelatihan-pelatihan secara rutin dan berkesinambungan.

### **6.3.2 Penelitian**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar bagi penelitian-penelitian selanjutnya. Mengingat angka kelahiran BBLR masih tinggi maka hasil penelitian mengidentifikasi bahwa pelaksanaan PMK masih sangat dibutuhkan. Oleh karena itu diperlukan pengetahuan yang baik terkait dengan PMK.

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Simpulan**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terhadap responden mengenai gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru, maka peneliti dapat menyimpulkan bahwa:

1. Responden yang dilibatkan dalam penelitian ini berjumlah 55 orang. Mereka memiliki rata-rata usia 42 tahun, dengan usia termuda adalah 24 tahun dan usia tertua adalah 57 tahun.
2. Berdasarkan pengalaman kerja, responden memiliki rata-rata pengalaman kerja 21 tahun, yaitu pengalaman kerja yang tersingkat adalah 3 tahun dan pengalaman kerja yang terlama adalah 33 tahun.
3. Responden yang terlibat dalam penelitian ini 100% adalah berjenis kelamin perempuan dengan status pegawai 100% PNS.
4. Responden yang terlibat dalam penelitian ini memiliki tingkat pendidikan yang bervariasi yaitu SPR sebanyak 1 orang (1,8%), DIII Keperawatan sebanyak 45 orang (81,8%), dan S1 Keperawatan sebanyak 9 orang (16,4%).
5. Responden yang berusia 20-40 tahun sebanyak 4 orang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi dan 18 orang memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang perawatan metode kanguru. Responden yang berusia 41-65 tahun sebanyak 10 orang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi dan 23 orang memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang perawatan metode kanguru.
6. Responden dengan tingkat pendidikan SPR sebanyak 1 orang memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang perawatan metode kanguru. Responden dengan tingkat pendidikan D III Keperawatan sebanyak 10 orang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi dan 35 orang memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang perawatan metode kanguru. Responden dengan tingkat pendidikan S 1 Keperawatan sebanyak 4 orang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi dan 5 orang memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang perawatan metode kanguru.

**Universitas Indonesia**

7. Responden dengan pengalaman kerja 1-10 tahun sebanyak 2 orang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi dan 12 orang memiliki tingkat pengetahuan yang cukup. Responden dengan pengalaman kerja 11-20 tahun sebanyak 2 orang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi dan 5 orang memiliki tingkat pengetahuan yang cukup. Responden dengan pengalaman kerja 21-30 tahun sebanyak 9 orang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi dan 16 orang memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang perawatan metode kanguru. Responden dengan pengalaman kerja > 30 orang sebanyak 1 orang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi dan 8 orang memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang perawatan metode kanguru.
8. Gambaran tingkat pengetahuan responden tentang perawatan metode kanguru sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan yang cukup yaitu sebanyak 41 orang (74,5%) dan sisanya sebanyak 14 orang (25,5%) memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi.

## 7.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang dilakukan maka peneliti memberikan saran-saran seperti:

1. Perlunya diberikan pelatihan secara merata dan berkesinambungan bagi seluruh perawat untuk meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru.
2. Rumah sakit perlu menambah fasilitas yang mendukung pelaksanaan perawatan metode kanguru.
3. Rumah sakit perlu mengadakan study banding dengan rumah sakit lain yang juga melaksanakan perawatan metode kanguru untuk mendapatkan perbandingan pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru.

