

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE
DEMONTRASI TERHADAP PERILAKU PERAWAT
TENTANG PERAWATAN METODE KANGURU PADA
BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI RUANG NICU
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA SURABAYA

PENELITIAN *PRA EXPERIMENT*

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR**



Oleh :

PRIHATIN

NIM : 131111158

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2013

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 13 Februari 2013

Yang Menyatakan



PRIHATIN

131111158

PERSETUJUAN

Lembar Pengesahan

SKRIPSI DENGAN JUDUL

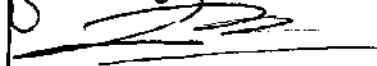
“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metode Kanguru pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Nicu Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya”

TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 13 FEBRUARI 2013

Oleh

Pembimbing Ketua



Nuzul Qur'aniati, S.Kep.,Ns.,M.Ng
NIK. 139040676

Pembimbing



Ilya Krisnana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIK. 139080792

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Pejabat Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE DEMONTRASI
TERHADAP PERILAKU PERAWAT TENTANG PERAWATAN
METODE KANGURU PADA BAYI BERAT LAHIR RENDAH
(BBLR) DI NICU RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
SURABAYA**

Oleh
Prihatin
131111158

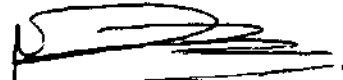
Telah diuji
Pada tanggal, 13 Februari 2013

PANITIA PENGUJI


Ketua : Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kep
NIP. 197806062001122001


(.....)


Anggota : 1. Nuzul Qur'aniati, S.Kep.Ns., M.Ng
NIK. 139040676


(.....)

2. Ilya Krisnana, S.Kep.Ns., M.Kep
NIK. 139080792


(.....)

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I


Mira Triharjati, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

UCAPAN TERIMA KASIH

Segala puji syukur penulis panjatkan keadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan bimbinganNYA sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE DEMONSTRASI TERHADAP PERILAKU PERAWAT TENTANG PERAWATAN METODE KANGURU PADA BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI RUANG NICU RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA SURABAYA”**. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada program studi SI Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep, selaku Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
3. Ibu Nuzul Qur'aniati, S.Kep.,Ns.,M.Ng selaku pembimbing yang telah dengan sabar meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

4. Ibu Ilya Krisnana, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang telah dengan sabar meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Bunda dan keluargaku tercinta yang telah banyak memberikan dukungan spiritual dan materijl serta dorongan doa dalam penyusunan skripsi ini.
6. Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya yang membantu dan memberikan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
7. Teman-teman di ruang NICU yang berpartisipasi aktif dan memberikan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini
8. Teman-teman seperjuangan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Angkatan 2011 (B14) yang memberikan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu sumbang saran dan kritik yang membangun sangat penulis harapkan demi tercapainya mutu yang lebih baik. Besar harapan penulis, skripsi ini bermanfaat bagi penulis pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 13 Februari 2013

Penulis

MOTTO

**AKU HIDUP DI DUNIA INI HANYA SATU KALI MAKA
TUNTUNLAH
AKU MENUJU KEBENARAN, KEBAIKAN DAN KERIDLOANMU
YA ALLOH**

ABSTRACT

**“THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION WITH METHOD
DEMONSTRATION IN THE BEHAVIOR NURSE KANGAROO METHOD
CARE AT NEONATAL WITH LOW BIRTH WEIGHT
IN NEONATUS INTENSIVE CARE UNIT (NICU) MITRA KELUARGA
HOSPITAL”**

By: Prihatin

Neonatal with Low Birth Weight is one of the causes of high neonatal mortality in Indonesia. One of method to handle is a Kangaroo Method Care. The Kangaroo Method Care is a method of early treatment with skin to skin contact between mother and neonatal in position like kangaroo.

This study employed pra-experiment with one group pra-post test design. Population consisted of 13 nurses who work at NICU room Mitra Keluarga Hospital. Respondents who meet inclusion criteria were selected with purposive sampling at a total of 12 nurses. The independent variable was the effect health education with method demonstration and the dependent variable was behavior nurses. Data were collected by using questionnaire and observation with analysis data using Wilcoxon test with level of significant $<0,05$.

Result of research with Wilcoxon test showed that health education method demonstrations had significant effect the behavior nurses in Kangaroo Method Care with significant level of knowledge: 0,011 attitude: 0,003 and actions: 0,018

Hopefully Kangaroo Methode Care applied at neonatal with Low Birth Weight in NICU room Mitra Keluarga Hospital, further study can involve larger sample for better research.

Keyword: Demonstration, nursing behavior, Kangaroo Method Care.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Halaman Prasyarat Gelar	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Motto	viii
Abstract	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Identifikasi Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan Umum	7
1.4.2 Tujuan Khusus.....	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.5.1 Manfaat Teoritis	8
1.5.2 Manfaat Praktis	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Bayi BBLR.....	9
2.1.1 Pengertian BBLR	9
2.1.2 Manifestasi Klinis BBLR.....	8
2.1.3 Diagnosa BBLR	10
2.1.4 Klasifikasi BBLR	10
2.1.5 Faktor Penyebab.....	11
2.1.6 Permasalahan pada BBLR.....	13
2.2 Konsep Perawatan Metode Kanguru (PMK)	15
2.2.1 Pengertian PMK	15
2.2.2 Sejarah PMK	15
2.2.3 Manfaat PMK.....	16
2.2.4 Kriteria Pelaksanaan PMK.....	19

2.2.5 Waktu Pelaksanaan PMK	20
2.2.6 Komponen PMK	21
2.2.7 Fasilitas dan Peralatan yang Diperlukan dalam PMK.....	26
2.2.8 Pelaksanaan PMK	29
2.3 Konsep Perilaku Kesehatan.....	30
2.3.1 Batasan Perilaku	30
2.3.2 Pengertian Perilaku	31
2.3.3 Klasifikasi Perilaku	31
2.3.4 Domain Perilaku.....	32
2.3.5 Teori Model Terbentuknya Perilaku	35
2.3.6 Teori Preced-Proceed	36
2.4 Konsep Pendidikan Kesehatan	40
2.4.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan	40
2.4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan	40
2.4.3 Batasan Pendidikan Kesehatan.....	41
2.4.4 Sasaran Pendidikan Kesehatan.....	42
2.4.5 Tahap-tahap Kegiatan.....	42
2.4.6 Metode Pendidikan Kesehatan	43
2.4.7 Aspek Pemilihan Metode	43
2.5 Konsep Metode Demonstrasi.....	47
2.5.1 Pengertian Metode Demonstrasi	48
2.5.2 Penggunaan Metode Demonstrasi	48
2.5.3 Keunggulan Metode Demonstrasi	48
2.5.4 Kekurangan Metode Demonstrasi	48
2.5.5 Tahap Metode demonstrasi	49
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konsep	51
3.2 Hipotesis Penelitian.....	53
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian	54
4.2 Populasi dan Sampel	55
4.2.1 Populasi	55
4.2.2 Sampel.....	55
4.2.3 Sampling.....	56
4.3 Variabel Penelitian	57
4.3.1 Variabel Independen	57
4.3.2 Variabel Dependen	57
4.3.3 Definisi Operasional.....	57
4.4 Instrumen Penelitian.....	59
4.5 Lokasi dan Waktu penelitian.....	62

4.6	Prosedur Operasional dan Pengumpulan Data	62
4.7	Kerangka Operasional	66
4.8	Cara Analisis Data	66
4.8.1	Editing	67
4.8.2	Scoring	67
4.8.3	Data Entry	67
4.8.4	Analisa Data	67
4.9	Etika Penelitian	67
4.9.1	Surat persetujuan (<i>Informed consent</i>)	68
4.9.2	Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	68
4.9.3	Hak untuk ikut/ tidak menjadi responden (<i>Right to self-determination</i>)	68
4.9.4	Tanpa Nama (<i>Anonimity</i>)	68
4.10	Keterbatasan	69
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		
5.1	Hasil penelitian	70
5.1.1	Data Umum	70
5.1.2	Data Khusus	75
5.2	Pembahasan	80
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		
6.1	Kesimpulan	90
6.2	Saran	91
DAFTAR PUSTAKA		92
LAMPIRAN		

DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar 1.1	Kerangka Identifikasi Masalah	4
Gambar 2.1	Memposisikan Bayi untuk PMK	19
Gambar 2.2	Mengeluarkan Bayi dari Baju PMK	20
Gambar 2.3	Menyusui dalam PMK	21
Gambar 2.4	Kantong untuk Menggendong Bayi PMK	25
Gambar 2.5	Pakaian untuk Bayi PMK	26
Gambar 2.6	Kerangka Model Precede-Proceede	34
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metode Kanguru	49
Gambar 4.1	Kerangka Operasional Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metode Kanguru	66
Gambar 5.1	Distribusi Umur Responden di NICU RSMKS Tanggal 25 Januari Sampai 29 Januari 2013	72
Gambar 5.2	Distribusi Status Kepegawaian Responden di NICU RSMKS tanggal 25 sampai 29 Januari 2013	73
Gambar 5.3	Distribusi Jenjang Karir Responden di NICU RSMKS tanggal 25 sampai 29 Januari 2013	73
Gambar 5.4	Distribusi Pendidikan Terakhir Responden di NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013	73
Gambar 5.5	Distribusi Masa Kerja Responden di NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013	74
Gambar 5.6	Distribusi Pelatihan yang Pernah Diikuti Responden di NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013	75

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Rancangan Penelitian.....	54
Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian	57
Tabel 5.1 Distribusi Pengetahuan Perawat Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi tentang PMK pada BBLR di Ruang NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.....	75
Tabel 5.2 Distribusi Sikap Perawat Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi tentang PMK pada BBLR di Ruang NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.....	76
Tabel 5.3 Distribusi Tindakan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi Tentang PMK pada BBLR di Ruang NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013	76
Tabel 5.4 Pengaruh Pengetahuan Perawat Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi tentang PMK pada BBLR di Ruang NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.....	77
Tabel 5.5 Pengaruh Sikap Perawat Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi tentang PMK pada BBLR di Ruang NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.....	78
Tabel 5.6 Pengaruh Tindakan Perawat sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi tentang PMK pada BBLR di Ruang NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.....	80

DAFTAR LAMPIRAN

		Halaman
Lampiran 1	Permohonan Pengambilan Data Awal.....	94
Lampiran 2	Permohonan Pengambilan Data Penelitian	95
Lampiran 3	Surat Ijin Penelitian dari RSMK surabaya	96
Lampiran 4	Permohonan Responden	97
Lampiran 5	Pernyataan kesediaan Menjadi Responden	98
Lampiran 6	Angket Penelitian	99
Lampiran 7	Obseryasi Betunjuk PMK.....	105
Lampiran 8	Tabulasi Data Karakteristik Responden.....	107
Lampiran 9	Tabulasi Data Pengetahuan Sikap dan Tindakan	108
Lampiran 10	Analisa Data Pengetahuan, Sikap dan Tindakan.....	111
Lampiran 11	Satuan Acara Penyulpan PMK.....	114
Lampiran 12	Satuan Acara Demonstrasi PMK.....	128
Lampiran 13	Keahlian Penelitian.....	132

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Imuno Deficiency Syndrome</i>
AKB	: Angka Kematian Bayi
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BBLER	: Berat Badan Lahir Ekstrim Rendah
BBLSR	: Berat Badan Lahir Sangat Rendah
CPAP	: <i>Continous Positive Airway Pressure</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
NICU	: <i>Neonatus Intensive Care Unit</i>
NKB-SMK	: Neonatus Kurang Bulan-Sesuai Masa Kehamilan
KMK	: Kecil Masa Kehamilan
Penkes	: Pendidikan Kesehatan
PMK	: Perawatan Metode Kanguru
RSMKS	: Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya
RSU	: Rumah Sakit Umum
SAP	: Satuan Ajar Penyuluhan
SPO	: Standar Prosedur Operasional
TORCH	: <i>Toxoplasma Rubella Cytomegalo Herpes</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Riskedas (2007) mengemukakan bahwa Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator yang lazim digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat, baik pada tingkat propinsi maupun nasional. Salah satu faktor penyebab utama terhadap kematian bayi adalah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). BBLR merupakan bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan (Proverawati & Ismawati, 2010). Ketika BBLR masih dirawat di rumah sakit, Perawatan Metode Kanguru (PMK) merupakan metode yang bisa ditawarkan karena selain sederhana, efektif dan murah, perawat dapat memantau langsung dan bertanggung jawab dalam pelaksanaan PMK. PMK selain memberikan kehangatan pada bayi, dapat mencegah infeksi nosokomial dan meningkatkan produksi ASI sehingga berat badan bayi cepat bertambah serta memberi ikatan emosional antara ibu dengan bayinya (Proverawati & Ismawati, 2010). Penelitian PMK telah banyak dilakukan di negara-negara berkembang salah satu diantaranya studi penerapan PMK di Rumah Sakit Ethiopia, hasilnya 67% bayi lahir prematur dan BBLR beresiko tinggi dapat teratasi, disamping itu di India PMK dapat menurunkan angka kematian bayi, menaikkan kemampuan minum bayi (kira-kira 180-1200 ml/kg/hr) dan menaikkan berat badan 20-30 gram atau 2 ons/minggu (Rahmi, 2008). Di Indonesia belum semua rumah sakit menerapkan PMK sebagai protokol tetap (protap) perawatan BBLR di rumah sakit, salah satu diantaranya yang sudah menerapkan PMK sebagai protap untuk perawatan BBLR adalah rumah sakit Dr. Soetomo Surabaya dan RSUP Cipto

Mangunkusumo Jakarta. Protap PMK untuk BBLR dilaksanakan perawat dalam rangka perawat menjalankan fungsinya sebagai *educator*. Perawat sebagai *educator* berperan membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan (Perry & Potter, 2010). Sebelum perawat memberikan edukasi kepada orang lain, pengetahuan perawat harus ditingkatkan dulu guna membentuk wawasan untuk memahami orang lain yang salah satunya dapat melalui pendidikan kesehatan (Notoadmojo, 2010). Pendidikan kesehatan (Penkes) merupakan bentuk pemberian informasi yang bisa meningkatkan pengetahuan perawat untuk merubah perilaku. Peningkatan perilaku perawat terutama PMK, selanjutnya dapat digunakan sebagai bekal untuk memberikan pemahaman dan transfer pendidikan kesehatan pada ibu BBLR. Sementara saat ini yang terjadi di Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya (RSMKS) perilaku perawat tentang PMK masih belum optimal. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sari (2008) di Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo Surabaya terkait pengaruh pendidikan kesehatan tentang PMK, hasilnya pendidikan kesehatan efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu tentang PMK pada bayi BBLR. Namun saat ini pengaruh pendidikan kesehatan metode demonstrasi untuk mengubah perilaku perawat tentang PMK pada BBLR di *Neonatus Intensive Care Unit* (NICU) RSMKS belum dapat dijelaskan, sehingga mendorong peneliti untuk mencoba memberikan pendidikan kesehatan tentang PMK dengan metode demonstrasi.

Studi pendahuluan yang dilakukan di ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya (RSMKS) diperoleh jumlah BBLR mulai bulan Januari sampai September 2012 sebanyak 30 bayi dari 176 bayi yang dirawat (1,5%) (Rekam Medis RSMKS, 2012). Sesuai data tersebut BBLR merupakan urutan

kedua dari seluruh kasus yang masuk di ruang NICU RSMKS, namun BBLR menjadi prioritas utama perawatan bayi baru lahir karena BBLR mudah hipotermi dan bila tidak segera ditangani dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan BBLR. Hipotermi tersebut dapat dicegah salah satunya dengan PMK yang dapat diterapkan perawat sebagai tindakan mandiri. Menurut Lina (2011) menjelaskan, bahwa hasil penelitian sebelumnya yang telah dilakukan di ruang Perinatologi RSUD Karyadi Semarang menggambarkan 57% perawat belum melaksanakan PMK sesuai protap Sementara studi pendahuluan yang dilakukan di ruang NICU RSMKS pada tanggal 5 Desember 2012 dari hasil wawancara mengenai pengetahuan PMK terhadap perawat, didapatkan 7 dari 11 perawat (63,7%) mengatakan bahwa PMK merupakan perawatan bayi lekat dengan meletakkan bayi diatas dada ibu untuk membantu mempertahankan suhu tubuh bayi tetap hangat dan 4 perawat mengerti tentang PMK tapi masih kurang sempurna. Selanjutnya mengenai sikap perawat, diperoleh data 4 dari 11 perawat (36,3%) mempunyai sikap yang positif terhadap PMK terbukti dengan adanya penerimaan dan respon yang baik terhadap PMK dan yang lain masih kurang memiliki respon terhadap PMK. Mengenai tindakan PMK hanya 4 dari 11 perawat (36,3%) mengatakan pernah melaksanakan PMK pada BBLR dan itu hanya sebatas permintaan orang tua bayi saja, karena PMK belum menjadi program perawatan BBLR dan penkes di RSMKS. Penkes yang sudah dilakukan untuk perawatan bayi hanya penkes perawatan bayi baru lahir saja. Disamping itu perawat terlatih untuk PMK juga belum ada karena perawat mengetahui dari hasil mengikuti seminar atau panduan buku. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa pengetahuan perawat NICU sudah tergolong cukup terbukti

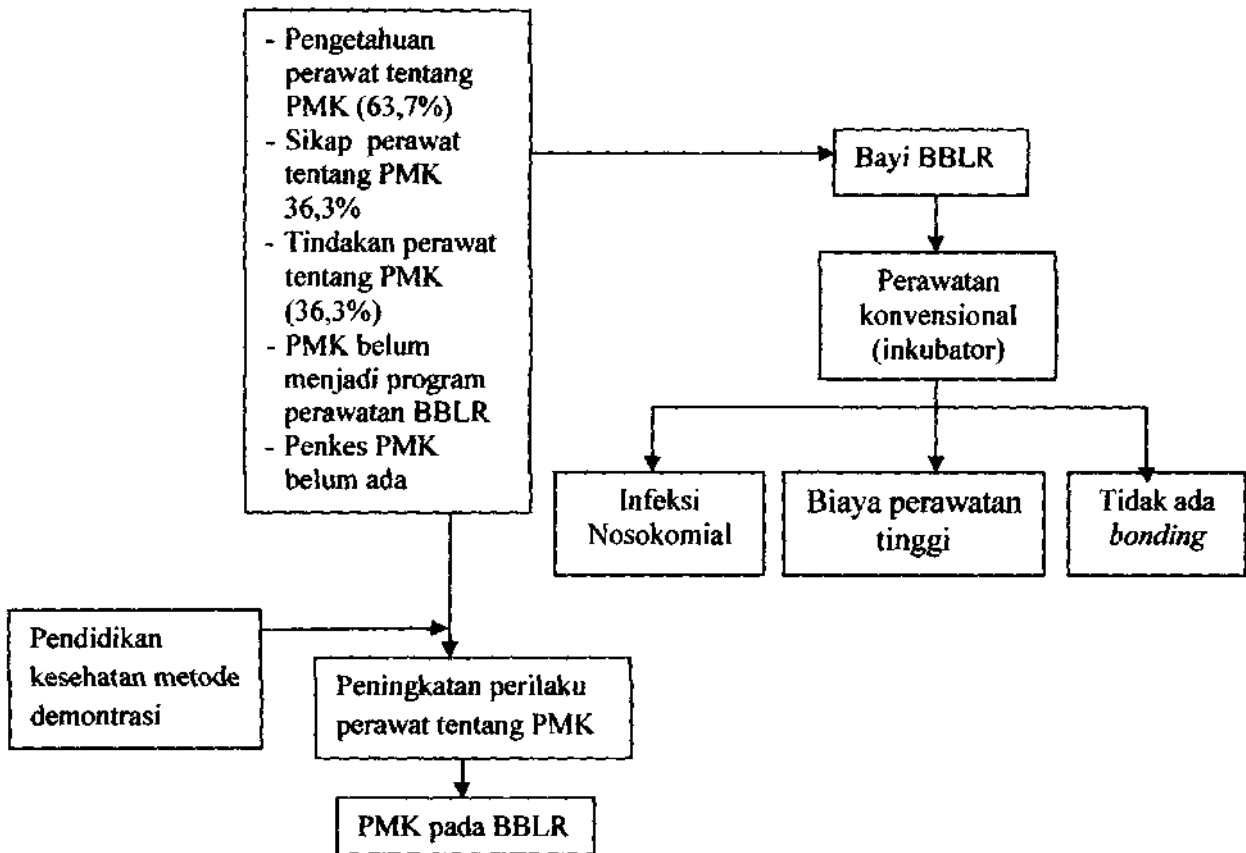
dengan angka prosentasi 63,7%, ini terjadi kemungkinan karena perawat sudah mendapatkan pengetahuan melalui informasi sebelumnya dari panduan buku yang menjelaskan tentang PMK. Disatu sisi sikap dan tindakan perawat prosentasinya masih 36,3% dan ini dapat diartikan bahwa niat perawat untuk menerapkan PMK sesuai dengan pengetahuan yang didapat masih tergolong rendah dan sangat mempengaruhi perilaku perawat.

Sebelum mengenal PMK, inkubator merupakan salah satu fasilitas yang digunakan perawat untuk merawat BBLR saat dirawat di rumah sakit. Selain memerlukan biaya yang cukup tinggi dan meningkatkan resiko infeksi nosokomial, inkubator juga menghambat kontak dini ibu dan bayinya sehingga PMK dapat digunakan sebagai alternatif dalam merawat BBLR (Depkes, 2008). PMK akan memberi manfaat dengan baik apabila perawat mampu melakukan PMK sesuai protap. Banyak faktor untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam penerapan PMK, salah satunya melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan tentang PMK merupakan kegiatan yang memberikan informasi tentang PMK untuk merubah perilaku perawat yang dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan, sikap dan tindakan perawat tentang PMK secara tidak langsung dapat meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan BBLR (Notoadmojo, 2007). Adanya perilaku perawat yang kurang dalam menerapkan tindakan PMK, akan berdampak perawatan BBLR akan menggunakan inkubator.

Berdasarkan fenomena di atas, untuk meningkatkan pelaksanaan PMK di rumah sakit perlu diterapkan pendidikan kesehatan tentang PMK dengan metode yang mudah dipahami sasaran. Program pendidikan kesehatan dapat dilakukan salah satunya dengan memberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi

tentang pelaksanaan PMK pada perawat. Metode demonstrasi merupakan pembelajaran yang menyajikan suatu prosedur atau memperagakan materi pendidikan secara visual dengan menggunakan media seperti video atau film (Sagala, 2003). Metode ini mempunyai kelebihan selain sasaran dapat lebih difokuskan, lebih menarik, dapat menyesuaikan teori dengan kenyataan dan dapat melakukan sendiri (redemonstrasi), sasaran juga dirangsang untuk memahami, sehingga pemahaman sasaran terhadap suatu proses atau prosedur akan lebih jelas dan dapat mengurangi kesalahan-kesalahan bila dibandingkan dengan hanya membaca atau mendengarkan (Sanjaya, 2006). Metode demonstrasi tentang PMK pada perawat dapat menambah dan memperdalam informasi serta gambaran prosedur PMK sesuai dengan standar, sehingga untuk selanjutnya diharapkan ada perubahan perilaku perawat dalam pelaksanaan PMK pada BBLR.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Kerangka Identifikasi Masalah Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metode Kanguru pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya Tanggal 5 Desember 2012.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka masalah penelitian dapat dirumuskan sebagai berikut: "Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan metode demonstrasi terhadap perilaku perawat tentang Perawatan Metode Kanguru pada BBLR di ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya?."

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan metode demonstrasi terhadap perilaku perawat tentang PMK pada BBLR di ruang NICU RSMK Surabaya.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan perawat tentang PMK pada BBLR sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi di ruang NICU RSMK Surabaya.
2. Mengidentifikasi sikap perawat tentang PMK pada BBLR sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi di ruang NICU RSMK Surabaya.
3. Mengidentifikasi tindakan perawat tentang PMK pada BBLR sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi di ruang NICU RSMK Surabaya.
4. Menganalisis pengetahuan perawat tentang PMK pada BBLR sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi di Ruang NICU RSMK Surabaya.
5. Menganalisis sikap perawat tentang PMK pada BBLR sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi di Ruang NICU RSMK Surabaya.
6. Menganalisis tindakan perawat tentang PMK pada BBLR sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi di Ruang NICU RSMK Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi ilmiah tentang pengaruh pendidikan kesehatan metode demonstrasi terhadap perilaku perawat tentang perawatan metode kanguru pada BBLR sehingga dapat berguna untuk perkembangan ilmu keperawatan anak dan dapat meningkatkan kemandirian perawat dalam melaksanakan PMK pada BBLR

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Sebagai masukan berupa informasi dan bahan pertimbangan bagi perawat NICU dalam upaya memberikan perawatan pada BBLR tentang PMK agar BBLR dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.
2. Sebagai masukan bagi RSMK Surabaya terkait berupa alternatif pendidikan kesehatan dengan metoda demonstrasi untuk transfer informasi tentang PMK pada BBLR
3. Sebagai masukan berupa informasi dan bahan pertimbangan ibu dalam upaya pelaksanaan PMK pada BBLR baik di rumah sakit maupun di rumah.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan teori yang mendukung variabel-variabel yang mendasari penelitian. Penjelasan teori ini dimulai dari konsep Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), perawatan bayi dengan metode kanguru, pendidikan kesehatan dan metode demonstrasi.