## DAFTAR PUSTAKA

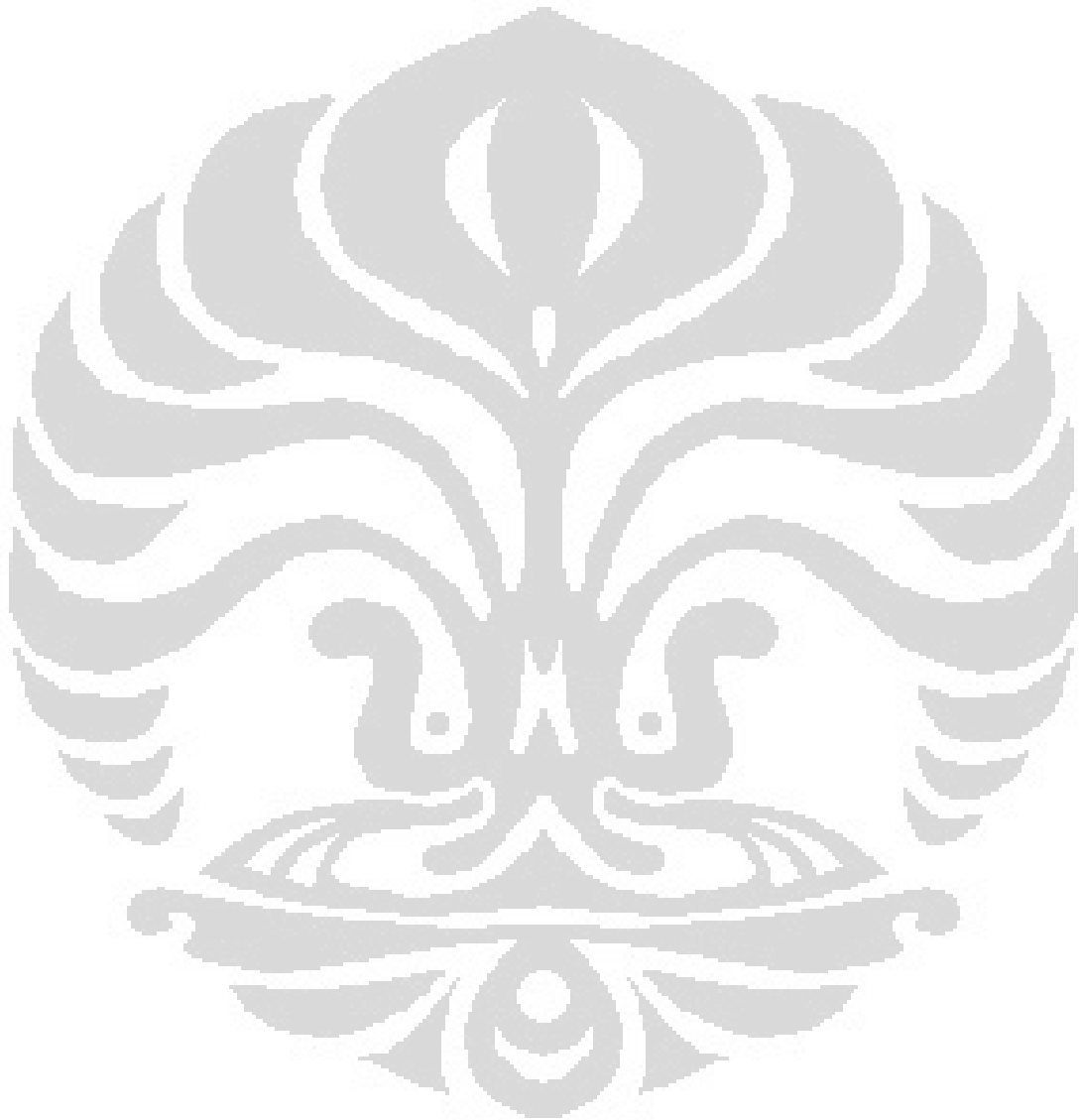
- Bauer, K., Uhrig, C., Sperling, P., Pasel, K., Wieland, C., & Versmold, H.T. (1997). Body temperatures and oxygen consumption during skin-to-skin (kangaroo) care in stable preterm infants weighing less than 1500 gram. *Journal pediatric*, 4, 130-240. (diunduh tanggal 24 April 2012)
- Bier, J.A.B., Ferguson, A.E., Morales, Y., Liebling, J.A., Oh, W., & Vohr, R., (1997). Breastfeeding Infants Who Were Extremely Low Birth Weight. *Pediatrics official journal of the American Academy of pediatrics*, 3, 100 (diunduh tanggal 14 april 2012)
- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., Jensen, M.D., & Perry, S.E. (2005). *Buku ajar keperawatan maternitas*. (Maria A. Wijayarini & Peter I. Anugerah, Penerjemah). (edisi 4). Jakarta: EGC.
- Brink & Wood, (2000). *Basic steps in planning nursing research: from queation to proposal*. (AniekMaryunani, Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Christensen, P.J., & Kenney, J.W. (2009). *Proses keperawatan; aplikasi model konseptual*. (Yuyun Yuningsih & Yasmin Asih, Penerjemah). (Edisi 4). Jakarta: EGC.
- Cifuentes, J., Bronstein, J., Phibbs, C.S., Phibbs, R.H., Schmitt, S.K., & Carlo, W.A. (2002). Mortality in Low Birth Weight Infants According to Level of Neonatal Care at Hospital of Birth. *Official journal of the american academy of pediatrics*, 5, 109-345. (diunduh tanggal 14 April 2012)
- Dahlan, M.S. (2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Sagung seto.
- Flynn, A., & Warren, L.P. (2010). Neonatal nurses' knowledge and beliefs regarding kangaroo care with preterm infants in an Irish neonatal unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 16, 221-228 (diunduh tanggal 24 April 2012)
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat. UI.
- Hastono, S.P., & Sabri, L. (2010). *Statistik kesehatan*. (ed. 5). Jakarta: Rajawali pers.
- Health Technology Assesment (HTA) Indonesia (2008). *Perawatan bayi berat lahir rendah (BBLR) dengan metode kanguru*. Jakarta: Departemen kesehatan.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2007). *Wong's nursing care of infants and children*. (8<sup>th</sup> ed). Vol. 1. St. Louis missouri: Mosby.