2.1 Konsep Bayi BBLR

2.1.1 Pengertian BBLR

BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram tanpa memandang usia kehamilan (Pudjiati, 2010). Dahulu neonatus dengan dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram atau sama dengan 2.500 gram disebut dengan prematur (Surasmi, 2003). Proverawati & Ismawati (2010) mengemukakan bahwa, pada tahun 1961 oleh WHO semua bayi yang baru lahir dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram disebut *Low Birth Weight Infant* (LBWI).

2.1.2 Manifestasi Klinis BBLR

Menurut Proverawati & Ismawati (2010) secara umum gambaran klinis dari BBLR adalah sebagai berikut:

1. Berat kurang dari 2.500 gram.
2. Panjang kurang dari 45 cm.
3. Lingkar dada kurang dari 30 cm.
4. Lingkar kepala kurang dari 33 cm.

5. Umur kehamilan kurang dari 37 Minggu.
6. Kepala lebih besar.
7. Kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak, lemak kurang.
8. Otot hipotonik lemah.
9. Pernafasan tidak teratur dapat terjadi apnea.
10. Ekstremitas : paha abduksi, sendi lutut/kaki fleksi-lurus.
11. Kepala tidak mampu tegak.
12. Pernafasan 40-50 kali/menit.
13. Nadi 100-140 kali/menit.

2.1.3 Diagnosa BBLR

Menurut Proverawati & Ismawati (2010), dalam mendiagnosa bayi dengan BBLR maka hal-hal yang harus diperhatikan adalah tersebut dibawah ini :

1. Penghitungan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).
2. Penilaian secara klinis: Berat Badan (BB), Lingkar Dada dan Lingkar Kepala.

2.1.4 Klasifikasi BBLR

Menurut Proverawati & Ismawati (2010), ada beberapa cara dalam mengelompokkan bayi BBLR, yaitu:

1. Menurut harapan hidupnya:
 - 1) Bayi berat lahir rendah (BBLR) berat lahir 1500-2500 gram.
 - 2) Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) berat lahir 1000-1500 gram.
 - 3) Bayi berat lahir ekstrim rendah (BBLER) berat lahir kurang dari 1000 gram.

2. Menurut masa gestasinya:

- 1) Prematuritas murni: masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi berat atau biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai untuk masa kehamilan (NKB-SMK).
- 2) Dismaturitas: bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu. Berat bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilannya (KMK).

2.1.5 Faktor Penyebab

Beberapa penyebab terjadinya BBLR secara umum (Proverawati & Ismawati, 2010):

1. Faktor ibu

1) Penyakit

Mengalami komplikasi kehamilan, seperti : anemia sel berat, perdarahan ante partum, hipertensi, preeklamsia berat, eklamsia, infeksi selama kehamilan (infeksi kandung kemih dan ginjal), menderita penyakit seperti malaria, infeksi Menular Seksual, *Human Immunodeficiency Virus (HIV) / Acquire Imuno Deficiency Syndrom (AIDS)*, malaria, *Toxoplasma Rubella Cytomegalo Herpes (TORCH)*.

2) Ibu

Angka kejadian prematuritas tertinggi adalah kehamilan pada usia < 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, kehamilan ganda (multi gravida), jarak

kelahiran yang terlalu dekat atau pendek (kurang dari 1 tahun) dan mempunyai riwayat BBLR sebelumnya.

3) Keadaan sosial ekonomi

Kejadian tertinggi terdapat pada golongan sosial ekonomi rendah, mengerjakan aktivitas fisik beberapa jam tanpa istirahat, keadaan gizi yang kurang baik, pengawasan antenatal yang kurang, kejadian prematuritas pada bayi yang lahir dari perkawinan tidak sah, yang ternyata lebih tinggi bila dibandingkan dengan bayi yang lahir dari perkawinan yang sah.

4) Sebab lain

Ibu perokok, ibu peminum alkohol, ibu pecandu obat narkotik dan menggunakan obat antimetabolik.

2. Faktor janin

Kelainan kromosom (trisomy autosomal), infeksi janin kronik (inklusi sitomegali, rubella bawaan), disautonomia familial, radiasi, kehamilan ganda atau kembar (gemeli) dan aplasia pankreas.

3. Faktor plasenta

Berat plasenta berkurang atau berongga atau keduanya (hidramnion), luas permukaan berkurang, plasentitis (bakteri, virus dan parasit), infark, tumor (korioangioma, mola hidatidosa), plasenta yang lepas, sindrom plasenta yang lepas dan sindrom transfusi bayi kembar (sindrom parabiotik).

4. Faktor lingkungan

Bertempat tinggal di dataran tinggi, terkena radiasi dan terpapar zat beracun.

2.1.6 Permasalahan pada BBLR

Proverawati & Ismawati, 2010 menjelaskan bahwa, BBLR memerlukan perawatan khusus karena mempunyai permasalahan yang banyak sekali pada sistem tubuhnya yang disebabkan oleh kondisi tubuh belum stabil seperti:

1. Gangguan metabolik

1) Hipotermi

Dalam kandungan ibu, bayi berada pada suhu lingkungan 36°C - 37°C dan segera setelah lahir bayi dihadapkan pada suhu lingkungan yang umumnya lebih rendah. Perbedaan suhu ini memberi pengaruh pada kehilangan panas tubuh bayi. Hipotermi juga terjadi karena kemampuan untuk mempertahankan panas dan kesanggupan menambah produksi panas sangat terbatas karena pertumbuhan otot-otot yang belum cukup memadai, ketidakmampuan untuk menggigil, sedikitnya lemak subkutan, produksi panas berkurang akibat lemak coklat yang tidak memadai, belum matangnya sistem saraf pengatur suhu tubuh, rasio luas permukaan tubuh relatif lebih besar dibanding berat badan sehingga mudah kehilangan panas.

2) Hipoglikemia

Gula darah berfungsi sebagai makanan otak dan membawa oksigen ke otak. Jika asupan glukosa ini kurang, akibatnya sel-sel syaraf di otak mati dan mempengaruhi kecerdasan bayi kelak. BBLR membutuhkan Air Susu IBU (ASI) sesegera mungkin setelah lahir dan minum sangat sering (setiap 2 jam) pada minggu pertama.

3) Hiperglikemia

Hiperglikemia sering merupakan masalah pada bayi BBLR yang mendapat cairan glukosa berlebihan secara intravena.

4) Masalah pemberian ASI

Masalah pemberian ASI pada BBLR terjadi karena ukuran tubuh bayi kecil, kurang energi, lambungnya kecil dan tidak dapat menghisap. Bayi dengan BBLR sering mendapatkan ASI dengan bantuan, membutuhkan pemberian ASI dalam jumlah yang lebih sedikit tapi sering. Bayi BBLR dengan kehamilan ≥ 35 minggu dan berat lahir ≥ 2000 gram umumnya bisa langsung menetek

2. Gangguan imunitas

Pada bayi BBLR tidak mengalami transfer *IgG maternal* melalui plasenta selama trimester ketiga kehamilan karena pemindahan substansi kekebalan dari ibu ke janin terjadi pada minggu terakhir masa kehamilan. Akibatnya, fagositosis dan pembentukan antibodi menjadi terganggu. Selain itu kulit dan selaput lendir membran tidak memiliki perlindungan seperti bayi cukup bulan sehingga bayi mudah menderita infeksi.

3. Gangguan pernafasan

Sindroma gangguan pernafasan pada BBLR adalah perkembangan imatur pada sistem pernafasan atau tidak adekuatnya jumlah surfaktan pada paru-paru. Akibat dari defisiensi surfaktan paru, toraks yang lunak dan otot respirasi yang lemah sehingga mudah terjadi periodik *apneu*. Disamping itu lemahnya reflek batuk, hisap, dan menelan dapat mengakibatkan resiko terjadinya aspirasi.

4. Gangguan sistem peredaran darah

Perdarahan pada BBLR dapat disebabkan karena kekurangan faktor pembekuan darah dan faktor fungsi pembekuan darah abnormal atau menurun.

5. Gangguan cairan dan elektrolit

Ginjal pada BBLR secara anatomis dan fungsinya masih imatur, sehingga kerja ginjal masih belum matang dan kemampuan mengatur sisa metabolisme serta air masih belum sempurna. Produksi urine yang sedikit, urea clearance yang rendah, tidak sanggup mengurangi kelebihan air tubuh dan elektrolit dari badan dengan akibat mudah terjadi edema dan asidosis metabolik.

6. Gangguan perkembangan dan pertumbuhan

Pada BBLR, pertumbuhan dan perkembangan lebih lambat berkaitan dengan maturitas otak.

2.2 Konsep Perawatan Metode Kanguru (PMK)

2.2.1 Pengertian PMK

Perawatan metode kanguru (PMK) adalah perawatan bayi baru lahir dengan melekatkan bayi di dada ibu (kontak kulit bayi dan kulit ibu) sehingga suhu tubuh bayi tetap hangat (Proverawati & Ismawati, 2010).

2.2.2 Sejarah PMK

Metode ini pertama kali diperkenalkan oleh Rey dan Martinez di Bogota Colombia pada tahun 1978, sebagai salah satu alternatif bagi perawatan BBLR yang telah melewati masa kritis, tetapi masih memerlukan perawatan khusus

untuk pemberian makanan untuk pertumbuhannya (Proverawati & Ismawati, 2010).

2.2.3 Manfaat PMK

Untuk mempelajari manfaat dan penerapan PMK sebaiknya diketahui tentang proses kehilangan panas pada bayi baru lahir yaitu:

1. Evaporasi merupakan proses kehilangan panas melalui proses penguapan dari kulit yang basah.
2. Radiasi meliputi kehilangan panas melalui pemancaran panas dari tubuh bayi ke lingkungan sekitar yang lebih dingin
3. Konduksi yaitu cara kehilangan panas melalui persinggungan dengan benda yang lebih dingin misalnya ditimbang pada alat timbangan logam tanpa alas.
4. Konveksi yaitu kehilangan panas melalui aliran udara. Hal ini misalnya terjadi pada bayi baru lahir diletakkan di dekat jendela atau pintu yang terbuka maka akan ada aliran udara luar (yang mungkin lebih dingin) yang akan berpengaruh pada suhu bayi (hukum Boyle). Pada penelitian yang dilakukan oleh Usman dkk (1996), menyatakan bahwa kemampuan mempertahankan suhu serta kenaikan berat badan pada BBLR yang dilakukan PMK menunjukkan hasil yang lebih baik. Oleh karena itu, PMK sangat berguna dalam pencegahan hipotermia pada perawatan BBLR di rumah.

Manfaat PMK adalah sebagai berikut:

1. Manfaat PMK bagi bayi (Depkes, 2008), adalah :
 - 1) Bayi tetap hangat dan kehangatan tetap terjaga (thermoregulasi) yaitu $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$.
 - 2) Stabilisasi laju denyut jantung dan frekwensi pernafasan menjadi teratur

- 3) Asi selalu tersedia dan mudah didapatkan sehingga memperkuat sistem imun bayi karena meningkatkan produksi ASI.
 - 4) Kontak dengan ibu menyebabkan efek yang menenangkan sehingga menurunkan stres ditandai dengan kadar kortisol yang rendah.
 - 5) Meningkatkan berat badan lebih cepat.
 - 6) Meningkatkan hubungan lekat bayi dan ibu.
 - 7) Waktu tidur bayi lebih lama yang antara lain ditandai dengan jumlah waktu terbangun yang lebih rendah.
 - 8) Menurunkan infeksi nosokomial.
 - 9) Memperpendek masa rawat.
 - 10) Menurunkan resiko kematian dini pada bayi.
 - 11) Memperbaiki pertumbuhan pada bayi BBLR.
 - 12) Dapat menjadi intervensi yang baik dalam menangani kolik.
 - 13) Waktu pemulihan lebih singkat pada PMK yang secara klinis penting dalam mempertahankan homeostasis.
2. Manfaat PMK bagi ibu menurut Bergman & Hann (2001) dalam Depkes (2008) manfaat PMK bagi ibu adalah sebagai berikut :
- 1) Mempermudah pemberian ASI.
 - 2) Ibu lebih percaya diri.
 - 3) Meningkatkan peran ibu dalam merawat bayi.
 - 4) Hubungan lekat lebih baik, meningkatkan bonding ibu dan bayi
 - 5) Ibu lebih sayang.
 - 6) Pengaruh psikologis, mengurangi stres ibu, meningkatkan ketenangan ibu dan keluarga.

7) Pada penelitian lain juga melaporkan adanya peningkatan produksi ASI, peningkatan lama menyusui dan kesuksesan dalam menyusui Mohrbachen & Stock (2003) dalam Depkes (2008).

3. Manfaat PMK bagi ayah

- 1) Ayah memainkan peranan yang lebih besar dalam perawatan bayinya
- 2) Meningkatkan hubungan antara ayah dan bayinya, terutama berperan penting di negara dengan tingkat kekerasan pada anak yang tinggi (Depkes, 2008).

4. Manfaat PMK bagi petugas kesehatan

Bagi petugas kesehatan paling sedikit akan bermanfaat dari segi efisiensi tenaga karena ibu lebih banyak merawat bayinya sendiri. Dengan demikian beban kerja petugas akan berkurang. Bahkan petugas dapat melakukan tugas lain yang memerlukan perhatian petugas misalnya pemeriksaan lain atau kegawatan pada bayi maupun memberikan dukungan kepada ibu dalam menerapkan PMK (Depkes, 2008).

5. Manfaat PMK bagi institusi, klinis, Rumah Sakit

Sedikitnya ada 3 manfaat bagi fasilitas pelayanan dengan penerapan PMK yaitu lama perawatan lebih pendek sehingga cepat pulang dari fasilitas kesehatan. Dengan demikian, tempat tersebut dapat digunakan bagi klien lain yang memerlukan. Manfaat lain yang dikemukakan adalah pengurangan penggunaan fasilitas (listrik, inkubator, alat cangkih lain), sehingga dapat membantu efisiensi anggaran (Depkes, 2008).

6. Manfaat PMK bagi negara

Karena penggunaan ASI meningkat, maka dapat menghemat devisa (impor susu formula). Peningkatan pemanfaatan ASI, memungkinkan bayi sakit lebih kecil dan ini tentunya menghemat biaya perawatan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan pemerintah atau swasta (Depkes, 2008).

2.2.4 Kriteria Pelaksanaan PMK

Pada umumnya bayi BBLR yang memenuhi kriteria untuk dilakukan PMK menurut Depkes, 2008 adalah sebagai berikut :

1. Bayi BBLR berat lahir < 1800 gram, tidak ada kegawatan pernafasan dan sirkulasi, tidak ada kelainan kongenital yang lebih berat dan mampu bernafas sendiri. Apabila BBLR masih memerlukan pemantauan kardiopulmonal, oksimetri, pemberian oksigen atau *Continous Positive Airway Pressure* (CPAP), infus intravena dan pemantauan lain, hal tersebut tidak mencegah pelaksanaan PMK. Bahkan pada kenyataannya, bayi dengan PMK cenderung jarang mengalami *apnea* dan bradikardia serta kebutuhan oksigen relatif stabil.
2. Bayi BBLR berat lahir > 1800 gram (usia kehamilan > 34 minggu atau lebih) umumnya lebih stabil dan sedikit mengalami masalah pemantauan misalnya henti nafas. Permasalahan tersebut dapat meningkat hingga menjadi permasalahan serius pada sekelompok kecil bayi sehingga memerlukan perawatan di unit khusus. Meskipun demikian, pada sebagian besar kasus PMK dapat segera dilakukan setelah bayi lahir.
3. Bayi dengan berat lahir antara 1200-1799 gram (usia kehamilan 28-32 minggu), berbagai permasalahan prematuritas sering terjadi, misalnya

sindrom gangguan nafas. Kasus ini diperlukan perawatan khusus sedini mungkin. Persalinan sebaiknya dilakukan dengan penataan fasilitas baik yang dapat menyediakan perawatan yang dibutuhkan. Bila persalinan terjadi pada tempat selain diatas, bayi harus dirujuk segera setelah bayi lahir dan sebaiknya bersama ibunya. Salah satu cara terbaik merujuk bayi kecil adalah menjaga bayi dan ibu agar selalu kontak langsung. Sebelum dilakukan PMK pernafasan dan sirkulasi bayi distabilkan terlebih dahulu. Diperlukan kira-kira seminggu sebelum PMK dilakukan.

4. Bayi dengan berat lahir < 1200 gram (usia kehamilan 30 minggu) seringkali mengalami permasalahan serius akibat BBLR, dimana tingkat kematian sangat tinggi dan hanya sebagian kecil yang mampu bertahan terhadap permasalahan akibat BBLR. Bayi tersebut sangat beruntung bila dirujuk sebelum kelahiran keinstitusi dengan fasilitas perawatan intensif untuk neonatus. Mungkin akan diperlukan waktu sekitar dua minggu sebelum kondisi bayi tersebut diperbolehkan untuk PMK.

2.2.5 Waktu Pelaksanaan PMK

Menurut Proverawati & Ismawati (2010), hampir setiap bayi kecil dapat dirawat dengan PMK. PMK dibagi menjadi dua cara :

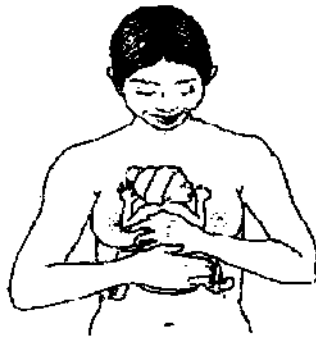
1. PMK intermiten, yaitu PMK dengan jangka waktu yang pendek (perlekatan lebih dari satu jam perhari) dilakukan saat ibu berkunjung. PMK ini diperuntukkan bagi bayi dalam proses penyembuhan yang masih memerlukan pengobatan medis (infus, oksigen). Tujuan PMK intermiten adalah untuk perlindungan bayi dari infeksi.

2. PMK kontinu, yaitu PMK dengan jangka waktu yang lebih lama daripada PMK intermiten. Pada metode ini perawatan bayi dilakukan selama 24 jam sehari.

2.2.6 Komponen PMK

1. *Kanguru position* (posisi)

Depkes (2008) menjelaskan bahwa letakkan bayi diantara payudara dengan posisi tegak, dada bayi menempel ke dada ibu. Posisi kanguru ini disebut juga dengan kontak kulit-ke-kulit, karena kulit bayi mengalami kontak langsung dengan kulit ibu. Posisi bayi diamankan dengan kain panjang atau pengikat lainnya. Kepala bayi dipalingkan kesisi kanan atau kiri, dengan posisi sedikit tengadah (ekstensi). Tepi pengikat ini tepat berada di bawah kuping bayi. Posisi kepala seperti ini bertujuan untuk menjaga agar saluran nafas tetap terbuka dan memberi peluang agar terjadi kontak mata antara ibu dan bayi. Hindari posisi kepala terlalu fleksi atau ekstensi. Tungkai bayi haruslah dalam posisi "kodok" tangan harus dalam posisi fleksi.



Gambar 2.1 Memposisikan bayi untuk PMK

Ikatkan kain dengan kuat agar saat ibu bangun dari duduk, bayi tidak tergelincir. Pastikan juga bahwa ikatan yang kuat dari kain berada di setinggi dada bayi. Perut bayi jangan sampai tertekan dan sebaiknya berada di sekitar

epigastrium ibu. Dengan cara ini bayi dapat melakukan nafas perut. Nafas ibu akan merangsang bayi. Berikut adalah cara memasukkan dan mengeluarkan bayi dari baju kanguru (WHO, 2003) dalam (Depkes, 2008).

- 1) Pegang bayi dengan satu tangan diletakkan di belakang leher sampai punggung bayi.
- 2) Topang bagian bawah rahang bayi dengan jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan tak menutupi saluran nafas ketika bayi berada pada posisi tegak.
- 3) Tempatkan tangan lainnya di bawah pantat bayi.



Gambar 2.2 Mengeluarkan bayi dari baju kanguru

Menurut Acta Paediatrica (2004) dalam Depkes (2008), posisi dalam posisi kanguru diuraikan sebagai berikut:

- 1) Bayi didekap erat kedada ibu dengan dibalut handuk katun lembut yang dilipat 2 berukuran 1 meter persegi.
- 2) Balutan handuk menutupi sampai telinga bayi dan dibawah ketiak ibu sedemikian rupa untuk memfiksasi kepala dan dada bayi dalam posisi mendongak didada ibu, memberikan jalur udara terbuka optimal dan mencegah *apnea* obstruktif.

- 3) Panggul diposisikan fleksi dan ditempatkan dalam posisi kodok "*frog position*", lengan juga dalam posisi fleksi.
 - 4) Sepotong kain panjang yang melingkari pinggang ibu menjaga/menopang bayi dari sisi bawah
2. *Kanguru nutrition* (nutrisi kanguru)

Depkes (2008) menjelaskan bahwa, posisi kanguru sangat ideal bagi proses menyusui. Dengan melakukan PMK, proses menyusui menjadi lebih berhasil dan sebagian besar bayi yang dipulangkan memperoleh ASI. Bayi dengan usia kehamilan 30 Minggu dapat memulai proses menyusui. Segera setelah bayi menunjukkan kesiapan untuk menyusu, dengan menggerakkan lidah dan mulut, dan keinginan untuk menghisap (seperti menghisap jari atau kulit ibunya), bantu ibu menempatkan bayi pada posisi melekat yang dirasa cukup baik. Waktu yang optimal bagi bayi untuk memulai menyusui, seperti menghisap adalah pada saat dua jam setelah lahir, ketika bayi bersifat sangat responsif terhadap rangsangan taktil, suhu dan bau yang berasal dari ibunya. Untuk memulai proses menyusui pilihlah waktu yang tepat saat bayi bangun dari tidur, atau pada saat sadar atau terbangun. Bantu ibu untuk duduk dengan nyaman di kursi tidak berlegan dengan bayi dalam posisi kontak kulit. Untuk pertama kali menyusui, ambil bayi tersebut dari baju kanguru lalu bungkus atau diberi pakaian, tunjukkan pada ibu cara ini. Lalu letakkan bayi dalam posisi kanguru dan beritahu ibu agar bayi berada dalam posisi melekat yang benar. Biarkan bayi menghisap selama ia mau. Bayi yang kecil perlu menyusu lebih sering, yaitu sekitar 2-3 jam. Meskipun bayi belum dapat menghisap dengan baik dan lama, anjurkan menyusui terlebih dahulu, lalu

gunakan metode minum yang lain. Lakukan apapun yang merupakan pilihan terbaik di tempat anda, biarkan ibu memberikan ASI pada bayi dengan cara langsung atau dengan menggunakan alat (melalui gelas atau pipa).



Gambar 2.3 Menyusui dalam PMK

Bayi pada kehamilan < 30-32 minggu biasanya perlu diberi minum melalui pipa lambung. Ibu dapat melatih reflex hisap bayi untuk menghisap dengan membiarkan bayi menghisap jarinya ketika bayi masih minum melalui pipa lambung. Bayi kehamilan 32-34 minggu umumnya reflek menelan bayi dapat dilatih dengan diberi minum melalui gelas kecil. Pemberian minum dapat diberikan satu atau dua kali sehari saat bayi masih diberi minum melalui pipa nasogastrik. Jika bayi dapat minum melalui gelas dengan baik, maka pemberian minum melalui pipa nasogastrik dapat dikurangi. Pada saat minum melalui gelas maka bayi dikeluarkan dari posisi kanguru, dibungkus dengan selimut hangat dan dikembalikan pada posisi kanguru setelah proses pemberian minum. Pada umumnya bayi dengan usia kehamilan sekitar 32 minggu atau lebih, sudah dapat menyusu pada ibu. Mula-mula bayi hanya akan mencari puting dan menjilatnya atau dia sudah mulai menghisap sedikit. Lanjutkan pemberian ASI yang diperas melalui gelas atau pipa untuk

meyakinkan bahwa bayi mendapat semua yang dibutuhkan. Bayi usia 32 minggu sudah bisa menelan, tetapi belum bisa menghisap sehingga diberikan suplementasi tetesan. Bayi-bayi dengan usia kehamilan 34-36 minggu atau lebih, dapat memenuhi semua kebutuhannya langsung dari ASI. Berdasarkan hasil penelitian refleks hisap yang efektif baru timbul pada bayi usia 34 minggu. Meskipun demikian, sesekali tambahan minum ASI perah melalui gelas tetap diperlukan.

3. *Kanguru support* (dukungan)

Menurut Depkes (2008), bentuk dukungan pada PMK dapat berupa dukungan fisik maupun emosional. Dukungan dapat diperoleh dari petugas kesehatan, seluruh anggota keluarga, ibu dan masyarakat. Tanpa adanya dukungan, akan sangat sulit bagi ibu untuk dapat melakukan PMK dengan berhasil. Wanita hamil sebaiknya sudah diberikan informasi dan edukasi tentang PMK sejak kunjungan antenatal pertama. Saat bayi setelah lahir, ibu memerlukan dukungan dari berbagai pihak, diantaranya berupa :

- 1) Dukungan emosional: Ibu memerlukan dukungan untuk melakukan PMK. Banyak ibu muda yang mengalami keraguan yang sangat besar untuk memenuhi kebutuhan bayi pertamanya sehingga membutuhkan dukungan dari keluarga, teman serta petugas kesehatan. PMK membuat ibu dapat memenuhi semua kebutuhan bayi.
- 2) Dukungan fisik : selama beberapa minggu pertama PMK, merawat bayi akan sangat menyita waktu. Istirahat dan tidur yang cukup sangat penting pada peranannya pada PMK. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan untuk membantu menyelesaikan tugas-tugas rumah.

3) Dukungan edukasi: Sangat penting memberikan informasi yang ibu butuhkan agar ibu dapat mengerti dan memahami seluruh proses PMK. Ibu harus mengetahui manfaat PMK, sehingga PMK akan menjadi lebih bermakna dan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu berhasil menjalankan PMK baik di rumah sakit maupun di rumah.

4. *Kanguru discharge* (pemulangan)

Depkes (2008) menjelaskan bahwa, BBLR ini dapat lebih cepat pulang kerumah dengan metode kanguru, karena metode ini tidak hanya bisa dilaksanakan di rumah sakit, tetapi juga dapat diterapkan di rumah. Biasanya bayi PMK dapat dipulangkan dari rumah sakit ketika telah memenuhi kriteria di bawah ini (WHO, 2003):

- 1) Kesehatan bayi secara keseluruhan dalam kondisi baik dan tidak ada *apnea* atau infeksi.
- 2) Bayi minum dengan baik.
- 3) Berat bayi selalu bertambah (sekurang-kurangnya 15g/hari dalam tiga hari berturut-turut).
- 4) Ibu mampu merawat bayi dan dapat datang secara teratur untuk melakukan *follow-up*.

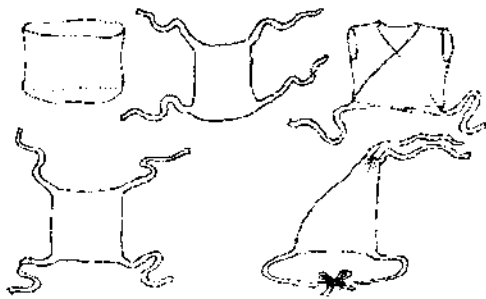
2.2.7 Fasilitas dan Peralatan yang Diperlukan dalam PMK

Berikut ini adalah beberapa ini adalah beberapa fasilitas dan peralatan yang diperlukan untuk melakukan PMK (Depkes, 2008):

1. Bangsal dengan dua atau empat tempat tidur dengan ukuran yang sesuai bagi ibu untuk tinggal seharian dengan si bayi. Di bangsal ini para ibu dapat berbagi pengalaman, memperoleh dukungan serta kerjasama, dan pada saat

yang bersamaan si ibu dan bayinya dapat menerima kunjungan pribadi tanpa mengganggu yang lain. Kamar tersebut harus dipertahankan kehangatannya untuk si bayi (24°C - 26°C).

2. Kamar mandi dengan fasilitas air bersih, sabun, dan handuk serta wastafel untuk tempat cuci tangan.
3. Ruangan lain yang lebih kecil yang dapat digunakan para petugas untuk konseling dengan ibu. Ruangan ini dapat juga dipergunakan untuk melakukan evaluasi keadaan si bayi.
4. *Support Binder* (Ikatan/pembalut penahan bayi agar dapat terus berada di posisi PMK). Alat ini adalah satu-satunya alat khusus yang digunakan untuk PMK. Alat ini membantu para ibu untuk menahan bayinya agar dengan aman terus berada dekat dengan dada ibu. Untuk memulainya, gunakan secarik bahan kain yang halus, kira-kira satu meter, lipatlah secara diagonal, lalu buatlah simpul pengaman, atau dapat juga dikaitkan ke ketiak ibu. Selanjutnya, baju kanguru dari pilihan ibu dapat menggantikan kain ini. Semua ini untuk memungkinkan para ibu dapat menggunakan dengan bebas tangan mereka dan agar mereka dapat bergerak dengan bebas selama melakukan kontak kulit langsung dengan bayi. Namun demikian, pemakaian baju kanguru ini sebaiknya disesuaikan dengan kondisi budaya setempat.



Gambar 2.4. Kantong untuk menggendong bayi PMK

5. Pakaian bayi

Jika bayi menerima PMK secara terus-menerus, bayi tersebut cukup dipakaikan popok atau diapers sampai di bawah pusat. Pada saat bayi dalam posisi kanguru, bayi dapat ditempatkan di tempat tidur yang hangat dan diberi selimut. Jika suhu ruangnya 24°C - 26°C , maka pada posisi kanguru hanya memakai popok, topi yang hangat dan kaos kaki. Namun, jika suhu turun di bawah 22°C , bayi tersebut harus memakai baju tanpa lengan yang terbuat dari kain katun yang terbuka bagian depannya sehingga memungkinkan tetap terjadinya kontak kulit dengan dada dan perut ibu. Ibu kemudian mengenakan bajunya yang biasa untuk menghangatkan dirinya dan si bayi.



Gambar 2.5 Pakaian bayi untuk PMK

6. Peralatan dan keperluan lain

Sebuah termometer yang dapat membaca suhu rendah (*low reading thermometer*) yang cocok digunakan untuk mengukur suhu badan di bawah 35°C , timbangan idealnya menggunakan timbangan neonatus dengan interval 10 gram, peralatan resusitasi dasar dan oksigen, jika mungkin harus tersedia di setiap ruangan BBLR dirawat, obat-obatan untuk mencegah dan mengobati berbagai masalah BBLR boleh ditambahkan sesuai petunjuk pelaksanaan

lokal, obat-obatan khusus kadang diperlukan tetapi tidak dianjurkan, alat pengukur panjang badan dan alat pengukur lingkaran kepala.

2.2.8 Pelaksanaan PMK

Tahapan penatalaksanaan PMK menurut Perinasia (2001) adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan ibu dan keluarga, tujuan bayi dirawat dengan PMK bahwa metode kanguru mempermudah proses menyusui dan mampu menghangatkan suhu tubuh bayi.
2. Bila ibu dan keluarga setuju bayi dirawat dengan PMK lakukan langkah sebagai berikut :
 - 1) Siapkan ibu untuk menjaga daerah perut dan dada menggunakan waslap.
 - 2) Siapkan bayi, bayi tidak perlu dimandikan, cukup dibersihkan dengan kain bersih dan hangat, kepala bayi ditutup dengan topi, tidak perlu baju dan bayi hanya memakai popok saja.
 - 3) Gunakan baju longgar, selama pelaksanaan ibu tidak perlu memakai baju dalam, pilih baju yang agak longgar atau dapat diregangkan. Bila baju ibu tidak dapat menyokong dapat digunakan handuk atau kain lebar yang elastik atau kantong yang dibuat sedemikian untuk menjaga tubuh bayi, lepaskan bayi dari baju kanguru hanya untuk membersihkan popok dan pengganti ibu kanguru.
 - 4) Posisi tegak kepala miring ke kanan atau ke kiri ketika ibu berdiri atau duduk sesuai dengan kenyamanan bayi dan kulit ibu serta posisi bayitengkurap atau miring ketika berbaring.

3. Monitor bayi, ajarkan ibu untuk memantau pernafasan bayi, suhu tubuh, gerakan bayi dan frekwensi berak atau kencing.

2.3 Konsep Perilaku Kesehatan

2.3.1 Batasan Perilaku

Skinner (1938) dalam Notoadmojo (2010) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Skinner membedakan adanya dua respon yaitu:

1. *Respondent respons* atau *reflexive*, yaitu respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu.
2. *Operant respons* atau *instrumental respons*, yaitu respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu.

Menurut Notoadmodjo (2010), melihat bentuk respons terhadap stimulus, perilaku dibedakan menjadi dua yaitu:

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respons seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk "*unobservable behavior*" atau *covert behavior* yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar "*observable behavior*".

2.3.2 Pengertian Perilaku Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan, dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman serta lingkungan.

2.3.3 Klasifikasi perilaku kesehatan

Menurut Becker (1979) dalam Notoadmodjo (2010) membuat klasifikasi tentang perilaku kesehatan dan membedakan menjadi tiga, yakni:

1. Perilaku sehat (*healthy behavior*)

Perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku ini mencakup antara lain : makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*), olah raga teratur, tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan narkoba, istirahat yang cukup, mengendalikan stres dan perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan, misalnya tidak berganti-ganti pasangan dalam hubungan sex.

2. Perilaku sakit (*illness behavior*)

Respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit dan pengetahuan tentang penyebab, gejala dan pengobatan penyakit.

3. Perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*)

Perilaku peran orang sakit (pasien) yang mencakup hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*).

2.3.4 Domain Perilaku

Bloom (1908) dalam Notoatmojo (2007) membagi perilaku manusia kedalam tiga *domain*, yaitu : kognitif (*cognitif*), afektif (*affective*), psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, antara lain:

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

1) Proses Adopsi Perilaku

Rogers (1974) dikutip Notoadmodjo (2007), sebelum orang mengadopsi perilaku (perilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan antara lain:

- (1) *Awareness* adalah kesadaran orang untuk mengetahui stimulus (*objek*) terlebih dahulu.
- (2) *Interest* adalah rasa tertarik kepada stimulus.
- (3) *Evaluation* adalah penilaian perilaku responden.
- (4) *Trial* adalah orang mulai mencoba perilaku baru.
- (5) *Adoption* adalah subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2) Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

(1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

(2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

(3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya) dengan menggunakan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

(4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain

(5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

(6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Maulana, 2009).

1) Komponen Pokok Sikap

Allpor (1954) dalam Notoadmodjo (2007), menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 komponen pokok, antara lain:

- (1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek
- (2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- (3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

2) Berbagai Tingkatan Sikap

(1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

(2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

(3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

(4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

3. Praktik atau tindakan (*Practice*)

Untuk mewujudkan sikap menjadi perbuatan nyata, diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas dan dukungan (*support*).

Menurut Maulana (2009) dan Notoatmodjo (2007) Praktik mempunyai beberapa tingkatan, antara lain:

1) Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

2) Respons terpimpin (*guided response*)

Hal ini berarti melakukan sesuatu sesuai urutan yang benar dan sesuai contoh.

3) Mekanisme (*mechanism*)

Mekanisme berarti dapat melakukan sesuatu dengan benar dan otomatis, atau telah merupakan kebiasaan.

4) Adopsi (*adoption*)

Suatu praktik atau tindakan yang telah berkembang dengan baik.

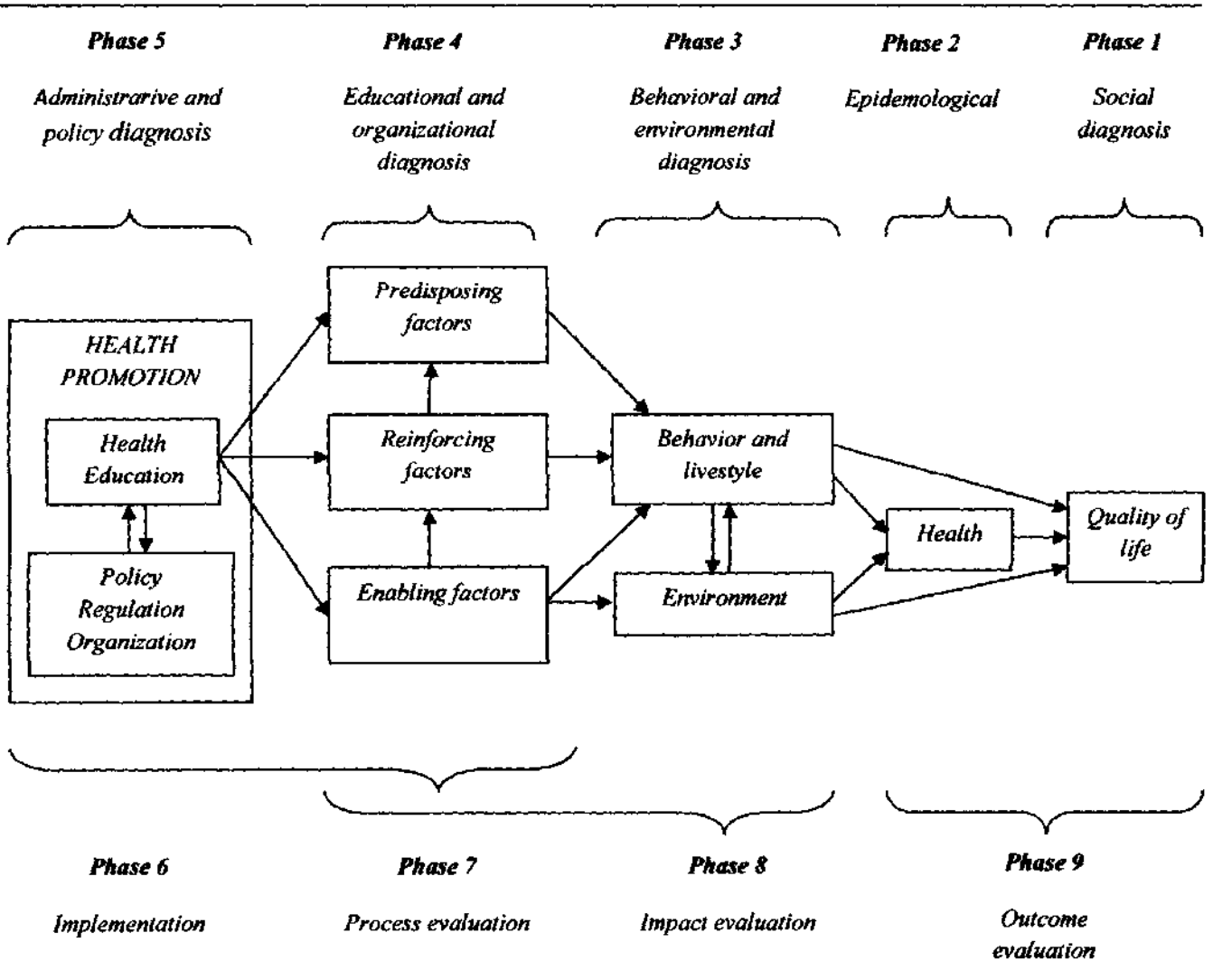
2.3.5 Teori Model Terbentuknya Perilaku

1. Menurut Notoadmojo (2007), teori terbentuknya perilaku adalah sebagai berikut : Teori ABC yaitu perilaku merupakan suatu proses dan sekaligus hasil interaksi antara: *Antecedent, Behavior dan Consequences*, Teori *Reason Action* menurut Ajzen (1980) dalam Notoatmodjo (2010), *Intention* atau niat berperan dalam faktor penentu perilaku, Teori *Thoughts and Feeling* menurut WHO (1984) dalam Notoadmojo (2010), perilaku dibentuk oleh pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian terhadap suatu objek, dan teori *Precede-proceed* menurut Green (1991), perilaku dipengaruhi 3 faktor utama, yaitu faktor *Predisposing, Enabling dan Reinforcing*. Teori ini menjelaskan tentang model pengkajian dari program

promosi kesehatan untuk mengubah, memelihara dan meningkatkan perilaku yang positif.

2.3.6 Teori Preced-Proceed (1991)

PRECEDE



PROCEED

Gambar 2.6 Precede –Proceed Model Menurut Green (1991)

Selanjutnya dalam program promosi kesehatan dikenal adanya model pengkajian dan penindaklanjutan (*Precede-Proceed* model) yang diadaptasi dari konsep Lawrence Green. Model ini mengkaji masalah perilaku manusia dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta cara menindaklanjutinya dengan berusaha mengubah, memelihara atau meningkatkan perilaku tersebut kearah yang lebih positif. Proses pengkajian atau pada tahap *Precede* dan proses penindaklanjutan pada tahap *Proceed*. Dengan demikian suatu program untuk memperbaiki perilaku kesehatan adalah penerapan keempat proses pada umumnya ke dalam model pengkajian dan penindaklanjutan.

1. Kualitas hidup adalah sasaran utama yang ingin dicapai di bidang pembangunan sehingga kualitas hidup ini sejalan dengan tingkat kesejahteraan. Diharapkan semakin sejahtera maka kualitas hidup semakin tinggi. Kualitas hidup ini salah satunya dipengaruhi oleh derajat kesehatan. Semakin tinggi derajat kesehatan seseorang maka kualitas hidup juga semakin tinggi.
2. Derajat kesehatan adalah sesuatu yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan, dengan adanya derajat kesehatan akan tergambaran masalah kesehatan yang sedang dihadapi. Yang paling besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan seseorang adalah faktor perilaku dan faktor lingkungan.
3. Faktor lingkungan adalah faktor fisik, biologis dan sosial budaya yang langsung atau tidak mempengaruhi derajat kesehatan.
4. Faktor perilaku dan gaya hidup adalah suatu faktor yang timbul karena adanya aksi dan reaksi seseorang atau organisme terhadap lingkungannya. Faktor perilaku akan terjadi apabila ada rangsangan, sedangkan gaya hidup merupakan pola kebiasaan seseorang atau sekelompok orang yang dilakukan karena jenis

pekerjaannya mengikuti trend yang berlaku dalam kelompok sebayanya, ataupun hanya untuk meniru dari tokoh idolanya

Dengan demikian suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu. Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.
3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Ketiga faktor penyebab tersebut di atas dipengaruhi oleh faktor penyuluhan dan faktor kebijakan, peraturan serta organisasi. Semua faktor faktor tersebut merupakan ruang lingkup promosi kesehatan.

Precede-Proceed model memiliki sembilan fase kerja antara lain:

1. *Phase 1 (Social Problems)*: permasalahan dari masyarakat merupakan suatu praktik dan ukuran yang akurat untuk meningkatkan kualitas kesehatan.

2. *Phase 2 (Epidemiological Diagnosis)*: perencanaan promosi kesehatan membutuhkan data, informasi, investigasi dan epidemiologi serta penemuan medik.
3. *Phase 3 (Behavioral and Environmental Diagnosis)*: faktor perilaku dan lingkungan mempengaruhi kesehatan dan kualitas hidup
4. *Phase 4 (Educational and organizational diagnosis)*: dalam pendidikan kesehatan perubahan perilaku ditentukan 3 faktor utama : 1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*), 2) Faktor pemungkin (*enabling factors*), 3) Faktor pendorong (*reinforcing factors*).
5. *Phase 5 (Administrative and Policy Diagnosis)*: perencanaan merupakan langkah utama dalam pendidikan kesehatan.
6. *Phase 6 (Implementation)* dan *phase 7 (Process Evaluation)*: melakukan evaluasi secara menyeluruh dan berkelanjutan merupakan langkah terakhir dari suatu pekerjaan.
7. *Phase 8 (Impact Evaluation)*: dalam melaksanakan *Proceed* membutuhkan peraturan atau kebijakan untuk melaksanakan dan mengevaluasi program kerja.
8. *Phase 9 (Outcome Evaluation)*: hasil dari evaluasi adalah kalitas hidup yang dipengaruhi oleh derajat kesehatan.

Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

2.4 Konsep Pendidikan kesehatan

2.4.1 Pengertian

Nywander (1947) dalam Machfoedz (2007) Pendidikan Kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perorangan dan masyarakat.

Menurut Notoadmodjo (2007) adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku, agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan.

2.4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut Machfoedz (2007) tujuan dari pendidikan kesehatan antara lain :

1. Tujuan kaitannya dengan batasan sehat

Berdasarkan WHO (1954) tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu dan masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi sehat. Bila perilaku kesehatan tidak sesuai dengan prinsip kesehatan, maka dapat menyebabkan terjadinya gangguan terhadap kesehatan. Mengingat istilah prinsip sehat maka perlu mengetahui batasan sehat, seperti dikemukakan pada UU Nomor 23 tahun 1992, bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

2. Mengubah perilaku kaitannya dengan budaya

Sikap dan perilaku adalah bagian dari budaya. Kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma adalah kebudayaan. Mengubah kebiasaan, terutama adat kepercayaan yang telah menjadi norma atau nilai disuatu kelompok masyarakat, tidaklah mudah karena memerlukan suatu proses yang panjang.

Kebudayaan adalah sikap perilaku serta cara berpikir orang yang terjadinya melalui proses belajar.

2.4.3 Batasan Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoadmodjo (2007) pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan.

Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yakni: 1) input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat), dan pendidik (pelaku pendidikan), 2) proses (upaya yang dilakukan untuk mempengaruhi orang lain), 3) output (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku). Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif keperilaku yang kondusif mengandung berbagai dimensi berikut ini (Notoadmodjo, 2007)

1. Perubahan perilaku

Perubahan perilaku yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan, atau perilaku negatif ke perilaku positif.

2. Pembinaan perilaku

Adanya perilaku masyarakat yang sudah sehat agar dipertahankan.

3. Pengembangan perilaku

Sesuai dengan 3 faktor penyebab terbentuknya, faktor yang mempengaruhi perilaku (Green, 1991) menjelaskan bahwa kegiatan pendidikan kesehatan ditujukan kepada 3 faktor utama antara lain sebagai berikut: 1) *Predisposing Factors*, 2) *Enabling Factors*, 3) *Reinforcing Factors*.

2.4.4 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Notoadmodjo (2007) membagi sasaran pendidikan kesehatan berdasarkan tahapannya adalah:

1. Sasaran primer (*Primary target*)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan.

2. Sasaran sekunder (*secondary target*)

Para tokoh masyarakat, tokoh agama dan tokoh adat.

3. Sasaran tersier (*tertiary target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat maupun daerah.

2.4.5 Tahap-tahap Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Menurut Maulana (2009) tahap-tahapannya adalah:

1. Tahap sensitasi

Tahap ini dilakukan untuk memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat terhadap adanya hal-hal penting yang berkaitan dengan kesehatan (misalnya, kesadaran terhadap adanya pelayanan kesehatan, dan kegiatan imunisasi). Pada tahap ini, tidak dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan dan tidak mengarah pada perubahan sikap, serta tidak atau belum bermaksud mengubah perilaku tertentu.

2. Tahap publisitas

Tahap ini merupakan kelanjutan tahap sensitasi yang bertujuan menjelaskan lebih lanjut jenis pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, misalnya di puskesmas, posyandu, polindes dan puskesmas pembantu.

3. Tahap edukasi

Tahap ini bertujuan meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, dan mengarahkan perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut.

4. Tahap motivasi

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan, individu atau masyarakat mampu mengubah perilaku sehari-harinya sesuai dengan perilaku yang dianjurkan.

2.4.6 Metode Pendidikan Kesehatan

Metode diartikan sebagai cara atau pendekatan tertentu. Secara garis besar metode dibagi menjadi dua (Maulana, 2009), yaitu:

1. Metode didaktik: metode yang didasarkan satu arah atau *one way method*. Tingkat keberhasilan metode ini sulit dievaluasi karena peserta didik bersifat pasif dan hanya pendidik yang aktif (misalnya, ceramah, leaflet, booklet, poster dan siaran radio).
2. Metode sokratik: metode yang dilakukan secara dua arah atau *two way method*. Dengan metode ini, kemungkinan pendidik dan peserta didik bersikap aktif dan kreatif (misalnya, diskusi kelompok, debat, panel, forum, *buzzgroup*, seminar, *role play*, curah pendapat dan demonstrasi).

2.4.7 Aspek Pemilihan Metode

Menurut Maulana (2009), pemilihan metode belajar yang efektif dan efisien harus mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

1. Hendaknya disesuaikan dengan tujuan pendidikan.
2. Bergantung pada kemampuan guru dan pendidiknya.
3. Kemampuan pendidik.
4. Bergantung pada besarnya kelompok sasaran atau kelas.

5. Harus disesuaikan dengan waktu pemberian atau penyampaian pesan tersebut.
6. Hendaknya mempertimbangkan fasilitas-fasilitas yang ada.

Menurut WHO (1992) dalam Notoadmodjo (2007), klasifikasi metode pendidikan ada tiga bagian, yaitu:

1. Metode bimbingan individu

- 1) Bimbingan dan konseling

Bimbingan berisi penyampaian informasi yang berkenaan dengan masalah pendidikan, pekerjaan, pribadi, masalah sosial yang disajikan dalam bentuk pelajaran. Konseling adalah proses belajar yang bertujuan memungkinkan konseli (peserta didik) mengenal dan menerima diri sendiri sesuai realita.

- 2) Wawancara (*Interview*)

Wawancara petugas dengan klien dilakukan untuk menggali informasi. Menurut Notoadmodjo (2007) dalam hal memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

2. Metode bimbingan kelompok

- 1) Kelompok besar

Kelompok besar adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar adalah sebagai berikut :

- (1) Ceramah adalah pidato yang disampaikan seorang pembicara di depan sekelompok pengunjung atau pendengar.
- (2) Seminar adalah suatu

penyajian dari satu atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat oleh masyarakat.

2) Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang. Metode –metode yang cocok untuk kelompok kecil antara lain:

(1) Diskusi kelompok

Diskusi kelompok adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan diantara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dan salah seorang diantaranya memimpin diskusi tersebut.

(2) Demonstrasi

Demonstrasi adalah proses terjadinya suatu peristiwa atau benda sampai pada penampilan tingkah laku yang dicontohkan agar dapat diketahui dan dipahami oleh peserta secara nyata atau tiruannya (Sagala, 2003).

(3) Curah pendapat

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan diskusi kelompok. Bedanya pada permulaannya pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban-jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam *flipchart* atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya tidak boleh diberi komentar oleh siapapun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan

pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

(4) Snowball

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang) kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit maka tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka berdiskusi dan mencari kesimpulan.

(5) Kelompok studi kecil (*buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (*buzz group*) yang kemudian diberi permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain. Masing-masing kelompok mendiskusikan masalahnya dan selanjutnya hasil dari tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

(6) Bermain peran

Permainan sebuah situasi dalam hidup manusia dengan atau tanpa melakukan latihan sebelumnya.