- Hodgman, J.E., Barton, L., Pavlova, Z., & Fassett, M.J. (2003). Infection as a cause of death in the extremely low birth weight infant. *Journal of maternal-fetal and neonatal medicine*, 14, 313-317. (diunduh tanggal 14 April 2012)
- James, S.R., & Ashwill, J.W. (2007). *Nursing care of children; principles & practice*. (3<sup>rd</sup> ed). St. Louis missouri: Saunders.
- Knobel, R.B., Holditch, D., Davis., Schwartz, T.A., & Wimmer, J.E. (2009). Extremely low birth weight preterm infants lack vasomotor response in relationship to cold body temperatures at birth. *Journal of perinatology*, 29, 814-821. (diunduh tanggal 29 April 2012)
- Kumar, V., Shearer, J.C., Kumar, A., & Darmstadt, G.L. (2009). Neonatal hypothermia in low resource settings: a review. *Journal of perinatology*, 29, 401 – 412. (diunduh tanggal 22 Desember 2011)
- Ludington-Hoe, S.M., & Golant, S.K. (1993). *Kangaroo care, the best you can do to help your preterm infant*. New York: Bantam books.
- Marliyani, L. (2010). Gambaran tingkat pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan terhadap pelaksanaan metode kanguru di ruang perinatologi RSUD Banjarbaru. *Karya tulis ilmiah*. (diunduh tanggal 3 Desember 2012).
- Merenstein, G.B., & Gardner, S.L. (2002). *Hand book of neonatal intensive care*. (5<sup>th</sup> ed). St. Louis missouri: Mosby.
- Miller, S.S., Lee, H.C., & Gould, J.B. (2011). Hypothermia in very low birth weight infants: distribution, risk factors and outcomes. *Journal of Perinatology*, 31, S49–S56 (diunduh tanggal 15 April 2011)
- Miron, D., Brosilow, S., Felszer, K., Reich, D., David Halle, D., Wachtel, D., et al. (2005), Incidence and Clinical Manifestations of Breast Milk-Acquired Cytomegalovirus Infection in Low Birth Weight Infants. *Journal of Perinatology*, 25, 299–303. (diunduh tanggal 29 April 2012)
- Nasar, S.S. (2004). Tata laksana Nutrisi pada Bayi Berat Lahir Rendah. *Sari pediatri*, 5, 165-170 (diunduh tanggal 21 April 2012)
- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan masyarakat, prinsip-prinsip dasar*. (Cetakan I). Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. (ed. revisi). Jakarta: Rineka cipta.