(7) Simulasi

Metode ini merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli, dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah) selain bebaran atau papan main. Beberapa orang jadi pemain dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

3) Metode bimbingan massa

Metode pendidikan massa cocok untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Metode yang cocok untuk pendidikan massa antara lain: (1) Ceramah umum dilakukan dengan memberikan pidato dihadapan massa dengan sasaran yang sangat besar (2) Pidato-pidato atau diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio. (3) Simulasi dilakukan dengan dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang masalah kesehatan di suatu media massa. (4) Sinetron Dokter Sartika dalam acara TV tahun 1990. (5) Tulisan-tulisan di majalah atau koran baik dalam, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang masalah kesehatan. (6) *Billboard* yang dipasang dipinggir jalan, spanduk dan poster.

2.5 Konsep Metode Demonstrasi

2.5.1 Pengertian Metode Demonstrasi

Menurut Efendy & Makhfudli (2009), demonstrasi merupakan cara penyajian suatu pengertian atau ide yang dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara menjalankan suatu tindakan, adegan, atau memperlihatkan bagaimana menggunakan suatu prosedur dan sasaran pendidikan kesehatan dapat mencoba sendiri prosedur yang telah diperlihatkan oleh komunikator.

Metode demonstrasi merupakan aplikasi pendidikan kesehatan dengan memperagakan materi pendidikan secara visual (Notoadmodjo, 2007).

2.5.2 Penggunaan Metode Demonstrasi

Menurut Sanjaya (2006), metode demonstrasi digunakan:

1. Jika memerlukan contoh prosedur atau tugas yang benar.
2. Apabila tersedia alat peraga.
3. Bila tersedia tenaga pengajar yang terampil.
4. Membandingkan suatu cara dengan cara yang lainnya.
5. Untuk mengetahui serta melihat kebenaran sesuatu, bila berhubungan dengan mengatur sesuatu, dalam proses mengerjakan atau menggunakan sesuatu (Suliha,2002).

2.5.3 Keunggulan Metode Demonstrasi

Menurut Sanjaya (2006) keunggulan metode demonstrasi:

1. Dapat membuat pembelajaran menjadi lebih jelas dan lebih kongkrit.
2. Dapat menghindari verbalisme.
3. Lebih menarik.
4. Peserta didik dirangsang untuk memahami.
5. Menyesuaikan teori dengan kenyataan dan dapat melakukan sendiri (redemonstrasi).
6. Lebih mudah memahami sesuatu.
7. Dapat mengurangi kesalahan-kesalahan bila dibandingkan dengan hanya membaca dan mendengarkan.

2.5.4 Kekurangan Metode Demonstrasi

Menurut Sanjaya (2006), kekurangan metode demonstrasi:

1. Memerlukan ketrampilan khusus bagi pengajar.
2. Alat-alat atau biaya dan tempat yang memadai belum tentu tersedia

3. Memerlukan persiapan dan perencanaan yang matang
4. Dalam mengadakan pengamatan terhadap hal-hal yang didemonstrasikan diperlukan pemusatan perhatian. Hal ini banyak dilakukan oleh peserta.
5. Memerlukan banyak waktu, sedangkan hasilnya kadang sangat minimum.

2.5.5 Tahap Metode demonstrasi

Menurut Sanjaya (2006) metode demonstrasi terdiri tiga tahap antara lain:

1. Tahap Persiapan

- 1) Rumuskan tujuan dari sudut kegiatan.
- 2) Persiapkan garis besar langkah-langkah demonstrasi yang akan dilakukan
- 3) Memperhitungkan waktu.
- 4) Lakukan uji coba demonstrasi.

2. Tahap Pelaksanaan

1) Langkah pembukaan demonstrasi

- (1) Aturilah tempat duduk yang memungkinkan peserta memperhatikan dengan jelas apa yang demonstrasikan.
- (2) Kemukakan tujuan apa yang apa yang harus dicapai oleh peserta.
- (3) Kemukakan tugas-tugas apa yang harus diterima oleh peserta.

2) Langkah pelaksanaan demonstrasi

- (1) Memulai demonstrasi dengan kegiatan yang merangsang peserta, misalnya melalui pertanyaan yang mengandung teka-teki yang mendorong sasaran untuk tertarik memperhatikan demonstrasi
- (2) Ciptakan situasi yang menyenangkan.
- (3) Yakinkan semua peserta mengikuti jalannya demonstrasi dengan memperhatikan reaksi peserta.

(4) Berikan kesempatan kepada peserta untuk aktif dalam proses demonstrasi

3) Langkah mengakhiri demonstrasi

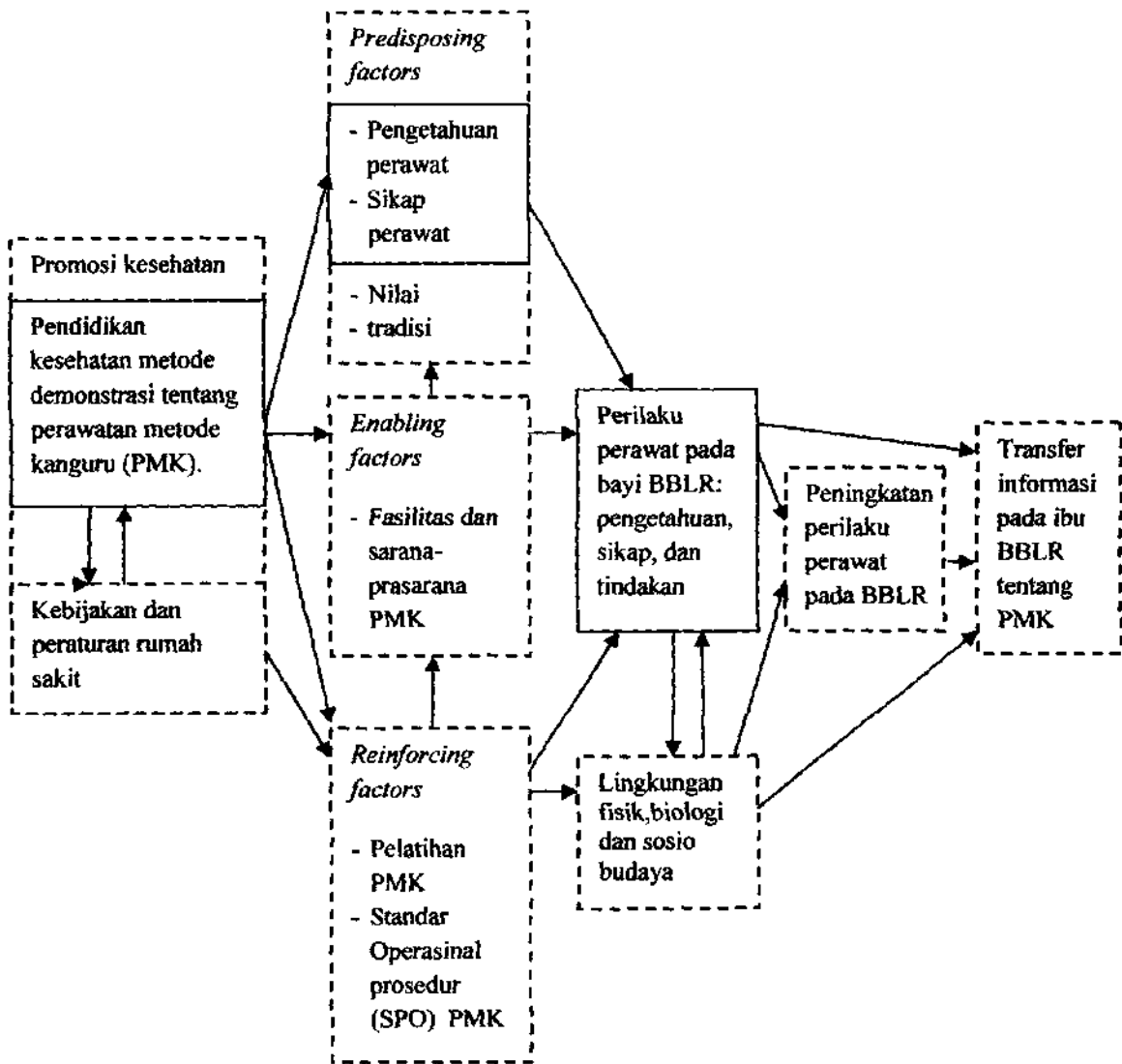
Apabila demonstrasi selesai dilakukan, proses pembelajaran diakhiri dengan memberikan tugas-tugas tertentu yang ada kaitannya dengan pelaksanaan demonstrasi dan proses pencapaian tujuan pembelajaran.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :

Diteliti :

Tidak diteliti :

Gambar 3.1 Kerangka konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metoda Demonstrasi terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metoda Kanguru pada BBLR berdasarkan Teori *Precede-Procede* Model Menurut Green (1991).

Dari gambar 3.1 dijelaskan bahwa promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan kebijakan dan organisasi terhadap faktor perilaku dalam masalah kesehatan masyarakat (Notoadmodjo, 2010). Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan yang kegiatannya tidak terlepas dari faktor-faktor yang menentukan perilaku (Notoadmodjo, 2010). Salah satu metode yang digunakan untuk pendidikan kesehatan adalah metode demonstrasi (Notoadmodjo, 2010). Metode demonstrasi adalah penyajian pengertian atau ide untuk memperlihatkan cara menjalankan tindakan, adegan atau prosedur sehingga sasaran dapat mencoba sendiri prosedur yang disampaikan komunikator (Effendy & Makhfudli, 2009). Perawatan metode kanguru (PMK) merupakan perawatan bayi baru lahir dengan melekatkan bayi di dada ibu (kontak kulit bayi dan kulit ibu) sehingga suhu tubuh bayi tetap hangat (Proverawati & Ismawati, 2010). Agar intervensi pendidikan kesehatan yang dilakukan untuk mendiagnosis dan menganalisis perilaku perawat tentang PMK efektif dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu *predisposing factors*, *enabling factors* dan *reinforcing factors* (Green, 1991). *Predisposing factors* adalah faktor yang mempermudah terjadinya perilaku perawat, meliputi pengetahuan dan sikap tentang PMK. Perawat akan melaksanakan PMK apabila perawat mengetahui dan memahami apa yang dimaksud dengan PMK serta manfaat PMK. Perilaku tersebut akan dipermudah bila perawat mempunyai sikap yang positif tentang PMK, disamping kepercayaan, tradisi dan nilai yang dapat menguntungkan atau merugikan terjadinya perilaku perawat tentang PMK. *Enabling factors* atau faktor pemungkin adalah fasilitas dan sarana-prasarana yang mendukung dan memfasilitasi terjadinya perilaku perawat tentang PMK. *Reinforcing factors* atau faktor penguat adalah berupa pelatihan-pelatihan PMK kepada perawat, Standar Operasional Prosedur (SPO) dan

Instruksi Kerja (IK) rumah sakit yang dapat menunjang perilaku perawat untuk meningkatkan PMK. kepada orang lain atau ibu BBLR. Disamping itu adanya standar SPO dan IK juga dapat menunjang perilaku perawat tentang PMK. Selain faktor perilaku, lingkungan fisik, biologis dan sosio budaya yang saling berkaitan juga mempengaruhi peningkatan PMK. Sehingga dengan meningkatnya perilaku perawat yang positif diharapkan perawat bisa menjadi *role model* dan mentransformasikan pengetahuan tentang PMK kepada orang lain atau ibu BBLR.

3.2 Hipotesis Penelitian

- H1 : Ada pengaruh pendidikan kesehatan metode demonstrasi terhadap pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru pada BBLR.
- H2 : Ada pengaruh pendidikan kesehatan metode demonstrasi terhadap sikap perawat tentang perawatan metode kanguru pada BBLR.
- H3 : Ada pengaruh pendidikan kesehatan metode demonstrasi terhadap tindakan perawat tentang perawatan metode kanguru pada BBLR.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara untuk menjawab suatu permasalahan dengan metode ilmiah. Pada bab ini akan dibahas tentang metode yang digunakan dalam penelitian ini, meliputi:

4.1 Rancangan penelitian yang digunakan

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan desain penelitian “*Pra-Experiment*” dengan design *Pra-pascatest* dalam satu kelompok (*one group pra-post test design*), dimana subyek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2008).

Tabel 4.1 Rancangan penelitian digambarkan sebagai berikut:

Subjek penelitian	<i>Pretest</i>	Perlakuan	<i>Posttest</i>
K	O	I	O1
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan:

- K : Subyek adalah perawat NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya (RSMKS).
- O : Observasi perilaku perawat NICU RSMKS tentang PMK pada BBLR sebelum dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi.
- I : Intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi.
- O1 : Pengukuran perilaku perawat tentang PMK pada BBLR sesudah intervensi.

4.2 Populasi, sampel, besar sampel dan teknik pengambilan sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah setiap subyek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat yang dinas di ruang NICU RSMKS berjumlah 13 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian untuk diketahui karakteristiknya melalui sampling. Sedangkan sampling adalah proses menyeleksi populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2008). Sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan:

1. Kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau oleh peneliti (Nursalam, 2008). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:
 - 1) Perawat NICU RSMKS yang berpartisipasi aktif dalam penelitian.
 - 2) Perawat NICU RSMKS dengan masa kerja ≥ 6 bulan.
2. Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan sampel yang memenuhi kriteria inklusi (Nursalam, 2008).
 - 1) Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah perawat NICU RSMKS yang pada saat pengambilan data tidak hadir di tempat penelitian, karena suatu sebab mengambil cuti tahunan.

3. Besar sampel

Sampel dalam penelitian ini ditetapkan berjumlah perawat NICU RSMKS. Sampel diperoleh dari keseluruhan dari perawat NICU RSMKS yang masuk dalam kriteria inklusi. Adapun rumus untuk mendapatkan besar sampel, yaitu :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel

N = besar populasi

D = tingkat signifikansi (0,05)

Dari rumus diatas maka dapat ditentukan jumlah sampel, yaitu :

$$n = \frac{13}{1 + 13(0,05)^2}$$

$$n = 12$$

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses penyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subyek penelitian. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling*, yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008). Sampel dalam penelitian ini perawat NICU yang berpartisipasi aktif dalam penelitian berjumlah 12 orang.

4.3 Variabel penelitian dan definisi operasional

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen atau variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen atau terikat (Sugiyono, 2010). Variabel independen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel independen atau variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen atau terikat (Sugiyono, 2010). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku perawat dalam perawatan metode kanguru pada BBLR.

4.3.3 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Independen Pendidikan kesehatan metode demonstrasi	Suatu kegiatan informasi dan peragaan pada perawat tentang perawatan metode kanguru.	Kegiatan informasi Pendahuluan : - Salam - Menyebutkan materi /pokok bahasan penyuluhan Memberikan materi tentang : - Pengertian PMK - Manfaat PMK - Kriteria pelaksanaan PMK - Waktu pelaksanaan PMK - Komponen PMK - Fasilitas PMK - Pelaksanaan PMK Evaluasi - Tanya jawab - Kesimpulan	SAP	-	-

		Demonstrasi : Tahap persiapan Tahap pelaksanaan - Pembukaan - Pelaksanaan (persiapan alat PMK, persiapan ibu untuk PMK, persiapan bayi untuk PMK, pelaksanaan PMK). Tahap mengakhiri			
Dependen Perilaku perawat : 1. Pengetahuan	Pemahaman perawat tentang perawatan metode kanguru pada BBLR.	Pengetahuan perawat : - Pengertian PMK (soal No. 1) - Manfaat PMK (soal No.2,5). - Kriteria pelaksanaan PMK (No. 3) - Waktu pelaksanaan PMK (soal No. 10) - Komponen PMK (soal No. 6,9) - Fasilitas PMK (Soal No. 12) - Pelaksanaan PMK (soal No.4,7,11)	Kuesioner	Ordinal	Jawaban : Benar = 1 Salah = 0 Kategori : Baik : 76-100% Cukup : 56-75% Kurang : < 55% (Arikunto, 2006)
2. Sikap	Merupakan Pandangan atau perasaan perawat tentang perawatan metode kanguru pada BBLR	Sikap perawat tentang penerapan PMK : - Kesiadaan dan perhatian tentang PMK (sikap positif No.1,3,7,8,10). - Tidak ada kesiadaan dan perhatian tentang PMK (sikap negatif No. 2,4,5,6,9).	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan positif skor : SS = 4 S = 3 E = 2 TS = 1 STS = 0 Pernyataan negatif skor : STS = 4 TS = 3 E = 2 S = 1 SS = 0 Kategori sikap: - Negatif $T \leq$ mean data. Sikap soal No.

3. Tindakan	Melaksanakan atau mempraktekan apa yang diketahui atau disikapi perawat tentang perawatan metode kanguru pada hari Rabu dan Kamis tanggal 2-3 Januari 2012 jadwal pagi jam 10.00 WIB dan jadwal sore jam 15.00 WIB.	Praktek perawat dalam PMK : - Persiapan alat PMK (6 tindakan) - Persiapan ibu untuk PMK (2 tindakan) - Persiapan bayi untuk PMK (4 tindakan) - Pelaksanaan PMK (16 tindakan)	Observasi	Ordinal	2,4,5,6,9. - Positif $T \geq \text{mean data}$. Sikap soal No. 1,3,7,8,10 (Azwar, 2010) Ya = 1 Tidak = 0 Kategori : Baik : 76-100% Cukup : 56-76% Kurang : < 55% (Arikunto, 2006)
-------------	---	--	-----------	---------	---

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaan lebih mudah dan hasilnya cermat, lengkap dan sistematis sehingga mudah diolah (Arikunto, 2006). Instrumen dalam penelitian tentang perilaku perawat dalam PMK adalah sebagai berikut:

1. Untuk mendapatkan data pengetahuan perawat tentang PMK digunakan daftar pertanyaan (angket) sebanyak 12 pertanyaan tentang PMK meliputi: pengertian PMK soal No.1, manfaat PMK soal No.2, 5,8, kriteria pelaksanaan PMK soal No.3, waktu pelaksanaan PMK soal No.10, komponen PMK soal No. 6 dan 9, fasilitas PMK soal No.12 dan pelaksanaan PMK soal No. 4,7,11 menurut Proverawati & Ismawati (2010) dimodifikasi dengan Depkes (2008). Jenis pertanyaan yang digunakan dalam angket berbentuk pilihan ganda (*multiple choice*), dimana responden tinggal memilih jawaban yang dianggap benar dari tiga pertanyaan yang ada dari masing-masing pertanyaan. Jika jawaban benar diberi nilai 1 (satu) dan jawaban yang salah atau tidak diisi

diberi nilai 0 (nol). Kemudian dituangkan dalam bentuk tabel dengan perhitungan analisis data dan dikumpulkan berdasarkan hasil perhitungan dari jawaban benar yang diberikan responden secara numerik dengan rumus perhitungan Arikunto (2006).

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P : Nilai yang di dapat

F : jumlah jawaban yang benar

N : jumlah soal

Setelah presentasi diketahui, kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria :

Baik : 76% - 100%

Cukup : 56% - 74%

Kurang : < 55% (Arikunto, 2006).

2. Angket untuk sikap menggunakan skala Likert sebanyak 10 pertanyaan menurut Azwar (2010). Skala sikap digunakan untuk mengukur respon perawat tentang PMK pada bayi BBLR. Kriteria pemberian skor dari skala Likert dirancang untuk memungkinkan responden menjawab dalam berbagai tingkatan yaitu skala dalam 4 tingkat (dari 1 sampai 4), dimana setiap jawaban diberi bobot nilai dengan ketentuan sebagai berikut :

- 1) Untuk pernyataan yang sifatnya positif (*Favorable*) terdapat 6 pertanyaan, yaitu pertanyaan No. 1,3,7,8,9 dengan skor jawaban “

Sangat Setuju " = 4, " Setuju " = 3, " Entahlah" = 2, " Tidak Setuju " = 1, " Sangat Tidak Setuju " = 0.

- 2) Untuk pertanyaan yang sifatnya negatif (*Unfavorable*) terdapat 4 pertanyaan, yaitu pertanyaan No. 2,4,5,6,9 dengan skor jawaban " Sangat Setuju " = 0, " Setuju " = 1, "Entahlah" = 2, " Tidak Setuju " = 3, " Sangat Tidak Setuju " = 4.

Kemudian dihitung nilai skor menjawab kuesioner dengan rumus:

$$T = 50 + 10 \cdot \frac{(X - \bar{X})}{S}$$

Dimana : X = Skor responden

\bar{X} = Nilai rata-rata kelompok

S = Standar deviasi (simpangan baku)

Dikatakan sikap positif bila nilai skor = $T \geq$ mean data.

Dikatakan sikap negatif bila nilai skor = $T \leq$ mean data (Azwar, 2010)

3. Tindakan perawat dalam PMK menggunakan petunjuk observasi perawatan metode kanguru (Perinasia, 2001). Untuk mendapatkan data tindakan perawat tentang PMK digunakan 28 pertanyaan meliputi : prosedur persiapan alat PMK 6 pertanyaan, persiapan ibu untuk PMK 2 pertanyaan, persiapan bayi untuk PMK 4 pertanyaan dan pelaksanaan PMK 16 pertanyaan. Jenis tindakan yang digunakan dalam petunjuk pelaksanaan PMK berbentuk lembar observasi dimana responden hanya memilih jawaban "Ya" bila melakukan tindakan PMK dan "Tidak" bila tidak melakukan tindakan PMK. Jika jawaban "Ya" diberi nilai 1 (satu) dan jawaban "Tidak" diberi nilai 0 (Nol). Kemudian dituangkan dalam bentuk tabel dengan perhitungan analisis

data dan dikumpulkan berdasarkan hasil perhitungan dari jawaban melakukan tindakan yang dilakukan responden secara numerik dengan rumus perhitungan Arikunto (2006)

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

P : Nilai yang didapat

F : Jumlah tindakan yang dilakukan

N : Jenis tindakan yang dilakukan

Setelah persentasi diketahui, kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria :

Baik : 76% - 100%

Cukup: 56% - 75%.

Kurang: <55% (Arikunto, 2006)

4.5 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang NICU RSMKS. Waktu penelitian adalah 25 sampai 29 Januari 2013.

4.6 Prosedur operasional atau pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008).

Dalam penelitian ini pengumpulan data diperoleh setelah sebelumnya mendapat ijin dari bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang kemudian peneliti mengajukan penelitian ke Wakil Direktur (Wadir) Keperawatan. Wadir Keperawatan selanjutnya menyampaikan ijin peneliti ke

Direktur Medis. Setelah dilakukan diskusi antara peneliti, Wadir Keperawatan, Direktur Medis dan personalia, keputusan ijin penelitian menunggu keputusan Direktur Utama untuk diajukan dulu ke Mitra Grup. Pada tanggal 24 Januari 2013 peneliti mendapatkan ijin penelitian di RSMKS setelah peneliti melakukan tanda tangan ikatan dinas dengan RSMKS.

Pengambilan data dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Peneliti terlebih dahulu mendapatkan daftar perawat yang dinas di ruang NICU RSMKS, kemudian peneliti menyeleksi subyek dengan berpedoman pada kriteria inklusi.
2. Peneliti meminta persetujuan (*informed consent*) kepada responden untuk dijadikan subyek penelitian yang sebelumnya sudah diberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian tersebut.
3. Pada tanggal 25 Januari 2013 jam 15.00 WIB setelah responden membubuhkan tanda tangan *informed concent*, peneliti memberikan kuesioner *pre test* kepada responden yang dinas pagi sebanyak 4 responden, dinas sore sebanyak 3 responden dan perawat lepas dinas dan libur sebanyak 2 responden untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap perawat selama 15 menit. Selanjutnya kuisisioner *pre test* dilanjutkan pada tanggal 25 Januari 2013 jam 20.30 WIB untuk responden dinas malam sebanyak 3 responden.
4. Pada tanggal 26 Januari 2013 jam 08.00 WIB, peneliti langsung melakukan observasi *pre test* tindakan PMK terhadap perawat NICU. Setelah peneliti dapat ijin dari kepala ruangan, peneliti melakukan observasi langsung dengan cara perawat disuruh mendemonstrasikan cara menerapkan PMK sesuai dengan yang diketahui perawat tentang PMK dengan meminta salah satu

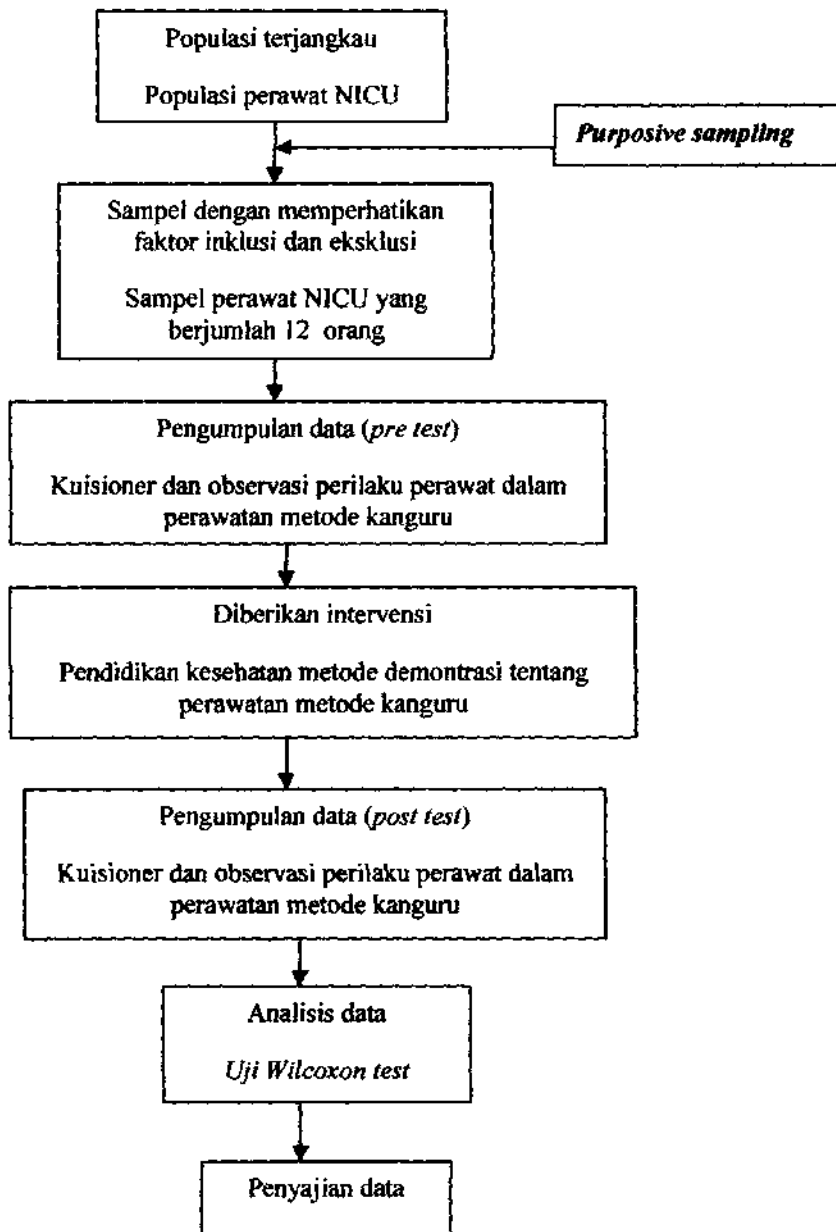
perawat yang lain untuk berperan sebagai ibu BBLR di ruang NICU dengan kontrak waktu 30 menit sebanyak 5 responden, yaitu perawat yang habis dinas malam hari kedua 3 responden dan dinas pagi 2 responden. Pada tanggal 26 Januari 2013 jam 15.00 WIB peneliti meminta waktu 30 menit untuk observasi terhadap perawat yang saat itu dinas pagi dan belum bisa ikut sebanyak 2 responden dan dinas sore sebanyak 3 responden dan perawat yang saat itu libur untuk ikut sekalian sebanyak 1 responden, sedangkan malam harinya tanggal 26 Januari setelah operan dinas, peneliti melakukan observasi kembali terhadap perawat yang dinas malam hari pertama sebanyak 1 responden.

5. Pada tanggal 27 Januari 2013 jam 09.00 WIB peneliti melakukan pendidikan kesehatan tentang PMK selama 15 menit, kemudian dilanjutkan metode demonstrasi tentang pelaksanaan PMK selama 15 menit terhadap perawat dinas malam sebanyak 3 responden dan sebagian dinas pagi sebanyak 1 responden, selanjutnya setelah selesai peneliti langsung memberikan kuisisioner *post test* selama 15 menit. Pada tanggal 27 Januari 2013 jam 15.00 setelah operan dinas peneliti minta ijin untuk memberikan pendidikan kesehatan sekaligus demonstrasi selama 30 untuk yang dinas sore sebanyak 3 responden dan sebagian dinas pagi sebanyak 2 responden diikuti *post test* 15 menit. Pada tanggal 28 Januari 2013 jam 08.00 WIB peneliti melakukan pendidikan kesehatan untuk yang dinas malam hari pertama yang belum ikut dan tanggal 27 Januari yang saat itu libur selama 30 menit dilanjutkan *post test* 15 menit sebanyak 4 responden. Sedangkan untuk *post test* tindakan PMK peneliti melakukan observasi langsung pada tanggal 28 Januari 2013

jam 09.00 WIB setelah pemberian kuisioner *posttest* yang terakhir diikuti 8 responden dan sisanya dilanjutkan pada tanggal 29 Januari 2013 jam 09.00 WIB sebanyak 4 responden.

6. Setelah semua data terkumpul, peneliti membuat tabulasi data dan memberi kode untuk hasil penilaian, kemudian menganalisis data dengan menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank test* untuk mendapatkan hasil penelitian dengan bantuan SPSS.

4.7 Kerangka operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metode Kanguru pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya.

4.8 Cara analisis data

Analisa data merupakan suatu proses atau analisis yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan dengan tujuan supaya *trends* dan

relationship bisa ditelusuri (Nursalam, 2008). Proses analisa data melalui tahap-tahap sebagai berikut:

4.8.1 *Editing*

Pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner tingkat pengetahuan dan sikap perawat tentang perawatan metode kanguru (apakah semua pertanyaan sudah terisi, jawaban dan tulisan cukup jelas dan relevan dengan pertanyaan).

4.8.2 *Scoring*

Pengolahan data yang digunakan dengan cara pemberian score pada kuesioner yang telah diisi oleh responden dengan menggunakan tabulasi (kriteria pengetahuan meliputi baik, cukup, kurang; sikap meliputi sikap positif dan sikap negatif dan tindakan meliputi baik, cukup, kurang).

4.8.3 *Data Entry*

Jawaban-jawaban dari masing-masing responden dimasukkan dalam tabel distribusi frekwensi yang sederhana.

4.8.4 *Analisa data*

Pada penelitian ini variabel yang digunakan yaitu dengan uji *Wilcoxon Sign Rank Test* yang digunakan untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan metode kanguru dengan bantuan komputerisasi.

4.9 **Etika Penelitian**

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan subyek penelitian pada perawat yang bertugas di NICU RSMK Surabaya. Untuk itu perlu mengajukan

permohonan ijin kepada Direktur RSMK Surabaya dan ijin dari kepala ruangan NICU sebagai lokasi penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan, penelitian dilakukan dengan menekankan etika penelitian yang disetujui laek etik oleh komite etik RSMK Surabaya. Etika Penelitian yang harus diperhatikan oleh peneliti adalah:

4.9.1 Surat persetujuan (*informed consent*)

Surat persetujuan ini dibuat dengan tujuan sebagai bukti konkret bahwa orang yang bersangkutan bersedia menjadi responden dengan mengetahui penelitian yang akan dilakukan serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika responden menyetujui maka wajib menandatangani surat persetujuan dan jika menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa.

4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil penelitian hanya terbatas pada kelompok data tertentu yang akan terkait masalah penelitian.

4.9.3 Hak untuk ikut/ tidak menjadi responden (*Right to self-determination*)

Responden mempunyai hak memutuskan apabila bersedia menjadi responden ataupun tidak tanpa adanya sanksi apapun.

4.9.4 Tanpa nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh responden. Lembar tersebut hanya diberi kode tertentu.

4.10 Keterbatasan

Dalam penelitian ini keterbatasan yang dialami peneliti antara lain:

1. Pengumpulan data dengan observasi untuk PMK menggunakan boneka yang seharusnya menerapkan langsung dengan Bayi Berat Lahir Rendah, sehingga hasil kurang mewakili.
2. Sebagai peneliti pemula dengan keterbatasan pengetahuan, pengalaman, tenaga dan waktu yang dimiliki sehingga peneliti menyadari masih banyak kesalahan dan kekurangan dalam melakukan segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan hasil pengumpulan data dari penelitian dengan judul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya (RSMKS) mulai tanggal 25 sampai 29 Januari 2013. Hasil penelitian terdiri dari data umum dan data khusus. Data umum yang terdiri dari: penyajian data dimulai dari gambaran lokasi penelitian dan karakteristik responden yang meliputi: umur, status kepegawaian, jenjang karir, pendidikan terakhir, masa kerja dan pelatihan yang pernah diikuti, sedangkan data khusus yaitu pengetahuan perawat sebelum dan sesudah demonstrasi PMK, sikap perawat sebelum dan sesudah demonstrasi PMK, tindakan perawat sebelum dan sesudah demonstrasi PMK, pengaruh pendidikan kesehatan sebelum dan sesudah demonstrasi terhadap pengetahuan perawat tentang PMK, pengaruh pendidikan kesehatan sebelum dan sesudah demonstrasi terhadap sikap perawat tentang PMK dan Pengaruh pendidikan kesehatan sebelum dan sesudah demonstrasi terhadap tindakan perawat tentang PMK.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Data umum

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RSMKS yang beralamatkan di Jl. Satelit Indah II Darmo Satelit Surabaya yang berdiri sejak tanggal 22 Oktober 1998, merupakan

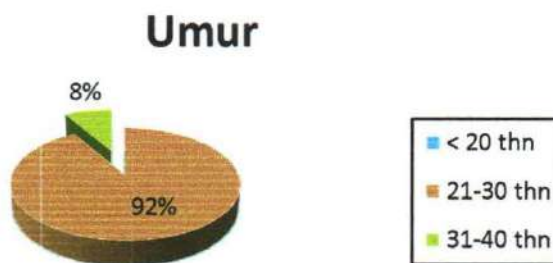
satu-satunya rumah sakit swasta tipe B dikawasan Surabaya Barat yang sudah terakreditasi dari Menteri Kesehatan sejak tahun 2012 yang mempunyai tugas dan fungsi sebagai rumah sakit pelayanan dan pusat rujukan. Untuk melaksanakan tugas dan fungsi tersebut RSMKS memiliki instalasi pelayanan medis antara lain Rawat Jalan, Rawat Inap, Unit Perawatan Intensif, Unit Kamar Bedah, Unit Keperawatan, Unit Peristi. RSMK Surabaya menampung 120 kapasitas tempat tidur dibagi beberapa kelas ruangan, yaitu Super VIP berjumlah 4 ruangan, VIP sebanyak 20 ruangan, kelas I sebanyak 15 ruangan, kelas II sebanyak 15 ruangan dan Kelas III sebanyak 6 ruangan. Kegiatan penunjang medis yang ada di RSMK Surabaya, yaitu Unit Farmasi, Laboratorium Klinik dan Bank Darah, Unit Radiologi melayani x-ray, CT scan 64 slice, MRI, USG 4 Dimensi, Echokardiografi, Mamografi, Unit Rehabilitasi Medik dan Unit Maintenance Medis. Luas lahan RSMKS yaitu 21.953 m², dengan luas bangunan 3.680 m² dan memiliki ketenagaan yang full timer jumlah total 226 orang dengan rincian yaitu 10 orang dokter umum, 9 orang bidan, 187 orang perawat dan 120 profesi lain.

Unit Peristi yang terletak di lantai 3 salah satu diantaranya adalah *Neonatus Intensif Care Unit* (NICU) yang diklasifikasikan menjadi 3, yaitu Peristi 1, Peristi 2 dan Peristi 3 dengan kapasitas 8 tempat tidur dan BOR 68% serta dibagi menjadi 3 kelas, yaitu kelas NICU, Intermediet dan Perina. Ruang NICU RSMKS difasilitasi dengan alat inkubator yang berjumlah 4, ventilator Galileo 1, ventilator Amstrong 1, CPAP arabela 1, monitor 2, infus pump, syringe pump, infant warmer 1, box bayi 5, lampu penghangat 2 buah, baju kanguru, boneka untuk sarana penyuluhan dan peralatan lain yang menunjang perawatan bayi baru lahir.

NICU RSMKS merawat bayi baru lahir sampai usia 28 hari. Jumlah tenaga perawat 13 orang (terdiri dari 2 lulusan S1 Keperawatan dan 11 lulusan D3 Keperawatan). Penanggung jawab NICU RSMKS merupakan dokter spesialis Anak. Kasus di NICU yang sering dirawat adalah bayi prematur, BBLR, pneumonia, MAS, diare, sepsis, gangguan kardiovaskuler (*Persistent Ductus Arteriosus* (PDA), *Atrium Septal Defect* (ASD) dan *Ventricel Septal Defect* (VSD), icterus neonatorum dan congenital anomali.

2. Karakteristik Responden

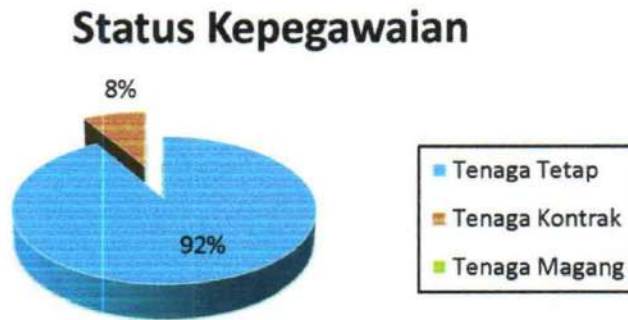
1) Umur Responden



Gambar 5.1 Distribusi umur responden di NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.

Gambar 5.1 menunjukkan bahwa mayoritas responden berumur 21-30 tahun yaitu 11 responden (92%) dan sebagian kecil berumur 31-40 tahun 1 orang (8%).

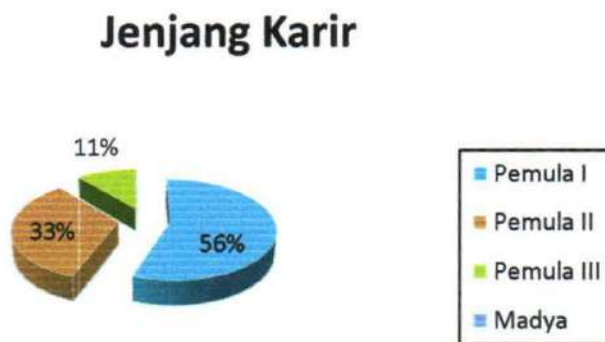
2) Status Kepegawaian



Gambar 5.2 Distribusi status kepegawaian responden di NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.

Gambar 5.2 menunjukkan bahwa mayoritas responden berstatus kepegawaian tenaga tetap yaitu 11 Orang (90%), tenaga kontrak 1 orang (8%).

3) Jenjang karir



Gambar 5.3 Distribusi jenjang karir responden di NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya.

Gambar 5.3 menunjukkan bahwa sebagian setengahnya responden memiliki jenjang karir pemula I 5 orang (56%), dan sebagian kecil pemula III 1 orang (11%).

4) Pendidikan terakhir



Gambar 5.4 Distribusi pendidikan terakhir responden di NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.

Gambar 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir D3 yaitu 10 orang (83%) dan sebagian kecil S1 2 orang (17%).

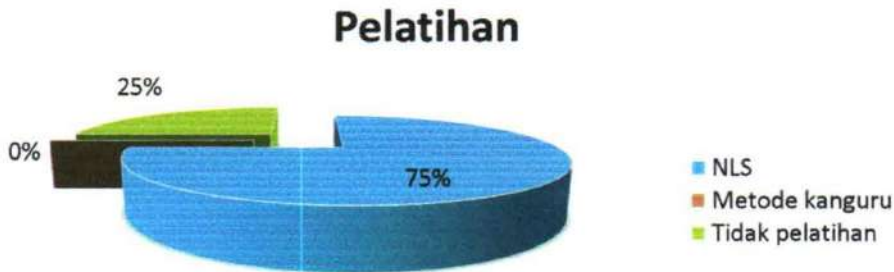
5. Masa Kerja



Gambar 5.5 Distribusi Masa Kerja Responden di NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.

Gambar 5.5 menunjukkan bahwa sebagian kurang dari setengahnya responden masa kerjanya yaitu 2-5 tahun 5 orang (42%) dan sebagian kecil < 2 tahun 3 orang (25%).

6) Pelatihan yang pernah diikuti



Gambar 5.6 Distribusi Pelatihan Responden di NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya.

Gambar 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar sudah mengikuti pelatihan *Neonatus Life Support* (NLS) 9 orang (75%) dan seluruhnya belum pernah mengikuti pelatihan metode kanguru.

5.1.2 Data Khusus

1. Distribusi Pengetahuan Perawat tentang PMK

Tabel 5.1 Distribusi Pengetahuan Perawat Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi tentang PMK pada BBLR di Ruang NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.

Pengetahuan	Sebelum perlakuan (Pre test)		Sesudah perlakuan (Post test)	
	N	Prosentase	N	Prosentase
Kurang	3	25%	1	8%
Cukup	7	58%	8	67%
Baik	2	17%	3	25%
Jumlah	12	100%	12	100%

Berdasarkan tabel 5.1 di atas tampak bahwa pengetahuan perawat sebelum diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi lebih dari setengahnya 7 orang (58%) pengetahuan tentang PMK dalam kategori cukup dan sebagian kecil 2 orang (17%) pengetahuan tentang PMK dalam kategori baik. Sedangkan setelah diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi

sebagian besar 8 orang (67%) pengetahuan tentang PMK dalam kategori cukup dan sebagian kecil 1 orang (8%) pengetahuan tentang PMK dalam kategori kurang.

2. Distribusi Sikap Perawat tentang PMK

Tabel 5.2 Distribusi Sikap Perawat Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi tentang PMK pada BBLR di Ruang NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.

Sikap	Sebelum perlakuan (Pre test)		Sesudah perlakuan (Post test)	
	N	Prosentase	N	Prosentase
Negatif	4	33%	0	0
Positif	8	67%	12	100%
Jumlah	12	100%	12	100%

Berdasarkan tabel 5.2 di atas tampak bahwa sikap perawat sebelum diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi adalah sebagian besar 8 orang (67%) sikap tentang PMK dalam kategori sikap positif dan sebagian kecil 4 orang (33%) dalam kategori sikap negatif, sedangkan setelah dilakukan pendidikan kesehatan metode demonstrasi seluruhnya 12 orang (100%) mempunyai sikap positif.

3. Distribusi Tindakan Perawat tentang PMK

Tabel 5.3 Distribusi Tindakan Perawat Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi tentang PMK pada BBLR di Ruang NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.

Tindakan	Sebelum perlakuan (Pre test)		Sesudah perlakuan (Post test)	
	N	Prosentase	N	Prosentase
Kurang	5	42%	2	17%
Cukup	3	25%	4	33%
Baik	4	33%	6	50%
Jumlah	12	100%	12	100%

Berdasarkan tabel 5.3 di atas tampak bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan metode demonstrasi lebih dari setengahnya 4 orang (33%) tindakan tentang PMK dalam kategori baik dan kurang dari setengahnya 5 orang (42%) tindakan PMK dalam kategori kurang. Sedangkan setelah dilakukan pendidikan kesehatan metode demonstrasi tindakan tentang PMK setengahnya 6 orang (50%) dalam kategori baik dan sebagian kecil 2 orang (17%) dalam kategori kurang.

4. Pengaruh Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi dengan Uji Wilcoxon

Tabel 5.4 Pengaruh Pengetahuan Perawat Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi tentang PMK pada BBLR di Ruang NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.

Pengetahuan	Sebelum perlakuan (Pre test)		Sesudah perlakuan (Post test)	
	N	Prosentase	N	Prosentase
Kurang	3	25%	1	8%
Cukup	7	58%	8	67%
Baik	2	17%	3	25%
Jumlah	12	100%	12	100%
Mean	7,83		9,17	
Std. Defiation	2,082		1,642	
Wilcoxon Signed Rank Test Nilai Sig (2-Tailed) = 0,011				

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan sebelum pendidikan kesehatan metode demonstrasi sebesar 7,83 atau masuk dalam kategori pengetahuan cukup dan rata-rata sesudah pendidikan kesehatan metode demonstrasi sebesar 9,17 atau masuk dalam kategori pengetahuan baik. Nilai rata-rata pengetahuan perawat ada peningkatan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi yaitu nilai tersebut

masuk dalam kategori pengetahuan baik. Hal ini berarti metode demonstrasi dapat meningkatkan pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru.

Berdasarkan analisis dengan uji Wilcoxon diperoleh nilai p-value (probabilitas) sebesar 0,011. Karena nilai p-value (probabilitas) yang dihasilkan lebih dari 5% atau 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan metode demonstrasi berpengaruh secara signifikan terhadap pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru

Dengan demikian, hipotesis kerja (H1) yang menyatakan “Ada Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metode kanguru di ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya”, dapat diterima.

5. Pengaruh Sikap Sebelum dan Sesudah Metode Demonstrasi dengan Uji Wilcoxon.

Tabel 5.5 Pengaruh Sikap Perawat Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Demonstrasi tentang PMK pada BBLR di Ruang NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.

Sikap	Sebelum perlakuan (Pre test)		Sesudah perlakuan (Post test)	
	N	Prosentase	N	Prosentase
Negatif	4	33%	0	0
Positif	8	67%	12	100%
Jumlah	12	100%	12	100%
Mean	27,83		34,83	
Std Defiation	3,38		1,697	
Wilcoxon Signed Rank Test Nilai Sig (2-Tailed) = 0,003				

Berdasarkan tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa rata-rata sikap sebelum pendidikan kesehatan metode demonstrasi sebesar 27,83 dan rata-rata sesudah pendidikan kesehatan metode demonstrasi sebesar 34,83. Hal ini

berarti pendidikan kesehatan metode demonstrasi mampu meningkatkan sikap perawat tentang perawatan metode kanguru.

Berdasarkan analisis dengan uji Wilcoxon diperoleh nilai p-value (probabilitas) sebesar 0,003. Karena nilai p-value (probabilitas) yang dihasilkan kurang dari 5% atau 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan metode demonstrasi berpengaruh terhadap sikap tentang perawatan metode kanguru di ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya, atau dengan kata lain sikap perawat tentang perawatan metode kanguru sesudah diberi metode demonstrasi lebih baik daripada sebelum diberi pendidikan kesehatan metode demonstrasi.

Dengan demikian, hipotesis kerja (H2) yang menyatakan, “Ada Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metode Kanguru pada BBLR di ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya”, diterima.

6. Pengaruh Tindakan Sebelum dan Sesudah Metode Demonstrasi dengan Uji Wilcoxon.

Tabel 5.6 Pengaruh Tindakan Perawat Sebelum dan Sesudah pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi tentang PMK pada BBLR di Ruang NICU RSMKS Tanggal 25 sampai 29 Januari 2013.

Tindakan	Sebelum perlakuan (Pre test)		Sesudah perlakuan (Post test)	
	N	Prosentase	N	Prosentase
Kurang	5	42%	2	17%
Cukup	3	25%	4	33%
Baik	4	33%	6	50%
Jumlah	12	100%	12	100%
Mean	18,42		20,92	
Std. Defiation	4,907		4,122	
Wilcoxon Signed Rank Test Nilai Sig (2-Tailed) = 0.018				

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata tindakan sebelum pendidikan kesehatan metode demonstrasi sebesar 18,42, sedangkan rata-rata sesudah pendidikan kesehatan metode demonstrasi sebesar 20,92. Hal ini berarti pendidikan kesehatan metode demonstrasi mampu meningkatkan tindakan perawat tentang perawatan metode kanguru.

Berdasarkan analisis dengan uji Wilcoxon diperoleh nilai p-value (probabilitas) sebesar 0,018. Karena nilai p-value (probabilitas) yang dihasilkan kurang dari 5% atau 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan metode demonstrasi berpengaruh terhadap tindakan perawat tentang perawatan metode kanguru, atau dengan kata lain tindakan perawat tentang perawatan metode kanguru sesudah diberi metode demonstrasi lebih baik daripada sebelum diberi metode demonstrasi.

Dengan demikian, hipotesis kerja (H3) yang menyatakan "Ada Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metode

Kanguru pada BBLR di ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya”, diterima.

5.2 Pembahasan

Setelah dilakukan analisis, maka pada bagian pembahasan ini akan diulas mengenai pengaruh pendidikan kesehatan metode demonstrasi terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan perawat tentang PMK pada BBLR di ruang NICU RSMKS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, pengetahuan perawat NICU RSMKS sebelum diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi adalah lebih dari setengahnya mempunyai pengetahuan dalam kategori cukup dan sebagian kecil mempunyai pengetahuan baik dan kurang. Sedangkan pengetahuan perawat sesudah diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi sebagian besar mempunyai pengetahuan dalam kategori cukup dan sebagian kecil mempunyai pengetahuan dalam kategori baik dan kurang.