- Priya, J.J. (2004). Kangaroo care for low birth weight babies. *Nursing journal of India*, 9, 95-209. (diunduh tanggal 14 April 2012)
- Sandjaja, B. & Heriyanto, A. (2011). *Panduan penelitian*. (edisi revisi). Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. (ed 4). Jakarta. Sagung seto.
- Sudijono, A. (2006). *Pengantar Statistik Pendidikan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Sudrajat, D.A. (2008). Hubungan karakteristik dan pengetahuan perawat pelaksana tentang aspek hukum praktik keperawatan dengan pemenuhan hak-hak pasien di rumah sakit Islam Jakarta Pondok Kopi. *Tesis keperawatan*. (diunduh tanggal 26 Mei 2012)
- Sugiyono (2007). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Surasmi, A., Handayani, S., & Kusuma, H.N. (2003). *Perawatan bayi risiko tinggi*. Jakarta: EGC.
- Tessier, R., Cristo, M., Nadeau, L., & Schneider, C. (2011). *Prematurity and Morbidity: Could KMC Reverse the Process?* [www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=3803&accno=2011399170](http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=3803&accno=2011399170) (diunduh tanggal 28 Maret 2012)
- United Nations Children's Fund & World Health Organization. (2004). *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*. New York: UNICEF
- Wawan, A., & Dewi, M. (2010). *Teori pengukuran pengetahuan, sikap, dan perilaku manusia*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Wayunah. (2011). Hubungan pengetahuan perawat tentang terapi infus dengan kejadian plebitis dan kenyamanan pasien di ruang rawat inap rumah sakit umum daerah kabupaten Indramayu. *Tesis keperawatan*. (diunduh tanggal 26 April 2012)
- WHO. (2012). Data statistik [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/care\\_of\\_preterm/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_of_preterm/en/) (diunduh tanggal 27 april 2012)
- Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L. & Schwartz, P. (2009). *Wong buku ajar keperawatan pediatrik*. (Agus sutarna, Neti Juniarti, H.Y. Kuncara, Penerjemah). Jakarta: EGC.

Wood, M.J. & Brink, P.J., (2000). *Langkah dasar dalam perencanaan riset keperawatan; dari pertanyaan sampai proposal*. (ed 4). (Anik Maryunani, Penerjemah). Jakarta: EGC.



**Universitas Indonesia**

## PERMOHONAN UNTUK MENJADI RESPONDEN

Responden yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ni Nengah Kusumawati

NPM : 1006823444

Alamat : Jl. Bhakti V No. 8 Kemanggisan Slipi Jakarta Barat

Telp. : 021-5361212/08129906137

Pembimbing : Ibu Elfi Syahreni, SKp, M. Kep. Sp. Kep. An.

Adalah mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang akan melakukan penelitian tentang “Gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru di RSAB Harapan Kita”

Tujuan dari peneliti ini adalah untuk mengidentifikasi gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru di RSAB Harapan Kita. Penelitian ini dilakukan tanpa ada unsur paksaan, bersifat sukarela dan tidak menimbulkan kerugian bagi responden. Jawaban yang saudara berikan akan kami jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Setelah proses penelitian ini selesai, data akan segera kami musnahkan.

Jika saudara bersedia untuk berpartisipasi, saya mohon kesediaan saudara untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab seluruh pernyataan dalam lembar yang telah saya sediakan sesuai dengan petunjuk yang ada. Atas kesediaan dan kerjasama saudara, saya ucapkan terimakasih.

Peneliti

(Ni Nengah Kusumawati)

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**  
***(Informed Consent)***

Setelah membaca dan memahami isi penjelasan pada lembar pertama, saya percaya bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya maupun responden yang lain. Saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia :

Nama : Ni Nengah Kusumawati  
NPM : 1006823444  
Alamat : Jl. Bhakti V No. 8 Kemanggisan Slipi Jakarta Barat  
Telp. : 021-5361212/08129906137  
Pembimbing : Ibu Elfi Syahreni, SKp, M. Kep. Sp. Kep. An.  
Judul penelitian : Gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru di RSAB Harapan Kita

Depok, Mei 2012

Responden

(.....)