Menurut pendapat peneliti, metode demonstrasi merupakan hal yang sangat penting dilakukan karena dapat menambah wawasan dan pengalaman. Dengan meningkatnya wawasan dan pengalaman, seseorang akan mendapat ilmu yang baru. Hasil penelitian yang dilakukan peneliti diperoleh hasil sebelum dilakukan pendidikan kesehatan metode demonstrasi, didapatkan pengetahuan perawat tentang PMK lebih dari setengahnya pengetahuan perawat dalam kategori cukup. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor seperti yang dikemukakan saat wawancara pada studi awal. Perawat sudah banyak tahu tentang PMK dari panduan buku, seminar dan internet, walaupun

seluruhnya perawat di ruang NICU belum mengikuti pelatihan PMK. Pertanyaan-pertanyaan yang diberikan peneliti kepada perawat sudah cukup mampu untuk dijawab, karena sebelumnya sudah mengetahui dan memahami pengetahuan tentang PMK. Hal ini seperti dikemukakan oleh Bloom (1908) dalam Notoadmojo (2007) membagi perilaku manusia kedalam tiga domain, yaitu: kognitif, afektif dan psikomotor. Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan salah satunya yaitu pengetahuan. Teori Green (1991) menyebutkan bahwa perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu salah satunya *Predisposing factors*, yang meliputi pengetahuan. Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap sesuatu obyek tertentu (Maulana, 2009). Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indra yang dimilikinya (Notoadmojo, 2010). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap suatu obyek. Selain itu pengetahuan yang baik juga dipengaruhi oleh faktor pendidikan diantaranya pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang cenderung untuk mendapatkan informasi. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan tentang kesehatan yang didapat. Dengan demikian penelitian yang dilakukan peneliti bahwa perawat yang berpendidikan SI yang ditunjukkan oleh responden nomor 7 dan 9 memiliki pengetahuan baik tentang PMK sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi. Kemudian masa kerja juga

mempengaruhi pengetahuan seseorang. Semakin lama masa kerja seseorang, semakin banyak informasi yang telah diperolehnya. Seperti perawat yang masa kerjanya sudah 5-10 tahun rata-rata sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi mempunyai pengetahuan dengan kategori baik. Demikian juga dengan jenjang karir seseorang juga mempengaruhi pengetahuan, seseorang yang sudah memiliki jenjang karir melalui uji kompetensi memiliki pengetahuan dengan kategori baik tentang PMK. Hasil penelitian ini didukung oleh teori yang menyatakan bahwa faktor pendidikan dan masa kerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan ketrampilan profesional yang dapat mengembangkan kemampuan untuk mengambil keputusan yang merupakan keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang keperawatan. Umur juga dapat mempengaruhi pengetahuan, dimana semakin bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada penambahan pengetahuan yang didapatnya seperti halnya perawat yang bekerja di ruang NICU rata-rata berumur 21-30 tahun dan mereka memiliki pengetahuan baik tentang PMK. Hasil penelitian ini didukung oleh teori yang menyatakan bahwa pada kelompok umur termasuk dalam usia fase dewasa dini atau usia produktif memiliki daya ingat dan kemampuan berfikir masih berfokus dengan baik. Namun walaupun sebagian besar pengetahuan perawat setelah diberi pendidikan kesehatan metode demonstrasi sudah baik, tetapi masih ada sebagian kecil pengetahuan perawat tentang PMK dalam kategori kurang. Hal ini disebabkan karena perawat yang bertugas di ruang NICU yang ditunjukkan pada responden nomor 10, saat peneliti melakukan penelitian baru 1 bulan pindah ruangan dari ruang bayi ke ruang

NICU. Dengan demikian informasi yang diberikan belum sepenuhnya dipahami oleh perawat. Disamping itu walaupun masa kerja perawat sudah cukup lama, namun pengalaman ditempat baru masih minim akan mempengaruhi tingkat pemahaman dan persepsi perawat karena pemahaman informasi yang kurang juga akan mempengaruhi cara penalaran dan kemampuan perawat untuk mengambil keputusan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, sikap perawat sebelum diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi adalah sebagian kecil masih ada perawat yang mempunyai sikap negatif, sedangkan sikap perawat sesudah perlakuan seluruhnya mempunyai sikap yang positif dan tidak ada yang mempunyai sikap negatif.

Sikap seseorang akan muncul jika diawali dengan pengetahuan yang sedang diterimanya. Dengan pengetahuan yang memadai akan menentukan sikap seseorang untuk mengambil langkah atau berbuat. Sikap dan perilaku adalah bagian dari budaya. Kebudayaan adalah sikap perilaku serta cara berpikir orang yang terjadinya melalui proses belajar (Notoadmojo, 2007). Sikap adalah merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau obyek, Maulana (2009). Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau obyek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan, (Notoadmojo, 2010). Berdasarkan penelitian yang didapat, diketahui sikap perawat sebelum pendidikan kesehatan metode demonstrasi sebagian besar mempunyai sikap yang positif tentang PMK dan penelitian ini senada dengan penelitian yang dilakukan Indriani dengan judul pengetahuan dan sikap bidan tentang metode kanguru di

Kecamatan Sibiru-biru Kabupaten Deli Serdang tahun 2008 bahwa sebagian besar bidan memiliki sikap baik mengenai metode kanguru (85,79%). Walaupun sebagian besar sikap perawat positif tentang PMK, tetapi masih ada sebagian kecil perawat yang memiliki sikap negatif tentang PMK. Hal ini mungkin disebabkan dasar pengetahuan tentang, sehingga mereka tidak berani melakukan PMK dan ini sejalan dengan perkataan Maulana (2009) tentang tingkatan sikap berdasarkan intensitasnya dimana perawat masih dalam tingkatan menerima (*receiving*). Pada tingkatan ini individu ingin memperhatikan rangsangan stimulus yang diberikan. Disamping itu setelah diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi seluruhnya perawat memiliki sikap positif tentang PMK. Hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor pendidikan, masa kerja dan jenjang karir yang didapat, sehingga PMK dapat terlaksana dengan baik, karena pendidikan kesehatan metode demonstrasi yang diberikan peneliti dapat memberikan informasi dan wawasan baru terhadap perawat, sehingga dapat menggugah niat dan keinginan perawat untuk melaksanakan perawatan metode kanguru.

Pengaruh tindakan perawat sebelum pendidikan kesehatan metode demonstrasi adalah kurang dari setengahnya mempunyai tindakan dalam kategori kurang dan sebagian kecil tindakan dalam kategori cukup dan baik, sedangkan tindakan perawat sesudah pendidikan kesehatan metode demonstrasi didapatkan setengahnya mempunyai tindakan dalam kategori baik dan sebagian kecil tindakan dalam kategori cukup dan kurang.

Seseorang dalam bertindak memerlukan suatu ilmu atau pengetahuan, semakin baik atau semakin luas wawasan yang dimiliki seseorang maka orang

tersebut akan bersikap kemudian bertindak sesuai dengan ilmu yang dimiliki dan akan lebih berhati-hati. Pemberian pendidikan kesehatan metode demonstrasi akan memberikan pemahaman dan informasi serta gambaran suatu proses atau prosedur dengan benar dan jelas (Sunjaya, 2006). Menurut WHO (1954) tujuan pendidikan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat. Bila perilaku kesehatan tidak sesuai dengan prinsip kesehatan, maka dapat menyebabkan terjadinya gangguan terhadap kesehatan.

Menurut pendapat peneliti, sebelum dilakukan pendidikan kesehatan metode demonstrasi kurang dari setengahnya tindakan perawat tentang PMK dalam kategori kurang. Hal ini disebabkan, karena tidak adanya niat atau keinginan seseorang akan mempengaruhi perawat untuk tidak melakukan tindakan sesuai dengan prosedur yang ada seperti responden nomor 10 sampai nomor 12 memiliki sikap negatif sebelum diberikan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi. Selain itu pendidikan, masa kerja dan jenjang karir seseorang juga mempengaruhi untuk melakukan tindakan. Seseorang yang memiliki masa kerja sudah lama secara tidak langsung pengetahuan dan informasi yang didapat juga semakin banyak, sehingga akan mempengaruhi kesediaan seseorang untuk melakukan tindakan. Setelah diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi, tindakan perawat sebagian besar mengalami peningkatan yang bermakna. Beberapa hal yang mempengaruhi tindakan perawat untuk melaksanakan PMK diantaranya, perawat mendapatkan kejelasan informasi serta gambaran atau contoh prosedur tentang cara melakukan tindakan PMK sesuai dengan petunjuk observasi PMK yang ada.

Faktor lain evaluasi yang dilakukan peneliti, yaitu redemonstrasi pada akhir penelitian membuat perawat tertarik untuk melakukan tindakan ulang. Selain itu yang mendukung, yaitu adanya fasilitas untuk melakukan untuk persiapan PMK sudah ada di RSMKS seperti baju kanguru, boneka, serta leaflet sebagai alat peraga, sehingga hal ini memberi kemudahan responden untuk melakukan tindakan PMK. Hasil penelitian ini didukung dalam teori Green (1991) menyebutkan bahwa perilaku dipengaruhi oleh *Enabling factors*, yaitu sarana dan prasaran, atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Faktor lain yang juga berperan, metode demonstrasi merupakan stimulus yang dapat menimbulkan sikap positif dan keinginan untuk melakukan hal-hal yang dianggap baik, sehingga perawat mewujudkannya dengan melakukan tindakan sesuai dengan petunjuk observasi pelaksanaan PMK. Sedangkan sebagian kecil tindakan perawat tentang PMK masih ada yang kategorinya kurang setelah diberikan pendidikan kesehatan metode kanguru. Hal ini disebabkan karena perawat yang masa kerjanya di RSMKS lebih 10 tahun namun masa kerjanya di ruang NICU baru 2 bulan seperti responden nomor 10 yang awalnya sebagai perawat ruang bayi, akan mengalami kesulitan dalam mempersepsikan dan mengadopsi hal atau prosedur baru yang tidak pernah dikerjakan sebelumnya di ruang bayi. Selain itu faktor masa kerja perawat juga mempengaruhi tindakan PMK. Hal ini disebabkan karena masa kerja seseorang akan mempengaruhi ketrampilan proses seseorang.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut didapatkan ada pengaruh pendidikan kesehatan metode demonstrasi terhadap perilaku perawat tentang PMK pada BBLR di ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya.

Menurut Bloom (1908) dalam Notoadmojo (2007) membagi perilaku manusia ke dalam tiga domain, yaitu: kognitif, afektif dan psikomotor. Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Teori Green (1991) menyebutkan bahwa perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu: 1) *Predisposing factors* yang meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, nilai, tingkat sosial ekonomi dan tingkat pendidikan. 2) *Enabling factors*, yaitu sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. 3) *Reinforcing factors*, yaitu meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan dan juga dukungan serta tugas keluarga.

Pendidikan kesehatan merupakan usaha untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap dan ketrampilan untuk mencapai hidup sehat secara optimal. Pendidikan kesehatan metode demonstrasi berpengaruh terhadap perilaku perawat dalam penanganan PMK. Perubahan dalam PMK bisa terjadi karena perawat mengetahui dan mempunyai kesadaran serta keinginan atau niat untuk mau melakukan tindakan sesuai dengan petunjuk observasi perawatan metode kanguru. Setelah perawat mengetahui stimulus dari pendidikan kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, selanjutnya perawat diharapkan akan mampu melaksanakan, mempraktekkan atau memiliki kemampuan praktek terhadap apa yang diketahui dan disikapi. Keadaan yang dapat mempengaruhi praktik perilaku PMK adalah pengalaman yang didapat dari pemberian informasi dan demonstrasi. Semakin kontinyunya

seorang perawat mendapatkan informasi dengan metode demonstrasi, maka semakin baik perilakunya dalam memberikan pelayanan kesehatan khususnya dalam PMK.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dikemukakan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan metode demonstrasi terhadap perilaku perawat tentang perawatan metode kanguru (PMK) pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya.

6.1 Kesimpulan

1. Pengetahuan perawat NICU RSMKS tentang PMK sebagian besar mengalami peningkatan secara signifikan setelah diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi dan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti: umur perawat yang masih produktif, masa kerja diruang NICU dan pendidikan seseorang.
2. Sikap perawat NICU RSMKS tentang PMK seluruhnya mengalami peningkatan secara signifikan setelah diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi dan ini dipengaruhi oleh pendidikan, jenjang karir dan masa kerja seseorang yang dapat memberikan pengetahuan dan wawasan baru sehingga dapat menggugah niat dan kesediaan perawat untuk melakukan perubahan sikap.
3. Tindakan perawat NICU RSMKS tentang PMK sebagian besar mengalami peningkatan secara signifikan setelah diberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi dan ini dipengaruhi oleh pendidikan dan masa kerja

dan tersedianya fasilitas untuk PMK di NICU RSMKS, sehingga dapat memberi kemudahan perawat untuk melakukan tindakan..

6.2 Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan kepada instansi RSMKS untuk mengadakan dan melaksanakan PMK dengan metode demonstrasi sebagai program penyuluhan rumah sakit dan untuk meningkatkan sumber daya manusia dengan mengikutsertakan perawat dalam pelatihan PMK baik internal di RSMKS seperti pemberian penyegaran kembali tentang PMK dengan memanggil orang yang terlatih untuk member pelatihan PMK maupun external seperti pelatihan diluar RSMKS.

2. Bagi Perawat

Diharapkan metode demonstrasi tentang PMK terus dilakukan oleh perawat supaya dapat meningkatkan kualitas pengetahuan dan wawasannya, sehingga ilmu tersebut dapat ditransformasikan dan diterapkan untuk memberikan pendidikan kesehatan pada ibu BBLR .

3. Bagi peneliti

Bagi peneliti diharapkan sebagai tindak lanjut dari penelitian lanjutan mengenai variabel-variabel lain dari faktor pembentuk perilaku baik faktor predisposisi, pendukung dan pendorong yang mungkin berpengaruh terhadap PMK seperti halnya faktor tradisi atau kelengkapan sarana terhadap PMK.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Hidayat, A 2003, *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*, Salemba Medika, Jakarta.
- Arikunto, 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Azwar, S 2010, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Pustaka Belajar, Yogyakarta.
- Bahdin Nur,T, dan Ardial 2010, *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah (Proposal, Skripsi, dan Tesis)*, Prenada Media Group, Jakarta.
- Bill & Melinda Gates Foundations 2004, *Kangaroo Mother Care Clinical Gidelines*, KMC India Network, America.
- Damanik, S 2003, *Penatalaksanaan Bayi Berat Lahir Rendah*, Perkani, Surabaya.
- Departemen Kesehatan 2009, *Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat lahir Rendah (BBLR) dengan Perawatan Metode Kanguru di Rumah Sakit dan Jejaringnya*, Depertemen Kesehatan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan, 2008, *Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan Metode Kanguru*, Departemen Kesehatan.
- Green, L 1991, *Health Promotion Planning : an Educational and Environment Approach*, Mayfield Publishing Company, America
- Nursalam, 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian*, Salemba, Jakarta.
- Notoadmojo, S 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoadmojo, S 2007, *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Machfoedz, I 2005, *Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan*, Fitramaya, Yogyakarta.
- Makhfudli, Effendi F 2009, *Keperawatan Kesehatan Komunitas*, Salemba Medika, Jakarta.
- Maulana, H 2009, *Promosi Kesehatan*, EGC, Jakarta.
- Perinasia, 2001, *Perawatan Metode Kanguru*, Perkumpulan Perinatologi Indonesia, Jakarta.
- Priya, 2004, *Kangaroo Care for Low Birt Weight Babies Nursing Journal of India*, Vol 95 No. 9.

- Proverawati & Ismawati, R 2010, *Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Potter & Perry, 2010, *Fundamental Keperawatan*, Buku1, Edisi 7, Salemba Medika, Jakarta.
- PSIK, 2009, *Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*, FKp Unair, Surabaya.
- Sudarti & Khoirunnisa',E 2010, *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*, Nula Medika, Yogyakarta.
- Sagala, 2006, *Konsep dan Makna Pembelajaran*, Alfabeta, Bandung.
- Sanjaya, 2006, *Strategi Pembelajaran*, Kencana Prenada Media, Jakarta.
- Suliha, 2002, *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*, EGC, Jakarta.
- Shetty,A 2007, *Kangaroo Mother Care. Nursing Journal of India*, 98(11), 249-50. Retrieved 2012, from Proquest health and medical complete.
- Surasmi, A 2003, *Perawatan Bayi Resiko Tinggi*, ECG, Jakarta.
- Suradi, 2000. *Metode kanguru sebagai pengganti inkubator untuk bayi berat lahir rendah dan Perawatan Bayi Lahir Rendah dengan Metode Kanguru*, Sari Pediatri, Vol.2, No.1, Juni 2000: 29-35, Jakarta.
- Suriviana, (2009), *Metode kanguru untuk Merawat bayi Prematur*, online ([HTTP://Belajarsehari.Wordpress.Com/2009/04/19/Posisi-Kanguru](http://Belajarsehari.Wordpress.Com/2009/04/19/Posisi-Kanguru) diakses 2012)
- Usman, A 2008, *Buku Ajar Neonatologi*, EGC, Jakarta.
- Wawan, A 2010, *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*, Nuha Medika, Jakarta
- WHO, 2008, *Pelayanan Kesehatan Anak Di Rumah Sakit*, WHO Indonesia, Jakarta.
- WHO, 2003, *Thermal Protection Of The New Born: a Practical Guide*, Geneva.

LAMPIRAN

Lampiran 1



UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Nomor : 3432/H3.1.12/PPd/2012 5 Desember 2012
Lampiran : -
Perihal : Permohonan bantuan fasilitas
untuk pengambilan data

Yth.
Direktur RS. Mitra Keluarga
Jl. Darmo Salek Indah II
Surabaya.

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami, guna memperoleh informasi sebagai data penyusunan proposal penelitian.
Adapun mahasiswa kami tersebut :

Nama : Prihatin
N I M : 131111158
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi
Terhadap Perilaku Perawat Tentang Perawatan Pada Bayi
Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Ruang NICU RSMK Surabaya

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Ptt. Wakil Dekan I,

Mira Trihanni, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

Tembusan :
Yth. Wakil Direktur Keperawatan
RS Mitra Keluarga
Surabaya

Lampiran 2



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Nomor : 256 /UN3.1.12/PPd/2013
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : Permohonan bantuan fasilitas Penelitian

25 Januari 2013

Yth. :
Direktur RS. Mitra Keluarga
Jl. Darmo Satelit Indah II
Surabaya.

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian dalam rangka tugas akhir bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Saudara memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami, untuk memperoleh data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan (proposal penelitian terlampir). Adapun mahasiswa kami tersebut :

Nama : Prihatin
NIM : 131111158
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi Terhadap Perilaku Perawat Tentang Perawatan Metode Kanguru Pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Ruang NICU RSMK Surabaya.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I,

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242008042002

Tembusan:
Yth. Wakil Direktur Keperawatan
RS. Mitra Keluarga
Surabaya.

Lampiran 3

**RS MITRA KELUARGA**

Surabaya : 25 Januari 2013
 No : 161/Dir/RSMKS/I/2013
 Hal : Jawaban Persetujuan Penelitian

Kepada Yth :
 DEKAN FAKULTAS KEPERAWATAN
 UNIVERSITAS AIRLANGGA
 Surabaya

Dengan hormat,

Menjawab surat permohonan NO: 256/UN3.1/12PPd/2013 tanggal 25 Januari 2013 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini kami memberitahukan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui dan mengizinkan kepada mahasiswa saudara yaitu:

Nama : PRIHATIN
 NIM : 131111158
 Judul Skripsi : "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metode Kanguru pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya"

Untuk melaksanakan penelitian mulai tanggal 25 sampai 29 Januari 2013 di RS. Mitra Keluarga Surabaya dengan ketentuan selama melaksanakan penelitian maupun apabila mahasiswa saudara membutuhkan data rekam medis yang terkait dengan penelitiannya maka kepada mahasiswa saudara harus mematuhi peraturan yang berlaku di RS. Mitra Keluarga Surabaya.

Untuk pelaksanaan selanjutnya kepada mahasiswa saudara kami minta untuk berkoordinasi dengan Wakil Direktur RS. Mitra Keluarga Surabaya yang kami tunjuk selaku penanggung jawabnya.

Hormat kami,

dr. Anastasia W. Jefuna
 Direktur

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Wakil Direktur Keperawatan RSMK Surabaya

RS Mitra Keluarga Surabaya
 Gedung RS Mitra Keluarga Surabaya
 Jl. Raya Gubeng No. 101, Surabaya 60131
 Telp. (031) 8463100, Fax. (031) 8463101
 E-mail: info@mitrakeluarga.com

Lampiran 4**Permohonan Responden****Kepada****Yth. Bapak/Ibu****Di****Tempat****Dengan hormat,**

Saya mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner atau pertanyaan yang terlampir dengan sejujur-jujurnya dalam penelitian ini dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metode Kanguru pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya”. Data ini saya gunakan untuk penelitian guna menyelesaikan tugas skripsi Program Sarjana Ilmu Keperawatan. Semua data dalam kuesioner bersama jawaban yang Bapak/Ibu tuliskan akan terjamin kerahasiaannya dan tidak berakibat apapun bagi Bapak/Ibu.

Demikian permohonan ini saya buat. Atas kesediaan saudara berikan, saya ucapkan terimakasih.

Surabaya, Desember 2012**Hormat saya,****Prihatin**

Lampiran 5

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Judul penelitian: "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi terhadap Perilaku Perawat tentang Perawatan Metode kanguru pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya".

No. Responden :

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi kuesioner yang telah diberikan oleh peneliti. Sebelumnya telah dijelaskan tentang tujuan penelitian ini dan saya mengerti bahwa peneliti mengambil data dan informasi yang telah saya berikan.

Demikian secara sadar dan sukarela serta tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Surabaya, Desember 2012

Responden

Lampiran 6

ANGKET PENELITIAN UNTUK PERAWAT

A. Karakteristik Responden

1. N a m a : _____
2. U m u r : Tahun
3. Jenjang Karir : _____
4. Pendidikan terakhir : _____
5. Masa kerja : Tahun
6. Tanda tangan : _____
7. Pelatihan yang pernah diikuti : _____

B. Petunjuk Pengisian.

1. Mohon bantuan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dengan jujur.
2. Berilah tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang menurut saudara paling benar
3. Berilah tanda centang (√) pada kolom yang disediakan
 - SS : Sangat Setuju (4)
 - S : Setuju (3)
 - E : Entahlah (2)
 - TS : Tidak Setuju (1)
 - STS : Sangat Tidak Setuju (0)

Lampiran 6

ANGKET PENELITIAN UNTUK PERAWAT

A. Karakteristik Responden

1. Nama :
2. Umur : Tahun
3. Jenjang Karir :
4. Pendidikan terakhir :
5. Masa kerja : Tahun
6. Tanda tangan :
7. Pelatihan yang pernah diikuti :

B. Petunjuk Pengisian.

1. Mohon bantuan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dengan jujur.
2. Berilah tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang menurut saudara paling benar
3. Berilah tanda centang (√) pada kolom yang disediakan
 - SS : Sangat Setuju (4)
 - S : Setuju (3)
 - E : Entahlah (2)
 - TS : Tidak Setuju (1)
 - STS : Sangat Tidak Setuju (0)

I. Petunjuk :

Petunjuk: berilah tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang menurut saudara paling benar

Kuesioner pengetahuan perawat tentang perawatan metode kanguru

1. Apa yang dimaksud dengan metode kanguru
 - a. Metode sentuhan kulit ke kulit
 - b. Metode penghangat inkubator
 - c. Metode sentuhan pakaian
2. Metode kanguru merupakan metode perawatan bayi BBLR untuk mencegah
 - a. Asfiksia
 - b. Hipotermi
 - c. Gawat nafas
3. Salah satu kriteria perawatan metode kanguru adalah
 - a. Bayi dengan berat lahir kurang dari 3000 gram
 - b. Bayi BBLR dengan tidak ada kelainan
 - c. Suhu tubuh bayi yang tidak stabil
4. Perawatan metode kanguru dilakukan dengan cara
 - a. Meletakkan bayi di dada ibu dengan posisi tegak langsung ke kulit ibu
 - b. Meletakkan bayi di perut ibu dengan posisi tegak langsung ke kulit ibu
 - c. Meletakkan bayi di atas kasur dengan dibungkus kain tebal
5. Di bawah ini yang merupakan keuntungan dari perawatan metode kanguru adalah :
 - a. Menstabilkan suhu tubuh bayi, denyut jantung dan pernafasan bayi
 - b. Bayi menangis lebih lama dan tidur bayi hanya sebentar

- c. Meningkatkan kortisol bayi karena bayi akan stres dengan PMK
6. Kapan batas penggunaan perawatan metode kanguru dilakukan
 - a. Setelah berat badan bayi mencapai 2500 gram dan bayi sudah merasa tidak nyaman.
 - b. Suhu tubuh belum stabil masih naik turun
 - c. Bayi masih sering apnea.
7. Di bawah ini yang perlu diperhatikan sebelum melakukan perawatan metode kanguru
 - a. Membersihkan tangan dan kuku
 - b. Ibu boleh memakai BH dan pakaian dalam.
 - c. Ibu atau pengganti ibu tidak perlu mandi.
8. Perawatan metode kanguru dapat digunakan sebagai pengganti
 - a. Pengganti inkubator
 - b. Pengganti nutrisi
 - c. Pengganti oksigen bayi
9. Dibawah ini merupakan syarat pemulangan bayi yang dilakukan perawatan metode kanguru
 - a. Bayi malas minum
 - b. Berat badan bayi selalu bertambah sekurang-kurangnya 15g/hari dalam tiga hari berturut
 - c. Bayi masih sering *apnea*
10. Waktu yang tepat untuk pelaksanaan PMK
 - a. Intermitten selama 24 jam
 - b. Kontinue selama 24 jam

- c. Intermitten dan kontinue selama 1 jam
11. Siapa saja yang boleh melakukan perawatan metode kanguru
- a. Ibu
 - b. Ayah
 - c. Semua benar
12. Di bawah ini merupakan fasilitas yang digunakan untuk perawatan metode kanguru
- a. Thermometer yang dapat membaca suhu rendah
 - b. Timbangan dacin
 - c. Baju tidur

II. Petunjuk :

Petunjuk: berilah tanda centang (√) pada kolom yang disediakan

SS : Sangat Setuju (4)

S : Setuju (3)

E : Entahlah (2)

TS : Tidak Setuju (1)

STS : Sangat Tidak Setuju (0)

Kuesioner Sikap perawat tentang perawatan metode kanguru (PMK)

No.	Pertanyaan	SS	S	E	TS	STS
1.	Saya akan menganjurkan ibu melakukan perawatan metode kanguru pada BBLR karena PMK dapat memberikan kehangatan sebagai alternatif pengganti inkubator.					
2.	Saya akan selalu menyarankan pada ibu bila akan melakukan perawatan metode kanguru bayi perlu diberikan topi, baju dan popok, sedangkan ibu menggunakan pakaian dan BH, karena bila bayi dan ibu tidak memakai baju bayi akan kedinginan.					
3.	Saya akan menganjurkan ibu melakukan perawatan BBLR dengan perawatan metode kanguru karena sentuhan kulit ibu atau pengganti ibu dapat memberikan kehangatan sehingga bayi tidak mudah kedinginan.					
4.	Saya akan menyarankan pada ibu untuk menerapkan perawatan metode kanguru IX saja dalam sehari karena bila terlalu sering dilakukan akan menambah pekerjaan.					
5.	Perawatan metode kanguru pada BBLR akan membuat bayi merasa tidak nyaman dan mengganggu tidur bayi, karena bayi harus ditelanjangi tidak pakai baju hanya diberi popok dan topi, sehingga PMK tidak saya anjurkan					

	untuk diterapkan pada ibu BBLR					
6.	Saya akan menganjurkan pada ibu untuk melakukan perawatan metode kanguru dirumah sakit saja karena kalau di rumah ibu tidak bisa melakukan pemantauan pada bayinya.					
7.	Saya tidak keberatan membantu ibu untuk melakukan perawatan metode kanguru pada BBLR, karena sentuhan kulit ibu dan bayi dapat menurunkan kortisol pada bayi sehingga mengurangi stres bayi.					
8.	Ibu akan selalu saya anjurkan untuk menerapkan perawatan metode kanguru pada BBLR di rumah sakit maupun di rumah karena PMK selain murah dan menurunkan infeksi nosokomial, dapat meningkatkan bonding antara ibu dan bayinya.					
9.	Jika hendak melakukan perawatan metode kanguru saya akan anjurkan ibu memandikan bayi terlebih dahulu, karena bila tidak mandi bayi akan tampak kotor.					
10.	Ibu akan selalu saya motivasi melakukan perawatan metode kanguru karena ibu akan mudah memberikan ASI dan menumbuhkan rasa percaya diri ibu.					

Lampiran 8

LEMBAR PETUNJUK OBSERVASI PERAWATAN METODE KANGURU (PMK)

No. Responden :

NO	Prosedur	Ya	Tidak
I.	Persiapan alat		
	1. Baju kanguru		
	2. Kapas puting yang sudah dibasahi air hangat		
	3. Topi bayi		
	4. Popok bayi		
	5. Termometer bayi		
	6. Stetoskop		
II.	Persiapan ibu untuk PMK		
	1. Pastikan ibu/pengganti ibu sudah siap dan mampu untuk menerima perawatan metode kanguru		
	2. Pastikan ibu/pengganti ibu sudah diberi penjelasan tentang pentingnya perawatan metode kanguru		
III.	Persiapan bayi untuk PMK		
	1. Pastikan bayi sudah dalam kondisi stabil tanpa atau dalam arti secara patologis sudah teratasi		
	2. Pastikan bayi sudah mampu menghisap dan minum susu		
	3. Pastikan respon bayi terhadap rangsangan baik		
	4. Pastikan bayi sudah tidak memakai infus atau memakai infus tapi tidak jauh dari pelaksanaan PMK		
IV.	Pelaksanaan PMK		
	1. Perawat cuci tangan sebelum melakukan tindakan		
	2. Observasi tanda-tanda vital meliputi: suhu tubuh, pernafasan dan denyut jantung bayi.		
	3. Anjurkan ibu/pengganti ibu untuk cuci tangan dulu sebelum memegang bayi dan pastikan kuku dan tangan ibu sudah bersih		
	4. Anjurkan ibu/pengganti ibu untuk membersihkan daerah dada dan perut (puting ibu dibersihkan dulu dengan kapas yang sudah dibasahi air hangat dan untuk pengganti ibu mandi dulu sebelum melaksanakan PMK		
	5. Anjurkan ibu/pengganti ibu yang akan melakukan PMK untuk melepaskan baju dalam		
	6. Lepaskan pakaian bayi, kenakan popok bayi, kaos kaki dan topi atau tutup kepala bayi		
	7. Pegang dan posisikan bayi dengan posisi didada ibu diantara kedua payudara dan bayi dalam dekapan ibu dengan posisi tegak dengan kepala miring ke satu sisi arah kanan atau kiri		

	8. Tutupi bayi dengan menggunakan baju kanguru, yaitu bayi difiksasi dengan baju yang berujung dua dan mempunyai 3 kancing pada bagian atasnya, seperti menggendong bayi kemudian kedua ujung bagian atas tersebut dikancingkan sesuai ukuran badan ibu dan bayi		
	9. Anjurkan ibu untuk menyusui bayi sambil digendong		
	10. Anjurkan ibu untuk membersihkan bayi dengan kapas yang dibasahi air hangat bila BAB/BAK atau ganti popok bila kotor atau basah		
	11. Monitor tanda-tanda vital (suhu, denyut jantung dan pernafasan bayi) 1 jam setelah pelaksanaan PMK		
	12. Amati kondisi kesehatan atau tanda-tanda bahaya secara umum (gerakan spontan apakah bayi aktif atau lesu, warna kulit seperti kebiruan pada tubuh bayi, tonus otot lemah atau kuat dan berat badan bayi apakah tetap naik)		
	13. Bila pelaksanaan PMK sudah selesai bantu ibu untuk mengeluarkan bayi dari baju kanguru, kemudian bayi diberi pakaian, popok dan dibungkus dengan bedong		
	14. Rapihan kembali alat-alat yang sudah dipakai untuk pelaksanaan PMK		
	15. Anjurkan ibu untuk merapihan pakaiannya kembali dan cuci tangan		
	16. perawat cuci tangan		

Lampiran 8

TABULASI KARAKTERISTIK RESPONDEN

NO. RES	KODE						
	UMUR	STATUS KEPEGAWAIAN	JENJANG KARIR	PENDIDIKAN	MASA KERJA	PELATIHAN	
						NLS	PMK
1.	2	1	2	1	3	1	-
2.	2	1	2	1	3	1	-
3.	2	1	2	1	3	1	-
4.	2	1	1	1	2	1	-
5.	2	1	1	1	2	1	-
6.	2	1	1	1	2	1	-
7.	2	1	1	2	2	1	-
8.	2	1	-	1	1	-	-
9.	2	1	-	2	1	-	-
10.	3	1	3	1	3	1	-
11.	2	1	1	1	2	1	-
12.	2	2	-	1	11	-	-

Keterangan Kode :

Umur :
 1= < 20 tahun
 2= 21-30 tahun
 3= 31-40 tahun

Status Kepegawaian :
 1= Tenaga Tetap
 2= Tenaga Kontrak
 3= Tenaga Magang

Jenjang Karir :
 1= Pemula I
 2= Pemula II
 3= Pemula III
 4= Madya
 5= Senior

Pendidikan :
 1= D III
 2= S I

Masa Kerja :
 1= < 2 tahun
 2= 2-5 tahun
 3= 5-10 tahun
 4= >10 tahun

Pelatihan :
 1= NLS (*Neonatus Life support*)
 2= Perawatan Metode Kanguru

TABULASI DATA PENGETAHUAN

No	Pre Test												Total	Prosentase	Kode	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100.00	3	Baik
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100.00	3	Baik
3	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	66.67	2	Cukup
4	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	7	58.33	2	Cukup
5	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	8	66.67	2	Cukup
6	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	7	58.33	2	Cukup
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	8	66.67	2	Cukup
8	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	50.00	1	Kurang
9	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	7	58.33	2	Cukup
10	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	7	58.33	2	Cukup
11	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	6	50.00	1	Kurang
12	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	6	50.00	1	Kurang
Total	5	4	4	5	5	3	3	4	2	4	4	4	47	391.67		

No	Post Test												Total	Prosentase	Kode	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100.00	3	Baik
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100.00	3	Baik
3	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	10	83.33	3	Baik
4	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	75.00	2	Cukup
5	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	9	75.00	2	Cukup
6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	9	75.00	2	Cukup
7	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	9	75.00	2	Cukup
8	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	9	75.00	2	Cukup
9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	8	66.67	2	Cukup
10	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	6	50.00	1	Kurang
11	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	9	75.00	2	Cukup
12	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	8	66.67	2	Cukup
Total	8	9	8	8	8	7	4	8	7	7	5	7	86	716.67		

No	Pre Test										Total	T	Kriteria
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1	3	3	4	4	3	4	2	4	3	3	33	60.36	Sikap Positif
2	3	3	4	3	3	3	2	4	3	3	31	54.44	Sikap Positif
3	3	4	3	3	2	3	4	3	4	2	31	54.44	Sikap Positif
4	4	3	3	4	3	3	2	3	3	2	30	51.48	Sikap Positif
5	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	24	33.73	Sikap Negatif
6	4	3	3	3	3	3	2	2	3	3	29	48.52	Sikap Positif
7	3	3	2	4	2	3	3	2	3	3	28	45.56	Sikap Positif
8	2	3	4	2	2	4	2	3	4	4	30	51.48	Sikap Positif
9	2	2	2	2	2	4	3	3	3	4	27	42.60	Sikap Positif
10	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	24	33.73	Sikap Negatif
11	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	23	30.77	Sikap Negatif
12	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	24	33.73	Sikap Negatif
Total	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	24		
											Mean	27.83	
											Standar Deviasi	3.38	

No	Post Test										Total	Prosentase	Kriteria
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	39	71.98	Sikap Positif
2	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	36	56.75	Sikap Positif
3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	36	56.75	Sikap Positif
4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	35	51.68	Sikap Positif
5	4	3	4	3	3	4	4	3	4	3	35	51.68	Sikap Positif
6	4	3	4	3	3	3	4	3	4	4	35	51.68	Sikap Positif
7	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	33	41.52	Sikap Positif
8	4	4	3	3	4	3	3	3	4	4	35	51.68	Sikap Positif
9	4	3	3	4	3	3	3	4	3	4	34	46.60	Sikap Positif
10	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	33	41.52	Sikap Positif
11	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	33	41.52	Sikap Positif
12	4	4	3	4	3	3	3	4	2	4	34	46.60	Sikap Positif
	40	37	35	39	37	39	38	37	38	39	379		
											Mean	34.83	
											Standar Deviasi	1.70	

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

TABULASI DATA TINDAKAN

No	Pre Test																												Total	Prosentase	Kode	Kategori
	Persiapan Alat						Persiapan Ibu		Persiapan Bayi				Pelaksanaan PMK																			
	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				
1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	89.29	3	Baik
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	27	96.43	3	Baik
3	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	78.57	3	Baik	
4	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	18	64.29	2	Cukup	
5	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	23	82.14	3	Baik	
6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	18	64.29	2	Cukup	
7	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	19	67.86	2	Cukup	
8	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	15	53.57	1	Kurang	
9	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	15	53.57	1	Kurang	
10	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	12	42.86	1	Kurang	
11	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	14	50.00	1	Kurang	
12	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	13	46.43	1	Kurang	
Total	6	9	7	8	8	7	6	9	12	12	12	12	6	5	6	8	7	10	5	11	4	10	6	8	6	8	5	8	221	789.29		

No	Post Test																												Total	Prosentase	Kode	Kategori
	Persiapan Alat						Persiapan Ibu		Persiapan Bayi				Pelaksanaan PMK																			
	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	27	96.43	3	Baik
2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	89.29	3	Baik
3	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	82.14	3	Baik	
4	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	22	78.57	3	Baik	
5	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	23	82.14	3	Baik	
6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	21	75.00	2	Cukup	
7	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	23	82.14	3	Baik	
8	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	20	71.43	2	Cukup	
9	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	21	75.00	2	Cukup	
10	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	12	42.86	1	Kurang	
11	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	19	67.86	2	Cukup	
12	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	15	53.57	1	Kurang	
Total	5	9	8	9	9	7	5	8	11	11	11	11	8	8	5	8	7	9	6	10	8	9	7	7	5	7	7	9	224	800.00		

Lampiran 10

**PENGARUH PENGETAHUAN SEBELUM DAN SESUDAH METODE
DEMONSTRASI DENGAN UJI WILCOXON**

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre	12	7.83	2.082	6	12
post	12	9.17	1.642	6	12

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00
	Ties	4 ^c		
	Total	12		

a. post < pre

b. post > pre

c. post = pre

Test Statistics^b

	post - pre
Z	-2.558 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**PENGARUH SIKAP SEBELUM DAN SESUDAH METODE DEMONSTRASI
DENGAN UJI WILCOXON**

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre	12	27.83	3.380	23	33
post	12	34.83	1.697	33	39

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	11 ^b	6.00	66.00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		

a. post < pre

b. post > pre

c. post = pre

Test Statistics^b

	post - pre
Z	-2.955 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**PENGARUH TINDAKAN SEBELUM DAN SESUDAH METODE
DEMONSTRASI DENGAN UJI WILCOXON**

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre	12	18.42	4.907	12	27
post	12	20.92	4.122	12	27

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Positive Ranks	7 ^b	4.00	28.00
Ties	5 ^c		
Total	12		

a. post < pre

b. post > pre

c. post = pre

Test Statistics^b

	post - pre
Z	-2.375 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.018

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 11**SATUAN ACARA PENYULUHAN PERAWATAN METODE KANGURU (PMK)****I. Identifikasi Masalah**

Perawatan Metode Kanguru (PMK) selain memberikan kehangatan pada bayi, dapat mencegah infeksi nosokomial dan meningkatkan produksi ASI sehingga berat badan bayi cepat bertambah serta memberi ikatan emosional antara ibu dengan bayinya (Proverawati & Ismawati, 2010). Di Indonesia belum semua rumah sakit menerapkan PMK sebagai protokol tetap (protap) perawatan di rumah sakit, salah satu diantaranya yang sudah menerapkan PMK sebagai protap untuk perawatan BBLR adalah rumah sakit Dr. Soetomo Surabaya dan RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta. Protap perawatan PMK dilaksanakan perawat dalam rangka perawat menjalankan fungsinya sebagai edukator. Perawat sebagai edukator berfungsi membantu pasien dalam meningkatkan pengetahuan. Pengetahuan yang meningkat dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku (Perry & Potter, 2010). Perubahan perilaku kesehatan dapat dilakukan salah satunya melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan tentang PMK yang dipengaruhi oleh perilaku perawat selanjutnya dapat digunakan sebagai bekal untuk memberikan pendidikan kesehatan pada ibu BBLR tentang PMK.

II. Pengantar

1. Topik : Penyuluhan Perawatan Metode Kanguru (PMK)
2. Sub topik : Perawatan Metode Kanguru
3. Tempat : Ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya
4. Waktu : 30 menit
5. Sasaran : Perawat NICU
6. Pelaksanaan : Tanggal 27 sampai 28 Januari 2013
7. Penyuluh : Zr.P

III. Tujuan

Tujuan umum : Menjelaskan kepada perawat NICU tentang PMK.

- Tujuan khusus :

- Perawat NICU mengerti tentang PMK.
- Perawat NICU mengerti manfaat PMK.
- Perawat NICU mengerti waktu untuk PMK
- Perawat NiCU mengerti komponen PMK.
- Perawat NICU mengerti fasilitas untuk PMK.
- Perawat NICU mengerti pelaksanaan PMK.

IV. Materi

Terlampir

V. Media dan metode

Metode : demonstrasi

Media : - materi SAP

- laptop

VI. Kegiatan pembelajaran

Waktu	Materi penyuluhan	Kegiatan	
		Penyuluh	Perawat
2 menit	Pendahuluan	1. Memberi salam 2. Menjelaskan tujuan penyuluhan PMK 3. Menyebutkan materi pokok/bahasan penyuluhan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan
10 menit	Kegiatan inti	Memberikan materi tentang : 1. Pengertian PMK 2. Manfaat PMK 3. Kriteria pelaksanaan PMK 4. Waktu pelaksanaan PMK 5. Komponen PMK 6. Fasilitas dan peralatan PMK 7. Pelaksanaan PMK	1. Mendengarkan 2. Melihat
3 menit	Petutup	1. Memberikan kesempatan bertanya 2. Menjawab pertanyaan 3. Membuat kesimpulan	1. Menanyakan hal yang tidak jelas 2. Mendengarkan

VII. Evaluasi

Metode : tanya jawab, *post test*

Jenis pertanyaan :

1. Apa yang dimaksud dengan Perawatan Metode Kanguru?
2. Apa Manfaat dari tindakan perawatan metode kanguru?
3. Pengisian Kuisisioner *post test*.

VIII. Lampiran materi

Materi SAP tentang perawatan metode kanguru adalah :

1. Pengertian Perawatan Metode Kanguru

Perawatan metode kanguru (PMK) adalah perawatan bayi baru lahir dengan melekatkan bayi di dada ibu (kontak kulit bayi dan kulit ibu) sehingga suhu tubuh bayi tetap hangat (Proverawati & Ismawati, 2010).

2. Manfaat perawatan metode kanguru

Untuk mempelajari manfaat dan penerapan PMK sebaiknya diketahui tentang proses kehilangan panas pada bayi baru lahir yaitu : 1) Evaporasi merupakan proses kehilangan panas melalui proses penguapan dari kulit yang basah. 2) Radiasi meliputi kehilangan panas melalui pemancaran panas dari tubuh bayi ke lingkungan sekitar yang lebih dingin. 3) Konduksi yaitu cara kehilangan panas melalui persinggungan dengan benda yang lebih dingin misalnya ditimbang pada alat timbangan logam tanpa alas. 4) Konveksi yaitu kehilangan panas melalui aliran udara. Hal ini misalnya terjadi pada bayi baru lahir diletakkan di dekat jendela atau pintu yang terbuka maka akan ada aliran udara luar (yang mungkin lebih dingin) yang akan berpengaruh pada suhu bayi (hukum Boyle). Pada penelitian yang dilakukan oleh Usman dkk (1996), menyatakan bahwa kemampuan mempertahankan suhu serta kenaikan berat badan pada BBLR yang dilakukan PMK menunjukkan hasil yang lebih baik. Oleh karena itu, PMK sangat berguna dalam pencegahan hipotermia pada perawatan BBLR di rumah.

Manfaat PMK adalah sebagai berikut :

- 1) Manfaat PMK bagi bayi (Depkes, 2008), adalah :
 - (1) Bayi tetap hangat dan kehangatan tetap terjaga (termoregulasi) yaitu $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$
 - (2) Stabilisasi laju denyut jantung dan frekwensi pernafasan menjadi teratur
 - (3) ASI selalu tersedia dan mudah didapatkan sehingga memperkuat sistem imun bayi karena meningkatkan produksi ASI.
 - (4) Kontak dengan ibu menyebabkan efek yang menenangkan sehingga menurunkan stres ditandai dengan kadar kortisol yang rendah
 - (5) Meningkatkan berat badan lebih cepat
 - (6) Meningkatkan hubungan lekat bayi dan ibu
 - (7) Waktu tidur bayi lebih lama yang antara lain ditandai dengan jumlah waktu terbangun yang lebih rendah
 - (8) Menurunkan infeksi nosokomial
 - (9) Memperpendek masa rawat
 - (10) Menurunkan resiko kematian dini pada bayi
 - (11) Memperbaiki pertumbuhan pada bayi BBLR
 - (12) Dapat menjadi intervensi yang baik dalam menangani kolik
 - (13) Waktu pemulihan lebih singkat pada PMK yang secara klinis penting dalam mempertahankan homeostasis
- 2) Manfaat PMK bagi ibu menurut Bergman & Hann (2001) dalam Depkes (2008) manfaat PMK bagi ibu adalah sebagai berikut :
 - (1) Mempermudah pemberian ASI
 - (2) Ibu lebih percaya diri
 - (3) Meningkatkan peran ibu dalam merawat bayi
 - (4) Hubungan lekat lebih baik, meningkatkan bonding ibu dan bayi Ibu lebih sayang
 - (5) Pengaruh psikologis, mengurangi stres ibu, meningkatkan ketenangan ibu dan keluarga

(6) Pada penelitian lain juga melaporkan adanya peningkatan produksi ASI, peningkatan lama menyusui dan kesuksesan dalam menyusui Mohrbachen & Stock (2003) dalam Depkes (2008)

3) Manfaat PMK bagi ayah

- (1) Ayah memainkan peranan yang lebih besar dalam perawatan bayinya
- (2) Meningkatkan hubungan antara ayah dan bayinya, terutama berperan penting di negara dengan tingkat kekerasan pada anak yang tinggi (Depkes, 2008)

4) Manfaat PMK bagi petugas kesehatan

Bagi petugas kesehatan paling sedikit akan bermanfaat dari segi efisiensi tenaga karena ibu lebih banyak merawat bayinya sendiri. Dengan demikian beban kerja petugas akan berkurang. Bahkan petugas dapat melakukan tugas lain yang memerlukan perhatian petugas misalnya pemeriksaan lain atau kegawatan pada bayi maupun memberikan dukungan kepada ibu dalam menerapkan PMK (Depkes, 2008).

5) Manfaat PMK bagi institusi, klinis, rumah sakit

Sedikitnya ada 3 manfaat bagi fasilitas pelayanan dengan penerapan PMK yaitu lama perawatan lebih pendek sehingga cepat pulang dari fasilitas kesehatan. Dengan demikian, tempat tersebut dapat digunakan bagi klien lain yang memerlukan. Manfaat lain yang dikemukakan adalah pengurangan penggunaan fasilitas (listrik, inkubator, alat cangkih lain), sehingga dapat membantu efisiensi anggaran (Depkes, 2008)

6) Manfaat PMK bagi negara

Karena penggunaan ASI meningkat, maka dapat menghemat devisa (import susu formula). Peningkatan pemanfaatan ASI. memungkinkan bayi sakit lebih kecil dan ini tentunya menghemat biaya perawatan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan pemerintah atau swasta (Depkes, 2008).

3. Kriteria Pelaksanaan PMK

Pada umumnya bayi BBLR yang memenuhi kriteria untuk dilakukan PMK menurut Depkes, 2008 adalah sebagai berikut :

- 1) Bayi BBLR berat lahir < 1800 gram, tidak ada kegawatan pernafasan dan sirkulasi, tidak ada kelainan kongenital yang lebih berat dan mampu bernafas sendiri. Apabila BBLR masih memerlukan pemantauan kardiopulmonal, oksimetri, pemberian oksigen atau *Continous Positive Airway Pressure* (CPAP), infus intravena dan pemantauan lain, hal tersebut tidak mencegah pelaksanaan PMK. Bahkan pada kenyataannya, bayi dengan PMK cenderung jarang mengalami *apnea* dan bradikardia serta kebutuhan oksigen relatif stabil.
- 2) Bayi BBLR berat lahir > 1800 gram (usia kehamilan > 34 minggu atau lebih) umumnya lebih stabil dan sedikit mengalami masalah pemantauan misalnya henti nafas. Permasalahan tersebut dapat meningkat hingga menjadi permasalahan serius pada sekelompok kecil bayi sehingga memerlukan perawatan di unit khusus. Meskipun demikian, pada sebagian besar kasus PMK dapat segera dilakukan setelah bayi lahir.
- 3) Bayi dengan berat lahir antara 1200-1799 gram (usia kehamilan 28-32 minggu), berbagai permasalahan prematuritas sering terjadi, misalnya sindrom gangguan nafas. Kasus ini diperlukan perawatan khusus sedini mungkin. Persalinan sebaiknya dilakukan dengan penataan fasilitas baik yang dapat menyediakan perawatan yang dibutuhkan. Bila persalinan terjadi pada tempat selain diatas, bayi harus dirujuk segera setelah bayi lahir dan sebaiknya bersama ibunya. Salah satu cara terbaik merujuk bayi kecil adalah menjaga bayi dan ibu agar selalu kontak langsung. Sebelum dilakukan PMK pernafasan dan sirkulasi bayi distabilkan terlebih dahulu. Diperlukan kira-kira seminggu sebelum PMK dilakukan.
- 4) Bayi dengan berat lahir < 1200 gram (usia kehamilan 30 minggu) seringkali mengalami permasalahan serius akibat BBLR, dimana tingkat kematian sangat tinggi dan hanya sebagian kecil yang mampu bertahan terhadap permasalahan akibat BBLR. Bayi tersebut sangat beruntung bila dirujuk sebelum kelahiran keinstitusi dengan fasilitas perawatan intensif untuk neonatus. Mungkin akan diperlukan waktu sekitar dua minggu sebelum kondisi bayi tersebut diperbolehkan untuk PMK.

4. Waktu Pelaksanaan PMK

Menurut Proverawati dan Ismawati (2010), hampir setiap bayi kecil dapat dirawat dengan PMK. PMK dibagi menjadi dua cara :

- 1) PMK intermiten, yaitu PMK dengan jangka waktu yang pendek (perlekatan lebih dari satu jam sehari) dilakukan saat ibu berkunjung. PMK ini diperuntukkan bagi bayi dalam proses penyembuhan yang masih memerlukan pengobatan medis (infus, oksigen). Tujuan PMK intermiten adalah untuk perlindungan bayi dari infeksi.
- 2) PMK kontinu, yaitu PMK dengan jangka waktu yang lebih lama daripada PMK intermiten. Pada metode ini perawatan bayi dilakukan selama 24 jam sehari.

5. Komponen PMK

1) *Kanguru position* (posisi) menurut Depkes (2008)

Letakkan bayi diantara payudara dengan posisi tegak, dada bayi menempel ke dada ibu. Posisi kanguru ini disebut juga dengan kontak kulit-ke-kulit, karena kulit bayi mengalami kontak langsung dengan kulit ibu.

Posisi bayi diamankan dengan kain panjang atau pengikat lainnya. Kepala bayi dipalingkan kesisi kanan atau kiri, dengan posisi sedikit tengadah (ekstensi). Tepi pengikat ini tepat berada di bawah kuping bayi. Posisi kepala seperti ini bertujuan untuk menjaga agar saluran nafas tetap terbuka dan memberi peluang agar terjadi kontak mata antara ibu dan bayi.

Hindari posisi kepala terlalu fleksi atau ekstensi. Tungkai bayi haruslah dalam posisi "kodok" tangan harus dalam posisi fleksi.