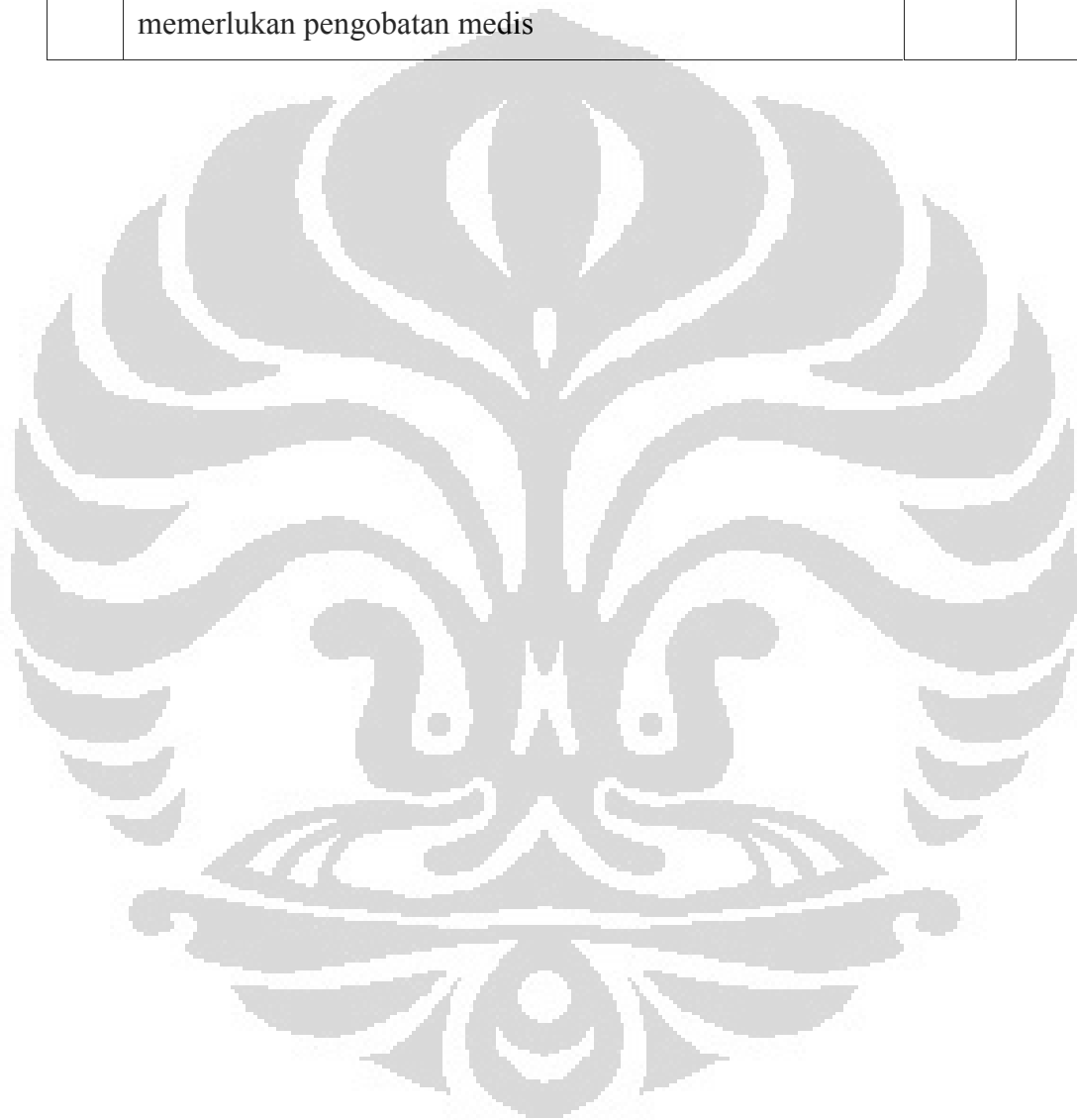
## B. Pernyataan pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru

NO	PERNYATAAN	Benar	Salah
1	Perawatan metode kanguru (PMK) adalah perawatan untuk BBLR dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu ( <i>skin-to-skin contact</i> ).		
2	Perawatan metode kanguru dapat menurunkan infeksi nosokomial, penyakit berat, atau infeksi saluran pernapasan bawah.		
3	Perawatan metode kanguru ini pertama kali diperkenalkan oleh Rey dan Martinez di Bogota sebagai salah satu alternatif perawatan BBLR.		
4	Bayi BBLR yang dilakukan perawatan metode kanguru akan mengalami kestabilan suhu tubuh, denyut jantung, dan pernapasan		
5	Pada saat dilakukan perawatan metode kanguru, bayi hanya memakai popok dan penutup kepala		
6	BBLR yang mendapatkan perawatan metode kanguru akan mengalami kelambatan dalam peningkatan berat badan.		
7	Perawatan metode kanguru adalah suatu metode perawatan BBLR yang diilhami oleh cara seekor kanguru merawat anaknya yang selalu lahir prematur		
8	Untuk melakukan PMK diperlukan dukungan yang berupa dukungan emosional, fisik dan edukasi		
9	Perawatan metode kanguru dapat mempengaruhi psikologis ibu, ibu menjadi lebih tenang		
10	PMK intermiten dilakukan di unit rawat gabung		
11	BBLR yang dilakukan perawatan metode kanguru akan lebih cepat pulang dari rumah sakit		
12	Bayi yang dapat dilakukan PMK adalah bayi BBLR, berat lahir $\leq 1800$ gram, tidak ada kegawatan pernapasan dan sirkulasi		
13	Pada perawatan metode kanguru ini terjadinya kontak kulit		

	bayi dengan kulit ibu melalui proses konduksi		
14	Perawatan metode kanguru dilakukan untuk perawatan bayi baru lahir khususnya yang mengalami asfiksia		
15	Pada perawatan metode kanguru, posisi bayi diletakkan diantara payudara ibu dengan posisi tegak, dada bayi menempel ke dada ibu, dan tungkai bayi harus dalam posisi “kodok”		
16	Perawatan metode kanguru sangat berpengaruh terhadap tingkah laku bayi		
17	Perawatan metode kanguru yang dilakukan di fasilitas Unit Perawatan Khusus (level II) dan Intensif (level III) adalah PMK kontinu		
18	Perawatan metode kanguru kontinu dilakukan dengan durasi minimal satu jam terus-menerus dalam satu hari		
19	Posisi kanguru sangat ideal dalam proses menyusui dan PMK dapat meningkatkan volume ASI		
20	BBLR yang telah mendapatkan PMK dapat dipulangkan dari rumah sakit bila kesehatan bayi secara keseluruhan dalam kondisi baik dan tidak ada apnea atau infeksi		
21	Perawatan metode kanguru memberi berbagai keuntungan yang tidak bisa diberikan oleh inkubator		
22	BBLR yang masih memerlukan pemantauan kardiopulmonal, pemberian ventilasi dengan tekanan positif (CPAP), dan infus intravena tidak dapat dilakukan PMK		
23	Dalam penerapan perawatan metode kanguru dapat digantikan oleh ayah, nenek, kakek, atau saudara yang lain		
24	PMK yang dilaksanakan di rumah sakit, dilakukan pada saat ibu mengunjungi bayinya dengan durasi minimal satu jam		
25	Perawatan metode kanguru dapat meningkatkan hubungan emosi ibu-bayi		



26	Perawatan metode kanguru terbagi atas empat komponen, yaitu <i>kangaroo position</i> (posisi), <i>kangaroo nutrition</i> (nutrisi), <i>kangaroo support</i> (dukungan), <i>kangaroo discharge</i> (pemulangan).		
27	Untuk perawatan metode kanguru intermiten dapat dimulai pada bayi yang dalam proses penyembuhan tetapi masih memerlukan pengobatan medis		



**Waktu Penelitian**

No	Kegiatan	Waktu																							
		Oktober 2011				Nopember 2011				Desember 2011				Januari 2012				April-Mei 2012				Juni-Juli 2012			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Perumusan masalah																								
2	Penyusunan proposal																								
3	Pengumpulan proposal																								
4	Pengumpulan data dan pengolahan data																								
5	Penulisan laporan penelitian																								
6	Pengumpulan Laporan & presentasi hasil penelitian																								



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN**  
**RUMAH SAKIT ANAK DAN BUNDA**  
**HARAPAN KITA**