Gambar 2. Memposisikan bayi untuk PMK

Ikatkan kain dengan kuat agar saat ibu bangun dari duduk, bayi tidak tergelincir. Pastikan juga bahwa ikatan yang kuat dari kain berada di setinggi dada bayi. Perut bayi jangan sampai tertekan dan sebaiknya berada di sekitar epigastrium ibu. Dengan cara ini bayi dapat melakukan nafas perut. Nafas ibu akan merangsang bayi. Berikut adalah cara memasukkan dan mengeluarkan bayi dari baju kanguru (WHO, 2003) dalam (Depkes, 2008)

- (1) Pegang bayi dengan satu tangan diletakkan di belakang leher sampai punggung bayi.
- (2) Topang bagian bawah rahang bayi dengan jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan tak menutupi saluran nafas ketika bayi berada pada posisi tegak.
- (3) Tempatkan tangan lainnya di bawah pantat bayi.



Gambar 2. Mengeluarkan bayi dari baju kanguru

Menurut Acta Paediatrica (2004) dalam Depkes (2008), posisi dalam posisi kanguru diuraikan sebagai berikut :

- (1) Bayi didekap erat ke dada ibu dengan dibalut handuk katun lembut yang dilipat 2 berukuran 1 meter persegi.
- (2) Balutan handuk menutupi sampai telinga bayi dan dibawah ketiak ibu sedemikian rupa untuk memfiksasi kepala dan dada bayi dalam posisi mendongak didada ibu, memberikan jalur udara terbuka optimal dan mencegah *apnea* obstruktif.
- (3) Panggul diposisikan fleksi dan ditempatkan dalam posisi kodok "*frog position*", lengan juga dalam posisi fleksi.

(4) Sepotong kain panjang yang melingkari pinggang ibu menjaga/menopang bayi dari sisi bawah

2) *Kanguru nutrition* (nutrisi kanguru) menurut Depkes (2008)

Posisi kanguru sangat ideal bagi proses menyusui. Dengan melakukan PMK, proses menyusui menjadi lebih berhasil dan sebagian besar bayi yang dipulangkan memperoleh ASI. Bayi dengan usia kehamilan 30 Minggu dapat memulai proses menyusui. Segera setelah bayi menunjukkan kesiapan untuk menyusu, dengan menggerakkan lidah dan mulut, dan keinginan untuk menghisap (seperti menghisap jari atau kulit ibunya), bantu ibu menempatkan bayi pada posisi melekat yang dirasa cukup baik.

Waktu yang optimal bagi bayi untuk memulai menyusui, seperti menghisap adalah pada saat dua jam setelah lahir, ketika bayi bersifat sangat responsif terhadap rangsangan taktil, suhu dan bau yang berasal dari ibunya. Untuk memulai proses menyusui pilihlah waktu yang tepat saat bayi bangun dari tidur, atau pada saat sadar atau terbangun. Bantu ibu untuk duduk dengan nyaman di kursi tidak berlengan dengan bayi dalam posisi kontak kulit. Untuk pertama kali menyusui, ambil bayi tersebut dari baju kanguru lalu bungkus atau diberi pakaian, tunjukkan pada ibu cara ini. Lalu letakkan bayi dalam posisi kanguru dan beritahu ibu agar bayi berada dalam posisi melekat yang benar.

Biarkan bayi menghisap selama ia mau. Bayi yang kecil perlu menyusu lebih sering, yaitu sekitar 2-3 jam. Meskipun bayi belum dapat menghisap dengan baik dan lama, anjurkan menyusui terlebih dahulu, lalu gunakan metode minum yang lain. Lakukan apapun yang merupakan pilihan terbaik di tempat anda, biarkan ibu memberikan ASI pada bayi dengan cara langsung atau dengan menggunakan alat (melalui gelas atau pipa).



Gambar 3. Menyusui dalam PMK

Bayi pada kehamilan < 30-32 minggu biasanya perlu diberi minum melalui pipa lambung. Ibu dapat melatih bayi untuk menghisap dengan membiarkan bayi menghisap jarinya ketika bayi masih minum melalui pipa lambung.

Bayi kehamilan 32-34 minggu umumnya dapat diberi minum melalui gelas kecil. Pemberian minum dapat diberikan satu atau dua kali sehari saat bayi masih diberi minum melalui pipa nasogastrik. Jika bayi dapat minum melalui gelas dengan baik, maka pemberian minum melalui pipa nasogastrik dapat dikurangi. Pada saat minum melalui gelas maka bayi dikeluarkan dari posisi kanguru, dibungkus dengan selimut hangat dan dikembalikan pada posisi kanguru setelah proses pemberian minum. Pada umumnya bayi dengan usia kehamilan sekitar 32 minggu atau lebih, sudah dapat menyusu pada ibu. Mula-mula bayi hanya akan mencari puting dan menjilatnya atau dia sudah mulai menghisap sedikit. Lanjutkan pemberian ASI yang diperas melalui gelas atau pipa untuk meyakinkan bahwa bayi mendapat semua yang dibutuhkan. Bayi usia 32 minggu sudah bisa menelan, tetapi belum bisa menghisap sehingga diberikan suplementasi tetesan.

Bayi-bayi dengan usia kehamilan 34-36 minggu atau lebih, dapat memenuhi semua kebutuhannya langsung dari ASI. Berdasarkan hasil penelitian refleks hisap yang efektif baru timbul pada bayi usia 34 minggu. Meskipun demikian, sesekali tambahan minum ASI perah melalui gelas tetap diperlukan.

3) *Kanguru support* (dukungan) menurut Depkes (2008)

Bentuk dukungan pada PMK dapat berupa dukungan fisik maupun emosional. Dukungan dapat diperoleh dari petugas kesehatan, seluruh anggota keluarga, ibu dan masyarakat. Tanpa adanya dukungan, akan sangat sulit bagi ibu untuk dapat melakukan PMK dengan berhasil. Wanita hamil sebaiknya sudah diberikan informasi dan edukasi tentang PMK sejak kunjungan antenatal pertama. Saat bayi setelah lahir, ibu memerlukan dukungan dari berbagai pihak, diantaranya berupa :

- (1) Dukungan emosional : Ibu memerlukan dukungan untuk melakukan PMK. Banyak ibu muda yang mengalami keraguan yang sangat besar untuk memenuhi kebutuhan bayi pertamanya sehingga membutuhkan dukungan dari keluarga, teman serta petugas kesehatan. PMK membuat ibu dapat memenuhi semua kebutuhan bayi.
 - (2) Dukungan fisik : selama beberapa minggu pertama PMK, merawat bayi akan sangat menyita waktu. Istirahat dan tidur yang cukup sangat penting pada peranannya pada PMK. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan untuk membantu menyelesaikan tugas-tugas rumah.
 - (3) Dukungan edukasi : Sangat penting memberikan informasi yang ibu butuhkan agar ibu dapat mengerti dan memahami seluruh proses PMK. Ibu harus mengetahui manfaat PMK, sehingga PMK akan menjadi lebih bermakna dan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu berhasil menjalankan PMK baik di rumah sakit maupun di rumah.
- ### 4) *Kanguru discharge* (pemulangan) menurut Depkes (2008)

Bayi BBLR ini dapat lebih cepat pulang kerumah dengan metode kanguru, karena metode ini tidak hanya bisa dilaksanakan di rumah sakit, tetapi juga dapat diterapkan di rumah. Biasanya bayi PMK dapat dipulangkan dari rumah sakit ketika telah memenuhi kriteria di bawah ini (WHO, 2003)

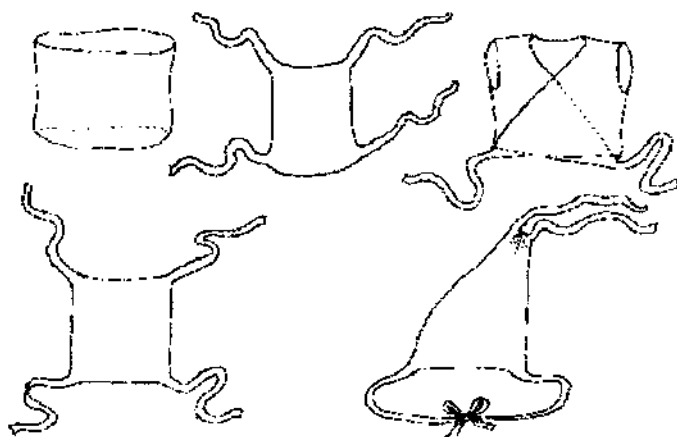
- (1) Kesehatan bayi secara keseluruhan dalam kondisi baik dan tidak ada *apnea* atau infeksi.
- (2) Bayi minum dengan baik.
- (3) Berat bayi selalu bertambah (sekurang-kurangnya 15g/hari dalam tiga hari berturut-turut).

(4) Ibu mampu merawat bayi dan dapat datang secara teratur untuk melakukan *follow-up*.

6. Fasilitas dan Peralatan yang Diperlukan dalam PMK

Berikut ini adalah beberapa ini adalah beberapa fasilitas dan peralatan yang diperlukan untuk melakukan PMK (Depkes, 2008) :

- 1) Bangsal dengan dua atau empat tempat tidur dengan ukuran yang sesuai bagi ibu untuk tinggal seharian dengan si bayi. Di bangsal ini para ibu dapat berbagi pengalaman, memperoleh dukungan serta kerjasama, dan pada saat yang bersamaan si ibu dan bayinya dapat menerima kunjungan pribadi tanpa mengganggu yang lain. Kamar tersebut harus dipertahankan kehangatannya untuk si bayi (24°C-26°C).
- 2) Kamar mandi dengan fasilitas air bersih, sabun, dan handuk serta wastafel untuk tempat cuci tangan.
- 3) Ruangan lain yang lebih kecil yang dapat digunakan para petugas untuk konseling dengan ibu. Ruangan ini dapat juga dipergunakan untuk melakukan evaluasi keadaan si bayi.
- 4) *Support Binder* (Ikatan/pembalut penahan bayi agar dapat terus berada di posisi PMK). Alat ini adalah satu-satunya alat khusus yang digunakan untuk PMK. Alat ini membantu para ibu untuk menahan bayinya agar dengan aman terus berada dekat dengan dada ibu. Untuk memulainya, gunakan secarik bahan kain yang halus, kira-kira satu meter, lipatlah secara diagonal, lalu buatlah simpul pengaman, atau dapat juga dikaitkan ke ketiak ibu. Selanjutnya, baju kanguru dari pilihan ibu dapat menggantikan kain ini. Semua ini untuk memungkinkan para ibu dapat menggunakan dengan bebas tangan mereka dan agar mereka dapat bergerak dengan bebas selama melakukan kontak kulit langsung dengan bayi. Namun demikian, pemakaian baju kanguru ini sebaiknya disesuaikan dengan kondisi budaya setempat.



Gambar 4. Kantong untuk menggendong bayi PMK

5) Pakaian bayi

Jika bayi menerima PMK secara terus-menerus, bayi tersebut cukup dipakaikan popok atau diapers sampai di bawah pusat. Pada saat bayi dalam posisi kanguru, bayi dapat ditempatkan di tempat tidur yang hangat dan diberi selimut. Jika suhu ruangnya 24°C - 26°C , maka pada posisi kanguru hanya memakai popok, topi yang hangat dan kaos kaki. Namun, jika suhu turun di bawah 22°C , bayi tersebut harus memakai baju tanpa lengan yang terbuat dari kain katun yang terbuka bagian depannya sehingga memungkinkan tetap terjadinya kontak kulit dengan dada dan perut ibu. Ibu kemudian mengenakan bajunya yang biasa untuk menghangatkan dirinya dan si bayi.



Gambar 5. Pakaian bayi untuk PMK

6) Peralatan dan keperluan lain

Sebuah termometer yang dapat membaca suhu rendah (*low reading thermometer*) yang cocok digunakan untuk mengukur suhu badan di

bawah 35°C, timbangan idealnya menggunakan timbangan neonatus dengan interval 10 gram, peralatan resusitasi dasar dan oksigen, jika mungkin harus tersedia disetiap ruangan BBLR dirawat, obat-obatan untuk mencegah dan mengobati berbagai masalah BBLR boleh ditambahkan sesuai petunjuk peklaksanaan lokal, obat-obatan khusus kadang diperlukan tetapi tidak dianjurkan, alat pengukur panjang badan dan alat pengukur lingkar kepala.

7. Pelaksanaan PMK

- 1) Jelaskan ibu dan keluarga , tujuan bayi dirawat dengan PMK bahwa metode kanguru mempermudah proses menyusui dan mampu menghangatkan suhu tubuh bayi.
- 2) Bila ibu dan keluarga setuju bayi dirawat dengan PMK lakukan langkah sebagai berikut :
 - (1) Siapkan ibu untuk menjaga daerah perut dan dada menggunakan waslap.
 - (2) Siapkan bayi, bayi tidak perlu dimandikan, cukup dibersihkan dengan kain bersih dan hangat, kepala bayi ditutup dengan dengan topi, tidak perlu baju dan bayi hanya memakai popok saja.
 - (3) Gunakan baju longgar, selama pelaksanaan ibu tidak perlu memakai baju dalam, pilih baju yang agak longgar atau dapat diregangkan. Bila baju ibu tidak dapat menyokong dapat digunakan handuk atau kain lebar yang elastik atau kantong yang dibuat sedemikian untuk menjaga tubuh bayi, lepaskan bayi dari baju kanguru hanya untuk membersihkan popok dan pengganti ibu kanguru.
 - (4) Posisi tegak kepala miring ke kanan atau ke kiri ketika ibu berdiri atau duduk sesuai dengan kenyamanan bayi dan kulit ibu serta posisi bayitengkurap atau miring ketika berbaring.
- 3) Monitor bayi, ajarkan ibu untuk memantau pernafasan bayi, suhu tubuh, gerakan bayi dan frekwesi berak atau kencing.

Lampiran 12

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN DEMONTRASI PERAWATAN
METODE KANGURU (PMK)****I. Pengantar**

1. Topik : Peragaan Perawatan Metode Kanguru (PMK)
2. Sub topik : Perawatan Metode Kanguru
3. Tempat : Ruang NICU Rumah Sakit Mitra Keluarga Surabaya
4. Waktu : 15 menit
5. Sasaran : Perawat NICU
6. Pelaksanaan : Tanggal 27 sampai 28 Januari 2013
7. Penyuluh : Zr.P

II. Tujuan

Tujuan umum : Perawat NICU berminat untuk mendemokan PMK

Tujuan khusus :

- o Perawat NICU mampu menyiapkan persiapan alat PMK
- o Perawat NICU mampu menyiapkan ibu untuk PMK
- o Perawat NICU mampu menyiapkan bayi untuk PMK
- o Perawat NICU mampu melaksanakan PMK sesuai petunjuk pelaksanaan PMK

III. Media dan metode

Metode : demonstrasi

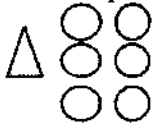


Media : - Laptop

- Boneka

- Baju kanguru

- Leaflet

IV. Kegiatan pembelajaran

Waktu	Materi penyuluhan	Kegiatan	
		Penyuluh	Perawat
5 menit	Pendahuluan	1. Memberi salam dan kontrak waktu 2. Menyebutkan materi pokok/bahasan demonstrasi	Menjawab salam Mendengarkan
10 menit	Kegiatan Inti	Demonstrasi PMK 1. Tahap persiapan 1) Rumuskan tujuan kegiatan PMK 2) Persiapan alat (1) Baju kanguru (2) Kapas puting yang sudah dibasahi air hangat (3) Topi bayi (4) Popok bayi (5) Termometer bayi (6) Stetoskop 3) Persiapan ibu untuk PMK (1) Pastikan ibu atau pengganti ibu sudah siap dan mampu untuk menerima PMK (2) Pastikan ibu atau pengganti ibu sudah diberi penjelasan tentang pentingnya PMK. 4) Persiapan bayi untuk PMK (1) Pastikan bayi sudah dalam kondisi stabil tanpa atau dalam arti secara patologis sudah teratasi. (2) Pastikan bayi sudah mampu menghisap dan minum susu. (3) Pastikan respon bayi terhadap rangsangan baik. (4) Pastikan bayi sudah tidak memakai infus 5) Lakukan uji coba demonstrasi PMK 2. Tahap pelaksanaan: 1) Pembukaan : (1) Atur tempat duduk  <p>Keterangan:  : Penyuluh  : Responden</p> (2) Kemukakan tujuan bahwa responden mampu	1. Melihat dan mendengar kan 2. Melakukan uji coba

		<p>melaksanakan PMK pada BBLR setelah diberi penkes demonstrasi.</p> <p>(3) Kemukakan tugas bahwa responden harus melakukan PMK sesuai petunjuk observasi PMK setelah diberi penkes</p> <p>2) Pelaksanaan demonstrasi dengan menciptakan situasi yang menyenangkan dan diharapkan responden memperhatikan, yaitu:</p> <p>(1) Perawat cuci tangan sebelum melakukan tindakan.</p> <p>(2) Observasi suhu tubuh bayi sesuai SPO pengukuran suhu tubuh bayi.</p> <p>(3) Anjurkan ibu/pengganti ibu untuk cuci tangan dulu sebelum memegang bayi dan pastikan kuku dan tangan ibu sudah bersih.</p> <p>(4) Anjurkan ibu/pengganti ibu untuk membersihkan daerah dada dan perut (puting ibu dibersihkan dulu dengan kapas yang sudah dibasahi air hangat dan untuk pengganti ibu mandi dulu sebelum melaksanakan PMK.</p> <p>(5) Anjurkan ibu/pengganti ibu yang akan melakukan PMK untuk melepaskan baju dalam</p> <p>(6) Lepaskan pakaian bayi, kenakan popok bayi, kaos kaki dan topi atau tutup kepala bayi.</p> <p>(7) Pegang dan posisikan bayi dengan posisi di dada ibu diantara kedua payudara dan bayi dalam dekapan ibu.</p> <p>(8) Tutupi bayi dengan menggunakan baju kanguru, yaitu bayi difiksasi dengan baju yang berujung dua dan mempunyai 3 kancing pada bagian atasnya, seperti mengendong bayi kemudian kedua ujung bagian atas tersebut dikancingkan sesuai</p>	
--	--	---	--

		<p>ukuran badan ibu dan bayi.</p> <p>(9) Anjurkan ibu untuk menyusui bayi sambil digendong.</p> <p>(10) Anjurkan ibu untuk membersihkan bayi dengan kapas yang dibasahi air hangat bila BAB/BAK atau ganti bila kotor atau basah</p> <p>(11) Monitor tanda-tanda vital (suhu, denyut jantung dan pernafasan bayi) 1 jam setelah pelaksanaan PMK</p> <p>(12) Amati kondisi kesehatan secara umum (gerakan spontan, warna kulit, tonus otot dan berat badan bayi)</p> <p>(13) Bila pelaksanaan PMK sudah selesai bantu ibu untuk mengeluarkan bayi dari baju kanguru, kemudian bayi diberi pakaian, popok dan dibungkus dengan bedong.</p> <p>(14) Rapikan kembali alat-alat yang sudah dipakai untuk pelaksanaan PMK.</p> <p>(15) Anjurkan ibu untuk merapikan pakaiannya kembali dan cuci tangan</p> <p>(16) Perawat cuci tangan.</p> <p>3. Tahap Mengakhiri demonstrasi: Memberikan tugas pada responden untuk mencoba memperagakan kembali pelaksanaan PMK dan selanjutnya menerapkannya pada BBLR.</p>	
--	--	---	--

KEASLIAN PENELITIAN

No.	Judul, Peneliti, Tahun	Tujuan	Lokasi, Populasi, Sampel	Metode Penelitian	Hasil	Keterbatasan Penelitian	Significance to the issue
1.	Gambaran Pengetahuan dan Sikap Tenaga Kesehatan terhadap Pelaksanaan Metode Kanguru di Ruang Perinatologi RSUD Banjarbaru Marlina, (2010).	Mengidentifikasi gambaran pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan terhadap pelaksanaan metode kanguru di ruang perinatologi RSUD Banjarbaru	Rumah Sakit, 16 responden tenaga kesehatan.	Deskriptif V.Independen: Pengetahuan dan Sikap Tenaga Kesehatan V.Dependen: Pelaksanaan Metode Kanguru	Sebagian besar tenaga kesehatan memiliki pengetahuan baik (62,5%) dan memiliki sikap yang baik dalam pelaksanaan metode kanguru(81,33%) serta pelaksanaan metode kanguru oleh tenaga kesehatan (68,75%)	Peneliti terkendala oleh waktu, dimana seharusnya penelitian ini lebih efektif menggunakan teknik observasi dan kuesioner tetapi dalam penelitian ini hanya menggunakan kuesioner saja.	Metode kanguru
2.	Pengaruh Perawatan Metode Kanguru terhadap Pertumbuhan Bayi, Pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Cibabat Cimahi, Siti Dewi Rahmawati (2010)	Diidentifikasinya pengaruh PMK terhadap pertumbuhan bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR	Ruang Perinatologi Cibabat Cimahi Populasi: Seluruh BBLR yang dirawat di ruang perinatologi RSUD Cibabat Cimahi Sampel: BBLR yang dirawat di ruang perinatologi RSUD Cibabat Cimahi pada bulan Juni 2010	<i>Quasy experiment</i> V.Independen: Perawatan Metode Kanguru V.Dependen: BB bayi, Lingkaran kepala bayi, pengetahuan dan sikap ibu dalam merawat BBLR	Ada perbedaan yang signifikan antara berat badan, lingkaran kepala, pengetahuan dan sikap ibu sebelum dan sesudah PMK	Pemilihan sampel tidak melihat karakteristik ibu. Pelaksanaan PMK pada BBLR di rumah kelompok perlakuan tidak dapat dilakukan maksimal	Perawatan metode Kanguru

3.	Hubungan antara Perawatan Metode Kanguru dengan Status Tidur Bayi Prematur di Ruang NICU IRD LT II RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Sakti Rahayu (2011).	Menjelaskan hubungan perawatan metode kanguru dengan status tidur bayi prematur di ruang Dr. Soetomo	Rumah sakit, Populasi: Bayi prematur yang dirawat yang menjalani rawat inap pada bulan Desember sampai 10 januari 2010	<i>Quasy Experiment</i> V.Independen: Perawatan Metode Kanguru V.Dependen: Kualitas tidur bayi prematur. Instrumen: <i>Quesioner</i> Analisis: <i>Spearman rho</i>	Ada hubungan antara perawatan metode kanguru dengan status tidur bayi dengan tingkat hubungan kuat (<i>Correlation Coefficient</i>) $r = 0,66$.	Keterbatasan instrumen yang digunakan untuk mengukur status tidur bayi seperti penggunaan EEG dan keterbatasan waktu.	Perawatan Metode Kanguru
4.	Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu tentang Perawatan Metode Kanguru pada Bayi BBLR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Dian Trisna Sari (2007)	Mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap ibu tentang perawatan metode kanguru pada bayi BBLR	Rumah sakit, Populasi: Ibu yang mempunyai bayi BBLR sebanyak 33 orang di ruang neonatologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Sampel: Ibu yang mempunyai bayi BBLR sebanyak 30 orang di ruang neonatologi RSUD Dr. Soetomo	<i>Pra Experimental</i> 1. V.Independen: Pendidikan Kesehatan. V.Dependen: Pengetahuan ibu tentang perawatan metode kanguru pada BBLR 2. Sikap ibu tentang perawatan metode kanguru pada BBLR Instrumen: <i>Quesioner</i> Analisis: Uji t	Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap ibu tentang perawatan metode kanguru pada bayi BBLR	Keterbatasan waktu untuk melakukan penelitian	Pendidikan Kesehatan tentang Perawatan Metode Kanguru
5.	Pengaruh Perawatan Metode Kanguru terhadap Kecemasan Ibu dan Status Bangun-Tidur BBLR. Qori illa Saidah (2010)	Teridentifikasi efek PMK terhadap kecemasan ibu dan status- bangun BBLR	RSI Surabaya dan RSAL Populasi: BBLR di Surabaya Sampel: BBLR di RSAL dan RSI yang	<i>Quasy Experiment</i> V.Independen: Perawatan metode kanguru V.Dependen: Kecemasan ibu dan status tidur bayi BBLR	PMK mempunyai pengaruh signifikan terhadap perubahan kecemasan ibu dan status tidur-bangun BBLR.	Analisa penelitian hanya menganalisis kecemasan ibu. Instrumen kecemasan yang digunakan validitan dengan	Perawatan Metode Kanguru

			kriteria inklusi.	Instrumen Questioner dan lembar observasi		<i>back translation</i> tidak diujikan kembali kepada responden untuk melihat reabilitasnya	
6.	Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat terhadap Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru di Ruang Perinatologi RSP. Persahabatan.	Mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap perawat terhadap perawatan metode kanguru di ruang perinatologi RSP Persahabatan	Rumah sakit Polulasi: Semua perawat yang dinas di ruang perinatologi RSP Persahabatan berjumlah 30 orang	<i>Cros Sectional</i> V.Independen: Pengetahuan dan Sikap Perawat V.Dependen: Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru Instrumen: <i>Questioner</i> Analisis : <i>Univariat dan Bivariat</i>	Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan perawatan metode kanguru, diperoleh nilai P value sebesar 0,030. Disimpulkan juga ada hubungan yang bermakna antara sikap perawat terhadap pelaksanaan perawatan metode kanguru dengan nila P value sebesar 0,011.	Keterbatasan waktu dalam penelitian	Perawatan Metode kanguru