Jalan Letnan Jenderal S. Parman Kavling 87 Slipi, Jakarta - 11420  
Telepon (021) 5668284 ( Hunting ) Faksimile (021) 5601816, 5673832

Pos-el : [rsabhk@cbn.net.id](mailto:rsabhk@cbn.net.id)

Laman : [www.rsab-harapankita.co.id](http://www.rsab-harapankita.co.id)

Nomor : ~~KS~~1.02. 798  
Hal : Izin Penelitian

30 Mei 2012

Yang terhormat,  
**Wakil Dekan**  
**Fakultas Ilmu Keperawatan**  
**Universitas Indonesia**  
Kampus UI Depok

Dengan hormat,

Menjawab surat Nomor: 1746/H2.F12.D1/PDP.04.04/2012 tanggal 16 April 2012, perihal permohonan izin penelitian dalam rangka penulisan Skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana (S1) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia a.n. **Ni Nengah Kusumawati** (NPM: 1006822444) dengan judul "**Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Perawatan Metode Kanguru di RSAB Harapan Kita Jakarta**" di RSAB Harapan Kita pada prinsipnya dapat kami setujui untuk dilaksanakan, dengan persyaratan dapat memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Mematuhi segala peraturan yang berlaku di RSAB Harapan Kita
2. Sebagai Pembimbing Lapangan, RSAB Harapan Kita menunjuk:  
Nama : **Ns. Aat Yatnikasari, S.Kep.,M.Kep.**  
Pangkat / Gol. : Penata / IIIc  
Jabatan : Ka. Sie. Pengendalian Pelayanan Keperawatan  
(untuk itu mohon dibuatkan surat keterangan pembimbing lapangan)
3. Untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan dimaksud, agar menghubungi Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian RSAB Harapan Kita guna penyelesaian masalah administrasi
4. Menyerahkan pas foto ukuran 2x3 sebanyak 1 lembar untuk tanda pengenal.
5. Berdasarkan SK. Dirut RSAB Harapan Kita No. HK.00.06.003 bertanggal 2 Januari 2008, maka untuk kegiatan tersebut tidak dikenakan biaya karena yang bersangkutan adalah karyawan RSAB Harapan Kita.
6. Segala dokumen/foto yang didapat, hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan dan bila akan dipublikasikan harus mendapat izin dari pimpinan RSAB Harapan Kita
7. Setelah proses pengambilan data selesai dan hasilnya telah disetujui oleh pendamping lahan RSAB Harapan Kita, yang bersangkutan wajib melapor kepada Bagian Pendidikan dan Penelitian untuk mendapat surat keterangan telah menyelesaikan penelitian
8. Diakhir pelaksanaan kegiatan, yang bersangkutan wajib menyerahkan 1 (satu) eksemplar hasil/laporan penelitian.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Direktur Utama,

**dr. Achmad Soebagjo Tancarino, MARS.**

NIP. 196007311989031003

Tembusan:

Kepala Bidang Keperawatan RSAB Harapan Kita  
Gambaran tingkat..., Ni Nengah Kusumawati, FIK UI, 2011





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

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

Nomor : 1746 /H2.F12.D1/PDP.04.04/2012

16 April 2012

Lamp : --

Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth.

Direktur Utama  
RSAB Harapan Kita  
Jakarta

Dalam rangka penyelesaian tugas akhir (skripsi) bagi mahasiswa Program Studi Sarjana (S1) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI):

Nama mahasiswa : **Ni Nengah Kusumawati**  
NPM : **1006822444**

akan melakukan pengumpulan data penelitian dengan judul "**Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Perawatan Metode Kanguru di RSAB Harapan Kita**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Bapak/Ibu mengizinkan mahasiswa FIK-UI tersebut untuk melakukan pengumpulan data di lingkungan **RSAB Harapan Kita** pada bulan April – Mei 2012.

Atas perhatian dan ijin yang diberikan, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan,

  
Dra. Junaiti Sahar, Ph.D

NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan:

1. Kepala Bidang Diklit RSAB Harapan Kita
2. Dekan FIK UI
3. Sekretaris FIK UI
4. Manajer Pendidikan dan Riset FIK UI